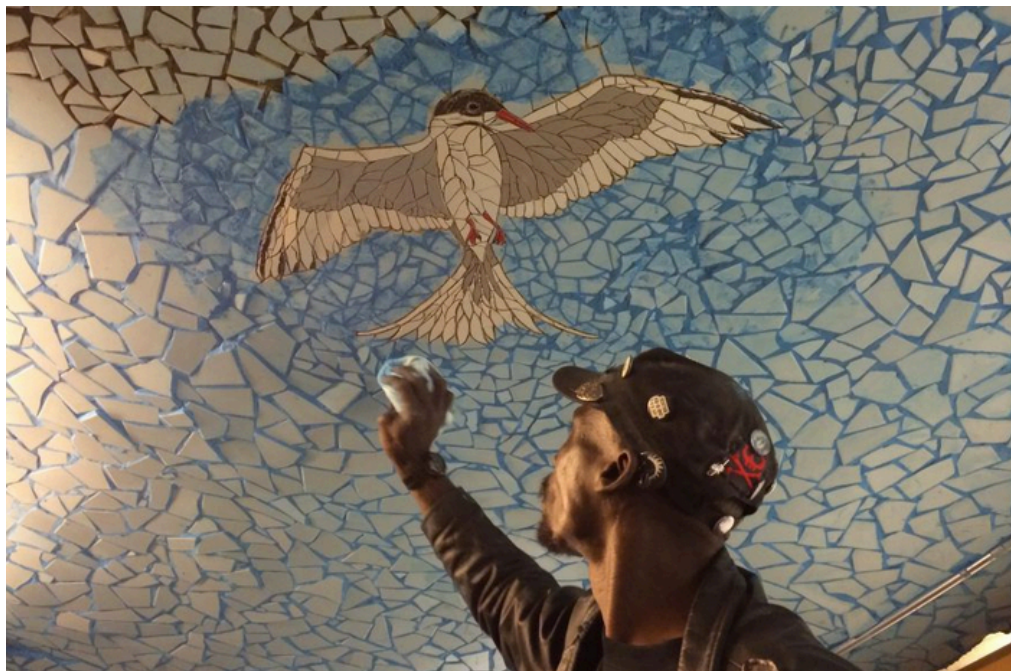

Ergothérapie auprès de personnes demandeuses d'asile : une nouvelle pratique.

Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation
de l'UE 6.5
S6 : Évaluation de la pratique professionnelle et recherche.



Association Embellimur

Note aux lecteurs :

« Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de Formation concerné. »

Remerciements :

Je tiens tout d'abord à remercier ma maître de mémoire, Céline Courcier, pour sa disponibilité et ses conseils et son soutien tout au long de l'année.

Je remercie également les ergothérapeutes ayant accepté de répondre à mes questions et participer à mon enquête.

Merci à l'ensemble de l'équipe de formateurs de l'ADERE qui m'a accompagné durant ces trois années.

Pour finir, je remercie ma famille et mes amis pour leur soutien.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
I. Cadre conceptuel	3
1. Vie dans les centres d'accueil : liens entre santé et occupation des personnes demandeuses d'asile	3
a. Migration : un parcours long et incertain source de traumatismes.....	3
b. Définition de la privation occupationnelle et des répercussions sur la santé.....	4
c. Centre d'accueil et occupations.....	6
2. Le développement de l'ergothérapie face à cette situation	8
a. Définition de l'ergothérapie	8
b. Sciences de l'occupation	10
c. Les perspectives	11
3. Ergothérapie auprès de personnes réfugiées : analyse de la pratique	12
a. Modèle de l'Occupation Humaine	12
b. Les moyens utilisés.....	14
c. État des lieux en France.....	23
II. Méthodologie de recherche	25
1. Choix de l'outil	25
2. Population choisie	25
3. Guide d'entretien	25
4. Déroulement des entretiens	26
5. Présentation des résultats	26
a. Thème 1 : Présentation de l'ergothérapeute	26
b. Thème 2 : Démarche évaluative de la privation occupationnelle	29
c. Thème 3 : Suivis ergothérapeutiques	33
d. Thème 4 : Développement de la pratique ergothérapeutique	37
6. Analyse et discussion	39
a. La population.....	39
b. La privation occupationnelle.....	40
c. La pratique ergothérapeutique et ses ressources	40
d. Vérification de l'hypothèse.....	43
e. Les limites	44
Conclusion	46
Bibliographie	48
Annexes	I

Liste des sigles et acronymes utilisés :

ACE : Association Canadienne des Ergothérapeutes

ADA : Allocation Mensuelle pour Demandeur d'Asile

AMS : Allocation Mensuelle de Subsistance

ATA : Allocation Temporaire d'Attente

CADA : Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile

COTEC : Council of Occupational Therapists for The European Countries

ENOTHE : European Network of Occupational Therapy in Higher Education

ESA : Équipe Spécialisée Alzheimer

MCRO-P : Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de la Participation

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

MOHOST : Model Of Human Occupation Screening Tool

OFPRA : Office Française de Protection des Réfugiés et Apatrides

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisme Non Gouvernemental

ONU : Organisation des Nations Unies

OOFRAS : Occupational Opportunities For Refugees and Asylum Seekers

OPPM : Occupational Performance Process Model

PEOP : Personne-Environnement-Occupation-Performance occupationnelle

POJF : Participatory Occupational Justice Framework

TDAH : Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité

Introduction

La France a connu de nombreux mouvements migratoires ayant contribué à la diversité culturelle de la population actuelle : à partir de la fin du XIX^{ème} siècle plusieurs flux migratoires se succèdent. Des personnes provenant d'Italie, de Belgique, d'Espagne, de Suisse et de Pologne viennent en France afin de « devenir » ouvriers, mineurs etc. Après la Première Guerre mondiale, des individus de Russie, d'Arménie, d'Allemagne, d'Italie et d'Espagne tentent de venir trouver refuge en France. Dans les années 1960, c'est la décolonisation du Maghreb et de l'Afrique noire ou encore le régime dictatorial franquiste en Espagne qui accélèrent les mouvements migratoires provenant principalement d'Espagne, du Portugal, du Maroc, de Tunisie et d'Algérie. À partir de 1964 débute l'immigration africaine sub-saharienne (vie-publique.fr, 2015).

En 2015, l'Europe a dû faire face à la plus grande vague de réfugiés depuis 30 ans surnommée la « crise des migrants ». Ces arrivées massives sont dues majoritairement aux conflits et aux guerres au sein du pays d'origine. En 2017 par exemple, on compte 100 412 demandes d'asile en France, provenant principalement de personnes originaires d'Albanie, d'Afghanistan, d'Haïti, du Soudan, de Guinée, et de Syrie (Ofpra, 2017).

Face à ces chiffres élevés, l'Europe doit pouvoir assurer un accueil et une protection adaptée à la situation de ces personnes. Il est important d'assurer les besoins physiologiques et de sécurité tels que l'accès à un logement, de la nourriture, à un suivi médical. Ensuite, il faudra faciliter l'intégration au sein de la société. Cependant c'est un parcours long et difficile, pouvant impacter la santé physique et mentale de ces personnes : la traversée est souvent dangereuse, les personnes sont loin de leurs proches, dans un environnement mal connu, aux cultures différentes. Les repères et routines sont modifiés car ils disposent de peu d'espace personnel (camp de réfugiés, pas d'accès à une activité professionnelle etc.)

À la fin de la première année, nous avons eu un cours sur l'ergothérapie sociale présenté par Hanneke Van Bruggen, ancienne présidente d'ENOTHE (European Network of Occupation Therapy in Higher Education). Elle a alors présenté les principes de cette pratique encore peu répandue, et a évoqué la situation des personnes réfugiées. J'ai trouvé ce sujet intéressant car il est d'actualité et en relation avec le contexte socio-politique actuel en Europe, avec des arrivées massives de migrants. Peu de temps après, j'ai eu la chance d'assister au premier congrès COTEC-ENOTHE qui s'est déroulé à

Galway en Irlande en juin 2016. J'ai donc pu assister à des interventions portant sur ce sujet : des étudiantes autrichiennes ont créé un programme auprès des populations migrantes visant à recréer une routine signifiante en leur proposant diverses activités (sport, cuisine, activités sur l'ordinateur, visites culturelles). D'autres ergothérapeutes ont étudié les effets du manque d'occupation sur leur santé mentale, et leur ressenti vis-à-vis de la privation occupationnelle : dépression, anxiété, sentiment d'exclusion, de discrimination, d'impuissance.

Suite à ces interventions, je me suis questionnée sur la pertinence d'interventions par des ergothérapeutes auprès de personnes réfugiées et plus particulièrement demandeuses d'asile.

Dans la littérature étrangère, notamment canadienne et australienne, on retrouve des écrits sur des interventions ergothérapeutiques auprès de cette population. Cependant, il existe un manque de littérature sur ce sujet en France.

De ces observations et de ces réflexions, je me suis dirigée vers la question de recherche suivante :

Comment les ergothérapeutes peuvent-ils intervenir auprès de personnes demandeuses d'asile face aux situations de privation occupationnelle dans les centres d'accueil pour réfugiés ?

Dans un premier temps, il sera nécessaire de faire le point sur le lien entre la santé et l'occupation des personnes réfugiées et les problématiques qui en découlent. Puis la place de l'ergothérapie et ses enjeux seront décrits. Enfin un recensement non exhaustif des actions déjà réalisées sur le plan international sera présenté.

À la suite de ce cadre conceptuel, la formulation de mon hypothèse sera introduite, puis, la présentation de mon enquête, avec le choix de l'outil et de la population cible sera présentée.

Une présentation des résultats et une analyse de ces derniers seront enfin effectuées afin d'affirmer, ou non mon hypothèse.

I. Cadre conceptuel

1. Vie dans les centres d'accueil : liens entre santé et occupation des personnes demandeuses d'asile

a. Migration : un parcours long et incertain source de traumatismes.

Le phénomène de migration agit sur la santé psychologique et physique des personnes. Le périple jusqu'au pays d'accueil entrave les dépistages, traitements, suivi des maladies, des vaccinations et des risques de non-observance. Cela fait donc des réfugiés une population à risque. Une fois dans les camps, la surpopulation et le manque d'hygiène augmentent le risque de transmissions (Laliberté, 2007). Sur le plan de la santé mentale, une étude menée par l'OMS en 2016 montre que les personnes réfugiées sont exposées à des facteurs de risque pour leur santé mentale avant, pendant et après leur migration. En effet dans leur pays d'origine ils sont persécutés voire torturés. Pendant la migration elles sont soumises à des conditions de vie misérables et dangereuses à bord de bateaux, trains, camions ou même à pieds. Elles doivent faire face à la séparation des membres de leur famille et à l'absence de soutien de leurs réseaux sociaux. Une fois arrivées au pays d'accueil, d'autres facteurs de risque vont s'accumuler : le statut incertain de réfugié et la détention : plus elle est longue, plus le risque de troubles tels que le syndrome post-traumatique, la dépression et l'anxiété augmente, l'altération de l'intégration sociale (provoque un effet à long terme sur leur santé mentale en augmentant le risque de dépression) (OMS, 2016).

Il est également nécessaire de préciser qu'ils n'ont pas tous le même statut et donc de faire la distinction entre les termes « migrant », « réfugié » et « demandeur d'asile ». Selon la définition de l'Organisation des Nations Unies (ONU), un migrant est une personne qui vit dans un pays différent de son pays d'origine pour une durée supérieure à un an, quelle que soit la raison. La convention du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés (dite Convention de Genève) définit les modalités d'accueil, la définition du terme « réfugié » et les droits dont ils disposent. Un réfugié est donc une personne forcée de quitter son pays pour des raisons de persécution du fait de son origine, sa religion, ses opinions politiques etc. Une fois arrivé dans le pays d'accueil, il devient demandeur d'asile. Sa situation est alors étudiée et si les critères correspondent à ceux définis par la Convention de Genève de 1951, alors il obtient le statut de réfugié pour une durée de 10 ans. Ces critères dépendent

du niveau de persécution : la personne doit apporter la preuve qu'elle est menacée. Selon l'OFPRA (Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides, 2017), sur les 85 244 demandes d'asiles en France en 2016, 36 233 personnes ont obtenu le statut de réfugié et disposent d'une protection de l'État français. Ensuite, trouver un logement est difficile, plus particulièrement si le statut de réfugié n'est pas obtenu. Ils vivent alors dans la rue, dans des camps de réfugiés ou dans des centres d'accueil. L'éthologue et anthropologue français Michel Agier décrit les camps comme des regroupements que l'on appelle aussi « ghetto » ou « jungle », auto-installés le long des frontières ou dans les interstices urbains. Ce sont des environnements précaires à caractère provisoire où les personnes sont privées de droits élémentaires comme la liberté de mouvement ou la liberté d'expression démocratique (CNRS, 2015).

Concernant leurs droits, une personne demandeuse d'asile peut disposer d'une allocation mensuelle pour demandeur d'asile (ADA). Le montant dépend notamment de la taille de la famille (6,80 € par jour pour une personne seule, 20,40 € pour une famille de 5 personnes) (service-public, 2017). Une personne demandeuse d'asile n'a pas le droit de travailler. Il peut être possible de faire une demande d'autorisation de travail neuf mois après la demande d'asile, cependant il faut pouvoir présenter une promesse d'embauche. Lorsque le statut de réfugié est attribué, la personne dispose d'un permis de séjour de dix ans et peut travailler normalement (service-public, 2017).

b. Définition de la privation occupationnelle et des répercussions sur la santé

L'accès aux occupations significatives devient difficile voire impossible. On parle alors de « privation occupationnelle ». Selon Gail Whiteford, ergothérapeute australienne, la privation occupationnelle serait un « état dans lequel une personne ou un groupe de personnes sont incapables de faire ce qui est significatif dans leur vie en raison de restrictions externes » (Whiteford, 2000). Ce serait le résultat d'injustices occupationnelles socio-économiques et politiquement déterminées (Whiteford, 2005. Traduction libre). Les ergothérapeutes Suleman & Whiteford (2013) citent Hammel & Iwama (2011), qui font le lien entre l'injustice occupationnelle et la privation occupationnelle, qui seraient une violation des droits occupationnels d'une personne. Les droits occupationnels consisteraient à permettre aux personnes de s'engager dans des occupations significatives. Avoir une participation limitée empêcherait d'établir de nouvelles façons de faire dans les activités de la vie quotidienne. Cela sous-entend qu'il sera difficile de s'adapter et donc de s'intégrer (Suleman & Whiteford, 2013).

Les ergothérapeutes Burchett & Matheson (2010) ont étudié les répercussions de l'inactivité professionnelle sur la santé de personnes demandeuses d'asile. Ils citent le travail de Garner (2010), suggérant que la participation à des occupations significatives aiderait les réfugiés et les demandeurs d'asile à mieux gérer leurs traumatismes. Avoir un accès limité à des activités significatives et ne pas pouvoir disposer d'un emploi rémunéré est un « procédé déshumanisant forçant les individus à être dans une position apathique et passive » (Smith, 2005. Traduction libre). Ils citent une recherche réalisée par le Refugee Council en 2007 montrant que le simple fait d'avoir accès à une activité de bénévolat permet une « amélioration significative de la confiance en soi, de l'estime de soi, de la santé mentale et du bien-être et une meilleure communication ».

La recherche de Burchett & Matheson a été réalisée à l'aide d'entretiens auprès de personnes demandeuses d'asile. Les résultats de leur recherche ont révélé des thèmes récurrents :

- Le manque de contrôle sur leur quotidien résultant du changement d'identité, de rôles.
- La modification de la motivation et l'impact de la stigmatisation.
- L'injustice occupationnelle due à des raisons administratives.
- Le besoin d'avoir un sentiment d'appartenance.

Il y a un changement de dimension spatiale (nouvel environnement, éloignement des proches) impliquant un remaniement des occupations. Pour de nombreuses personnes, l'organisation de la vie quotidienne s'appuyait sur un vaste réseau de famille, d'amis, de voisins (Gupta & Sullivan, 2012. Traduction libre).

Dans son travail de thèse sur l'expérience occupationnelle ressentie par les réfugiés ayant été victime de torture, Anne-Le Morville remarque que lorsqu'un changement majeur dans la vie d'une personne, tel que le manque d'occupation se produit, il est souvent suivi d'une dépression et de problèmes de santé majeurs (troubles musculo-squelettiques persistants, sentiment de culpabilité, syndrome post-traumatique, anxiété). En ayant une vie quotidienne dominée par des occupations limitées et insatisfaisantes, il y a un risque de ne pas être capable de maintenir et/ou d'améliorer les compétences et les capacités de performance, nécessaires pour développer et maintenir le bien-être physique, mental et social. De plus, les répercussions de la torture impacte la santé et les capacités nécessaires pour la participation occupationnelle (Morville, 2014. Traduction libre).

c. Centre d'accueil et occupations

En France, un centre d'accueil appelé CADA (Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile) est défini par la loi du 24 juillet 2006 comme étant un centre « ayant pour mission d'assurer l'accueil, l'hébergement ainsi que l'accompagnement social et administratif des demandeurs d'asile en possession de l'un des documents de séjour et du séjour des étrangers et du droit d'asile, pendant la durée d'instruction de leur demande d'asile. Cette mission prend fin à l'expiration du délai de recours contre la décision de l'office français de protection des réfugiés et apatrides ou à la date de notification de la décision de la commission des recours des réfugiés ». Au 1^{er} juillet 2017, 39 800 places en CADA ont été comptées (La Cimade, 2017). Cependant l'accès aux CADA peut-être difficile. Pour y accéder, il faut avoir obtenu une autorisation provisoire de séjour. Il est alors impératif de faire une demande de statut de réfugié auprès de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA). Une fois la demande faite, le délai d'attente pour accéder à un CADA est de 6 à 8 mois. Les personnes disposent alors de chambres seules ou partagées, de salles communes (cuisine, salle de repos, sanitaires) (Ministère de l'Intérieur, 2015). Les centres étant souvent surpeuplés, ils ne disposent que de peu d'espace privé ou de peu de temps pour réaliser leurs activités de la vie quotidienne.

En attendant un premier rendez-vous à la préfecture, les demandeurs d'asile sont accueillis en hébergement d'urgence. C'est une solution souvent précaire proposant majoritairement des nuitées d'hôtel, sans accompagnement (Ministère de l'Intérieur, 2017). Ces centres sont donc des lieux d'accueil dans l'attente d'obtenir le statut, ou non, de réfugié (il est important de préciser qu'il existe d'autres moyens d'hébergements tels que les logements sociaux ou les centres d'accueil temporaire).

Qu'il s'agisse des camps ou des centres d'accueil, les personnes y restent pour une période plus ou moins longue, dans l'attente d'un futur positif : obtenir le statut de réfugié et donc jouir des droits qui en découlent.

Comme décrit ci-dessus, les centres d'accueil sont des environnements transitoires. Cependant la vie au sein de ces centres entraîne des répercussions sur le bien-être psychique. L'attente pour obtenir le statut de réfugié peut être longue et inquiétante. L'impossibilité de travailler entraîne une inactivité pouvant générer des états dépressifs. Il s'ajoute à leurs traumatismes des conditions d'errance. Pour certains les seules activités ne consistent qu'à manger et dormir (Le Monde, 2017).

Les demandeurs d'asile disposent de droits : le droit de maintien sur le territoire, le droit à

une aide financière, l'accès à la scolarité, aux soins et un hébergement. Ils disposent alors de suivis médicaux et psychologiques mais l'accès à des espaces privés ou des ressources pour la réalisation d'activités significatives est limité.

L'étude sur « L'organisation des structures d'accueil pour demandeurs d'asile en France » réalisée en 2013 par le Réseau européen des migrations (REM), soutenue par le Ministère de l'Intérieur et coordonnée par la Commission européenne (Ministère de l'Intérieur, 2013) décrit les conditions d'accueil de ces centres :

Avant novembre 2015 une allocation financière était distribuée en fonction de la composition de la famille, c'était l'allocation mensuelle de subsistance (AMS), distribuée par le CADA. Pour ceux qui ne bénéficiaient pas d'un hébergement ou qui étaient logés en hébergement d'urgence, ils disposaient d'une allocation temporaire d'attente (ATA) de 11,20€ par jour versée par Pôle Emploi (REM, 2013).

Le 1^{er} novembre 2015 une nouvelle allocation a été mise en place, remplaçant l'ATA et l'AMS. C'est l'allocation pour demandeurs d'asile (ADA), décrite dans un précédent chapitre. Le versement est moins important qu'avant et se fait par virement (à condition d'avoir un compte bancaire. Ils ne peuvent pas systématiquement ouvrir un compte bancaire par manque de justificatifs) ou par carte de retrait. Les conditions et les modalités dépendent d'une instruction du Ministère de l'Intérieur sous forme de circulaire (Ministère de l'Intérieur, 2015).

Les possibilités d'activités de loisirs dépendent ensuite du centre. Il s'agit généralement d'activités « visant à l'intégration sociale pendant le temps de la procédure d'asile puis en tant que futur réfugié » (REM, 2013). On remarque alors que sont traités les besoins « vitaux des individus », tels que la nourriture, le logement, l'habillement (REM, 2013). Or le besoin occupationnel est peu traité et dépend des interventions des bénévoles. À Paris par exemple, on compte quatre CADA. Sur le site du CADA 'SOS Paris', les objectifs des CADA décrits sont :

« - Accueil et hébergement des demandeurs d'asile pendant la durée de la procédure d'asile.

- Accompagnement administratif, social et sanitaire des résidents.

- Aide à la scolarisation des enfants.

- Animation du centre et mise en relation avec les services et activités sur le territoire.

- Gestion des sorties du CADA, quelle que soit l'issue des procédures de demande d'asile. »

Il est ajouté : « afin de favoriser l'autonomie des demandeurs d'asile, les équipes

organisent également des ateliers d'alphabétisation, des actions collectives et conviviales, etc. » (groupe-sos, 2016).

Le CADA France terre d'asile a également publié ses objectifs sur leur site internet « - Accueillir et héberger dignement les demandeurs d'asile.

- Veiller au respect des droits des usagers (conformément à la loi du 2 janvier 2002).
- Assurer une prise en charge sociale globale prenant en compte la spécificité de ce public en exil forcé.
- Fournir un accompagnement juridique qualifié.
- Assurer un accompagnement à l'accès aux soins.
- Développer une animation adaptée, axée vers l'autonomisation.
- Assurer la scolarisation des enfants, la formation des adultes et l'apprentissage ou le renforcement de la connaissance de la langue française.
- Gérer les sorties et assurer l'insertion des bénéficiaires d'une protection internationale vers le droit commun.
- Être partenaire des acteurs institutionnels et développer la coopération au profit des demandeurs d'asile et réfugiés. » (France terre d'asile, 2017)

On remarque alors plusieurs objectifs communs : scolarisation pour les enfants, apprentissage de la langue, aide administrative et juridique. L'objectif d'autonomisation est également cité, ainsi que le recours à des activités « d'animation » ou « d'actions conviviales ». Cependant ce n'est pas développé davantage sur leur site et il n'est pas précisé en quoi cela consiste et par qui est-ce réalisé.

Le projet de loi Asile et Immigration adopté en avril 2018 envisage la création de nouveaux « Centres d'Accueil et d'Examens des Situations » (CAES) qui accueilleront sur l'ensemble de la France les personnes demandeuses d'asile, le temps que leur demande soit traitée et « en vue de les orienter vers un dispositif adapté » (Ministère de l'Intérieur, 2018)

2. Le développement de l'ergothérapie face à cette situation

a. Définition de l'ergothérapie

L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui a pour objectif de promouvoir la santé et le bien-être par l'occupation. Son principal objectif est de permettre aux personnes de participer aux activités de la vie quotidienne. Les ergothérapeutes atteignent ce résultat en travaillant avec les personnes et les communautés pour améliorer leur capacité à exercer les occupations qu'ils souhaitent, ont besoin ou doivent accomplir, ou en modifiant l'occupation ou l'environnement pour mieux soutenir leur engagement

occupationnel (WFOT, 2012. Traduction libre). En parlant de « personnes » et de « communautés », cette phrase fait référence à l'aspect social de la profession. En effet, l'ergothérapie fait partie du champ médico-social, cependant cette seconde partie n'est que très peu développée en France. En 2014, les trois principaux lieux d'activités sont les établissements publics, les établissements participant au service public hospitalier et les établissements pour personnes en situation de handicap (ADELI, 2014). Cependant on remarque dans la littérature le développement de nouveaux champs d'action plus particulièrement autour de l'« ergothérapie sociale ».

Ce concept décrit par Hanneke Van Bruggen (2015. Traduction libre) a pour but la réduction des inégalités de santé et de lutter pour une « justice occupationnelle ». Hanneke Van Bruggen s'appuie sur des travaux d'Elizabeth Townsend, ergothérapeute, pour la définir comme ayant pour but la « mobilisation des ressources dans l'objectif de créer des communautés/sociétés occupationnellement justes, fondées sur les personnes, leurs besoins et droits de faire et d'agir » (Townsend, 1999. Traduction libre). Elle ajoute que le développement de telles approches collectives fondées sur l'occupation « dans lesquelles tous les individus trouvent leur place est une étape essentielle pour combattre (...) la privation occupationnelle et pour développer (...) une communauté inclusive et occupationnellement juste » (Bruggen, 2010. Traduction libre).

La définition de l'ergothérapie de Townsend et Polatajko décrit également cette dimension sociale : « l'ergothérapie est l'art et la science de faciliter la participation à la vie quotidienne, et ce, à travers l'occupation ; l'habilitation des gens à effectuer les occupations qui favorisent la santé et le bien-être ; et la promotion d'une société juste et n'excluant personne afin que tous puissent participer de leur plein potentiel aux activités quotidiennes de la vie ». Intervenir auprès de toutes les populations, dont les demandeurs d'asile dans le but de lutter contre la privation occupationnelle peut alors faire partie de la pratique professionnelle d'après ces définitions. Pour faciliter le développement du champ social de l'ergothérapie, Hanneke Van Bruggen propose trois stratégies, fondées sur les Droits de l'homme :

- Des modalités d'expression variées permettant de connaître les préférences, opinions et perspectives des personnes.
- Un engagement civique afin d'atteindre des objectifs et buts civiques.
- La participation à travers la mise en place de politiques.

Elle rappelle également que « Le focus unique de l'ergothérapie est la participation de tous

aux occupations qui vont promouvoir la santé et permettre une inclusion sociale (incluant la cohésion sociale, la citoyenneté, etc. » (Bruggen, 2011. Traduction libre)

b. Sciences de l'occupation

Les ergothérapeutes s'intéressent aux occupations, définies par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE) comme « l'ensemble des activités et des tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification. L'occupation contient tout ce qu'une personne fait pour prendre soin d'elle (soins personnels), se divertir (loisirs) et contribuer à l'édifice social et économique de la communauté (productivité) » (ACE, 2002).

On peut alors faire le lien entre l'ergothérapie et les sciences de l'occupation, par leur intérêt commun pour l'occupation et plus particulièrement la relation entre la personne, ses occupations et l'environnement. Sylvie Meyer, ergothérapeute, reprend les travaux de Yerxa et al. (1989) et de Pierce (2014) pour définir la science de l'occupation comme étant l'étude de l'activité humaine et des relations entre les occupations et la santé.

De plus, les sciences de l'occupation permettent de soutenir la recherche en ergothérapie. Selon Sylvie Meyer, les sciences de l'occupation ont plusieurs objets : elles permettent de savoir qui s'engage dans les occupations, comment et quel sens on leur donne.

Elles permettent également de décrire les dimensions de l'occupation : ce que les gens font usuellement ou inhabituellement, si elles ont un sens, appartiennent à des catégories, sont intentionnelles, occupent du temps, captent l'attention, contribuent à la société, transmettent la culture, demandent des habiletés et les renforcent, ont une dimension de faire, être, devenir, appartenir, organisent la vie, assurent la survie, maintiennent le bien-être. Ces trois dernières dimensions reflètent en partie quelles peuvent être les répercussions dues à la privation occupationnelle.

Les êtres humains possèdent une nature occupationnelle qui leur procure une identité personnelle et remplit des fonctions de survie et de santé. L'interprétation des occupations ne dépend pas seulement de sentiments intrinsèques (relatif à la personne), elle dépend également d'influences externes telles que l'environnement et la culture (Pooremamali, 2012).

Avec de telles connaissances, les ergothérapeutes peuvent comprendre l'importance et les enjeux des occupations et doivent pouvoir les rendre accessibles à tous.

c. Les perspectives

Le développement de l'ergothérapie dans ce domaine serait cohérent avec le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 2015 relatif à la « promotion de la santé des migrants et des réfugiés ». De plus, la WFOT (World Federation of Occupational Therapists) a publié une prise de position en 2012, revisitée en 2014 concernant l'intervention d'ergothérapeutes auprès de personnes migrantes. En effet la migration entraîne une interruption dans la réalisation des activités de la vie quotidienne entravant ainsi la performance occupationnelle (WFOT, 2014. Traduction libre). La performance occupationnelle représente « le choix, l'organisation et la réalisation d'activités de tâche ou d'occupations en interaction avec l'environnement » (Morel-Bracq, 2009). Les occupations font pourtant partie des besoins et des droits humains, ayant un lien direct avec la santé. Tout être humain se doit donc de pouvoir avoir accès aux occupations (WFOT, 2014. Traduction libre). C'est pourquoi la WFOT invite les ergothérapeutes à intervenir quel que soit le contexte socio-politique, à partir du moment où les besoins, les droits humains et la participation à des activités significatives ne sont pas respectés. Elle leur propose donc de se lier aux associations locales d'aide aux réfugiés afin de les accompagner à développer des stratégies, tout en tenant compte du contexte socio-politique. Cela inclut la participation de tous : étudiants, chercheurs, bénévoles...

Les ergothérapeutes peuvent faciliter la réalisation des rôles sociaux, l'adaptation et la participation à des activités. Ils permettent également de soutenir et d'accompagner ces personnes au sein d'une nouvelle communauté en leur proposant de nouvelles opportunités (WFOT, 2014. Traduction libre). En effet, on trouve par exemple dans le portfolio les compétences suivantes :

« Déterminer pour des populations cibles, des actions de prévention, de conseil et d'éducation favorisant l'engagement dans l'activité pour promouvoir la santé. »,
« Collaborer avec différents groupes sociaux à la promotion de la santé et du bien-être (...) par le biais de leur engagement dans des activités significatives et significatives. »,
« Accueillir et écouter la personne ou un groupe de personnes en prenant en compte la demande, les histoires de vie et le contexte de la situation. » ou encore
« Développer une pratique visant à promouvoir les droits à la participation sociale liée à l'évolution des sciences et des techniques et analysée au regard d'une étude bénéfique/risques » (Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 2014). On retrouve également en première sous-compétence décrite dans le « profil des

ergothérapeutes au Canada », rédigé par l'ACE (2012) la formulation suivante : « travailler efficacement à titre d'expert centré sur le client, l'occupation, le rendement occupationnel et la participation occupationnelle. »

Dans cette prise de position, la WFOT souligne la pertinence de l'ergothérapie « Nous [les ergothérapeutes] facilitons l'accomplissement des besoins et droits occupationnels en créant de nouvelles opportunités de participation pour les personnes », car les compétences des ergothérapeutes permettent de répondre à des besoins :

elle donne l'exemple de l'accès à la communauté, savoir gérer son argent, son domicile, avoir un accès au travail, réaliser des rôles tels que celui de parent et de permettre le maintien de la culture d'origine dans une nouvelle situation. Pour cela les ergothérapeutes font de l'analyse d'activité avec une graduation des opportunités. Ils travaillent en individuel ou en groupe à l'aide de programmes tout en ayant une vision globale de la personne et de son environnement.

Les ergothérapeutes peuvent également évaluer les capacités de la personne, les facteurs facilitants et les obstacles. La WFOT note qu'il serait intéressant de créer un outil d'évaluation propre à ce champ d'action. Actuellement il est important de soutenir les pionniers de ce champ d'action afin de développer la pratique. Il est donc primordial de créer un réseau et de montrer l'importance du lien entre l'occupation humaine et la santé.

3. Ergothérapie auprès de personnes réfugiées : analyse de la pratique

a. Modèle de l'Occupation Humaine

La pratique de l'ergothérapie s'appuie sur l'utilisation de modèles conceptuels propres à l'ergothérapie ou partagés avec d'autres professions. Leur but est de créer « un cadre d'intervention structuré et argumenté, des outils d'évaluation cohérents et pour la plupart des résultats de recherche solides garantissant une démarche de qualité » (Morel-Bracq, 2009).

Dans le cadre d'une intervention en ergothérapie auprès de personnes réfugiées et demandeuses d'asile, il est intéressant de s'appuyer sur le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), modèle développé à partir des années 70 par l'ergothérapeute Gary Kielhofner. Selon la description de l'ergothérapeute Marie-Chantal Morel-Bracq (2009), ce modèle « permet de structurer le recueil des données concernant la personne, de comprendre ses forces et ses faiblesses concernant son engagement dans l'activité et de mettre en place un traitement ergothérapeutique. »

Le Modèle de l'Occupation Humaine a deux hypothèses fondamentales :

- les interactions entre la personne, ses motivations, son style de vie, ses capacités et l'environnement instaurent une adaptation dynamique dans les activités humaines.
- l'activité humaine signifiante et significative est essentielle dans l'auto-organisation de la personne.

Pour comprendre comment les individus choisissent leurs activités, Gary Kielhofner va décrire trois composantes : la volition, l'habitation et les capacités de rendement. La volition fait référence à la motivation (la conscience des capacités, les valeurs et intérêts, l'expérience).

L'habitation représente les rôles et les habitudes de la personne en rapport à sa culture, la société.

La capacité de rendement dépend des systèmes organiques mais également les sensations et le vécu de la personne.

Ces trois composantes dépendent de la personne, « être », mais sont également indissociables de l'environnement matériel et humain.

Gary Kielhofner parle également d' « agir », permettant de développer son identité, ses compétences et de s'adapter à l'environnement.

Les dimensions de l'occupation, sont découpées en trois niveaux : la participation, le rendement, les habiletés. (voir schéma ci-dessous)

La participation est le fait de s'engager dans une occupation, le rendement représente le fait d'accomplir la tâche, et les habiletés sont les actions concrètes réalisées pour accomplir la tâche. Elles sont de trois types : motrices, opératoires ou d'interaction et de communication.

Ce modèle centré sur la personne et l'occupation, permet aux ergothérapeutes de comprendre l'importance et l'engagement sollicités pour une occupation. Ils peuvent ainsi accompagner la personne dans son processus de changement et lui permettre de s'engager dans des occupations qui ont du sens, qui procurent de la satisfaction, contribuant ainsi au bien-être. (Morel-Bracq, 2009)

Ce modèle, souvent utilisé dans des suivis de personnes réfugiées, est intéressant car il est centré sur l'occupation. Il permet ainsi de comprendre quels sont les enjeux de cette dernière mais également quelle en est l'importance pour la personne. En s'interrogeant sur une occupation signifiante d'une personne grâce à ce modèle, cela permet de comprendre quelles peuvent être les conséquences de son interruption dans un cas de privation

occupationnelle.

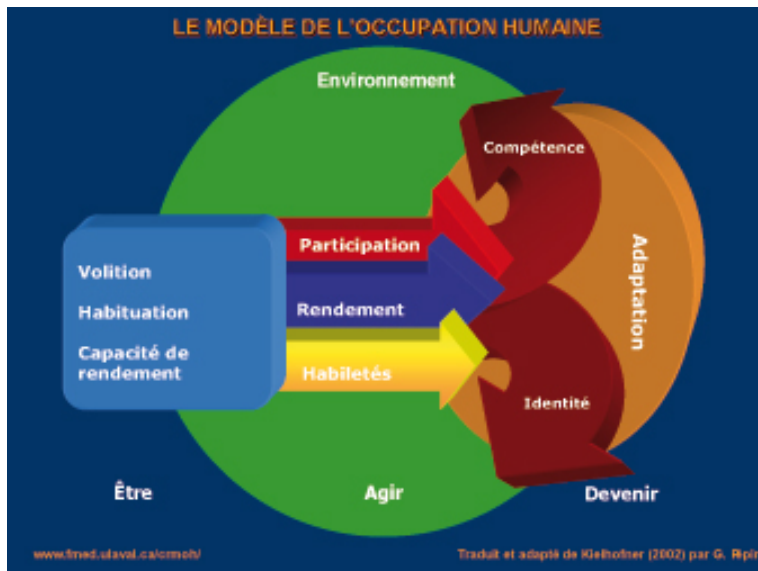


Figure 1 Modèle de l'occupation humaine (Kielhofner, 2002)

De ce modèle découle un outil : le Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST). Il a été élaboré en 2001 par des ergothérapeutes de Grande Bretagne (Parkinson et al., 2006) puis modifié en 2006. L'objectif est « d'offrir une vision synthétique de la participation occupationnelle de la personne » (Mignet, 2016). Il comprend 24 items regroupés en 6 thèmes reprenant les domaines du MOH. Cinq thèmes sont destinés à évaluer la personne et le sixième consiste à étudier si l'environnement permet, ou non, la participation. Pour compléter cet outil il faut observer la personne. Un système de cotation permet de coter chaque item de la manière suivante :

F : Facilité, P : Permet, L : Limite, E : Empêche la participation occupationnelle (annexe 1)
On obtient ainsi un « profil visuel de la participation occupationnelle de la personne dans un environnement ». L'évaluation se termine par une synthèse indiquant les forces et les limites de la personne, lui permettant ainsi de formuler son diagnostic ergothérapeutique (Mignet, 2016).

b. Les moyens utilisés

Malgré le manque d'écrits et de pratique dans le domaine de l'ergothérapie sociale en France, on trouve à travers la littérature étrangère diverses actions menées par des ergothérapeutes auprès de cette population.

Il existe par exemple le réseau OOFRAS (Occupational Opportunities For Refugees &

Asylum Seekers) depuis 2004, crée par quatre ergothérapeutes australiennes. Le but de ce réseau est « de solliciter et supporter la recherche, l'éducation, la pratique, plaider et alerter sur l'émergence de la profession d'ergothérapeute, tout en soutenant les déclarations de positions de la WFOT sur la migration, de façon signifiante et adaptée » (OOFRAS, 2017. Traduction libre).

Le but est d'agrandir le réseau en recensant des actions, donnant des liens vers des articles ou des adresses.

Suite au premier congrès COTEC-ENOTHE en juin 2016, ENOTHE et COTEC ont décidé d'établir un groupe de travail réfléchissant sur la définition du profil et des compétences de l'ergothérapie auprès des personnes réfugiées et demandeuses d'asile.

Il s'agit d'un groupe actuellement composé de 12 ergothérapeutes provenant de Grande-Bretagne, de Suède, des Pays-Bas, d'Allemagne, d'Autriche, de Belgique et de Turquie. Le but est de recenser et présenter les recherches sur ce sujet et de faire découvrir ce champ d'action en essayant de théoriser cette pratique afin qu'elle se développe davantage. Une carte a été mise en ligne afin de répertorier les actions menées auprès de personnes demandeuses d'asile par des ergothérapeutes en Europe.

Connie Trimboli, ergothérapeute australienne, a fait une recherche dans le cadre de son mémoire de master (2016) en envoyant des questionnaires aux ergothérapeutes et étudiants visant à savoir quelles interventions leur sembleraient importantes à réaliser. Ses recherches ont montré que les principaux besoins occupationnels sont l'accès au travail, l'engagement dans des occupations signifiantes, des routines, de pallier leurs besoins psychologiques, avoir du soutien pour les activités du quotidien qui ne sont pas encore familières (transports en commun, courses etc.), pouvoir gérer leur argent et pouvoir exprimer leurs besoins sexuels. Les résultats de sa recherche proposent plusieurs axes : incorporer la sexualité dans les accompagnements, faire en sorte que les ergothérapeutes disposent de ressources nécessaires pour accompagner des personnes victimes de migration forcée, et qu'ils aient conscience des différences culturelles. Elle suggère également d'inclure des visites sur le lieu de vie, des apprentissages de la conduite, d'approfondir la recherche sur le lien entre l'occupation et la santé chez les réfugiés et de faire reconnaître la valeur de l'ergothérapie dans ce domaine pour faciliter son développement.

On peut alors regrouper des actions menées par des ergothérapeutes à l'étranger (de manière non exhaustive) en fonction du moyen utilisé.

❖ Activités transculturelles

Le terme « activité transculturelle », décrit une activité qui est partagée par plusieurs individus, quel que soit l'origine, la culture, etc. (Larousse, 2017).

- Théâtre

L'article « Theatre as Liberation, Collaboration and Relationship for Asylum Seekers » des ergothérapeutes Horghagen & Josephsson (2013. Traduction libre) décrit la mise en place d'une activité théâtre en Norvège auprès de réfugiés provenant d'Asie et d'Afrique. Le but est d'utiliser le théâtre comme moyen pour les réfugiés de promouvoir leur histoire, d'être un moyen d'expression et de faciliter les relations sociales.

Selon les auteurs, utiliser le théâtre permet d'avoir une idée sur la manière dont les personnes réfugiées vivent au sein d'un camp. En effet le théâtre invite les participants à s'engager dans un processus créatif où ils peuvent expérimenter et dévoiler leur histoire différemment. Plusieurs études ont montré les bénéfices du théâtre telle que l'influence sur les compétences linguistiques et sociales (Jones, 1996. Traduction libre). Les occupations créatives permettent de diminuer l'écart culturel et la barrière de la langue (Smith, 2005. Traduction libre) car le théâtre est une manière de s'exprimer autrement. Cela leur permet ainsi d'exprimer de manière détournée ce qu'ils ont vécu et de prendre du recul par rapport au traumatisme.

Les séances se découpent en plusieurs séquences : jeux de rôles, dessins, activités de langage corporel et discussion en fin de séance afin de partager leur expérience et de faire le lien avec leur vie quotidienne. L'objectif est qu'ils appliquent ce qu'ils ont pu expérimenter durant la séance, afin de s'engager et participer plus facilement à leurs activités de la vie quotidienne.

Les thèmes principaux ayant émergé de ces observations sont : l'attente d'un futur, réfléchir sur sa propre histoire, s'imposer à travers la participation et créer des lieux de rencontre. Les auteurs ont pu observer que les participants sont devenus plus conscients de leurs habitudes. Cela les a aidés à développer d'autres moyens de communication, de réponses tels que l'utilisation de l'humour, de l'ironie, leur permettant d'être plus ouverts quant à leurs problématiques personnelles. Ils parviennent également, à travers des exercices basés sur leur propre histoire, à trouver des solutions plus facilement, à s'organiser différemment.

- Horticulture

Bishop & Purcell (2013), ergothérapeutes, ont choisi d'étudier le recours à une activité de jardinage en Angleterre avec des personnes réfugiées. Elles ont fait ce choix car l'horticulture a déjà été utilisée pour améliorer la santé et le bien-être. En créant un tel groupe, cela implique de travailler avec d'autres personnes et donc de développer des réseaux sociaux et amicaux. Après quatre semaines, elles ont interrogé les participants sur leur ressenti vis-à-vis de cette activité. Sont alors ressortis trois thèmes :

L'horticulture était pour eux un passe-temps amusant et signifiant car ils avaient tous de l'intérêt pour cette activité. Ils étaient déterminés par le fait de cultiver puis cuisiner ce qui a poussé. Le fait de pouvoir ramener avec eux un panier de légumes est stimulant et gratifiant.

Cela leur a ensuite permis de faire le lien avec le passé : en plus des sentiments de plaisir et de satisfaction, se sont combinés des souvenirs de jardinage dans leur pays d'origine. Il y avait une interaction sociale à travers le groupe favorisant le sentiment de connectivité, de partage malgré la diversité du groupe (pays et culture d'origine différents) et donc d'apprendre sur d'autres cultures. Certains témoignages montrent l'effet sur le bien-être. Ensemble, ils peuvent oublier leurs problèmes. Ce groupe leur a offert une occupation signifiante et significative, avec des possibilités occupationnelles comme moyen d'être, d'agir et de devenir (Bishop & Purcell, 2013. Traduction libre).

- Cuisine

Dans le centre Kovler de Chicago accueillant des réfugiés survivants de torture provenant du Cambodge, d'Afghanistan, du Salvador et d'autres pays, une préparation d'un repas traditionnel du pays d'origine de l'un des participants est réalisé tous les vendredis soirs. La cuisine permet aux participants de lutter contre l'isolement en créant une communauté (Black, 2010. Traduction libre). Certains participants ont témoigné :

« Nous avons perdu quelque chose que nous tenons constamment à retrouver. Où le trouver ? Dans la cuisine ! On le retrouve en petites parties dans la cuisine, dans la nourriture, dans les conversations. Quand on sent cette herbe particulière, on peut se représenter la femme qui la vend au marché, ce qu'elle porte. Cela vous replonge dans de bons moments, chez vous. J'ai toujours en moi une culture de la nourriture que je partage avec les personnes qui le souhaitent » (Anthony C Ibeagha, originaire du Nigéria.

Traduction libre). L'auteure, Mary Black, dit alors qu'un compte-rendu sur les centres européens de traitements de la torture, a indiqué que la question de la réhabilitation est mieux traitée « lorsque les programmes médicaux incluent de l'ergothérapie ou d'autres activités visant à reconstruire un réseau social autour du patient, contribuant à son intégration au sein de la nouvelle société » (Guillet et al, 2005. Traduction libre).

- **Musique**

Allison Adrian n'est pas ergothérapeute mais elle travaille au sein du département de musique et de théâtre de St Paul dans le Minnesota. Sa recherche vise à étudier comment la musique, la religion et la culture permettent de maintenir des pratiques culturelles au sein d'un nouvel environnement. Elle a réalisé cette recherche auprès d'anciennes générations de réfugiés originaires d'Afrique, d'Asie, d'Amérique latine aux États-Unis. Elle a donc étudié la pratique de musique Luthérienne au sein des églises, par des groupes de volontaires composés de réfugiés provenant de pays différents et d'américains. La pratique de cette occupation leur a permis d'acquérir une routine différente et de ressentir un sentiment d'intégrité. La religion était un facteur d'adaptation au sein de la nouvelle communauté. La musique est utilisée en tant que moyen d'expression et d'acceptation de leur nouvelle vie. Faire de la musique permet également de faciliter la rencontre des différentes cultures (notamment entre les pratiquants). En effet ils utilisent de nouvelles pratiques musicales tout en gardant certains aspects de leur culture d'origine (Adrian, 2013. Traduction libre).

❖ **Activités en lien avec la culture d'origine**

L'utilisation d'occupations en lien avec la culture d'origine signifie utiliser une occupation que les personnes avaient l'habitude de faire dans leur pays d'origine.

- **Tissage**

L'article « Traditional Weaving as an Occupation of Karen Refugee Women » (2013) raconte l'histoire de femmes issues du groupe ethnique tibéto-birman Karen ayant fui les conflits d'abord vers la Thaïlande puis vers les États-Unis. Elles avaient pour coutume de tisser des vêtements traditionnels, des sacs, des couvertures. Elles pouvaient poursuivre cette occupation dans les camps de réfugiés en Thaïlande mais ne sont pas autorisées à le faire aux États-Unis. Le département d'ergothérapie de l'Université d'Utah a donc développé un projet afin qu'elles puissent reprendre cette activité

culturellement signifiante. Le but est de leur permettre de regagner l'aspect culturel de leur identité et de développer un réseau social composé d'autres personnes dans la même situation, leur apportant du soutien et les aidant à faire face aux difficultés. Des questionnaires ont été réalisés afin de comprendre l'importance de cette occupation pour elles et les résultats ont montré que tisser fait partie intégrante de leur identité. Il est important pour elles de préserver cette pratique. Porter ces vêtements tissés leur permet de montrer la culture à laquelle elles appartiennent et dont elles sont fières. C'est également une manière de transmettre un héritage culturel à leurs enfants qui grandissent aux États-Unis. Beaucoup de femmes expriment le fait de préférer tisser ensemble car l'aspect social est très important et leur permet de discuter et de se soutenir. Cette étude montre que participer à des occupations culturellement significatives permet de préserver une certaine identité (Stephenson, 2013. Traduction libre).

- Réalisation de café traditionnel

Au sein d'un centre communautaire aux États-Unis spécialisé dans l'accompagnement de personnes réfugiées victimes de torture, Mary Black (2010) raconte les ateliers d'ergothérapie. Un groupe de femmes d'origine bosniaque a partagé sa façon de lutter contre l'isolement, l'anxiété et la dépression par la réalisation d'un café traditionnel qui était ensuite distribué au reste de la communauté. Elles cousaient également des slogans personnels « nous sommes arrivées aux États-Unis avec seulement nos vêtements sur le dos et nos compétences dans les mains... Nous espérons que vous appréciez notre contribution ». Le développement de l'ergothérapie dans ce centre a permis de développer plus d'alternatives sociales. L'auteure rappelle que « le besoin de ré-engagement dans des activités significatives, de rétablir des routines familiales et de rencontrer d'autres personnes est également important » (Whiteford, 2004. Traduction libre).

❖ Programmes spécifiques

Certains ergothérapeutes ont développé des programmes spécifiques. C'est par exemple ce que décrit l'article de Moira Boyle « Occupational performance and self-determination : The role of the occupational therapist as volunteer in two mountain communities » (2014) : des ergothérapeutes australiens bénévoles ont créé des programmes en fonction des personnes et de leur situation. Le but de ces programmes est d'accompagner les réfugiés à accomplir leurs nouveaux rôles, leurs occupations et avoir une meilleure perception d'eux-mêmes. Parmi les programmes proposés, il y en a par

exemple un développé pour les jeunes mères et la maternité, un sur l'apprentissage de l'anglais et des groupes de cuisine.

Au sein des groupes se trouvent également des réfugiés « intégrés », venant partager leur expérience et donner des conseils. Les programmes sont régulièrement modifiés en fonction des suggestions.

L'ergothérapeute intervient alors en tant que membre de la communauté qui les soutient, permettant grâce à ses connaissances de faciliter l'accès à l'autonomie et la confiance en soi en ciblant leurs besoins. Il promeut également la justice occupationnelle en offrant des options, des informations, des expériences leur permettant ainsi l'acquisition de nouvelles compétences. Il est également possible de faire des pairs bénévole-réfugié permettant ainsi de réduire l'isolement social.

L'auteure a pu observer l'émergence de l'auto-détermination lorsque l'environnement est soutenant, comme à travers les pairs bénévole-réfugié par exemple (Boyle, 2014. Traduction libre).

En 2002, l'utilisation de « programmes de prévention en ergothérapie » avait déjà été décrite dans l'article « Occupational therapy intervention with children survivors of war » (Simo-Algado et al., 2002. Traduction libre). Ici, le rôle de l'ergothérapeute est à nouveau de « renforcer » les membres d'une communauté en leur faisant reconnaître leurs propres capacités à travers des occupations significatives, favorisant ainsi la justice occupationnelle. Une équipe comprenant deux ergothérapeutes a élaboré un programme de six mois au Kosovo auprès d'enfants, afin de prévenir les conséquences psychologiques sur le long terme. L'intervention se déroule dans la ville de Gjakovë, qui a été détruite pendant la guerre et dont les habitants ont été opprimés pendant dix ans. Pendant les conflits les enfants ont subi des séparations, certains ont été abandonnés, torturés, mutilés, abusés sexuellement ou ont été utilisés en tant qu'enfant soldat, obligés de tuer. Les répercussions sont nombreuses : syndrome post-traumatique, dépression. Certains développent un sentiment intense de peur, de colère, avec des réponses comportementales inadéquates. Ces comportements se manifestent par des attitudes agressives et de l'anxiété. Ils restent silencieux et perdent leur intérêt pour les jeux.

Les programmes se déroulent sur une période de six mois et ils sont réalisés par une équipe constituée de deux ergothérapeutes et les instituteurs qui connaissent bien les enfants, ce qui permet de faciliter l'alliance thérapeutique. Une première session théorique a lieu pour les enseignants, afin de leur apprendre sur la maladie mentale puis une session pratique,

afin d'expérimenter différentes techniques (jeux, techniques artistiques etc.). Le groupe d'enseignants facilite l'expression des sentiments traumatisants.

Au bout de deux semaines, les enseignants sont amenés à organiser les activités sous la supervision des deux ergothérapeutes qui les ont formés. Le but des activités est de trouver un équilibre entre l'expression émotionnelle des enfants et le soutien que l'on souhaite leur apporter.

Les activités ludiques sont le meilleur moyen d'observer le comportement de l'enfant et elles visent à aider les enfants à mieux gérer leurs émotions négatives : par exemple une émotion telle que la colère peut être discutée au cours d'une session puis exprimée à travers une activité telle que le football.

Une activité est proposée à chaque nouvelle session (les enfants ne peuvent pas choisir car ils sont 25 à 30 et le professeur doit pouvoir disposer du matériel nécessaire). Cela commence par un jeu puis s'en suit une activité artistique/manuelle autour d'un thème/moyen libre (peinture par exemple). À la fin, les enseignants laissent le choix aux enfants de présenter leur travail au reste du groupe. Ils réfléchissent ensuite ensemble, à travers des questions, pour tenter de faciliter l'expression de leurs ressentis. Progressivement ils nomment les émotions puis les expriment différemment à travers la parole, des dessins, des jeux de marionnettes. Par exemple chaque marionnette correspond à une émotion avec laquelle il faudra raconter une histoire, le but étant de pousser les enfants à résoudre seuls les conflits. À la fin, une discussion est faite afin de faire le lien entre les émotions et voir comment on peut réagir face à elles.

Ces activités ont montré le pouvoir de l'occupation pour faciliter l'expression d'émotions, de sentiments traumatiques et de savoir mieux les gérer. Les premières réactions étaient en lien avec leurs souvenirs de la guerre (dessins de maisons en feu, de tanks etc.) puis une évolution a été observée dans leurs dessins et leurs comportements : les thèmes étaient de plus en plus positifs, moins ciblés sur le passé mais au contraire sur l'avenir.

En Australie, une étude de cas a été réalisée pour étudier l'impact des croyances des personnes sur la mise en place d'un suivi ergothérapeutique au sein d'un centre ayant pour but la réhabilitation auprès de personnes réfugiées afghanes souffrant de troubles psychologiques.

Les objectifs de la réhabilitation sont :

- Réduire la peur sociale, la stigmatisation et les croyances sur les causes de la maladie.
- Obtenir des informations malgré la barrière de la langue en proposant de la littérature sur

la maladie mentale en arabe.

- Être indépendant tout en étant loin de sa famille, de son environnement.
- Développer les relations familiales, les soutenir afin que perdurent les rôles sociaux.
- Tenir compte de la culture dans la rédaction des objectifs.
- Leur permettre de prier.

En effet, en plus du contexte de migration s'ajoute une difficulté vis-à-vis de leur maladie : leur famille ne l'accepte pas car selon eux, la maladie provient de possession de mauvais esprit. Ils se soignent avec des amulettes, des prières et adhèrent peu au traitement. L'ergothérapeute doit connaître ces croyances et tenter de négocier sur les bienfaits de la réhabilitation. Il est important de faire intervenir un proche qui peut avoir un rôle d'"équilibre" entre médecine traditionnelle et traitement. Les groupes de soutien formés par des groupes homogènes ont de bons résultats. Cet article montre qu'il est important de développer des modèles, des concepts en ergothérapie dans ce domaine afin de s'adapter à la culture et ainsi, d'optimiser les suivis. (Maroney et al, 2013. Traduction libre)

C'est justement en s'appuyant sur un modèle (l'Occupational Performance Process Model, OPPM), que des étudiants belges ont mis en place un suivi ergothérapeutique auprès d'enfants réfugiés à Bruxelles. Divisé en 7 étapes, ce modèle leur a permis d'avoir une trame permettant d'identifier les problématiques occupationnelles des enfants. Cela passe par de la recherche documentaire, l'identification des composantes environnementales, des entretiens et la rédaction d'objectifs et des moyens. Les étudiants ont ensuite utilisé comme moyens des activités créatives permettant un environnement sécurisant, des jeux de groupe pour la socialisation et la prise de décision et ils ont développé des moyens de communication verbale, non-verbale ou des cahiers de communication. Cela a permis aux enfants d'avoir une meilleure confiance en eux, car ils se sont sentis capables de faire quelque chose, et ressentent un meilleur sentiment d'appartenance. Ensemble ils ne se sentent plus seuls, se font des amis et sont plus positifs vis-à-vis de leur avenir. Il aura été important pour ce programme de normaliser la routine et de permettre la mise en place d'activités diverses (De Koker, Lambers, Vercruysse, 2016. Traduction libre).

❖ Kit

Emily Lundën décrit dans son mémoire de master l'utilisation de kits de ressources destinés aux bénévoles et travailleurs venant en aide à des personnes réfugiées pour faciliter l'intégration au sein de la communauté, via une association 'World Relief'. Ce projet se déroule aux Etats-Unis et au Canada, dans la mégalopole de Pugetopolis qui regroupe Vancouver et Seattle.

Ils ont constitué trois kits basés sur trois axes d'intervention : l'habitat et la santé, la communauté et l'école. Le but est d'aider les réfugiés à participer de nouveau aux activités significatives mais également d'améliorer leur santé, leur bien-être et leur qualité de vie en général.

Le premier kit contient des ressources et des indications pour avoir accès à une nourriture saine, des protections féminines et des indications pour leur utilisation, et des exemples de médicaments, produits ménagers...

Le deuxième contient un plan d'accès, des informations sur les transports en commun et des tickets et des renseignements sur la bibliothèque.

Le dernier contient des informations et des dossiers d'inscription pour avoir accès à un ordinateur portable, un plan des écoles et un calendrier scolaire.

Des bénévoles ont été interviewés afin de déterminer les éléments nécessaires pour le kit. Un questionnaire leur a également été distribué afin d'avoir leur retour et d'améliorer le contenu des kits. Le concept de privation occupationnelle leur est présenté afin qu'ils puissent l'évaluer, et qu'ils cernent au mieux les besoins des personnes.

c. État des lieux en France

Il existe peu d'interventions d'ergothérapeutes en France auprès de personnes demandeuses d'asile, cependant de nombreuses associations et organisations non gouvernementales (ONG) interviennent auprès de cette population. Leurs objectifs sont multiples : distribution de nourriture, de vêtements, aide dans les démarches administratives, hébergement, cours de langue etc. Il est difficile de toutes les recenser mais il existe au moins une vingtaine d'associations et d'ONG proposant leur aide aux personnes réfugiées. Certaines associations proposent des activités diverses (Singa France, BAAM...). On peut par exemple citer des ateliers de danse, de théâtre, des matchs de football, des ateliers de cuisine. Ces activités sont proposées en fonction des bénévoles, de leurs compétences (artistes, professeur de sport), du matériel et des lieux disponibles.

Il est également important de préciser que ces actions dépendent de politiques : certaines associations peuvent disposer de financement, c'est le cas des associations dites « agréées » qui peuvent avoir accès à des subventions. D'autres peuvent être reconnues « d'utilité publique » disposant alors d'une grande capacité juridique mais étant soumises à des contrôles de l'autorité publique. Lorsqu'il n'y a pas de déclaration réalisée, les associations peuvent être classées « de fait » ou « non déclarée ». Elles n'ont dans ce cas, pas de capacité juridique, c'est-à-dire qu'elles ne disposent pas par elle-même de droits et d'obligation » ni de protection (Ministère de l'Éducation Nationale, 2008 et 2011). En plus de ces associations, des équipes médico-sociales essentiellement composées d'assistants sociaux, d'éducateurs spécialisés, d'équipes médicales interviennent dans les CADA, qui sont « soumis au code de l'action sociale et des familles » (Ministère de l'Intérieur, 2015).

Actuellement, seulement un projet d'étudiants en ergothérapie auprès de personnes réfugiées a été présenté lors du dernier congrès ENOTHE en octobre 2017. L'objectif était de proposer des séances ergothérapeutiques auprès de réfugiés syriens. Ce projet n'a pas abouti pour des raisons d'organisation, de manque de temps et des difficultés liées à la barrière de la langue.

Il y a cependant des ergothérapeutes qui peuvent être amenés à intervenir auprès de cette population. Par exemple, des ergothérapeutes interviennent auprès du SAMU social lors de maraudes pour les personnes en situation d'exclusion sociale.

Certains établissements en santé mentale proposent également des actions menées par des équipes mobiles pour aller à la rencontre de personnes en situation de précarité et d'exclusion. Avec le nombre de personnes migrantes augmentant, ces équipes sont de plus en plus confrontées à des personnes réfugiées et dont certaines présentent des troubles psychiatriques.

Pour donner suite aux thèmes abordés dans le cadre conceptuel et pour répondre à ma question de recherche, j'ai formulé l'hypothèse suivante :

L'utilisation de modèles conceptuels centrés sur l'occupation permet aux ergothérapeutes de soutenir la participation occupationnelle chez les personnes demandeuses d'asile.

La deuxième partie de ce mémoire intitulée « Méthodologie de recherche » va permettre de répondre à cette dernière.

II. Méthodologie de recherche

1. Choix de l'outil

Pour répondre à ma question de recherche et vérifier mon hypothèse, j'ai décidé de réaliser des entretiens de recherche semi-dirigés. L'objectif de ces entretiens est de récolter des informations qualitatives. En effet il permet de recueillir des expériences, en ayant « un accès direct à la personne, à ses idées, à ses perceptions ou représentations. » (Tétreault & Guillez, 2014). L'utilisation de cet outil me permettra de recueillir plus d'informations et plus de précisions dans les réponses. De plus, je pourrai rebondir sur les réponses des personnes interrogées ou clarifier ma question lorsqu'elle ne sera pas assez précise.

2. Population choisie

Suite aux interventions décrites dans les écrits, j'ai décidé d'interroger des ergothérapeutes diplômés intervenant auprès de personnes réfugiées dans des centres d'accueil pour personnes réfugiées ou dans des camps de personnes réfugiées. L'objectif est de savoir à travers les entretiens comment ils procèdent, ce qu'ils observent, comment ils définissent la privation occupationnelle et quelle est leur vision de l'ergothérapie dans ce champ d'action. Comme je n'ai pas trouvé de contact français correspondant à mes critères, j'ai choisi de réaliser des entretiens avec des ergothérapeutes étrangers intervenants auprès de personnes réfugiées. J'ai choisi d'aller interroger des ergothérapeutes de différentes nationalités afin de tenir compte des différentes politiques dans chaque pays. L'objectif est également de voir si les exemples d'interventions trouvés dans la littérature sont similaires à l'expérience de terrain, ou si de nouvelles propositions sont suggérées.

3. Guide d'entretien

Afin d'organiser au mieux mes entretiens, j'ai rédigé une trame de treize questions regroupées sous forme de thèmes (annexe 2).

La première thématique aborde la présentation des ergothérapeutes : quel est leur parcours, comment ont-ils été amenés à travailler dans ce domaine-là et auprès de quelle population ils interviennent.

La deuxième aborde la privation occupationnelle : comment la définissent-ils et quelles observations ont-ils pu en faire.

Une troisième thématique précisera les interventions ergothérapeutiques menées : le déroulement, s'ils ont recours à des modèles et/ou outils particuliers. Une quatrième abordera le développement de la pratique ergothérapeutique dans ce champ d'action : je leur demande dans cette partie ce qu'apporterait, selon eux, le développement de l'ergothérapie dans ce domaine et quelles sont les ressources dont disposent les ergothérapeutes pour pouvoir agir auprès de cette population. Enfin une conclusion permettra de clore l'entretien.

4. Déroulement des entretiens

J'ai contacté plusieurs ergothérapeutes intervenant auprès de personnes demandeuses d'asile par mail en leur présentant le thème de mon mémoire d'initiation à la recherche et en leur demandant s'ils seraient d'accord pour réaliser un entretien via Skype ou par téléphone (n'ayant contacté que des ergothérapeutes étrangers il n'était pas possible de réaliser un entretien face à face). J'ai obtenu ces contacts grâce à mes recherches ou par des conseils d'autres ergothérapeutes. J'ai également envoyé un message à un groupe sur internet dédié à l'ergothérapie auprès de migrants ou personnes demandeuses d'asile en présentant également le thème de mon mémoire et en laissant mes coordonnées s'ils souhaitaient participer. J'ai ainsi pu ainsi réaliser cinq entretiens, dont un avec deux ergothérapeutes, par Skype ou par appel téléphonique. Les entretiens ont duré en moyenne 45 minutes.

5. Présentation des résultats

Afin de respecter l'anonymat, je nommerai les ergothérapeutes Mr V., Mme M., Mme H., Mr Y., Mr L. et Mme T. L'entretien avec Mr Y. et Mr L. s'est fait au même moment car ils travaillent ensemble.

L'entretien complet réalisé avec Mr V. a été retranscrit (annexe 3).

a. Thème 1 : Présentation de l'ergothérapeute

J'ai choisi de présenter les ergothérapeutes auprès desquels j'ai réalisé un entretien sous la forme d'un tableau permettant de les comparer plus facilement.

	Mr V.	Mme M.	Mme H.	Mr L.	Mr Y.	Mme T.
Nationalité	Belgique	Angleterre	Belgique	Suisse	Suisse	Angleterre
Année d'obtention du diplôme	1975	2009	2011	2010	1994	2013
Parcours professionnel	Santé mentale (psychoses chroniques chez l'adulte) Professeur auprès d'étudiants ergothérapeutes.	Services sociaux et autorités locales. En hôpital, en service de chirurgie orthopédique	Un an dans un service de rééducation fonctionnelle. A travaillé en maison de retraite. Diplôme de travailleuse social en 2013.	Santé mentale (à domicile, en cabinet et auprès d'associations)	Santé mentale en hôpital.	Deux ans en centre de rééducation en service de neurologie. Elle y a également fait de la recherche. A participé à un programme de cinq mois auprès de réfugiés. Neuf mois en service gériatrique. Actuellement en service d'hépatologie.
Comment ont-ils été amenés à intervenir auprès de réfugiés	Fait parti d'une association et a souhaité créer un projet afin de lutter contre la privation occupationnelle chez les personnes réfugiées.	A suivi son mari qui a été muté à Athènes, puis a décidé de faire du bénévolat auprès d'un centre d'aide aux réfugiés	Elle a rencontré des personnes réfugiées souffrantes de traumatismes pendant ses études puis s'est intéressée à l'ergothérapie « sociale ».	Avait déjà travaillé autour du thème de la migration. A fondé une association qui propose de faire des mosaïques dans des espaces publics.	Travaille en tant qu'ergothérapeute dans la même association que Mr L., qui intervient auprès de personnes réfugiées et des personnes à l'aide sociale.	A toujours été intéressée par le travail auprès de personnes marginalisées ou au passé et à la culture différentes.

J'ai également choisi d'introduire un second tableau permettant de faciliter la lecture de la présentation et l'analyse des entretiens. Ce tableau vise à comparer les interventions menées par les ergothérapeutes avec leur statut et leurs moyens.

	Mr V.	Mme M.	Mme H.	Mr Y.	Mr L.	Mme T.
Statut au sein du centre ou camp	Retraité et bénévole depuis 2013	Bénévole	Travailleuse sociale depuis 2016	Ergothérapeute depuis 2011	Ergothérapeute depuis 2016	Bénévole
Type d'interventions	Supervise des étudiants ergothérapeutes qui proposent diverses activités de groupes dans un centre pour réfugiés en Belgique.	Aménagement de l'environnement dans un centre d'accueil en Grèce. Conseil en aides-techniques. Réalise des ateliers (jeux, activités créatives) avec les enfants	Dans le cadre de son poste de travailleuse sociale, elle s'occupe des tâches administratives majoritairement axées sur la recherche d'emploi. A réalisé des ateliers de théâtre lorsqu'elle avait le temps.	Mosaïques réalisées dans des espaces publics. Les personnes viennent sous prescription médicale d'une heure par semaine. Les participants peuvent également préparer le repas pour l'ensemble de l'équipe.		Fait de la recherche sur ce sujet. A participé à plusieurs programmes auprès de réfugiés en tant que bénévole en Grèce, aux Etats-Unis et en Angleterre. Atelier de « story telling », développement de compétences, activités de groupe.

On remarque que les ergothérapeutes exercent dans des pays différents et n'ont pas le même parcours professionnel. Seulement deux travaillent en tant qu'ergothérapeute, les autres étant soit bénévole soit travailleur social.

❖ Description de la population

L'ensemble des ergothérapeutes interrogés intervient auprès d'une population similaire provenant essentiellement de Syrie, d'Afghanistan et de plusieurs pays d'Afrique. Mr V., Mr L. et Mr Y. rencontrent également des personnes provenant d'Europe de l'Est. Il s'agit d'une population essentiellement adulte, composée d'hommes et de femmes. Trois ergothérapeutes interviennent également auprès d'enfants. Ils vivent dans des camps ou des centres pour personnes réfugiées, où ils sont plusieurs centaines de personnes (jusqu'à 800 personnes dans le centre où intervient Mr V.). Les personnes que rencontrent Mr Y. et Mr L. vivent dans des centres et dorment dans des dortoirs collectifs qu'ils doivent souvent « *quitter tôt le matin pour y retourner seulement le soir* ».

Tous rencontrent des problématiques similaires : il y a peu de diagnostics établis ou alors les ergothérapeutes n'y ont pas accès. Cependant quatre ergothérapeutes constatent un nombre important de personnes présentant des symptômes dépressifs et des symptômes de syndromes post-traumatiques. Trois ergothérapeutes rencontrent des personnes en situation

de handicap physique, en majorité due à des paralysies cérébrales ou des scléroses en plaques. Mr V., Mr Y. et Mr L., constatent des « *troubles du comportement alimentaire ou du sommeil* » ainsi que des « *somatisations* » qui pourraient être la conséquence directe des traumatismes.

Quatre ergothérapeutes rapportent une différence culturelle qui impacte notamment la perception des troubles et la vision du handicap.

Mr L., Mme M., Mr Y. et Mr L. parlent de perte d'espoir, de rôle et d'identité. Les personnes vivant au sein des centres et des camps ne sont pas autorisées à travailler (sauf au bout de trois mois, en Belgique où travaille Mme H., mais la recherche d'emploi reste très compliquée). Les personnes demandeuses d'asile sont dans les camps ou les centres pour des périodes indéterminées plus ou moins longues. Certaines personnes vont tenter d'aller dans d'autres pays (en particulier la France), d'autres attendent la réponse à leur demande d'asile, et enfin, certaines personnes peuvent être renvoyées dans leur pays d'origine.

b. Thème 2 : Démarche évaluative de la privation occupationnelle

❖ Définition de la privation occupationnelle

Pour l'ensemble des ergothérapeutes interrogés, une personne est en situation de privation occupationnelle lorsqu'elle n'a pas accès et ne peut pas participer à des activités. Plusieurs définitions ont alors été formulées.

« C'est lorsqu'une personne n'a pas accès à des activités significatives, déterminées, qui [lui] sont très importantes pour survivre, à cause de facteurs externes tels que la guerre, ou vivre dans un institut, un centre pour réfugiés. (...) C'est une sorte d'injustice occupationnelle, parce que c'est dû à des facteurs externes. » (Mr V.)

« C'est une perte prolongée d'activités significatives (...) qui entraîne une perte des habiletés et de l'autonomie. Cela est due aux politiques sociales qui impactent les personnes en créant des barrières. C'est une combinaison de facteurs personnels (des incapacités physiques et mentales), combinés à des facteurs sociaux tels que les stigmatisations, les discriminations, combinés aux politiques (lois de régulation, de frontières). » (Mme T.)

La définition de Mr Y. est similaire car il parle d'une « *impossibilité de s'adonner à des occupations* ». Selon lui, les personnes sont « *privées par différentes causes, différents facteurs* ».

Mr L. ajoute à ça qu'il s'agit d'une situation qui risque de se généraliser au cours de ces prochaines années : des « *emplois sont voués à disparaître et certaines personnes ne sauront donc plus quoi faire* ». Il ajoute également que les ergothérapeutes seront de plus en plus concernés par cette situation car ce sont des professionnels « *sensibles à l'activité* ».

Mme H. définit la privation comme étant « *lorsque l'on ne peut plus rien à faire, que les journées sont vides et qu'il n'y a plus d'objectif de vie* ».

Pour Mme M., il s'agit avant tout d'un « *sentiment d'abandon, de perte d'espoir et de frustration, d'impuissance par rapport à une situation, où les personnes ne savent pas quelles activités faire* ».

❖ **Observations de la privation occupationnelle et de ses répercussions sur le terrain**

L'ensemble des ergothérapeutes considère la population du centre ou du camp en situation de privation occupationnelle. Selon quatre ergothérapeutes, cette privation occupationnelle est due à des « *facteurs externes* ».

« *Ce n'est pas seulement dû au camp, c'est également à cause de la société* » (Mme H.).

Pour Mr V., la population auprès de laquelle il intervient est en situation de privation occupationnelle car ils sont « *dans une institution où il y a beaucoup de règles.* ». Il ajoute également que

« *Si on prend le Modèle Canadien du Rendement Occupationnelle (Canadian Model of Occupational Performance and Engagement), il parle de l'environnement institutionnel. L'environnement institutionnel limite ce que l'on peut faire ou pas. Il y a des règles et ces règles ont un effet sur ce que l'on peut faire ou ne pas faire.* » (Mr V.)

Mr Y. donne une réponse similaire en précisant :

« *C'est à cause de raisons exogènes à la personne, de permis, de possibilités (...). Ils n'ont pas de possibilité et c'est dû au système étatique.* » (Mr Y.)

Mr L. acquiesce à la réponse de Mr Y. mais ajoute « *que les symptômes ont un impact, qui les empêchent de réaliser des activités* » car les personnes ne se sentent pas en « *sécurité ou en capacité de faire quelque chose* ».

Mme M. et Mme T. observent des répercussions sur les rôles sociaux des personnes.

« *Plus particulièrement les hommes qui ne sont pas autorisés à avoir un travail rémunéré. Donc ce rôle de père, de chef de la famille est vraiment difficile à réaliser. Et évidemment ils ressentent de la frustration, des pertes d'espoir.* »

(Mme M.)

« *Il y a un manque d'accès à des activités significatives et de routine. Cela entraîne une perte de rôle. (...) Celui d'étudiant ou de grand frère par exemple.* » (Mme T.)

Mme T. ajoute que lorsque cette perte de rôle n'est pas dû à la privation occupationnelle « *qui est un important problème difficile à combattre à cause de différents facteurs* », cela peut être dû à un « *dysfonctionnement interne à la personne qui peut être plus facile à rétablir* » car certaines personnes font « *preuve de résilience leur permettant de s'adapter* ». Elle précise également que malgré les capacités de résilience, il s'agit d'une situation qui se répète souvent :

« *Peut-être que certains commencent à trouver une routine significative, à s'intégrer au sein de la communauté mais ont dû partir dans un autre endroit. C'est donc une difficulté qui se perpétue. Dès que les personnes arrivent quelque part, elles doivent trouver qui elles sont puis intégrer la société* » (Mme T.)

Pour Mme H. la privation occupationnelle est due à « *leurs inquiétudes pour leur futur. Par exemple ils ne savent pas si c'est une bonne idée de commencer à apprendre la langue car ils ne sont pas certains de rester [dans ce pays]* ». Ils peuvent demander un permis de travail au bout de trois mois mais il est très difficile pour eux d'en trouver. Beaucoup d'entre eux ne savent pas lire ou n'ont pas de diplômes suffisants. « *Ils ne peuvent donc rien faire et personne ne les aide donc ils baissent les bras* ».

❖ Répercussions de la privation occupationnelle

Mr V. cite la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) qui va cibler la participation et remarque que « *si les personnes [doivent] rester dans l'institution, il n'y a rien à faire, [elles auront] une faible participation et des problèmes de santé dans le futur* ». Il cite également Kielhofner disant que « *le manque d'activité entraîne des sortes de maladies psycho-sociales voire même somatiques. (...) Les personnes se plaignent de maux, de douleurs pouvant être d'origine psychosomatiques* ». Il donne un exemple : celui d'un enfant atteint d'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) qui serait peut-être dû à sa situation. Un autre enfant aurait décompensé, puis une psychose se serait déclarée après un syndrome post-traumatique (il était enfant soldat et a tenté de fuir).

Mme H. et Mme M. constatent de nombreux cas de dépressions, de comportements suicidaires, de la frustration et que « *le manque d'occupation est mauvais pour leur santé et augmente les risques de comportements violents* » (Mme M.). Certains jeunes « *recherchent de l'attention* » et certains d'entre eux présentent des troubles du comportement. Mme H. pense que cela est dû au fait qu' « *ils n'ont rien à faire, donc ils cherchent des stimuli ailleurs* ». Mme T. constate également que ces symptômes sont plus marqués chez les personnes jeunes :

« Cela dépend des personnes. Par exemple, cela a beaucoup d'impact chez les adolescents car c'est une période où l'on réfléchit sur qui nous sommes, comment on voit le monde etc. (...) Je pense qu'en général, la privation occupationnelle touche l'identité, le sentiment de sécurité et le sentiment de faire partie de la communauté : les personnes vivant dans des camps sont exclues de la société, et même si c'est une situation qui est censée être transitoire, certaines sont là pour de longues périodes voire des années. Cependant je pense que même s'il y a cette privation occupationnelle, les personnes peuvent s'adapter et trouver des rôles. Mais cela aura un impact sur le regard porté par la société. Ils seront stigmatisés, à cause de ce manque d'intégration » (Mme T.)

Mr L. constate à l'inverse que lorsqu'il y a plus de « *normalité* » dans le quotidien des personnes (repas communautaire, activités, rémunération), les symptômes diminuent.

c. Thème 3 : Suivis ergothérapeutiques

❖ **Interventions**

Les six ergothérapeutes interrogés possèdent des statuts différents : Mr V., Mme M. et Mme T. interviennent sous forme de bénévolat. Mme H. est travailleuse sociale et Mr Y. et Mr L. travaillent ensemble en tant qu'ergothérapeutes. Mr V. et Mme T. supervisent également des projets d'étudiants en ergothérapie auprès de personnes réfugiées. Leurs pratiques sont également différentes :

Mr V. et Mme T. proposent des activités qui se focalisent sur l'identité, l'estime de soi, la notion de futur avec par exemple des activités de cuisine. Ils utilisent des activités plus créatives telles que la peinture, le théâtre, la danse ou la musique pour travailler sur les traumatismes. Mme T. propose également aux enfants de faire du « *story telling* ». En prenant des photos, des vidéos, des enregistrements audio, les enfants doivent raconter des histoires. Dans l'autre programme bénévole auquel elle a participé, Mme T., proposait aux personnes de participer à des ateliers visant l'intégration dans la société. Le but était de permettre aux personnes de développer des capacités leur permettant par exemple de se présenter.

Mme M. et Mme H. peuvent toutes les deux être amenées à préconiser des aménagements de l'environnement ou des aides techniques lorsque des personnes en situation de handicap sont rencontrées. Mme M. intervient également auprès d'enfants en leur proposant des activités artistiques ou des jeux, et elle a deux projets en cours de développement : un de hula hoop et un autre avec une ergothérapeute mais qui n'est pas encore défini.

La principale action de Mme H. consiste à aider les personnes à trouver du travail, dans le cadre de son poste de travailleuse sociale. Lorsqu'elle peut, elle utilise des médiations plastiques ou le corps, à travers des ateliers de théâtre par exemple, pour permettre aux participants d'exprimer leurs émotions différemment, car la majorité d'entre eux ont des difficultés à les gérer.

Mr L. et Mr Y. proposent des réalisations de mosaïques sur les murs d'espaces publics. Elles sont ensuite vendues, permettant aux personnes ayant participé à leur réalisation, d'obtenir une petite rémunération. Les participants réalisent également les repas du déjeuner pour l'ensemble de l'équipe, lorsqu'ils le souhaitent.

❖ Procédé

Tous interviennent majoritairement sous forme de groupes. Pour Mr V. et Mme M., le choix de l'activité importe peu tant que l'on peut atteindre les objectifs établis. Pour quatre ergothérapeutes, les groupes sont ouverts, et les participants décident de venir lorsqu'ils le souhaitent.

Mme M. commence par « *observer ceux qui ont des difficultés d'engagement au sein du groupe ou des troubles comportementaux (enfants violents ou qui ne respectent pas certaines règles)* », afin d'adapter l'activité aux enfants. Par exemple elle peut « *proposer une activité de dessin à un enfant désobéissant pour qu'il soit plus concentré et plus calme* ».

Les activités de « *story telling* » et de théâtre de Mme H. et Mme T. visent la « *liberté d'expression* », le « *partage d'expérience* » par exemple en « *racontant des histoires avec leur corps sans se focaliser que sur les choses négatives (...), partager leurs expériences, recréer des scènes qu'ils ont vécu afin de trouver ensemble des solutions.* » (Mme H.)

La différence avec Mr Y. et Mr L. est qu'ils interviennent sur prescription médicale. L'ordonnance indique une heure par semaine pendant neuf semaines, mais les participants peuvent venir autant qu'ils le souhaitent. L'activité mosaïque a été choisie car « *c'est très intéressant ! Il faut prendre un morceau, le casser puis l'organiser : il y a quelque chose de symbolique autour de la reconstruction* » (Mr Y.). Les participants font de grandes mosaïques, « *des personnes passent devant et disent que c'est beau* » (Mr Y.). Ce n'est donc « *plus seulement le thérapeute qui donne son avis* » (Mr L.). Lorsqu'ils ne sont pas sur le chantier et que des personnes passent, elles vont voir les participants, et parlent avec eux. Cela participe donc au processus d'intégration. Il y a un impact important sur l'espace urbain où il est apporté « *de la légèreté, de la gaieté* » (Mr L.). Cela permet également « *dans le cadre de la migration de laisser une trace positive* » (Mr L.). C'est un travail responsabilisant qui demande de la précision et de la patience. Cette activité être complexifiée et avec une notion d'émancipation au sein du groupe. La personne « *a les possibilités de s'investir en fonction de ses capacités, de ses envies* » (Mr Y.). Chacun est donc libre de participer comme il le souhaite : ils peuvent construire la mosaïque, préparer le détail en découpant les morceaux de mosaïque nécessaires, venir aider à nettoyer, à préparer le repas... Sur leur dernière mosaïque, près de 80 personnes ont participé. Cette activité permet ainsi de faire de l'individuel comme du groupe.

❖ Utilisation d'outils, de modèles

Deux ergothérapeutes sur six utilisent des modèles :

Selon Mr V. ceux qui sont les plus appropriés sont le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) et son outil d'évaluation, le modèle Kawa, la trame de l'Occupational Performance Process Model (OPPM) et le Modèle Canadien Du Rendement Occupationnelle et de la Participation (MCRO-P). Il utilise ce dernier car « *il cite l'environnement institutionnel, qui limite ce que l'on peut faire ou ne pas faire* ».

Il apprécie le modèle Kawa car

« Cela représente la vie de la personne, son parcours, avec ce qu'il se passe à l'intérieur de la personne et son espoir pour le futur. (...) Il peut alors être utilisé pour expliquer à la personne que cette situation n'est qu'une partie de son histoire. (...) L'outil du MOH permet de faire une checklist de toutes les activités qu'il faudra traduire avec des pictogrammes, des photos etc. »

(Mr V.)

Mme T. juge que « *le modèle Personne-Environnement-Performance occupationnelle est un basique* ». Dans le cadre du groupe de recherche créé par ENOTHE auquel elle participe, elle utilise le modèle Participatory Occupational Justice Framework (POFF), car il

« Inclut la justice occupationnelle, donc la justice sociale et les droits de l'Homme. Cela donne aux réfugiés une manière de se sentir plus en sécurité, de leur apporter un autre regard et de comparer la justice sociale à la justice occupationnelle (...) qui est très intéressante car cela fait partie des droits humains de pouvoir choisir les activités qui ont du sens pour nous, et qui structurent notre vie. » (Mme T.)

Les autres ergothérapeutes n'en utilisent pas mais tous aimeraient s'y intéresser davantage. Pour Mr L. et Mr Y. il s'agit de leur « *point faible* ». C'est quelque chose qu'ils souhaiteraient développer, d'autant plus qu'ils sont soutenus par une école d'ergothérapie. Cela leur permettrait de « *pouvoir justifier et argumenter [leur] pratique* ». Mr Y. précise qu'ils s'en inspirent intuitivement car « *[leur] réflexion, pensée est issue de [leur] formation, de leur parcours* » et donc de modèles qui ont été abordés.

❖ **Apports sur la santé et la participation**

Pour savoir quels sont les bénéfices des interventions ergothérapeutiques, ils peuvent utiliser l'observation : les personnes sont plus investies, viennent régulièrement, font le plus d'activités possibles. Lorsqu'ils demandent directement aux personnes ce qu'elles en pensent, comme le fait Mr V., beaucoup sont reconnaissantes, apprécient le fait de pouvoir partager leurs expériences. Dans le centre de Mr V., les personnes réfugiées ont tenté de faire perpétuer les activités pendant les vacances d'été, en l'absence de Mr V. et des étudiants.

Pour Mr V. et Mr L. les autres intervenants (reste de l'équipe, manager du centre, aides administratives) permettent également d'évaluer l'impact de l'ergothérapie. Ils constatent qu'il y a « *moins de violence* » et que « *les groupes fonctionnent mieux* ».

Mme T. et Mme M. constatent de la satisfaction, et une meilleure intégration au sein du groupe.

« Cela donne aux personnes une identité, une estime de soi, et l'impression d'avoir le contrôle sur leur vie. (...) Les personnes ont l'impression de plus faire partie de la communauté. Cela leur permet de mieux appréhender les choses négatives qui pourraient arriver. » (Mme T.)

Mme H. remarque une meilleure confiance en eux et une meilleure appréhension des problèmes.

Pour Mr Y., il suffit simplement d'observer l'augmentation des occupations :

« Les personnes vont prendre des cours de français, acceptent de participer à différents programmes (...). Elles s'ouvrent, sont plus en lien et créent des relations. Elles sont plus à l'aise dans le rôle ou l'activité qu'elles ont investi (...). Cela leur permet d'avancer ou tout simplement d'acquérir un changement de perception. Les personnes se disent 'ma situation reste compliquée, cela ne risque pas de s'améliorer mais j'arrive à vivre, à la concevoir avec plus de douceur, moins d'angoisse'. » (Mr Y.)

d. Thème 4 : Développement de la pratique ergothérapeutique

❖ **Ressources des ergothérapeutes**

Pour quatre ergothérapeutes, la formation fait partie de leurs ressources, leur permettant de « *mieux comprendre les problèmes psychologiques* » et de tenir compte de la « *différence culturelle et de l'éthique* » car l'approche est « *humaine* ». Mais c'est surtout la définition même de l'ergothérapie qui revient et est décrite par l'ensemble des ergothérapeutes interrogés : le fait de s'intéresser à l'activité humaine, de travailler de manière systémique afin de faire en sorte que les personnes puissent s'engager, participer à des occupations qui leurs sont importantes.

« *Les ergothérapeutes observent puis font en sorte que les personnes puissent faire, s'engager et participer à des activités qui leur sont importantes, peu importe l'activité.* » (Mme M.)

« *La vision holistique de l'ergothérapie, de voir la personne dans son environnement en lien avec ses occupations offre une légitimité.* » (Mr Y.)

« *L'ergothérapie permet aux personnes de participer comme moyen de contribuer à leur santé mentale et physique.* » (Mme T.)

Mr V., Mr L., Mr Y. et Mme T. citent la littérature comme ressource pour les ergothérapeutes et tous sont d'accord sur le fait que c'est un sujet qui se développe de plus en plus. Ils citent par exemple la présence d'interventions sur ce sujet lors du dernier congrès ENOTHE d'octobre 2017 et celui de la WFOT de mai 2018.

Pour Mr V. et Mr L., l'une des compétences des ergothérapeutes est la capacité à « *gérer la frustration* » en sachant s'adapter aux situations et faire preuve de créativité : « *il faut recommencer encore et encore. C'est le problème avec les actions bénévoles des autres associations : ils sont tous déçus et donc arrêtent* » (Mr V.)

❖ Littérature

Concernant la littérature sur l'ergothérapie auprès de personnes réfugiées, les avis divergent. Pour deux ergothérapeutes il y a un manque de littérature permettant de soutenir leur pratique. Selon Mme M. cela est dû au fait que les « *ergothérapeutes qui agissent dans ce domaine font ça par intérêt, sans investir de l'argent. (...) Or lorsqu'il y a de l'argent en jeu, la recherche se développe davantage* ».

Pour Mr V., Mr L. et Mr Y., il y a déjà beaucoup de ressources dans la littérature.

« *C'est nécessaire de pouvoir davantage définir, justifier et argumenter notre pratique afin de mieux être compris par le système et donc d'avoir une légitimité plus forte. (...) Il suffit de s'y intéresser et d'aller creuser pour trouver des choses.* » (Mr Y.)

Mr V. et Mme T. précisent l'importance d'une littérature « *evidence-based* » (fondée sur des preuves). Mr L. conseille « *d'aller davantage voir dans la littérature communautaire* ».

❖ Apport du développement de l'ergothérapie

Pour Mr V. et Mr L., le développement de l'ergothérapie dans ce champ d'action est important car les sociétés y seront de plus en plus confrontées avec par exemple l'augmentation des réfugiés écologiques : « *certaines personnes vont manquer d'eau ou de nourriture et donc partir vers d'autres pays.* » (Mr V.) Pour trois ergothérapeutes, cela devrait se développer car cela fait partie des devoirs et des compétences des ergothérapeutes :

« *C'est un devoir humain (...) les ergothérapeutes ont la chance d'avoir des connaissances, un réseau, une formation, une possibilité d'action et un regard humain.* » (Mr Y.)

« *C'est le propre de l'ergothérapie, que les populations vulnérables (...) puissent participer à nouveau. (...) Les ergothérapeutes ont un rôle à jouer dans la justice sociale. (...) Si on croit que les occupations participent au bien-être et à la santé, alors nous devons répondre à ce problème.* » (Mme T.)

« C'est crucial en terme de santé mentale, d'aider les personnes réfugiées à surmonter les traumatismes dus à leur situation. (...) Il faut permettre la participation à des activités signifiantes et significatives car les personnes deviennent dysfonctionnelles, c'est-à-dire avec des répercussions sur leur santé lorsqu'elles n'ont pas accès à des occupations. » (Mr M.)

Mr V. et Mme T. précisent que les ergothérapeutes doivent lutter pour « *la justice occupationnelle* ».

Mme H. pense que les ergothérapeutes peuvent « *compléter le travail des travailleurs sociaux, des médecins et des psychologues* ». Mais elle ajoute également qu'il n'est pas forcément nécessaire qu'il n'y ait que des ergothérapeutes : « *des volontaires ou d'autres professionnels pourraient intervenir pour réaliser un travail similaire* ».

6. Analyse et discussion

Cette partie vise à analyser les réponses des ergothérapeutes en les comparant aux résultats de la partie conceptuelle afin d'affirmer ou d'infirmer mon hypothèse qui est : **L'utilisation de modèles conceptuels centrés sur l'occupation permet aux ergothérapeutes de soutenir la participation occupationnelle chez les personnes demandeuses d'asile.**

Pour se faire, une analyse de trois thématiques abordées pendant les entretiens sera réalisée concernant la population, la privation occupationnelle et son impact et les ressources ergothérapeutiques.

a. La population

L'ensemble des ergothérapeutes décrit une population similaire que ça soit en fonction des pays d'origine ou des observations relatives à leur état de santé. Tous parlent d'une population majoritairement adulte d'origine syrienne et afghane. Cela concorde avec la crise des migrants de 2015 et aux conflits actuels autour du Moyen-Orient. Même si aucun d'entre eux parle de diagnostic établi ou connu, les symptômes observés tels que les syndromes post-traumatiques, la dépression sont comparables aux résultats d'enquête menée par l'OMS en 2016. On remarque également que malgré les différentes politiques menées dans chaque pays, les droits et les conditions de vie se ressemblent d'un pays à l'autre : tous doivent faire une demande d'asile pour acquérir le statut de réfugié et jouir

des droits qui en découlent. Pendant cette phase ils n'ont pas la possibilité d'accès à un travail rémunéré ou alors cela est très difficile.

b. La privation occupationnelle

Plusieurs ergothérapeutes semblent sensibles à la notion de privation occupationnelle. Leurs définitions se ressemblent et sont comparables à celle de Gail Whiteford qui la définit en 2000 comme un « état dans lequel une personne ou un groupe de personnes est incapable de faire ce qui est significatif dans leur vie en raison de restrictions externes ». Les réponses des ergothérapeutes interrogés font référence aux notions de droits et de libertés, qui sont limités par de nombreux facteurs : l'environnement excluant de la société, les lois et les règles qui entraînent des difficultés d'expression et d'agir. Cependant ils font moins de lien avec la santé, or en analysant plusieurs travaux sur ce sujet, Sylvie Meyer ou encore la WFOT font le lien entre les occupations et la santé. Kielhofner présente dans son Modèle de l'Occupation Humaine une importante interaction entre la personne, son bien-être, l'environnement et les occupations dans lesquelles elle s'engage et y trouve un sens.

On remarque alors que malgré la connaissance de ce concept, peu d'ergothérapeutes y voit un objectif à part entière. En effet, peu décrivent un objectif plus global, en lien avec la privation occupationnelle, mais des objectifs plus ciblés tels que la sécurité, la confiance en soi ou encore l'appréhension d'émotions négatives. On peut alors supposer que cela est en partie dû au concept d'« occupation ». Ce terme a été récemment défini, de sorte qu'il soit compris de tous les ergothérapeutes et permette de faire la distinction entre l'« activité » et l'« occupation ». Cependant cela reste des concepts qui peuvent être difficiles à nuancer. De plus le concept de privation occupationnelle est décrit que pour certaines populations (personnes réfugiées, sans domicile fixe ou en prison par exemple), or ce sont des populations auprès desquelles les ergothérapeutes interviennent peu. Peut-être que le peu d'écrits et de pratique n'apportent pas suffisamment de réponses aux ergothérapeutes.

c. La pratique ergothérapique et ses ressources

L'ensemble des ergothérapeutes interrogés est favorable au développement de l'ergothérapie dans ce domaine et y voit un réel apport. De par leur formation médico-sociale, leurs observations, leur vision holistique et systémique autour de la personne et de son engagement dans un environnement et l'importance qu'ils portent à l'activité humaine, les ergothérapeutes ressentent une légitimité et de nombreuses ressources pour intervenir

auprès de personnes réfugiées. Malgré leurs diverses interventions, les objectifs sont similaires à ceux présentés dans la littérature. Ils montrent que chaque activité peut permettre d'atteindre des objectifs précis : il peut être question d'identité culturelle, en formant un groupe de personnes homogène (des enfants, des adolescents, des femmes) ou une activité culturellement riche (cuisine). Ils peuvent avoir pour objectif l'expression, l'extériorisation de problématique à travers une activité plus créative (théâtre, peinture). Les ergothérapeutes peuvent solliciter et augmenter l'engagement des personnes (choix de participer ou non, processus créatif et minimum de participation d'au moins une heure par semaine pour les mosaïques). On remarque cependant que ces interventions restent semblables à l'ergothérapie « habituelle », relatives à la notion de soin : deux ergothérapeutes ont par exemple été sollicitées pour aménager l'environnement et faire du conseil en aides techniques. Mme H. propose d'utiliser « *des activités créatives semblables à celles utilisées en psychiatrie* ». Mr V. fait également allusion à cette pratique en parlant de « *médiateur permettant de travailler sur les traumatismes* ». On sent que les ergothérapeutes s'appuient sur la pratique qu'ils connaissent le mieux. Cependant dans sa prise de position, la WFOT suggère des pistes d'actions telles que « faciliter l'accès à la communauté, savoir gérer son argent ». On peut alors supposer qu'il manque une formation nécessaire ou la description d'une pratique « type » pour intervenir auprès de cette population et à plus large spectre dans le secteur « social ».

Mr V. et Mme T. supervisent des projets d'étudiants en ergothérapie auprès de personnes réfugiées. Il serait alors intéressant de savoir dans quel cadre se déroulent ces projets : S'agit-il de stages obligatoires ? Y a-t-il un soutien de l'institut de formation ? Si c'est le cas, cela signifie que la pratique de l'ergothérapie dans ce domaine est admise et reconnue.

On constate cependant un fossé entre la théorie et la pratique. En effet, tous sont d'accord sur le fait qu'il y a de plus en plus de recherches en ergothérapie sur ce sujet mais ils ne sont pas tous d'accord sur la présence suffisante ou non, de littérature. Pour deux ergothérapeutes il y a un manque de littérature, tandis que pour les quatre autres il y a déjà « *des choses* ». On peut alors envisager que cet avis relève de la subjectivité de chacun. Malgré leurs avis divergents concernant la littérature, ils sont tous pour le développement de cette dernière et pour l'utilisation de modèles conceptuels. Or seulement deux ergothérapeutes sur six ont recours à des modèles conceptuels. Mr V. et Mme M. qui en utilisent en citent d'ailleurs plusieurs : le Modèle Kawa qui « met en évidence l'importance de la culture (...), son impact sur notre façon d'appréhender la vie, la santé » en utilisant la

métaphore de la rivière et permettant de décrire les « problèmes et déterminants personnels dans un environnement » (Morel-Bracq, 2009) (annexe 4), le Modèle de l'Occupation Humain (MOH), le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de la Participation (MCRO-P), qui est fondé sur « l'occupation, le rendement occupationnel et la participation » et leur « potentiel thérapeutique » (Morel-Bracq, 2009) (annexe 5), le Modèle Personne-Environnement-Occupation-Performance occupationnelle (PEOP), qui a pour fondement que « la performance dans les activités peut être définie comme un processus intentionnel et productif qui se met en place lorsqu'une personne réalise une tâche, dans un environnement spécifique, avec un cadre temporel défini. » (Morel-Bracq, 2009) (annexe 6), l'Occupational Performance Process Model (OPPM) qui a été décrit par l'ACE comme « un processus de pratique en sept étapes qui permet d'axer une intervention sur le rendement occupationnel à partir d'approches centrées sur le client, auprès des individus, des organismes et d'autres clients » (ACE, 2012) et le Modèle Participatory Occupational Justice Framework (POJF), « permettant la participation et l'inclusion » (Whiteford & Townsend, 2011) et proposant un « Cadre de référence participatif de justice occupationnelle » (Pierce, 2014) (annexe 7). Dans la partie conceptuelle, seul le MOH a été présenté, cependant après réalisation d'entretiens, on constate qu'il en existe plusieurs permettant de soutenir une telle pratique ergothérapique. Tous étant centrés sur l'occupation, cela signifie que la théorie permet d'aborder les enjeux occupationnels, et plus particulièrement la privation occupationnelle. Cependant en pratique, ces ressources sont peu utilisées. On peut tout de même envisager que les ergothérapeutes utilisent des modèles sans forcément les identifier et les nommer. C'est ce que suggère Mr Y. en disant qu'ils n'utilisent pas officiellement de modèle avec Mr L., mais que « *tout cela a été mis en place (...) parce qu'il y a une réflexion, une pensée issue de nos formations, de nos parcours.* » Les deux ergothérapeutes qui utilisent des modèles sont ceux qui supervisent les projets étudiants. Il est alors envisageable que l'utilisation de modèles est un thème qui est davantage abordé dans les formations actuelles par rapport aux ergothérapeutes diplômés depuis plusieurs années.

Concernant la pratique de l'ergothérapie, Mme H. a précisé que :

« *Les ergothérapeutes ne sont pas forcément nécessaires pour toutes les situations. Il y a déjà de nombreux bénévoles et intervenants qui pourraient intervenir de manière similaire.* » (Mme H.)

Cette remarque qui au premier abord m'a surprise, fait réfléchir sur la manière dont les ergothérapeutes peuvent intervenir. En effet, on remarque que de nombreux ergothérapeutes interviennent sous la forme de bénévolat ou sous un autre statut que celui d'ergothérapeute (travailleur social par exemple), que ce soit les ergothérapeutes avec qui ont été réalisés les entretiens, ou ceux décrits dans la partie conceptuelle. On constate alors qu'il y a un manque de connaissance important de l'ergothérapie dite « sociale ». Cependant en faisant cette remarque, Mme H. peut nous faire envisager d'autres possibilités d'actions. Cela pourrait être par exemple en réalisant des interventions similaires à celles réalisées par des ergothérapeutes en Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA) : « l'ergothérapeute fait l'évaluation des capacités de la personne à accomplir les activités de la vie quotidienne (...), fixe ensuite des objectifs, (...) conçoit ensuite un programme. (...) Les assistants de soins en gérontologie prennent ensuite le relais en suivant le programme conçu » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2017). Ainsi, les compétences des ergothérapeutes pourraient par exemple se compléter avec celles d'éducateurs spécialisés qui, nous l'avons vu dans la partie conceptuelle, interviennent déjà dans les CADA. On pourrait par exemple imaginer, qu'une fois les visites médicales réalisées et les éventuels traitements mis-en-place, proposer l'intervention d'ergothérapeutes auprès du reste des équipes. En s'inspirant de ce mode d'action, les ergothérapeutes pourraient par exemple venir compléter les actions des autres intervenants. Ce type de pratique rappelle celle présentée dans la partie conceptuelle (programme de réhabilitation auprès d'enfants et de leurs instituteurs au Kosovo, page 20-21, réalisation de kits destinés aux bénévoles, page 22-23).

d. Vérification de l'hypothèse

L'analyse de ces entretiens permet de partiellement affirmer l'hypothèse. En effet, il existe déjà plusieurs modèles qui s'intéressent à l'occupation humaine, permettant ainsi de compléter les ressources des ergothérapeutes. Cependant seulement deux ergothérapeutes sur six en utilisent. On constate un écart entre la théorie et la pratique d'autant plus que la pratique reste encore peu connue : ils ne sont que deux sur six à intervenir en tant qu'ergothérapeute, au sein de la même association. Le rôle que peut jouer l'ergothérapeute dans ce genre de situation étant mal connu, cela limite leurs possibilités d'action.

L'ensemble de ces éléments permet ainsi de répondre à la question de recherche qui est **« Comment les ergothérapeutes peuvent-ils intervenir auprès de personnes demandeuses d'asile face aux situations de privation occupationnelle dans les centres d'accueil pour réfugiés ? »**

Pour intervenir auprès de personnes demandeuses d'asile en situation de privation occupationnelle, les ergothérapeutes peuvent utiliser de nombreuses activités ayant divers objectifs (savoir gérer ses émotions, les traumatismes, réacquérir un rôle identitaire, social et sociétal, faciliter l'engagement dans les activités de la vie quotidienne etc.). De manière plus « traditionnelle », les ergothérapeutes peuvent intervenir dans l'organisation de l'environnement des centres d'accueil, lorsque des personnes accueillies sont en situation de handicap moteur. Leur formation et leurs compétences médico-sociales leur permettent d'avoir une vision holistique de la personne et de comprendre les problématiques occupationnelles de la personne, dans un environnement souvent précaire au sein d'un camp ou d'un centre d'accueil. L'intérêt porté par les ergothérapeutes à l'occupation humaine leur permet de se différencier d'un autre professionnel et leurs connaissances médicales permettent également de comprendre les symptômes ou encore de savoir recueillir les informations importantes dans un dossier médical, afin d'en tenir compte et de fixer des objectifs adaptés. Ils peuvent ainsi proposer des activités qui suscitent l'intérêt des participants et qui permettent d'atteindre plusieurs objectifs prédéfinis, tout en tenant compte de la culture de la personne. Ainsi les ergothérapeutes peuvent intervenir et participer à la réduction de la privation occupationnelle en soutenant la participation, dont les choix d'interventions dépendront de la structure et des ergothérapeutes.

e. Les limites

La réponse à la question de recherche et la vérification de l'hypothèse ayant été réalisées, il est à présent important de présenter les limites rencontrées pour la rédaction de ce mémoire :

La langue a été la principale limite. La majorité de mes recherches bibliographiques proviennent de la littérature étrangère. De même, j'ai réalisé quatre entretiens sur cinq en anglais. Or il est parfois difficile de comprendre précisément ou de s'expliquer comme on le souhaiterait lorsqu'il ne s'agit pas de sa langue maternelle. Certains concepts deviennent également plus difficiles à comprendre et cela demande plus de temps pour bien aborder un écrit en anglais.

Il est également difficile de faire une conclusion générale car il existe une différence selon les pays (statut des réfugiés, politiques migratoires etc.). L'ergothérapie auprès de personnes réfugiées étant peu développée, les ergothérapeutes interviennent en tant que bénévoles ou travailleurs sociaux. Il est alors compliqué pour eux d'avoir à disposition du matériel, du temps, des opportunités pour effectuer au mieux leur métier. Il est alors primordial que les compétences et l'intérêt de l'ergothérapie soit mieux connus afin de pouvoir optimiser les suivis.

Il ne faut pas oublier que cette augmentation de personnes demandeuses d'asile est récente (depuis la crise des migrants de 2015) et qu'il est d'abord nécessaire de répondre aux besoins urgents (accès à un logement, à de la nourriture, apprentissage de la langue...). Les différentes structures et instances qui définissent les façons d'intervenir auprès de personnes réfugiées ne disposent peut-être pas de financements, de temps, d'espaces nécessaires à la mise en place de suivis ergothérapeutiques, ou peut-être qu'ils ne connaissent tout simplement pas les champs d'action possibles de l'ergothérapie. La différence de langue et la différence culturelle peuvent limiter les possibilités d'intervention. Les ergothérapeutes parviennent cependant pour la plupart à trouver des solutions pour faciliter la communication. Certains font appel à des traducteurs, d'autres utilisent les ressources du groupe et d'autres sollicitent la communication gestuelle.

Avec le recul, je me rends compte que je n'ai pas forcément utilisé des termes faciles à aborder lors de mes entretiens (le terme « ressources » par exemple, peut avoir plusieurs connotations. Il m'a donc souvent fallu compléter ma question). Je remarque également en analysant mes entretiens, que je n'ai pas forcément su rebondir à certaines réponses qui étaient pourtant intéressantes à développer. C'est le cas par exemple des projets étudiants, pour lesquels il aurait été intéressant d'en savoir plus sur leur déroulement, leur encadrement et l'investissement de l'institut de formation, en lien avec une unité d'enseignement précise ou en résonance avec des cours théoriques ou un secteur de formation. Pendant mes entretiens, je ne m'attendais pas à certaines réponses notamment sur les actions menées et sur les différents avis concernant la littérature ou l'utilisation de modèles. Cela fait pourtant partie de la recherche et c'est justement je pense, la diversité des réponses qui permet d'avoir une recherche d'autant plus qualitative. Mais cela m'a néanmoins pris du temps pour comprendre que l'objectif d'une recherche n'était pas forcément d'affirmer une hypothèse, mais qu'il s'agit davantage de savoir analyser et confronter les différents résultats.

Conclusion

L'objectif de ce mémoire a été de mettre en lumière la pratique de l'ergothérapie auprès de personnes réfugiées et demandeuses d'asile. Étant donné la situation actuelle concernant la migration en France et en Europe, il m'a semblé intéressant de me renseigner sur la place de l'ergothérapie dans ce domaine. Mes recherches m'ont permis de me rendre compte qu'il s'agit d'un sujet qui questionne et intéresse beaucoup le monde de l'ergothérapie, où la recherche et la pratique se développent de plus en plus. J'ai tenté de savoir pour quelles raisons les ergothérapeutes peuvent se différencier d'autres professionnels, et quelles sont les connaissances et les compétences nécessaires pour pratiquer dans ce domaine ou champ d'action.

J'ai également pu en savoir plus sur le monde de la recherche en ergothérapie. En effet, j'ai eu la chance de contacter des ergothérapeutes chercheurs dans ce domaine qui m'ont permis de réaliser ce travail et qui étaient également intéressés par les résultats de ce mémoire. En tant que future ergothérapeute, cela me questionne sur les problématiques plus sociales mais également sur l'importance de la recherche : c'est en écrivant que l'on peut proposer des fondements, une théorie nécessaire à la pratique. On peut alors remarquer que l'intérêt porté à l'activité humaine justifie l'intervention d'ergothérapeutes afin de lutter contre la privation occupationnelle, facilitant ainsi la participation à des occupations signifiantes et significatives. La participation peut également faciliter le processus d'intégration : les personnes ont plus confiance en elles, développent des capacités ou de nouveaux intérêts tout en tenant compte de la différence culturelle.

Cette recherche peut amener une ouverture vers de nouvelles perspectives de pratiques pour les ergothérapeutes. Des interventions semblables pourraient être envisagées en France étant donné les similitudes entre les populations et les environnements. Des ergothérapeutes pourraient par exemple intervenir auprès d'associations ou directement dans des centres pour évaluer la possibilité d'action en France, en s'inspirant de ce qui existe à l'étranger. Cependant la pratique de l'ergothérapie dépendra fortement des politiques mises en place, que ce soit les politiques migratoires (avec par exemple la récente Loi Asile et Immigration) mais également celles concernant la pratique de l'ergothérapie (actuellement non remboursée, il faudrait envisager un financement suffisant permettant d'intervenir dans les meilleures conditions possibles). C'est pourquoi il est important que la recherche continue de se développer, permettant

ainsi de proposer des modèles, des pratiques pour ce champ d'action. En appuyant ainsi leur pratique, les ergothérapeutes pourront davantage faire connaître l'ergothérapie plus « sociale » et donc disposer de plus de possibilités d'action.

Bibliographie

Articles :

- Adrian, A. (2013). An Exploration of Lutheran Music-Making among US Immigrant and Refugee Populations. *Journal of Occupational Science*, 20(2), 160-172.
- Bishop, R., Purcell, E. (2013). The value of an allotment group for refugees. *British Journal of Occupational Therapy*, 76(6), 264-269.
- Boyle, M. (2014). Occupational performance and self-determination : The role of the occupational therapist as volunteer in two mountain communities. *Australian Occupational Therapy Journal*, 6, 6-12.
- Burchett, N., Matheson., (2010) The need for belonging : The impact of restrictions on working on the well-being of an asylum seeker. *Journal of Occupational Science*, 17(2), 85-91.
- De Koker, R., Lambers, S., Vercruyse, L., (2017) *Occupational Therapy at 'Klein Kasteeltje' in Brussels – Doing, Being, Becoming and Belonging, occupational therapy for children (6-12 years) of asylum seekers whom cannot – temporarily or otherwise - participate in the Belgian schooling system.*
- Gupta, J., Sullivan C. (2013). The Central Role of Occupation in the Doing, Being and Belonging of Immigrant Women. *Journal of Occupational Science*, 20, 23-35.
- Horghagen, S., & Josephsson, S. (2010). Theatre as liberation, collaboration and relationship for asylum seekers. *Journal of Occupational Science*, 17(3), 168-176.
- Laliberté, D. (2010). « Crises humanitaires, santé des réfugiés et des déplacés : un cadre analytique », *Revue européenne des migrations internationales* [En ligne], vol. 23 - n°3 | 2007, mis en ligne le 01 décembre 2010, consulté le 08/10/2017. URL : <http://remi.revues.org/4207>
- Lindsay, S., Tetrault, S., Desmaris, C., King, G. A., & Pierart, G. (2014). The cultural brokerage work of occupational therapists in providing culturally sensitive care: Le travail de médiation culturelle effectuée par des ergothérapeutes offrant des soins adaptés à la culture. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(2).
- Maroney, P., Potter, M., Rai Thacore, V. (2014). Experiences in occupational therapy with Afghan clients in Australia. *Australian Occupational Therapy Journal*, 61, 13-19.
- Mignet, G. (2016). Évaluer la participation autrement : le MOHOST. *ErgOTHérapies*, 61, 17-25.

- Simó-Algado, S., Mehta, N., Kronenberg, F., Cockburn, L., & Kirsh, B. (2002). Occupational therapy intervention with children survivors of war. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69(4), 205–217.
- Smith, H. C. (2005). 'Feel the fear and do it anyway': Meeting the occupational needs of refugees and people seeking asylum. *British Journal of Occupational Therapy*, 68(10), 474–476.
- Stephenson, S., Smith, Y., Gibson, M., Watson, V. (2013). Traditional Weaving as an Occupation of Karen Refugee Women. *Journal of Occupation Science*, 20 :3, 224-235.
- Suleman, A., & Whiteford, G. E. (2013). Understanding Occupational Transitions in Forced Migration: The Importance of Life Skills in Early Refugee Resettlement. *Journal of Occupational Science*, 20(2), 201-210.
- Tétreault, S., Guillez, P. (2014). Guide pratique de recherche en réadaptation. Louvain-la-neuve : De Boeck-Solal, 215.
- Van Bruggan, H. (2015). L'ergothérapie pour remédier aux inégalités – L'ergothérapie sociale. *ergOTHérapies*, 59, 61-68.
- Whiteford, G. E. (2005). Understanding the occupational deprivation of refugees: A case study from Kosovo. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72(2), 78–88.

Mémoires de master et thèse de doctorat

- Lünden, M. (2012). *Refugee Resettlement. Through the Lends of Occupational Therapy*. Master of Occupational Therapy. University of Puget Sound. United-States.
- Morville, A-L. (2014). *Daily occupations among asylum seekers – Experience, performance and perception*. Department of Health Sciences, Lund University. Sweden.
- Trimboli, C. (2016). *What interventions are Occupational Therapists using with refugee and asylum seeker populations : finding of a survey*. Master of Occupational Therapy. University of Salford. England.

Ouvrages

- Black M. (2010). From Kites to Kitchens: Collaborative Community Based Occupational Therapy with Refugee Survivors of Torture In: Kronenberg F, Pollard N, Sakellariu D (eds) *Occupational Therapies without Borders, Volume 2 Towards an Ecology of Occupation-Based Practice*, 217-225.
- Morel-Bracq, M-C. (2009). Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux. Marseille : Solal, pages 13, 69-77, 79, 89, 97.
- Pierce, D (2014). La science de l'occupation pour l'ergothérapie. Traduction de l'américain dirigée par Marie-Chantal Morel-Bracq. Marseille : Solal, pages 191-192.
- Poormemamali, P. (2012). *Culture, Occupation and Occupational Therapy in a mental health care context. The challenge of meeting the needs of Middle Eastern immigrants*. Malmö University. Pages 28-29.

Webographie

- ANFE, (2017). « Démographie ». Consulté le 10/10/17.
En ligne : <http://www.anfe.fr/demographie>
- CNRS, (2015). « Les camps, l'autre destination des migrants. ». Consulté le 28/11/17
En ligne : <https://lejournal.cnrs.fr/articles/les-camps-lautre-destination-des-migrants>
- Établissement de Ville-Evrard, (2017). « Psychiatrie précarité ». Consulté le 06/02/18.
En ligne : <http://www.eps-ville-evrard.fr/offre-de-soins/psychiatrie-precarite/>
- France Terre d'Asile (nd). « Accompagnement et hébergement en CADA ». Consulté le 27/12/17.
En ligne :
<http://www.france-terre-asile.org/centre-d-accueil-pour-demandeurs-d-asile/flexicontent/que-faisons-nous/accompagnement-et-hebergement-en-cada>
- France Terre d'Asile, (2017). « Le nombre de demandes d'asile en France continue de croître en 2016 ». Consulté le 05/01/2018.
En ligne : <http://www.france-terre-asile.org/rss-actualites/actualites/lactualite-france-terre-dasile/le-nombre-de-demandes-d-asile-en-france-continue-de-croitre-en-2016>

Groupe SOS (2016). « CADA SOS PARIS ». Consulté le 27/12/17.

En ligne : http://www.groupe-sos.org/structures/1167/CADA_SOS_Paris

Handicap International (2017). Responsable Réadaptation Ergothérapeute – Algérie. Consulté le 15/05/18.

En ligne :

<https://www.handicapinternational.be/fr/offres-emploi/2359/responsable-readaptation-ergotherapeute-algerie>

Larousse (2017). « transculturel, transculturelle définition ». Consulté le 28/10/17.

En ligne : http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/transculturel_transculturelle/79084

La Cimade, (2017). « État des lieux du dispositif d'accueil des demandeurs d'asile ». Consulté le 27/12/17.

En ligne : <http://www.lacimade.org/schemas-regionaux-daccueil-des-demandeurs-dasile-quel-etat-des-lieux/>

Ministère de l'Éducation, « Les différentes formes d'associations ». Consulté le 30/04/2018.

En ligne : <https://www.associations.gouv.fr/les-differentes-formes-d-association.html>

Ministère de l'Intérieur, (2015). « L'hébergement des demandeurs d'asile ». Consulté le 06/01/2018.

En ligne :

<https://www.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-sous-sites/Accueil-des-demandeurs-d-asile/Livret-d-information-des-maires/L-hebergement-des-demandeurs-d-asile>

Ministère des Solidarités et de la Santé, (2017). « Les équipes spécialisées Alzheimer (ESA). Consulté le 18/05/18

En ligne : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/qui-sadresser/professionnels-de-laide-et-du-soin/les-equipes-specialisees-alzheimer-esa>

Le Monde, (2017). « Le centre d'accueil, une parenthèse pour préparer le futur des exilés ». Consulté le 26/12/17.

En ligne : http://www.lemonde.fr/societe/article/2017/04/12/demandeurs-d-asile-au-centre-d-accueil-une-courte-parenthese-pour-preparer-le-futur_5109969_3224.html

OOFRAS, (2017). « What do we do ». Consulté le 19/07/2017.

En ligne : <http://www.oofras.com/What-we-do-pg22114.html>

Ofpra, (2017). « Les données de l'asile 2017 à l'Ofpra ». Consulté le 02/02/2018.

En ligne : <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/l-ofpra/actualites/les-donnees-de-l-asile-2017-a-l>

OT-EU Refugees and Asylum Seekers (2018). Consulté le 02/02/2018.

En ligne :

<https://www.zeemaps.com/view?group=2540225&x=12.904201&y=29.672120&z=15>

Service-Public, (2017). « En quoi consiste d'allocation pour demandeur d'asile (Ada) ? ». Consulté le 28/10/17.

En ligne : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F33314>

Service-public, (2017). « Réfugié : titre de séjour, document de voyage et accompagnement ». Consulté le 28/10/17.

En ligne : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F15401>

Vie publique, (2015). « Chronologie : histoire de l'immigration en dates ». Consulté le 28/10/17.

En ligne :

<http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-immigration/chronologie-immigration/>

WFOT, (2012). « Definition of Occupational Therapy ». Consulté le 02/0218.

En ligne :

<http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>

Textes législatifs :

Ministère de l'Intérieur, (2017). « Immigration, asile, accueil et accompagnement des étrangers en France ». Consulté le 15/10/2017

En ligne : <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/>

Ministère de l'immigration, de l'intégration, de l'identité nationale et du développement solidaire, (2008). « Circulaire du 24 juillet 2008 relative aux missions des centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) et aux modalités de pilotage du dispositif national

d'accueil (DNA). Consulté le 18/12/2017.

En ligne : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/07/cir_29119.pdf

Pdf

ACE (2012). Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada. 08/10/17

<https://www.caot.ca/document/4720/2012profil.pdf>

COTEC (2017). COTEC 4 year strategy 2017-2020. Consulté le 15/03/17

<http://www.coteceurope.eu/wp-content/uploads/2015/07/COTEC-Strategic-Plan-2017-2020.pdf>

EMN (2013). L'organisation des structures d'accueil pour demandeurs d'asile en France.

Consulté le 26/12/17

https://www.immigration.interieur.gouv.fr/content/download/65587/474500/file/1_Etude-ciblee-REM_structures-accueil-pour-demandeurs-asile.pdf

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes (2014). Portfolio de l'étudiant en ergothérapie. Consulté le 26/12/17

Ministère de l'Intérieur (2018). Pour une immigration maîtrisée et un droit d'asile effectif.

Consulté le 30/04/18

http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/action/piece-jointe/2018/04/dp_pjlasileimmigration-lecture_an_2204218.pdf

OMS (2015). Promotion de la santé des migrants et des réfugiés. Consulté le 08/10/17

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_26-fr.pdf

OMS (2016). HEALTH EVIDENCE NETWORK SYNTHESIS REPORT 47 – Public health. aspects of mental health among migrants and refugees : a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region. Consulté le 08/10/17

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/317622/HEN-synthesis-report-47.pdf

UNHCR (2007). Convention et protocole relatifs au statut des réfugiés. Consulté le 10/07/17

<http://www.unhcr.org/fr/4b14f4a62.pdf#zoom=95>

WFOT (2014). *Position Statement HUMAN DISPLACEMENT*. Consulté le 27/09/17

www.wfot.org/ResourceCenter/tabid/132/did/501/Default.aspx

Annexes

Annexe 1 : Grille de cotation du MOHOST

Motivation pour l'occupation				Profil d'occupation				Habilités de communication et d'interaction				Habilités opératoires				Habilités motrices				Environnement			
Auto-évaluation des aptitudes	Attente de réussite	Intérêt	Choix	Routine	Adaptabilité	Rôles	Responsabilité	Habilités non-verbales	Conversation	Utilisation de la voix	Relations	Connaissance	Organisation dans le temps	Organisation de l'espace	Résolution de problèmes	Posture et mobilité	Coordination	Force et effort	Energie	Espace physique	Ressources physiques	Groupes sociaux	Exigences occupationnelles
F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L
E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E

Formulaire du MOHOST version 2.0 – Traduction française

Annexe 2 : Guide d'entretien

<u>Thème 1</u> : Présentation de l'ergothérapeute	<ul style="list-style-type: none"> - Quel est votre parcours professionnel ? - Comment avez-vous été amené à travailler auprès de personnes réfugiées ? - Pouvez-vous me décrire la population auprès de laquelle vous intervenez (âge, pays d'origine, date d'arrivée, état de santé physique et psychique)
<u>Thème 2</u> : Démarche évaluative de la privation occupationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Comment définiriez-vous la privation occupationnelle ? - Considérez-vous la population avec laquelle vous intervenez en situation de privation occupationnelle ? Pour quelles raisons ? - Avez-vous observé des répercussions dues à la privation occupationnelle ?
<u>Thème 3</u> : Suivis ergothérapeutiques	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles interventions ergothérapeutiques proposez-vous et avec quel(s) dispositif(s) ? - Comment procédez-vous ? - Utilisez-vous des outils et/ou modèles en particulier ? - Quels apport(s) pouvez vous observer sur la participation ?
<u>Thème 4</u> : Développement de la pratique	<ul style="list-style-type: none"> - Selon vous, de quelles ressources disposent les ergothérapeutes pour intervenir auprès de personnes réfugiées ? - Trouvez-vous suffisamment d'écrits dans la littérature vous permettant de soutenir votre pratique ? - Selon vous, qu'apporterait le développement de l'ergothérapie dans ce domaine ?

Annexe 3 : Retranscription de l'entretien avec Mr V.Traduction libre

(E) (Ergothérapeute) – Bonjour

(e) (Étudiante) – Bonjour, il s'agit de mon premier entretien pour ma recherche. J'ai donc quelques questions à vous poser.

(E) – C'est une recherche à propos de quoi exactement ?

(e) – J'aimerais savoir comment les ergothérapeutes peuvent réduire les situations de privation occupationnelle auprès de personnes demandeuses d'asile. J'ai donc plusieurs questions si vous êtes d'accord pour y répondre. Cela vous dérange-t-il si j'enregistre ?

(E) – Non, vous pouvez le faire.

(e) – Ok très bien. Alors ma première question est : quel est votre parcours professionnel ?

(E) – Je suis un ergothérapeute mais maintenant je suis à la retraite et je travaille en tant que volontaire dans un centre pour réfugiés à Bruxelles avec des étudiants en ergothérapie. Je suis avec deux étudiants pendant six mois chacun.

(e) – Et qu'est-ce qui vous a amené à travailler auprès de personnes réfugiées ?

(E) – Je fais parti d'une association qui s'appelle TAPAS, qui signifie « Therapy for all patients in all situation » [traduction libre : Thérapie pour tous, dans toutes les situations], qui s'occupe de différents projets. Il y a des projets en Pologne, en Argentine, en Inde, et le dernier projet est celui au sein du centre pour réfugiés à Bruxelles. Notre mission est une sorte de lutte contre la privation occupationnelle. En Pologne c'est dans un orphelinat car il manque du personnel, les enfants vont au lit vers 15h/16h parce qu'il n'y a pas assez de personnel pour faire des choses avec eux. C'est pourquoi j'ai contacté le centre pour réfugiés de Bruxelles en 2013 parce que je savais qu'il y avait beaucoup de privation occupationnelle là-bas, car les demandeurs d'asile attendent pendant des mois voire des années avant qu'ils euh, qu'ils obtiennent la décision de s'ils peuvent rester ou s'ils doivent repartir. Ils ne peuvent rien faire là-bas, parce que le gouvernement belge propose seulement des lits, du pain et des bateaux (bed, breads and boats). Ce n'est pas B&B mais B&B&B (rires).

(e) – Ok et pouvez-vous me décrire la population avec laquelle vous travaillez ? Par exemple, quel âge ont-ils ? D'où viennent-ils ? Quand sont-ils arrivés ?

(E) – Oui, ce centre est le plus grand de Belgique. Nous avons beaucoup de personnes venant de Syrie, nous avons des personnes d'Afghanistan, d'Érythrée, de Tchétchénie... C'est un mix de demandeurs d'asile provenant de partout mais depuis 2015, la plupart

d'entre eux proviennent de Syrie et d'Afghanistan. Mais il y a aussi des africains, des personnes russes, des tchéchènes etc. et euh du Soudan, de Lybie. Ils proviennent d'à peu près partout. Nous travaillons actuellement avec quatre groupes, peut-être cinq, avec des enfants, les tout-petits, avec des enfants scolarisés euh, nous travaillons avec les femmes, avec des jeunes et nous travaillons avec les hommes. Donc chaque groupe a ses spécialités et des points communs avec les autres groupes.

(e) – D'accord. Et ont-ils des maladies mentales ou physiques diagnostiquées ?

(E) – Ce n'est pas toujours le cas, et vous ne pouvez pas toujours le voir. C'est important parce que nous parlons sans cesse de care et de cure en ergothérapie mais nous ne parlons pas tant que ça de prévention. Et on sait que leur périple depuis leur pays, souvent en guerre est un voyage très dangereux et ils survivent à de nombreuses situations dangereuses. Ils ont des raisons de partir. Avant qu'ils partent il y avait une raison, comme la guerre en Syrie. C'est donc une situation dangereuse. Mais il y a aussi des réfugiés politiques et des réfugiés écologiques comme en Afrique. À cause de la famine, les personnes souhaitent trouver une meilleure qualité de vie pour leurs enfants. C'est pour ça qu'ils partent et qu'ils cherchent un meilleur endroit où vivre dans le futur. Ils viennent donc de plusieurs endroits et c'est un groupe très varié.

(e) – D'accord.

(E) – Est-ce une réponse à votre question ?

(e) – Euh oui, je voulais savoir s'il y a des maladies diagnostiquées.

(E) – Ah les maladies. Il y en a aussi beaucoup. Il y a un nombre important de traumatismes. À cause de ces traumatismes, on peut avoir des syndromes post-traumatiques, il y a des risques de dépression à cause de la situation et ils n'ont aucune idée à quoi ressemblera leur futur. Il y a euh, beaucoup de problèmes psychosociaux comme des troubles du comportement alimentaire, des troubles du sommeil avec des cauchemars et pleins de choses comme ça. Et les enfants sont aussi très dépendants de leur mère à cause de la dangerosité de leur périple. Mais s'il y a des maladies ? Je pense que c'est plus... (réfléchit). Parfois c'est une maladie mais c'est plus souvent un trouble, quelque chose perturbant leur vie mais qui peut évoluer vers une maladie. Comme le stress post-traumatique. Et dans ces cas on peut travailler de façon préventive. Et comment on fait ça ? On leur donne une opportunité de raconter leur histoire. Les personnes peuvent exprimer les situations dangereuses auxquelles ils ont survécu et exprimer ce qu'ils souhaitent, comment ils s'imaginent dans le futur. Donc le gros problème dans le centre pour réfugiés est qu'il est composé d'une population provenant de partout dans le monde et

qu'il est difficile de communiquer, à cause de la différence de langue. La plupart d'entre eux parlent arabe ou tchéchène. C'est donc difficile d'autant plus qu'aucun membre du personnel parle arabe ou alors très peu. Cependant la communication est importante pour parler de soi, raconter son histoire. Nous pouvons, en tant qu'ergothérapeute, utiliser un médiateur comme l'art-thérapie, ou le langage corporel et nous sommes mieux placés qu'un psychologue dans ces centres car nous avons d'autres modes de communication.

(e) – D'accord, très bien. Et comment définiriez-vous la privation occupationnelle ?

(E) – Ah la privation occupationnelle c'est quand on a pas accès à des activités significatives, déterminées, qui nous sont très importantes pour survivre, à cause de facteurs externes tels que la guerre, ou vivre dans un institut, un centre pour réfugiés où il n'y a rien à faire : c'est de la privation occupationnelle. C'est toujours à cause d'un facteur externe. Ce n'est pas parce qu'on est fainéant, qu'on ne veut rien faire. C'est parce qu'on n'a pas accès à des activités normales à cause de certaines situations. C'est une sorte d'injustice occupationnelle, parce que c'est dû à des facteurs externes.

(e) – Ok, des facteurs environnementaux principalement ?

(E) – Oui.

(e) – Et considérez-vous la population avec laquelle vous travaillez en situation de privation occupationnelle ? Euh, Je suppose que oui, et pour quelles raisons ?

(E) – La raison est que nous sommes dans une institution où il y a beaucoup de règles. Vous avez mentionné les influences environnementales et si on prend le Modèle Canadien du Rendement Occupationnelle et de la Participation (Canadian Model of Occupational Performance and Engagement) il parle de l'environnement institutionnel. L'environnement institutionnel limite ce que l'on peut faire ou pas. Il y a des règles et ces règles ont un effet sur ce que l'on peut faire ou ne pas faire. Vous comprenez ?

(e) – Oui. Et quelles sont les répercussions de la privation occupationnelle sur la participation et la santé ?

(E) – Si vous avez accès à des activités normales, vous pouvez participer. Je peux citer la CIF (International Classification of Functioning) qui va cibler la participation. Si vous devez rester dans l'institution, il n'y a rien à faire, vous avez une faible participation et vous aurez des problèmes de santé dans le futur. Kielhofner a dit que le manque d'activités euh entraîne des sortes de euh, des maladies psycho-sociales voire même somatiques. Beaucoup de conséquences somatiques sont dues aux problèmes psycho-sociaux. Particulièrement quand il s'agit de personnes musulmanes, ils ne parlent pas de dépression ou de maladies psychiques, ils parlent de maux de tête etc., ils somatisent. Mais il faut être

vigilant en tant que thérapeute. Derrière ces maux de tête, il peut y avoir des problèmes psychosomatiques.

(e) – Ok.

(E) – C'est ce que nous apprennent les psychothérapeutes et les psychiatres.

(e) – Voyez-vous beaucoup de troubles comme ceux-là où vous travaillez ?

(E) – Je ne peux pas dire qu'il y en a beaucoup mais il y en a. Actuellement les étudiants travaillent avec un enfant atteint de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et cela est peut-être dû à cette situation. Un autre étudiant travaille avec un enfant psychotique, qui a décompensé après un syndrome post-traumatique. C'était un enfant soldat et il voulait désertir alors il n'y est pas allé, du coup on lui a tiré une balle dans le pied. Il y a de gros problèmes somatiques mais il y a aussi le syndrome post-traumatique à l'origine de la psychose. Mais tous nos réfugiés n'ont pas forcément ces problèmes. Dans un sens c'est important de travailler de manière préventive, de les laisser vous raconter leur histoire. C'est important que « l'intérieur » soit extériorisé pour pouvoir travailler là-dessus et réfléchir ensemble, avec vous en tant que thérapeute, à un meilleur futur. Et vous pouvez utiliser de nombreux modèles tel que le modèle Kawa parce que cela peut représenter la vie de votre patient, avec ce qu'il se passe à l'intérieur de la personne et l'espoir pour le futur. Et il y a beaucoup de modèles, des modèles propres à l'ergothérapie comme le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de la Participation (MCRO-P), nous utilisons parfois le MOH et son évaluation pour faire une checklist de toutes les activités qu'il faudra traduire avec des pictogrammes, des photos et autres. Il y a donc le modèle Kawa qui se focalise sur la vie qui s'écoule comme une rivière et on peut expliquer au patient que cette situation n'est qu'une partie de son histoire. Il y a le passé, il y a le présent et il y a le futur. Toutes les activités sont focalisées sur le futur et sur de plus gros problèmes comme les traumatismes, sur l'identité car ils perdent leur identité. Ils ne sont plus syriens car ils ont quitté la Syrie mais ils n'ont pas non plus l'identité belge car ils ne sont pas belges. Donc c'est un gros problème d'identité. C'est encore plus difficile pour les femmes car il y a également des problèmes d'inégalité entre les hommes et les femmes. Donc il y a plein de problèmes ici ! (rires)

(e) – C'était ma question suivante, quelles sont les interventions que vous proposez.

(E) – Nous proposons des activités qui se focalisent sur l'identité, sur les traumatismes, sur l'estime de soi, c'est très important. Et comment on fait ça ? Avec des activités, des occupations. Ce qui est également important c'est la culture euh, travailler sur la différence culturelle, euh c'est également important car ils arrivent dans un pays où il y a une autre

culture et ils doivent s'y adapter sans pour autant perdre leur propre culture. C'est l'identité culturelle et c'est important. Et avec de très simples activités ! Par exemple avec les femmes on peut cuisiner. Elles cuisinent leurs propres repas, elles vont faire leurs courses dans Bruxelles pour trouver leurs ingrédients. On trouve facilement pleins d'ingrédients à Bruxelles, comme à Paris, pour trouver des ingrédients provenant d'autres pays et puis elles cuisinent et présentent leurs plats aux autres femmes et de cette façon elles obtiennent une identité. « Voici mon identité, je viens de Syrie ». Ce que disais une femme c'est « je n'ai pas mon livre de cuisine. Je n'ai pas pu l'amener car cela pesait trop lourd mais je les ai toutes dans ma tête. » C'est important pour eux, donc on travaille sur l'identité. Également, quand on souhaite travailler sur les traumatismes, on leur propose euh d'utiliser un médiateur, pour qu'ils puissent s'exprimer. Cela peut être de la peinture, cela peut être du dessin, cela peut être des applications, cela peut être du théâtre, de la musique : toutes sortes de choses qui permettent de s'exprimer. On peut ainsi confronter son insight, ce qui se passe dans son corps. C'est comme un miroir : quand on s'exprime on peut voir ce qu'il se passe et en tant que thérapeute on peut parler de ce qu'ils ont dessiné, ceux qu'ils ont voulu exprimer. On entend beaucoup d'histoires atroces, et on peut parler de ces histoires aux psychothérapeutes, ce qui permet de travailler de manière pluridisciplinaire. Donc on peut amener les histoires de nos patients en les laissant s'exprimer à travers des activités.

(e) – Et s'agit-il plus d'activités de groupes ou y a t-il également de l'individuel ?

(E) – Il y a des activités de groupe mais également de l'individuel car les étudiants qui sont en stage doivent suivre un patient en particulier. Mais la plupart des activités se font en groupe.

(e) – Et comment choisissez-vous les activités ?

(E) – Ce sont les étudiants qui choisissent. Cela n'a pas vraiment d'importance, toutes les activités peuvent travailler sur toutes sortes d'objectifs. Il faut juste les adapter. Il y avait par exemple un étudiant qui était très bon en kick-boxing, une autre qui était douée en danse du ventre et euh c'est bien ! Si vous pouvez motiver les personnes. En tant que thérapeute, vous devez savoir sur quels objectifs vous travaillez. Il faut travailler de manière systémique mais les activités ne sont pas si importantes. Tant qu'il y a de l'intérêt vous pouvez y aller. Et avec ces activités vous travaillez sur des objectifs avec votre patient.

(e) – D'accord vous avez-déjà en partie répondu à ma question suivante qui est, euh, utilisez-vous des modèles en particulier ? Des outils en particulier ?

(E) – Oui, les modèles qui peuvent être appropriés sont le MOH et son outil d'évaluation, le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de la Participation (MCRO-P) et le modèle Kawa. Le MOH principalement pour son évaluation, le MCRO-P pour l'environnement institutionnel et le Kawa à cause de euh l'écoulement de la rivière symbolisant la vie et ses aspects.

(e) – Ok. Donc vous utilisez ces modèles et différentes activités.

(E) – Oui et cela dépend du groupe. Si vous travaillez avec des tout-petits, on peut faire des siestes car c'est important qu'ils ressentent qu'il s'agit d'une situation sécurisée. Avec les jeunes filles et les femmes nous faisons de la relaxation, des exercices comme du yoga. Avec les garçons on travaille sur des activités sportives comme le kick-boxing, le volleyball, le ping-pong et des choses comme ça. Vous vous organisez de manière à atteindre vos objectifs.

(e) – Et comment le groupe est-il formé ?

(E) – Le groupe est fait de personnes provenant du centre mais tout le monde peut venir ! Parfois il y a des groupes de 30 enfants puis on demande à voir le même groupe et il n'y a plus que trois enfants. Les enfants peuvent venir ou ne pas venir, parfois ils doivent aller chez le médecin avec leur mère ou leur père parce que les enfants parlent mieux français ou néerlandais donc ils peuvent traduire. Et du coup ils ne peuvent pas venir à vos activités. Ils ne sont pas obligés de venir à vos activités, vous devez les motiver encore et toujours pour qu'ils viennent. Donc vous devez faire des activités attractives, stimulantes et de cette façon les personnes viendront.

(e) – D'accord et quels bénéfices pouvez-vous observer sur la participation ?

(E) – Nous avons fait un entretien avec plusieurs personnes avant les vacances d'été, juste avant que nous partions pour les vacances. Nous avons demandé aux demandeurs d'asile « que pensez-vous de ces activités ? ». Leur réponse a été « c'est très important pour nous, car nous pouvons faire des choses, nous pouvons rencontrer de nouvelles personnes et parler de nos problèmes à des personnes qui ont eu le même parcours que nous ou à d'autres personnes qui ont des idées » etc. Et la question suivante était « Voulez-vous continuer ? » « Oui », « qu'allez-vous faire pendant les vacances ? ». Personne ne pouvait organiser les activités donc ils ont décidé d'organiser les activités eux-mêmes pendant les vacances. Pas tant que ça mais ils l'ont fait. Donc c'est important d'évaluer. Une autre manière d'évaluer est de demander aux membres de l'équipe. Le manager de ce centre a dit « le groupe fonctionne bien et en continu ». Nous sommes là pour six mois entiers avec des étudiants qui sont là toute la semaine. Il y a d'autres volontaires, comme des

associations de femmes ou autres qui viennent ponctuellement mais qui sont souvent rapidement désespérées par la situation chaotique au sein du centre. Les gens viennent puis ne viennent plus. Vous préparez une activité et les enfants ne viennent pas. Donc elles ont été très vite déçues. Il s'agit plus de charité que de travail professionnel. Nous pouvons avoir cette continuité et c'est pour ça que nous sommes appréciés par les membres de l'équipe. C'est pour ça que nous pouvons parler d'évaluation, en demandant aux demandeurs d'asile et aux membres de l'équipe.

(e) – Et dans cette équipe y a-t-il des médecins, des infirmiers etc ?

(E) – Il y a quelques infirmiers mais la plupart des intervenants sont des éducateurs. Il y a peu de systèmes éducatifs car il n'y a pas d'argent pour payer quelqu'un avec un niveau bachelor ou un master. Il y a quelques personnes avec un bachelor mais la plupart sont des travailleurs sociaux. Nous essayons de convaincre le manager mais également le Ministère que l'ergothérapie est très importante ici. Du coup nous faisons de la promotion pour l'ergothérapie. Les médecins interviennent de manière bénévole. Je dirais environ une fois par semaine il y a un médecin pour huit cent personnes et il y a environ deux infirmiers. Le reste sont des travailleurs sociaux ou des éducateurs.

(e) – Ok. Et vous avez parlé de psychologues ?

(E) – Oui il y a un ou deux psychologues qui interviennent. C'est donc euh, c'est très peu (rires).

(e) – Oui. C'est essentiellement du bénévolat ?

(E) – Que du bénévolat. Toutes les activités fonctionnent sur la base du bénévolat. Parce que ce n'est pas proposé par le gouvernement, il n'y a pas d'argent pour faire des activités. Et les politiques indiquent qu'il ne faut pas faire en sorte que ce soit « cosy » ici car ils doivent repartir. Et ça c'est ce qu'il se passe actuellement en Belgique. Nous appelons ça le B&B&B&B : beds, breads, boats and buiten (des lits, du pain, des bateaux et dehors, du néerlandais « Buiten »).

(e) – D'accord.

(E) – Ce n'est pas seulement la politique en Belgique, c'est également le cas aux Pays-Bas, et dans pleins d'autres pays. On les renvoie chez eux même si c'est dangereux. Cela ne nous plait pas mais c'est comme ça.

(e) – D'accord et selon vous de quelles ressources disposent les ergothérapeutes pour travailler auprès de personnes réfugiées ?

(E) – Les ressources ? Comment faire et la littérature ou euh...

(e) – Oui par exemple.

(E) – Il y a un site vraiment bien avec de nombreuses ressources appelé OOFRAS « Occupational Opportunities For Refugees and Asylum Seekers » (Opportunités occupationnelles pour les réfugiées et les demandeurs d'asile). C'est une association qui a été fondée en Australie. Nous partageons aussi avec l'association TAPAS de nombreuses histoires d'étudiants et de volontaires sur notre site internet. Euh, il y a de plus en plus de littérature sur ce sujet. De nombreux articles sont présentés dans les congrès et les conférences en ergothérapie. Au prochain congrès mondial il y aura des ateliers ou une présentation sur les migrants et l'ergothérapie. Au congrès mondial mais également au congrès européen, il y aura un atelier. On peut déjà trouver de nombreuses choses, et nous allons en voir de plus en plus. Il va y avoir de nombreux projets en Europe mais également dans le monde.

(e) – Et euh, quelles sont les compétences des ergothérapeutes ?

(E) – Une des capacités est la capacité à gérer la frustration. Vous devez être capable de ça quand vous travaillez auprès de réfugiés. Et c'est une compétence très euh professionnelle. Une autre compétence est de savoir comment générer des procédés. Parce que nous travaillons dans un processus. Euh une autre compétence est la compétence interculturelle. Nous avons vraiment besoin de compétences éthiques et politiques. C'est important car on dépend du système politique et cela varie selon le ministère du pays où l'on travaille. Mais on dépend du système, de l'environnement institutionnel et politique. Après les élections vous avez parfois d'autres ministères avec d'autres règles, c'est donc très frustrant (rires). Mais c'est comme ça ! Et c'est pour ça que je pense que savoir gérer la frustration, c'est important. Il faut recommencer encore et encore et encore. Et c'est le problème avec les actions bénévoles des autres associations. Ils sont tous déçus et donc ils arrêtent. Ce n'est pas bien pour la continuité.

(e) – Donc vous pensez que les ergothérapeutes sont plus capables de gérer ce genre de situations ?

(E) – Oui parce qu'ils travaillent de manière systémique. On commence par analyser la situation, la situation occupationnelle et après vous essayez de formuler des objectifs, pour savoir sur quoi travailler ou vers quoi s'orienter. Vous ne venez pas dans le centre juste pour donner une activité, vous savez quels objectifs vous voulez atteindre et vous les atteignez avec des activités. C'est important et c'est professionnel. Autrement vous êtes un moniteur ou euh quelqu'un d'une association, un volontaire d'une association et vous venez juste pour faire quelque chose. Nous avons une raison de faire et nous avons un objectif : c'est le procédé que nous suivons. C'est également important d'utiliser un

modèle pour savoir ce que vous faites en tant qu'ergothérapeute. C'est pourquoi nous utilisons également la trame de l'Occupational Performance Process Model (OPPM).

(e) – D'accord. Vous avez parlé de littérature, trouvez-vous suffisamment de littérature, d'outils pour soutenir votre pratique ?

(E) – Nous travaillons de façon evidence-based c'est donc important de voir ce qui est écrit dans la littérature, les projets existants. On peut trouver de nombreuses choses. Les outils vous devait les trouver tout seul si vous proposez une activité. Nous travaillons beaucoup avec des matériaux peu chers. Par exemple vous pouvez trouver des packs de matériaux. Les étudiants vont chez Action par exemple, connaissez-vous Action ?

(e) – Non.

(E) – Action est un magasin très peu cher, vous pouvez y trouver des stylos, des couleurs, etc. Ils ramènent également des choses de chez eux, des jeux de leurs cousins, neveux etc. C'est comme ça que l'on travaille car rien n'est proposé pour les activités. Vous devez être très créatif.

(e) – D'accord, très bien. J'ai une dernière question. Selon vous qu'apporterait le développement de l'ergothérapie dans ce domaine, je veux dire l'ergothérapie auprès de personnes réfugiées ?

(E) – C'est un groupe. Ici il s'agit d'ergothérapie non traditionnelle. Travailler avec des réfugiés et des demandeurs d'asile n'est pas un champ d'action traditionnel. Nous avons appris à travailler auprès de personnes avec des incapacités physiques, des troubles mentaux et autres problèmes de santé mais pas auprès de personnes demandeuses d'asiles ou de personnes sans-abris qui dorment dans les rues. C'est aussi un problème occupationnel et une situation qui n'est pas normale. Il y a également d'autres choses comme les orphelinats et des endroits semblables où l'on peut parler de privation occupationnelle. C'est un champ d'action non traditionnel pour les ergothérapeutes et nous devons y être préparés pour le futur je pense. Il y aura toujours des réfugiés et des demandeurs d'asile. Il y aura plus particulièrement des réfugiés écologiques, à cause du réchauffement climatique. De nombreuses personnes n'auront plus d'eau et donc pas assez de nourriture car nous avons besoin d'eau pour cultiver des légumes et autres. Ce sera donc une autre génération de réfugiés après les guerres comme en Syrie. Des personnes qui cherchent de meilleurs endroits où vivre. Ils subissent de nombreuses frustrations et des parcours dangereux pour arriver à ces endroits. Mais c'est, je pense, le futur. Quand j'étudiais l'ergothérapie nous parlions de rééducation physique, de troubles mentaux avec des troubles tels que l'autisme, les troubles déficitaires de l'attention et maintenant il y a de

plus en plus de personnes âgées qui constituent un nouveau groupe. Et maintenant il y a des réfugiés partout dans le monde. C'est donc un secteur non traditionnel. Les personnes sans-abris seront aussi une problématique. En tant qu'ergothérapeute, les occupations sont importantes : la privation occupationnelle et la justice occupationnelle nous intéressent et nous pouvons travailler avec toutes les personnes qui ont des limitations d'activité.

(e) – Donc vous pensez que si l'ergothérapie se développe dans ce champ c'est pour permettre aux personnes d'avoir accès à des occupations significatives ?

(E) – Oui, l'accès à des occupations significatives.

(e) – D'accord, très bien. Je n'ai plus de question mais peut être que vous en avez, ou des remarques à ajouter ?

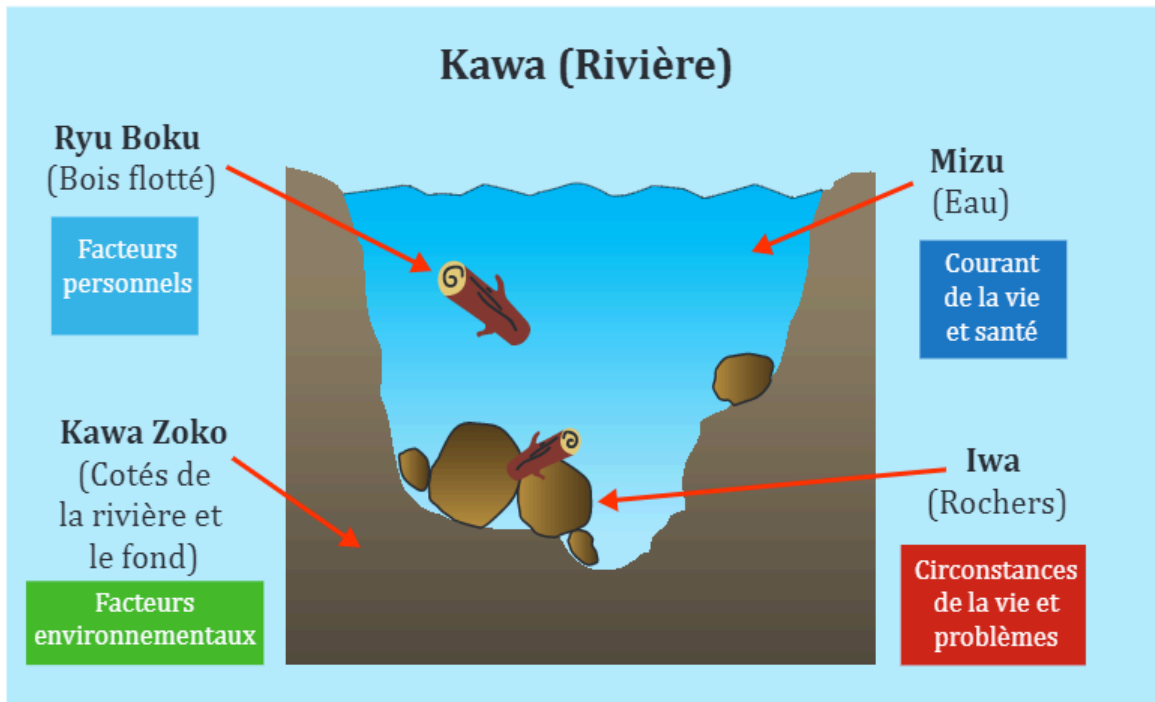
(E) – Non c'est bon.

(e) – D'accord et bien merci beaucoup, c'était très intéressant ! Bon courage pour votre projet. Au revoir !

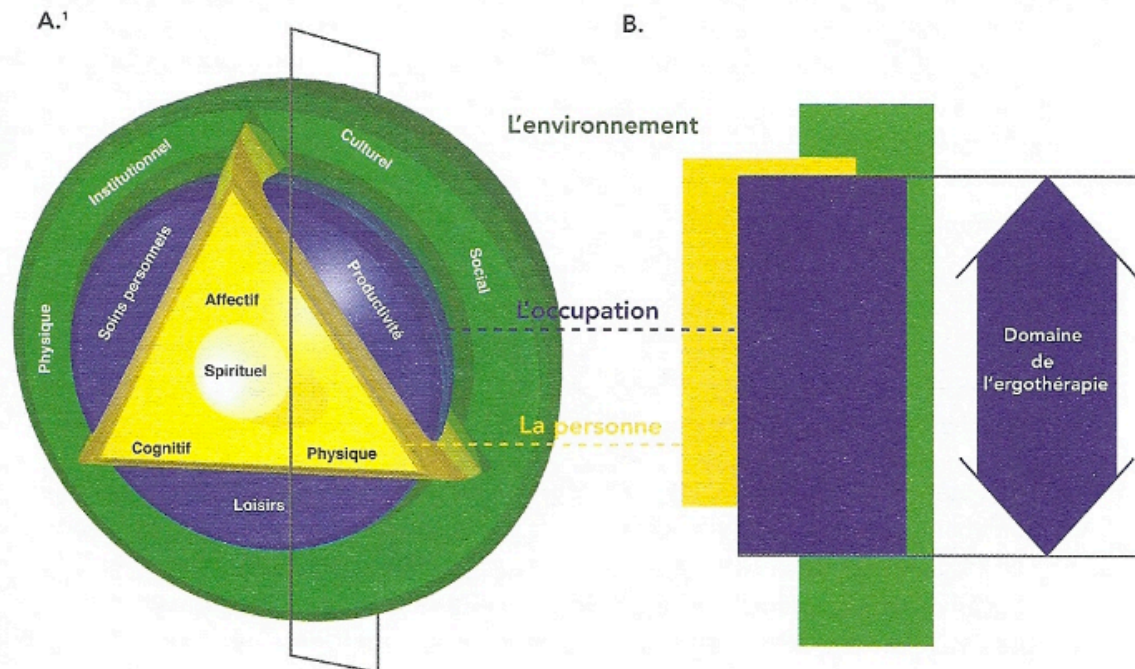
(E) – Merci, au revoir !

Fin : 38 minutes 33

Annexe 4 : Modèle Kawa de Michael Iwama



Annexe 5 : Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de la Performance

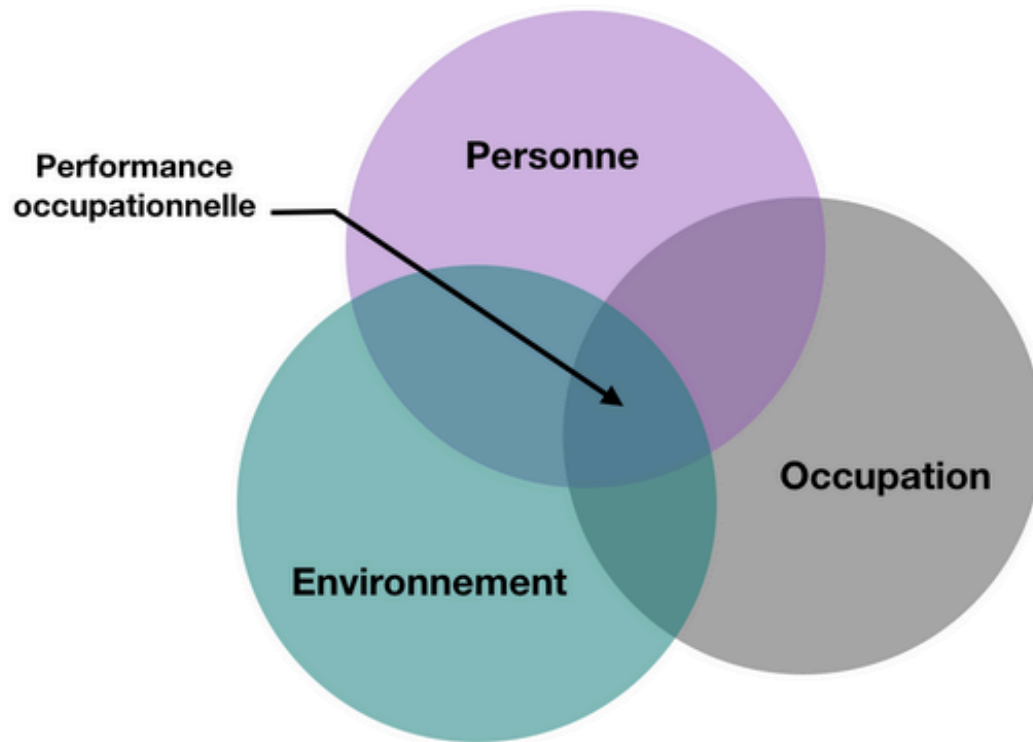


A¹ : Désigné sous le nom de MCRO dans *Promouvoir l'occupation* (1997, 2002) et MCRO-P depuis cette édition.

B : Vue de profil

E.A. Townsend, H.J. Polatajko, et J. Craik (2008). Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P), dans *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*, E.A. Townsend, H.J. Polatajko, p.27 Ottawa, ON : Publications ACE.

**Annexe 6 : Modèle Personne – Environnement – Occupation – Performance
occupationnelle**



Modèle Personne-Environnement-Occupation (Law et al., 1996)

Annexe 7 : Participatory Occupational Justice Framework

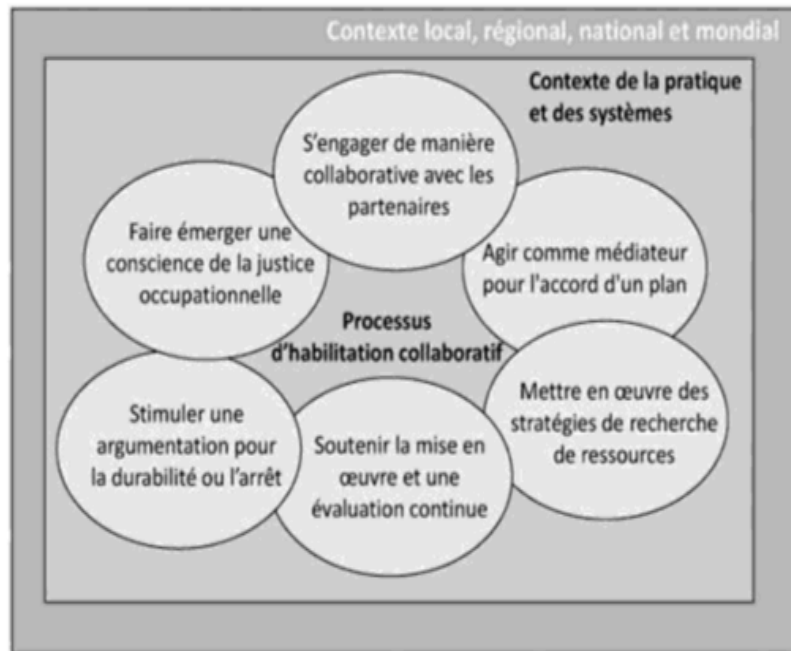


FIGURE 14-2. *Participatory Occupational Justice Framework 2010 (Cadre de référence participatif de justice occupationnelle). (Adapté de Whiteford, G., & Townsend, E. [2011]. Participatory Occupational Justice Framework [POJF 2010]: Enabling occupational participation and inclusion. In F. Kronenberg, N. Pollard, & D. Sakellariou [Eds.], Occupational Therapies without Borders. Volume 2 : Towards an ecology of occupation based practices [pp. 65-84]. London, England : Elsevier.)*

Résumé :

Mots clés : Demandeurs d'asile, Privation occupationnelle, Ergothérapie

Depuis la crise des migrants de 2015, le nombre de personnes réfugiées n'a cessé d'augmenter en Europe. En attendant d'obtenir le statut de « réfugié », les personnes demandeuses d'asile résident pour la plupart dans des centres d'accueil pour réfugiés ou dans des camps. Dans ces environnements, ils peuvent se retrouver en situation de privation occupationnelle qui signifie selon l'ergothérapeute Gail Whiteford, que les personnes sont incapables de faire ce qui est important pour elles à cause de facteurs externes.

Ce mémoire questionne ainsi la place de l'ergothérapie auprès de cette population : les interventions existantes, les moyens utilisés, le recours à des modèles conceptuels. Six ergothérapeutes de différents pays intervenant auprès de personnes demandeuses d'asile ont été interrogés afin de comparer leur pratique à ce qui est écrit dans la littérature. Les résultats montrent qu'il s'agit d'une pratique récente en plein développement. La formation des ergothérapeutes, l'utilisation de modèles conceptuels centrés sur l'occupation, les divers moyens (activités de groupe, aménagement de l'environnement...) et surtout l'importance portée à l'occupation humaine leur permettent de soutenir la participation des personnes et donc de réduire les situations de privation occupationnelle. Cependant, l'ergothérapie auprès de cette population est mal connue et les interventions ergothérapeutiques sont pour la plupart sous la forme de bénévolat. Il est donc important de développer la recherche et la pratique afin d'optimiser les suivis.

Abstract :

Key words: Asylum seeker, Occupational deprivation, Occupational Therapy

Since the 2015 refugee crisis, Europe has seen the number of refugees increasing. Before obtaining refugee status, most asylum seekers live in refugees centres or camps where they have to face occupational deprivation, define by Whiteford, as preclusion from meaningful occupations, due to external factors. This paper investigates the role of Occupational Therapy with this population, existing interventions, tools and the use of conceptual models.

Six Occupational Therapists from different countries (Belgium, England, Switzerland), working with asylum seekers were interviewed to compare their practice to literature.

The results show that it is a recent practice in development. The training of Occupational Therapists, the use of models focused on occupation, their various tools (group activities, adapting the environment...) and mostly, occupational therapy's interest in human occupation allow them to support asylum seekers' participation and to reduce occupational deprivation. However, Occupational Therapy with refugees is not well known and most interventions are based on volunteering. It is therefore important to develop research and practice to optimize Occupational Therapy sessions for asylum seekers.