

**« SANTÉ DES MIGRANTS EN FRANCE :
L'EFFET DES DISCRIMINATIONS LIÉES À
L'ORIGINE ET AU SEXE. »**

(Cognet et al., 2012)

AUTRICES DE CET ARTICLE

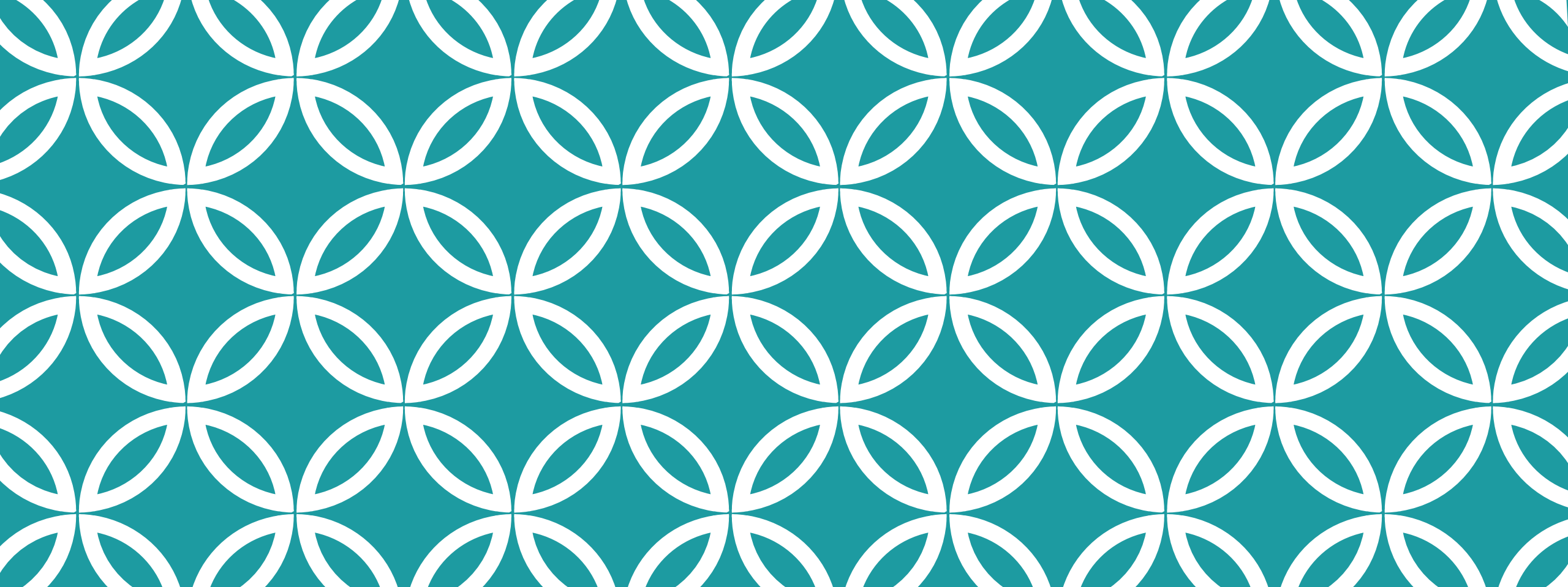
Marguerite Cognet : Sociologue infirmière et chercheuse au centre de recherche et de formation CSSS de la montagne, en France. Expertise en relations ethniques appliquées à la santé.

Christelle Hamel : Sociologue spécialisée dans les rapports sociaux de sexe et des inégalités de genre, spécifiquement dans la violence contre les femmes.

Muriel Moisy : Socio-démographe exerçant à l'université de Paris.

ARTICLE DE REVUE SCIENTIFIQUE

- Fait le point sur les recherches et connaissances actuelles sur la santé des migrants en France.
- Article en accès libre sur Cairn.
- À destination de tout public, plus précisément ceux qui s'intéressent aux sujets de la migration et de la santé .



CONTEXTE DE CET ARTICLE |

EN 2008

➤ Enquête **quantitative** « Trajectoires et Origines » de l'INED (Institut national d'études démographiques) et de l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques)

Objectif : Évaluer l'ampleur des discriminations liées à l'origine des migrants et les effets de cette discrimination sur leur parcours de vie.

Méthode utilisée : Administration de questionnaires.

Premier enregistrement en France de l'état de santé général des migrants, de leur date d'entrée, leur expérience de discrimination dues à leur origine/sexes et leurs conditions de vie.

EN 2011

- Poursuite de l'enquête de 2008 par des post enquêtes **qualitatives**

Objectif : Compléter les données statistiques à l'aide de récits de vie de 42 participants, résidents en France depuis plus de cinq ans.

Méthode utilisée : Entretiens de durée approximative de 2h35.

SANTÉ DES MIGRANTS EN FRANCE : L'EFFET DES DISCRIMINATIONS LIÉES À L'ORIGINE ET AU SEXE.

Croisement des **résultats quantitatifs et qualitatifs** des deux enquêtes.

Faire des liens entre les résultats de ces deux enquêtes, mais aussi à de nombreuses publications rédigées ces 50 dernières années sur la santé des migrants.

Contexte français.

PROBLÉMATIQUE

Pour quelles raisons les migrants voient leur état de santé se dégrader au fil de leur temps de résidence en France?

BUT

Un bref état des lieux des données présentes dans la littérature, au sujet des immigrés et de leur santé suivi de la mise en lumière des résultats d'une enquête innovante de l'INED et l'INSEE, intitulée Trajectoires et Origines : la diversité des populations en France (TeO). Ces données visent la résolution de la problématique mentionnée précédemment en utilisant de nouvelles méthodes, permettant d'avoir des résultats plus fiables et complets.

THÈSE CENTRALE DES AUTRICES

La santé des migrant-e-s en France se dégrade au fil de leur résidence dans le pays. Cette dégradation est expliquée par de nombreux facteurs. Ce phénomène est commun pour les deux sexes, mais les facteurs ne sont pas les mêmes pour les hommes et les femmes.

PRINCIPAUX CONCEPTS

Santé: Un état de bien-être physique, mais aussi un bien-être mental et social, selon l'OMS.

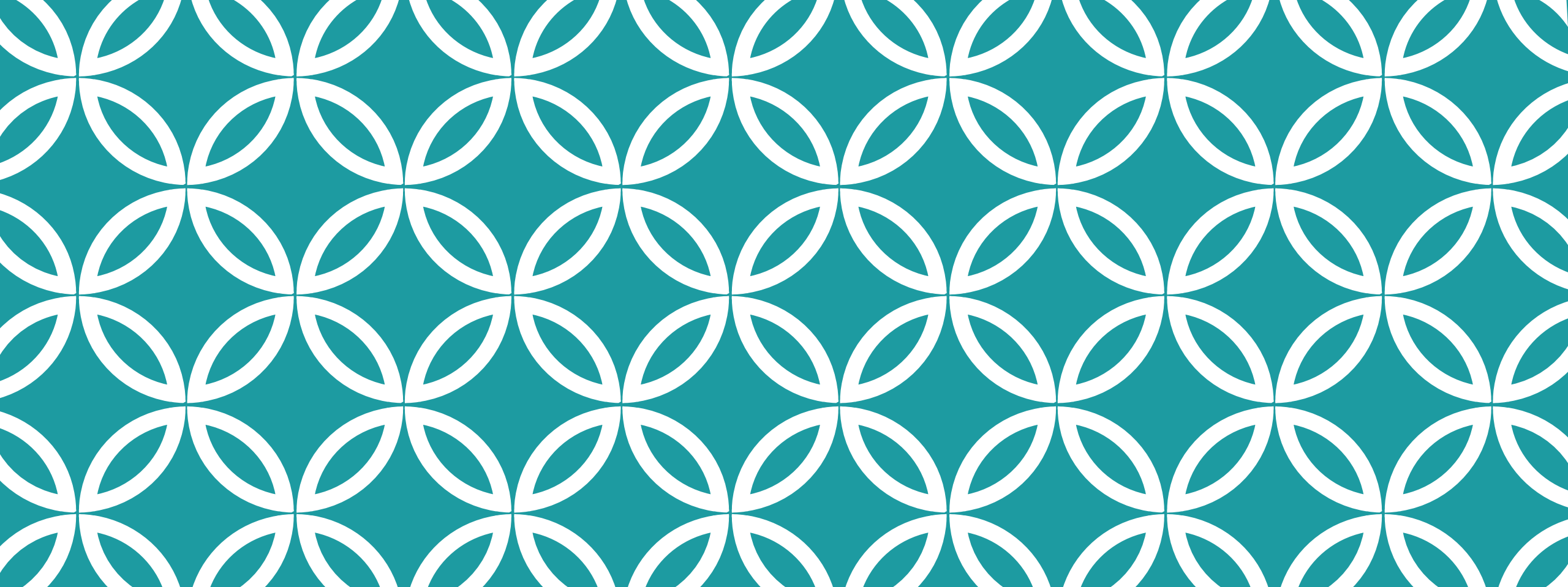
Discrimination: Le fait de séparer un groupe d'humains d'un autre groupe d'humains selon des caractéristiques pour le traiter plus mal.

Immigration: L'installation dans un pays d'un humain ou d'un groupe d'humains originaires d'un autre pays.

Population majoritaire : Dans cet article, personnes nées en France métropolitaine dont aucun des parents n'est immigré ou originaire d'un DOM.

Racisme: Idéologie basée sur une hiérarchie des races, qu'une race est supérieure à une autre.

Sexisme: Idéologie basée sur une hiérarchie des sexes, précisément que le sexe masculin est supérieur au sexe féminin.



IDÉES IMPORTANTES ISSUES DU TEXTE

Extraits tirés de l'article

UN MOINS BON ÉTAT DE SANTÉ POUR LES IMMIGRÉS

« Les immigrés âgés de dix-huit à soixante ans en 2008, déclarent globalement un **plus mauvais état de santé que les majoritaires à âge identique** (Hamel et Moisy, 2010). Comme dans la population majoritaire, les **femmes déclarent davantage que les hommes** avoir un état de santé général altéré. » (Cognet et al., 2012, p.13).

DÉGRADATION DE LA SANTÉ DES MIGRANTS AU COURS DE LEUR PÉRIODE DE VIE EN FRANCE ET LA SANTÉ DES FEMMES ALTÉRÉE DÈS LEUR ARRIVÉE.

« Les **hommes immigrés** arrivés dans les **cinq dernières années** sont **significativement en meilleure santé que les hommes de la population majoritaire** ayant le même âge et des qualifications équivalentes alors que ceux qui résident en France **depuis plus de vingt ans déclarent plus souvent une sante altérée.** (...) pour les femmes, on ne constate pas l'existence d'une meilleure sante chez celles arrivées récemment (...) cela est dû au fait qu'une part importante d'entre **elles migrent pour rejoindre leur conjoint** et ont par conséquent quitté leur pays à un âge un peu plus avancé que les hommes et ont ainsi été **davantage exposées que ces derniers aux conditions de vie parfois difficiles** de leur pays d'origine. La sélection des migrants par la bonne santé est ainsi un phénomène qui concerne d'abord les hommes. » (Cognet et al., 2012, p.14).

« la plus mauvaise santé des migrants s'explique d'abord par leurs conditions de vie socioéconomiques, actuelles et passées. » (Cognet et al., 2012, p.15).

DES PROBLÈMES DE SANTÉ VARIÉS ET DIFFÉRENTS SELON LES SEXES

« Chez les femmes, les écarts se maintiennent non seulement pour les Portugaises (OR=1,8), mais aussi pour les Turques, Marocaines, Tunisiennes ou du Sud-Est asiatique (OR=1,4). Leurs **états de santé se dégradent avec l'âge plus fortement que pour les hommes**, même une fois les autres variables indépendantes introduites » (Cognet et al., 2012, p.18).

« Viennent ensuite les troubles musculosquelettiques (17/81) majoritairement associés à des **postures de travail (tendinites, dorsalgies, hernies discales)**. Les problèmes de **santé mentale** sont également rapportés de nombreuses fois (11/81). Les **hommes** sont plus sujets aux **cardiopathies sévères** alors que les femmes ont des **problèmes de tension artérielle** et de circulation dans les membres inférieurs. Dans les pathologies musculosquelettiques, les hommes ont davantage de tendinites et de hernies discales dues à la manipulation de matériaux lourds ou/et peu maniables alors que les femmes déclarent davantage de dorsalgies liées aux postures et aux mouvements dans leurs activités professionnelles et domestiques. Enfin, les troubles de santé mentale s'expriment très différemment. Les femmes sont principalement sujettes aux **dépressions** alors que pour les hommes il s'agit dans **deux cas sur trois de pathologies mentales sévères avec passage à l'acte violent envers eux-mêmes et autrui.** » (Cognet et al., 2012, p.20).

DES CONDITIONS DE VIE DÉGRADÉES POUR LES IMMIGRÉS

« Il y a ensuite ceux qui se sont retrouvés en France dans l'irrégularité (entrée illégale ; demande d'asile déboutée ; titre de séjour épuisé, etc.). Les récits font apparaître combien les conditions de vie dégradées des personnes migrantes sont liées au **statut administratif de migrants**, aux discriminations subies, autant qu'à leur niveau de qualification. (...) Ces situations de risques, de vulnérabilité, de surexposition au danger et aux carences ont des **conséquences durables sur leur santé aux différents âges de la vie.** » (Cognet et al., 2012, p.20-21).

DES CONDITIONS PRÉCAIRES, D'EXPLOITATION ET DE DÉQUALIFICATION AU TRAVAIL

« Même quand leur statut administratif les autorise à travailler, les personnes interrogées mentionnent fréquemment des **situations d'exploitation**. Près d'un tiers de femmes et d'hommes (15/42) évoquent une **déqualification** : ils occupent des emplois sans rapport avec leurs diplômes et compétences professionnelles. Outre une déqualification statutaire, il arrive que leurs compétences fassent l'objet d'une **exploitation sans compensation**. (...) Quand ils ne sont pas exploités au travail pour des compétences dont ils ne peuvent espérer la rétribution, nombre de nos enquêtés occupent des emplois qui **mettent le corps à rude épreuve** » (Cognet et al., 2012, p.21-22).

DES CONDITIONS DE LOGEMENT DÉLÉTÈRES

« la sortie de la précarité administrative ne se traduit pas toujours par des conditions de vie acceptables, notamment en matière de logement. (...) Un quart des individus ou ménages rencontrés lors de l'enquête vivaient dans **des quartiers ségrégués, relégués en périphérie ou dans des logements surpeuplés, voire délabrés.** (...) s'ajoutent des **conditions d'habitat délétères pour la santé** (nuisances sonores et atmosphériques notamment). (...) ces situations participent d'une espérance de vie en bonne santé plus faible que pour d'autres groupes de population. » (Cognet et al., 2012, p.22).

PRÉSENCE DE DISCRIMINATION AU TRAVAIL IMPACTANT LA SANTÉ

« Les expériences discriminatoires sont particulièrement ressenties dans le cadre du travail avec d'abord des **refus d'embauche**. (...) Des affectations sélectives (...) d'une pression au travail. (...) les discriminations au travail induisent des **pertes d'emploi, un cantonnement dans des emplois précaires ou peu rémunérés, une dégradation des conditions de travail** » (Cognet et al., 2012, p.23-24).

« **Les inégalités socioéconomiques et les inégalités de santé sont étroitement liées**, comme le montrent les entretiens. Une mauvaise santé a souvent pour conséquence une dégradation de la situation sociale (perte d'emploi, de revenus pouvant avoir d'autres conséquences) et parallèlement, une situation économique difficile ne permet pas d'accéder à tous les soins. Ils révèlent également les effets que peuvent avoir la **succession d'évènements traumatisants** sur la santé : la fuite d'un contexte politique difficile, des passages dans des camps, de longs trajets à pieds, une sous-nutrition précèdent une arrivée en France où encore une situation administrative précaire qui peut s'avérer longue et qui expose à une exploitation économique comme à des **conditions de logements dégradées**. Ces épreuves surmontées, quand elles le sont, la santé est déjà dégradée. » (Cognet et al., 2012, p.23).

PRÉSENCE DE DISCRIMINATION DANS LES SOINS

« Il semble aussi que les immigrés fassent particulièrement l'objet d'un soupçon de fainéantise, les **médecins doutant de leurs dires**, mais aussi de leurs symptômes. (...) Les discriminations privent les immigrés, en particulier les femmes, des soins auxquels ils ont droit (...) elles sont maltraitées dans le système sanitaire et **n'obtiennent pas ce à quoi elles sont en droit de prétendre.** » (Cognet et al., 2012, p.25).

TÉMOIGNAGE

« Talila (quarante-neuf ans) a ainsi été malmenée au cours d'une consultation gynécologique qui s'est terminée par un refus de soins. Le gynécologue, au vu de son état de santé – elle a effectivement divers problèmes dont elle le prévient –, refuse de l'examiner et s'emporte violemment : « *“Qu'est-ce que vous faites ici ? Et d'abord comment vous avez eu le rendez-vous ?” Il ne me laissait pas répondre. “Comment vous vous appelez ?” Il n'attendait pas, il hurlait, il criait : “qu'est-ce que vous faites dans mon cabinet ? Qui vous a envoyé ?” Et puis j'ai fait une crise, je tremblais de tous mes membres, je n'arrivais plus à parler tellement il hurlait, il me criait dessus. [...] Je l'ai supplié de se calmer. Mais il a hurlé sur moi, il m'a insultée, je ne dirai pas les termes* ». Même si elle refuse de les répéter, Talila précise que ce sont des **termes racistes**, si insultants que les redire serait trop douloureux. Elle n'aura pas de consultation ce jour-là. Elle commence les démarches de plainte en écrivant à l'ordre des médecins, mais son médecin généraliste la dissuade de poursuivre : « *il risque gros là, vous savez madame. Je voudrais juste que vous réfléchissiez un peu, il risque de perdre son travail, d'être rayé de la liste, etc.* ». Malgré la violence des faits, malgré la privation de son droit à consulter, **elle abandonne son recours et finit même par s'attribuer la responsabilité de la situation** » (Cognet et al., 2012, p.25).

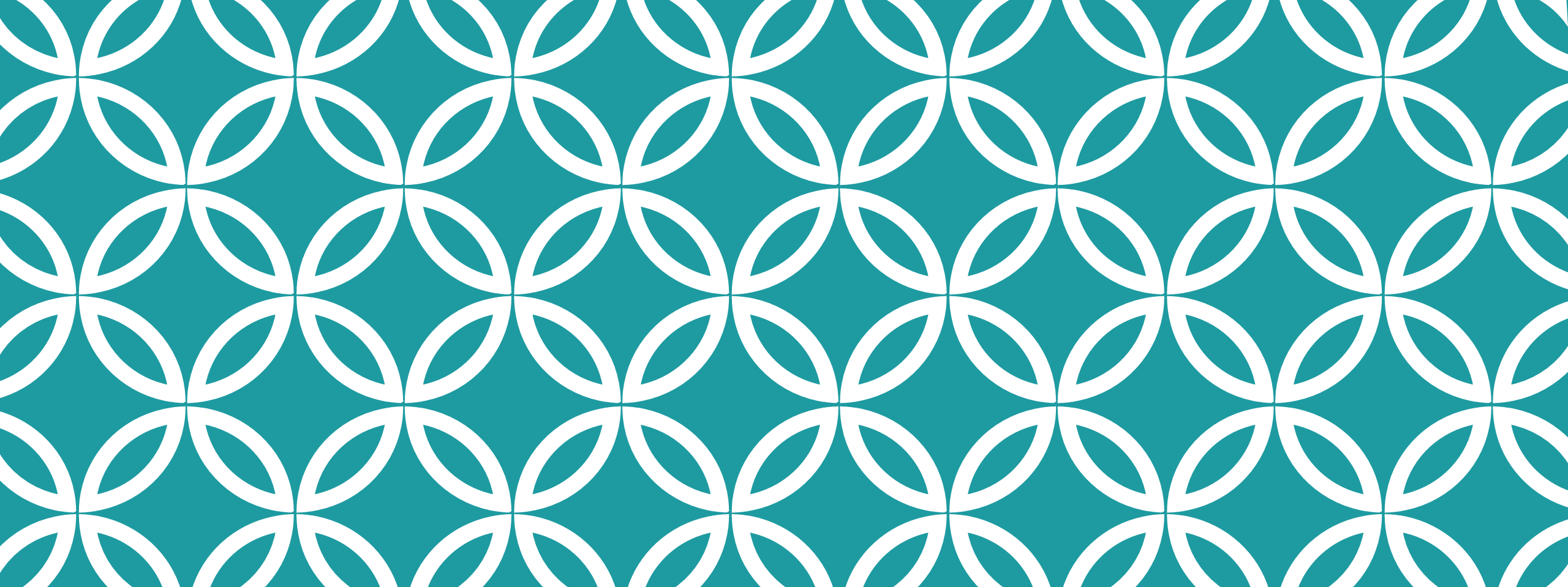
UNE DISCRIMINATION PERÇUE DIFFÉREMMENT SELON LES POINTS DE VUE

« la plupart des migrant-e-s n'interprètent pas, ou très rarement, ces interactions avec le système sanitaire, ou d'autres situations de spoliation de ressources ou d'exploitation, en termes de discriminations. Ils se mettent plus souvent en retrait, **pas du tout certains de leur légitimité à demander quoi que ce soit**. Leur attitude confirme le poids d'un climat qui leur est défavorable » (Cognet et al., 2012, p.26).

« Parmi les immigrés rencontrés et en dépit des récits de situations rapportées, que l'on peut juger discriminatoires, certains ne raisonnent pas en ces termes, voire déclarent ne pas être l'objet de discriminations (...) **Ne pas se dire victime de discrimination est en soi une stratégie d'évitement**. Un évitement qui consiste à refuser de lire ce qui arrive comme tel » (Cognet et al., 2012, p.26/27).

LE STATUT DE FEMME IMMIGRÉE, SOURCE DE SEXISME ET DE MACHISME, MÈNE À DES CONDITIONS PRÉCAIRES

« Les discriminations sexistes et les violences machistes ont un effet évidemment néfaste sur la santé des femmes (...) Les violences dont elles sont la cible peuvent marquer à jamais leurs corps (...) La migration place les femmes immigrées en situation de vulnérabilité accrue, sous la dépendance juridique de leur conjoint pour le droit au séjour ou l'accès à la nationalité française, mais aussi **sous leur dépendance économique**, en raison d'un accès au travail restreint puisque beaucoup des répondantes sont venues rejoindre un mari déjà installé. (...) Il est aussi possible que les écarts constatés entre les femmes migrantes et celles de la population majoritaire trouvent une part de leur explication dans le fait que les femmes migrantes victimes de violences aient davantage de difficulté que celles de la population majoritaire à quitter leur conjoint violent, du fait de contrainte administrative (...) **Quitter son conjoint violent signifiait donc devenir sans-papier** » (Cognet et al., 2012, p.28/29).



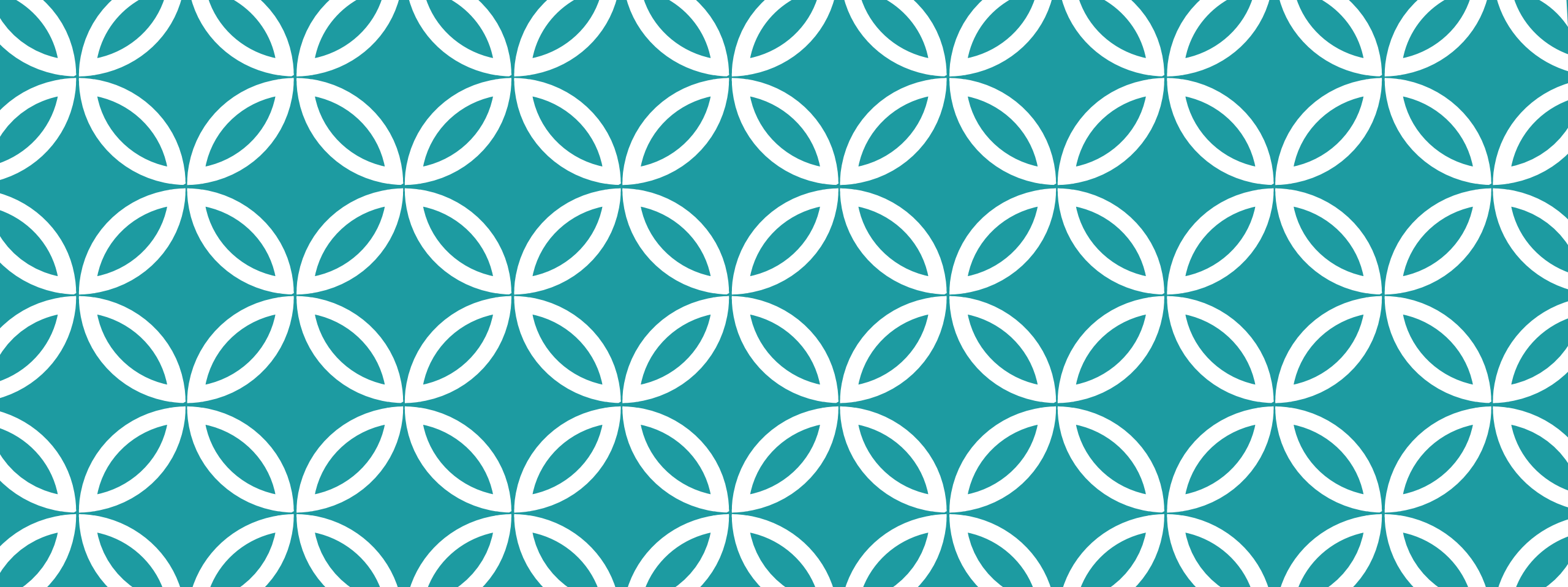
STRUCTURE DU TEXTE



LOGIQUE ARGUMENTATIVE

1. **Enquête quantitative**: Analyse de déclarations de leur état de santé altérée par questionnaire. Différence de déclaration entre hommes et femmes, décident de séparer leur analyse par sexe.

2. **Enquête qualitative**: Éclairer les liens de causalité entre les conditions vécues en France et les états de santé pour ainsi comprendre pourquoi certains groupes conservent un risque plus élevé de déclarer une santé altérée à âge et conditions de vie identiques (Cognet et al., 2012, p. 19).



ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES



RÉCOLTES DE DONNÉES

Enquête quantitative : Questionnaire comportant 16 parties, mais une seule traitant la santé. Seules des personnes résidant en France ont été interrogées, mais parmi elles, presque la moitié étaient des personnes immigrées. Les personnes étant nées en France et n'ayant pas de parents immigrés ou bien issus d'un DOM, étaient considérées comme partie de la population majoritaire. L'objectif était alors de comparer les réponses de ces deux populations.

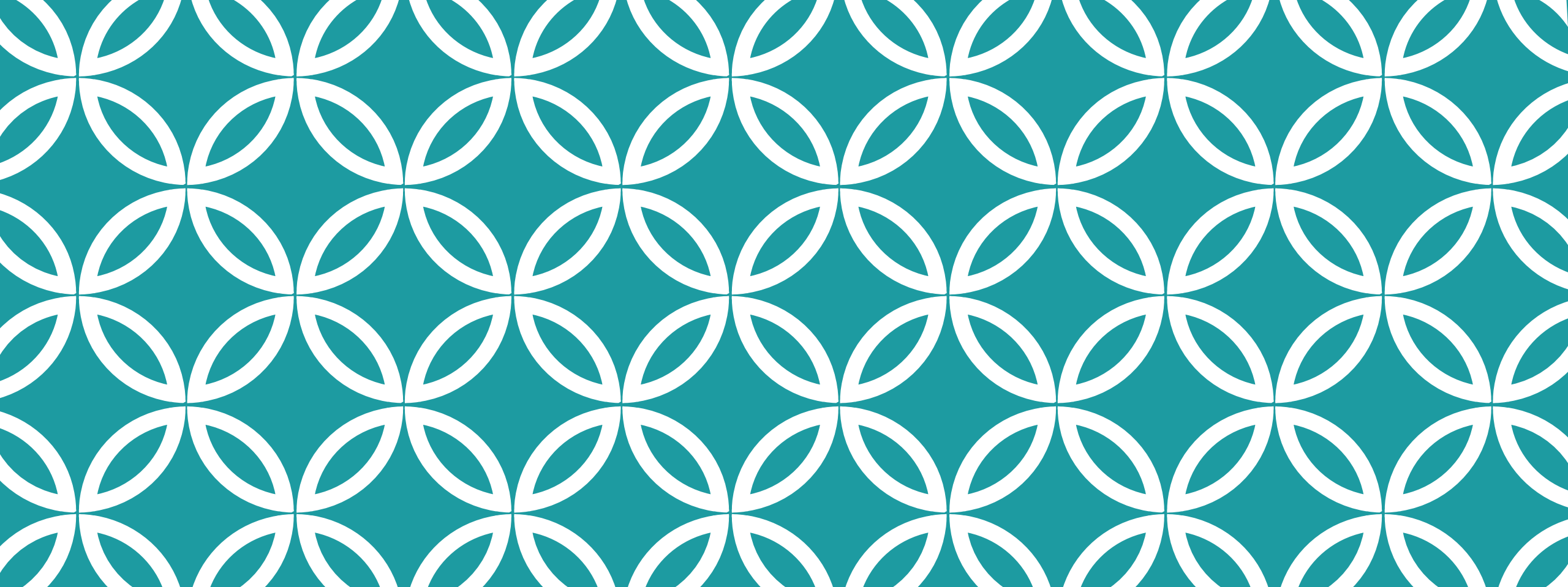
Enquête qualitative : Entretiens d'approximativement 2h35 auprès de sujets ayant déjà participé à l'enquête de 2008 et résidant en France depuis au moins 5 ans. Ils ont été rencontrés chez eux, pour raconter leur histoire, en étant précis quand ils abordaient leur santé. Les critères de sélection : avoir plus de trente ans ; avoir immigré en France après dix-huit ans ; venir d'un pays du Maghreb, d'Afrique subsaharienne, d'Asie du Sud-Est ou d'Europe du Sud ; avoir déclaré un état de santé altéré, mais pas de problème de santé important avant l'immigration.

ANALYSE DE DONNÉES

Données quantitatives : Régression logistique, un modèle statistique linéaire pour expliquer l'effet d'une variable sur une probabilité, pour différencier les résultats significatifs.

Données qualitatives : analysées à l'aide du logiciel N'Vivo pour faire des liens entre ses données suivant la méthode de la théorie ancrée.

Article d'analyse descriptive : mettre en lumière des résultats d'enquêtes et faire des liens entre les deux. Autrices résumant tout en faisant des liens de causalité.



**MISE EN LIEN AVEC D'AUTRES
SOURCES** |

COURS PERSPECTIVE GENRE

ENSEIGNANTE HÉLÈNE MARTIN

« L'argument de la nature, développé à partir du XVIIIe siècle, est mobilisé pour justifier la tutelle masculine. Les différences entre les sexes sont d'abord cherchées à travers les mesures physiques du corps, du crâne, du cerveau pour établir par des arguments en apparence rationnels, une échelle de valeur entre les sexes, comme d'ailleurs entre les races et les classes sociales » Galibert, Charlie. (2018) Petit manuel du genre. A l'usage de toutes les générations (p. 27). PUG.

Squelette masculin : sexe parfait, fort.

Squelette féminin : sexe imparfait, faible, donc se doit d'être caché, intériorisé.

Homme plus fort que la femme.

Femme immigrée inférieure à son mari, dépendante de lui, violence conjugale, obligée de rester.

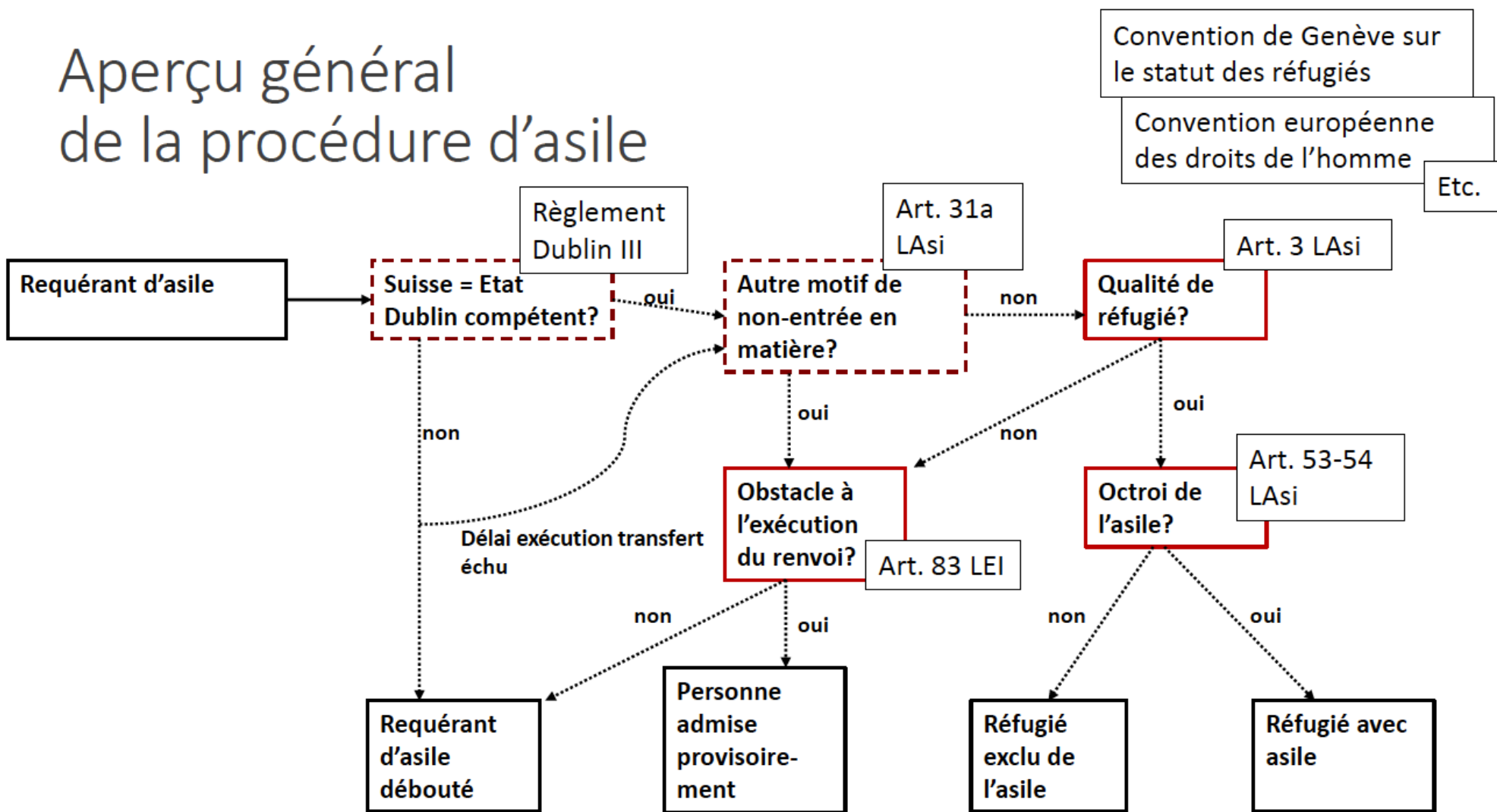
COURS "DES POLITIQUES MIGRATOIRES AUX POLITIQUES D'INTÉGRATION DES POPULATIONS MIGRANTES"

ENSEIGNANT MR N'DRI PAUL KONAN

Cas des demandeurs d'asiles et réfugiés en Suisse.

- Contexte Suisse et non français mais similitudes présentes
 - Obtention du permis de séjour pour personnes hors UE, longue et difficile
 - Précarité des permis selon les changements statutaires (travail, famille)
 - Peur d'être renvoyé dans le pays d'origine qui a été fui
 - Faible revenu en situation instable
- ➔ Santé et bien-être impacté négativement

Aperçu général de la procédure d'asile



Source: CAS Droit des migrations. Dr. Semsija Etemi Juriste, Chambre vaudoise du commerce et de l'Industrie, Lausanne

DROITS	PERMIS DE SEJOUR DOMAINE DE L'ASILE				
	Permis (Livret) N (requérant·e d'asile)	Livret F (Admission provisoire)	Livret F (Réfugié mais pas asile)	Permis B (réfugié reconnu)	Permis B humanitaire
But	Procédure d'asile	Protection contre mise en danger en cas de renvoi (principe de non-refoulement)	Protection contre mise en danger en cas de renvoi (principe de non-refoulement)	Protection contre persécutions (race, religion, nationalité, appartenance autres groupes déterminés)	Cas individuel d'extrême gravité (ex: graves problèmes de santé)
Durée	Toute la durée de la procédure (procédure étendue)	Tant que l'exécution du renvoi est inexigible, illicite ou impossible	Tant que durent les préjudices encourus	Indéterminée	T 1 année
Lieu et validité	Canton d'attribution (selon clé répartition. Validité 1 an	Canton. Validité 1 an	Canton. Validité 1 an	Canton. Validité 1 an	Canton. Validité 1 an
Regroupement familial	Non. Mais protection contre renvoi en ordre dispersé si famille également en Suisse (renvoi collectif dans ce cas, si refus)	Oui, au plus tôt 3 ans après la décision	Oui, au plus tôt 3 ans après la décision	Oui. Conjoint et enfants à charge (asile de famille)	Oui. Conjoint et enfants à charge Conditions: Indépendance financière (Travail et logement)
Voyages	Non (sauf autorisation spéciale/exceptionnelle du SEM): ex: voyage scolaire + maladie grave ou décès proche	Non (sauf autorisation spéciale/exceptionnelle du SOP): ex: voyage scolaire + maladie grave ou décès proche	Non (sauf autorisation spéciale/exceptionnelle du SOP): ex: voyage scolaire + maladie grave ou décès proche	Oui. Mais pas pour retourner dans l'État d'origine (risque de perte du statut)	Oui, avec document établi par le SEM et passeport valable
Travail	Non (si dans un CFA) ou débouté·e (aide d'urgence) Oui, après 3 mois si en procédure étendue. Priorité aux travailleurs indigènes	Oui sur autorisation (Agenda Intégration Suisse, AIS)	Oui sur autorisation (Agenda Intégration Suisse, AIS)	Oui	Oui
Impôts	A la source (si travail)	A la source (si travail)	A la source (si travail)	A la source (si travail)	A la source (si travail)
Assurances et assurances sociales	Assurance-maladie: oui (fin 30 jours après la date de départ, si débouté·e) AI/AVS: Oui PC: NON LPP: Oui Aide sociale: Barème aide sociale asile < aide sociale traditionnelle	Assurance-maladie: oui AI/AVS: Oui PC: NON LPP: Oui Aide sociale: Barème aide sociale asile < aide sociale traditionnelle	Assurance-maladie: oui AI/AVS: Oui PC: NON LPP: Oui Aide sociale: Barème aide sociale asile	Mêmes conditions que CH Assurance-maladie: oui PC: OUI. Mais après 5 ans (art. 5 LPC) LPP: Oui Aide sociale: Barème aide sociale traditionnelle	Assurance-maladie: oui AI/AVS: Oui PC: NON LPP: Oui Aide sociale: Barème aide sociale traditionnelle

Source: Cours Mr N'Dri Paul Konan « Des politiques migratoires aux politiques d'intégration des populations migrantes » p24.

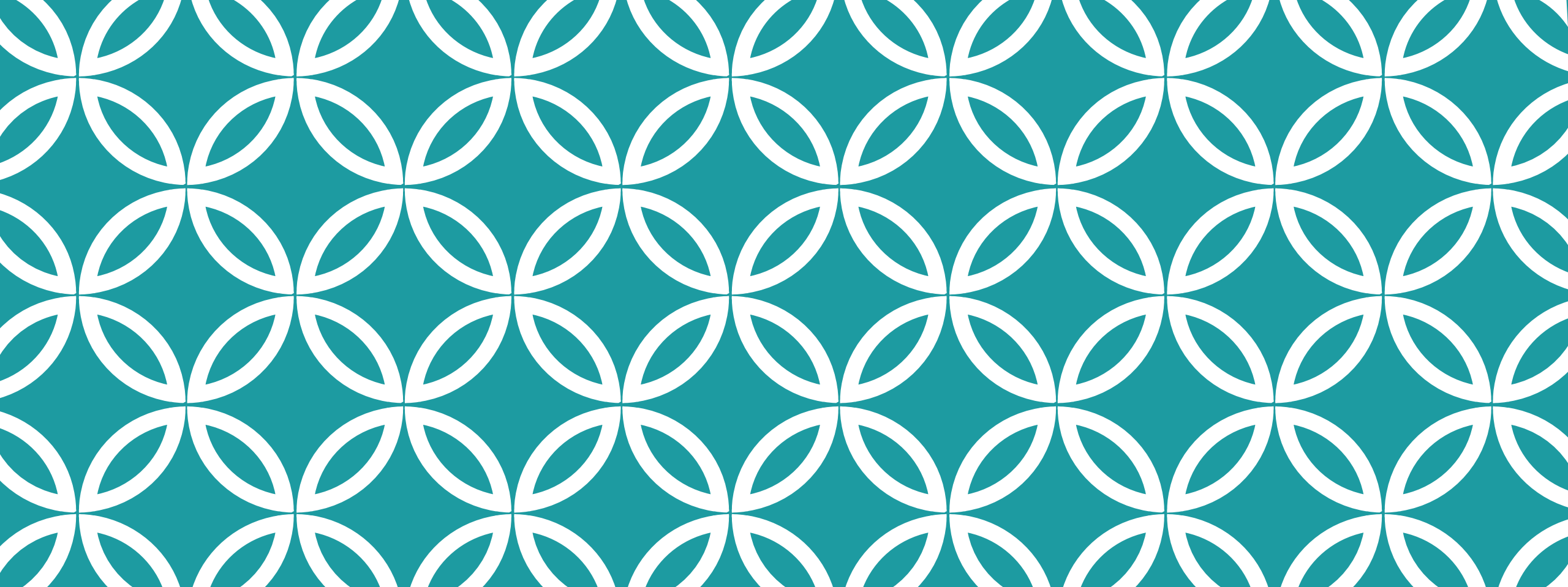
COURS DÉMARCHE DE PRÉVENTION ET ANALYSE DE L'ACTIVITÉ DE TRAVAIL

ENSEIGNANTE MME MICHEL MONIN

Lien direct entre les RPS et TMS.

« Malika se sent d'autant plus dévalorisée par son déclassement professionnel et social qu'elle ne perçoit pas d'amélioration possible de sa condition. Dorsalgie, fracture et séquelles rhumatismales, suite à un accident au travail où sa main a été happée par une machine, fatigue mentale et physique sont autant de conséquences d'un travail posté, à la chaîne, exercé dans de mauvaises conditions relationnelles et organisationnelles » (Cognet et al., 2012, p. 21/22).

Fatigue mentale et ses mauvaises conditions de travail : aucunement favorisé son rétablissement et peut-être causé ces troubles physiques.



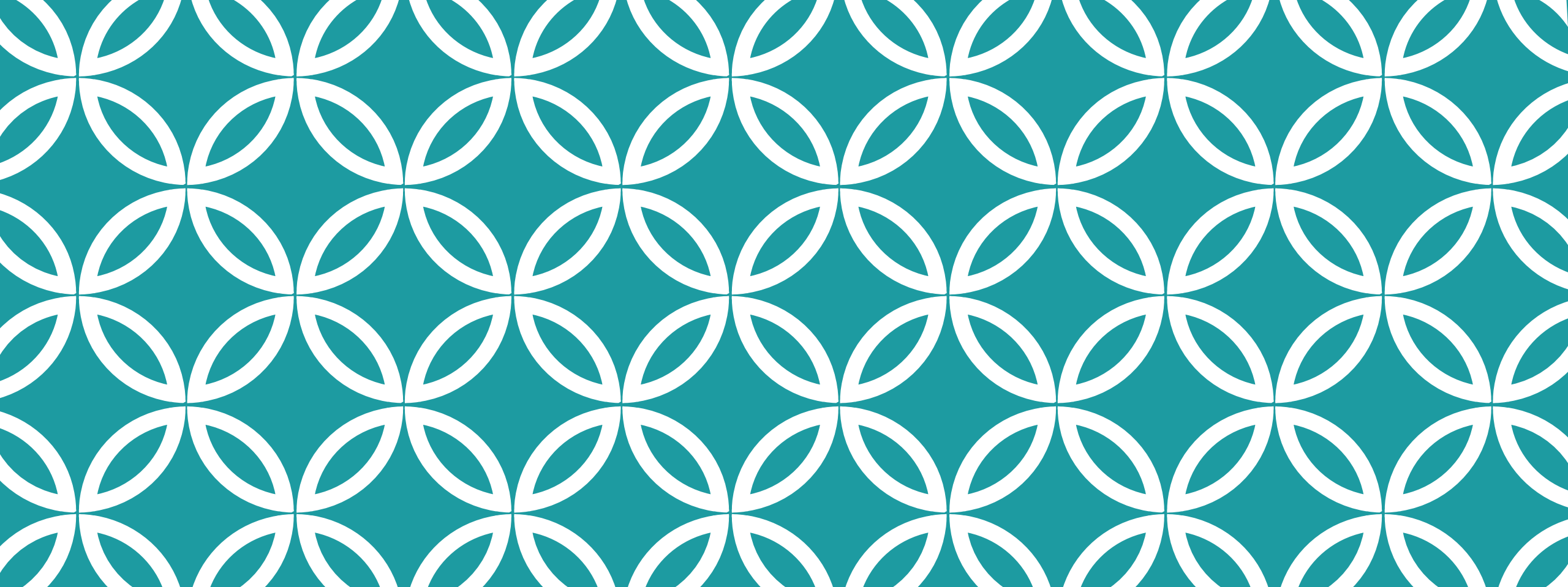
**MISE EN PERSPECTIVE AVEC LA
PRATIQUE** |

TEXTE DE LA REVUE ERGOTHÉRAPIE SUR L'ASSOCIATION « EMBELLIMUR »

Rôle des ergothérapeutes dans la structure « Embellimur » en Suisse.

- Peu d'ergothérapeutes auprès de personnes requérantes d'asile et réfugiées hors structures hospitalières
- Professionnels démunis
- Impuissance des ergothérapeutes face au système social, politique et judiciaire
- Développement de cette pratique en cours
- Notions clés : injustice, déprivation et d'aliénation occupationnelle (Boder, 2017).

➔ Pratiques des ergothérapeutes centrées sur le occupations, très favorable sur la santé et la qualité de vie des bénéficiaires



OPINIONS ET QUESTIONNEMENTS PERSONNELS



OPINION

- Femme obligée d'accepter de la violence conjugale par peur de se faire renvoyer

« En France, tous les deux jours, une femme meurt des coups que lui inflige son conjoint ou ex-conjoint. Les auteurs de ces crimes ne sont étrangers que dans 7,8 % des cas, les 92,2 % restants sont commis par des Français (Bauer, 2010 : 272). Le machisme est transversal aux classes et se combine fort bien à des rapports de domination racistes et classistes » (Cognet et al., 2012, p. 28).

- généralisation de culture des pays moins développés, que la violence est normalisée.
- Violence faite aux femmes est purement un abus de pouvoir.
- Environnement social n'est qu'un prétexte pour rabaisser les pauvres (souvent dans la classe sociale que les immigrés se trouvent), violence conjugale présente toutes classes sociales.

QUESTIONNEMENTS

Constats :

- Pour prendre en charge les personnes de manière holistique, il faut comprendre le contexte dans lequel vit la personne.
- Chaque ergothérapeute pourrait être amené à prendre en charge ou sera en contact avec des personnes immigrées, quel que soit le domaine de pratique.
- Seul un tiers de la volée aura des connaissances sur les enjeux de la migration dans le domaine de la santé.

QUESTIONNEMENTS

- Pourquoi, encore à ce jour, ce sont des cours sur le racisme, le sexisme et la discrimination qui ne sont offerts qu'à choix et que part conséquent, seule une partie de la volée aura accès à ces informations ?
- Les ergothérapeutes ont-ils les connaissances suffisantes pour prendre en charge de manière efficaces des personnes migrantes ?

MERCI POUR VOTRE ÉCOUTE 😊

Des questions? Commentaires? Insultes?

BIBLIOGRAPHIE

Boder, Y. (2017). Description d'une approche ergothérapeutique communautaire et sociale auprès de migrants en Suisse. *Ergotherapie*, 20-23.

Cognet, M., Hamel, C., & Moisy, M. (2012). Santé des migrants en France : L'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe. *Revue européenne des migrations internationales*, 28(2), 11-34.
<https://doi.org/10.4000/remi.5863>

Galibert, Charlie. (2018) Petit manuel du genre. A l'usage de toutes les générations (p. 27). PUG.