

?Institut de Formation La Musse



**L'approche communautaire : un levier  
pour impliquer l'ergothérapeute  
en promotion de la santé.**

Mémoire d'initiation à la recherche

**AUBAGNAC Julie**  
Promotion 2019 – 2022

**WEYRIG Chloé**  
Maître de mémoire



# CHARTRE ANTI-PLAGIAT



## Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion sociale de Normandie

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation. Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social, de l'animation et du sport. C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

### Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source ».

### Article 2 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

### Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation<sup>6</sup> et du Code pénal<sup>7</sup>, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

### Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné-e AUBAGNAC Julie.....

*atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS de Normandie et de m'y être conformé-e.*

*Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte*

Fait à Caumont sur Orne

Le 05/05/2022 signature

<sup>5</sup> Site Université de Genève <http://www.unige.ch/cd/cehes/chargen/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

<sup>6</sup> Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

<sup>7</sup> Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.







## REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier ma maitre de mémoire, Chloé Weyrig, pour son accompagnement toujours bienveillant, ses conseils, sa sagacité et sa confiance indéfectible.

Merci aux intervenants et aux membres de l'équipe administrative et pédagogique qui ont su m'apporter leur soutien et leur encouragement lors des tumultes de ce parcours de reconversion professionnelle.

J'adresse également mes remerciements aux professionnels rencontrés durant ma formation pour leurs conseils avisés, leur partage d'expérience et la confiance accordée sur le terrain.

Une affectueuse pensée à cette « Famusse » promo, sans qui ces trois années n'auraient pas eu la même saveur.

Une mention particulière à Anne, Tom, et Léa, à qui j'exprime toute ma gratitude et mon amitié pour leur soutien constant, leur présence et leur attention de tous les instants.

Merci à mon fidèle binôme Émilie, sans qui je n'aurai pu ni traverser ni atteindre la fin de cette formation.

Enfin, mes remerciements les plus sincères et profonds se destinent à mon mari Olivier, mes fils Simon et Gabriel, qui n'ont jamais cessé de croire en mes choix, qui ont fait preuve d'une écoute et d'une patience absolue ; leur estime et leur amour inconditionnel m'ont portée durant ces trois années et continueront de me porter bien au-delà.





## CITATIONS

« *Plus on partage, plus on possède. Voilà le miracle.* », Leonard Simon Nimoy

« *Je suis réellement un homme quand mes sentiments, mes pensées et mes actes n'ont qu'une finalité : celle de la communauté et de son progrès.* », Albert Einstein



# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>1 CADRE CONTEXTUEL .....</b>	<b>2</b>
1.1 ORIENTATION DU SYSTEME DE SANTE FRANÇAIS .....	2
1.1.1 <i>La Stratégie Nationale de Santé</i> .....	2
1.1.2 <i>Contributions des professionnels de santé</i> .....	2
1.2 POSITIONNEMENT DES ERGOTHERAPEUTES .....	3
<b>2 CADRE CONCEPTUEL .....</b>	<b>4</b>
2.1 LA PROMOTION DE LA SANTE .....	4
2.1.1 <i>Historique</i> .....	4
2.1.2 <i>Définition de la promotion de la santé</i> .....	5
2.1.3 <i>Les déterminants en santé</i> .....	7
2.1.4 <i>Construire une démarche en promotion de la santé</i> .....	11
2.1.5 <i>Actions en promotion de la santé</i> .....	13
2.2 L'ERGOTHERAPIE ET LES COMPETENCES DE L'ERGOTHERAPEUTE .....	15
2.2.1 <i>Qu'est-ce que l'ergothérapie</i> .....	15
2.2.2 <i>Les compétences de l'ergothérapeute en Promotion de la Santé</i> .....	16
2.2.3 <i>L'approche centrée sur la personne et l'occupation</i> .....	17
2.2.4 <i>Modèle conceptuel en ergothérapie et promotion de la santé</i> .....	19
2.3 L'ERGOTHERAPIE COMMUNAUTAIRE .....	20
2.3.1 <i>Définition de la santé communautaire et de l'action communautaire pour la santé</i> .....	20
2.3.2 <i>Démarche en santé communautaire</i> .....	21
2.3.3 <i>La pratique communautaire en France</i> .....	23
<b>3 QUESTION DE RECHERCHE ET HYPOTHESES .....</b>	<b>25</b>
3.1 QUESTION DE RECHERCHE .....	25
3.2 HYPOTHESE DE RECHERCHE.....	26
<b>4 CADRE EXPERIMENTAL.....</b>	<b>26</b>
4.1 DISPOSITIF METHODOLOGIQUE.....	26
4.1.1 <i>Méthode de recherche</i> .....	26
4.1.2 <i>Population cible et échantillon</i> .....	26

4.1.3	<i>Outil de recherche</i> .....	27
4.2	RESULTATS ET ANALYSE .....	28
4.2.1	<i>Résultats</i> .....	28
4.2.2	<i>Analyse des résultats</i> .....	30
<b>5</b>	<b>DISCUSSION</b> .....	<b>32</b>
5.1	CONCLUSION DES RESULTATS, RETOUR SUR LA QUESTION DE RECHERCHE .....	32
5.2	RETOUR SUR L'HYPOTHESE.....	34
5.3	BIAIS ET LIMITES DE LA RECHERCHE .....	35
5.3.1	<i>Biais</i> .....	35
5.3.2	<i>Limites</i> .....	36
5.4	PERSPECTIVES .....	36
5.4.1	<i>Axes d'améliorations</i> .....	36
5.4.2	<i>Apports de l'étude</i> .....	37
5.4.3	<i>Projection professionnelle</i> .....	37
	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>38</b>
	<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS</b> .....	
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	
	<b>ANNEXES</b> .....	

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

<b>ANFE</b>	Association Nationale Française de l'Ergothérapie
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>DRES</b>	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
<b>FNES</b>	Fédération Nationale d'Éducation et de promotion de la Santé
<b>IFE</b>	Institut de Formation en Ergothérapie
<b>INPES</b>	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
<b>IREPS</b>	Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé
<b>MCRO</b>	Modèle Canadien du Rendement Occupationnel
<b>MOH</b>	Modèle de l'Occupation Humaine
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>SNS</b>	Stratégie Nationale de Santé
<b>UNAEE</b>	l'Union Nationale des Associations d'Étudiants en Ergothérapie
<b>WFOT</b>	World Federation of Occupational Therapists



## INTRODUCTION

Au fil de mon parcours de reconversion professionnelle, la nécessité d'une rupture avec mes champs de compétences antérieurs s'est imposée, écartant donc la pédiatrie. Je me suis tout d'abord interrogée sur les interventions de l'ergothérapeute auprès des adultes et des personnes âgées.

Puis, le recul des stages effectués, certaines interventions à l'Institut de Formation, ainsi que des recherches et lectures personnelles, m'ont progressivement amenée à considérer d'une part, la persistance des approches biomédicales en établissement et d'autre part, le manque d'accompagnement centré sur les habitudes de vie, dans une vision globale de la personne et de son environnement.

Par la suite, mes recherches initialement orientées sur l'étude de différents programmes, tels que le Lifestyle Redesign®, ou encore le modèle canadien Do Live Well / Vivez bien Votre Vie, m'ont alors ouvert un champ plus vaste d'axes de réflexions, dont celui de la promotion de la santé. C'est donc la possibilité et la pertinence de s'impliquer dans une telle démarche en tant qu'ergothérapeute qui m'a questionnée, afin d'améliorer la qualité de vie, mais aussi la participation sociale et le pouvoir d'agir, perspectives dans lesquelles les ergothérapeutes sont à même de s'impliquer, de par leur vision systémique et spécifiquement occupationnelle.

Cette suite de constats et de questionnements m'a alors permis de préciser le thème de ce travail d'initiation à la recherche, à savoir la place des ergothérapeutes dans le champ de la promotion de la santé.

Pour répondre à ce questionnement, une première partie présentera le cadre contextuel dans lequel s'inscrit cette réflexion. Dans un second temps, le cadre conceptuel sur lequel s'appuie cette recherche sera développé. La partie suivante exposera le cadre expérimental, en précisant le dispositif méthodologique mis en œuvre, les résultats obtenus et leur analyse. Enfin, la dernière partie sera consacrée à la discussion, avant de conclure ce travail d'initiation la recherche.

# 1 CADRE CONTEXTUEL

## 1.1 Orientation du système de santé français

### 1.1.1 La Stratégie Nationale de Santé

La Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 (SNS), cadre législatif de la politique de santé en France, s'appuie sur les données du Haut Conseil de la Santé Publique concernant « *l'état de santé de la population, ses principaux déterminants, ainsi que sur les stratégies d'action envisageables* ». Elle confirme par ses choix « *le principe porté par l'Organisation Mondiale de la Santé, selon lequel la santé doit être un objectif de toutes les politiques publiques menées en France et dans le monde* ». Elle se décline en quatre axes complémentaires, dont le premier est « *Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie* », plaçant ainsi la prévention et la promotion de la santé comme une orientation majeure de la politique de santé publique (Stratégie Nationale de Santé, 2017, p. 8).

Ainsi, le Haut Conseil de Santé Publique, dans son Avis relatif à la saisine du 6 novembre 2017 sur le projet de Stratégie nationale de santé du 29 novembre 2017, souligne « *le principe d'une politique fondée sur les déterminants et non les pathologies* » dans les orientations de la SNS 2018-2022. Il mentionne également qu'« *il serait souhaitable de proposer une approche qui reste globale sans détailler les pathologies concernées.* » (Haut Conseil de la Santé Publique, 2017, p. 4).

Les textes législatifs récents relatifs à la santé considèrent donc comme une priorité le fait d'investir le champ de la promotion de la prévention de santé. Ils stipulent en outre la nécessité d'investir les milieux de vie et de renforcer les actions à destination des populations dans leur environnement propre. Ces orientations témoignent de l'évolution de l'approche de la santé en France, aspirant à une approche plus holistique et systémique au détriment d'une approche uniquement médicale. L'objectif majeur devient le bien-être tout autant physique, que moral, social ou environnemental de l'individu, avec en finalité son projet de vie.

### 1.1.2 Contributions des professionnels de santé

Ces textes questionnent donc légitimement les professionnels qui se mobilisent en promotion de la santé. D'ailleurs, différents organismes ont publié des contributions à



la concertation et la mise en œuvre de la SNS notamment. A ce titre, La Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (FNES), à travers les Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) souhaite s'impliquer et se voir considérer comme un « contributeur actif et constructif dans le champ de la promotion de la santé et de la prévention, première priorité annoncée » par la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022.

Plus spécifiquement, L'Agence Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) a également publié une note de synthèse afin de faire valoir les compétences des ergothérapeutes et leur permettre de se positionner dans la SNS 2018-2022. Ainsi, à propos de l'axe 1 de la SNS « *Mettre en place une politique de promotion de la sante, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie.* » et de son objectif « *La mise en œuvre de la promotion de la santé* », l'ANFE souligne l'expertise des ergothérapeutes en tant « *qu'acteurs de la prévention et de la promotion de la santé sociale et communautaire* » (ANFE, 2021).

## 1.2 Positionnement des ergothérapeutes

Ces orientations du système de santé, nommée aussi virage préventif, révèlent la volonté d'un changement de perspective. Les professionnels de santé sont amenés à adopter une vision non plus biomédicale, de traitement ou de compensations d'une pathologie, mais une vision axée sur « *les situations de vie à prévenir et à améliorer, dans un système de santé qui s'engage hors des contextes cliniques et hospitaliers, au cœur d'un parcours de soin primaire, ambulatoire et au sein des lieux de vie* ». (Albuquerque 2019, ErgOThérapies, 73, p45-53).

L'ergothérapeute, en tant qu'acteur de la santé, est donc directement concerné.

Dans ce contexte, grâce à sa vision holistique et spécifiquement occupationnelle, l'ergothérapeute semble pouvoir être identifié comme un acteur essentiel des champs de la prévention, de la promotion de la santé et de l'éducation à la santé. Il peut se positionner afin de promouvoir la place de l'ergothérapie en promotion de la santé grâce à ses connaissances spécifiques sur l'activité humaine et son impact sur la santé et le bien-être.

Quel rôle l'ergothérapeute peut-il alors jouer dans les politiques de promotion de la santé, en maintenant la qualité de vie, mais aussi la participation sociale et le pouvoir

d'agir (l'empowerment) ? Quelle peut-être son implication dans le secteur de la promotion de la santé, par le biais d'actions adaptés aux besoins des populations ?

En établissant des liens entre l'ergothérapie, qui s'appuie sur les sciences de l'occupation et la promotion de la santé, qui se fonde sur les déterminants en santé, une question de départ a émergé :

### **Comment l'ergothérapeute, grâce à ses compétences spécifiques, peut-il s'impliquer dans une démarche de promotion en santé ?**

De manière à répondre à cette question, les concepts nécessaires seront développés afin de soutenir cette étude.

## **2 CADRE CONCEPTUEL**

### **2.1 La promotion de la santé**

#### **2.1.1 Historique**

D'un point de vue historique, la construction du champ de la promotion de la santé compte principalement quatre phases d'évolution.

La 1ere phase correspond à la période suivant la deuxième guerre mondiale. Elle est marquée d'une part par la création des premières associations d'éducation à la santé, appelée « centres interrégionaux d'éducation sanitaire et sociale » aux objectifs essentiellement médicaux et hygiénistes. Et d'autre part, par l'évolution des politiques sociales et de santé, qui se traduit par la création de la sécurité sociale, de la Protection Maternelle et Infantile (PMI), de la santé scolaire et de la médecine du travail, mais également celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1946.

La deuxième phase, qui se situe au début des années 1970, est caractérisée par les premières campagnes médiatiques sur le tabac, sous l'impulsion de Simone Veil.

La troisième phase, pendant les années 1980, est marquée par l'apport des sciences humaines et des sciences de l'éducation pour expliquer les comportements de santé dans toutes ses dimensions (cognitive, psychologique, sociologique, économique,

culturelle), favorisant alors la prise en compte de la place de l'utilisateur (Douiller et al., 2015).

Enfin, le courant de la promotion de la santé se voit formalisé par un texte fondateur, la charte d'Ottawa en 1986. Ce texte affirme que les déterminants sociaux et culturels ont autant d'impact sur l'état de santé que les comportements individuels ou les soins médicaux (Douiller et al., 2015).

### 2.1.2 Définition de la promotion de la santé

Dans son Glossaire de la promotion de la santé, l'OMS explique que les termes « *prévention de la maladie* » et « *promotion de la santé* sont parfois utilisées de façon complémentaire » et que le « *contenu et les stratégies de ces deux notions se recouvrent souvent partiellement* » (OMS, 1999, p.4).

Dans un cadre plus large, les notions et les techniques utilisées en prévention, en éducation pour la santé, en promotion de la santé, en santé publique et en santé communautaire sont souvent confondues (Douiller et al., 2015).

Néanmoins, le terme de promotion de la santé sera retenu dans le cadre de ce mémoire d'initiation à la recherche.

La promotion de la santé est formalisée lors de la première conférence internationale organisée sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé à Ottawa en 1986. La charte d'Ottawa (Annexe I) la définit, comme un « *processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci.* » (OMS, 1986 p. 1).

Ce document fondateur de la promotion de la santé précise les principes d'intervention et propose un cadre de référence et de pratiques. La charte d'Ottawa énonce trois stratégies pour la promotion de la santé : sensibiliser à la santé, afin de favoriser les conditions nécessaires à la santé, conférer des moyens à tous pour développer leurs ressources, et servir de médiateur par la concertation des actions des différents acteurs. Elle définit également cinq domaines d'actions prioritaires :

- « Élaborer une politique publique saine favorable à la santé ;
- Créer des milieux favorables à la santé ;
- Renforcer l'action communautaire pour la santé ;

- Acquérir et développer des aptitudes individuelles ;
- Réorienter les services de santé. » (OMS, 1986)

Ces cinq axes de la charte d'Ottawa induisent un vison égalitaire de la santé, dont le but est de réduire les écarts entre les individus et d'offrir à tous les mêmes possibilités, les mêmes ressources.

Les instances qui soutiennent la promotion de la santé en France sont l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), la Fédération Nationale d'Éducation et de promotion de la Santé (FNES), l'Agence Régionale de Santé (ARS), et l'instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé (IREPS).

L'INPES définit d'ailleurs la finalité de la promotion de la santé en ces termes « *le renforcement et le développement des compétences et des moyens individuels d'action, ainsi que l'amélioration et l'optimisation des capacités des groupes ou des collectivités à agir ensemble, afin d'acquérir un plus grand contrôle sur leur propre santé dans un environnement propice au développement d'un état de santé satisfaisant* » (Chemlal et al., 2014, p9).

La promotion de la santé est donc un processus global, à la fois social et politique, visant à maintenir et améliorer la santé. Elle implique une démarche participative, le processus étant tout aussi important que le résultat final.

La santé n'y est pas conçue comme un but mais comme une ressource. Elle constitue un équilibre dynamique, permettant à tous, en tant qu'individu ou communauté, de se développer et d'accéder au bien-être, à une qualité de vie dans son milieu de vie.

« *La promotion de la santé s'appuie donc sur une conception positive et globale de la santé, comme un état de bien-être physique, psychologique et social. Elle utilise des méthodes d'intervention fondées sur la participation des personnes et des groupes, sur l'implication des communautés, et sur la mobilisation des ressources présentes dans chaque territoire* » (Bourdillon, 2009, p. 48-49). Cela implique donc d'agir sur les facteurs qui ont un impact sur la santé. Pour Bourdillon, les déterminants qui peuvent être impactés par des actions de promotion de la santé sont multiples et correspondent à différents facteurs d'ordre personnel, environnemental, et social.

### 2.1.3 Les déterminants en santé

Ces déterminants qui influent sur la santé, sont regroupés sous l'expression « déterminants de santé » qui correspondent aux « *Facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations. Les facteurs qui influent sur la santé sont multiples et agissent les uns sur les autres. (...) Combinés, ces éléments créent différentes conditions de vie qui ont des effets sur la santé. La réalisation d'un changement de ces modes de vie et conditions de vie, qui déterminent l'état de santé, est considérée comme un résultat intermédiaire en matière de santé.* » (OMS, 1999, p7).

Dans le document « La santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir » publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (Ancil et al., 2012) une catégorisation des déterminants de la santé est proposée : la carte de la santé et de ses déterminants (figure 1).

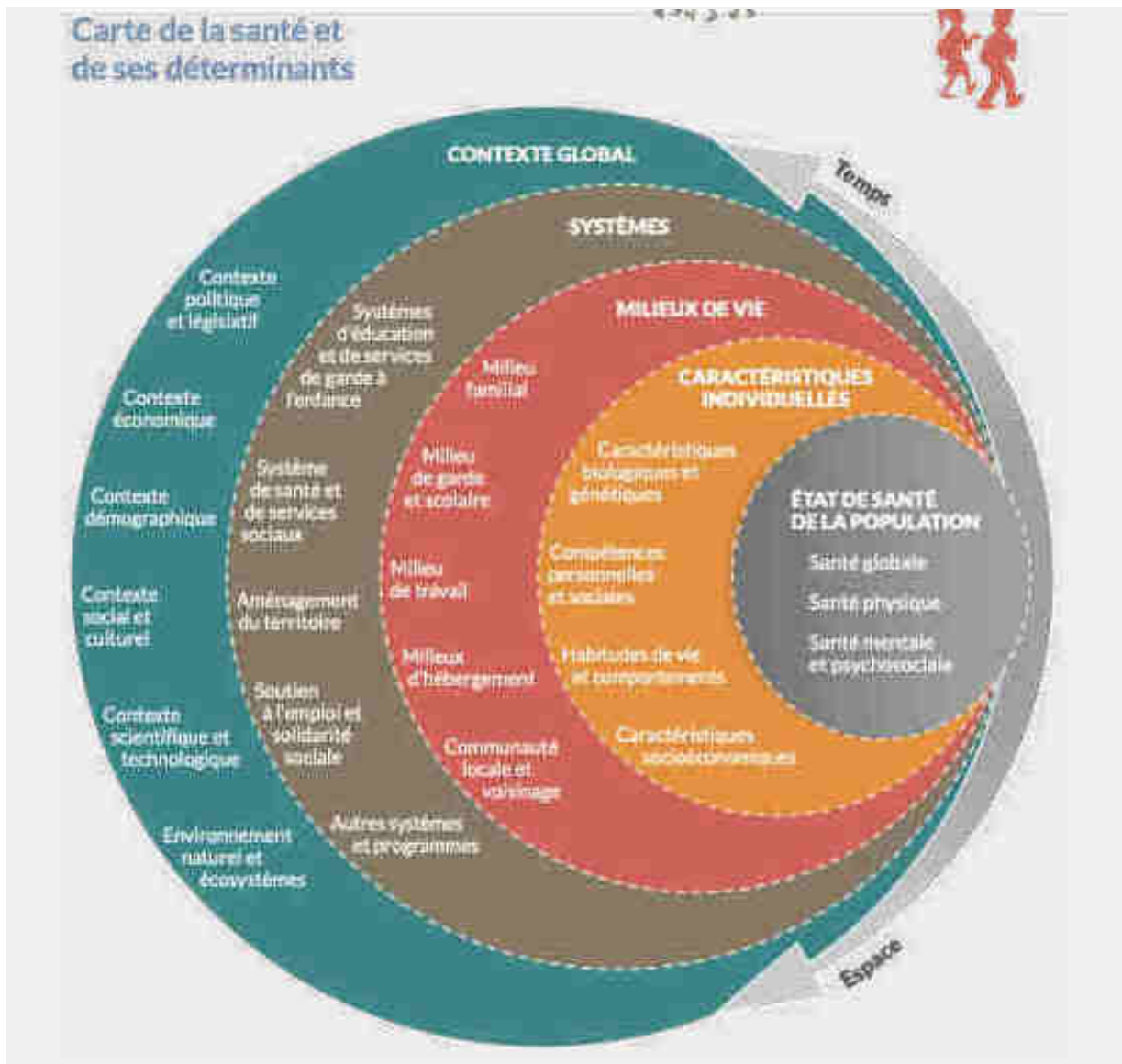


Figure 1: La carte de la santé et de ses déterminants. Source : Ancil et al., 2012

Cette représentation s'organise en quatre catégories autour de l'objectif visé par les différents acteurs, l'état de santé de la population. **Les caractéristiques individuelles** correspondent aux déterminants de santé personnels, qui sont eux-mêmes influencés par les déterminants environnementaux, à savoir **les milieux de vie**, les systèmes et le **contexte global**.

Ce schéma peut être lu de gauche à droite ou de droite à gauche. Les flèches grises correspondent aux variables temps et espace qui influencent le système et permettent ce double sens de lecture.

**Les caractéristiques individuelles** comprennent :

Les caractéristiques biologiques et génétiques telles que l'âge, le sexe, les caractéristiques génétiques ; Les compétences personnelles et sociales, à savoir « *un ensemble de ressources (connaissances, compétences et attitudes) permettant de faire face aux défis de la vie quotidienne* », qui « *englobent les habiletés physiques, cognitives, affectives et sociales* » (Anctil et al., 2012, p6-13) ; Les habitudes de vie et les comportements, à savoir l'activité physique, l'alimentation, les consommations de substances toxiques, l'hygiène, les soins, les comportements liés à la sécurité ; Les caractéristiques socioéconomiques comme la scolarité, le niveau de formation, les occupations, la profession, le niveau de revenus.

**Les milieux de vie** « dans lesquels les individus interagissent quotidiennement avec d'autres et sont exposés à des conditions matérielles et socioéconomiques particulières (quartier, milieu familial, milieu scolaire, lieu de travail, milieu d'hébergement, communauté locale.) » (Anctil et al., 2012, p6-13) ;

Les systèmes tels que le système éducatif, l'aménagement du territoire, le système de santé, les services sociaux, qui sont généralement en charge de l'État et de ses partenaires ;

**Le contexte global** avec « *des effets bénéfiques, comme un plus grand bien-être, ou, au contraire, des effets nuisibles, tels que l'accroissement des inégalités ou la montée de l'intolérance* » (Anctil et al., 2012, p6-13). Il inclut le contexte politique et législatif, économique, démographique, social et culturel, scientifique et technologique, qui influe sur la vie sociétale (Anctil et al., 2012).



Les déterminants de santé correspondent aux interactions de différents facteurs : « *les facteurs personnels, sociaux économiques et environnementaux qui ont une relation de causalité avec la santé des individus ou des populations.* » (Lhours 2011, p.8)

C'est la combinaison des effets de ces facteurs qui influe positivement ou négativement sur la santé des individus.

Dans son document de synthèse « la santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir », le Ministère de la santé et des services sociaux de Québec s'interroge sur les critères permettant d'estimer qu'« *une population est en meilleure santé qu'une autre.* » (Anctil et al., 2012, p4). Pour ces auteurs, l'idée que le niveau de santé d'une population donnée est en corrélation avec le niveau d'investissement d'une société dans les services de santé et l'accès au soin est fréquente. Cependant, il est avéré que la santé résulte de divers facteurs et variables : les déterminants de santé. En effet, le traitement des maladies uniquement n'est pas suffisant, la nécessité d'une intervention avant l'apparition ou le développement de pathologies ou de problèmes de santé est capitale (Anctil et al., 2012).

Cette nécessité de prise en compte des déterminants de santé est également mise en avant dans le rapport « L'état de santé de la population en France » publié par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) en 2017. Ainsi, l'avant-propos précise que ce rapport « *conjugue des approches transversales, par population, par déterminants et par pathologies, pour illustrer l'état de santé globalement bon des Français. L'état de santé de la population en France est devenu un outil de référence partagé permettant de décrire les évolutions de l'état de santé de la population et de ses principaux déterminants.* » (DRESS, 2018). De même, ce rapport conclue que « *Dans la continuité des précédentes éditions, l'état de santé est appréhendé à travers son acception la plus large. Au-delà des données sur la fréquence des pathologies ou de leur impact sur les individus (limitations fonctionnelles, santé perçue...), les comportements, l'environnement et les conditions de vie ayant une influence sur la santé y sont également décrits* » (DRESS, 2018, p436)

Les choix de chacun afin de disposer de ses ressources physiques, sociales, économiques, permettant de répondre à ses besoins et désirs, mais aussi de s'adapter et de vivre au mieux au sein de son environnement, est conditionné par les

déterminants de santé. Cette notion emprunte les réflexions nées dans les années 1970 « *suggérant que la recherche et l'action publique devraient être dirigées plus vers les sociétés dans lesquelles les individus vivent que vers les individus eux-mêmes. Il s'agissait de passer d'un service fourni aux personnes lorsqu'elles étaient malades à un programme de santé publique qui les aiderait à rester en bonne santé.* » (Defaut, 2018, p19).

De plus, la conception de la notion de santé oriente les pratiques, les méthodes, ainsi que les stratégies mais aussi le public visé et les acteurs concernés.

La définition de la constitution de l'OMS est fréquemment citée : « *la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'invalidité* » (OMS, 1946). Or, dans d'autres pays, la santé est envisagée différemment. Au Québec, par exemple, la santé est définie comme le résultat de l'interaction entre l'individu et le milieu, comme « *la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie* » (Anctil et al., 2012, p5). L'état de santé d'un individu comporte plusieurs dimensions :

- La santé globale, mesurable avec des indicateurs comme la mortalité, l'espérance de vie, la perception de l'état de santé ;
- La santé physique corrélé aux données épidémiologiques ;
- La santé mentale et psychosociale avec « *des composantes positives (par exemple, la satisfaction à l'égard de la vie) ou négatives (les idées suicidaires et les troubles mentaux, notamment), sur les problèmes d'adaptation sociale.* » (Anctil et al., 2012, p 5-6).

L'évaluation de cet état de santé doit inclure aussi bien les données individuelles que les mesures de variabilités parmi la population, ou encore les fluctuations temporelles et spatiales (Anctil et al., 2012, p 5-6).

La promotion de la santé s'inscrit dans une perspective de justice sociale et d'équité. Elle vise l'accroissement du pouvoir d'agir et du contrôle sur les déterminants de la santé, dans un but d'autonomisation et de protection des individus et des communautés. (FNES, 2018, p16-17).

La prise en compte des déterminants de santé, dans leur ensemble, apparaît donc comme une condition essentielle à toute démarche de promotion en santé.



La démarche de promotion de la santé est donc une approche globale qui recouvre tous les aspects sociaux et affectifs, psychologiques, identitaires, les aspects liés à l'environnement et aux ressources. La santé n'est pas limitée au monde médical, la promotion de la santé s'inscrit dans une conception interdisciplinaire et intersectorielle (Mannaerts, 2013).

#### 2.1.4 Construire une démarche en promotion de la santé

Effectivement, la promotion de la santé est une « *action qui repose sur l'engagement de plusieurs acteurs : les élus, les administrateurs, les gestionnaires, les professionnels et les intervenants qui travaillent dans différents secteurs d'activité ainsi que les citoyens sensibilisés à la question.* » (Ancil et al., 2012, p4).

Elle constitue une démarche dynamique, en synergie, de diverses pratiques spécifiques. Il s'agit à la fois d'agir sur les comportements, les habitudes et sur l'environnement afin de le rendre favorable à la santé d'individus, de groupes de population. Une telle démarche suppose donc l'association de différents types d'actions, tout autant éducatives, que politiques, organisationnelles ou législatives ; ainsi que le recours à un panel varié de disciplines, de méthodes et d'approches. A ce titre, l'éducation pour la santé et la prévention sont des stratégies d'intervention en promotion de la santé (Chemlal, 2014, p8-10).

De ce fait, les professionnels de santé et les lieux de soins ne sont donc plus les interlocuteurs privilégiés pour les questions de santé. Les professionnels de l'éducation, du secteur de l'entreprise, du social et les professionnels ou bénévoles impliqués dans les parcours de vie des personnes et des populations, s'investissent également dans la promotion de la santé. D'ailleurs, S. Albuquerque souligne que « *l'approche entre disciplines et interlocuteurs devient multidimensionnelle et intersectorielle et la santé devient l'affaire de tous et non plus seulement de la discipline médicale. Sortie des murs des soins médicaux, la santé devient l'objet des actions sociales, citoyennes et politiques qui visent à renforcer les capacités des individus à améliorer leur situation sociale, environnementale et économique.* » (Albuquerque 2019, ErgOThérapies, 73, p45-53).

Selon la FNES, deux types d'approches sont possibles pour mettre œuvre une démarche de promotion en santé : « *une approche globale en lien avec le projet d'établissement ou de service, ou via une entrée thématique en veillant autant que*

possible à prendre en compte le niveau politique et l'environnement de vie, à favoriser la participation, à intégrer une démarche éducative et à mobiliser les services de santé ». De plus, les réseaux et associations identifiés dans le domaine de la promotion de la santé offrent un soutien solide et mettent à disposition des outils et ressources pratiques pour accompagner les projets. (FNES, 2018, p17-18)

La conception d'une démarche de promotion de la santé nécessite alors d'identifier les problématiques et les thématiques, ainsi que de définir des priorités d'actions.

En outre, le recueil des représentations de chacun des acteurs impliqués est indispensable ; les représentations correspondant à la vision et aux connaissances propres des individus, acquises au cours des expériences personnelles.

La démarche de projet est une méthode de travail qui favorise « le travail collectif et la mutualisation des compétences des différents acteurs. Elle « se structure en étapes inter-connectées qui permettent de planifier les activités, de savoir qui fait quoi, et à quel moment » (FNES, 2018, p21). Les étapes d'une démarche de projet peuvent se répartir comme suit (figure 2) :



Figure 2 : étapes de la démarche de projet Source : Belleuvre et al., 2009, p3

Un projet en promotion de la santé peut également se concevoir selon les cinq axes énoncés dans la charte d'Ottawa : élaborer politique publique saine ; créer des milieux favorables ; renforcer l'action communautaire ; acquérir des aptitudes individuelles ; réorienter les services de santé. Cependant, J.P. Deschamps, un des défenseurs de la charte d'Ottawa, insiste sur l'importance des responsabilités politiques, institutionnelles et économiques, mais aussi des cadres de vie et du milieu. Il souligne la nécessité d'une adéquation et d'une cohérence entre les actions menées et la réalité du milieu (Douiller et al., 2015).

Enfin, la promotion de la santé ne se limite au terme « promouvoir », au sens de prodiguer des conseils de bonnes pratiques ou de bons comportements. Il s'agit d'une démarche active et participative, qui procure des outils afin de construire, ensemble, des réponses adaptées. Elle vise à rendre autonome les individus dans leur démarche d'appropriation. (Douiller et al., 2015).

### 2.1.5 Actions en promotion de la santé

L'article L. 1411-1-2 de la loi de modernisation du système de santé énonce que « *Les actions de promotion de la santé reposent sur la concertation et la coordination de l'ensemble des politiques publiques pour favoriser à la fois le développement des compétences individuelles et la création d'environnements physique, social et économique favorables à la santé. Des actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé sont favorisées. Elles visent, dans une démarche de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation à la santé.* » (Journal Officiel de la République Française, 2016).

La promotion de la santé s'envisage comme une co-construction sous-tendue par deux notions centrales en promotion de la santé : l'empowerment et la participation à travers un engagement personnel.

L'empowerment, ou pouvoir d'agir, correspond au fait de se prendre en charge de manière responsable et autonome (De Leeuw et Harris-Roxas 2016). L'Agence de la santé publique du Canada (cité dans Sizaret, 2018) le décrit comme un « *processus par lequel une personne accroît son pouvoir sur les décisions et les actions qui influent sur sa santé. L'empowerment, qui peut être un processus social, culturel,*

*psychologique ou politique, permet aux individus et aux groupes sociaux d'exprimer leurs besoins et leurs préoccupations, d'élaborer des stratégies de participation à la prise de décisions et d'intervenir sur les plans politique, social et culturel pour combler leurs besoins » (Sizaret, 2018,p39). Grâce à l'empowerment, selon Rush (cité dans Sizaret, 2018), « Leur estime de soi est renforcée, leur sens critique, leur capacité de prise de décision et leur capacité d'action sont favorisées. Même des personnes avec peu de capacités ou en situation de précarité sont considérées comme disposant de forces et de ressources. Les processus d'empowerment ne peuvent pas être produits, seulement favorisés. » (Sizaret, 2018, p39).*

La promotion de la santé reconnaît donc la capacité des individus, malades ou pas, de développer des compétences, des aptitudes quant à leurs besoins, leurs attentes, leurs difficultés sur en termes de santé.

La participation est une notion centrale de toute action qui vise un changement. Elle s'exprime, à titre individuel, lorsqu'un individu est acteur de son projet, possède un rôle à part entière et se positionne en tant qu'acteur actif et plus comme un bénéficiaire passif. La participation demeure un choix, cependant elle peut être « *encouragée, suscitée avec un cadre favorable et inclusif (confiance, information, reconnaissances des compétences, soutien, liberté d'expression, coopération)* » (Mannaerts, 2013, p53).

La promotion de la santé, de par sa démarche participative, favorise l'appropriation et les chances de réussite des actions mises en place. (Mannaerts, 2013).

Dans cette optique, les personnes impliquées dans une démarche de promotion de la santé, seront en mesure de mobiliser et de développer, à leur propre niveau, certaines compétences « *émotionnelles, sociales, relationnelles ou cognitives* » afin de s'approprier pleinement ce processus de participation. Ces compétences sont aussi appelées compétences psychosociales (FNES,2018, p28-34). Les compétences psychosociales sont la « *capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir son état de bien-être mental en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et l'environnement.* » (OMS, 1993).

L'ensemble de ces éléments indiquent que la promotion de la santé est une stratégie offrant une approche globale en santé dont le spectre d'action laisse apparaître des similarités avec le champ de compétences de l'ergothérapie.

## 2.2 L'ergothérapie et les compétences de l'ergothérapeute

### 2.2.1 Qu'est-ce que l'ergothérapie

Selon l'Association Nationale Française de l'Ergothérapie (ANFE) « *l'objectif de l'ergothérapie (occupational therapy) est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. L'ergothérapeute (occupational therapist) est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société. L'ergothérapie (occupational therapy) peut aussi permettre de prévenir un problème ou d'en réduire les effets. L'ergothérapeute participe aux actions de promotion de la santé, de prévention ou d'enseignement concernant les populations à risque de perte d'autonomie.* » (ANFE)

En outre, la définition délivrée par la World Federation of Occupational Therapists (WFOT) exprime clairement les liens entre ergothérapie et promotion de la santé : « *L'ergothérapie est une profession de santé centrée sur la personne et soucieuse de promouvoir la santé et le bien-être par l'occupation. Le but premier de l'ergothérapie est de permettre aux gens de participer aux activités de la vie quotidienne. Les ergothérapeutes atteignent ce résultat en travaillant avec les gens et les communautés pour améliorer leur capacité à s'engager dans les occupations qu'ils veulent, doivent ou sont censés faire, ou en modifiant l'occupation ou l'environnement pour mieux soutenir leur engagement occupationnel* » (WFOT 2012, traduction libre).

Ces deux définitions identifient l'ergothérapeute comme un acteur de promotion de la santé grâce à son expertise sur les habitudes de vie, l'environnement physique et social des personnes. En outre, les termes de la définition de la WFOT sont très clairs ; l'ergothérapie est considérée comme une profession de santé, centrée sur l'individu, qui s'appuie sur les occupations pour promouvoir la santé et le bien-être.

## 2.2.2 Les compétences de l'ergothérapeute en Promotion de la Santé

L'ensemble des compétences composant le référentiel de compétences du diplôme d'État d'ergothérapeute de l'arrêté du 5 juillet 2010 légitime l'intervention de l'ergothérapeute dans une démarche de promotion de la santé, notamment la compétence 5 « Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique ».

De même, toujours selon l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État, les ergothérapeutes peuvent intervenir en promotion de la santé, par différents moyens : « - *information et conseils auprès de personne ou de groupes de personnes sur le rôle des activités dans la prévention et la promotion de la santé ; - information sur les troubles fonctionnels (musculo-squelettique, équilibre, respiration, due au stress...) et des facteurs de risque en santé en lien avec l'activité et conseils ; - propositions d'adaptation de l'environnement pour le maintien et le retour à l'activité (travail, loisir, sport...) ; - conseils, démonstrations et essais pour une bonne gestion des aides techniques ; - conseils, démonstrations et essais sur les gestes et postures et l'économie gestuelle ; - conseils à visée ergonomique. ».*

Afin d'établir des liens entre les compétences des ergothérapeutes et la promotion de la santé, différentes études ont été menées. Ainsi, l'étude "Occupational therapists as contributors to health promotion" menée par Holmberg et Ringsberg en 2014, cherche à mettre en évidence ces liens et à comprendre la perception de 24 ergothérapeutes quant à leur rôle au quotidien en promotion de la santé et ce qu'ils pensent pouvoir y apporter. Deux thèmes se dégagent de leur analyse : « *Les compétences des ergothérapeutes en matière de promotion de la santé " et " Les réflexions des ergothérapeutes sur la contribution potentielle de l'ergothérapie à la promotion de la santé »* (Holmberg & Ringsberg, 2014, traduction libre). Les participants déclarent travailler surtout au niveau individuel et expriment le fait que leurs patients, ainsi que les professionnels avec qui ils travaillent, tout comme les institutions publiques, ignorent ou méconnaissent leurs compétences spécifiques dans ce domaine. Or, ils estiment que leurs compétences en promotion de la santé pourraient permettre de renforcer les services médicaux-sociaux et offrir une communauté plus inclusive et réellement promotrice de santé. Les résultats obtenus à l'issue de cette étude invitent les ergothérapeutes à se questionner sur leurs

compétences et leur expertise afin de reconsidérer leur rôle en promotion de la santé (Holmberg & Ringsberg, 2014).

Par ailleurs, une étude parue en 1995 dans le *Canadian Journal of Occupational Therapy*, Finlayson et Edwards précisait que la pratique des ergothérapeutes devait se fonder sur « *la croyance au bien-être et sur la conviction que les compétences d'un ergothérapeute sont aussi précieuses pour les personnes en bonne santé que pour les personnes malades* » comme le suggérait Meyer (1922) » (Finlayson & Edwards, 1995, p74, traduction libre).

De par leurs compétences, mais également grâce à leur vision et leur approche globale des personnes, dans leur environnement, dans leur contexte, les ergothérapeutes disposent d'une diversité de lieux de pratique.

### 2.2.3 L'approche centrée sur la personne et l'occupation

La spécificité de l'ergothérapie consiste en une approche centrée sur la personne, qui place l'individu au centre de son accompagnement et s'intéresse aux liens entre occupation et santé. Qu'il travaille avec une personne ou avec une communauté, l'ergothérapeute se caractérise par cette vision holistique et centrée sur les occupations. Il encourage l'engagement dans des occupations significatives et facilite et promeut l'occupation qui « *constitue à la fois l'objet d'expertise et le moyen thérapeutique.* » (Poriel, 2014, p20).

Cette approche globale de la personne « *intègre différents facteurs déterminants (hygiène, mode de vie, éducation, milieu professionnel, environnement...) correspondant au parcours de vie.* » (Saragoni, 2020, ErgOTHérapies, 77, p. 7-14).

Dans une perspective similaire, en 2019, S. Albuquerque titrait une publication « *La promotion de la santé en ergothérapie, au cœur des occupations des populations* » (Albuquerque, 2019). Un paragraphe était consacré à « *Des nouveaux champs d'action en ergothérapie, de l'individu à la collectivité* » (Albuquerque, 2019). Elle y explique que les choix en faveur de la prévention du système de santé français allèguent « *l'effort de placer l'utilisateur au centre du système de santé, et de sortir d'une logique de structure de soins.* » (Albuquerque, 2019).



Elle se questionne alors sur la pertinence d'une intervention avant même le développement ou l'apparition d'un handicap ou d'une maladie : « *car c'est là que s'élaborent les modes de vie et leurs conditions qui affectent des occupations porteuses et créatrices de santé et de développement.* » (Albuquerque, 2019).

Selon Kielhofner 1995, « *l'occupation est essentielle dans l'organisation de la personne. C'est en agissant que les personnes façonnent et construisent ce qu'elles sont.* » (Morel-Bracq, 2017, p73). Il définit l'occupation humaine comme « *une large gamme d'activités (activités productives, de loisirs et de vie quotidienne) réalisée dans un contexte physique, temporel et socioculturel* » (Kielhofner, cité dans Morel-Bracq, 2017, p74).

Pierce rappelle « *le lien entre l'occupation et la santé* » (Pierce,2016, p100), dans son ouvrage « *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* ». D'ailleurs, pour elle, « *une notion fondamentale de l'ergothérapie est que l'engagement dans des activités désirées est la fois un signe de santé et un soin pour ceux qui sont en mauvaise santé* » (Pierce,2016, p100).

Pereira, quant à lui, définit l'occupation comme « *L'occupation est un droit de l'Homme et un déterminant social de la santé. Elle est également considérée comme allant de soi. L'accès et la participation aux occupations sont étroitement liés à une santé et un bien-être positifs.* » (Pereira, 2017, p1, traduction libre). Les occupations étant identifiées comme facteur de santé (Pereira, 2017), elles recouvrent alors les déterminants de la santé « *qui vont affecter l'état des personnes quand leurs occupations ne peuvent être accessibles ou exécutées de manière satisfaisante au sein du système socio-politique et culturel dans lequel elles évoluent.* » (Albuquerque, 2019).

La pratique ergothérapique s'appuie sur une connaissance des activités humaines et une approche centrée sur les occupations. Les ergothérapeutes, en choisissant une approche à la fois occupationnelle et participative avec les communautés et incluant l'ensemble des professionnels concernés, pourraient donc se positionner « *à la rencontre entre les déterminants sociaux et occupationnels de la santé* » (Albuquerque, 2019).



Ainsi, plusieurs études et articles mettent en lumière le fait que « *la synergie entre l'ergothérapie et la promotion de la santé crée des opportunités d'améliorer la santé et le bien-être des personnes et des populations.* » (Tucker et al., 2014, traduction libre). En effet, les ergothérapeutes, en étudiant les occupations des individus, leurs habitudes, leurs routines, cherchent de quelles manières elles affectent le bien-être et la santé. Les objectifs de l'ergothérapie et de la promotion de la santé coïncident alors : « *vouloir habiliter les personnes et les communautés à améliorer le contrôle sur leur situation de santé et leur contexte de vie.* » (Albuquerque, 2019)

Tucker et al. (2014), évoquent une approche de la promotion de la santé centrée sur les occupations. Ils affirment que « *Les principes de promotion de la santé peuvent être facilement intégrés dans la pratique et soutenir l'ergothérapeute en tant qu'agent de changement. Le rôle des ergothérapeutes dans la promotion de la santé pourrait influencer les politiques en soutenant et en encourageant l'inclusion, la participation et l'occupation pour tous.* » (Tucker et al., 2014, p 9, traduction libre).

#### 2.2.4 Modèle conceptuel en ergothérapie et promotion de la santé

Un modèle conceptuel est « *une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique.* » (Morel-Bracq, 2017, p2). Un modèle associe différents concepts afin de modéliser la réalité et les éléments qui le constituent peuvent être schématisés. C'est un cadre théorique qui sous-tend la pratique et aide à comprendre les phénomènes observés, à organiser les interventions. En intégrant un ou plusieurs modèles dans leur pratique, les ergothérapeutes disposent d'une structure et d'outils cohérents, garants de la qualité de leur démarche (Morel-Bracq, 2017).

Ainsi, pour Saragoni, « *la mise en application de modèles conceptuels s'intéressant à la fois à la personne, à ses potentialités, ses occupations et intégrant son environnement (tels que le Modèle de l'occupation humaine) est une particularité intéressante dans la considération des parcours de santé ou de vie et un atout non négligeable.* » (Saragoni, 2020, ErgOTHérapies, 77, p. 7-14).

Pour illustrer ces réflexions, l'étude publiée en 2014 par Holmberg et Ringsberg, évoque la nécessité, exprimée par les ergothérapeutes interrogés, de modèles

ergothérapiques permettant de travailler à partir d'une approche de promotion de la santé dans la pratique (Holmberg & Ringsberg, 2014).

Or, il n'existe aucun modèle spécifiquement conçu pour une approche en promotion de la santé. Certains modèles conceptuels en ergothérapie seraient susceptibles de répondre à ce type d'attente, tels que le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) et le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel (MCRO), reconnus par les professionnels au niveau mondial et européen (Tuning, 2008).

En revanche, d'autres pratiques sont possibles, pour une approche ergothérapique en promotion de la santé. Ainsi, une des cinq stratégies d'intervention de charte d'Ottawa se fonde sur l'action communautaire. La partie suivante abordera donc les concepts de l'ergothérapie communautaire, ainsi que le contexte français.

## 2.3 L'ergothérapie communautaire

### 2.3.1 Définition de la santé communautaire et de l'action communautaire pour la santé

Selon l'OMS, une communauté est un « *groupe de personnes, qui vivent souvent dans une zone géographique bien définie, partagent une culture, des valeurs et des normes, et ont une place dans une structure sociale qui est conforme à des relations que la communauté a créées au cours d'une certaine période.* » (OMS, 1999, p6)

Dans le même document, une action communautaire pour la santé est décrite comme « *les efforts collectifs déployés par les communautés en vue d'accroître leur maîtrise des déterminants de la santé et d'améliorer ainsi cette dernière.* » (OMS, 1999, p6)

Or, il est à noter que les notions d'action communautaire ou de pratique communautaire nécessitent d'être explicitée. Ainsi, « *pour certains, il s'agit de défendre les intérêts spécifiques d'une communauté, de se regrouper pour défendre leur caractère commun (ethnique, religieux, sportif, maladie, ...)* ; ceci s'apparente en fait plutôt à du communautarisme. D'autres recherchent l'intérêt et la participation de toutes les personnes concernées sur un territoire, veillant précisément à n'exclure

*personne, à rassembler et à valoriser les différences ; on peut ici, plus justement, parler de pratique communautaire. » (SACOPAR, 2013, p9).*

Différentes définitions de la santé communautaire existent, le Réseau Régional d'Appui à la Prévention et à la Promotion de la Santé (RRAPPS) de Bourgogne Franche Comté propose celles de Tessier Stéphane et Hamel Emmanuelle :

*« La santé communautaire est l'approche locale des problèmes de santé d'une communauté impliquant sa participation active à toutes les étapes. Elle est mise en œuvre par un groupe associant professionnels et population. La priorité est la promotion de la santé. » (Tessier Stéphane, Jean Baptiste Andrès, Ribeiro Marie Adèle. Santé publique, santé communautaire. Paris : Maloine, 2004, p342) ; « Il y a santé communautaire quand les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissant en commun sur leurs problèmes de santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des actions les plus aptes à répondre à ces priorités. » (Hamel Emmanuelle. Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ? Guide d'autoévaluation construit par et pour des associations. Saint-Denis : Inpes, 2009, p. 34)*

### 2.3.2 Démarche en santé communautaire

Une des cinq stratégies de la Charte d'Ottawa s'intitule « le renforcement de l'action communautaire ». Cette stratégie suppose la participation des communautés dans l'identification de leurs besoins et priorités, les implique dans la prise de décision, la conception et la mise en œuvre d'actions. L'action communautaire en santé s'appuie sur les ressources collectives, humaines et matérielles. Il s'avère donc nécessaire de donner un accès à l'information, aux possibilités de développer et d'acquérir des connaissances, mais aussi d'offrir des moyens et de lieux d'expression permettant une participation effective. Dans ce processus, la capacité des communautés à agir, contrôler et répondre à leurs besoins en matière de santé est pleinement reconnue (Sizaret, 2018).

L'OMS souligne d'ailleurs le fait que *« Grâce à cette participation, l'individu et les organisations d'une communauté dotée de moyens d'agir fournissent un soutien social pour la santé, font face aux conflits au sein de la communauté et obtiennent une*

*influence et une maîtrise accrues sur les déterminants de la santé dans la communauté.* » (OMS, 1999, p6-7)

Afin de faciliter la pratique communautaire, le guide « *Action communautaire en santé, un outil pour la pratique* » (SACOPAR, 2013), présente les 8 points de repère du Secrétariat européen des pratiques en santé communautaire (Annexe II).

Ces 8 repères se répartissent en 3 volets :

1. Trois repères s'inscrivant dans une approche en promotion à la santé, qui recommandent une action sur les déterminants de la santé avec approche globale et positive ;
2. Quatre repères dédiés à la stratégie communautaire (cibler une communauté, impliquer tous les acteurs concernés, partager les savoir, s'appuyer sur les ressources de la communauté) ;
3. Un repère méthodologique incitant à la planification pour favoriser une évaluation continue et évolutive.

L'ensemble de ces repères constitue une modélisation. La démarche communautaire s'appuie donc sur un modèle dans lequel tous les acteurs impliqués sont partie prenante, plaçant la participation au cœur du processus, tout en développant l'empowerment (SACOPAR, 2013).

Monin insiste également sur l'intérêt pour les professionnels de la santé conduisant des actions communautaires, « *de s'appuyer sur une méthodologie générale d'intervention qui intègre la pratique réflexive tout au long de la démarche. Cette démarche est une démarche ascendante ou bottom-up, qui part de la base de la communauté pour co-construire des actions* » (Monin, 2019). Cinq phases sont distinguées :

1. L'état des lieux avec l'identification et la définition de la communauté, du territoire d'action.
2. L'analyse de la situation, des besoins, c'est une phase de diagnostic en deux axes : « *les données épidémiologiques et statistiques (diagnostic objectif) et une approche anthropologique à partir des perceptions, des croyances et des représentations des personnes concernées (diagnostic de perception).* » (Monin, 2019)

3. La planification des actions et des stratégies pour atteindre les objectifs déterminés suite au diagnostic.
4. La mise en œuvre des actions collectives.
5. La phase d'évaluation.

La totalité des personnes concernées sont impliquées et engagées à toutes les étapes de la démarche communautaire. « *L'action communautaire s'inscrit dans une visée de changement social en s'attaquant aux causes des problèmes sociaux pour améliorer la santé, la qualité de vie des individus.* » (Monin, 2019).

La santé communautaire ou les actions communautaires en santé sont donc une stratégie de la promotion de la santé. Pour Clavreul, « *c'est une démarche ascendante : elle part des besoins repérés par la population et sa clé de voûte est la participation volontaire. Plusieurs autres caractéristiques peuvent être repérées : une base collective, l'égalité, le développement du pouvoir d'agir, le fait d'œuvrer localement et en intersectorialité.* » (Clavreul, 2015).

### 2.3.3 La pratique communautaire en France

Les ergothérapeutes français interviennent habituellement dans les milieux médicaux et médico-sociaux, dans une pratique souvent biomédicale axées sur le suivi d'une pathologie. « *Or, les occupations ne peuvent être réduites à leurs aspects purement physiologiques et biomédicaux* » (Albuquerque 2019, ErgOTHérapies, 73, p45-53).

La pratique communautaire en ergothérapie demeure peu représentée en France, en comparaison à d'autres pays tels que le Canada, la Suisse, le Brésil, ou l'Espagne par exemple. Elle pourrait cependant se développer davantage au regard du contexte social, économique et politique. En effet, les inégalités sociales de santé génèrent des problématiques qui touchent diverses communautés (jeunes, personnes âgées, chômeurs, migrants, etc). En cela, la pratique communautaire en ergothérapie permettrait d'accompagner et de mettre en place des actions à destination de ces publics vulnérables (Monin, 2019).

Selon Clavreul, le terme *communautaire* est principalement issu des modes de pratique anglo-saxons et il est donc indispensable de le questionner à la lumière du contexte français. Elle propose d'ailleurs d'employer le terme « *approche citoyenne* »

pour évoquer la pratique communautaire en ergothérapie en France (Clavreul, 2020, ergOTHérapies, 79). En effet, elle explique que dans le contexte français, « *c'est à travers la citoyenneté que va s'exprimer l'appartenance et la participation au « territoire » (à la société/communauté)* » (Clavreul, 2020, ergOTHérapies, 79).

Son article plaide en faveur d'une approche communautaire en ergothérapie : « *Situées dans l'interaction environnement/occupation/personne, les activités des ergothérapeutes peuvent devenir plus fortement significatives en développant davantage l'approche communautaire ou citoyenne dans le contexte français* » (Clavreul, 2020, ergOTHérapies, 79). Trois pistes d'intervention sont ainsi suggérées :

- Les interventions auprès des publics très vulnérables et fragilisés (personnes sans-abri, sans-papiers, migrants, personnes victimes de violences familiales ou conjugales...);
- Penser les projets avec une démarche participative à partir des structures de santé (Maisons de Santé Pluridisciplinaires...), en coopération et en concertation avec les usagers, les habitants et les partenaires sociaux et associatifs du territoire ;
- Porter un regard occupationnel sur les activités, pour améliorer la qualité de vie en coopérant avec les professionnels de l'urbanisme, mais aussi au sein du monde du travail (Clavreul, 2020, ergOTHérapies, 79).

Au demeurant, les publications concernant la pratique communautaire en France portent très souvent sur les publics en situation précaire et sont axées sur le social. L'observation du domaine de l'intervention sociale montre que les travailleurs sociaux mettent en place des interventions collectives, qui complètent les accompagnements individuels, car ils sont conscients que « *des problèmes collectifs requièrent des réponses collectives* ». (Clavreul, 2020, ergOTHérapies, 79).

Clavreul conclue alors que l'approche communautaire « *est un regard porté sur la santé, Elle donne à penser des pratiques inscrites dans des solidarités locales, développant le pouvoir d'agir non seulement sur la santé, mais sur ce qui la détermine.* ». Elle questionne la perspective « *d'interventions d'intérêt collectif en ergothérapie, qui prendraient alors en compte de manière systémique les déterminants structurels de la santé (cohésion sociale, partage du pouvoir et des ressources...),*

*mais aussi les enjeux collectifs actuels (crise climatique, montées des inégalités sociales...)* (Clavreul, 2020, ergOThérapies, 79).

Quels liens s'établissent alors entre la pratique communautaire, l'ergothérapie et la promotion de la santé ? Car au final, comme le souligne Albuquerque, « *l'objectif primaire de la profession reste bien d'habiliter les personnes à participer aux activités de la vie quotidienne au sein de leur communauté rejoignant fortement le champ de la promotion de la santé* » (Albuquerque, 2019) ?

### 3 QUESTION DE RECHERCHE ET HYPOTHESES

#### 3.1 Question de recherche

A la lumière des concepts mobilisés et avec l'apport des recherches consultées pour rédiger le cadre conceptuel, diverses questions se posent.

Il apparaît nécessaire, dans le contexte français, de comprendre de quelle manière cette pratique communautaire, en favorisant la participation sociale et occupationnelle, permet à l'ergothérapeute de s'impliquer en promotion de la santé avec une approche centrée sur la personne et ses occupations. Le contexte français spécifiquement, car la pratique communautaire demeure peu développée en France, en comparaison avec d'autres pays. Enfin, quelle est la plus-value de l'ergothérapie, à la fois dans la pratique communautaire et dans le champ de promotion de la santé ?

Le but de ce travail d'initiation à la recherche est donc d'établir des liens entre la promotion de la santé, qui s'appuie sur les déterminants en santé ; l'ergothérapie, qui se centre sur la personne et ses occupations et la pratique communautaire qui se fonde sur les enjeux collectifs. Les objectifs visés dans ces domaines d'actions sont-ils similaires, à savoir permettre de développer une plus grande maîtrise de sa santé et de ses déterminants, promouvoir le bien-être, tout en favorisant la participation sociale et occupationnelle.

Ainsi, la question de recherche peut se formuler de la façon suivante :

**De quelle manière la pratique communautaire en France permet-elle une approche ergothérapique en promotion de la santé ?**



## 3.2 Hypothèse de recherche

Nous pouvons maintenant formuler une hypothèse, qui correspond à une réponse provisoire à la question de recherche. Cette hypothèse sera confirmée ou infirmée grâce au cadre expérimental.

L'hypothèse proposée est : [la prise en compte des enjeux collectifs \(problèmes et potentialités\) dans la pratique communautaire, permet une approche ergothérapique en promotion de la santé.](#)

## 4 CADRE EXPERIMENTAL

Cette partie sera consacrée au dispositif méthodologique mis en place pour répondre à l'hypothèse soulevée précédemment. L'approche de recherche retenue est hypothético-déductive et s'appuie sur une méthode qualitative venant questionner des données subjectives.

Dans un premier temps, la méthode de recherche sera explicitée, concernant le choix de la méthode, la population interrogée et les outils utilisés afin de caractériser les pratiques questionnées. Ensuite, les résultats seront présentés, puis analysés.

### 4.1 Dispositif méthodologique

#### 4.1.1 Méthode de recherche

Le choix de la méthode qualitative se justifie par le fait qu'elle s'intéresse au sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, leurs actions, mais aussi leurs relations. Elle permet d'appréhender les représentations et la définition que les individus ont de la réalité. Les données empiriques recueillies seront donc analysées de façon qualitative.

#### 4.1.2 Population cible et échantillon

La population cible se compose d'ergothérapeutes diplômés d'État puisque c'est la profession et ses spécificités qui est au centre de ce travail.

Ils doivent exercer en France, car c'est à la lumière du contexte français que la problématique s'exprime.



Les critères d'inclusion sont : être diplômé État, exercer en France, exercer ou avoir déjà exercé en pratique communautaire.

La sélection des participants s'est effectuée par mails, avec les contacts pris auprès des intervenants de l'Institut de Formation en Ergothérapie (IFE) ; et à l'occasion d'un congrès organisé par l'Union Nationale des Associations d'Étudiants en Ergothérapie (UNAEE) à Tours, les 26 et 27 mars 2022. Les mails échangés ont permis de vérifier les critères d'inclusion, mais aussi la volonté à participer à l'étude.

L'échantillon final retenu comprend quatre ergothérapeutes, qui seront nommés E1, E2, E3 et E4, afin de garantir l'anonymat des données recueillies.

#### 4.1.3 Outil de recherche

L'outil d'investigation permettant de caractériser les pratiques questionnées est l'entretien car il offre un accès direct à l'individu. Plus précisément, des entretiens semi-directifs individuels seront menés, afin de mettre en avant les représentations sociales et de comprendre les valeurs, le sens que les enquêtés donnent à leurs actions. Ce type d'entretien favorise l'échange et l'interaction, il laisse la possibilité de questions supplémentaires, tout en établissant malgré tout un cadre.

Un guide d'entretien a été construit, avec des questions prédéterminées, dans un ordre établi mais néanmoins flexible, permettant de s'adapter au fil du discours de l'interrogé (Annexe III). Ce guide d'entretien constitue une trame sur laquelle s'appuyer, permettant de créer une dynamique de discussion et de relancer ou recentrer l'échanger si nécessaire, mais également d'assurer une répétabilité dans les passations, limitant ainsi les biais méthodologiques. Les questions ont été rédigées à partir de l'hypothèse dégagée, afin de confronter le cadre conceptuel et les données empiriques recueillies.

Le rendez-vous pour l'entretien était convenu préalablement par mail, suite à la récupération du formulaire de consentement faisant mention des droits de l'enquêté (Annexe IV) et rédigé en s'appuyant sur l'ouvrage de Tétreault et Guillez (Tétreault et al., 2014). Les entretiens se sont déroulés par appel en visioconférence, avec une durée variant de 30 minutes à une heure. Leur transcription a été effectuée à la suite immédiate de l'entretien (Annexes V-VIII).

Après cette présentation du dispositif méthodologique, les résultats obtenus et leur analyse sont exposés dans la partie suivante.

## 4.2 Résultats et analyse

Pour cette étude qualitative, l'analyse retenue est celle du contenu.

Dans un premier temps, chaque concept du cadre théorique (promotion de la santé, ergothérapie, modèles conceptuels, pratique communautaire) a été traité en question dans le guide d'entretien. Puis des critères ont été définis pour chaque question eux-mêmes associés à des indicateurs (éléments repérables ou observables). L'objectif est d'identifier, dans les entretiens réalisés, des indicateurs qui renvoient à un critère et donc à un concept (Annexe IX).

Dans un second temps, l'analyse de contenu des verbatims a été effectuée en trois étapes (Annexe X) :

1. Une première lecture verticale, isolée, de chaque verbatim a permis de s'imprégner des informations récoltées et de saisir les messages clés. Ces données correspondent aux résultats exposés dans la partie suivante.
2. Une seconde lecture avec une analyse thématique en surlignant d'une couleur différents les passages correspondants à chaque thème :
  - ↳ Parcours, domaine de pratique
  - ↳ Pratique communautaire
  - ↳ Modèles
  - ↳ Promotion de la santé
  - ↳ Spécificité de l'ergothérapeute
3. Regroupement des corpus surlignés et identifiés par thème dans un document, pour mener une analyse horizontale et transversale, en recherchant les liens à mettre en évidence et à comparer le cadre conceptuel aux données recueillies pour le cadre expérimental.

### 4.2.1 Résultats

L'échantillon final interrogé est composé de quatre ergothérapeutes, exerçant ou ayant exercé en pratique communautaire, en France. Ce sont toutes des femmes.

E1 et E4 ont obtenu leur diplôme en 2016, E2 en 1997, E3 en 1998.

Le **parcours professionnel** de chaque ergothérapeute est marqué par la présence du domaine de la santé mentale et du social.

**E1** : Psychiatrie ; Mission humanitaire ; Unité Mobile d'Action Psychiatrique Précarité (UMAPP) ; Hôpital de jour psychiatrie adulte.

**E2** : Neurologie adulte ; Foyer d'Accueil Médicalisé ; Service d'intervention à domicile pour personnes avec handicap sensoriel moteur ; Maison d'Accueil Spécialisé ; Accompagnement enfants déficients visuels ; Psychiatrie adulte ; Master manager organismes à vocation sociale et culturelle ; Enseignement ; Formatrice premiers secours en santé mentale.

**E3** : Formation initiale de danseuse, intervention auprès d'enfants ; Recherches en santé mentale et secteur social ; Coordination Unité Mobile Psychiatrie Précarité ; PRACTS (prévention et promotion de la santé mentale par les activités collectivisantes sur les territoires).

**E4** : stage et recherches en Centre d'Hébergement et de Réadaptation Sociale ; Bénévolat associatif ; Master de santé publique spécialité prévention promotion et éducation pour la santé, stage et recherches avec la structure Coco Velten et le CoFoR (Centre de Formation au Rétablissement).

En termes de **population**, **E1**, **E3** et **E4** interviennent auprès d'adultes précarisés ; **E2** auprès d'adultes en formation (étudiants et formation continue).

Concernant **les modèles conceptuels**, **E1** utilise à la fois le MOH surtout pour les écrits, la Réadaptation à Base Communautaire (RBC) et la réhabilitation psychosociale. **E2** se base sur les principes du Processus de Production du Handicap (PPH) et utilise la MCRO. **E4** associe des éléments du MOH, de l'approche par les capacités et du CORE (Capabilité Opportunité Ressources Environnement). **E3** ne s'appuie sur aucun modèle.

Du point de vue de **la promotion de la santé**, trois des quatre professionnelles se sentent impliquées. Une seule dit mal connaître le domaine et ne pas avoir conscience de viser des objectifs de promotion de la santé. Selon elle ce n'est ni formalisé, ni intégré à sa pratique, mais plutôt sous-tendu en arrière-plan.

Ce sont les déterminants de santé qui sont visés à travers les objectifs liés à la population et au lieu de pratique.

Enfin, **la plus-value de l'ergothérapeute, ses compétences spécifiques** reconnues, que ce soit en pratique communautaire ou en promotion de la santé, sont :

<b>L'occupation L'activité</b>	Proposer des médiations et des activités ; Favoriser l'activité, dans son aspect créatif ; social et inclusif ; Analyser l'occupation, l'activité, les habiletés ; Comprendre l'impact de l'environnement sur la réalisation des activités ; Comprendre le sens des activités.
<b>Le groupe</b>	Travailler avec le groupe ; Faciliter la coopération, la participation, l'intelligence collective ; Tisser des liens ; Mettre en œuvre un processus de réflexion et de construction collective.
<b>La vision holistique</b>	Avoir une vision globale, complète des situations. Aller chercher toutes les forces et toutes les ressources des personnes ; Considérer la personne comme acteur, comme capable de, en devenir ; Avoir une vision positive de l'être humain ; Considérer la personne dans son contexte ; Considérer que la personne a les solutions en elle-même, sait ce qui est bon pour elle et que le soignant ne sait pas tout.
<b>Les capacités d'analyse</b>	Évaluer l'autonomie pour établir les projets ; Prendre en compte la triade personne-occupation-environnement ; Analyser pour favoriser la participation occupationnelle ; Apprécier la capacité, le potentiel des personnes ; Adapter au plus près des capacités des personnes ; Utiliser le plus possible leurs compétences ; Se questionner sur qui décide, qui pense pour qui ; Favoriser l'autonomie et ne pas faire pas pour.

Pour terminer, à la question « Est-ce que les pratiques d'un autre pays vous ont servi de modèle pour développer cette pratique ? », le Canada et la Suisse sont cités par E1 et E4 ; le Brésil par E2, E3, E4 et les États-Unis par E2.

A présent, la lecture transversale thématique des verbatims, cherchant à établir des liens dans les réponses apportées à chaque question, va permettre d'analyser ces résultats.

#### 4.2.2 Analyse des résultats

L'étude des quatre parcours professionnels souligne que ces ergothérapeutes étaient déjà impliquées personnellement dans le domaine associatif et citoyen, ou humanitaire. Elles partagent toutes des valeurs sociales importantes, avec la volonté d'être utile et d'aider les publics rejetés de façon générale, de leur redonner une fonction et un rôle dans la société. Le choix de la pratique communautaire naît donc de leurs valeurs, mais aussi du constat que beaucoup de personnes vivent sans

activités signifiantes, significatives, questionnant alors leur rôle en tant qu'ergothérapeute.

En outre, la pratique communautaire est définie comme une vision, une manière de penser l'intervention, qui se légitime par les besoins du terrain. Elle implique plusieurs notions : l'aller vers, la participation, l'émancipation, le pouvoir d'agir (ou l'empowerment) et la justice occupationnelle.

Les entretiens coïncident sur les finalités de la pratique communautaire. Il s'agit bien de permettre aux membres d'une communauté de se sentir citoyens, inclus, et écoutés. Une action communautaire cherche à faire émerger soit les besoins, soit les problèmes, ou encore les désirs communs, mais aussi les compétences, les forces, les leviers et les ressources personnelles et environnementales de la communauté.

Le rôle de l'ergothérapeute est alors un rôle de facilitateur, afin de permettre aux personnes de trouver leurs propres solutions, de trouver les interlocuteurs et de régler cette problématique.

La définition de communauté est unanime et renvoie à la notion de partager, partager certains problèmes, un espace, un contexte, un territoire vécu. Elle ne se réduit pas à partager un lieu de vie. En effet, l'importance d'identifier l'autre comme partageant ce que je fais, de constituer un collectif est fortement soulignée. La communauté c'est aussi tous les services et les acteurs liés à cette à cette population.

D'autre part, c'est souvent la problématique des inégalités sociales et la problématique occupationnelle qui sont privilégiées, en visant les personnes qui n'ont pas les conditions de vie nécessaires à être en bonne santé (un abri, un salaire correct, la paix, ...), donc les prérequis de la charte d'Ottawa.

Par ailleurs, les ergothérapeutes interrogées constatent que plusieurs modèles conceptuels pourraient permettre de développer la pratique communautaire, afin de s'impliquer en promotion de santé. Or, aucun modèle n'est vraiment conçu pour l'approche communautaire. Le MCRO et le MOH sont les plus cités et utilisés, de leur approche systémique, leur prise en compte de la personne dans son environnement, ainsi que dans son aspect subjectif et spirituel, tout en considérant le sens des activités humaines. L'approche par les capacités et l'approche CORE (Capabilité Opportunité Ressources Environnement) sont également proposées, car leur entrée par les capacités et l'environnement permet de se détacher des habiletés.

Concrètement, face à la réalité du terrain, les ergothérapeutes combinent différents éléments des modèles existants afin de s'adapter au mieux à leur pratique et aux problématiques rencontrées.

Au final, la pratique communautaire, l'ergothérapie et la promotion de la santé partagent les mêmes finalités, à savoir favoriser la participation sociale et occupationnelle, le pouvoir d'agir et améliorer la qualité de vie, pour accéder au bien-être. Les liens et les similitudes s'avèrent donc très forts.

Enfin, les quatre professionnelles témoignent de l'influence de l'approche communautaire sur leur pratique en tant qu'ergothérapeute. Elles y gagnent en flexibilité, cherchent à élargir leur réseau et tissent des liens avec les équipes et les structures autour. En intégrant l'ensemble des acteurs sur un plan d'égalité, elles sortent de la relation classique avec le soignant d'un côté et les patients de l'autre. Cette relation d'horizontalité, d'égalité a vraiment modifié leur posture de manière générale, elles se sentent plus libre et en accord avec leurs valeurs.

Le dispositif méthodologique mis en œuvre cherchait à répondre à la question de recherche suivante : De quelle manière la pratique communautaire en France permet-elle une approche ergothérapique en promotion de la santé ?

La partie suivante sera donc consacrée à la discussion des résultats obtenus

## 5 Discussion

### 5.1 Conclusion des résultats, retour sur la question de recherche

Ce travail d'initiation à la recherche tente de répondre à la question de recherche suivante : De quelle manière la pratique communautaire en France permet-elle une approche ergothérapique en promotion de la santé ?

Suite à l'analyse des données, il est possible d'avancer que l'approche communautaire peut s'apparenter à une approche centrée sur la personne en ergothérapie. Il apparaît nettement que les principes même de l'ergothérapie se retrouvent dans la pratique

communautaire ; la notion d'occupation se confirme d'ailleurs comme étant centrale et essentielle.

En outre, la pratique communautaire, à l'instar de la promotion de la santé, vise le développement d'une plus grande maîtrise de sa santé et de ses déterminants. Les populations vulnérables s'avèrent évidemment les plus investies, essentiellement dans l'intention de prioriser, face à l'urgence de certaines situations.

Toutefois, la pratique communautaire pourrait s'adresser à toutes les personnes qui pensent qu'elles n'ont pas de pouvoir sur leur vie, ni sur le monde qui les entoure. C'est-à-dire qu'elle pourrait concerner tout le monde, quel que soit la tranche d'âge, le milieu social, dans le but d'améliorer la qualité de vie et de venir agir sur les déterminants sociaux de santé.

Étant donné que les déterminants sociaux de santé constituent la base de la promotion de la santé, l'approche communautaire induit donc des actions tournées vers la promotion de la santé, avec des finalités exprimées communes : favoriser la participation sociale et occupationnelle, le bien-être, la qualité de vie, le pouvoir d'agir et l'inclusion.

Par ailleurs, l'ergothérapie, par son approche spécifiquement occupationnelle et centrée sur la personne ou un groupe de personnes, prend en compte le mode de vie, les habitudes, les routines, et la présence ou l'absence de soutien du milieu pour mener des occupations afin de rester en bonne santé. Une approche occupation centrée en promotion de la santé permettrait de prévenir les troubles, les maladies, les accidents et les incapacités, ainsi que de maintenir la qualité de vie de tous. L'ergothérapeute dépasserait alors son statut de soignant pour devenir agent de changement.

En revanche, l'absence de modèle conceptuel spécifiquement conçu pour une approche en promotion de la santé, ne semble pas constituer un frein à la pratique. Quant à l'apport d'un modèle conceptuel en ergothérapie existant, qui serait à la fois adapté et qui faciliterait une approche en promotion de la santé, c'est la combinaison de plusieurs modèles qui apporte satisfaction. C'est le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) et le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel (MCRO) qui sont retenus, ainsi que le CORE (Capabilités, Occupation, Environnement,

Ressources) et la Réadaptation à Base Communautaire (RBC), venant confirmer les éléments du cadre conceptuel.

Par conséquent, la pratique communautaire reprend non seulement les principes fondateurs de l'ergothérapie, mais aussi tous les points clés de la promotion de la santé. Dans un contexte communautaire, l'ergothérapeute crée un lien entre l'individu et la communauté afin de promouvoir la santé et le bien-être.

Ces arguments apportent donc des éléments de réponse à la question de recherche. Mais permettent-ils de valider ou non l'hypothèse proposée ?

## 5.2 Retour sur l'hypothèse

L'hypothèse proposée était : *la prise en compte des enjeux collectifs (problèmes et potentialités) dans la pratique communautaire, permet une approche ergothérapeutique en promotion de la santé.*

La synthèse des résultats met en évidence les similarités entre la pratique communautaire et la promotion de la santé. Les données récoltées lors des entretiens démontrent que la pratique communautaire favorise une approche systémique, centrée à la fois sur les occupations, l'activité et la personne, notions spécifiques à l'approche ergothérapeutique.

De plus, elles s'appuient l'une comme l'autre sur les potentialités et les problématiques d'un groupe, avec pour finalité le développement d'une plus grande maîtrise de sa santé et de ses déterminants. Les objectifs visés, ainsi que l'action cherchée sur les déterminants de santé à travers la pratique communautaire, confirment donc qu'elle s'inscrit pleinement dans le champ de la promotion de la santé.

En se fondant sur le repérage des enjeux collectifs, l'approche communautaire implique la participation de tous les acteurs et prend en compte les dynamiques sociales du territoire. Ainsi, les interventions en ergothérapie dans le cadre d'une pratique communautaire, se situent aussi bien au niveau individuel que collectif, à l'intérieur d'un territoire vécu. Il s'agit de trouver collectivement des solutions aux



questions individuelles, l'intervention communautaire venant compléter l'accompagnement individuel.

La réponse à l'hypothèse avancée, *la prise en compte des enjeux collectifs (problèmes et des potentialités) dans la pratique communautaire, permet une approche ergothérapique en promotion de la santé*, est donc oui.

### 5.3 Biais et limites de la recherche

Toute méthode de recherche comporte nécessairement des biais et des limites. Ces biais peuvent être de différentes natures et relever d'aspects méthodologique, cognitifs, affectifs, ou encore sociétaux et culturels. Dans le cas de la méthode de recherche mobilisée, ces biais peuvent provenir du chercheur, comme de l'interrogé (Chabal, 2014).

#### 5.3.1 Biais

Deux biais méthodologiques sont identifiés dans ce dispositif méthodologique.

Tout d'abord, l'outil utilisé, à savoir l'entretien semi directif, nécessite un maintien du cadre, à travers le guide d'entretien mais aussi dans la gestion de l'échange. Cependant, l'entretien oscille parfois entre le semi directif et l'entretien libre, notamment avec certains professionnels, avec qui l'échange prend le dessus.

Ensuite, la visioconférence offre l'accès au langage non verbal des interlocuteurs, ce qui vient influencer le contenu des réponses.

Il existe également un biais de désirabilité sociale. La personne interrogée répond de façon à se présenter sous son meilleur jour, sous une facette positive. De plus, ce biais est accentué par la mise en confiance et la motivation engendrée par la mise en valeur dans son domaine de pratique et ses valeurs.

### 5.3.2 Limites

Une première limite tient au fait que les ergothérapeutes retenues dans l'échantillon final sont toutes des femmes. Cette particularité exerce nécessairement une influence sur les données et les perceptions recueillies, il convient donc de le souligner.

Une seconde limite émane de la difficulté de certaines professionnelles à sortir de leur pratique personnelle pour généraliser, en fonction soit du nombre d'années de pratique, soit du type de formation.

Enfin, les résultats de l'étude ne peuvent être transposés à l'ensemble de la profession, en raison du petit nombre d'ergothérapeutes interrogées. En effet, un nombre plus important d'entretiens aurait permis de croiser les informations et d'accéder à une vision plus globale de la problématique, fournissant des ainsi données suffisantes pour une analyse scientifiquement valide.

## 5.4 Perspectives

### 5.4.1 Axes d'améliorations

A l'issue de cette étude, la question d'effectuer une double analyse se pose. En effet, il serait intéressant, pour un gage de fiabilité et de validité, de croiser des données de nature différentes. Par exemple, associer les résultats d'un questionnaire statistique et les informations issues d'entretiens semi-dirigés, permettrait d'équilibrer l'analyse et de limiter ainsi la subjectivité liée aux entretiens.

D'autre part, les indicateurs déterminés avant la passation des entretiens nécessiteraient d'être plus précis, cette étape aurait pu être mieux anticipée.

Enfin, la possibilité de concevoir un protocole, ou un projet expérimental, constituerait une réelle opportunité de mesurer l'impact de l'approche communautaire dans la pratique ergothérapique orientée en promotion de la santé.

#### 5.4.2 Apports de l'étude

Sur le plan professionnel, ce travail d'initiation à la recherche m'a permis de non seulement d'enrichir mes connaissances théoriques dans le domaine de l'ergothérapie et de la promotion de la santé ; mais également de tester les techniques d'entretiens et d'analyse, tout en continuant à développer des compétences rédactionnelles. Ces compétences, telles que l'analyse, la synthèse, ou encore la hiérarchisation des idées, s'avèreront utiles lors de la rédaction des différents écrits inhérents à notre pratique.

D'un point de vue personnel, les convictions et motivations partagées par les professionnelles interrogées, m'ont permis d'élargir mes perspectives et de me conforter dans mes valeurs. Enfin, mener à terme ce mémoire a contribué à nourrir et consolider la confiance en mes capacités.

#### 5.4.3 Projection professionnelle

Au fur et à mesure de ce travail de recherche, les connaissances théoriques abordées ont amorcé une évolution progressive de ma conception de la profession d'ergothérapeute. Mais c'est véritablement la période de passation des entretiens qui a eu l'effet d'un catalyseur. La richesse des parcours et des réflexions partagées par les ergothérapeutes a révélé mes envies de modifier mes pratiques pour tendre vers l'ergothérapie communautaire. J'entrevois aujourd'hui d'autres possibilités d'être ergothérapeute, avec l'envie de m'investir dans des projets en lien avec des structures associatives par exemple.

## CONCLUSION

La Stratégie Nationale de Santé actuelle s'inscrit dans un virage préventif qui incite les professionnels du secteur à s'impliquer en promotion de la santé, en encourageant une approche holistique et systémique, au détriment d'une approche essentiellement biomédicale.

Dans ce contexte, la place des ergothérapeutes en promotion de la santé se pose. En effet, ils sont à même d'intervenir en amont des problèmes de santé, en ciblant les déterminants en santé, afin de favoriser le bien-être global de l'individu, avec en finalité son projet de vie. Afin de développer l'ergothérapie auprès des populations vulnérabilisées par des déterminants de santé, l'approche communautaire, de par son regard sur la santé, sa démarche et sa considération de la personne, constitue alors un outil pertinent.

L'objectif de cette étude était de déterminer de quelle manière la pratique communautaire en France permet une approche ergothérapique en promotion de la santé. L'analyse des résultats obtenus met en évidence les similarités entre la pratique communautaire et la promotion de la santé. En outre, grâce à leur approche centrée sur la personne, combinée à leurs compétences d'analyse des interactions entre la personne, son environnement, ses occupations, les ergothérapeutes apparaissent comme un acteur essentiel de promotion de la santé. Cette recherche permet d'avancer que la pratique communautaire reprend donc les principes fondateurs de l'ergothérapie ainsi que tous les points clés de la promotion de la santé, situant l'occupation comme un déterminant de la santé et un potentiel de santé en soi.

L'implication des ergothérapeutes en promotion de la santé, au moyen de la pratique communautaire, offre une perspective d'évolution de la profession à travers des interventions d'intérêt collectif. Face aux enjeux sociétaux et environnementaux actuels, les ergothérapeutes pourraient alors se positionner comme des acteurs incontournables à toute démarche en promotion de la santé, à destination de tous ceux qui ne participe pas, tous ceux qui ne s'adressent pas aux ergothérapeutes de leur propre initiative, mais qui éprouvent le besoin d'améliorer leur qualité de vie.

Enfin, les ergothérapeutes y trouveraient peut-être aussi le moyen de combler le manque de reconnaissance ressenti envers la profession.

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

FIGURE 1: LA CARTE DE LA SANTE ET DE SES DETERMINANTS. SOURCE : ANCTIL ET AL., 2012 .....	7
FIGURE 2 : ETAPES DE LA DEMARCHE DE PROJET SOURCE : BELLEUVRE ET AL., 2009, P3.....	12



# BIBLIOGRAPHIE

## Ouvrages

Douiller, A. (2015). *25 techniques d'animation pour promouvoir la santé* (2e éd). Le Coudrier.

Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (2e éd). De Boeck supérieur.

Pierce, D., & Morel-Bracq, M.-C. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. De Boeck supérieur.

Tétreault, S., & Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. De Boeck-Solal.

## Articles

Albuquerque, S. (2019). La promotion de la santé en ergothérapie, au cœur des occupations des populations. *Ergothérapies*, 73, 45-53.

Clavreul, H. (2020). De l'approche communautaire et citoyenne aux interventions d'intérêt collectif en ergothérapie. *Ergothérapies*, 79, 7.

De Leeuw, E., & Harris-Roxas, B. (2016). L'ingénierie de la promotion de la santé : D'Ottawa à l'après-Shanghai. *Environnement, Risques & Santé*, 15. <https://doi.org/10.1684/ers.2016.0920>

Finlayson, M., & Edwards, J. (1995). Integrating the Concepts of Health Promotion and Community into Occupational Therapy Practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 62(2), 70-75. <https://doi.org/10.1177/000841749506200204>

Holmberg, V., & Ringsberg, K. C. (2014). Occupational therapists as contributors to health promotion. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(2), 82-89. <https://doi.org/10.3109/11038128.2013.877069>

Monin, M. (2019). L'approche communautaire en ergothérapie : *Participation, occupation et pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive*, 343-362.

Pereira, R. B. (2017). Towards inclusive occupational therapy: Introducing the CORE approach for inclusive and occupation-focused practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 64(6), 429-435. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12394>

Saragoni, A. (2020). Parcours de soins, de santé, de vie et ergothérapie : Quels enjeux ? *Ergothérapies*, 77, 7.

Tucker, P., Vanderloo, L. M., Irwin, J. D., Mandich, A. D., & Bossers, A. M. (2014). Exploring the nexus between health promotion and occupational therapy : Synergies and similarities: Explorer le lien entre la promotion de la santé et l'ergothérapie : Synergies et similarités. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(3), 183-193. <https://doi.org/10.1177/0008417414533300>

## **Autres références**

Anctil, H., Bédard, Lucie, Québec (Province), & Ministère de la santé et des services sociaux. (2012). *La santé et ses déterminants : Mieux comprendre pour mieux agir*. Ministère de la santé et des services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>

ANFE. (s. d.). *La profession*. Consulté 12 septembre 2021, à l'adresse <https://anfe.fr/la-profession/>

Bourdillon, F. (2009). *Agences régionales de santé*. INPES Ed. <https://ipcem.org/img/ouvrages/ARSPPPPS.pdf>



Chemlal, K., Echard-Bezault, P., & Deutsch, P. (2014). *Promotion de la santé en milieu pénitentiaire : Référentiel d'intervention*. INPES éd.

FNES. (2018). *Promouvoir la santé et le bien-être dans le champ médico-social auprès des personnes en situation de handicap*. <https://www.fnes.fr/wp-content/uploads/2018/05/Guide-PSH-FNES-VF-pdf.pdf>

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, M. des affaires sociales et de la santé (2016- & Santé publique France. (2017). *L'Etat de santé de la population en France : Rapport 2017*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Rapport-ESPF-2017.pdf>

Légifrance. (2016). LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1), 2016-41.

Mannaerts, D. (2013). *Questionner les représentations sociales en promotion de la santé*. Cultures & Santé, Belgique.

OMS. (1986). *Promotion de la sante - Charte d'OTTAWA*. [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)

OMS. (1999). *Glossaire de la promotion de la santé* (p. WHO/HPR/HEP/98.1). Organisation mondiale de la Santé. Genève. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Poriel, G. (2014). *L'ergothérapie comme levier de la participation sociale des personnes en situations de handicap*. Mémoire Master2, Université de Rennes. <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2014/shps/poriel.pdf>

RRAPPS. (s. d.). *Santé communautaire*. Réseau régional d'appui à la prévention et à la promotion de la santé. Consulté 14 mars 2022, à l'adresse <https://www.rrapps-bfc.org/node/313>

SACOPAR, F. des maisons. (2013). *Action communautaire en santé : Un outil pour la pratique*. Fédération des maisons médicales. Consulté 14 mars 2022, à l'adresse <https://www.maisonmedicale.org/Action-communautaire-en-sante-un-outil-pour-la-pratique-2013.html>

Sizaret, A. (2018). *Faire le tour de la promotion de la santé... En 180 minutes (ou presque)*. IREPS Bourgogne Franche-Comté. [https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/2.4.dossier\\_documentaire.pdf](https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/2.4.dossier_documentaire.pdf)

Tuning. (2008). *Tuning Educational Structures in Europe—Reference Points for the Design and Delivery of Degree Programmes in Occupational Therapy*. [https://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/Publications/OCCUPATIONAL\\_THERAPY\\_FOR\\_WEBSITE.pdf](https://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/Publications/OCCUPATIONAL_THERAPY_FOR_WEBSITE.pdf)


World Federation of Occupational. (2012). *About Occupational Therapy* (<https://www.wfot.org/>) <https://www.wfot.org/about/about-occupational-therapy>

## ANNEXES

<b>ANNEXE I : CHARTE D'OTTAWA.....</b>	<b>1</b>
<b>ANNEXE II : LES 8 POINTS DE REPERE DU SECRETARIAT EUROPEEN DES PRATIQUES EN SANTE COMMUNAUTAIRE.....</b>	<b>6</b>
<b>ANNEXE III : GUIDE D'ENTRETIEN.....</b>	<b>8</b>
<b>ANNEXE IV : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....</b>	<b>10</b>
<b><i>ANNEXE V : VERBATIM DE L'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF E1</i> .....</b>	<b>11</b>
<b><i>ANNEXE VI : VERBATIM DE L'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF E2</i> .....</b>	<b>19</b>
<b><i>ANNEXE VII : VERBATIM DE L'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF E3</i> .....</b>	<b>31</b>
<b>ANNEXE VIII : VERBATIM DE L'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF E4.....</b>	<b>52</b>
<b><i>ANNEXE IX : ANALYSE DES ENTRETIENS</i> .....</b>	<b>66</b>
<b>ANNEXE X : ÉTAPES D'ANALYSE DES RESULTATS.....</b>	<b>69</b>




# ANNEXE I : CHARTE D'OTTAWA

 World Health Organization  
Organisation mondiale de la Santé

 Health and Welfare Canada  
Santé et Bien-être social  
Canada

 Canadian Public Health Association  
Association canadienne de santé publique

## OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION CHARTRE D'OTTAWA POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ



**STRENGTHEN COMMUNITY ACTION**  
RENFORCER L'ACTION COMMUNAUTAIRE

**DEVELOP PERSONAL SKILLS**  
DÉVELOPPER LES APTITUDES PERSONNELLES

**ENABLE**  
CONFÉRER LES MOYENS

**MEDIATE**  
SERVIR DE MÉDIATEUR

**ADVOCATE**  
PROMOUVOIR L'IDÉE

**CREATE SUPPORTIVE ENVIRONMENTS**  
CRÉER DES MILIEUX FAVORABLES

**REORIENT HEALTH SERVICES**  
REORIENTER LES SERVICES DE SANTÉ

**BUILD HEALTHY PUBLIC POLICY**  
ÉTABLIR UNE POLITIQUE PUBLIQUE SAINTE

---

**AN INTERNATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION**  
The move towards a new public health  
November 17-21, 1986 Ottawa, Ontario, Canada

**UNE CONFÉRENCE INTERNATIONALE POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ**  
Vers une nouvelle santé publique  
17-21 novembre 1986 Ottawa (Ontario) Canada

# Charte

La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa en ce 21<sup>e</sup> jour de novembre 1986, émet la présente CHARTE pour l'action, visant la Santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà.

Cette conférence était avant tout une réaction à l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement de santé publique dans le monde. Les discussions se sont concentrées sur les besoins des pays industrialisés, tout en tenant compte des problèmes de toutes les autres régions. La Conférence a pris comme base de départ les progrès accomplis grâce à la Déclaration d'Alma Ata sur les soins primaires, au document "Les buts de la Santé pour tous", et au récent débat sur l'action intersectorielle pour la santé, dans le cadre de l'Assemblée mondiale de la Santé.

## PROMOTION DE LA SANTÉ

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.

## CONDITIONS PRÉALABLES À LA SANTÉ

Les conditions et ressources préalables sont, en matière de santé : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. Toute amélioration du niveau de santé est nécessairement solidement ancrée dans ces éléments de base.

## PROMOUVOIR L'IDÉE

Une bonne santé est une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel, tout en constituant un aspect important de la qualité de la vie. Les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé. La démarche de promotion de la santé tente de rendre ces conditions favorables par le biais de la **promotion** des idées.

## CONFÉRER LES MOYENS

La promotion de la santé vise l'égalité en matière de santé. Ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé, et d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel santé. Cela comprend une solide fondation dans un milieu apportant son soutien, l'information, les aptitudes et les possibilités permettant de faire des choix sains. Les gens ne peuvent réaliser leur potentiel de santé optimal s'ils ne prennent pas en charge les éléments qui déterminent leur état de santé. En outre, cela doit s'appliquer également aux hommes et aux femmes.



## **SERVIR DE MÉDIATEUR**

Seul, le secteur sanitaire ne saurait offrir ces conditions préalables et ces perspectives favorables à la santé. Fait encore plus important, la promotion de la santé exige l'action concertée de tous les intervenants : les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques connexes, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias. Les gens de tous milieux interviennent en tant qu'individus, familles et communautés. Les groupements professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé, sont particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents, en faveur de la santé.

Les programmes et stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux besoins et possibilités locaux des pays et régions, et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

## **L'INTERVENTION EN PROMOTION DE LA SANTÉ SIGNIFIE QUE L'ON DOIT :**

### **ÉLABORER UNE POLITIQUE PUBLIQUE SAINTE**

La promotion de la santé va bien au-delà des soins. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé, et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard.

Une politique de promotion de la santé combine des méthodes différentes mais complémentaires, et notamment : la législation, les mesures fiscales, la taxation et les changements organisationnels. Il s'agit d'une action coordonnée qui conduit à la santé, et de politiques fiscales et sociales favorisant une plus forte égalité. L'action commune permet d'offrir des biens et services plus sains et moins dangereux, des services publics favorisant davantage la santé, et des milieux plus hygiéniques et plus plaisants.

La politique de promotion de la santé suppose l'identification des obstacles gênant l'adoption des politiques publiques saines dans les secteurs non sanitaires, ainsi que la détermination des solutions. Le but doit être de rendre les choix sains les plus faciles pour les auteurs des politiques également.

### **CRÉER DES MILIEUX FAVORABLES**

Nos sociétés sont complexes et interreliées, et l'on ne peut pas séparer la santé des autres objectifs.

Le lien qui unit de façon inextricable les individus et leur milieu constitue la base d'une approche socio-écologique de la santé. Le grand principe directeur menant le monde, les régions, les nations et les communautés est le besoin d'encourager les soins mutuels, de veiller les uns sur les autres, de nos communautés et de notre milieu naturel. Il faut attirer l'attention sur la conservation des ressources naturelles en tant que responsabilité mondiale.

L'évolution des schèmes de la vie, du travail et des loisirs doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de la rendre plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail sûres, stimulantes, plaisantes et agréables.

L'évaluation systématique des effets du milieu sur la santé – et plus particulièrement dans les domaines de la technologie, de l'énergie et de l'urbanisation, qui évoluent rapidement – est indispensable; de plus, elle doit être suivie d'une intervention garantissant le caractère positif de ces effets. La protection des milieux naturels et artificiels et la conservation des ressources naturelles doivent recevoir une attention majeure dans toute stratégie de promotion de la santé.

### **RENFORCER L'ACTION COMMUNAUTAIRE**

La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé.

La promotion de la santé puise dans les ressources humaines et physiques de la communauté pour stimuler l'indépendance de l'individu et le soutien social, et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires. Cela exige l'accès illimité et permanent aux informations sur la santé, aux possibilités de santé et à l'aide financière.

## **ACQUÉRIR DES APTITUDES INDIVIDUELLES**

La promotion de la santé soutient le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle permet aux gens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et de faire des choix favorables à celle-ci.

Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre pendant toute leur vie et de se préparer à affronter les diverses étapes de cette dernière. Cette démarche doit être accomplie à l'école, dans les foyers, au travail et dans le cadre communautaire, par les organismes professionnels, commerciaux et bénévoles, et dans les institutions elles-mêmes.

## **RÉORIENTER LES SERVICES DE SANTÉ**

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les institutions offrant les services, et les gouvernements. Tous doivent oeuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant les intérêts de la santé.

Le rôle du secteur sanitaire doit abonder de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé, au-delà du mandat exigeant la prestation des soins médicaux. Ce secteur doit se doter d'un nouveau mandat comprenant le plaidoyer pour une politique sanitaire multisectorielle, ainsi que le soutien des individus et des groupes dans l'expression de leurs besoins de santé et dans l'adoption de modes de vie sains.

La réorientation des services de santé exige également une attention accrue à l'égard de la recherche sanitaire, ainsi que des changements au niveau de l'éducation et de la formation professionnelles. Ceci doit mener à un changement d'attitude et d'organisation au sein des services de santé, recentrés sur l'ensemble des besoins de l'individu perçu globalement.

## **ENTRER DANS L'AVENIR**

La santé est engendrée et vécue dans les divers cadres de la vie quotidienne : là où l'on apprend, où l'on travaille, où l'on joue et où l'on aime. Elle résulte des soins que l'on s'accorde et que l'on dispense aux autres, de l'aptitude à prendre des décisions et à contrôler ses conditions de vie, et de l'assurance que la société dans laquelle on vit offre à tous ses membres la possibilité de jouir d'un bon état de santé.

L'intérêt pour autrui, l'approche holistique et l'écologie sont des éléments indispensables à la conceptualisation et à l'élaboration des stratégies de promotion de la santé. Ainsi donc, les auteurs de ces stratégies doivent adopter comme principe directeur le fait que, à tous les niveaux de la planification, de la mise en oeuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, hommes et femmes sont des associés égaux.

## **L'ENGAGEMENT FACE À LA PROMOTION DE LA SANTÉ**

Les participants de cette conférence s'engagent :

- à intervenir dans le domaine des politiques publiques saines et à plaider en faveur d'un engagement politique clair en ce qui concerne la santé et l'égalité dans tous les secteurs;
- à contrer les pressions exercées en faveur des produits dangereux, des milieux et conditions de vie malsains ou d'une nutrition inadéquate; ils s'engagent également à attirer l'attention sur les questions de santé publique telles que la pollution, les risques professionnels, le logement et les peuplements;
- à combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités produites dans ce domaine par les règles et pratiques des sociétés;
- à reconnaître que les individus constituent la principale ressource sanitaire, à les soutenir et à leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, eux, leurs familles et leurs amis; ils s'engagent également à accepter la communauté comme le principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être;



- à réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé, et à partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, ce qui est encore plus important, avec la population elle-même;
- à reconnaître que la santé et son maintien constituent un investissement social majeur, et à traiter la question écologique globale que représentent nos modes de vie.

Les participants de la Conférence prient instamment toutes les personnes intéressées de se joindre à eux dans leur engagement en faveur d'une puissante alliance pour la santé publique.

### **APPEL POUR UNE ACTION INTERNATIONALE**

La Conférence demande à l'Organisation mondiale de la Santé et aux autres organismes internationaux de plaider en faveur de la promotion de la santé, dans le cadre de tous les forums appropriés, et d'aider les pays à établir des programmes et stratégies de promotion de la santé.

Les participants de la conférence sont fermement convaincus que si les gens de tous milieux, les organismes non gouvernementaux, les associations bénévoles, les gouvernements, l'Organisation mondiale de la Santé et toutes les autres instances concernées s'unissent pour lancer des stratégies de promotion de la santé conformes aux valeurs morales et sociales inhérentes à cette CHARTE, la Santé pour tous d'ici l'an 2000 deviendra une réalité.

Cette CHARTE pour l'action a été élaborée et adoptée par une conférence internationale organisée conjointement par l'Organisation mondiale de la Santé, le Ministère canadien de la Santé et du Bien-être social et l'Association canadienne de santé publique. Deux cent douze délégués de 38 pays se sont rencontrés du 17 au 21 novembre 1986 à Ottawa (Canada) pour échanger connaissances et expériences en promotion de la santé.

La Conférence a stimulé un dialogue ouvert entre profanes et professionnels de la santé et d'autres secteurs, entre représentants des agences gouvernementales, bénévoles et communautaires, ainsi qu'entre politiciens, administrateurs, universitaires et praticiens. Les participants ont eu l'occasion de coordonner leurs efforts et de mieux définir les grands problèmes, tout en renouvelant leur engagement individuel et collectif face à l'objectif commun de la Santé pour tous d'ici l'an 2000.

Cette CHARTE pour l'action reflète l'esprit de celles qui l'ont précédée, dans lesquelles on reconnaissait et traitait les besoins des populations. Elle présente les stratégies et méthodes fondamentales de promotion de la santé que les participants considèrent indispensables à l'accomplissement de progrès majeurs. Le rapport de la Conférence traite en détail les questions soulevées, offre des exemples concrets et des suggestions pratiques sur la façon dont nous pouvons faire de réels progrès, et précise l'engagement exigé des nations et des groupes concernés.

La démarche vers une nouvelle santé publique est désormais évidente dans le monde entier. Elle a d'ailleurs été confirmée non seulement par les expériences, mais aussi par les engagements des participants de la Conférence; ceux-ci, qui étaient invités à titre individuel en fonction de leur spécialisation, représentaient les pays suivants : Angleterre, Antigua, Australie, Autriche, Belgique, Bulgarie, Canada, Danemark, Écosse, Espagne, États-Unis, Finlande, France, Ghana, Hongrie, Islande, Israël, Italie, Japon, Malte, Nouvelle-Zélande, Norvège, Pays-Bas, Pays de Galles, Pologne, Portugal, République démocratique allemande, République fédérale allemande, République d'Irlande, Roumanie, St. Kitts-Nevis, Soudan, Suède, Suisse, Tchécoslovaquie, Ulster, Union des Républiques Socialistes Soviétiques et Yougoslavie.

## ANNEXE II : LES 8 POINTS DE REPERE DU SECRETARIAT EUROPEEN DES PRATIQUES EN SANTE COMMUNAUTAIRE

# Les points de repère pour l'action communautaire

Les 8 points de repère proposés par le Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire sont rappelés ici, selon les catégories et la formulation adoptées par les auteurs de ce travail. On trouvera ensuite des pistes de réflexion et d'action relatives aux 4 premiers points de repère, spécifiques à l'action communautaire.

### Des repères spécifiques à la stratégie communautaire

- 1 Concerner une communauté**

La démarche communautaire concerne une communauté, définie comme un ensemble de personnes présentant un sentiment d'appartenance commun (habitants, professionnels, élus, institutionnels).  
La communauté peut se définir selon son espace géographique, et/ou ses caractéristiques et/ou son intérêt commun et/ou sa situation problématique commune.
- 2 Favoriser l'implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de coconstruction**

La démarche communautaire favorise la création d'un contexte qui permet et encourage la coconstruction et l'implication de tous les acteurs (habitants, professionnels, élus, institutions) dans les différentes étapes de la démarche (le diagnostic, la prise d'initiative, la décision, l'évaluation et l'évolution). Ce contexte est garant de la reconnaissance de la légitimité des compétences et de la capacité d'agir des citoyens.
- 3 Favoriser un contexte de partage des pouvoirs et des savoirs**

La démarche communautaire vise à mettre en place des relations où la spécificité de chaque acteur (professionnels, institutions, politiques, habitants, usagers) est reconnue. Ces relations reposent sur un partage des savoirs et des pouvoirs.
- 4 Valoriser et mutualiser les ressources de la communauté**

La démarche communautaire cherche à identifier, stimuler, mobiliser les ressources du territoire et de chaque acteur individuel et collectif, en reconnaissant leur spécificité et leur complémentarité.

## Un repère méthodologique

### ⑤ **Mettre en place un processus d'évaluation partagée et permanente pour permettre une planification souple**

La démarche communautaire se réfère à un plan d'actions construit et élaboré à partir d'une approche des besoins, de leur priorisation, de la recherche d'une utilisation optimale des ressources et des stratégies les plus adéquates. Mais ce plan doit rester souple, permettre aux acteurs de réorienter l'action en fonction d'événements non prévus, de nouveaux obstacles, de nouvelles ressources... La planification doit donc comporter un processus d'évaluation permanente, basé sur la concertation et la participation des intéressés.

## Des repères relatifs à une approche en promotion de la santé

### ⑥ **Avoir une approche globale et positive de la santé**

La démarche communautaire prend en compte et intègre, outre les dimensions et paramètres du champ sanitaire (éducatifs, préventifs, curatifs) ceux du champ social, économique, environnemental et culturel.

### ⑦ **Agir sur les déterminants de la santé**

Les démarches communautaires agissent sur les facteurs qui sont à la source des problèmes de santé (logement, environnement, éducation, culture, emploi...).

### ⑧ **Travailler en intersectorialité**

La démarche communautaire en santé vise à soutenir la participation de tous les secteurs concernés par la santé globale :

- elle vise à favoriser les décloisonnements institutionnels et professionnels, et l'implication de partenaires et de secteurs diversifiés ;
- elle doit veiller à définir et à clarifier les rôles et places de chacun de ces partenaires.

Il n'y a pas de hiérarchie ni de frontière stricte entre ces points de repère : ils se complètent, s'articulent de manière variable selon le contexte, et ne doivent pas forcément être poursuivis tous en même temps. Le cheminement s'élabore au fur et à mesure : tout l'art consiste à saisir les opportunités, les possibilités qui s'ouvrent à certaines étapes, pour rejoindre l'un ou l'autre point de repère au moment adéquat

## **ANNEXE III : GUIDE D'ENTRETIEN**

### **GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF**

#### **Critères d'inclusion :**

- Ergothérapeute Diplômés d'État ;
- Praticant ou ayant pratiqué en santé communautaire ;
- Praticant en France.

**Thèmes :** Ergothérapie ; Pratique communautaire ; Promotion de la santé

#### **Organisation des questions :**

1. Question principale

↳ *Question de relance ou pour compléter*

#### **INTRODUCTION**

Bonjour, je suis Julie Aubagnac, étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'Institut de Formation La Musse à Évreux (en Normandie). Je réalise cet entretien dans le cadre de la phase expérimentale de mon mémoire d'initiation à la recherche. Il va durer environ 40 minutes. Ce travail s'intéresse aux liens entre pratique communautaire, ergothérapie et promotion de la santé.

Vous pouvez décider de mettre fin à cet entretien à tout moment, ou vous pouvez évidemment ne pas répondre à une question si vous le souhaitez.

#### **CONSIDERATIONS ETHIQUES**

Vous m'avez retourné le formulaire de consentement signé, tout est bien clair pour vous ? Vous êtes toujours d'accord pour que cet entretien soit enregistré ?  
Pouvons-nous commencer ?

#### **QUESTIONS**

##### **Parcours, domaine d'exercice**

1. Quel est votre parcours professionnel jusqu'à aujourd'hui ?

↳ *Dans quel domaine travaillez-vous actuellement ? Quelle structure ? Et auprès de quelle population ?*

##### **Pratique communautaire**

2. Qu'est-ce qui vous a amené vers la pratique communautaire ? Pourquoi ce choix ?

3. Pour vous qu'est-ce que la pratique communautaire ? Comment vous la définissez ?

4. Quels objectifs (*déterminants en santé*) visez-vous à travers la santé communautaire ?
5. Comment cela influence votre pratique en tant qu'ergothérapeute ?
6. Pour vous, en quoi votre vision et formation d'ergothérapeute est un plus ?
7. Selon vous, pensez-vous que certains lieux d'exercice favorisent la pratique communautaire ?
8. Estimez-vous qu'une population particulière soit davantage à investir ou non en France ?
  - ↳ *Quelle plus-value à agir avec cette population précise ? Et dans ce cas quels objectifs (déterminants) viser ?*
9. Est-ce que les pratiques d'un autre pays vous ont servi de modèle pour développer cette pratique ?

### **Modèles**

10. Utilisez-vous un modèle de pratique ?
  - ↳ *Si non pourquoi ? Si oui lequel et pourquoi ?*

### **Action en promotion de la santé**

11. Dans votre pratique, estimez-vous que vous êtes impliqué dans des actions en promotion de la santé ?
  - ↳ *Lesquelles ?*
  - ↳ *Et par rapport à vos objectifs, lesquels correspondraient à la promotion de la santé ?*
12. Là encore, selon vous, en quoi votre vision d'ergothérapeute est un plus ?

### **CONCLUSION ET CLOTURE :**

Nous avons terminé cet entretien. Auriez-vous des éléments à ajouter, ou des questions à poser ? Je reste disponible pour d'éventuelles questions, informations ou demandes complémentaires.

Je vous remercie pour votre collaboration et le temps que vous avez consacré à cet entretien.

## **ANNEXE IV : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

### **FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

Madame, Monsieur,

Étudiante en 3ème année d'étude en ergothérapie à l'Institut de Formation La Musse à Saint-Sébastien de Morsent, j'effectue un mémoire d'initiation à la recherche qui s'intéresse à la manière dont la pratique communautaire en France permet une approche ergothérapique en promotion de la santé.

Dans le cadre de ce travail, je sollicite des personnes qui souhaiteraient participer un entretien.

L'ensemble des données recueillies au cours de cet échanges restera strictement confidentiel. Elles seront anonymisées et utilisées uniquement pour la recherche en cours. Elles seront intégralement détruites lorsque ce travail sera achevé.

La participation est bien évidemment basée sur le volontariat. Vous pourrez si vous le souhaitez mettre un terme à cet entretien sans avoir à émettre de justification.

Enfin, je souhaiterais pouvoir enregistrer notre entretien.

**1. Je soussigné(e), M. ou Mme..... certifie avoir lu et compris les informations nécessaires et choisis librement et volontairement de participer à cet entretien.**

**2.  J'autorise l'enregistrement de l'entretien.**

**Je n'autorise pas l'enregistrement de l'entretien.**

Fait à .....

Le ...../...../.....

Signature du participant

Signature de l'étudiante ergothérapeute

Julie AUBAGNAC



## **ANNEXE V : VERBATIM de l'entretien semi-directif E1**

Ergothérapeute interrogée

Étudiante

D'abord merci d'avoir accepté cet entretien.

Tout était clair dans le formulaire de consentement, tu n'avais pas de questions particulières ? Tu peux interrompre à tout moment, tu peux ne pas répondre à certaines questions si tu le souhaites.

Alors, pour commencer est ce que tu peux m'expliquer ton parcours professionnel jusqu'à aujourd'hui ?

Alors j'ai été diplômé il y a 6 ans (...)

J'ai fait deux ans en hôpital psychiatrique enfin oui en hôpital psychiatrique, de l'intra, enfin j'ai fait plusieurs structures. Euh pendant un an j'ai rien fait de spécial. Après j'ai fait une mission humanitaire (...). Et après je suis revenue deux ans en psychiatrie, donc le poste où je suis aujourd'hui, où je suis à mi-temps sur l'hôpital de jour de réhabilitation et à mi-temps sur une équipe mobile psychiatrique.

Okay et du coup-là tu travailles principalement auprès de quelle population ?

Alors dans l'UMPP c'est auprès des personnes donc précaires, donc ça peut être en fait c'est toute personne qui n'ont pas de logement fixe donc ça peut être des SDF voilà avec des papiers français et cetera mais qui vivent ..... en demande d'asile, ça peut être aussi des personnes déboutées de leur droit d'asile, enfin c'est vraiment un public très large c'est globalement tous ceux qui n'ont pas un logement fixe voilà que ce soit hébergé chez des gens ou hébergées dans des foyers où hébergés, quelque chose de non pérenne.

D'accord et du coup qu'est-ce qui t'a amené vers ce type de pratique plutôt communautaire ?

Bah alors je pense la mission humanitaire (...) et puis après c'est le fait surtout que bah que c'était nouveau euh que moi j'avais envie d'une ergothérapie peut être un peu plus dans la cité encore, parce que c'est vraiment ce que je préfère et là du coup voilà

le fait de pouvoir intervenir dans les foyers de pouvoir intervenir .....sur les lieux d'accueil et cetera c'était vraiment une pratique qui qui m'a intéressé donc je pense que c'est surtout ça le fait et puis d'aider les publics qu'on rejette de façon générale je pense que voilà ça c'est ça qui m'a attiré le plus, pour redonner une fonction à ces personnes et un rôle dans la société.

C'est ce que j'aillais te demander en fait quels objectifs tu visais particulièrement à travers cette pratique communautaire ?

Alors bah ça dépend il y a une partie la plupart de mes objectifs sont plutôt de tisser des liens parce que c'est souvent des gens qui sont assez seuls et cetera donc via les activités mon but va être de faire du groupe, de tisser des liens pour que les personnes se rencontrent, s'entraide et cetera et se sentent moins seules. Après ça va être aussi l'inclusion dans la cité voilà quand on est qu'on soit une personne migrante ou non. Enfin voilà c'est les villes des fois on les connaît pas bien on va connaître certains points donc ça va être aussi de d'avoir des références des lieux et cetera qu'on connaît où on se sent bien voilà, vraiment l'insertion dans la cité. Après il y a le bien être de façon générale voilà c'est des personnes qui globalement sont exclues de partout, ne se sentent pas forcément bien avec voilà des PTSD (...). Enfin ça dépend, au niveau pathologie c'est assez varié et du coup ça va être aussi de favoriser ce bien-être en essayant de traiter les symptômes, par exemple le PTSD, les troubles du sommeil ben j'ai mis en place des activités de relaxation enfin voilà donc ça va être aussi tout ce qui va être très très paramédical hein le traitement des symptômes et voilà. Je dirais que c'est les trois principaux objectifs.

Et est-ce que toi tu as le sentiment que le fait de pratiquer comme ça en communauté ça influence ta pratique en tant qu'ergothérapeute ?

Ça c'est c'est vrai que c'est pas pareil. Alors pour le coup ça oui ça modifie les choses, le cadre il est beaucoup plus flexible c'est pas tout toujours des groupes c'est, enfin ça dépend où mais il y a des moments où c'est des groupes très souvent ouverts déjà, parce que voilà c'est des personnes très labiles, des fois ils vont être là des fois ils vont plus être là des fois ils ont le temps des fois ils ont pas le temps donc c'est vrai que au niveau de la pratique ça nous apprend aussi à être beaucoup moins rigide je dirais. Voilà là vraiment il y a cette notion de je propose quelque chose et vous si vous voulez



vous en saisir vous le faites mais si vous avez pas le temps aujourd'hui bah je serai encore là dans deux semaines et c'est pas grave enfin. Du coup je pense que c'est surtout ça qui change et puis le fait que ça nous pousse enfin moi ça m'a poussé vraiment à tisser des liens avec les équipes autour de moi, j'ai jamais autant travaillé avec des éduc depuis je suis en UMPP voilà, je connais toutes les assos. Enfin ça pousse vraiment à à faire des recherches de réseaux à connaître les gens pour pouvoir mieux les orienter et cetera donc c'est une pratique un peu plus tournée aussi vers la cité et les autres travailleurs autour.

Oui, c'est à dire pour eux mais pour toi aussi du coup ça élargit tout ton tout ton tissu relationnel professionnel en fait

Et est- ce que toi tu as le sentiment que ta vision en tant qu'ergothérapeute c'est un vrai plus dans ce type de pratique ?

Bah je pense vu que on fait appel à moi ! En gros je dirais qu'enfin du coup je vais me comparer aux autres professionnels pour qu'on comprenne l'idée. En gros vis à vis des infirmiers moi je vais être beaucoup plus sur le groupe je vais être beaucoup plus sur l'activité les infirmiers vont faire des entretiens ils vont prendre le temps d'écouter la personne mais en individuel. Alors que moi vraiment ça mon apport va être là ça va être plutôt sur la notion de bah on se décroche du quotidien et pour le coup je suis pas celle qui va se concentrer sur voilà l'entretien la problématique et cetera on va être plutôt surtout le côté plus créatif de la chose plus plus sociale, plus voilà plus plus inclusif et cetera. Pareil pour les psychologues qui vont vraiment être sur l'entretien individuel et cetera. Moi ça va être plutôt ça ma spécificité ça va être le groupe et les le côté créatif. Et au niveau des éducateurs en structure ce qu'ils y voient différent c'est le côté plutôt l'analyse de l'autonomie, parce que très souvent les éducateurs ils vivent avec, enfin ils vivent ou en tout cas ils les connaissent via les structures de jour où via les structures de nuit, mais ils les connaissent voilà dans leur quotidien, il y a des tas de choses qui peuvent pas vraiment évoluer. Donc voilà les éducateurs pour le coup ils vont plus aller me chercher sur ça sur tout ce qui est évaluation de l'autonomie pour monter des projets et cetera. Donc je dirais que ça dépend avec qui je travaille mais je pense que chacun a trouvé un intérêt à l'ergothérapie même si c'est pas le même voilà.

Oui mais du coup ça apporte vraiment enfin c'est une vision qui va apporter quelque chose de spécifique par rapport aux autres professionnels enfin toi tu le constates du coup ?

Oui.

Et par rapport à ton expérience, ou ou si t'as eu d'autres relations avec d'autres d'autres ergo qui bossent en en pratique communautaire, est ce que tu as l'impression qu'il y a des populations particulières qui seraient davantage à investir en fait ou pas ? Alors les publics précaires c'est ce qu'on trouve souvent dans les publications mais est-ce que tu penses qu'il y a d'autres types de population qui serait aussi intéressant à investir ?

Peut-être les enfants, les ados mais. Parce qu'au niveau adulte c'est compliqué, faut que ce soit des personnes qui fréquentent les lieux communautaires de façon régulière et quand on est adulte souvent c'est pas c'est pas ce qui va arriver en premier. En fait c'est ça la limite du communautaire c'est que du coup on va s'adresser co personnes qui côtoient les lieux où on va. Y a des tas de personnes qui sont très difficiles à du coup à aborder et à côtoyer parce qu'ils ils sont un peu hors des de ces lieux là. Alors après le réseau fait que voilà entre les autobus, les distributions de repas tout ça tout le monde se connaît tout le monde donne des voilà tout le monde donne des adresses et voilà. Mais un autre public que le public précaire, bah c'est souvent des publics qui sont du coup qui vont avoir le droit au, enfin en fait c'est ça c'est que le but des UMPP c'est que c'est des gens qui n'ont pas le droit pas droit au droit commun. Alors que les autres publics auraient droit au droit commun en fait, donc les autres publics se retrouvent déjà dans les CMP, les IME. Donc je suis pas sûr que les autres publics du coup rentrerait dans le champ d'action des UMPP, vu que les UMPP sont faits pour ceux qui n'ont pas justement de structure de référence.

D'accord. Et par rapport toujours à la pratique communautaire est ce que tu t'as plus de servir de ce qui se passait dans d'autres pays ou pas pour développer cette pratique ou c'est vraiment quelque chose que t'as puisé dans ta formation ou dans de la formation personnelle ?

Alors j'ai lu un peu quand je suis arrivé c'est vrai que j'ai plutôt lu ce qui était fait au Canada et en suisse. Après je pense que j'ai parce que tout ça est très en fait c'est la théorie qu'on va plutôt assimiler voilà, la façon de penser. Moi ça m'a permis de savoir quelles étaient mes missions de mieux les connaître et de ne pas m'éparpiller. Après dans le pratico pratique, ça n'a rien appris de lire, parce que ça dépend tellement de la ville où on est, ça dépend tellement du réseau associatif des partenaires et cetera que c'est impossible de calquer quelque chose qui a été fait ailleurs ici. Donc en gros ça m'a appris plutôt sur tout ce qui était vision de penser et cetera, tout ce qui va être voilà façon d'aborder le soin, l'aller vers et cetera, tous ces termes un peu qui sont pas communs et qu'on n'apprend pas forcément profondément dans les études et qu'on voit pas dans la plupart des structures autres. Mais après dans la pratique de toute façon c'est vraiment l'échange avec les professionnels et les patients aussi qui m'ont permis de monter mes activités et de savoir où est ce qu'il fallait que j'aille et où est ce que c'était pertinent d'aller.

D'accord. Après toi dans ta pratique personnelle est ce que tu utilises ou pas un ou des modèles de pratiques, type MCRO, MOH et cetera ?

Alors moi j'utilise le MOH parce que j'ai été formé il y a pas longtemps. Du coup maintenant j'utilise le MOH après je m'appuie beaucoup sur la réhabilitation psychosociale. Et puis un peu sur la RBC, la euh réadaptation à base communautaire. Dans mes écrits c'est le MOH, après voilà il y a un peu de, un peu de tout, il y a un peu de ces trois là.

Oui, tu utilises ce que toi tu trouves intéressant pour pouvoir soutenir ta pratique en fait ?

Oui.

Ok. Et après enfin je veux dire sur une vision plus tournée vers la promotion de la santé, est ce que toi t'as le sentiment avec ta pratique d'être aussi impliqué dans des actions de promotion de la santé ?

La promotion de la santé, bah pas tant que ça. Je dirais que c'est surtout les infirmiers qui le font. Après c'est plus que je dirais l'apport de l'ergothérapie dont les structures,

c'est que je vais des fois accrocher des personnes avec les activités que les infirmiers n'arrivent pas à accrocher, parce que voilà c'est trop confrontant l'entretien infirmier machin. Donc c'est plutôt comme ça que dans les structures je vais réussir à accrocher quelqu'un et à l'amener vers le soin. C'est parce que très souvent dans les structures, j'ai beau dire que je suis ergothérapeute et que je travaille à l'UMAP, pour eux bah je suis une animatrice d'activités sur le coup ils ont pas toute la notion de qu'est-ce que ça implique et du coup ça permet de tisser des fois les premiers liens. Bon alors il y a des gens des fois qui accrochent très bien avec les infirmiers directs mais il y en a voilà ça permet de fixer un premier lien et cetera et du coup ça va être plutôt là ma spécificité. Mais après souvent quand on aborde vraiment la maladie et cetera ça va être plutôt les infirmiers qui vont qui vont faire ce travail.

Mais après quand tu me parles des objectifs par exemple, tu m'as dit tout à l'heure de bien être ou de sortir un peu de son isolement social et cetera, en soi ça on pourrait le ranger dans des actions de promotion en santé déjà ?

Oui, oui c'est vrai que c'est plus des enfin oui oui oui c'est pas faux.

C'est parce que moi je voyais la promotion de la santé vraiment comme euh, un peu de l'éducation thérapeutique et cetera. Et ça va plus être les infirmiers mais oui sinon forcément si le but c'est pour lutter contre les symptômes et favoriser un mieux-être avec la maladie, oui dans ces cas-là. La relaxation oui, l'art créatif oui, enfin après il y en a plein voilà. L'atelier cognitif pour lutter contre les troubles les troubles cognitifs du au korsakoff et au conso d'alcool oui, enfin dans ces cas là oui.

Ok, et du coup est-ce que toi tu penses d'ailleurs que tu as des connaissances en promotion de la santé finalement ou pas particulièrement, enfin avec ce que tu m'expliques, pas particulièrement en fait ?

C'est pas un domaine, bah en fait ah oui je l'abordais en cours. Après c'est parce que vu que je travaille en HDJ, on a vraiment en HDJ ce côté programme éducation thérapeutique voilà et du coup à l'UMAP est moins perceptible. Enfin je le je le perçois moins les moments où. Mais après forcément que le PTSD on l'explique, voilà y a plein de fois où je vais expliquer que voilà les cauchemars et cetera c'est des choses qui sont normales. En fait c'est parce que oui ça va être plus de l'informel presque en fait, c'est ça c'est que c'est pas aussi normé qu'en HDJ. Ça va être tellement plus informel

voilà en séance de relaxation voilà en effet je vais prendre le temps d'écouter où sont les symptômes, où sont les voilà expliquer que tout ça ça prend du temps et que justement c'est via les entretiens infirmiers ou les le suivi psychologique que tout ça ça va se débloquent voilà. Pareil avec les troubles cognitifs, voilà je prends le temps dans l'atelier cognitif, je prends beaucoup le temps d'expliquer pourquoi on fait cet exo, les troubles de mémoire qu'est-ce que ça implique dans le quotidien enfin voilà. Mais ça c'est plus en fait je m'en rends pas compte, c'est plus dans le donc dans l'échange qui va se créer pendant l'activité voilà.

Ça fait vraiment partie du coup de ta pratique enfin c'est pas quelque chose sur lequel questionne ou sur lequel t'as prévu des objectifs particuliers, ça fait partie du travail que tu fais toi en tant que ergo en fait ?

Oui oui oui bah comme l'activité sport elle est aussi pensée en me disant que bah si on fait une activité sport à dix heures, ça va peut-être reculer les conso ce jour-là parce que voilà il y a sport, et que le sport inclut très souvent au bout d'un moment une espèce de d'implication. Voilà enfin tout ça oui c'est pensé, mais c'est pensé c'est vrai plutôt en arrière fond sans que j'ai vraiment besoin d'y penser enfin.

Je comprends ce que tu veux dire oui, c'est pas formalisé comme tu disais sur ton autre sur ton autre temps où vraiment c'est du plus formel et plus écrit et cetera, c'est intéressant. Et enfin pour finir, toi quelle définition tu donnerais à la pratique communautaire en fait, tu l'expliquerais comment, pour toi qu'est-ce que c'est ?

Pour moi la pratique communautaire en ergothérapie c'est le fait d'aller voir déjà les personnes là où ils sont, et donc c'est c'est pour moi vraiment la notion d'aller vers et de leur proposer des choses qui pourrait leur permettre d'avoir un rôle dans cette communauté qui pourrait leur permettre, sur un temps donné en tout cas, de se sentir citoyen, ou inclus, ou écouté et cetera et d'avoir toujours cette un peu cette permanence d'accès, voilà à la personne et se dire que ouais voilà pour moi c'est globalement ça je sais pas ce que je pourrais ajouter de plus.

C'est complet déjà ! C'est bien c'est super clair c'est bien !

Écoute, moi je pense que j'ai fait le tour de, je vérifie en même temps sur mon

Guide, mais je pense que j'ai fait à peu près le tour de tout ce que je voulais te demander. De toute façon si toi t'as des choses à ajouter ou des questions et voilà, tu n'hésites pas, tu peux me me renvoyer un mail et et voilà. Et puis bah je je vais continuer, t'étais mon t'étais mon premier aujourd'hui !

Bon bah bon courage ! Si jamais t'as l'occasion de me l'envoyer je veux bien l'avoir une fois qu'il sera fini le mémoire, ça m'intéresse de de le lire. Et puis bon courage, c'est pas facile parce que c'est nouveau mais c'est un chouette sujet.

## **ANNEXE VI : VERBATIM de l'entretien semi-directif E2**

Ergothérapeute interrogée

Étudiante

Alors pour commencer je vais commencer par une question assez générale, est ce que tu peux m'expliquer ton parcours professionnel jusqu'à aujourd'hui ?

Professionnel, ok. Alors moi j'ai fait des études d'ergo à Créteil, dans la formation que j'ai faite, un stage important a été le stage à la Borde, qui qui qui qui impulse quelque chose de particulier au niveau identitaire on va dire dans la formation professionnelle, à la fois en santé mentale mais aussi dans la manière de penser le travail et le soin voilà. J'ai ensuite travaillé en psychiatrie en région parisienne, donc psychiatrie adulte. Et puis je suis allé en Suisse italienne où j'ai travaillé avec des personnes qui avaient des suites d'AVC, de traumatisme crânien donc tu vois en neurologie adulte voilà, là sur des sorties d'urgence jusqu'au retour à domicile, en Suisse on a la chance de pouvoir faire ce parcours complet. Je vais essayer de pas t'oublier des bouts parce que c'est un peu long. Après donc je suis revenu en France, j'ai travaillé dans un foyer d'accueil médicalisé avec des personnes cérébrolésées. Et puis en parallèle j'ai repris des études de philo voilà. Et après j'ai travaillé dans un service d'intervention à domicile pour des personnes qui ont un handicap sensoriel moteur. J'ai travaillé dans une maison d'accueil spécialisée bon c'est pas tout à fait dans l'ordre ce que je te dis mais en gros tu as tout. Et puis ensuite j'ai travaillé dans un service qui accompagne des enfants déficients visuels, enfin jeunes enfants c'est de zéro à vingt ans en gros, malvoyants ou non-voyants, dans le milieu de vie, donc vraiment à l'école et à la maison. Et puis ensuite je suis revenue sur mes premiers amours on va dire, la psychiatrie, donc j'ai travaillé dans un hôpital de jour de crise et en intra hospitalier voilà, psychiatrie adulte toujours près de Grenoble. Après j'ai continué un petit peu la psychiatrie à Paris et j'ai fait un, je me suis formée au CNAM. Je voulais pas faire un diplôme de cadre mais qui soit pas hospitalier, donc j'ai pas fait le diplôme de cadre de santé, parce que c'est pas une culture dans laquelle je me reconnais et donc je suis parti sur un diplôme qui s'appelle manager d'organismes à vocation sociale et culturelle, parce que j'ai eu besoin de faire un pas de côté par rapport à la santé et d'aller le voir un petit peu dans d'autres champs professionnels, la question de la participation en fait je me suis vraiment centrée j'ai enfin une

recherche-action sur la participation des habitants mais du coup avec le regard ergo. Euh voilà et et en parallèle de tout ça j'ai commencé des activités d'enseignement, d'abord auprès des de des travailleurs sociaux, moniteur éducateur, éducateur voilà et puis auprès des ergos un petit peu dans différents IFE voilà. Et puis progressivement j'ai augmenté ses interventions là sur mon temps de travail oui et puis j'ai développé aussi une posture de formatrice pour adultes, donc en formation continue, dans le champ de la psychiatrie principalement et voilà. Aujourd'hui j'ai un poste de mi-temps d'enseignante donc à la haute école à Bruxelles et un autre mi-temps, c'est mon activité de formatrice, donc notamment je suis formatrice en premiers secours en santé mentale, donc voilà sur des actions on va dire promotion de santé tout public quoi.

Ok

Voilà et peut être ce qui est à mettre en parallèle de ça, c'est que pour moi la vie professionnelle s'est progressivement très articulée avec ma vie personnelle et et des investissements associatifs on va dire voilà, des engagements citoyens voilà, que pour moi j'ai essayé d'articuler dans ma pratique ergo.

D'accord, ah oui c'est intéressant, beau parcours !

Ah ba pas toute jeune hein quand même !

Oui, oui, bon mais je suis pas toute jeune non plus, mais il est pas aussi étoffé.

J'ai changé beaucoup de fois de postes voilà, je suis pas resté longtemps.

Oui, mais parfois c'est intéressant aussi pour multiplier les expériences et faire plein de choses hein.

Ah oui oui, bon moi c'est ma personnalité aussi tu vois j'ai besoin d'explorer différentes différents domaines et cetera quoi ça c'est voilà.

Et concernant la comment la pratique communautaire, tu, qu'est ce qui t'a amené en fait vers ce type de pratique ?



Alors déjà de dire que moi quand je parle de, je parlais du travail que je faisais, enfin peu importe où, j'ai jamais utilisé le terme de pratique communautaire. Parce que c'est pas un terme qui était employé en France à l'époque et puis encore très bien défini on va dire. Mais quand, explorer ces termes là et notamment j'ai rencontré des gens qui sont dans l'approche de santé communautaire, j'ai senti des liens forts avec ma manière de travailler. Mais je n'ai pas une pratique communautaire, je n'ai pas eu une pratique communautaire au sens pur je dirais du terme, qui pour moi une pratique serait communautaire serait de travailler avec des personnes pour les fédérer en communauté, mais donc des habitants, ou ça peut être des personnes qui ont des des pathologies, mais pour les fédérer en tant que communauté pour pouvoir elle-même trouver des solutions de santé. Or j'ai toujours agi à partir, puisqu'il faut bien aussi que je gagne ma vie mais que c'est aussi le schéma de la formation ergo, j'ai toujours travaillé à partir d'institutions. Donc à partir d'institutions, on travaille en individuel, on ne demande pas d'accompagner un groupe d'habitants, ou voilà. Donc on nous demande d'accompagner des fois des groupes, donc pour moi ce qui se rapproche de la pratique communautaire c'est ce que j'ai pu faire en psychiatrie adulte, en travaillant avec des groupes de patients, mais en travaillant d'une certaine manière avec ces groupes de patients. C'est à dire en intégrant les soignants sur un plan d'égalité et en faisant en sorte que les patients et les les soignants, soient auteurs de décision collective voilà. Donc et c'est pour ça que je te parlais de la Borde en tout début de parcours parce que ça ça s'apparente à la psychothérapie institutionnelle, qui dit que c'est la manière dont est construit l'institution, le soin, qui soignent. Et donc ce qui soignent en psychiatrie c'est le fait de participer à ce qui fait société, donc un hôpital de jour ou la société plus globalement tu vois. Donc en fait c'était déjà dans des groupes, par exemple un atelier d'écriture, ou certes je vais animer, mais je vais essayer de faire en sorte que les patients s'aident mutuellement énormément, soit vraiment dans un processus de coopération et qui soient, qui décident du cadre, qui décident un maximum de tout ce qu'on fait, et moi de m'effacer vraiment, voire même que les patients animent l'atelier, tu vois. Parce qu'ils en ont les compétences en fait, certains pas tous, mais parce que ça c'est pour sortir de la posture, le soignant d'un côté et les patients de l'autre tu vois, et en plus (...). Et donc pour moi quand on est dans cette approche horizontale, ou en plus par exemple je travaille avec la bibliothécaire qui est partie, pas particulièrement une soignante tu vois, donc c'est encore non un autre un autre acteur, on est dans une approche communautaire. Et

enfin pour moi qui s'apparente à ça, qui va viser l'émancipation et cetera. Et après j'ai travaillé ça mais plus en individuel, en essayant d'intégrer des patients dans des associations locales, notamment un jardin partagé, mais c'est une petite expérience en temps, voilà mais je malheureusement j'ai pas pu travailler plus longtemps dans ce service parce que après je suis partie de Grenoble. Mais l'idée c'était que là par contre ce monsieur qui a ça ça ça son trouble psychiatrique, mais qui est aussi habitant dans tel quartier, il intègre une communauté d'habitants ou une communauté de jardiniers, et donc là c'est pas la maladie qui fait communauté, c'est le lieu de vie et pour moi ça c'est vraiment le sens de premier de communautaire, c'est le lieu où on vit en fait. Mais comme l'hôpital, le soin est construit par, à partir du lieu où on soigne, et pas à partir du lieu où on vit, et bien on, c'est pour ça que tu vois je te dis, moi je l'aurais pas appelé pratique communautaire, mais par contre je pense que ça s'y apparente, dans l'esprit dans la mesure de ce qui était possible, et et et dans une visée de de de que personnes ça ça leur permettre de prendre conscience de leur pouvoir d'agir quoi.

Ok, c'est ce que j'allais te te demander en fait. Quel qu'elles étaient vraiment les grands objectifs que que tu pouvais viser en fait à travers ce ce ce type de de pratique ?

Ouais. Donc pour moi il y a vraiment au cœur, le le socle c'est la participation. Et pas une participation, je voudrais que vous participiez et pour participer il faut faire ça, non. Participation volontaire à un projet collectif, parce que ça a du sens pour la personne. Donc là on est dans le sens des activités humaines tu vois, pour moi le vraiment le le ça rejoint l'ergo. Mais pour moi ce qui va donc, la visée c'est utiliser les les, comment dire, les bienfaits de la participation sociale à des fins thérapeutiques, mais à des fins aussi d'inclusion sociale simplement quoi. Parce que un professionnel de santé dans le sens où l'occupation soigne, mais le fait d'être intégré socialement soigne aussi et est préventif au niveau de la santé voilà voilà. Ce qui ne serait pas le regard d'un éducateur par exemple, qui va dire lui que le plus important pour lui c'est l'intégration sociale point. Nous c'est important parce que ça a des bénéfices au niveau de la santé, c'est très protecteur au niveau de la santé, ça c'est pas moi qui le dis c'est l'OMS, appartenir à un réseau social. Et donc si tu veux pour moi, les principes peut être pour te dire ce qu'est une pratique communautaire, c'est vraiment que ce soit basé sur cette participation, qu'il y ait cette égalité entre les différents acteurs et que, ça, il y ait plusieurs acteurs aussi tu vois, travailler avec des associations, des élus, des voilà, dans la mesure du possible quoi.

Ça implique vraiment les différents partenaires qui qui gravitent autour du du lieu.

C'est à dire pour moi un soignant tout seul ne peut pas faire de pratique communautaire, ça n'a pas de sens.

Et et du coup, enfin tu me l'as déjà un petit peu expliqué, mais en quoi vraiment tu tu estimes toi que ta vision et ta formation d'ergothérapeute, c'est un vrai plus dans cette façon de travailler ?

Alors pour moi l'ergothérapeute il aborde, je prends un petit peu de temps pour répondre, parce que ça dépend de quelle formation tu parles, voilà formation que j'ai eue moi et la formation actuelle. Je vais d'abord te parler de la formation que j'ai eue, qui aborde le la personne du point de vue de l'acteur, c'est à dire de capable de, en mesure de, en devenir tu vois, une vision vraiment positive de l'être humain. Et donc même si on on on on a été aussi formé à compenser les déficiences, à évaluer les incapacités, on regarde aussi beaucoup ce qui ce qui va bien, c'est la personne et et le le le travail avec le l'entourage, l'environnement. Donc pour moi, on a une sensibilité à considérer la personne qu'on accompagne dans son contexte et ça, c'est si on n'avait pas ça, on pourrait pas travailler en communautaire parce qu'on ne pourrait pas avoir une considération de ce qui entoure la personne, de son contexte. Et par rapport à la compréhension des activités, on ne regarde pas l'activité en tant que tâche, et c'est là où ça ça va se développer avec l'arrivée des modèles d'occupation, mais par rapport à l'impact aussi de l'environnement sur la réalisation de ces activités. Donc ce trio, cette triade personne-occupation-environnement. E donc là, à partir du moment où on considère l'être humain et l'occupation dans son environnement, et bien on la considère dans un espace social et sociétal, et donc possiblement dans une communauté, en tout cas dans une société voilà, on pourrait dire plutôt société en France, et en France même en tant que citoyen dans un pays voilà. Je suis plus à l'aise avec le terme de citoyenneté par exemple, parce qu'il est, il a beaucoup de sens en France. Et donc pour moi, l'ergothérapeute a cette vision situer dans l'environnement voilà. Et une considération que la personne, donc ça c'est l'approche humaniste, a les solutions à elle-même et sais ce qui est bon pour elle, et non pas que ce soit le soignant qui sait tout ça donc, même si on a du mal à en sortir, cette approche humaniste nous permet de regarder les gens comme capables d'agir, ce qui nous permet d'aller dans l'empowerment et donc là qui qui va nous mettre en écho, en tout

cas en lien très fort avec les travailleurs sociaux. Et la troisième chose peut être qui me paraît importante dans la formation, c'est qu'on a appris à travailler avec des groupes, notamment en psychiatrie, mais on a appris à la mode hospitalière, le cadre étant parfois confondu avec les règles de l'autorité. Quand on parle de coopération, de facilitation, d'intelligence collective, les ergos ils sont là en fait, ça nous parle parce que à la base on a cette formation de faciliter la participation, de, que la personne soit actrice. Voilà c'est des grands principes, je sais pas si tu, c'est ça que tu attends ?

Oui oui, ça ça ça répond à ce que à ce que j'ai pu lire et à ce que j'ai pu trouver en terme de théorie, donc c'est c'est c'est bien, parce que c'est vrai que moi ça fait vraiment écho à ce que j'ai pu, à ce que j'ai pu rédiger et synthétiser. Et finalement, est ce que tu tu tu as l'impression que, il y a vraiment une enfin une, ou des populations particulières qui serait davantage investir ou pas, pour ce type de pratiques, en France j'entends ?

Comment dire, qui pourrait en avoir, je pense que tout le monde en fait, ça s'adresse à tout le monde, toute tranche d'âge. Tu vois moi j'ai travaillé avec des enfants qui qui échangent entre eux leur leur savoir pour utiliser un un appareil une aide technique et tout, moi je je l'utilise pas dans mon quotidien, j'ai pas ce savoir d'expérience tu vois. Donc ça peut être des enfants, ça peut être des personnes âgées, ça peut être des personnes qui sont en bas de l'échelle sociale ou des personnes qui sont en haut de l'échelle sociale, et au contraire les pratiques communautaires vont être comment, peuvent favoriser aussi cette, ces interactions entre personnes de de milieux ou de d'âges différents et cetera quoi. Maintenant, les personnes je pense qui ont le plus besoin, mais ça c'est elles qui pourraient le dire, mais donc ça n'est que ma perception, c'est les personnes qui pensent qu'elles n'ont pas de pouvoir sur leur vie et pas de pouvoir sur le monde qui les entoure. Ça fait quand même beaucoup de monde hein ! Et qui du coup ne prennent pas la parole, par exemple ne vote pas hein, je prends la parole symboliquement tu vois, taux d'abstention en Seine-Saint-Denis, au second tour on est à soixante pour cent je crois hein, à vérifier les chiffres, mais en tout cas les taux très élevés. Pourquoi, parce qu'ils sont pas du tout concernés par par ce qui se passe, or on est sur le socle de la citoyenneté, le vote, enfin un des éléments, pas le socle mais un des éléments. Donc pour moi c'est ceux qui ne participent pas en fait, parce qu'ils ne se sentent pas concernés par par le monde qui les entoure. Et donc c'est les sans voix tu vois pour moi ; c'est des personnes qui travaillent tellement toute

la journée que elles peuvent pas prendre le temps de penser, les personnes qui qui ne n'ont pas les les conditions de vie nécessaires à être en bonne santé, donc un abri, un bon salaire, enfin un salaire correct, la paix voilà, donc aussi des des personnes qui peuvent être dans des situations de conflit, là je te donne des éléments de la charte d'Ottawa en fait, sur les les ce qui est prérequis, les les les principes de base pour être en bonne santé quoi. Et donc ce serait ces personnes là et parce que pour moi, à partir du moment où tu prends conscience que tu peux agir sur ta vie, tu deviens capable vraiment d'agir, mais c'est aussi en prenant la capacité, en en en agissant qu'une personne, par exemple ce monsieur qui fait du jardinage, c'est en faisant le jardin qui se rend compte qu'il est capable, et et une fois qu'il se rend compte qu'il est capable, il se rend compte que ben de jardiner il est capable aussi de gérer la relation avec ses enfants et puis tu vois ça c'est un cercle vertueux quoi. Donc pour moi ça s'adresserait à ceux qui ne s'adresse pas aux ergothérapeutes, de leur propre chef.

Ok. Et est-ce que les pratiques qui peuvent se se réaliser dans d'autres pays ont pu, à un moment donné, te servir de modèle pour toi même ensuite développer cette pratique ou pas du tout ?

Alors oui j'ai rencontré le le les pratiques de thérapie communautaire qui viennent du Brésil. Donc qui qui se basent vraiment sur tous ces principes d'égalité, on est aussi ancrés sur des des des des pratiques qui s'apparentent à l'éducation populaire, tout le courant de Paulo Freire et tu vois, qui est assez ancien mais voilà, qui dit que quand même dans le monde il y a des des opprimés et des oppresseurs, des dominants des dominés et et donc il faut que en gros là la classe populaire s'émancipe en fait mais pour ça il y a et il faut avoir des supports. Et donc c'est cette question de l'émancipation pas seulement de la classe sociale, mais simplement de ce que je te disais, de la croyance que je ne peux pas agir sur le monde qui m'entoure et sur ma vie. Donc c'est un outil pour sortir de ces croyances là et donc c'est un outil de résilience collective. Bon j'aime de moins en moins ce terme de résilience, mais on va dire de de de prendre, de prise de conscience de mon pouvoir d'agir sur le monde et sur ma vie, pouvoir, d'avoir les ressources en moi. Et donc ça ça m'a ça me parle beaucoup en en psychiatrie, mais dans plein d'autres, dans tous les contextes de soins en fait, parce que c'est une manière d'animer des groupes qui vient vraiment chercher les ressources du groupe et voilà. Après je pourrais te donner des choses là-dessus si tu veux que j'étaye un peu plus. Et voilà, la thérapie communautaire intégrative

systémique ça s'appelle. Et l'autre, l'autre orientation dont je commence à parler plus, que j'ai plus exploré enfin sans avoir pratiqué vraiment, celle qui vient donc des Etats-Unis, donc là on est en 1920 à Chicago, tu vois ça date, mais c'est repris aujourd'hui, donc un siècle plus tard, enfin depuis une quinzaine d'années quand même en France, à Grenoble, Aubervilliers. Donc Community Organizing, c'est le fait, donc c'est une pratique communautaire, qui n'est pas une pratique de santé, qui est une pratique sociale, mais pratiques de tout le monde, ça pourrait toucher tout le monde. Et donc je n'avais pas fait le lien forcément avec avec la pratique ergo, mais qui va agir sur les conditions de vie, notamment le logement et donc c'est vraiment un outil pour fédérer des communautés, à aider, ah bah voilà, si tout d'un coup il y a un prix du gaz qui augmente, ben que les les les les habitants puissent se mobiliser pour faire pression pour pas que ce ce prix là augmente et donc par des, ce qu'on appelle l'action directe, ils vont agir directement auprès des acteurs et des actions symboliques ou de blocage et cetera, pour pour essayer de faire valoir leurs droits en fait, hein le droit de à la santé en fait ou droit au logement et cetera. E donc pour moi ça ça agit sur les conditions de vie, donc les ergothérapeutes pourraient travailler avec cet outil là, voilà ça s'appelle le Community Organizing.

Oui, je l'avais vu passer ça quand j'avais fait mes recherches.

Ouais, ouais, super !

Et donc justement, en termes de de modèle de pratique, est ce que toi, hormis ce ce ce modèle là si on peut dire, est-ce que tu utilises d'autres modèles type la MCRO, le MOH, enfin les grands modèles ergo connus ?

Alors moi dans ma pratique j'ai utilisé un seul modèle c'est le modèle Kawa, en santé mentale avec les adolescents, parce que ça me permettait d'entrer en relation avec eux déjà, et qu'ils puissent visualiser où ils en sont de la perception de leur situation et tout tu vois, donc de partir de là où ils sont en fait. Et du coup de pouvoir aussi visualiser les obstacles environnementaux et cetera, ça je trouve ça intéressant parce que ça part vraiment de la perception, mais on intègre vraiment la question de l'environnement, mais à partir de la perception de la personne. La limite pour moi c'est que il peut y avoir d'autres éléments de l'environnement dont la personne n'a pas conscience, par exemple l'exigence économique ou ou un climat social déstabilisé ou

voilà anxiogène de manière générale voilà, et ça ben les gens vont nommer ce qui est dans leur environnement proche, mais ce n'est pas dit qu'ils vont, qu'ils aillent nommer plus loin, donc y a pas les échelles d'environnement tu vois. Donc après j'ai pas utilisé d'autres modèles que ça dans ma pratique vraiment si tu veux. Mais aujourd'hui je je je suis dans l'enseignement, donc je les connais mieux les modèles, bien mieux même. Et le PPH, sur les questions d'environnement pour moi me permet d'aborder la sphère micro-méso- macro et de me dire, tiens l'action ergo comment je la situe, pas seulement au niveau micro mais au niveau méso-macro et donc de voir quelles actions l'ergo peut développer à ce niveau-là. Je trouve qu'il est intéressant pour l'échelle voilà, et puis qui dit une chose c'est que, comment dire, on produit le sens des activités tu vois, le que le sens des activités est produit par ces facteurs environnementaux et individuels et cetera, donc c'est une production de sens, donc c'est que les activités sont socialement construites et ça c'est intéressant parce que ça veut dire que ce qui est construit peut être aussi déconstruit si nécessaire voilà. Et après les autres modèles, moi je je je me retrouve beaucoup dans le MCRO, parce qu'il il aborde vraiment tout l'aspect subjectif et aussi l'aspect spirituel qui qui pour moi est un élément systémique, c'est à dire que l'individu est considéré aussi dans, pas seulement dans dans dans ses tâches, son existence matérielle, mais aussi dans cette vision spirituelle et dedans tu peux avoir tout à fait l'approche humaniste, tu peux tout à fait avoir le désir de d'un monde meilleur tu vois, de l'idéalisme, toutes ces choses là, et c'est très important dans le sens des activités humaines et pour pouvoir, quand tu travailles dans une pratique communautaire, tu travailles aussi, dans enfin pour moi je pense que c'est aussi dans l'objectif de rendre le monde meilleur, une meilleure cohérence, cohésion sociale, meilleur climat social en fait, que les gens s'entraident soit plus dans cet aspect là de de l'humanité, plutôt que que l'aspect de posséder et d'avoir et de consommer tout ça. Voilà après pour moi il y a plein de modèles ergo si tu veux qui peuvent permettre de développer la pratique communautaire mais il y a pas de modèle qui est centré vraiment sur une approche communautaire. On est dans une culture un modèle assez individualiste encore ouais.

Et pour finir, est ce que tu as le sentiment au travers des différentes pratiques que tu que tu as eu dans tes différentes expériences, d'avoir été aussi impliquée en fait dans des actions de promotion de la santé ?



Alors en tant que ergothérapeute, peut être un peu vis à vis des collègues, ça paraît bizarre, mais dans le sens de qu'est ce qui est important pour toi dans ton travail, qu'est ce qui te fait vivre, qu'est ce qui te motive tu vois. Donc vraiment je te parle en tant que ergothérapeute, parce que et pourquoi on décide ça ensemble quoi. Dans le travail de de de groupe voilà, j'ai à la fois souvent eu un rôle d'un peu « gratte poil » tu vois, de « mais pourquoi, quels sont ça », tu vois, mais aussi cette attention au collègue je crois, sur le sens de leur travail et ça je pense que ça fait partie aussi de la de la casquette ergo, pas que H voilà, il y a la personnalité aussi bien sûr. Mais après des actions de promotion de la santé, ouais mais t'es beaucoup dans le soin. Si, si, avec les enfants déficients visuels, alors là beaucoup hein. Sur les sensibilisations en classe, genre c'est quoi le, par exemple on avait un enfant il avait un trouble visuel mais il avait aussi un trouble psychique et qui était très difficile à à aborder tu vois, comment tu tu travailles ça avec le groupe d'enfants. Et donc on a fait une sensibilisation sur c'est quoi le stress, parce que il y a beaucoup de troubles anxieux et cetera, et et en fait c'était super chouette parce que ben chaque enfant a pu parler et il fallait pouvoir intégrer le fait que ça concernait un enfant particulier dans la classe sans le stigmatiser. Donc c'était ça le le truc un petit peu ambigu, mais en même temps ben voilà il avait vraiment cette difficulté, donc je pense qu'à un moment donné il faut pas non plus avoir trop peur de stigmatiser, il faut pouvoir dire les choses telles qu'elles sont et donc ça a permis aux enfants de comprendre pourquoi cet enfant agissait, mais ça leur a permis aussi de se questionner sur comment je fais pour avoir un équilibre de vie qui qui fait que je suis pas je suis pas stressé quoi. Donc oui, quand même beaucoup sur les interventions en classe, là j'ai j'ai vraiment eu l'impression de faire de la promotion de la santé. C'est le seul endroit où j'ai pu être en contact avec d'autres personnes que les patients tu vois, donc c'est le seul endroit où j'ai pu. Et après en tant que formatrice, sur le sur les premiers, donc je suis formatrice premiers secours en santé mentale ça c'est une vraie action de promotion de la santé, mais pas en tant que ergothérapeute, enfin c'est c'est c'est en tant que formatrice quoi.

Ok. Bon ben écoute, moi j'ai j'ai j'ai réussi à faire le tour de tout ce que je voulais demander, c'est vraiment très très complet en tout cas. Merci beaucoup, j'ai ça me donne vraiment beaucoup de beaucoup de matière à travailler. S jamais tu avais des choses, je sais pas, où des questions ou des éléments tu vois, tu n'hésites pas à me recontacter.



Bah merci, en tout cas c'est chouette, aussi moi j'accepte volontiers ces rendez-vous avec les étudiants, même si aujourd'hui je suis plus dans la pratique, mais parce que ça, les questions que vous vous posez tout, c'est ça ça fait avancer aussi, ça permet de d'exprimer des choses et voilà c'est vraiment chouette. Et qu'est-ce que je veux dire, je sais pas si toi tu parles d'ergothérapie sociale, je sais plus comment tu.

Alors je l'aborde pas en fait, moi j'essaie vraiment de trouver les liens en fait entre les pratiques de santé communautaire, l'ergothérapie, la promotion de la santé et voir comment en fait, voilà notre spécificité d'ergo là-dedans, si on changeait un peu de pratiques on pourrait vraiment avoir une approche plus spécifique et notre plus-value aussi dans ce type de pratique.

Ouais ok ok, parce que je sais plus en fait, peut être une me l'avais mis dans le truc du week-end, mais moi je sais que c'est un terme qui est emprunté par des collègues, mais je ne m'y reconnais pas enfin voilà j'en parle autrement mais, mais après on est dans le fond on est d'accord c'est juste des histoires de mots et de voilà. Et qu'est-ce que je voulais te dire d'autre, oui, hier j'ai les étudiants en Belgique là ils organisent un colloque en troisième année, c'est assez chouette, ils ont invité Emmanuelle Jasmin à intervenir, et donc elle, bon c'est dans son bouquin t'as dû voir ça, mais c'est juste parce que j'y pensais dans la discussion, elle met en opposition le modèle individualiste et le modèle collectiviste, tu as vu ça ?

Non.

Alors ça je te je je, c'est dans son bouquin je pense.

Bah je vais chercher alors.

Surtout, si tu trouves pas tu me dis parce que du coup je peux retrouver les références. Et je trouvais ça intéressant parce que du coup ça permet de comprendre aussi comment culturellement si tu veux l'ergothérapie s'est construit, forcément sur la santé qui est sur un modèle individuel qui est très anglo-saxon donc basé sur la liberté donc c'est vraiment la liberté individuelle. Et en France on a aussi l'égalité, la liberté égalité puis bon accessoirement fraternité, ah voilà mais accessoirement, je dis ça

ironiquement t'as compris, parce qu'on en a franchement besoin. Mais et et du coup ça permet aussi de comprendre comment ben, on peut être dans un entre deux en France tu vois de de de cette influence anglo-saxonne et l'importance de la liberté et une culture hospitalière très centrée sur l'individu, mais aussi sur le collectif tu vois si tu regardes les pratiques en psychiatrie, on est beaucoup sur une approche collective, où c'est par là la vie de groupe, les repas ensemble tu vois, que on soigne, si tu regardes vraiment les approches en psy et leur histoire, c'est beaucoup basé sur le groupe et et du coup on a aussi quand même cette cette ce modèle collectif enfin du groupe collectiviste et et après c'est c'est juste deux pôles tu vois. Elle le présente comme les deux pôles sur sur la planète et que on on agit en en on est plus d'un côté ou de l'autre quoi mais voilà c'est juste je pensais à ça je pense que ça peut ça peut être t'intéresser quoi.

Ah bah ouais ouais, j'ai je vais aller chercher, si je si je trouve pas les références je t'enverrai un, je t'enverrai un message.

Et je veux bien être au courant de la suite de ton travail !

D'accord ! Bah écoute de toute façon enfin, j'ai la personne que j'ai eu en entretien hier, là elle travaille sur sur Rouen et elle m'a demandé de lui envoyer en fait quand j'aurais terminé, donc non non pas de souci.

Super ! Et ben bon travail à toi.

Oui, bonne journée.

Bonne journée, au revoir.

## **ANNEXE VII : VERBATIM de l'entretien semi-directif E3**

Ergothérapeute interrogée

Étudiante

( ... ) Alors pour commencer est ce que vous pourriez m'expliquer votre parcours professionnel jusqu'à aujourd'hui ?

On va peut-être essayer de faire court. Moi je suis diplômée, j'ai été diplômée en quatre-vingt-dix-huit d'accord, voilà. Donc avant ça j'étais danseuse et c'est par la danse que je suis arrivée à l'ergothérapie, voilà. Et donc je suis formée par l'université de Sao Paulo, faculté de médecine de l'université de Sao Paulo, en quatre-vingt-dix-huit, au terme de quatre ans, parce que au Brésil c'est en quatre ans, après quoi on fera son master et on fera sa thèse. Je sais pas si c'est toujours le cas, parce que c'est après quatre ans pour être ergo, au moins quatre ans pour avoir son master et encore cinq-six ans pour avoir sa thèse, donc le chemin est un petit peu plus long là-bas ouais. Voilà donc ça c'est la première chose et donc j'ai toujours travaillé en ergothérapie sociale, j'ai pensé travailler sur la question, sur la santé mentale, j'ai toujours été entre le social et la santé mentale, mais la santé mentale vu comment on la voit au Brésil, elle est très ancrée sur le social. Beaucoup de concepts que j'utilise encore maintenant pour penser le monde, pour penser le travail, pour penser les équipes, pour penser le but de l'opération, c'est des concepts que j'ai appris en santé mentale quand on a travaillé sur Foucault, sur Goldman, sur les italiens (...), que ce soit des sociologues ou de psychiatre ou des historiens italiens, voilà c'est c'est des concepts très très utiles pour penser ce qu'est la société dans laquelle on intervient et de caler mon intervention, que ce soit en rééducation que ce soit voilà, donc bon c'est un bon mécanisme d'exclure, ça ça nous permet de penser l'exclusion sociale par des malades mentaux ou des personnes handicapées voilà. Cette cette formation très, ouais basée sur les sciences humaines, philosophie, sociologie, écologie, droit, voilà c'est une formation qui est très basée sur ça, sur les questions de droit notamment de droit. Pas de droit d'aller (...) bien sûr, les politiques publiques, des choses de ce type-là donc et qui donnent que j'ai immédiatement commencé à travailler en sortant de l'école. C'était j'avais des options en santé mentale, dans le social, donc j'ai pris un poste, j'ai créé un poste dans une structure sociale. Je m'occupais d'enfants de sept ans à quatorze ans dans la période où ils étaient pas à l'école, parce qu'au Brésil on

va à l'école soit le matin, soit l'après-midi, soit le soir pour les grand, le lycéens qui travaillent en journée et qui vont à l'école le soir. Donc je je m'occupais de cette structure avec une centaine d'enfants qui venaient à mi-temps chez nous voilà, donc j'ai pu développer tout un travail d'ergothérapie sociale. J'accueillais des stagiaires de troisième et quatrième année et j'ai participé à beaucoup de recherches de l'université de Sao Paulo, c'était le tout début de (...) qui est le laboratoire institutionnel qui a créé, conceptualisé, construit l'ergothérapie sociale au Brésil. Donc voilà pour pour ce premier, donc j'ai travaillé pendant très peu de temps, un an et demi là-bas. Mon travail de fin, mon mémoire de fin d'études avait été fait sur sur la psychiatrie, donc voilà j'ai fait le travail(eur) social et après je suis venu en France. J'ai fait mon master, où j'ai de nouveau travaillé en psychiatrie, mais je faisais ma thèse, j'étais pas ergothérapeute. Puis j'ai fait ma thèse avec les équipes mobiles de psychiatrie précarité, donc voilà toujours entre le social et la psychiatrie. Et ensuite comme j'étais à l'hôpital de, donc j'étais dans un autre hôpital à Saint Maurice, j'ai coordonné une équipe mobile de psychiatrie précarité quand j'ai fait ma thèse, j'ai été jusqu'en, de 2000, 2004 à 2008 et après j'ai intégré l'hôpital de Ville-Evrard en 2009 avec des, des missions de recherche, mais beaucoup de de de de recherches sur le social. On a mis en place une formation action sociale santé mentale, j'ai coordonné les, quatre et cinq équipes mobiles psychiatrie précarité du département, du 93 donc, et plus particulièrement les quatre qui sont attachées à l'hôpital de Ville-Evrard et voilà. Je faisais des recherches sur les questions des, des interfaces et des interactions entre les questions sociales et les questions de santé en particulièrement de santé mentale. Voilà, et puis en 2019, 2018, j'ai répondu à l'appel à projets et j'ai créé une expérimentation qui s'appelle, à l'époque ça s'appelait FADA et aujourd'hui c'est PRACTS, qui est donc une prévention, enfin le programme PRACTS, ça veut dire prévention et promotion de la santé mentale par les activités collectivisantes sur le, sur les territoires. Et donc on a mis ça en place en 2019 et et on arrive à la pérennisation du programme en 2021, en mai 2021, et puis là on continue à agrandir l'équipe, on a recruté, on va augmenter nos activités. Voilà donc au terme de de cet été, nous serons 7 ou 8 ergothérapeutes, je ne sais pas encore comment comment ça va s'organiser, mais qui correspond à cinq équivalents temps plein, parce qu'il y a des gens qui sont à temps plein et des gens qui sont à mi-temps et deux accompagnateurs pairs, donc c'est des personnes ayant vécu l'expérience de la migration, en particulier la migration récente et qui vont intégrer l'équipe également. Voilà rapidement pour mon parcours professionnel, toujours en lien avec le laboratoire (...) au Brésil et des professionnels un peu partout dans le

monde au Canada, en Australie, au Portugal, en Espagne pour l'ergothérapeute, pour discuter de ce genre de de problématique sur la France, donc voilà on a un collectif en France pour discuter de ça et puis on a un collectif, des collectifs plutôt intereuropéen et internationaux, voilà.

Et donc si je, si je, si je comprends bien, c'est c'est vraiment le contexte de vos études et de la pratique au Brésil en fait qui vous a amenée vers l'ergothérapie sociale et la pratique communautaire ?

Comment dire, je me retrouve dans ce que d'autres stagiaires qui, parce qu'après ils en reçoivent beaucoup de stagiaires, et et des gens qui, des stagiaires qui me disent moi j'ai déjà, je faisais des maraudes, je voyais des personnes sans abri dans le cadre de mon activité un peu personnelle et je me disais bien que l'ergothérapie avait quelque chose à dire là-dessus. Ou quelqu'un d'autre qui travaillait avec des migrants à Calais et qui dit mais je voyais bien et puis je disais ça à mes professeurs, ils me disaient mais non c'est n'importe quoi ça, c'est, voilà c'est les études, c'est des bénévoles, ça n'a rien à voir avec l'ergothérapie. Et quand ils arrivent à savoir ce qu'on fait, ils voient que que ils avaient déjà cette intuition. Donc moi je faisais déjà et donc toute la période de fac, dès la première année je mettais en place des interventions dans des structures, alors au Brésil y a pas de cadre légal pour toutes ces, enfin pas beaucoup de cadre légal. Donc voilà j'intervenais dans une structure, c'est une dame qui a reçu des enfants à sa porte et elle en a gardé un, deux, trois, quatre puis elle s'est retrouvée avec trente, et après elle s'est retrouvée avec cinquante enfants, et des associations qui venait l'aider pour qu'elles ait des locaux, pour qu'elle ait un peu de personnel pour l'aider et cetera, et donc moi je venais en week-end mettre en pratique. Déjà je venais parce que j'aime beaucoup travailler avec les enfants, je l'ai toujours fait, j'ai enseigné très tôt, j'enseignais la danse, j'ai commencé à travailler en en assistante à quatorze ans et j'avais mes propres groupes à seize ans, donc voilà travailler avec les enfants c'était un truc que j'aimais beaucoup, donc je venais pour faire du dessin, puis après des pâtes à modeler et puis après ce que j'apprenais à la fac venait éclairer, mais je commençais déjà avec la pratique et après venait l'ergothérapie qui éclairait dans ce que j'étais en train de faire, donc la théorie venait un petit peu après, mais pas beaucoup après la pratique. Enfin la théorie venait après la pratique où j'avais des intuitions et j'avais cherché tous les professeurs qui m'orientaient pour mettre en place des trucs ou pour penser les choses que je faisais.

Et donc on a un mémoire d'une question scientifique en deuxième année de fac, donc j'ai déjà fait en deuxième année mon mémoire sur une expérience que moi-même je menais, de massage avec des enfants de 2 à 6 ans, pour essayer de, voilà moi je disais ce qui est d'élargir leur vocabulaire affectif et corporel donc l'expression de leurs affects par le corps, trouver des manières de s'exprimer alors qu'on leur avait pas transmis ce type de de vocabulaire et voilà. J'ai, j'ai fait toute une partie théorique puis un premier, premier mémoire là-dessus avec ces enfants là. Voilà donc j'ai été tout au long de l'après dans, enfin je sais pas moi tout ce qui était intervention précoce avec des bébés pour le développement disons, pour (...) de bébés dont des enfants qui avaient été très malades, qui (...) longtemps, j'avais une petite fille qui a, qui avait le sida de naissance et donc qui a été très longtemps hospitalisé pendant sa première année et tout le travail qu'on pouvait faire pour que elle, elle puisse arriver à douze mois avec un développement normal, qu'elle puisse marcher au moment venu, qu'elle puisse parler au moment venu, parce qu'on lui offrait un environnement suffisamment riche mais pas trop, parce que voilà comme elle était malade fallait pas non plus trop charger, et toutes ses interventions bah je dis toujours, je je venais, le cours il venait comme ça juste après, et et et puis en attendant je demandais à mes profs « voilà j'ai pensé à ça qu'est-ce que t'en penses », c'est c'est pour ça que c'est, mais ça je l'ai compris plus tard que l'ergothérapie sociale elle est venue pour moi comme une évidence et j'ai eu les cours d'ergothérapie sociale qu'en troisième année. Et d'ailleurs ça n'existait pas, c'était la toute première promo qui avait des cours, parce que Denise Alvaro elle-même était en train de faire sa thèse en Afrique. A ce moment-là elle arrive en troisième année, je n'oublierai jamais sa tête de déterrée, comme si elle débarquait dans un, c'était quelqu'un dans une autre planète qui regardait comme ça les choses, « ah ouais l'université c'était comme ça c'est vrai, ouais il y a du plaisir » et donc on a mis en place cette discipline là en 1997 et N(...) a été créé en 1998, je, ça n'existait pas encore l'ergothérapie sociale à ce moment-là, on l'a créé un petit peu ensemble. Moi, moi qui étais toute jeune diplômée meilleur et avec (...) et (...) et Sandra (...) qui étaient dans trois universités différentes et qui pensaient les choses ensemble. Et nous on était les premiers élèves des premières promos. Moi, (...) et je sais pas si vous connaissez un peu cette histoire, moi (...), voilà on était les premiers à travailler, à ouvrir des espaces de stages, de formation de la discipline voilà. Donc c'est, c'est de cette expérience là que je suis venu en France et que quand je voyais, en faisant ma thèse, quand je voyais ce qui se passait dans la rue avec, en accompagnant mon équipe de psychiatrie précarité, et je voyais les échanges qu'on pouvait avoir avec les

personnes de la rue et je voyais bien qu'ils étaient amputés de moyens de comprendre et d'intervenir parce qu'il y avait pas d'ergothérapie, d'ergo dans l'équipe. Il y avait des trucs qui pour moi était une évidence, alors après je leur disais mais vous allez essayer ça, mais ils étaient pas ergothérapeutes. Donc même si les infirmiers ils savent utiliser des médiations, les assistants sociaux ils savent utiliser des médiations, mais c'était pas pareil quoi, ils savaient pas faire, ils arrivaient pas à comprendre, à leur expliquer, ils comprenaient pas. Donc il fallait vraiment qu'il y ait, je ne pouvais pas moi, j'avais une place de sociologue, de chargé de mission pas du tout d'ergothérapeute, je ne pouvais pas exercer, j'avais pas une validation de diplôme donc je pouvais pas faire. Et comment les amener, quand je disais ça je criais dans le désert et on me prenait pour une barge. Et là la situation en France s'est bien dégradée socialement depuis deux mille, et et le besoin est criant sur le territoire, sur le terrain on voit les besoins criants, mais les écoles, à commencer par l'ADERE qui est un partenaire, ils continuent à ne rien comprendre à ce que je dis. Ils ne comprennent rien, ils disent que la formation elle est excellente, il n'y a aucun problème quoi, y a rien à rajouter, rien enlever, tout va bien. Bon ben écoute, je les recrute et je les forme chez moi, parce que elles sont pas formées quoi, elles ont rien compris de, ou alors elles ont des valeurs déjà initialement qui leur permettent de comprendre ce que dis. Et ça tombe dans le sens et de prendre quelqu'un de les recruter comme ça, ça marche pas, c'est que des gens qui ont déjà la petite graine. Comme par exemple L quand elle était avec moi, quand elle est arrivée chez nous, elle avait déjà fait ses propres recherches de lecture et cetera, parce que elle avait pas ça dans sa formation ou pas beaucoup, donc elle, elle va pas pouvoir dire que ça vient de l'ergothérapie sociale du Brésil parce que elle pareil, elle avait déjà ça en tête avant. Et c'est en trouvant notre travail qu'elle a dit « mais c'est ça ». Donc l'idée c'est que l'ergothérapie sociale elle ne vient pas se plaquer clac comme un modèle, elle se légitime par les besoins du terrain, par les questions qui émanent du terrain, et et à ce moment-là on peut utiliser la méthode, et pas du tout le modèle. La méthode de l'ergothérapie sociale pour penser comment on va intervenir, il n'y a pas de modèle déjà préétabli c'est de façon de penser, de façon de observer, des questions qu'on peut se poser à partir d'un certain regard qui à ce moment-là va... Mais il y avait d'autres personnes, ils ont pas besoin de voir, des gens qui avaient déjà ça en tête, c'est le cas de (...) qui sont les deux personnes qu'on a recruté qui avaient déjà (...) quand elles nous ont trouvé, c'est comme si elle retrouvait leur tribu, c'est pas moi qui les ai formées. Alors évidemment qu'on est toujours en formation, on est toujours en formation bien sûr.

Mais c'est vrai que la formation en France sur ce sujet-là, elle est quasi inexistante hein. On n'en parle un petit peu maintenant, c'est c'est quand même une notion qu'on aborde en cours, mais vraiment qu'on survole. Enfin voilà, on nous dit que ça existe, mais on nous dit pas grand-chose d'autre.

Après, après y a toute une nuée de concept qui sont des concepts qui peuvent apparaître comme infinité, alors que je vais dire, enfin action communautaire, à savoir ce qu'on entend par là, action communautaire, quand on interroge des personnes, ils ont des visions très différentes de ce que c'est que l'intervention communautaire. La notion d'empowerment, la notion de action humanitaire, alors comme on sait que il y a humanitaire dans d'autres pays, mais il y a humanitaire sur son propre pays. Il y a des notions du type justice occupationnelle, des choses un peu... Et puis y a l'ergothérapie sociale et donc il y a, alors là elles ont sorti encore un truc, ergothérapie émancipatrice. Les notions de de de de de participation sociale, les notions de qu'est-ce qu'il y a encore ? Il y a comme ça plusieurs, plusieurs termes qu'on voudrait savoir exactement ce que ça veut dire et comment on constitue un corpus de choses qui peuvent expliquer ce qu'on fait. Donc là vous venez me parler de d'ergothérapie communautaire et donc avant toute chose, je ne sais pas si si vraiment je peux vous dire que ce que je fais aujourd'hui, selon ce que vous entendez vous, est vraiment de l'ergothérapie communautaire voilà, si c'est une ergothérapie communautaire ce qu'on fait.

Mais après c'est ce que c'est ce que j'allais vous demander, comment vous en fait vous vous pourriez décrire une pratique communautaire, pour vous ça représente quoi ?

Alors la question du communautaire, par exemple je disais l'autre jour à une formatrice de l'ADERE, je lui dis, bah il y a des gens qui pensent que le fait de sortir d'une structure, aller à la piscine et revenir, ça c'est une action communautaire, c'est des gens qui pensent que ça c'est une action communautaire. Moi j'ai dit bon bah je trouve que ça c'est très peu, c'est une définition très peu exigeante quand même, parce que quasiment tout le monde, toute la psychiatrie est communautaire alors. On sait que on est loin de ça on est vraiment loin de là. Moi aussi, qu'est-ce que on entend par communauté. Est-ce que la communauté correspond à un territoire ? Un territoire n'étant pas qu'une place géographique, qu'une définition géographique, mais



géographique au sens plus large du terme, c'est un territoire vécu. C'est à dire que des gens qui habitent à Aulnay Sous-Bois, c'est notre notre expérience, leur territoire est beaucoup plus celui qui s'étend de Paris porte de la Chapelle jusqu'à la gare du nord que le territoire de Aulnay. Voilà même si ils utilisent un petit peu le parc à côté et que parfois ils vont à la piscine, quand on pense territoire vécu, c'est le trajet de leur structure jusqu'au RER, du RER jusqu'au quartier nord, ça c'est leur territoire. Alors dans ce cadre-là qu'est-ce que c'est que la communauté, est ce que la communauté ça va être pour eux le foyer dans lequel ils sont, ça c'est une communauté, alors il faut penser que c'est une communauté éphémère parce que les gens ils bougent, il y a des arrivages tous les jours et des départs tous les jours ce qui fait que les 180 places, on va pas avoir un mois où tout le monde est là quoi, ça bouge tout le temps donc c'est des communautés qui, est ce que c'est bien une communauté. Pour être une communauté c'est pas juste partager un lieu de vie, il faut quand même qu'on ait une représentation de qui nous sommes. Je sais pas, quand on habite dans une barre d'immeuble, bah donc et cette résidence, nous on peut dire nous nous qui, nous les gens qui habitent dans cette résidence, nous les gens qui habitent dans cette cage d'escalier, qui partageons certains problèmes, qui partageons un espace, un contexte, qui partageons des choses, qui avons des choses en commun. Donc communauté dans le sens où on a des choses en commun qu'on partage, mais qu'on identifie l'autre comme étant comme étant quelqu'un partageant ce que je fais. Parce que le fait qu'il y ait plusieurs personnes qui habitent au même endroit, est ce que ça fait une communauté ? Dans le quartier, dans le bidonville par exemple, alors c'est vrai que au Brésil, dans le bidonville tout le monde se connaît, les gens voilà ils interpellent les enfants des autres, donc ça ça fait que la notion de communauté elle correspond immédiatement à un territoire et à cette reconnaissance qu'on a les uns des autres, de constituer un groupe, de constituer un collectif. Donc il y a une superposition de plusieurs notions que je qui peut me permettre de dire que le bidonville dans lequel je travaillais c'était un bidonville, c'était une communauté. Mais une barre d'escalier, une cage d'escalier dans un immeuble HLM peut ne pas constituer du tout une communauté, du moment où les gens ne se connaissent pas, les gens ne s'identifient même pas, y a rien entre les gens quoi. Donc c'est très, c'est juste je vais pas pouvoir vous répondre complètement pour vous permettre de problématiser la notion de communauté, pour pouvoir après penser ce que c'est qu'une intervention communautaire. Encore un autre élément de la notion de communauté, c'est que on peut avoir les gens qui ne partagent pas du tout un territoire, mais qui partagent

d'autres choses. Donc on peut parler comme ça de la communauté algérienne en France, de la communauté russe en France, c'est des gens qui habitent dans des villes complètement différentes, qui ne se connaissent pas mais qui ont une culture et qui partagent, par exemple la souffrance en ce moment de ce qui est en train de se passer en Ukraine, de dire « qu'est-ce qui se passe dans mon pays » quoi voilà. Donc c'est la communauté musulmane qui va s'exprimer ensemble au nom de ses chefs lorsqu'il y a eu les attentats. Donc là voilà, c'est c'est quelqu'un qui va qui va parler au nom de, alors qu'on connaît pas individuellement chacun, mais quand on va intervenir sur cette communauté là, on n'a pas besoin de rencontrer l'ensemble des personnes voilà. Donc c'est c'est juste pour dire que comment on va définir, décrire, délimiter ce que c'est qu'une communauté, pour penser qu'on va faire une action qui puisse s'appeler communautaire. Nous à PRACTS on a utilisé la notion de territoire pour sortir de cette question, je parlais de territoire vécu, parce que notre idée c'est de ancrer les gens, que les gens puissent être ancrés sur un territoire et utiliser les équipements publics, parce que ça ça permet de véhiculer des des des questions de droit, de citoyenneté. Voilà je vais à la piscine comme tout le monde qui a le droit d'aller à la piscine, je vais à la médiathèque comme tout le monde qui a le droit. Donc ça ça permet de de mobiliser tout un vocabulaire et un vécu par les activités, d'état de de de droit, d'appartenance, voilà c'est comme ça le territoire pour nous. Donc comme les activités qui sont collectivisantes et qui se développent sur le territoire, sur les territoires voilà. Donc ça nous permet de faire un pas de côté sur cette notion de d'intervention communautaire qui devient du n'importe quoi. Quand j'étais au Brésil c'est vrai que l'intervention, et je vois ça ici en France hein, ça existe en France, en Belgique, en plusieurs endroits, que au sein de de personnes qui habitent sur un territoire, et en général c'est des territoires un peu précarisés, on va alors identifier des agents communautaires pour la santé, qui vont plutôt être responsable d'une zone géographique et d'aller visiter certaines familles pour pour être en contact, faire remonter les besoins, faire des orientations si nécessaire, et demander aux professionnels de faire des visites à domicile si c'est nécessaire. Ces agents communautaires, ces agents de santé communautaire peuvent être donc les articulations entre les services et la communauté, imaginons des gens qui partagent un territoire et qui vivent sur ce territoire là voilà. Ca j'ai beaucoup vu des programmes de santé par famille, de de programmes de, beaucoup de prévention. Alors c'est beaucoup la santé publique qui s'occupent de ces choses là. Et après on parle de prévention promotion de la santé donc un vocabulaire de santé publique qui permet

d'aller dans ce sens là, mais parce que nous on a un financement sanitaire et on avait besoin de ce financement sanitaire. Et la vérité c'est que ça c'est antinomique avec le terme ergothérapie sociale, parce que elle est sociale, elle est pas sanitaire. Donc nous on a' on a assumé cette contradiction, on le dit immédiatement comme je suis en train de le faire là maintenant. Mais je peux pas le dire à mes tutelles, parce que sinon on me coupe le financement et qui pourrait me financer légitimement. Donc j'ai apaisé mon coeur quand je me suis dit, mais qui aurait bien pu me me financer ? Bah c'est, qui fait de l'action sociale comme ça, bah ça pourrait être le département. Mais sauf que les départements en général sont complètement anéantis financièrement, donc ils ne peuvent pas créer des programmes, de nouveaux programmes. Donc c'est fragile, comme c'est qui le type de programme, donc on fait, on va faire des preuves, on va rester là sanitaire. Et puis quand on sera suffisamment fort, que notre pratique sera suffisamment connue on va faire notre cabinet entier, mais pour l'instant, au-dessus je dit oui bien sûr pour promotion de la santé, prévention tout ça. Mais entre nous je dis, la santé pour nous non, on est des professionnels du social, mais pas des professionnels de la santé en tant qu'ergothérapeute en PRACTS, puisque la santé elle a exactement la même place que la culture, le sport, le logement, le travail et cetera. Alors que d'autres, les ergothérapeutes sanitaires ils vont aussi travailler sur l'insertion par le logement, plein de trucs, mais leur entrée c'est la santé et tout le reste se développe à partir de là. Nous on intervient sur la vie, la vraie, sociale et on on va faire tout ça, y compris des accompagnements vers des structures de santé mais ce n'est pas notre notre angle d'entrée dans la question. Donc c'est en cela qu'on parle d'ergothérapie sociale. Eton va dire qu'on peut, alors la partie communautaire donc voilà, je veux pas dire ce qu'on est et ce qu'on n'est pas. Je vais dire ce qu'on fait et vous vous allez me dire en quoi vous pensez que ça fait communautaire ou non. Donc voilà on a pas de locaux, on intervient pas du tout dans nos murs. Les gens ne viennent pas à nous, on intervient dans des structures d'hébergement, par exemple, là aux permanences on rencontre les personnes et à partir de là on va en ville et on va au théâtre, on va à l'atelier musique, on va faire des déambulations dans la ville pour explorer un territoire, on va à la piscine, on va à la médiathèque, et on va faire ça c'est, ou alors on va jouer au cricket juste dans le parking en face, dans le parc à côté. Ca c'est des choses que nous faisons, et parfois on peut faire par exemple l'activité poésie, parce que les afghans sont très attachés à la poésie, à leur poésie, et donc on peut faire des activités parce que là c'est important de d'avoir une pièce, de s'installer sur un tapis, parfois on fait ça dans la structure mais, on fait ça aussi quand on a

l'opportunité de le faire ailleurs pour inviter les gens qui ne viennent pas que dans cette structure d'hébergement, pour mélanger les gens qui sont de structures différentes, voilà. Donc on fait aussi des permanences dans, on a été demandé par un centre ville espace de santé, qui identifiait sur son public énormément de personnes qui avaient mal à la tête, mal au ventre, mal au dos et les médecins disaient ils ont aucun problème de santé, on a déjà tout exploré, c'est juste un mal à être, ils sont malheureux, ils sont isolés, ils n'ont plus de sens dans leur vie et les gens finissent par être, à mal dormir, être tristes et très apatritique et quand on dit apatritique tout de suite là l'ergothérapie elle lève ses les oreilles bien sûr. Et donc qu'est-ce qu'on fait, au lieu de proposer des antidépresseurs, anxiolytiques et cetera, on va d'abord leur proposer des activités. Alors ils sont souvent en total (...) d'activités et ils arrivent plus à bouger du tout, donc on va vers les personnes, donc elles ont ce vocabulaire d'aller vers pour les rencontrer, alors qu'ils ont rien demandé, c'est le médecin qui nous demande de venir les rencontrer, ou le médecin donne rendez-vous à la personne pour qu'elle vienne à tel jour telle heure si elle est en mesure, il y a des gens qui ne sont pas en mesure de venir, on va vers eux, si ils sont en mesure de venir, ils vont dans le centre municipal de santé et on les récupère. On a maintenant des locaux négociés par le centre municipal de santé à Saint Denis, dans une maison de quartier. Donc on les accueille dans cette maison de quartier et on imagine quelles sont les activités qu'on va pouvoir faire ensemble. Soit de celles qui sont déjà proposées par la maison de quartier, donc on va les rencontrer sur des choses existantes, on va pas réinventer l'eau tiède. Mais c'est le, immédiatement la dimension collective, alors un collectif peut être fait par deux, par trois, par quatre, mais c'est histoire de qu'est-ce que nous allons faire, c'est pas qu'est-ce que toi tu veux faire et qu'est-ce que toi tu veux faire comme dans un hôpital de jour, où même si on fait une activité avec plusieurs personnes ce n'est pas un collectif, c'est un groupe, mais ce n'est pas un collectif parce que chacun, on pense prise en charge individuelle, projet individuel de soins. Nous on pense qu'est-ce que, on essayer de collectiviser, de créer quelque chose, où les gens vont pouvoir dire (...) et vont penser à leurs besoins collectivement. Et aussi pour ça un dossier c'est collectif, on va aussi permettre l'expression des individus et le collectif va regarder ses besoins individuels et on va trouver des solutions collectivement aux questions individuelles, mais de tous les individus, par le groupe, voilà. Donc cette dimension collectivisante pour moi elle est très importante, pour moi ce que j'ai appris en réhabilitation. Parce que j'ai, on a beaucoup travaillé sur ces questions de communauté au Brésil, que ce soit sur la santé somatique ou que ce soit sur la santé

des personnes qui ont des problèmes de handicap, voilà. Donc, des réunions au bidonville qui vous savez, des trucs comme ça ou il faut monter, il y a pas de, il y a des escaliers, ou parfois il y a juste, enfin ça quand il pleut on peut pas monter, on peut pas descendre, donc de penser quelles sont les problématiques de cette communauté, en général, et comment on fait pour trouver les interlocuteurs et régler cette problématique. Pour ce type d'intervention basé sur la communauté, les réunions du soir, pour moi c'est sympa l'intervention communautaire tel que je l'ai appris, on va dans une communauté mais, et on discute avec les gens, qu'est ce qui se passe, qu'est ce qui va pas, qu'est ce que vous voulez faire, on va organiser une fête, on va demander à la mairie tel truc, on va écrire un courrier, on va à, et avec les représentants de l'école, avec les représentants du service de santé, avec voilà, donc la communauté c'est aussi tous les services publics liés à cette à cette population là, voilà. Donc de travailler de, quand je travaillais dans ma structure voilà, j'étais toujours en contact avec les écoles, avec les structures de santé de mon territoire voilà, et je faisais venir les familles. Je travaillais là mais je sortais pas avec, mais je sortais de temps en temps avec les enfants parce qu'ils avaient jamais vu une piscine de leur vie, on est allé à la piscine, ils avaient jamais vu un cinéma, un théâtre de leur vie, on a fait ça. Mais c'était pas tout le temps, les activités elles avaient lieu dans ma structure, parce qu'il y avait cent enfants et que je n'avais pas beaucoup de moyens pour les faire sortir, donc j'ai promu les sorties et quand je sortais je faisais venir les familles, pour qu'il y ait. Combien d'adultes nécessaire pour encadrer un groupe d'enfants de sept à quatorze ans, ah bah écoute un adulte pour dix enfants ça suffit, et bah non, moi je fais un adulte pour trois enfants, pourquoi ? Parce que l'adulte de cette communauté n'ont pas vécu cette expérience non plus, ils ne connaissaient pas non plus ni la piscine ni le théâtre. Et donc moi j'interviens sans aller sur leur lieu, mais j'interviens sur la vie de cette communauté là. Tu finis disons pour dix-sept heures, je prenais mon bus à dix-neuf heures, qu'est ce qui s'est passé pendant ces deux heures là ? C'est que en allant de mon service jusqu'au bus et à l'arrêt de bus je voyais mon bus passer, passer, je rencontrais les mamans, les papas, ou je rencontrais les adultes de référence, parce que certains enfants étaient quand même pas du tout encadrés par leurs parents, mais ils avaient un. Pareil, un truc le plus aberrant du monde, c'était là la dame qui tenait un un bistrot au milieu du bidonville, vous voyez un peu le truc, donc le papa, la maman pardon, le soir prenait son gamin de neuf ans et le traînait jusqu'au bistrot où elle faisait ses petites affaires et cetera, et c'était la dame qui tenait le bistrot qui était l'adulte de référence pour cet enfant. Donc c'est avec elle que je

discutais, d'abord par messages interposés, on s'est vu très très peu, mais on s'est calé sur comment on allait s'occuper de ce gamin pour l'école, pour ceci, pour cela, et de la maman qui était pas en condition de venir et de discuter de quoi que ce soit. Donc sans que je me déplace et que je fasse une activité, parce que si j'avais fait une activité, je sais pas moi peinture au milieu de la rue, ce serait pas plus communautaire, à mon sens, que ce que j'ai pu faire, parce que j'ai, j'ai intervenu dans la vie de la communauté en faisant ça, en mettant les adultes et en train de penser, les enfants faisaient des activités, par exemple ils intervenaient dans la cuisine à tour de rôle, ils participaient à la cuisine. Il vient préparer donc du coup il pensait les quantités, penser à un tiers de ceci, une demi machin, donna, donc ça leur permettait de penser à quoi ça sert l'école. Et puis le rapport adulte enfant tel qu'ils le connaissent à la maison, là c'était un autre rapport adulte enfant, j'avais bien briffé ma cuisinière, c'était pas une ergothérapeute, c'était ma cuisinière et son assistante, j'avais bien briffé la dame de ménage qui avait aussi toujours avec elle un ou deux enfants qui venaient avec, le jardinier aussi, donc toute la vie de notre structure était gérée par notre petite communauté, une centaine d'enfants, mais je ne sors, je ne pouvais pas tout le temps sortir de là, parce qu'il fallait convaincre le conseil d'administration, c'était une mini révolution que je faisais. Et donc de choisir le menu de tout le monde, ensemble, y compris avec les les, la cuisinière, qui disait ah moi j'avais vachement envie de manger ça mais c'est cher, ba un par an, on va choisir une fête, on va le faire, d'autres qui avaient envie de ceci, j'ai envie de faire tel truc avec les enfants, et donc tout le monde s'investissait c'est dans cette relation, il y avait pas les adultes qui donnait aux enfants, les adultes gagnaient énormément, et les enfants donnaient aussi énormément. Ca c'est pour moi c'est une intervention communautaire et je n'étais pas sortie. Ce n'était pas plus pour moi communautaire ça, que les fois où on a été à la piscine, ou les fois où on a été au théâtre. Parce qu'il y avait un, j'ai fait venir un professeur de théâtre, on faisait du théâtre, puis on allait se voir, ce qui se passait ailleurs et puis on allait présenter le travail dans d'autres écoles voilà, donc ça c'était une petite activité. Mais le plus communautaire c'était ces décisions collectives de quels sont nos problèmes, quels sont nos leviers, qu'est-ce, quelles sont nos envies, quelles sont nos rêves. On va faire une fête, quelle rêve vous voulez faire, qui vous voulez inviter, qu'est-ce qui va se passer dans cette fête ? On a fait la fête, le quartier est venu et le quartier a dit « ah on fait ça nous » et ils commencent à penser qu'ils sont autre chose que ce qu'ils pensent. C'est aussi le lieu du boulot, c'est aussi le lieu de la solidarité, c'est aussi le lieu de de de la de l'amusement, de la fête, de de de belles choses qu'on sait faire.

Donc même sans sortir de ma structure moi je pense que j'ai une, j'ai eu, je visais avoir une intervention qui allait jusqu'aux femmes, et tout ce que les enfants ont appris sur l'hygiène, dans la cuisine, ils ont mis en pratique à la maison, ils en ont parlé à leur tante, ils en ont parlé à leur mère et ça a changé leur vie familiale, ça a changé un petit peu un certain nombre de trucs. Voilà juste pour vous donner quelques exemples. C'était tout petit, j'ai travaillé un an et demi seulement, la fille qui a repris le relais a pu, a pu le continuer ça pendant un temps, bon après je ne sais plus hein, je les laisse vivre. Et voilà ce que je pense qui est communautaire : définir de quelle communauté parle-t-on, d'imaginer qu'elle n'est pas que fermée sur elle-même, il y a toujours un espace de entre nous, qu'on s'identifie, et qu'on (...) et puis il y a un espace de l'ouverture vers les autres et puis un espace du comme tout le monde. Y a ces trois espaces là que je pense un entre nous, un milieu où c'est nous avec plein de porosité pour rentrer pour sortir de l'institution, les parents qui viennent aux fêtes, le quartier qui vient à la fête, pour nous qui allons faire des activités dans dans leur territoire, donc cette porosité là, les institutions, l'écoles, les structures de santé qui viennent et s'en vont. Et puis un espace du comme tout le monde, aller à la piscine et être à la piscine comme tout le monde, quand on arrive à quinze dans la piscine avec un adulte, tout le monde voit que c'est le centre de loisirs qui sort, mais quand il y a un adulte pour trois enfants, voilà c'est une maman qui vient avec ses enfants, et donc là c'est l'espace de comme tout le monde, on va pas être stigmatisé, c'est les enfants du bidonville qui viennent à la piscine, donc c'est pour ça qu'il me faut un adulte pour trois enfants, c'est pour ça que y a aussi la relation que cet adulte va voir avec les trois enfants, n'est pas la même que s'il en avait huit à gérer, (...), si y a en a un de ses trois enfants qui ont envie d'aller aux toilettes on peut y aller. Donc c'était un peu cette, ces ces logiques là qui présidaient l'ensemble des activités, pour que ce qu'on fait puisse bénéficier les participants, mais puisse bénéficier au delà tous ces adultes. Tous ces adultes en rentrant chez eux, bah ils ont vécu un truc qui a pu changer, ils ont vécu une expérience de relation différente, ils ont vécu un respect par les institutions qui étaient différentes, un regard qui n'était pas stigmatisant et cetera. Voilà donc c'est c'est ça pour moi une intervention que j'entends être, étant communautaire. Mettre en place c'est très compliqué, long, faut avoir le temps, beaucoup de patience, faut pas se stresser. Par exemple là, notre groupe de musique à PRACTS, on a voulu que ce soit de plus en plus participatif, donc, mais si on dit qu'est-ce que vous voulez faire, et ça part. Donc il faut que quand on met des actions, on leur demande par rapport à ça, comment vous voyez les choses. Ils ont dit, ils ont dit deux fois, ils ont dit dix fois, ils ont commencé à



prendre des ailes. Au moment où quand on fait le tour de table ce n'est plus nous qui parlons, distribuons la parole. Naturellement il y en a un qui dit « untel qu'est-ce que t'en penses » alors la personne dit « merci, est-ce que quelqu'un d'autre », donc ce n'est plus nous qui distribuons la parole. Et eux dans le groupe musique, il était vu par nous, en termes de proposition d'une façon c'est n'importe qui, même qui n'a jamais joué qui peut venir, il peut jouer et participer aux présentations, aux restitutions publiques. Mais il y a des gars qui ont voulu travailler beaucoup et qui ont demandé à faire plus de répétitions parce qu'ils veulent présenter un répertoire, c'est pas du tout notre idée ça. Ben maintenant comment on va faire, et donc mon collègue était très angoissé, mais le groupe n'est plus du tout, il a perdu complètement ces objectifs. Je dis bah non, quels objectifs ? Bah l'objectif de laisser ça ouvert. Ben non, ça c'était une entrée, l'objectif c'est que les gens s'approprient, questionnent, interrogent, discutent, décident. Et donc là on en est arrivé, en les laissant parler, en problématisant, parce que c'est pas qu'on a rien à dire, mais on a dit si on fait comme ça, si on commence à répéter, des nouveaux ils vont arriver, si ils savent pas jouer, ils peuvent pas s'intégrer, comment on fait. Donc nous on a dans cet espace de poser des questions et de laisser s'exprimer, de soutenir la discussion et de tenir que pendant deux, trois réunions, aucune décision ne sera prise, c'est pas grave, l'important c'est que le débat existe, que les gens reviennent, voilà. Donc c'est un peu ça cette idée et j'utilise les mêmes concepts pour faire de la recherche action. Donc dans mon travail de chercheur j'ai beaucoup travaillé sur la recherche action, je faisais pas que de la recherche action, je faisais des recherches classiques aussi, mais quand je faisais des recherches action c'était le même type de chose. Je tiens par le cadre, pour que les choses puissent passer à l'intérieur, puis petit à petit je tiens plus rien et c'est eux qui tiennent le cadre et puis à un moment donné ils ont plus besoin de moi. Ou je participe avec ce que je peux apporter, mais qui n'est ni plus ni moins que ce que les autres, c'est différent parce que je suis professionnelle, parce que c'est une autre expérience, mais eux aussi ils ont des trucs à apporter parce qu'ils ont aussi des expériences. Voilà un peu comment j'imagine la construction d'une activité communautaire. Il y a à peine quatre mois je ne vous aurais pas tenu ce discours là. Je dirais PRACTS pour l'instant la dimension collective, collective, communautaire, participative, n'y est pas encore. Mais là ça fait que quatre mois que ça y est on a, c'est eux qui donnent les cours, c'est eux qui disent ça va pas, c'est pas comme ça qu'ils faut faire c'est très récent.



Oui mais c'est enfin c'est vraiment quelque chose qui se construit enfin voilà qui peut pas c'est ce que vous disiez tout à l'heure c'est pas un modèle comme ça qu'on plaque et qu'on applique c'est vraiment quelque chose qui va se construire avec la communauté.

(...) et je ne viens pas faire une évaluation de, voilà il faut que je coche des cases d'évaluation. On va les suivre et on a une méthodologie de penser ce suivi là, mais y a pas de case à cocher, y a pas de de ces choses voilà. Alors l'action communautaire, comme je vous explique ce que je vous ai expliqué, ça peut servir à une, si je suis par exemple, je peux faire ça à partir d'un service SSR, en France les services SSR ne sont pas sectorisés, ne sont pas, mais si c'était le cas. Par exemple nous au Brésil on pense donc c'est pour ça qu'on peut comprendre les politiques publiques, on pensait la prévention primaire et même la prévention secondaire, depuis les structures les plus, comment je vais dire, comme comme la PMI, les structures les plus implantées déjà sur le territoire, ce qu'on appelle les unités élémentaires de santé où on va, alors il y a des médecins généralistes, comme les centres municipaux de santé si vous voulez. Comme les centres municipaux de santé ou les PMI où on fait de la prévention, mais où on peut aussi s'occuper du petit rhume que les uns et les autres ont, de la petite douleur que la mamie elle a, donc on évalue à ce moment-là et si nécessaire on envoie au deuxième niveau de la santé. Et donc à ce moment-là on fait beaucoup de prévention sur par exemple, des gens qui peuvent avoir des escarres, des gens qui peuvent en voir des démences, parce qu'ils sont tellement isolés donc plus stimulés, donc on fait ça. Voilà c'est des structures comme ça qui font à la fois la prévention primaire et secondaire, et même voilà qui font de la prévention à tous les niveaux. Et ils font du curatif sur l'unité, sur sur le niveau un. Donc ils sont, ils connaissent leur leur territoire, comme un secteur de psychiatrie connaît son territoire, connaît les acteurs, alors plus ou moins ça dépend du chef de service, connaît son secteur, connaît les associations, connaît le maire, les pharmacies. Voilà c'est un peu ça l'idée aussi d'être dans le communautaire. Alors si je pense le communautaire juste comme un territoire, c'est un peu appauvrissant parce c'est les territoires et tous ceux qui interviennent là-dedans. Voilà ce que je pense et des exemples de, d'intervention, d'intervention communautaire. C'est pas juste le fait de sortir des murs, quand on sort des murs ça s'appelle intervention hors les murs. Mais c'est pas parce que c'est hors les murs qu'elle est communautaire. Voilà, alors quand je parle de cette notion de communautaire vous avez vu, bah notion de participation elle est déjà immédiate

puisque c'est eux qui vont définir, qui vont dire quels sont les problèmes, quels sont les leviers, quelles sont les techniques, les stratégies et cetera. On va discuter ensemble donc cette participation sociale dans ces trois niveaux, dans l'entre nous, dans cette porosité qui peut exister et après dans comme tout le monde. Exemple : accompagnement individuel d'un de nos jeunes qui a des problèmes dentaires, des problèmes graves dentaires, donc il va avoir je ne sais pas combien de rendez-vous, mais il comprenait rien de ce qui lui arrivait. Il arrivait, il avait hyper mal, il ouvrait la bouche, il fermait la bouche, il revenait la semaine dernière, suivante. Donc aucun engagement sur, aucune compréhension de ce qui se passait. Y avait un rendez-vous au bloc, mais tu vois au bloc qu'est ce qui va se passer, bah je sais pas il m'a dit bloc. Donc on a appris qu'il allait falloir faire (...), des soins pré et post-opératoire aucune notion. Ou par exemple le médecin lui prescrit deux comprimés de paracétamol toutes les six heures, deux comprimés de cinq cents milligrammes bien sûr, mais lui il a été à la pharmacie et il a eu des comprimés d'un gramme. Mais il comprend rien, alors que c'est (...) c'est une PAS, donc c'est un service d'accès aux soins pour des personnes qui sont loin du soin, alors forcément ils ne comprennent rien, ils savent que c'est pour ça que la PAS existe. Pour autant ni le dentiste ni le pharmacien de la PAS non expliqué à ce jeune homme, médard qui plus est, quel était, comme comment ça se passait. Donc nous on a commencé à intervenir avec lui, en utilisant la notion de l'accompagnement, en l'occurrence c'était pour la santé, ça pourrait être à l'école ça pourrait être n'importe où. Parce que pour nous c'était l'outil de être avec lui et de l'aider à s'approprier une certaine dimension de sa vie, qui pour lui était très importante, donc très significative, régler son problème de dents parce qu'il avait très mal, parce que c'est très moche au point il ne sourit plus, il ne sourit pas, ou il sourit en trouvant le moyen de se mettre la main devant le visage, donc c'était quelque chose de très significatif pour lui, mais qu'il puisse s'approprier ça et dans cette cet apprentissage de l'appropriation, il peut aussi aller à l'école et discuter avec son professeur principal d'un certain nombre de choses, et que si discuter avec son éducateur par rapport à son avocat, et cetera et cetera, pour obtenir un, pour obtenir son statut de de réfugiés. Voilà, donc on utilise, comme je le disais aussi, vous imaginez que ces accompagnements là-bas même s'ils sont individuels, ils sont collectivisants. Pourquoi (...) qui vit en France, sur un certain nombre de choses qui est collectivisante, de le faire aussi avec les autres usagers, de discuter de ses expériences avec les autres usagers. Donc ça serait long, parce que c'est pas nous qui (...) de l'accompagnement santé. C'est quand l'opportunité apparaît, il faut être

aux aguets et pouvoir promouvoir ce genre de choses. Je dis cette activité accompagnement vous vous pensez comme une activité fils et tissus, on va tirer un fil ici, on va tirer là, on va tisser, c'est fils et tissus, c'est une activité fils et tissus. Et ils ont pu par exemple, à un moment donné, où le garçon était extrêmement angoissé, parce que tout bouge autour d'eux, les travailleurs sociaux bougent tout le temps, et il est un hôtel, après il va à un autre hôtel, c'est pas très bien, il faut qu'il choisisse son orientation professionnelle, enfin beaucoup trop de trucs. Donc à un moment donné, ils ont eu cette idée d'écrire sur le papier quelles sont les personnes qui sont autour de lui et donc on a nommé toutes les personnes. Et il regardait son papier et il disait ah il y a beaucoup de gens autour de moi, je compte sur beaucoup de gens. Donc là c'est encore une fois l'installer, l'inscrire au sein de ce collectif là, les personnes ressources pour lui, qui faisait que c'était trop et quand on a mis ça sur le papier quels sont les dossiers qui peut gérer, tous les dossiers qui peuvent gérer, on a pu travailler avec lui, on est en salle d'attente en attendant pour aller chez le dentiste et voilà. Et donc il y a plein de choses comme ça qui permettent de faire un soutien, évidemment que ça va avoir un impact sur la santé mentale des gens, évidemment. Mais tout ce qui, tout ce qui est bien, nous-mêmes quand on sort du cinéma on se sent mieux, quand on est trop fatigué on se sent moins bien, quand on, voilà. Ca, tout ça a un impact sur la santé mentale des gens, mais pour autant on va pas financer les cinémas par les deniers de de la sécu, vous voyez bon. Voilà un peu les exemples de de choses qui peuvent, est ce que c'est ça le communautaire parce qu'on a été à la PAS de la Salpêtrière avec lui et cetera, parce qu'on a été au musée, parce qu'on a été. Voilà c'est différentes dimensions de l'action communautaire que je voulais vous mettre en, il y a la question de territoire, il y a la question de la reconnaissance, de l'appartenance, un tas de trucs, voilà.

Non mais en tout cas, enfin vraiment c'est c'est très très intéressant, mais j'étais venue à au congrès à Tours où vous aviez fait une intervention déjà, et et et et c'est vrai que c'est un un un sujet, voilà qui qui en France est encore peu développé, mais qui est vraiment à explorer je pense pour nous, enfin en tant qu'ergo en tout cas.

A partir de notre intervention, je sais que on peut aujourd'hui ouvrir des postes, si j'avais des ergos c'est que (...). Si vous êtes intéressé par exemple on peut organiser l'ouverture de postes en ergo, en équipe mobile de psychiatrie précarité. c'est que ça sert à rien que je budgétise un poste, si derrière je vais pas avoir un ergo qui va venir.

Mais on peut (...) aujourd'hui pour les équipes mobiles, on peut ouvrir des places aujourd'hui. Par exemple ma collègue d'un accueil de jour me demande de l'aider à faire la fiche de poste pour un ergothérapeute, parce qu'elle veut que à l'accueil de jour il y ait un ergothérapeute. Et bien sûr moi c'est une évidence que dans les accueils de jour il faut des ergothérapeutes. Parce que les animateurs ils font des activités (...) mais ils savent pas manipuler l'activité comme nous. De toute façon un (...) dans leur volonté, dans leur construction de projets, dans leur appropriation de leur vie et cetera et cetera, c'est c'est des activités voilà qui vont leur faire du bien, mais de façon un peu incidente j'ai envie de dire. Donc oui moi je je garantis que si on, si j'avais des ergo intéressés, formés, sensibilisés, nous on peut faire des ouvertures de postes par dizaine par an, tous les ans. Mais il me faut des gens qui sont intéressés, alors le problème c'est qu'avant, quand j'avais des ergo intéressés, on avait pas de sous pour ouvrir des postes. Là là en l'occurrence on a des sous pour ouvrir des postes. (...)  
Je dis à tout le monde je recrute, je recrute, venez, venez, j'ai pas un million de de de de personnes qui postule. Parce qu'en France on pense que c'est pas de l'ergothérapie. C'est dommage parce que là là en l'occurrence on a des sous et on aurait bien pu créer des postes et vous êtes peut être intéressé, n'hésitez pas à nous le dire, je vous ouvrirai bien (...) un poste.

C'est que je suis en Normandie moi, vous êtes un petit peu loin.

Ah ouais mais en Normandie il y a une ergo à l'équipe mobile en Normandie.

Oui oui bah je l'ai, j'ai eu en entretien avec elle hier.

Ouais voilà ça (...) si on fait ça en Île-de-France, enfin n'importe ça peut, ça peut commencer en Normandie hein. Là il y a eu le Ségur de la santé et cetera, donc si, là on va reproduire PRACTS à Marseille et à Lyon, on est en train de le faire, donc si par exemple on veut faire un truc à, comment s'appelle déjà l'hôpital de Rouen ?

L'hôpital psy, celui du Rouvray ?

Oui. Si on fait ça au Rouvray par exemple, si on ouvre une unité comme la nôtre, alors comme la nôtre vous entendez bien ce que je veux dire, on a pas de modèle nous, on vient pas à Marseille, non pas leur dire voilà ce qu'il faut faire, ils savent, ils ont (...) et

c'est juste pour créer une dynamique, une (...) lister un maximum de choses, on a déjà fait à Paris, non pas parce qu'on est les plus beaux, les meilleurs, c'est juste que ce n'est pas complètement con quoi, ça des effets, ça a des résultats. Des gens parfois ils ont des intuitions, ils veulent le faire, mais ils pensent ça c'est trop de personnes, mais c'est, voilà il y a un exemple, on a déjà fait, donc on peut faire ça, on peut faire ça à Rouen. Mais il faut qu'il y ait, (...), il faut qu'il y ait la flamme, il faut l'oxygène, il faut qu'il y ait le le truc à brûler quoi. C'est pas (...) donc il faut qu'il y ait alors une conjonction des astres, pour, si vous êtes là, si vous avez bien envie de le faire, si on peut (...) Dans notre école, c'est pas comme, enfin faut connaître ça, faut savoir, mais on n'est pas très modèle chez nous. Parce que on sait que ces modèles là, c'est enfin, on a une vision épistémologique. Alors domaine de l'épistémologie, c'est comment on construit et on continue à construire les les savoirs. Voilà c'est cette logique de regarder les savoirs en tant que chose et non pas, voilà juste je l'ai, je l'ai pas. Comment se construisent les savoirs, donc on a ça très très tôt dans notre, on a des cours d'épistémologie, avec un super philosophe qui nous explique bien à prendre des distances ou sur ce qui est scientifiquement dit, établi à un moment donné, dans une culture donnée. Donc ces histoires de modèle, c'est vraiment une toute petite façon de penser, une toute petite façon de la science. Mais l'ergothérapie a pensé que ça, c'était une bonne façon de se dire scientifique et de crédibiliser son savoir, c'est tout. Des outils de crédibilisation du savoir ou de discréditation du savoir de l'autre. Ça doit être oui tu connais pas, tu n'utilises pas tel ou tel outil, et c'est des outils qui permettent aussi de quantifier, de de objectiver un certain nombre de choses. Alors, c'est une façon d'objectiver, comme si avec cette, cette seule façon d'objectiver et que tout ce qui ne passait pas par ce type d'objectivisation ne servait à plus rien. Ou comme la recherche biomédicale avec le double aveugle, la randomisation et cetera. Bon, ça c'est UNE façon de faire de la recherche. Aujourd'hui, le monde pense, le monde occidental pense que si on n'a pas fait de recherche comme ça, c'est une recherche qui n'est pas sérieuse, voilà. Donc, alors que toute la science, toutes les sciences humaines, ne fonctionnent pas basée sur ça. Comme je disais à une collègue médecin, j'ai dis mais l'astrophysique fait de la recherche hyper scientifique, hyper sérieuse et pour autant ils ont pas de double aveugle, ils ont pas, parce que la randomisation tout ça, ça n'est pas pertinent pour l'objet d'étude qui a (...). Donc quand on va étudier la société, la façon dans la société d'établir des liens sociaux par exemple, bah c'est pas en double aveugle, randomisé qu'on va. Enfin ouais ça va nous donner des éléments, mais ça va tellement découper le la chose de son contexte, que le savoir qu'on va

construire avec ça, tout le monde va être super rassurée parce qu'on a l'impression de maîtriser, de contrôler. Mais on est aveugle sur tout ce qui compte. On va mettre en évidence un certain nombre de choses, mais on va être aveugle sur tout ce qui ne compte pas, euh sur tout ce qui vraiment compte pardon. Parce qu'on a été chercher que ce qu'on avait été chercher. Donc par exemple cette méthodologie d'entretien, ça nous permet de nous étonner, de pas voilà. Un questionnaire, il faut que j'ai une bonne connaissance préalable de la chose pour pouvoir poser des questions, mais si j'ai pas une bonne connaissance, faut que je fasse des entretiens qualitatifs, exploratoires, sinon je ne maîtrise pas mon objet avant de faire une recherche plus pointue là-dessus. Voilà donc c'est cette notion là qui fait qui me fait dire que enfin, nous on utilise pas. Et par exemple, les collègues de Marseille qui ont travaillé, je pense aller L, jee pense à HP, je pense à M, que je ne sais plus comment elle s'appelle l'autre, qui qui disent c'est pas possible, qui elles ont été bien bien formées et formatées par ces méthodes là. Elles me disent j'ai essayé, ça me sert à rien, c'est inutile, c'est c'est, c'est, c'est un truc de fou quoi, ça ne correspond à rien, ça ne correspond à rien. Donc elle-même, elles ont, elles disent, ça me sert ou ou alors qui me disent ça me sert à 3 fois rien, ça ça va pas quoi. Si on essaie de le faire, juste pour quoi, pour se rassurer, pour dire qu'on est scientifique, pour dire qu'on ne fait pas n'importe quoi, il y a plein d'autres façons de garantir qu'on ne fait pas n'importe quoi et on peut faire beaucoup de n'importe quoi en utilisant aveuglément ces modèles. Donc voilà, nous on utilise pas du tout du tout du tout. Nous on a d'autres façons, parce que, parce que justement on essaie d'aller au-delà, faut pas, il faut s'autoriser, mais il faut être hyper rigoureux dans la méthode d'analyse, on a des spécialistes de coupage de cheveux en 4. Et on passe notre temps à se poser la question du pourquoi et du comment de chaque chose et tout. Mais l'équipe maintenant est convaincue que parfois, on est un peu pris par le temps et on fait moins ça et on voit que voilà, faut vraiment prendre le temps de la réunion d'équipe, de la supervision, de plein de trucs, pour vraiment se poser, réfléchir à ce qu'on est en train de faire. Et petit à petit, les choses elles rentrent dans des rails, elles y vont toutes seules, mais parce qu'on a eu ce processus de réflexion et de construction collective, de ce qu'on fait, pourquoi on le fait, comment on le fait, quel est l'objectif, quel est le sens, bla bla bla bla bla bla bla. Et ça parle et ça parle et ça revient et ça recommence, et 3 mois plus tard, on revient parce que oui, c'était ça à ce moment-là, mais là c'était déjà plus, parce que le groupe a changé, parce qu'il demande autre chose. Voilà donc c'est, c'est ce retour avec une méthode qualitative de réflexion qui nous permet d'avancer sans avoir de doudou, qui serait un modèle, un

de ces modèles là, qui ferait doudou, quoi qui rassure, on va dire, ouais, j'ai rempli mes grilles.

Mais mais c'est c'est bien d'entendre aussi ce discours là, parce que c'est vrai qu'on fait partie de la génération nous, on nous, on nous incite beaucoup à nous appuyer sur ces modèles, et effectivement pour justifier, pour pour nous légitimer, mais c'est bien d'entendre d'autres pratiques.

Alors moi, je te suis, évidemment hein, je dis pas le contraire. Si je travaille en SSR, c'est un autre objet, oui, et cet objet là nécessite un certain nombre de choses, si je vais, voilà en fonction de comment je cale mes objectifs de, de ma façon de faire, voilà, forcément que ces choses vont être pertinentes. Je suis pas, je suis absolument pas contre les échelles, les modèles, je suis pas contre, je dis juste que ça fait partie du d'un monde, et comme tout dans la vie, ça représente des avantages, ça représente des inconvénients. Et comme on vend ça comme si c'était l'alpha et l'oméga, et on oublie de mettre en évidence les inconvénients, qui est effectivement de découpage, qui est une réalité et que y a un certain nombre de choses qui existent et qu'on ne verra pas parce qu'on s'est pas donné les moyens de les voir. Mais ça, c'est toute méthode, toute méthode, toute échelle, donc y a pas de soucis. C'est que les gens pensent que là l'échelle est vraiment le le reflet de la réalité, non, c'est un reflet d'une réalité. Ce n'est pas ça ne vaut rien, c'est bien un reflet d'une réalité. C'est comme ça que j'ai appris à l'école et, et le, mon expérience, qui a maintenant, commence à avoir 20 ans là, un peu plus de 20 ans, ça, ça voilà, c'est comme ça que. Ce que je remets le métier à chaque fois, je remets le l'ouvrage au métier en disant, est ce que ce que j'ai appris y a 20 ans est toujours valable aujourd'hui ? Donc là j'ai une stagiaire, j'ai d'autres collègues qui ont commencé à travailler et qui ont été formés complètement autrement, donc on croise nos savoirs, d'où l'intérêt de ces réseaux nationaux et internationaux. C'est aussi des façons de légitimer un savoir, de construire et de légitimer un savoir. Voilà un petit peu. En tout cas, si vous avez d'autres questions ou d'autres éléments qui vous viennent, n'hésitez pas.

D'accord. Bah écoutez en tout cas merci beaucoup (...)



## ANNEXE VIII : VERBATIM de l'entretien semi-directif E4

Ergothérapeute interrogée

Étudiante

Mon sujet de mémoire il est vraiment orienté sur les liens en fait entre pratiques communautaires ergothérapie et promotion de la santé. Alors il a un peu évolué parce qu'au départ il était plus sur la promotion de la santé et puis en cherchant et en discutant ça a un petit peu évolué de ce côté-là donc voilà, c'est plutôt enfin je suis contente de l'avancée. Alors pour commencer on va rester très général est ce que tu peux me, comment, m'expliquer ton parcours professionnel en fait jusqu'à aujourd'hui ?

Ouais alors, quand j'étais en formation d'ergo je me suis intéressé à la thérapie bah sociale et communautaire. A la base je voulais étudier les, donc je je ; mon IFE était dans les quartiers nord de Marseille et en fait le bus faisait toujours un gros détour par les cités et du coup j'avais le temps d'observer cet environnement et je voyais qu'il y avait beaucoup de jeunes qui ne faisaient rien, c'est à dire qui zoniaient sans activités signifiantes, significatives et du coup je me suis dit bah peut être que en tant que ergothérapeute on pourrait faire quelque chose pour les jeunes et je m'étais orientée, aujourd'hui quand j'y repense je me dis c'est bizarre, mais sur la prévention de la délinquance en en ergothérapie chez les jeunes quoi. En fait le sujet était trop compliqué et du coup je me suis plutôt orientée sur les personnes sortant de prison qui vivaient en CHRS, alors à la base j'avais pas du tout choisi qu'ils vivent en CHRS, c'est juste que le public que j'ai trouvé vivait en CHRS, du coup je me suis réorientée là-dessus. Et donc j'ai pu faire mon mémoire sur ce sujet là et j'ai continué avec un stage préprofessionnel dans l'association qui m'avait permis de rencontrer les personnes que j'avais interrogées et donc là j'ai commencé à monter un atelier d'ergothérapie communautaire que j'ai appelé l'atelier projet. Et donc c'était tout simplement, enfin ce que je voyais comme l'application d'une action communautaire, c'est à dire regrouper la communauté, faire émerger les compétences, les besoins, les forces, les ressources de la communauté et monter un projet, j'ai pas dit activité j'ai dit projet parce que ça pouvait être n'importe quoi. Donc il y avait des phases de construction et des phases où on faisait le projet. Donc j'ai commencé par faire ça et ensuite, donc ça c'était ma version bêta, ma version test, que j'avais, parce que mon



sage pro du coup je l'ai prolongé un peu en bénévolat pour faire quelque chose un peu, et ensuite je suis rentrée en master parce que du coup je m'étais dit bah moi je voudrais monter des projets de d'ergothérapie communautaire et comme en France ça n'existe pas, je vais aller faire un master qui va me permettre de monter mes propres projets. Donc je me suis inscrite en master de santé publique, en spécialité prévention promotion et éducation pour la santé. Et dans ce master j'ai pu faire plusieurs choses, j'ai pu faire un stage où j'ai remonté l'atelier projet mais cette fois d'une d'une façon plus construite et avec douze, enfin des des personnes qui venaient de, non pas douze, de cinq centres d'hébergement différents et puis j'ai pu pousser le principe un petit peu plus loin. Et j'ai aussi fait mon mémoire sur la participation occupationnelle des personnes qui vivent en centre d'hébergement. En faisant mon mémoire, je me suis rendu compte que la participation occupationnelle des personnes qui vivent en hébergement elle est beaucoup plus, enfin en tout cas elle se trouve vraiment limitée par le fait, enfin par le fonctionnement du centre d'hébergement, alors qu'on peut dire que logiquement le centre d'hébergement leur but c'est de favoriser la participation occupationnelle, donc problème. Et entre-temps j'ai rencontré ma directrice de thèse qui m'a proposé du coup de faire ma thèse sur un projet qui s'appelle Coco Velten, donc Coco Velten c'est un lieu hybride parce que c'est un bâtiment au sein duquel il y a à la fois un centre d'hébergement pour quatre-vingt personnes sans domicile, des ateliers bureaux d'associations diverses et variées, culturelles, sociales, des micro-entreprises, des architectes, des scientifiques, enfin voilà c'est hyper varié, et des espaces communs ouverts sur la cité. Par exemple on a un toit terrasse où il y a de la végétalisation, on peut se poser n'importe quoi, ou la cantine on peut venir lire un livre, manger un repas, prendre la wifi, il y a des cafés suspendus et des repas suspendus, y a des repas prix libre, y a des concerts, il y a des expos, voilà il y a plein de choses qui se passent, des activités pour les enfants beaucoup. Et donc moi j'étudie l'influence de Coco Velten sur les capacités des personnes qui sont hébergées. Donc j'ai choisi le terme de capacité parce qu'en fait je trouvais que dans participation occupationnelle on voyait pas suffisamment le côté liberté, choix, voilà. Donc j'ai trouvé que ce concept il collait beaucoup mieux parce que c'est un concept, alors pour moi ça ressemble très très très fort à la justice occupationnelle, parce que là capacité c'est le potentiel de tout ce que les personnes sont réellement libres et capables de faire et d'être. Donc voilà. Entre-temps aussi j'avais pu proposer mon atelier projet au CoFoR, c'est un centre de formation pour le rétablissement des personnes concernées par les problématiques de santé mentale et donc là c'était un format court c'est à dire

que j'avais trois ou quatre séances, je crois que c'était trois séances sur tout, et dans donc on avait une séance de construction de projets et deux séances de réalisation, c'était beaucoup plus court, organisé, fallait aller droit au but. Et Coco Velten voilà, donc j'ai étudié. Alors dans ma thèse du coup je fais de l'évaluation de programme participative, et au sein de cette évaluation de programme j'ai plusieurs sous études, et notamment j'ai fait une recherche action participative et où je me suis sentie à cent pour cent ergo, c'est juste que enfin j'avais l'impression de faire de l'ergothérapie communautaire sauf qu'en plus je produisais des données scientifiques, donc ça je trouvais ça trop trop trop intéressant et je me suis dit les ergo on est trop bien formés pour faire ça, c'est trop trop cool. Après entre-temps je fais de l'observation participante, donc au sein de l'équipe de la résidence sociale du centre d'hébergement je fais du, donc j'observe ce qui ce qui, se passe surtout les enjeux de pouvoir notamment, c'est un des trucs que j'observe le plus, mais je participe aussi en faisant des feed-back entre la théorie et ce que je vois en pratique et comme ça je permets une formation continue à l'équipe sur tout ce qui est pratique orientée rétablissement, santé communautaire. Euh et là aujourd'hui je fais une étude plutôt quantitative, donc je vais dans douze centres d'hébergement pour passer des questionnaires sur, bah le fonctionnement des centres d'hébergement, leur capacité, la liberté, le choix qu'ils ont, leurs activités significantes, parce que le but de Coco Velten c'est aussi qu'ils puissent avoir plus d'opportunités occupationnelles, développer un réseau, tout ça voilà.

Super ! Tu t'arrêtes jamais ?

Ba là va falloir que je m'arrête un peu, parce qu'un moment faudra que j'écrive ma thèse et puis j'ai du mal à partir du, à sortir de du terrain quoi, je je je suis vraiment enfin, tu vois je j'avais peur en partant en master de plus être sur le terrain, en thèse encore pire, et en fait bah j'y suis, mais j'arrive pas j'arrive pas à le quitter quoi. Donc voilà faut que je me pose, que j'écrive des articles sur ce que j'ai fait. Après je pense ça va être intéressant, hein mais voilà c'est pas ce que je préfère faire, je serais fière du résultat mais voilà c'est un peu dur de m'y mettre.

Et alors du coup, tu tu tu l'as un petit peu déjà défini, mais comment tu définirais vraiment toi la pratique communautaire, enfin selon toi ?

Alors pratique communautaire c'est vraiment donc communautaire, parce que commun, donc on va travailler avec un groupe de personnes qui ont quelque chose en commun, donc pour moi ça peut être un territoire, une même problématique vécue, une même passion vécue j'en sais rien, et donc un groupe de personnes. Et moi en tant qu'intervenante en santé communautaire, je vais être, je vais avoir une place de facilitatrice, c'est à dire que mon rôle ça ne sera pas de trouver des solutions pour les gens, mais que les gens trouvent leurs propres solutions, et moi je vais permettre aux personnes de faire émerger soit les problèmes, soit les désirs en commun, les besoins en commun et les forces des personnes, leurs ressources personnelles, environnementales et cetera. Après donc l'idée c'est de favoriser le pouvoir d'agir de la communauté, l'émancipation de la communauté j'en sais rien, d'améliorer leur qualité de vie, donc de la promotion de la santé. Et l'idée pour moi, il y a aussi cette idée de sortir de services spécialisés et d'aller dans la cité, d'utiliser des ressources de la cité, donc enfin ça c'était l'objectif de des groupes que je proposais, et c'était aussi là, tu vois quand on faisait les temps de préparation on n'allait pas dans de dans un service social ou de santé, tu vois j'allais dans des parcs en général souvent. Merci Marseille du coup où il fait beau mais bien pour aller, après j'étais aussi dans Coco Velten j'étais dans la cantine aussi ouais par exemple. Donc voilà j'essaie d'aller dans des lieux où tout le monde va.

Oui des lieux partagés pour le coup et pas des lieux très spécialisés et dédiés vraiment à ce côté santé.

Et après le plus dur dans la, enfin je sais pas c'est peut être pas ça la question maintenant ?

Non non vas-y continue !

Ben je trouve le plus dur dans la santé communautaire, tu vois moi c'est ce que je réfléchis au quotidien tu vois, quand je fais de l'observation participante je me demande toujours qui décide, qui pense pour qui. Et nous en ergo on est super bien formé pour ne pas faire pour, mais on n'est pas, enfin moi en tout cas j'ai pas été très bien formée pour ne pas penser pour.

Oui je comprends ce que tu veux dire oui.

Et ça du coup c'est dur de ne pas penser pour. Alors après ça veut pas dire qu'on peut, qu'on ne peut pas donner de proposition, mais souvent on va avoir plein d'idées et en fait non, ça correspond pas à ce que les gens peuvent faire. Alors ça n'empêche pas de les proposer, parce qu'en fait on n'est pas bête, enfin on est en congruence tu vois, alors là là pour moi la santé communautaire c'est aussi un rapport qui est hyper différent du coup, mais par le fait que on va faire ressortir les forces des personnes et cetera, on se place pas en tant que, enfin si moi je suis experte en ergothérapie en santé communautaire, mais les autres sont experts de leur propre vie, donc ce qui fait qu'il y a une horizontalité dans les rapports et qu'il y'a pas quelqu'un qui sait mieux que l'autre ou quelqu'un, euh voilà. Donc la santé communautaire moi ça m'a permis aussi, ben après je pense que maintenant si je retourne dans un endroit qui fait pas de santé communautaire, je pense que je garderai cette posture là, mais ça a vraiment changé ma posture aussi avec les gens. En fait j'ai l'impression que avant j'avais comme un personnage soignant, qui était beaucoup plus douce, très dans l'empathie tout le temps et tout ça et en fait maintenant non, je je suis moi-même, alors après à des moments quand je sens que la personne elle est dans un moment hyper sensible hyper fragile, bah je vais me remettre en grande empathie et cette douceur va revenir mais ça sera naturel en fait, et je vais pas être tout le temps dans ce truc de d'empathie machin. Donc j'ai vraiment réappris à être moi-même grâce à la santé communautaire, enfin moi-même au travail on va dire. Voilà comment je la définis d'autre ? Logiquement et pour que ça s'appelle une action communautaire il faudrait, enfin il faut que sa lutte contre les déterminants sociaux de santé. Avant je disais que j'avais pas l'impression que je travaillais sur ça parce que, enfin je pense que je vais te raconter un peu ce que j'ai, enfin ce qui s'est passé dans ces groupes. En fait à chaque fois on on s'orientait, alors les projets c'était toujours orienté sur des projets type loisirs, activités de plaisir, plaisir ressourcement, surtout plaisir. Alors au début je me suis dit mais c'est moi qui, la façon dont je présente le truc ça fait ressortir des activités de plaisir et du coup quand je les fais au groupe d'après j'ai fait très attention à ne pas orienter vers des activités de loisir plaisir et en fait c'est quand même retourné vers ce type d'activité sauf quelques trucs. Enfin y a eu des échanges sur la consommation de drogues par exemple et ça je me suis dit c'est génial, j'ai pas du tout prévu ça et hop ça ça se met en place tout seul, c'est trop bien. En fait en santé communautaire on prévoit pas grand-chose, mais je pensais pas que ces échanges là arriveraient aussi vite, enfin dès le premier groupe en fait, les gens se sont mis à s'entraider sur quand

on consomme qui est-ce qu'on peut aller voir et tout ça. Et une autrefois on a été visiter un centre de jeunesse, je sais plus comment ça s'appelle, c'est pas le CRIJ mais en tout cas un lieu qui s'occupe, qui propose des trucs pour les jeunes, plein de truc pour les jeunes. Et une fois il y a aussi des échanges sur comment travailler comment on trouve du travail au black, où est-ce qu'on peut trouver du travail au black. Et sinon le reste c'était que du loisir plaisir quoi.

Ok et du coup toi dans toutes ces ces pratiques là, en quoi vraiment ta ta vision et ta formation d'ergo c'est vraiment un plus ?

Ben je te disais tout à l'heure, le fait que je pense qu'on est les meilleurs professionnels qui ne faisons pas pour. En fait je crois que le but de notre métier, que ce soit l'analyse de l'occupation de l'activité ou le fait qu'on sache analyser les habiletés, le, enfin tu vois qu'on sache vraiment découper tout ce qu'il faut pour avoir une participation occupationnelle, et ben ça nous permet de voir pile, enfin être très très proche, tu vois de pouvoir vraiment vraiment vraiment adapter au plus près de ce que les gens savent faire et d'utiliser le plus possible les compétences des gens parce qu'on les voit, on voit les compétences. Osait très bien les analyser et et donc je pense que c'est ça qui fait qu'on est des excellents professionnels en santé communautaire. On est très fort pour faire ressortir les forces des personnes. Le fait aussi qu'on ait une vision super globale, ça ça aide parce qu'en fait les ressources des gens, les forces des gens, ça va être des forces peut être individuelles, il y a des gens qui vont avoir des ressources individuelles, mais il y a aussi des, enfin dans le groupe les gens connaissent des choses, il y a des ressources environnementales et le fait qu'on ait cette vision holistique, globale enfin voilà complète des situations, bah je pense que ça nous permet aussi de d'aller chercher toutes les forces toutes les ressources des personnes. Voilà bah c'est déjà pas mal je pense. Après voilà ne pas penser pour, alors je sais pas comment les formations ont évolué, j'ai l'impression que quand même on est de plus en plus dans ne pas penser pour. Donc ça voilà, mais sinon je pense que oui notre plus grosse force évidemment c'est ça. Alors après tu vois quand tu vas voir des éducs, ils vont te dire la même chose, mais moi je le vois en fait, je suis au quotidien avec des éducs et c'est pas vrai en fait, ils font pour. Ils font pour, ils savent pas détecter les compétences, les capacités des personnes, même les, mêmes les forces environnementales en fait. Tu vois là dans le centre d'hébergement il y a des gens, enfin qu'on avait l'impression que c'était en galère monstre, qui s'en sortiraient jamais,

bah tac d'un seul coup ils me disent ah bah ça y est j'ai trouvé un appartement je pars la semaine prochaine. Et les éducateurs sont là de quoi enfin comment comment c'est possible, et en fait bah parce que vous avez pas questionné les ressources des gens, que vous vous êtes restés dans le système classique, dans ce que vous connaissez dans les démarches classiques d'accès au droit et vous avez pas pensé à élargir votre vision et avoir toutes les ressources des personnes et du coup bah vous avez pas vu ce que la personne était en train de faire en dehors. E nous en tant qu'ergo je pense qu'on est plus capable de faire ça.

Et du coup est ce que tu, tu as l'impression que, il y a certains lieux en fait qui vont, comment qui vont favoriser la pratique communautaire, où certains types d'intervention ?

Euh type d'intervention ça veut dire quoi ?

Bah en fait, plutôt certains lieux en fait, est-ce que tu as l'impression que la pratique communautaire elle va plus se être facile à mettre en place dans dans certains types de lieux ou lieu d'exercice enfin voilà, dans certains contextes plutôt que dans d'autres ?

Bah moi les parcs ça marche bien, on s'essayait dans l'herbe je trouvais que c'était c'était bien. Après je pense qu'il faut être dans des lieux qui favorise la pratique...

Ou est-ce que par exemple tu t'as le sentiment toi que c'est vraiment, que la pratique communautaire ça va s'utiliser surtout dans des lieux d'exercice à vocation très sociale où est ce qu'on soit on pourrait avoir ces pratiques là partout ?

Ah ben non non, ah tu veux dire avec le type, quel public tu veux dire ?

Oui aussi

Alors je pense, tout à l'heure je te disais pour moi la santé communautaire c'est, le but c'est aussi de sortir au maximum de tout ce qui est institution de santé ou sociale, donc d'aller le plus possible dans la communauté. Et je pense que ça se fait avec tout le monde en fait, pratique... moi je dis que je faisais de l'ergothérapie sociale /

communautaire, parce que ma porte d'entrée c'était des gens qui avaient des problématiques sociales à la base, avec des problématiques occupationnelles, sinon pourquoi un ergo, et parce que j'avais une pratique communautaire. Parce qu'on peut très bien avoir une pratique d'ergo classique, à te faire que de l'individuel, avec des personnes qui ont des problématiques sociales, c'est pour ça que je dis communautaire et sociale, mais ça pourrait être communautaire, santé mentale communautaire, la pratique est la même en fait ouais, enfin pour moi, j'ai l'impression que la pratique est la même. Après ça peut être d'autres choses hein, ça peut être travailler avec une communauté, j'avais un exemple, je crois que c'était en au Québec, où les ergo ils avaient travaillé avec des personnes PMR et ils avaient travaillé l'accessibilité d'une piscine municipale, c'est trop bien, ça c'est vraiment trop cool, enfin c'est le gros projet mais du coup c'est excellent. Et pareil il y a Pereira qui a fait, Pereira qui a fait l'approche CORE, capacité Opportunité Ressources Environnement et qui parlait de d'une intervention d'ergo qui a permis qu'il y ait un bus qui passe dans un bled pour aller je sais plus à quel endroit, mais à un endroit où les gens avaient l'intérêt d'aller en fait, donc voilà ça je trouve ça trop bien aussi. Mais les lieux, enfin un public, tout public voilà.

Mais en fait, il y a pas, il y a pas de forcément, enfin t'as pas l'impression qu'il y a une enfin, qu'il y a des populations qui soientt davantage à investir que d'autres en soi ?

Bah quand même les personnes qui subissent des inégalités sociales. Enfin pour moi il faut prioriser ça parce que sinon, bon on peut faire on peut le faire avec tout le monde hein, je pense qu'on peut le faire avec les gens qui ne subissent pas d'inégalité et ça va aussi augmenter leur qualité de vie, mais je pense qu'il faut quand même prioriser, on le fait, enfin moi personnellement je le fais dans un but de de justice occupationnelle, donc je vais plutôt viser les personnes qui subissent les inégalités sociales. Mais je pense que on peut le faire, tu vois quelqu'un qui se mettrait à son compte en libéral ,il pourrait très bien avoir cette pratique avec des gens qui subissent moins, mais qui ont juste envie d'améliorer leur qualité de vie tu vois.

Ok et du coup tu parlais d'expérience comme ça au Québec ou autre, est ce que les pratiques qui peuvent se faire dans d'autres pays justement elles ont pu un moment donné toi de servir de modèle où te permettre de t'appuyer comme ça sur des choses qui se faisaient ailleurs ?

On m'avait parlé de EMBELLIMUR, en fait on m'a parlé de plein de choses, mais j'ai pas forcément retrouvé, en fait j'ai l'impression que ce que je fais c'est exactement, enfin pour moi je vois pas comment faire autrement que ce projet atelier projet tu vois, mais qui peut partir dans tous les sens hein tu vois, pourquoi pas les besoins c'est j'aimerais bien aller à la piscine mais je peux pas, bah venez on va voir le maire et puis on lui dit de retaper la piscine. Bon ça, c'est jamais arrivé à des aussi gros projets, bon j'avais pas énormément de temps, ni de moyens d'ailleurs, enfin du coup on allait trouver des moyens ensemble, c'était nos ressources communes. Mais bah oui je pense que, tu vois ce truc du Canada, du Québec là, ça ressemble, enfin ça ressemble à ça, après on m'a parlé juste du résultat, enfin de ce que les gens ont fait et pas de comment ils l'ont fait. C'est pour ça qu'au début, je me demandais quand je fais de l'ergo, je fais pas de l'ergo, est ce que c'est ça qu'il faut faire, parce que ça me semble tellement simple, que je me suis dit mais pourquoi on fait pas tous ça, enfin. Enfin tellement simple, non c'est pas tellement simple en fait, non ça demande énormément d'énergie, parce que dès qu'on veut pas faire nous-mêmes, euh c'est multiplié par au moins quatre le temps et l'énergie nécessaire pour faire un truc. Mais le principe est simple en fait. Et c'était quoi la question des pratiques qui m'ont inspirée... Après il y avait, c'est pas tout à fait la même chose non plus, mais il y avait Agathe de Chassey, qui a eu une pratique, alors elle était embauchée en tant qu'éduc au Brésil, mais en fait elle a fait des ateliers avec les jeunes. Mais ça pareil, ça partait pas vraiment, c'est eux qui ont eu l'idée, donc pour moi c'est pas vraiment de la santé communautaire tu vois, mais en tout cas ils faisaient des ateliers avec les jeunes avec des miroirs, où ils faisaient des créations artistiques et en fait après ils allaient les vendre et c'était des jeunes qui vivaient dans la rue au Brésil, donc voilà il y avait plein de bénéfiques à faire ça, mais je dirais pas que c'est cent pour cent une démarche communautaire, parce que tu vois à la base c'est eux qui ont prévu de faire ces ateliers machin, c'est pas les jeunes qui ont choisi de faire ça. Hum y a qui qui fait ça ? EMBELLIMUR je sais pas si tu en as entendu parler ?

C'est en Belgique ?

En Suisse. Mais tu vois c'est pareil, c'est pas eux qu'ont choisi tu vois, c'est je pense c'est les ergo qui ont eu l'idée de faire de la mosaïque tu vois. C'est c'est, ça ça ressemble trop à un ergothérapeute de proposer de faire de la mosaïque tu vois, c'est



pas les gens qui ont dit « hey si on faisait de la mosaïque », non je suis sûre que c'est l'idée d'un ergo qu'en a fait pendant ses cours et qui s'est dit si on faisait ça avec des populations migrantes. Donc c'est pareil je trouve que c'est pas à cent pour cent de la démarche communautaire, après c'est difficile de d'aller à cent pour cent tu vois, peut être qu'on peut proposer un truc, PRACS je sais pas si t'en as entendu parler ?

Oui, j'ai j'ai eu, j'ai fait un entretien avec avec AM hier après-midi.

Ok, c'est marrant, alors avec AM on fait partie du même collectif ergothérapie émancipatrice. Et c'est marrant parce que, elle, je trouve que ce qu'elle fait, c'est de l'ergothérapie communautaire. Alors c'est juste que moi je pars de zéro-zéro, c'est à dire que je propose rien, je propose juste qu'on réfléchisse à faire des trucs ensemble, et que elle, elle propose déjà un truc à la base genre musique artistique tu vois, elle met un média quand même au milieu pour commencer à faire un truc et après je trouve qu'elle applique exactement les principes de santé communautaire. Mais je sais pas ce qu'elle t'a dit, mais elle n'aime pas ce terme.

Non non bah mais mais son explication est vachement intéressante pour le coup, enfin c'est très cohérent avec sa façon de de faire. Mais c'était super intéressant d'ailleurs de l'entendre expliquer.

Ouais, et du coup voilà, à chaque fois et moi quand elle présente, je l'ai déjà vu présenter le projet à des partenaires et tout, elle dit ouais je sais pas trop comment ça s'appelle encore et moi je suis c'est de l'ergothérapie communautaire c'est exactement ça. Mais elle, elle veut pas utiliser ce terme et notamment je pense que c'est aussi parce que FM son collègue refuse catégoriquement ce mot, parce que pour lui communauté, communautarisme, et que c'est mal connoté et que du coup il se refuse d'utiliser ce mot et moi je pense que en fait à un moment faut appeler un chat un chat et c'est à l'international on dit commu..., enfin une action communautaire, l'OMS dit faut faire des actions communautaires donc disons qu'on fait une action communautaire quand c'est exactement ce qu'on fait en fait, voilà. Parce que tu vois elle, elle utilise beaucoup ergothérapie sociale, mais en fait, en fait bah tu vois en centre d'hébergement il y a une ergo, parce que moi j'ai pas été trop sur le terrain dans le centre d'hébergement, à part enfin sur certains trucs mais, il y a LC qui était vraiment ergothérapeute de terrain dans un centre d'hébergement, et elle a fait aussi de

l'ergothérapie classique tu vois, tu vas accompagner des personnes en individuel, adapter leur environnement à faire des trucs, et c'est pas de l'ergothérapie communautaire pour moi, enfin ils utilisent, enfin ils font de l'ergothérapie communautaire mais à l'échelle individuelle tu vois, c'est pas de l'ergothérapie communautaire tu vois. C'est des pratiques orientées rétablissement, mais pas communautaire voilà. Je pense que c'est juste ça la différence entre pratique orientée rétablissement et communautaire c'est que le communautaire tu vises un groupe et que rétablissement tu es, c'est les mêmes principes d'action mais en seul.

Ok. Et pour rester dans le dans le dans le vocabulaire et un peu la théorie du coup, est ce que toi tu utilises un, un ou des modèles de pratiques ? Alors je ne sais pas, MCRO, MOH, il y en a plein donc...

Bah moi je suis plutôt MOH. Mais je, alors à la base, quand j'avais regardé tous les modèles, je trouvais que celui qui collait le mieux c'était le MOH. Enfin tous les modèles, tu vois y en avait pas encore énormément, parce que maintenant il y a le modèle transactionnel des trucs comme ça, mais qui je pense sont assez difficiles à utiliser, concrètement, après je les connais pas assez en fait. Mais moi à l'époque en tout cas, celui qui me parlait le plus c'était le MOH. Après là il y a le CORE de Pereira que je trouve qui est intéressant aussi, après je l'ai jamais utilisé. Et puis l'approche par la capacité tu vois je trouve que ça vient pallier un peu le manque qu'il y aurait dans le MOH sur vraiment un focus sur, en fait l'environnement dans le MOH un tout petit truc sur l'exigence de l'occupation, et en fait non, je pense qu'il manque vraiment quelque chose sur, bah dans la volition il parle du choix, mais c'est pas à mon avis c'est pas suffisant et pour, enfin et puis ça appuie beaucoup beaucoup sur sur les habiletés, beaucoup plus que sur l'environnement en fait. Donc je pense que c'est pour ça que j'ai pris l'approche par la capacité, mais après je pense que mon modèle de pensée c'est le MOH en fait. Bah je dirais un mix entre MOH, approche par la capacité et du coup un peu CORE (Capabilité Opportunité Ressources Environnement) voilà. Parce que tu vois, enfin moi là en ce moment dans ma thèse, je me focalise alors sur, comme je t'ai dit dans la pratique sur les ateliers de projet là, je pense que j'étais beaucoup plus MOH je pense qu'en fait à l'intérieur des groupes je faisais quand même de l'individuel, c'est à dire que je relevais les capacités de chacun, les habiletés de chacun, et et j'utilisais les forces de chaque personne pour que ça utilise le groupe et pour que les gens progressent aussi dans certains trucs, et pour qu'ils voient, qu'ils se

rendent compte qu'ils sont capables de faire plein de trucs tu vois. Donc sur le terrain j'étais quand même beaucoup plus MOH. Et aujourd'hui ouais, je suis un mix entre, enfin, alors aujourd'hui je me, je regarde beaucoup moins les habilités en fait, je m'en fiche des habilités des personnes tu vois, c'est c'est beaucoup plus le système que je regarde, l'institution, l'organisation. C'est pour ça que je suis plus dans quelque chose capabilité environnement tu vois.

Ok. Mais je vais aller creuser là du côté des capabilités, parce que je l'avais un peu vu passer, mais c'est pas quelque chose qu'on aborde à l'école non plus donc.

Bah les capabilités t'as Hamel qu'en parle en ergo, Marie-Josée Drolet elle en parle mais plutôt avec une vision écologie(que) et l'autrice qui nous parle, alors à la base l'auteur qui a lancé cette approche, c'est à Amartya Sen, mais que je trouve il est assez complexe pour pas grand-chose. Enfin en tout cas en ergo, ce qui est plus utilisable c'est Marta Nussbaum, qui a elle vulgarisé le concept et qui a, qui l'a rendu beaucoup plus utilisable je trouve. Euh... et en ergo il y a qui d'autre, bah il y a Pereira évidemment, voilà c'est les principaux auteurs alors je pense que tu peux regarder.

Ouais mais j'irai chercher de ce côté-là. Et du coup pour, enfin oui pour finir, mais tu m'en as déjà, tu l'as abordé tout à l'heure, pour le coup est ce que toi t'as le sentiment d'être impliquée aussi finalement en promotion de la santé par rapport à ce que tu fais comme pratique ?

Ah oui oui, bah moi je me sens une actrice de promotion de la santé, clairement, c'est à cent, tu vois c'est pour ça là ils parlent de la réingénierie des masters et tout ça, et puis ils veulent faire, ils veulent que le l'ergothérapeute passe en, passe en cinq ans, enfin en tout cas qu'on soit déjà reconnu comme master. Et en fait moi je trouve que c'est presque dommage, parce que tu vois moi je voulais me, je voulais faire de la promotion de la santé, et donc est ce que si l'ergothérapie passe en cinq ans, enfin je suis pas sûre qu'on soit tous formés ... En même temps c'est simple hein, je te dis la, enfin tu vois c'est hyper simple faire de la santé communautaire en pratique, être intervenants en santé communautaire c'est simple finalement, est-ce qu'il y a vraiment besoin d'un master pour faire ça, mais après pour monter des projets euh je pense que t'as besoin d'un master tu vois, et je suis pas sûre que la réingénierie ça nous permette de monter des projets. Parce que c'est un diplôme d'ergo, c'est pas un

diplôme de chargé de projet tu vois, donc ça je trouve que c'est dommage. Et en fait après on pourrait faire plein plein de choses différentes, si tu veux te spécialiser dans un truc tu peux aller en master, alors que là, tu vas déjà te taper quatre ans, cinq ans et tu vas redevoir encore en plus faire deux ans pour avoir un niveau master, enfin pour avoir le master que tu veux. Parce que je pense on va pas faire un master pour avoir un niveau master, on va faire un master pour, parce qu'on a un projet en fait, parce qu'on a envie de faire quelque chose et donc voilà. Euh, c'était quoi la question pardon ?

On était sur la promotion de la santé ...

Ah oui oui promotion de la santé ouais !

Et et en quoi tu, tu penses qu'effectivement tu fais aussi de la promotion de la santé par rapport, je sais pas, aux objectifs que tu vises ?

Alors les objectifs visés c'est de favoriser le pouvoir d'agir des personnes, favoriser la justice occupationnelle. Tu vois c'est des objectifs tellement larges, vu que c'est des gens qui posent leurs objectifs, mais mon but c'est que les gens posent leurs propres objectifs, se trouvent leurs propres ressources, leurs propres, que ce soit eux qui identifient leurs propres besoins, leurs propres désirs et qui identifient leurs propres ressources pour répondre eux et elles-mêmes à leurs besoins, euh et envies. Et du coup je pense que ça favorise la qualité de vie des personnes, ça favorise leur pouvoir d'agir. Alors tout à l'heure je t'ai dit est ce que je, est ce que ce genre de, est ce que ce que je fais ça ça vient lutter, enfin ça vient favoriser les déterminants sociaux de santé, avant je te disais qu'avant je te disais que non parce qu'on va rester sur du loisir, mais en fait le loisir c'est un déterminant social de santé. Et je me dis que en fait si ces activités elles s'orientaient vachement vers du loisir, c'est qu'en fait bah juste les gens avaient besoin et envie de ça, parce que on cherche leurs besoins et envies, si ça part sur des, du loisir, du plaisir, c'est que les gens avaient envie et besoin de faire ça. Donc je pense que ça venait un peu lutter contre déterminants sociaux de santé. Et le fait que ça permette aux personnes de, alors je t'ai dit redonne du pouvoir d'agir, je suis pas d'accord avec cette façon de dire, ça permet aux personnes de reprendre leur pouvoir d'agir voilà, parce qu'on donne pas du pouvoir d'agir à quelqu'un en fait,

on peut favoriser sa reprise mais on peut pas lui donner. Euh, qu'est-ce qu'il y a d'autre bah voilà c'est déjà pas mal !

Oui oui, c'est déjà pas mal ! Tu es mon dernier entretien et c'est vrai que c'est super enrichissant en fait de vous entendre tous parler de vos pratiques. Et puis je sais pas si c'est lié au domaine justement et puis à la pratique communautaire, mais vous êtes tous ultra passionnés et je suis super contente parce que ça va vraiment dans le sens de ce que j'avais moi en tête quand j'ai commencé à faire évoluer mon sujet de mémoire et ça coïncide avec plein de choses. Donc ouais, c'est bien !

Trop cool !

## ANNEXE IX : ANALYSE DES ENTRETIENS

Question de recherche : De quelle manière la pratique communautaire en France permet-elle une approche ergothérapique en promotion de la santé ?

Hypothèse : la prise en compte des enjeux collectifs (problèmes et des potentialités) dans la pratique communautaire, permet une approche ergothérapique en promotion de la santé.

PARCOURS PROFESSIONNEL, DOMAINE D'EXERCICE			
N°	Questions	Ce que je cherche à savoir	Indicateurs (dans les réponses)
1	Quel est votre parcours professionnel jusqu'à aujourd'hui ? ↳ <i>Dans quel domaine travaillez-vous actuellement ? Quelle structure ? Et auprès de quelle population ?</i>	Connaissances, influences professionnelles Impact du domaine de pratique Impact du lieu de pratique Influence en termes de politique de santé Culture communautaire	Année de diplôme Formation(s) éventuelle(s) Population : précarisée, vulnérable, adulte, enfants, personnes âgées Lieu de pratique : santé mentale, réhabilitation, réadaptation, type de handicap, ...
PRATIQUE COMMUNAUTAIRE			
N°	Questions	Ce que je cherche à savoir	Indicateurs
2	Qu'est-ce qui vous amené vers la pratique communautaire ? Pourquoi ce choix ?	Lien ergothérapie Apports	Valeurs Engagement associatif Engagement humanitaire Reconnaissance Rôle
3	Pour vous qu'est-ce que la pratique communautaire ? Comment vous la définissez ?	Pratique définie Accord sur les définitions Lien promotion de la santé Lien ergothérapie	Occupation, activité Approche globale, holistique Centrée sur la personne Groupe/communauté

4	Quels objectifs ( <i>déterminants en santé</i> ) visez-vous à travers la santé communautaire ?	Comprendre sur quels déterminants en santé s'appuyer	Participation, pouvoir d'agir Bien-être Qualité de vie Occupation/occupationnelle / Activité
5	Comment cela influence votre pratique en tant qu'ergothérapeute ?	Apports Liens	Rôle Posture Relation soignant / patient
6	Pour vous, en quoi votre vision et formation d'ergothérapeute est un plus ?	Spécificité de l'ergothérapie Apports Limites	Analyse de l'occupation, de l'activité Analyse des interactions personne / occupation / environnement Vision globale Vision centrée sur la personne
7	Selon vous, pensez-vous que certains lieux d'exercice favorisent la pratique communautaire ?	Domaines facilitants Culture pour la pratique communautaire	Santé mentale Social Institution Domicile Quartier, maison de quartier, centre social Lieu d'accueil Partenariat
8	Estimez-vous qu'une population particulière soit davantage à investir ou non en France ? ↳ <i>Quelle plus-value à agir avec cette population précise ? Et dans ce cas quels objectifs (déterminants) viser ?</i>	Population particulière spécifique Population + large à cibler Toute population possible Déterminants prioritaires	Adulte, enfants, adolescents, personnes âgées Priorités population vulnérable, précarisées
9	Est-ce que les pratiques d'un autre pays vous ont servi de modèle pour développer cette pratique ?	Contexte français	Système et conception de la santé en France / autre pays

MODELES			
N°	Questions	Ce que je cherche à savoir	Indicateurs
10	Utilisez-vous un modèle de pratique ? ↳ <i>Si non pourquoi ? Si oui lequel et pourquoi ?</i>	Nécessité des modèles de pratiques ou non Utilité d'un modèle pour lien ergothérapie et promotion de la santé / pratique communautaire ou non	OUI / NON MCRO MOH Adaptation
ACTION EN PROMOTION DE LA SANTE			
N°	Questions	Ce que je cherche à savoir	Indicateurs
11	Dans votre pratique, estimez-vous que vous êtes impliqué dans des actions en promotion de la santé ? ↳ <i>Lesquelles ?</i> ↳ <i>Et par rapport à vos objectifs, lesquels correspondraient à la promotion de la santé ?</i>	Connaissance de la promotion de la santé Liens avec la pratique communautaire Liens avec les populations visées Liens avec les déterminants visés Liens ergothérapie et promotion de la santé	Déterminant de santé Démarche Considération de la personne / communauté dans son lieu de vie, son environnement Capacité, compétences, capable de Forces, leviers Problèmes, freins Problématique
12	Là encore, selon vous, en quoi votre vision d'ergothérapeute est un plus ?	Spécificité de l'ergothérapie Quels apports Limites	



## ANNEXE X : ÉTAPES D'ANALYSE DES RESULTATS

### 1. Analyse verticale de chaque entretien : résultats

E1 :

Année diplôme	Parcours professionnel	Lieu actuel de pratique	Modèles conceptuels	Promotion de la santé	Compétences Ergothérapeute
2016 6 ans	Psychiatrie Mission humanitaire UMAPPP Hôpital de jour en réhabilitation	UMAPPP Hôpital de jour en réhabilitation  Adultes	MOH RBC Réhabilitation psychosociale	OUI Pas perçu Pas formalisé Pas intégré à la pratique Pas visé Domaine mal connu	Le groupe L'activité L'aspect créatif L'aspect social Plus inclusif Évaluation de l'autonomie Tisser des liens

E2

Année diplôme	Parcours professionnel	Lieu actuel de pratique	Modèles conceptuels	Promotion de la santé	Compétences Ergothérapeute
	Neurologie FAM et MAS Service d'intervention à domicile personnes avec handicap sensoriel moteur Accompagnement enfants déficients visuels Psychiatrie adulte Manager d'organismes à vocation sociale et culturelle Enseignement (travailleurs sociaux+ IFE) Formatrice premiers secours en santé mentale	Mi-temps enseignante Mi-temps formatrice en premiers secours en santé mentale  Adultes	PPH MCRO (utilisé)	OUI Sensibilisation en classe Se questionner sur comment faire pour avoir un équilibre de vie pour ne pas être stressé En tant que formatrice premiers secours en santé mentale	Personne comme acteur =capable de Vision positive de l'être humain Considérer la personne dans son contexte Compréhension des activités Triade personne-occupation-environnement. Sens des activités La personne a les solutions en elle-même et sais ce qui est bon pour elle Le soignant ne sait pas tout. Travail en groupe : coopération, facilitation, intelligence collective, faciliter la participation

### E3

Année diplôme	Parcours professionnel	Lieu actuel de pratique	Modèles conceptuels	Promotion de la santé	Compétences Ergothérapeute
1998	Danseuse Enfants Santé mentale et secteur social Recherches Coordination UMPP PRACTS	PRACTS : prévention et promotion de la santé mentale par les activités  Adultes migrants	Aucun	OUI santé publique Structures les plus implantées sur le territoire Accompagnement = outil pour être avec et aider à s'approprier une certaine dimension de sa vie, significative	Médiations Proposer des activités Manipuler l'activité Processus de réflexion et de construction collective Méthode qualitative de réflexion

### E4

Année diplôme	Parcours professionnel	Lieu actuel de pratique	Modèles conceptuels	Promotion de la santé	Compétences Ergothérapeute
	Recherches CHRS Bénévolat associatif Master de santé publique, en spécialité prévention promotion et éducation pour la santé Coco Velten CoFoR (santé mentale)	Doctorat Adultes précarisés	MOH CORE (capabilité Opportunité Ressources Environnement)	OUI : Actrice de promotion de la santé. Favoriser le pouvoir d'agir des personnes, la justice occupationnelle, la qualité de vie, les déterminants sociaux de santé. Les gens posent leurs propres objectifs, trouvent leurs propres ressources, identifient leurs propres besoins, leurs propres désirs, pour répondre eux et elles-mêmes à leurs besoins et envies.	Voir la capacité, le potentiel, ce que les personnes sont réellement libres et capables de faire et d'être. Se demander qui décide, qui pense pour qui. Meilleur professionnel qui ne fait pas pour. Analyse l'occupation, l'activité, les habiletés. Analyser pour avoir une participation occupationnelle. Adapter au plus près de ce que les gens savent faire et utiliser le plus possible leurs compétences. Vision holistique, globale, complète des situations. Aller chercher toutes les forces, toutes les ressources des personnes.

**2. Seconde lecture : analyse thématique** en surlignant d'une couleur différents les passages correspondants à chaque thème :  
 Parcours, domaine de pratique / Pratique communautaire / Modèles / Promotion de la santé / Spécificité de l'ergothérapeute

**3. Analyse transversale des corpus sélectionnés, par question**

**PARCOURS PROFESSIONNEL, DOMAINE D'EXERCICE**

**Q1. Quel est votre parcours professionnel jusqu'à aujourd'hui ?**

↳ *Dans quel domaine travaillez-vous actuellement ? Quelle structure ? Et auprès de quelle population ?*

E1	E2	E3	E4
<p>j'ai été diplômé il y a 6 ans (...) deux ans en hôpital psychiatrique j'ai fait une mission humanitaire deux ans en psychiatrie à mi-temps sur l'hôpital de jour de réhabilitation et à mi-temps sur une équipe mobile psychiatrique. personnes donc précaires toute personne qui n'ont pas de logement fixe un public très large hébergé chez des gens ou hébergées dans des foyers, quelque chose de non pérenne.</p>	<p>en psychiatrie adulte. en Suisse italienne où j'ai travaillé avec des personnes qui avaient soit des suites d'AVC, de traumatisme crânien, en neurologie adulte, sur des sorties d'urgence jusqu'au retour à domicile, en Suisse on a la chance de pouvoir faire ce parcours complet. en France, j'ai travaillé dans un foyer d'accueil médicalisé avec des personnes cérébrolésées. en parallèle j'ai repris des études de philo j'ai travaillé dans un service d'intervention à domicile pour des personnes qui ont un handicap sensoriel moteur.</p>	<p>diplômée en quatre-vingt-dix-huit avant ça j'étais danseuse et c'est par la danse que je suis arrivée à l'ergothérapie, formée par l'université de Sao Paulo j'ai toujours travaillé en ergothérapie sociale, j'ai toujours été entre le social et la santé mentale, mais la santé mentale vu comment on la voit au Brésil, elle est très ancrée sur le social. Beaucoup de concepts que j'utilise encore maintenant pour penser le monde, pour penser le travail, pour penser les équipes, pour penser le but de l'opération, c'est des concepts que j'ai appris en santé mentale</p>	<p>Mémoire sur ce sujet là et j'ai continué avec un stage préprofessionnel dans l'association qui m'avait permis de rencontrer les personnes que j'avais interrogées et donc là j'ai commencé à monter un atelier d'ergothérapie communautaire que j'ai appelé l'atelier projet master de santé publique, en spécialité prévention promotion et éducation pour la santé j'ai aussi fait mon mémoire sur la participation occupationnelle des personnes qui vivent en centre d'hébergement Coco Velten c'est un lieu hybride parce que c'est un bâtiment au sein duquel il y a à la fois un</p>

	<p>J'ai travaillé dans une maison d'accueil spécialisée</p> <p>j'ai travaillé dans un service qui accompagne des enfants déficients visuels, dans le milieu de vie</p> <p>j'ai travaillé dans un hôpital de jour de crise et en intra hospitalier voilà, psychiatrie adulte</p> <p>je me suis formée au CNAM. Je voulais faire un diplôme de cadre mais qui soit pas hospitalier, donc j'ai pas fait le diplôme de cadre de santé, parce que c'est pas une culture dans laquelle je me reconnais et donc je suis parti sur un diplôme qui s'appelle manager d'organismes à vocation sociale et culturelle, parce que j'ai eu besoin de faire un pas de côté par rapport à la santé et d'aller le voir un petit peu dans d'autres champs professionnels</p> <p>la question de la participation en fait je me suis vraiment centrée, une recherche-action sur la participation des habitants mais du coup avec le regard ergo.</p> <p>en parallèle de tout ça j'ai commencé des activités</p>	<p>des sociologues ou de psychiatre ou des historiens italiens, voilà c'est c'est des concepts très très utiles pour penser ce qu'est la société dans laquelle on intervient et de caler mon intervention, formation très, ouais basée sur les sciences humaines, philosophie, sociologie, écologie, droit</p> <p>équipes mobiles de psychiatrie précarité, toujours entre le social et la psychiatrie.</p> <p>Je faisais des recherches sur les questions des, des interfaces et des interactions entre les questions sociales et les questions de santé en particulier de santé mentale.</p> <p>PRACTS, qui est donc une prévention, ça veut dire prévention et promotion de la santé mentale par les activités collectivisantes sur les territoires</p> <p>Toujours en lien avec le laboratoire (...) au Brésil et des professionnels un peu partout dans le monde au Canada, en Australie, au Portugal, en</p>	<p>centre d'hébergement pour quatre-vingt personnes sans domicile, des ateliers bureaux d'associations diverses et variées, culturelles, sociales, des micro-entreprises, des architectes, des scientifiques, enfin voilà c'est hyper varié, et des espaces communs ouverts sur la cité. j'étudie l'influence de Coco Velten sur les capacités des personnes qui sont hébergées</p>
--	---	--	---

	<p>d'enseignement, d'abord auprès des travailleurs sociaux, moniteur éducateur, éducateur puis auprès des ergos dans différents IFE</p> <p>j'ai développé aussi une posture de formatrice pour adultes, en formation continue, dans le champ de la psychiatrie</p> <p>Aujourd'hui j'ai un poste de mi-temps d'enseignante à la haute école à Bruxelles et un mi-temps, c'est mon activité de formatrice en premiers secours en santé mentale, donc sur des actions promotion de santé tout public pour moi la vie professionnelle s'est progressivement très articulée avec ma vie personnelle et des investissements associatifs, des engagements citoyens, j'ai essayé d'articuler dans ma pratique ergo.</p>	<p>Espagne, pour discuter de ce genre de de problématique sur la France, donc voilà on a un collectif en France pour discuter de ça et puis on a des collectifs plutôt intereuropéens et internationaux</p>	
--	---	---	--

## PRATIQUE COMMUNAUTAIRE

### Q2.Qu'est-ce qui vous amené vers la pratique communautaire ? Pourquoi ce choix ?

E1	E2	E3	E4
<p>je pense la mission humanitaire le fait que c'était nouveau j'avais envie d'une ergothérapie peut être un peu plus dans la cité encore,</p> <p>le fait de pouvoir intervenir dans les foyers de pouvoir intervenir ....sur les lieux d'accueil d'aider les publics qu'on rejette de façon générale pour redonner une fonction à ces personnes et un rôle dans la société.</p>	<p>j'ai jamais utilisé le terme de pratique communautaire. Parce que c'est pas un terme qui était employé en France à l'époque et puis pas encore très bien défini j'ai rencontré des gens qui sont dans l'approche de santé communautaire, j'ai senti des liens forts avec ma manière de travailler. Mais je n'ai pas une pratique communautaire, je n'ai pas eu une pratique communautaire au sens pur je dirais du terme</p> <p>Or j'ai toujours agi à partir, mais que c'est aussi le schéma de la formation ergo, j'ai toujours travaillé à partir d'institutions. Donc à partir d'institutions, on travaille en individuel, on ne demande pas d'accompagner un groupe d'habitants,</p> <p>Donc on nous demande d'accompagner des fois des groupes, donc pour moi ce qui se rapproche de la pratique</p>	<p>des stagiaires qui me disent moi je faisais des maraudes, je voyais des personnes sans abri dans le cadre de mon activité un peu personnelle et je me disais bien que l'ergothérapie avait quelque chose à dire là-dessus. Ou quelqu'un qui travaillait avec des migrants à Calais et qui dit mais je voyais bien</p> <p>je faisais déjà toute la période de fac, dès la première année je mettais en place des interventions dans des structures</p> <p>je venais en week-end mettre en pratique.</p> <p>ce que j'apprenais à la fac venait éclairer, la théorie venait après la pratique où j'avais des intuitions les professeurs m'orientaient pour mettre en place des trucs ou pour penser les choses que je faisais. le cours il venait comme ça juste après et puis en attendant je demandais à mes profs « voilà j'ai</p>	<p>j'étais en formation d'ergo je me suis intéressé à la thérapie bah sociale et communautaire. mon IFE était dans les quartiers nord de Marseille et en fait le bus faisait toujours un gros détour par les cités et du coup j'avais le temps d'observer cet environnement et je voyais qu'il y avait beaucoup de jeunes qui ne faisaient rien, c'est à dire qui zoniaient sans activités significantes, significatives et du coup je me suis dit bah peut être que en tant que ergothérapeute on pourrait faire quelque chose pour les jeunes et je m'étais orientée, sur la prévention de la délinquance en en ergothérapie chez les jeunes</p> <p>je me suis plutôt orientée sur les personnes sortant de prison qui vivaient en CHRS, j'ai pu faire mon mémoire sur ce sujet là et j'ai continué avec un stage préprofessionnel dans l'association qui m'avait permis de</p>

	<p>communautaire c'est ce que j'ai pu faire en psychiatrie adulte, en travaillant avec des groupes de patients, mais en travaillant d'une certaine manière avec ces groupes de patients.</p>	<p>pensé à ça qu'est-ce que t'en penses »</p> <p>je l'ai compris plus tard que l'ergothérapie sociale elle est venue pour moi comme une évidence et j'ai eu les cours d'ergothérapie sociale qu'en troisième année. D'ailleurs ça n'existait pas, c'était la toute première promo qui avait des cours</p> <p>de cette expérience là que je suis venu en France, en faisant ma thèse, quand je voyais ce qui se passait dans la rue, en accompagnant mon équipe de psychiatrie précarité, et je voyais les échanges qu'on pouvait avoir avec les personnes de la rue et je voyais bien qu'ils étaient amputés de moyens de comprendre et d'intervenir parce qu'il y avait pas d'ergothérapie, d'ergo dans l'équipe</p> <p>c'est que des gens qui ont déjà la petite graine.</p> <p>elle avait déjà ça en tête avant.</p>	<p>rencontrer les personnes que j'avais interrogées et donc là j'ai commencé à monter un atelier d'ergothérapie communautaire que j'ai appelé l'atelier projet. Et donc c'était tout simplement, enfin ce que je voyais comme l'application d'une action communautaire</p> <p>je voudrais monter des projets de d'ergothérapie communautaire et comme en France ça n'existe pas, je vais aller faire un master qui va me permettre de monter mes propres projets.</p>
--	--	---	---

**Q3. Pour vous qu'est-ce que la pratique communautaire ? Comment vous la définissez ?**

E1	E2	E3	E4
<p>la pratique communautaire en ergothérapie c'est le fait d'aller voir déjà les personnes là où ils sont</p> <p>vraiment la notion d'aller vers et de leur proposer des choses qui pourrait leur permettre d'avoir un rôle dans cette communauté qui pourrait leur permettre, sur un temps donné en tout cas, de se sentir citoyen, ou inclus, ou écouté et cetera et d'avoir toujours cette un peu cette permanence d'accès, voilà à la personne</p>	<p>une pratique serait communautaire serait de travailler avec des personnes pour les fédérer en communauté, pour pouvoir elle-même trouver des solutions de santé.</p> <p>C'est pas la maladie qui fait communauté, c'est le lieu de vie</p> <p>Le sens de premier de communautaire, c'est le lieu où on vit.</p> <p>basé sur cette participation, qu'il y ait cette égalité entre les différents acteurs, travailler avec des associations, des élus</p> <p>Un soignant tout seul ne peut pas faire de pratique communautaire, ça n'a pas de sens.</p> <p>cette approche horizontale</p> <p>A l'hôpital, le soin est construit par, à partir du lieu où on soigne, et pas à partir du lieu où on vit, permettre de prendre conscience son pouvoir d'agir</p>	<p>penser comment on va intervenir, un certain regard</p> <p>Se légitime par les besoins du terrain, par les questions qui émanent du terrain</p> <p>La notion d'empowerment</p> <p>la notion d'action humanitaire</p> <p>Notion de justice occupationnelle</p> <p>Notions de participation sociale</p> <p>Une communauté = partager certains problèmes, partager un espace, un contexte, des choses, identifier l'autre comme étant quelqu'un partageant ce que je fais.</p> <p>C'est pas juste partager un lieu de vie, il faut quand même avoir une représentation de qui nous sommes.</p> <p>La notion de territoire reconnaissance qu'on a les uns des autres, de constituer un groupe, de constituer un collectif</p> <p>Un territoire n'étant pas qu'une place géographique, mais géographique au sens plus large du terme, c'est un territoire vécu.</p> <p>ALLER VERS</p>	<p>Une action communautaire, c'est regrouper la communauté, faire émerger les compétences, les besoins, les forces, les ressources de la communauté</p> <p>c'est communautaire, parce que commun</p> <p>travailler avec un groupe de personnes qui ont quelque chose en commun, ça peut être un territoire, une même problématique vécue, une même passion vécue</p> <p>en tant qu'intervenante en santé communautaire, je vais avoir une place de facilitatrice, mon rôle ça ne sera pas de trouver des solutions pour les gens, mais que les gens trouvent leurs propres solutions, permettre aux personnes de faire émerger soit les problèmes, soit les désirs en commun, les besoins en commun et les forces des personnes, leurs ressources personnelles, environnementales</p>



		<p>dimension collective : une activité avec plusieurs personnes ce n'est pas un collectif, c'est un groupe, mais ce n'est pas un collectif parce que chacun, on pense prise en charge individuelle, projet individuel de soins.</p> <p>Penser quelles sont les problématiques, quels sont les leviers, quelles sont les envies et comment on fait pour trouver les interlocuteurs et régler cette problématique.</p> <p>La communauté c'est aussi tous les services publics liés à cette à cette population</p> <p>il y a 3 espaces : un espace de entre nous, qu'on s'identifie et puis il y a un espace de l'ouverture vers les autres, un milieu où c'est nous avec plein de porosité pour rentrer pour sortir de l'institution et puis un espace du comme tout le monde.</p>	<p>favoriser le pouvoir d'agir de la communauté, l'émancipation de la communauté</p> <p>sortir de services spécialisés et d'aller dans la cité, d'utiliser des ressources de la cité,</p> <p>lutter contre les déterminants sociaux de santé</p>
--	--	--	--

**Q4. Quels objectifs (déterminants en santé) visez-vous à travers la santé communautaire ?**

E1	E2	E3	E4
<p>tisser des liens                      faire du groupe, pour que les personnes se rencontrent, s'entraide se sentent moins seules.                      l'inclusion, l'insertion dans la cité                      Avoir des lieux qu'on connaît où on se sent bien                      le bien-être de façon générale                      traiter les symptômes                      C'est les trois principaux objectifs</p>	<p>le socle c'est la participation                      Participation volontaire à un projet collectif, parce que ça a du sens pour la personne.                      participation sociale                      inclusion sociale                      l'occupation soigne                      le fait d'être intégré socialement                      soigne aussi                      viser l'émancipation                      favoriser les interactions entre personnes de de milieux ou de d'âges différents                      cohésion sociale, que les gens s'entraident</p>	<p>l'objectif c'est que les gens s'approprient, questionnent, interrogent, discutent, décident                      notion de participation                      c'est eux qui vont définir ,qui vont qui vont dire quels sont les problèmes, quels sont les leviers, quelles sont les techniques, les stratégies                      Penser qu'ils sont autre chose que ce qu'ils pensent.                      Collectiviser, de créer quelque chose, où les gens vont penser à leurs besoins collectivement.                      Permettre l'expression des individus                      Le collectif va regarder ses besoins individuels                      Trouver des solutions collectivement aux questions individuelles                      Ancrer les gens sur un territoire et utiliser les équipements publics                      Véhiculer des questions de droit, de citoyenneté.                      Mobiliser un vécu par les activités</p>	<p>dans participation occupationnelle on voyait pas suffisamment le côté liberté, choix.                      on est en congruence                      la santé communautaire c'est aussi un rapport qui est hyper différent du coup, mais par le fait que on va faire ressortir les forces des personnes                      je suis experte en ergothérapie en santé communautaire, mais les autres sont experts de leur propre vie, donc ce qui fait qu'il y a une horizontalité dans les rapports et qu'il y'a pas quelqu'un qui sait mieux que l'autre ou quelqu'un</p>

**Q5.Comment cela influence votre pratique en tant qu'ergothérapeute ?**

E1	E2	E3	E4
<p>c'est vrai que c'est pas pareil oui ça modifie les choses, le cadre il est beaucoup plus flexible, c'est pas tout toujours des groupes c'est, enfin ça dépend où mais il y a des moments où c'est des groupes très souvent ouverts déjà au niveau de la pratique ça nous apprend aussi à être beaucoup moins rigide</p> <p>il y a cette notion de je propose quelque chose et vous si vous voulez vous en saisir vous le faites</p> <p>le fait que ça nous pousse enfin moi ça m'a poussé vraiment à tisser des liens avec les équipes autour de moi, j'ai jamais autant travaillé avec des éduc depuis je suis en UMPP voilà, je connais toutes les assos. Enfin ça pousse vraiment à à faire des recherches de réseaux à connaître les gens pour pouvoir mieux les orienter</p> <p>c'est une pratique un peu plus tournée aussi vers la cité et les autres travailleurs autour.</p>	<p>C'est à dire en intégrant les soignants sur un plan d'égalité et en faisant en sorte que les patients et les les soignants, soient auteurs de décision collective</p> <p>je vais essayer de faire en sorte que les patients s'aident mutuellement énormément, soient vraiment dans un processus de coopération et qui soient, qui décident du cadre, qui décident un maximum de tout ce qu'on fait, et moi de m'effacer vraiment, voire même que les patients animent l'atelier</p> <p>Parce qu'ils en ont les compétences en fait, certains pas tous, mais parce que ça c'est pour sortir de la posture, le soignant d'un côté et les patients de l'autre</p>	<p>je participe avec ce que je peux apporter, mais qui n'est ni plus ni moins que ce que les autres, c'est différent parce que je suis professionnelle, parce que c'est une autre expérience, mais eux aussi ils ont des trucs à apporter parce qu'ils ont aussi des expériences. Voilà un peu comment j'imagine la construction d'une activité communautaire accompagnements là-bas même s'ils sont individuels, ils sont collectivisants.</p> <p>cette activité accompagnement vous vous pensez comme une activité fils et tissus, on va tirer un fil ici, on va tirer là, on va tisser</p>	<p>ça a vraiment changé ma posture aussi avec les gens. En fait j'ai l'impression que avant j'avais comme un personnage soignant, qui était beaucoup plus douce, très dans l'empathie tout le temps et tout ça et en fait maintenant non, je je suis moi-même</p>

**Q6.Pour vous, en quoi votre vision et formation d'ergothérapeute est un plus ? + Q12 idem**

E1	E2	E3	E4
<p>je vais me comparer aux autres professionnels vis à vis des infirmiers moi je vais être beaucoup plus sur le groupe, je vais être beaucoup plus sur l'activité.</p> <p>vraiment ça mon apport va être là ça va être plutôt sur la notion de on se décroche du quotidien et pour le coup je suis pas celle qui va se concentrer sur voilà l'entretien la problématique et cetera on va être plutôt surtout le côté plus créatif de la chose, plus social, plus voilà plus inclusif ça va être plutôt ça ma spécificité ça va être le groupe et les le côté créatif.</p> <p>Et au niveau des éducateurs en structure, ce qu'ils y voient différent, c'est le côté plutôt l'analyse de l'autonomie ils vont plus aller me chercher sur ça sur tout ce qui est évaluation de l'autonomie pour monter des projets ça dépend avec qui je travaille mais je pense que chacun a</p>	<p>aborder la personne du point de vue de l'acteur, c'est-à-dire capable de, en mesure de, en devenir</p> <p>vision positive de l'être humain. regarder ce qui va bien la personne et le travail avec l'entourage, l'environnement sensibilité à considérer la personne qu'on accompagne dans son contexte compréhension des activités, on ne regarde pas l'activité en tant que tâche, mais par rapport à l'impact aussi de l'environnement sur la réalisation de ces activités. triade personne-occupation-environnement. considérer l'être humain et l'occupation dans son environnement, dans un espace social et sociétal, et donc possiblement dans une communauté, situer dans l'environnement le sens des activités humaines considérer que la personne, ça c'est l'approche humaniste, a les</p>	<p>même si les infirmiers ils savent utiliser des médiations, les assistants sociaux ils savent utiliser des médiations, mais c'était pas pareil quoi, ils savaient pas faire, ils arrivaient pas à comprendre, à leur expliquer, ils comprenaient pas.</p> <p>au lieu de proposer des antidépresseurs, anxiolytiques et cetera, on va d'abord leur proposer des activités que les animateurs ils font des activités (...) mais ils savent pas manipuler l'activité comme nous. parce qu'on a eu ce processus de réflexion et de construction collective, de ce qu'on fait, pourquoi on le fait, comment on le fait, quel est l'objectif, quel est le sens être hyper rigoureux dans la méthode d'analyse, on a des spécialistes de coupage de cheveux en 4. Et on passe notre temps à se poser la question du pourquoi et du comment de chaque chose</p>	<p>la capacité c'est le potentiel de tout ce que les personnes sont réellement libres et capables de faire et d'être.</p> <p>je me demande toujours qui décide, qui pense pour qui. les meilleurs professionnels qui ne faisons pas pour. l'analyse de l'occupation de l'activité analyser les habiletés, savoir vraiment découper tout ce qu'il faut pour avoir une participation occupationnelle adapter au plus près de ce que les gens savent faire et d'utiliser le plus possible les compétences voir les compétences et les analyser on est des excellents professionnels en santé communautaire. faire ressortir les forces des personnes. les ressources des gens, les forces des gens, ça va être des forces peut être individuelles, il y a des gens qui vont avoir des</p>

<p>trouvé un intérêt à l'ergothérapie même si c'est pas le même voilà. c'est une vision qui va apporter quelque chose de spécifique par rapport aux autres professionnels Oui.</p> <p>l'apport de l'ergothérapie dont les structures, c'est que je vais des fois accrocher des personnes avec les activités que les infirmiers n'arrivent pas à accrocher, je vais réussir à accrocher quelqu'un et à l'amener vers le soin.</p> <p>dans les structures, j'ai beau dire que je suis ergothérapeute et que je travaille à l'UMAP, pour eux je suis une animatrice d'activités ils ont pas toute la notion de qu'est-ce que ça implique et du coup ça permet de tisser des fois les premiers liens.</p>	<p>solutions en elle-même et sais ce qui est bon pour elle, et non pas que ce soit le soignant qui sait tout regarder les gens comme capables d'agir, permet d'aller dans l'empowerment</p> <p>lien très fort avec les travailleurs sociaux.</p> <p>on a appris à travailler avec des groupes</p> <p>coopération, de facilitation, d'intelligence collective</p> <p>formation de faciliter la participation, que la personne soit actrice.</p> <p>entre deux en France, influence anglo-saxonne et l'importance de la liberté et une culture hospitalière centrée sur l'individu, mais aussi sur le collectif</p>	<p>méthode qualitative de réflexion qui nous permet d'avancer</p>	<p>ressources individuelles, mais il y a aussi des, enfin dans le groupe les gens connaissent des choses, il y a des ressources environnementales</p> <p>vision holistique, globale, complète des situations, permet d'aller chercher toutes les forces toutes les ressources des personnes.</p> <p>ne pas penser pour</p>
---	---	---	--

**Q7. Selon vous, pensez-vous que certains lieux d'exercice favorisent la pratique communautaire ?**

**Q8. Estimez-vous qu'une population particulière soit davantage à investir ou non en France ?**

- o **Quelle plus-value à agir avec cette population précise ? Et dans ce cas quels objectifs (déterminants) viser ?**

E1	E2	E3	E4
<p>Peut-être les enfants, les ados au niveau adulte c'est compliqué, faut que ce soit des personnes qui fréquentent les lieux communautaires de façon régulière et quand on est adulte souvent c'est pas c'est pas ce qui va arriver en premier. c'est la limite du communautaire on va s'adresser qu'aux personnes qui côtoient les lieux où on va.</p> <p>Y a des tas de personnes qui sont très difficiles à aborder et à côtoyer parce qu'ils ils sont un peu hors des de ces lieux là. les autres publics se retrouvent déjà dans les CMP, les IME.</p>	<p>ça s'adresse à tout le monde, Toute tranche d'âge. des enfants des personnes âgées des personnes qui sont en bas de l'échelle sociale des personnes qui sont en haut de l'échelle sociale les personnes qui ont le plus besoin, c'est les personnes qui pensent qu'elles n'ont pas de pouvoir sur leur vie et pas de pouvoir sur le monde qui les entoure. Ca fait quand même beaucoup de monde ! Et qui ne prennent pas la parole. parce qu'ils sont pas du tout concernés par ce qui se passe, ceux qui ne participent pas, ne se sentent pas concernés par le monde qui les entoure. c'est les sans voix c'est des personnes qui travaillent tellement toute la journée que</p>		<p>des lieux où tout le monde va. sortir au maximum de tout ce qui est institution de santé ou sociale, donc d'aller le plus possible dans la communauté. ça se fait avec tout le monde en fait ma porte d'entrée c'était des gens qui avaient des problématiques sociales à la base, avec des problématiques occupationnelles, sinon pourquoi un ergo il faut prioriser quand même les personnes qui subissent des inégalités sociales. but de justice occupationnelle, donc je vais plutôt viser les personnes qui subissent les inégalités sociales. en libéral, avec des gens qui subissent moins, mais qui ont juste envie d'améliorer leur qualité de vie</p>

	<p>elles peuvent pas prendre le temps de penser</p> <p>les personnes qui n'ont pas les conditions de vie nécessaires à être en bonne santé, donc un abri, un bon salaire, enfin un salaire correct, la paix voilà, donc aussi des personnes qui peuvent être dans des situations de conflit (éléments de la charte d'Ottawa)</p> <p>les prérequis pour être en bonne santé</p> <p>à partir du moment où tu prends conscience que tu peux agir sur ta vie, tu deviens capable vraiment d'agir, mais c'est aussi en prenant la capacité, en agissant, qu'une personne, se rend compte qu'il est capable aussi de gérer d'autres choses, c'est un cercle vertueux</p> <p>ça s'adresserait à ceux qui ne s'adresse pas aux ergothérapeutes de leur propre chef.</p>		
--	---	--	--

**Q9. Est-ce que les pratiques d'un autre pays vous ont servi de modèle pour développer cette pratique ?**

E1	E2	E3	E4
<p>J'ai plutôt lu ce qui était fait au Canada et en Suisse. tout ça est très en fait c'est la théorie qu'on va plutôt assimiler voilà, la façon de penser. Moi ça m'a permis de savoir quelles étaient mes missions de mieux les connaître et de ne pas m'éparpiller. Après dans le pratique, ça n'a rien appris de lire, parce que ça dépend tellement de la ville où on est, ça dépend tellement du réseau associatif des partenaires et cetera que c'est impossible de calquer quelque chose qui a été fait ailleurs ici. Donc en gros ça m'a appris plutôt sur tout ce qui était vision de penser et cetera, tout ce qui va être voilà façon d'aborder le soin, l'aller vers et cetera, tous ces termes un peu qui sont pas communs et qu'on n'apprend pas forcément profondément dans les études et qu'on voit pas dans la plupart des structures autres. Mais après dans la pratique de toute façon c'est vraiment</p>	<p>les pratiques de thérapie communautaire qui viennent du Brésil la thérapie communautaire intégrative systémique qui se basent vraiment sur tous ces principes d'égalité, on est aussi ancrés sur des pratiques qui s'apparentent à l'éducation populaire, tout le courant de Paulo Freire l'émancipation pas seulement de la classe sociale, mais simplement de ce que je te disais, de la croyance que je ne peux pas agir sur le monde qui m'entoure et sur ma vie. c'est un outil pour sortir de ces croyances là et donc c'est un outil de résilience collective. de prise de conscience de mon pouvoir d'agir sur le monde et sur ma vie, pouvoir, d'avoir les ressources en moi. ça me parle beaucoup en psychiatrie, mais dans plein d'autres, dans tous les contextes de soins en fait, parce que c'est une manière d'animer des</p>	<p>Brésil</p>	<p>Brésil Suisse Canada</p>



<p>l'échange avec les professionnels et les patients aussi qui m'ont permis de monter mes activités et de savoir où est ce qu'il fallait que j'aïlle et où est ce que c'était pertinent d'aller.</p>	<p>groupes qui vient vraiment chercher les ressources du groupe</p> <p>l'autre orientation dont je commence à parler plus, qui vient des Etats-Unis, en 1920 à Chicago, c'est le Community Organizing, c'est une pratique communautaire, qui n'est pas une pratique de santé, qui est une pratique sociale, mais ça pourrait toucher tout le monde.</p> <p>Et donc je n'avais pas fait le lien forcément avec la pratique ergo, mais qui va agir sur les conditions de vie, notamment le logement et donc c'est vraiment un outil pour fédérer des communautés, à aider, par ce qu'on appelle l'action directe, ils vont agir directement auprès des acteurs et des actions symboliques ou de blocage pour essayer de faire valoir leurs droits, le droit de à la santé en fait ou droit au logement et cetera. Et donc pour moi ça agit sur les conditions de vie, donc les ergothérapeutes pourraient travailler avec cet outil-là</p>		
--	--	--	--

## MODELES

### Q10. Utilisez-vous un modèle de pratique ?

- *Si non pourquoi ? Si oui lequel et pourquoi ?*

E1	E2	E3	E4
<p>j'utilise le MOH parce que j'ai été formé il y a pas longtemps je m'appuie beaucoup sur la réhabilitation psycho-sociale un peu sur la RBC, la euh Réadaptation à Base Communautaire. Dans mes écrits c'est le MOH il y a un peu de ces trois là.</p>	<p>j'ai utilisé un seul modèle c'est le modèle Kawa, en santé mentale avec les adolescents, parce que ça me permettait d'entrer en relation avec eux et qu'ils puissent visualiser où ils en sont de la perception de leur situation, donc de partir de là où ils sont, de pouvoir aussi visualiser les obstacles environnementaux j'ai pas utilisé d'autres modèles que ça dans ma pratique aujourd'hui je suis dans l'enseignement, donc je les connais mieux les modèles le PPH, sur les questions d'environnement pour moi me permet d'aborder la sphère micro-méso- macro et de me dire, tiens l'action ergo comment je la situe, pas seulement au niveau micro mais au niveau méso-macro et donc de voir quelles actions l'ergo peut développer à ce niveau-là. Je trouve qu'il est intéressant pour</p>	<p>mais on n'est pas très modèle on a une vision épistémologique, c'est comment on construit et on continue à construire les savoirs. c'est cette logique de regarder les savoirs en tant que chose prendre des distances ou sur ce qui est scientifiquement dit, établi à un moment donné, dans une culture donnée. ces histoires de modèle, c'est vraiment une toute petite façon de penser Mais l'ergothérapie a pensé que ça, c'était une bonne façon de se dire scientifique et de crédibiliser son savoir, c'est des outils qui permettent aussi de quantifier, d'objectiver un certain nombre de choses. Alors, c'est une façon d'objectiver et que tout ce qui ne passait pas par ce type d'objectivisation ne servait à plus rien</p>	<p>celui qui collait le mieux c'était le MOH l'approche CORE (capabilité Opportunité Ressources Environnement ) de Pereira que je trouve qui est intéressant aussi, après je l'ai jamais utilisé. Et puis l'approche par la capabilité tu vois je trouve que ça vient pallier un peu le manque qu'il y aurait dans le MOH sur vraiment un focus sur, en fait l'environnement dans le MOH un tout petit truc sur l'exigence de l'occupation, et en fait non, je pense qu'il manque vraiment quelque chose sur, bah dans la volition il parle du choix, mais c'est pas à mon avis c'est pas suffisant et pour, enfin et puis ça appuie beaucoup beaucoup sur sur les habiletés, beaucoup plus que sur l'environnement en fait. Donc je pense que c'est pour ça que j'ai pris l'approche par la capabilité, mais après je pense</p>

	<p>l'échelle, et puis qui dit que, on produit le sens des activités, que le sens des activités est produit par ces facteurs environnementaux et individuels, donc c'est une production de sens, donc c'est que les activités sont socialement construites et ça c'est intéressant parce que ça veut dire que ce qui est construit peut être aussi déconstruit si nécessaire</p> <p>je me retrouve beaucoup dans le MCRO, parce qu'il aborde vraiment tout l'aspect subjectif et aussi l'aspect spirituel qui pour moi est un élément systémique, c'est à dire que l'individu est considéré aussi dans, pas seulement dans ses tâches, son existence matérielle, mais aussi dans cette vision spirituelle</p> <p>et dedans tu peux avoir tout à fait l'approche humaniste, tu peux tout à fait avoir le désir de d'un monde meilleur, de l'idéalisme, toutes ces choses-là, et c'est très important dans le sens des activités humaines</p>	<p>le monde occidental pense que si on n'a pas fait de recherche comme ça, c'est une recherche qui n'est pas sérieuse, ça va nous donner des éléments, mais ça va tellement découper la chose de son contexte</p> <p>tout le monde va être super rassurée parce qu'on a l'impression de maîtriser, de contrôler.</p> <p>On va mettre en évidence un certain nombre de choses, mais on va être aveugle sur tout ce qui vraiment compte. Parce qu'on a été chercher que ce qu'on avait été chercher</p> <p>Si on essaie de le faire, juste pour se rassurer, pour dire qu'on est scientifique, pour dire qu'on ne fait pas n'importe quoi, il y a plein d'autres façons de garantir qu'on ne fait pas n'importe quoi et on peut faire beaucoup de n'importe quoi en utilisant aveuglément ces modèles</p> <p>faut vraiment prendre le temps de la réunion d'équipe, de la supervision, de plein de trucs,</p>	<p>que mon modèle de pensée c'est le MOH en fait. Bah je dirais un mix entre MOH, approche par la capacité et du coup un peu CORE</p> <p>j'étais beaucoup plus MOH je pense qu'en fait à l'intérieur des groupes je faisais quand même de l'individuel, c'est à dire que je relevais les capacités de chacun, les habiletés de chacun, et et j'utilisais les forces de chaque personne pour que ça utilise le groupe et pour que les gens progressent aussi dans certains trucs, et pour qu'ils voient, qu'ils se rendent compte qu'ils sont capables de faire plein de trucs</p> <p>je regarde beaucoup moins les habilités en fait, je m'en fiche des habilités des personnes tu vois, c'est c'est beaucoup plus le système que je regarde, l'institution, l'organisation. C'est pour ça que je suis plus dans quelque chose capacité environnement</p>
--	--	---	---

	<p>il y a plein de modèles ergo si tu veux qui peuvent permettre de développer la pratique communautaire mais il y a pas de modèle qui est centré vraiment sur une approche communautaire. On est dans une culture un modèle assez individualiste encore</p>	<p>pour vraiment se poser, réfléchir à ce qu'on est en train de faire. Je suis absolument pas contre les échelles, les modèles, je suis pas contre, je dis juste que ça fait partie du d'un monde, et comme tout dans la vie, ça représente des avantages, ça représente des inconvénients. on oublie de mettre en évidence les inconvénients, qui est effectivement de découpage, qui est une réalité et que y a un certain nombre de choses qui existent et qu'on ne verra pas parce qu'on s'est pas donné les moyens de les voir. Mais ça, c'est toute méthode, toute méthode, toute échelle c'est un reflet d'une réalité. On croise nos savoirs, d'où l'intérêt de ces réseaux nationaux et internationaux. C'est aussi des façons de légitimer un savoir, de construire et de légitimer un savoir.</p>	
--	--	--	--

## ACTION EN PROMOTION DE LA SANTE

Q11. Dans votre pratique, estimez-vous que vous êtes impliqué dans des actions en promotion de la santé ?

- *Lesquelles ?*
- *Et par rapport à vos objectifs, lesquels correspondraient à la promotion de la santé ?*

E1	E2	E3	E4
<p>La promotion de la santé, pas tant que ça c'est surtout les infirmiers qui le font.</p> <p>Le bien être ou de sortir un peu de son isolement social et cetera, en soi ça on pourrait le ranger dans des actions de promotion en santé déjà ?</p> <p>Oui, oui c'est vrai je voyais la promotion de la santé comme de l'éducation thérapeutique si le but c'est pour lutter contre les symptômes et favoriser un mieux-être avec la maladie, oui L'atelier cognitif pour lutter contre les troubles cognitifs dus au korsakoff et aux conso d'alcool C'est pas un domaine je l'abordais en cours. on a en HDJ ce côté programme éducation thérapeutique, à l'UMAP c'est moins perceptible.</p>	<p>en tant que ergothérapeute, peut être un peu vis à vis des collègues, ça paraît bizarre, mais dans le sens de qu'est ce qui est important pour toi dans ton travail, qu'est ce qui te qu'est ce qui te fait vivre, qu'est ce qui te motive, le sens de leur travail des actions de promotion de la santé, mais t'es beaucoup dans le soin. si, avec les enfants déficients visuels, alors là beaucoup Sur les sensibilisations en class ça a permis aux enfants de comprendre, ça leur a permis aussi de se questionner sur comment je fais pour avoir un équilibre de vie qui qui fait que je suis pas je suis pas stressé après en tant que formatrice, sur le sur les premiers secours en santé mentale ça c'est une vraie action de promotion de la santé</p>	<p>j'ai beaucoup vu des programmes de santé par famille, de de programmes de, beaucoup de prévention. la santé publique qui s'occupent de ces choses là. on parle de prévention promotion de la santé donc un vocabulaire de santé publique on pensait la prévention primaire et même la prévention secondaire, depuis les structures les plus, comment je vais dire, comme comme la PMI, les structures les plus implantées déjà sur le territoire, ce qu'on appelle les unités élémentaires de santé on fait de la prévention, mais où on peut aussi s'occuper du petit rhume que les uns et les autres ont, de la petite douleur que la mamie elle a, donc on évalue à ce moment-là et si nécessaire on</p>	<p>moi je me sens une actrice de promotion de la santé, clairement, c'est à cent, Alors les objectifs visés c'est de favoriser le pouvoir d'agir des personnes, favoriser la justice occupationnelle. c'est des objectifs tellement larges, vu que c'est des gens qui posent leurs objectifs, mais mon but c'est que les gens posent leurs propres objectifs, se trouvent leurs propres ressources, leurs propres, que ce soit eux qui identifient leurs propres besoins, leurs propres désirs et qui identifient leurs propres ressources pour répondre eux et elles-mêmes à leurs besoins, euh et envies. je pense que ça favorise la qualité de vie des personnes, ça favorise leur pouvoir d'agir.</p>

<p>ça va être plus de l'informel presque en fait, c'est pas aussi normé qu'en HDJ.</p> <p>en séance de relaxation je vais prendre le temps d'écouter où sont les symptômes, les expliquer, que tout ça prend du temps</p> <p>dans l'atelier cognitif, je prends beaucoup le temps d'expliquer pourquoi on fait cet exo, les troubles de mémoire qu'est-ce que ça implique dans le quotidien en fait je m'en rends pas compte, c'est plus dans l'échange qui va se créer pendant l'activité .</p> <p>l'activité sport elle est aussi pensée en me disant que si on fait une activité sport à dix heures, ça va peut-être reculer les conso ce jour-là</p> <p>le sport inclut très souvent au bout d'un moment une espèce de d'implication.</p> <p>tout ça oui c'est pensé, mais c'est pensé c'est vrai plutôt en arrière fond sans que j'ai vraiment besoin d'y penser</p>		<p>envoie au deuxième niveau de la santé. Et donc à ce moment-là on fait beaucoup de prévention</p> <p>on a commencé à intervenir en utilisant la notion de l'accompagnement, en l'occurrence c'était pour la santé, ça pourrait être à l'école ça pourrait être n'importe où. Parce que pour nous c'était l'outil de être avec lui et de l'aider à s'approprier une certaine dimension de sa vie, qui pour lui était très importante, donc très significative</p>	<p>ça vient favoriser les déterminants sociaux de santé, avant je te disais que non parce qu'on va rester sur du loisir, mais en fait le loisir c'est un déterminant social de santé</p> <p>ça permet aux personnes de reprendre leur pouvoir d'agir voilà, parce qu'on donne pas du pouvoir d'agir à quelqu'un en fait, on peut favoriser sa reprise mais on peut pas lui donner</p>
---	--	--	---



**L'approche communautaire : un levier pour impliquer  
l'ergothérapeute en promotion de la santé.**

AUBAGNAC Julie

**Résumé :** La stratégie nationale de santé actuelle incite les professionnels de santé à s'impliquer en promotion de la santé. Les ergothérapeutes, grâce à une pratique centrée sur la personne et les occupations, sont à mêmes d'intervenir en amont des problèmes de santé, en ciblant les déterminants en santé. L'approche communautaire constitue alors un outil pour développer l'ergothérapie auprès des populations vulnérabilisées par des déterminants de santé qui impactent leur santé, leur bien-être, leurs conditions de vie. L'objectif de cette étude est de déterminer de quelle manière la pratique communautaire en France permet une approche ergothérapique en promotion de la santé. A cet effet, quatre entretiens semi directifs ont été menés auprès d'ergothérapeutes. L'analyse démontre que la pratique communautaire favorise une approche centrée sur les occupations et la personne, mettant en évidence les similarités entre la pratique communautaire et la promotion de la santé. La pratique communautaire reprend les principes fondateurs de l'ergothérapie ainsi que tous les points clés de la promotion de la santé.

**Mots-clés :** ergothérapie ; promotion de la santé ; approche communautaire ; déterminants de la santé

**The community-based approach: a lever for involving  
occupational therapists in health promotion**

**Abstract:** The current national health strategy encourages health professionals to become involved in health promotion. Occupational therapists, through their person- and occupation-centred practice, are able to intervene upstream of health problems, by targeting health determinants. The community approach is therefore a tool for developing occupational therapy for populations that are vulnerable to health determinants that affect their health, well-being and living conditions. The aim of this study is to determine how community practice in France enables an occupational therapy approach to health promotion. To this end, four semi-structured interviews were conducted with occupational therapists. The analysis shows that community practice fosters an occupation- and person-centred approach, highlighting the similarities between community practice and health promotion. Community practice includes the basic principles of occupational therapy and all the key points of health promotion.

**Keywords:** occupational therapy; health promotion; community-based approach; determinants of health