

Titre

L'approche communautaire en ergothérapie : projet d'action sur des déterminants sociaux impactant l'occupation de certains publics.

Auteure :

M.MONIN, Ergothérapeute, MSc, Maître d'enseignement, Haute école de travail social et de la santé (HES-SO), chemin des abeilles 14, CH 1000 Lausanne

Résumé :

L'approche communautaire et sociale en ergothérapie, pratique encore peu développée en France et en Europe pourrait connaître un développement important car plusieurs éléments des contextes économique, social et politique actuels sont en faveur de telles pratiques. Les bouleversements économiques amènent de la précarité, de la pauvreté et de l'instabilité, provoquant des Inégalités Sociales de Santé (ISS) et entraînant de nouveaux problèmes pour différents groupes sociaux (migrants, chômeurs, détenus, jeunes, personnes âgées, femmes, etc.). La lutte contre les ISS est une priorité de santé publique en France.

L'approche communautaire est particulièrement indiquée pour atteindre et accompagner les publics fragilisés, et en ergothérapie, nous pouvons agir auprès de ce public précaire en envisageant les problématiques, en termes d'occupation. Henneke van Bruggen (2014) propose de « s'engager dans la justice occupationnelle en développant des approches communautaires fondées sur l'occupation dans lesquelles tous les individus trouvent leur place. » L'approche communautaire se base sur une méthodologie spécifique en plusieurs phases. La première concerne la communauté qui doit être identifiée et reconnue. La deuxième phase correspond au diagnostic communautaire qui met en exergue les problématiques occupationnelles et de qualité de vie de la communauté. Ensuite c'est l'étape de la planification des actions, puis de leurs réalisations et pour finir la phase de l'évaluation de l'action.

Cette démarche est une démarche bottom-up, qui part de la communauté pour co-construire les actions. L'ergothérapeute doit s'engager à favoriser le bien-être de communautés précaires, il agit comme un acteur de changement. En tant qu'agent

de changement, l'ergothérapeute doit être prêt à apprendre des communautés, à connaître les communautés, leurs contextes, leurs habitudes pour agir différemment dans la pratique.

Mot-clés: Approche Communautaire et sociale, populations vulnérables, injustice sociale et occupationnelle

Summary :

The social and community based approach in occupational therapy is a practice that is still underdeveloped in France and in Europe. Nevertheless it could be an important field of development because several elements of the current economic, social and political contexts promote such practices. Economic upheavals lead to precariousness, poverty and instability, leading to social inequalities in health and leading to new problems for different social groups (migrants, unemployed, prisoners, young people, the elderly, women, etc.)The fight against the social inequalities in health is a public health priority in France.The community approach is particularly appropriate to reach and support vulnerable populations. In occupational therapy, we can intervene with this precarious public by considering the issues in terms of occupation. Henneke van Bruggen (2014) suggests to "engage in occupational justice by developing community-based approaches based on occupation in which all individuals find their place. "

The community approach is based on a specific methodology in several phases. The first one focus on the community that needs to be identified and recognized. The second phase corresponds to the community diagnosis that highlights the occupational and quality of life problems of the community. Then it is the planning of the actions, and their realisation. Finally come the evaluation of these actions. This approach is a bottom-up approach, which starts from the community to co-build actions. The occupational therapist must be committed to fostering the well-being of precarious communities. He acts as an agent of change. The occupational therapist must be ready to learn from communities, to know communities, their context and their habits to act differently in practice.

Keywords : The social and community based approach, vulnerable populations, social and occupational injustice

Introduction

L'approche communautaire et sociale en ergothérapie est une pratique encore peu développée en France et en Europe. Elle pourrait connaître un développement plus rapide car plusieurs éléments des contextes économique, social et politique actuels sont en faveur de telles pratiques. A ceci s'ajoutent un changement de paradigme en ergothérapie et le développement des sciences de l'occupation. Ce texte va donc permettre d'une part, de faire un tour d'horizon des termes ou expressions « pauvreté », « précarité », « publics vulnérables », « exclusion sociale », « déterminants sociaux de la santé », « inégalités sociales de santé », « approche en santé communautaire », et d'autre part, de faire ressortir les caractéristiques essentielles de la santé communautaire afin de mettre en évidence les points clés, les repères pour se lancer dans des expériences alternatives où l'approche communautaire serait une stratégie possible pour les ergothérapeutes. L'approche communautaire pourrait être une stratégie permettant de réduire les Inégalités Sociales de Santé (ISS) et de répondre à la prise de position de la fédération mondiale des ergothérapeutes sur les droits de la personne (2006) qui affirme que toute personne a le droit de participer à des occupations qui lui procurent un sentiment d'accomplissement et de satisfaction, conformément à sa culture et ses croyances, et qui lui permettent de s'épanouir. Ce droit n'est soumis à aucune condition et il s'applique à toute personne, peu importe son statut.

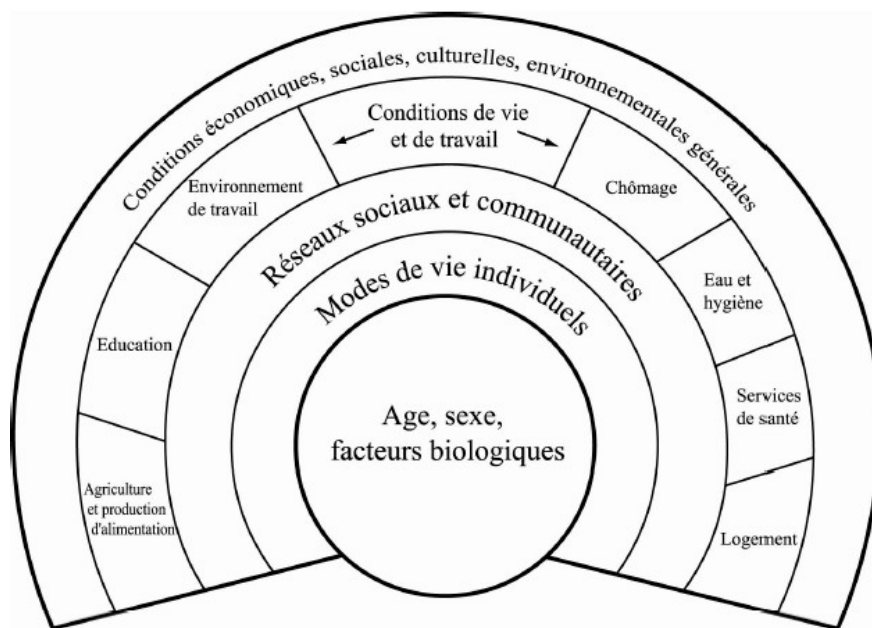
Contexte permettant le développement d'une pratique communautaire en santé

La dégradation de la situation économique, sociale et financière de certains pays européens, y compris de la France, a un impact sur les déterminants des inégalités sociales de santé. Cette situation défavorable va peser plus particulièrement sur l'état de santé d'une frange de la population. En Europe, la pauvreté que l'on pourrait croire disparue est, depuis quelques décennies, à nouveau très visible dans la rue. La pauvreté ne peut être définie que par les seuls critères économiques. Dans la société actuelle le statut social est aussi important que la situation matérielle. Si l'on

se réfère à la définition donnée par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), la pauvreté correspond à un « *état de manque en termes de biens économiques et de ressources de santé ou de position sociale, telle que la personne est incapable de vivre de la même façon que la moyenne des autres personnes de la société* ». L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), quant à elle, a proposé en 2009 d'envisager la pauvreté du point de vue de ses caractéristiques, comme le manque d'accès à l'éducation, aux soins de santé et à l'occupation. Des études ont montré que vivre en situation de pauvreté implique un plus grand niveau de stress, un plus grand sentiment d'absence de contrôle de sa vie, et de devoir composer avec moins d'opportunités occupationnelles et de ressources que les populations plus nanties matériellement ou socialement. En raison d'un déni de ces droits fondamentaux, les communautés font face à des injustices occupationnelles, à savoir des inégalités quant aux possibilités de participer à des occupations significatives et à l'accès aux ressources permettant une telle participation. (Townsend, 2004). Ne voit-on pas ici déjà apparaître un axe d'action pour les ergothérapeutes ?

Micheletti (2017) définit la précarité comme la condition qui résulte d'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles familiales et sociales et de jouir des droits fondamentaux. Si des personnes sont dans l'impossibilité d'avoir des conditions de vie considérées comme acceptables dans le pays dans lequel elles vivent, on peut tout à fait imaginer que leur état de santé sera plus fragile et plus précaire que d'autres groupes sociaux plus favorisés. Pour des sociologues tels que Bourdieu (1993) ou Paugam (1996), l'exclusion sociale consiste en un phénomène de relégation ou de marginalisation sociale de personnes ne correspondant pas, ou plus, au modèle dominant d'une société. Elle se caractérise par un processus plus ou moins brutal de rupture des liens sociaux, généralement non choisi et mal perçu socialement (Guichard et Potvin, 2010). Dans son rapport à la Commission des déterminants sociaux de la santé, l'OMS définit l'exclusion non pas comme un état, ce qui demeure stigmatisant, mais comme un processus qui engendre les inégalités sociales de santé. C'est le concept des déterminants sociaux de la santé qui vise à expliquer comment les inégalités sociales se transforment en inégalités de santé (Moleux, Schaetzel et Scotton 2012).

Les déterminants sociaux de la santé ont un impact sur l'état de santé à travers des facteurs proximaux, tels que les comportements de santé et les modalités d'accès aux soins (Pascal, Abbey-Huguenin et Lombrail, 2006). Les déterminants sociaux de la santé font «*référence aux multiples conditions sociales qui, par leurs interactions, ont une influence sur les risques pour notre santé et notre bien-être, tout comme sur notre vulnérabilité aux maladies et aux blessures.* » (Centre de collaboration nationale en santé publique, 2012). Selon l'OMS (2012), ils réfèrent aux conditions socio-économiques, culturelles et environnementales, aux conditions de vie et de travail, à la nourriture produite, à l'éducation, à l'environnement de travail, à l'eau, aux services de santé, au lieu de résidence, à l'employabilité, aux réseaux sociaux et de communauté, aux modes de vie, aux facteurs individuels, à l'âge et au sexe. Il existe plusieurs modèles explicatifs des déterminants sociaux de la santé, dont le modèle Dahlgren et Whitehead (1991) qui a, le premier, retenu explicitement l'approche par les inégalités ou iniquités de santé et a organisé la réflexion sur les déterminants dans cette perspective. Selon les auteurs, les conditions sociales agissent sur la santé dès le plus jeune âge et tout au long de la vie, modifiant tout autant sa qualité que sa durée. Les inégalités sociales de santé se développent, et souvent s'accroissent, tout au long du parcours de vie des individus. Ce modèle illustre également le fait que garantir des opportunités de santé plus justes pour tous ne peut être atteint par le seul secteur de la santé.



Modèle des déterminants de la santé (Dahlgren and Whitehead, 1991)

L'autre modèle plus actuel est celui de la commission des déterminants sociaux de la santé. Il est fondé sur les interactions que des déterminants dits « structurels » (la gouvernance, les politiques sociales, les politiques macros économiques, les politiques publiques et les valeurs culturelles et sociétales des ISS) entretiennent avec des déterminants dit « intermédiaires » qui sont les facteurs psychosociaux et comportementaux de l'état de santé. Ces constats sur les déterminants sociaux de la santé mettent en lumière le fait que les infrastructures médicales ne sont pas les uniques garantes d'une population en santé (Venkatapuram, 2011). L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), dans son rapport sur les ISS en 2011, partait du constat que « *l'action sur le système de prévention et de soin ne permet pas à elle seule de réduire les ISS. En effet, la majeure partie des déterminants sociaux de la santé se construisent en amont du système de soin, dans les conditions de vie et de travail des individus* ». Au-delà des problèmes spécifiques qui touchent les populations exclues ou particulièrement vulnérables, l'OMS a montré, en 2009, que l'état de santé varie selon la place de l'individu dans les structures sociales. Ces inégalités sociales de santé sont le produit des inégalités cumulées tout au long de la vie en fonction des conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent (OMS, 2009).

Elles dépendent également de leur niveau de littératie en santé, c'est à dire de la capacité d'une personne à trouver, à comprendre, à évaluer et à utiliser une information sur la santé afin de prendre des décisions éclairées concernant sa propre santé ou celle d'un proche. La littératie en santé contribue donc à la réduction des ISS en augmentant le niveau d'autonomie et la liberté de choix par rapport à sa propre santé. Les ISS sont aussi en lien avec l'accès au système aux systèmes mis en place pour faire face à la maladie.

La notion d'« Inégalités Sociales de Santé (ISS) » renvoie au constat que les différences de santé au sein d'une population ne sont pas le produit du hasard ou de la seule biologie. Ces ISS s'expliquent aussi par la catégorie socioprofessionnelle à laquelle appartiennent les individus. Ce constat est illustré par le terme de « gradient social » : il sert à décrire le phénomène par lequel ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux qui sont directement au-dessous d'eux, et qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en

dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus bas échelons (Potvin, 2017). Les ISS font donc référence aux disparités observées dans la relation entre l'état de santé et l'appartenance à un groupe social. Ces ISS sont considérées comme de véritables iniquités en santé, c'est-à-dire comme des « *différences dans le domaine de la santé qui sont inacceptables et potentiellement évitables, mais de plus, qui sont considérées comme inévitables et injustes* » (Haut conseil de la santé publique, 2009). Ces disparités de santé qui concernent différents groupes sociaux ne doivent pas être négligées car elles existent au sein de l'ensemble de la société selon le gradient social. Ces bouleversements économiques amènent donc de la précarité, de la pauvreté et de l'instabilité, et cela produit de plus en plus d'ISS, entraînant de nouveaux problèmes pour différents groupes sociaux (migrants, chômeurs, détenus, jeunes, personnes âgées, femmes...). En France, environ 20% de la population se trouve en situation de précarité (Micheletti, 2017). La lutte contre les ISS est donc actuellement une priorité de santé publique en France. La stratégie nationale de santé en France constitue le cadre de la politique de santé et se fonde sur l'analyse du Haut Conseil de la santé publique sur l'état de santé de la population, ses principaux déterminants, ainsi que sur les stratégies d'action envisageables. Cette stratégie est définie selon un plan quinquennal et réaffirme le principe porté par l'OMS, selon lequel la santé doit être un objectif de toutes les politiques publiques menées en France et dans le monde. Suite au rapport de 2017 du Haut Conseil de la santé publique, la ministre des solidarités et de la santé a identifié quatre axes prioritaires autour desquels s'organiseront les grands projets en matière de santé à moyen et long terme. Ces quatre axes sont à la base de la stratégie nationale de santé pour les 5 années à venir de 2018 à 2020 et seront mis en œuvre par des plans et programmes nationaux et, dans les territoires, par les projets régionaux de santé (PRS) définis par les agences régionales de santé (ARS). Le premier axe, par exemple, est décliné de façon à « *faciliter la mise en œuvre des actions de promotion de la santé dans tous les milieux de vie et à tous les âges de la vie* ». L'efficacité des actions de promotion de la santé tout au long de la vie et dans tous les milieux nécessite une excellente coordination de l'ensemble des acteurs de la prévention et un accès facilité aux lieux de vie. Le deuxième axe de la stratégie nationale est de « *lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé* ». En 1986, le texte fondateur pour la promotion de la santé, la définit comme :

« Un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus, mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire les effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé » (OMS).

La promotion de la santé propose ainsi une large vision de la santé. Ce processus *«confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé et d'améliorer celle-ci»*. Selon O'Neill, (2006) elle est composée d' *«un ensemble de pratiques spécialisées et de stratégies diversifiées visant le changement des comportements humains et des environnements sociaux liés à la santé»*. En promotion de la santé, la perspective de salutogenèse est une base fondamentale. (Antonovsky, 1996) qui est le fondateur de ce concept, l'illustre avec une métaphore. Il compare notre vie à un fleuve dangereux dans lequel nous nageons. Selon le point de vue de la salutogenèse, il ne s'agit pas d'empêcher les gens de nager dans ce fleuve, mais d'en identifier les zones dangereuses et d'améliorer les capacités des nageurs en vue d'augmenter la sécurité. Adopter de manière conséquente la perspective de la salutogenèse dans la pratique de la promotion de la santé signifie :

- investir dans des conditions cadres favorables à la santé pour l'ensemble des êtres humains ;
- intégrer les êtres humains dans les processus de changements pour qu'ils disposent de plus d'espaces d'aménagement, de décision et de ressources de résistance.

Pour y parvenir, il est important de connaître et de respecter les milieux de vie des groupes concernés, d'intégrer ces personnes dans le processus de changement (participation) et de promouvoir et développer ainsi leurs ressources (*empowerment*).

En résumé, la promotion de la santé vise à réduire les ISS et à tendre vers plus d'égalité en matière de santé. Ainsi, les principales catégories d'actions pour agir contre les ISS sont calquées sur les stratégies d'action de la promotion de la santé (Whitehead, 2010) :

- élaborer une politique publique s'attaquant en amont aux déterminants macro-économiques, culturels, environnementaux qui agissent sur les conditions de vie et qui façonnent les comportements (ex. : programmes environnementaux, politiques de redistribution des richesses, etc.) ;
- renforcer les aptitudes individuelles des plus défavorisés ;
- renforcer les communautés (cohésion sociale et soutien social) les plus défavorisées ;
- créer des milieux favorables et améliorer les conditions de vie et de travail (accès au logement digne, hygiène, facteurs psycho - sociaux et sécurité au travail, accès à des services sociaux et de santé).

Promotion de la santé et justice sociale ont des valeurs, des pratiques et des finalités en commun :

- des objectifs sociétaux (justice et cohésion sociale) et individuels (recherche du bien-être, de l'autonomie et de l'autodétermination) ;
- des valeurs (équité, responsabilité collective, non jugement des individus, etc.) ;
- une priorité donnée aux populations vulnérables, dans un souci d'équité sociale.

Enfin, la promotion de la santé s'appuie sur des approches collectives participatives, sur des démarches communautaires centrées sur les besoins des personnes, sur une relation d'aide et d'accompagnement, d'éducation et d'empowerment. L'action communautaire est reconnue dès 1986 par la charte d'Ottawa, comme une stratégie clé en promotion à la santé. Il est donc possible de s'appuyer sur ces différents concepts et approches pour justifier ou argumenter, si nécessaire, des actions de promotion de la santé versus approche communautaire en ergothérapie.

Les stratégies actuelles en matière de santé indiquent une nouvelle direction qu'il convient d'emprunter et incitent tous et toutes les professionnel-le-s de la santé, y compris les ergothérapeutes, dans des actions visant, autant que faire se peut, les publics vulnérables et précaires. Armatya Sen (2012) suggère que l'équité en matière de santé joue un rôle central dans la poursuite de la justice sociale. La notion d'équité en santé renvoie donc à la théorie de la justice sociale et au développement de conditions favorables à la santé pour tous. Par conséquent les normes sociales influencent ce qui est considéré comme un problème de santé ou non (Fassin,

2000). Selon l'approche des capacités, la santé est comprise en lien avec le bien-être de la personne, lui-même lié à l'action et à la possibilité de vivre en concordance avec son plan de vie (Venkatapuram, 2011).

La fédération mondiale des ergothérapeutes (WFOT, 2006) a mis en parallèle les situations d'injustice sociale en termes d'injustices occupationnelles et a officialisé alors un volet d'action pour les ergothérapeutes, celui de défense des droits occupationnels. Quatre droits occupationnels de la personne en découlent : le droit de vivre des occupations enrichissantes et qui font sens pour la personne, le droit de participer à une gamme d'occupations contribuant à la santé et l'inclusion sociale, le droit d'exercer son autonomie et son pouvoir d'agir à travers ses choix occupationnels, le droit d'avoir des privilèges égaux pour s'engager dans des occupations variées (Townsend et Wilcock, 2004). Hammell (2015) écrit d'ailleurs que les ergothérapeutes peuvent s'approprier l'expression « droits occupationnels » pour affirmer le fait que le droit d'avoir des occupations significatives contribuant positivement à leur bien-être et au bien-être de leurs communautés, est accessible à tous. Les concepts « droit occupationnel » et « justice occupationnelle », développés par les auteurs de référence en sciences de l'occupation, permettent ainsi d'élargir le lien entre la participation dans les occupations et la santé. Venkatapuram (2011) nous propose ainsi d'aller au-delà d'une vision «simpliste» de la justice axée sur le bonheur et le bien-être, et de s'intéresser à faire changer les institutions sociales et à devenir des activistes de la justice sociale. Dans cette perspective de justice sociale et de justice occupationnelle impactant la santé, le bien-être et la qualité de vie, les ergothérapeutes ont ici des compétences spécifiques pour se lancer dans des approches communautaires et innovantes auprès de publics précaires.

Les problématiques actuelles n'étant plus des problématiques de santé, mais des problématiques sociales impactant la santé et la qualité de vie, les interventions nécessitent une nouvelle compréhension de la société. Les ergothérapeutes doivent se focaliser sur l'équité et l'accessibilité en matière d'occupation, car tous les groupes précaires, vulnérables vivent des injustices et des privations occupationnelles qui ont une répercussion sur leur santé. La spécificité des sciences de l'occupation, en promouvant une perspective occupationnelle, donne à l'ergothérapeute toute la légitimité pour des interventions communautaires qui favorisent le bien-être, la santé et la qualité de vie des personnes en situation de précarité ; l'ergothérapeute se positionnera comme acteur de changement.

Whitehead (cité dans Raphael, 2006) insiste aussi sur l'importance de se pencher sur les conditions de vie, de reconnaître qu'il y a un problème et d'entreprendre des démarches pour élaborer des projets en vue de réduire les ISS. En tenant compte des propos de (Wilcock et Townsend, 2000) qui démontrent que, « *tandis que la justice sociale traite les sujets de relations sociales et de conditions de vie sociale, la justice occupationnelle aborde plutôt ce que font les gens dans leurs relations et leurs conditions de vie* ». Un axe prioritaire se dessine au travers de tous ces exemples. Parmi les stratégies à développer, la promotion à la santé constitue un levier reconnu comme efficace pour réduire les ISS, ou tout au moins ne pas aggraver les inégalités territoriales sociales de santé. Les enjeux du développement de cette approche résident dans le fait qu'elle intègre l'implication des principaux concernés permettant de passer d'une logique technocratique à un processus participatif, source d'innovation (Riddes, 2004).

L'approche communautaire est donc particulièrement indiquée pour atteindre et accompagner les publics fragilisés, précaires, voire exclus. En concevant les problématiques des communautés, des groupes, des populations précaires, en terme d'occupation cela implique que les ergothérapeutes sortent de leur cadre habituel de pratique, du monde institutionnel, de leur zone de confort pour se déplacer vers les milieux de vie de ces groupes vulnérables, de s'approcher des structures sociales, des communes, ..., qui accueillent ces populations (WFOT 2012).

(Henneke van Bruggen, 2014) propose de « *s'engager dans la justice occupationnelle en développant des approches communautaires fondées sur l'occupation dans lesquelles tous les individus trouvent leur place, est une étape pour combattre la pauvreté, les ISS et la privation occupationnelle* ». La promotion à la santé dans une perspective communautaire est une approche intéressante pour lutter contre les ISS.

Points clés de l'approche communautaire

Plusieurs expressions coexistent au niveau de la littérature de manière souvent indifférenciée pour désigner l'intervention dans et avec la communauté : « développement communautaire », « démarche communautaire », « approche communautaire », « action communautaire ». Le Secrétariat Européen des Pratiques

de Santé Communautaire (SEPSAC) propose 8 repères en 3 volets pour ce qui constitue une action communautaire (Langlois, 2009) :

- Trois repères relatifs à une approche en promotion à la santé qui insistent sur l'importance d'avoir une approche globale et positive de santé, d'agir sur les déterminants de la santé ;
- Quatre repères spécifiques à la stratégie communautaire indiquent qu'il faut viser une communauté, favoriser l'implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de co-construction, favoriser un contexte de partage et de savoir, ainsi que valoriser et mutualiser les ressources de la communauté ;
- Un repère méthodologique qui souligne le besoin d'avoir une démarche de planification pour une évaluation partagée, évolutive et permanente.

Tous ces repères sont complémentaires. Ils soutiennent une modélisation qui a fait l'objet d'une large diffusion de plus en plus considérée, appréciée et valorisée (Schoene, 2017).

Les notions relatives aux déterminants de la santé ont été traitées dans le début de ce texte. Nous allons nous focaliser maintenant sur la constitution du deuxième volet, l'action communautaire.

«L'action communautaire en promotion à la santé désigne toute initiative, issue de personnes, de groupes communautaires, d'une communauté (géographique ; locale, régionale, nationale ; d'intérêts ; d'identités) visant à apporter une solution collective et solidaire à un problème social ou à un besoin commun, contribuant à exercer un plus grand contrôle sur les déterminants de la santé, à améliorer leur santé et à réduire les ISS. L'action communautaire poursuit des objectifs de justice sociale, de solidarité, de démocratie, de répartition plus juste des richesses, d'égalité entre les hommes et les femmes ainsi qu'entre les peuples. » (Lamoureux, Lavoie et Mayer, 2008). Elle nécessite bien sûr d'identifier la communauté qui va être impliquée. Selon l'OMS, *« une communauté est un groupe d'individus qui vivent ensemble dans des conditions spécifiques d'organisation et de cohésion sociale. Ces membres sont liés à des degrés variables par des caractéristiques politiques, économiques, sociales et culturelles communes, y compris en matière de santé »*. La communauté exprime toujours une appartenance sociale, un dénominateur commun, elle est un espace social, un espace construit et en construction autour de valeurs communes. Selon Hyppolite et Parent (2017), la communauté peut se définir selon trois conceptions

différentes :

- les communautés géographiques qui partagent un même territoire considéré comme un lieu significatif d'appartenance sociale (quartier, ville, région) ;
- les communautés d'intérêts qui partagent des problèmes sociaux communs (les chômeurs, les SDF...);
- les communautés d'identités et d'affinités qui partagent une identité acquise ou souhaitée (les jeunes femmes, les minorités culturelles, les personnes homosexuelles...).

Une fois la communauté identifiée, il est nécessaire de comprendre cette communauté, d'en définir les contours pour pouvoir ensuite monter une action. Pour Lamoureux, Lavoie et Mayer, (2008), il existe trois possibilités de focus pour l'analyse de la communauté :

- Analyse d'une communauté géographique : cela renvoie à la notion d'un territoire commun, des intérêts socioéconomiques semblables, une identité partagée et une envie de se mobiliser autour d'une action commune. Ce type de communauté a plusieurs dimensions : une dimension démographique et géographique avec un territoire délimité, une dimension culturelle avec un partage de croyances, de mode de vie. L'analyse de cette communauté permet de comprendre la vie collective, la dynamique du milieu, les institutions présentes et leurs rôles, d'identifier certains problèmes en terme de qualité de vie, d'occupation et de santé. Cette analyse permet aussi de comprendre les rapports entre les groupes sociaux et d'évaluer la dynamique communautaire et de reconnaître les forces, les ressources, la volonté de changement et les obstacles.
- Analyse des communautés d'identités dont les membres partagent les mêmes conditions socioéconomiques, ou sont victimes de la même oppression, de la même exclusion ou injustice sociale et occupationnelle. L'analyse de cette population vise à dégager un profil de cette population, un profil occupationnel.
- Analyse des communautés d'intérêts, d'un problème social. Il y a un problème social quand un grand nombre de personnes sont affectées par une situation donnée et que cette situation est jugée intolérable et qu'elle porte atteinte à la santé des individus. L'analyse permettra de dresser un portrait général de ce problème au sein de la communauté. Elle permettra de décrire les

manifestations, les composantes, de déterminer les personnes les plus touchées, les causes et d'envisager des pistes de solution.

Dans l'action communautaire, la communauté est vue comme un déterminant essentiel de santé et un ingrédient indispensable pour la pratique (Carter, 2010). L'approche communautaire se mène avant tout, au niveau des territoires de proximité pour avoir une approche locale des problèmes d'une communauté. Le territoire est un levier pour l'action communautaire et doit être défini. Il est le lieu d'intégration des politiques intersectorielles, de mise en œuvre d'actions intégrées. Les milieux de la vie quotidienne qui le composent sont des ressources et des lieux d'ancrage pour l'action. Le territoire est le support d'une identité collective, borné par des frontières et des limites matérialisées, où des personnes vivent, utilisent les richesses, travaillent et s'organisent en réseaux relationnels hiérarchisés. Le territoire se définit aussi en fonction de la population et des besoins. Les notions de territoire et communauté sont fortement imbriquées. En Suisse, on parlera plutôt de *setting* au lieu de territoire, le setting étant est un système social délimité, dans lequel vivent des personnes et qui a une influence sur la santé des individus et des groupes. Les *settings* sont choisis pour accéder à certains groupes cibles.

La démarche communautaire fait donc référence à un modèle dans lequel tous les acteurs impliqués sont invités à participer. La participation est au cœur de cette approche. L'OMS (1999) a défini la participation communautaire comme la mobilisation des gens de la communauté pour qu'ils prennent un rôle actif. Selon le niveau de pouvoir spécifique des individus sur la décision, on peut déterminer les différents niveaux d'implication dans les actions communautaires allant de la participation « alibi » à la participation « action ». La participation « alibi » associe quelques personnes de la communauté à un groupe de travail, sans leur donner les moyens d'analyser et de comprendre ce qui se passe. La communauté n'a que très peu d'influence mais leur présence est notée dans le comité de pilotage pour justifier une participation des principaux intéressés. Le niveau d'après est la participation « approbation » qui englobe la consultation et la concertation. Dans ce niveau d'implication, c'est l'approbation de la communauté qui est recherchée. Ce qui est préconisé dans l'action communautaire, c'est la participation action où la communauté est impliquée dans l'ensemble de la démarche. L'implication de tous

les acteurs permet de passer du «faire pour» au «faire ensemble». On parle alors de co-construction de l'action, communauté et professionnels. Ce niveau de participation ne va pas de soi. Il faut laisser à la communauté le temps de prendre sa place, et aux professionnel-le-s le temps de la leur donner. En effet, il est parfois difficile aux professionnel-le-s de renoncer au pouvoir, et de reconnaître les compétences et les connaissances de la communauté. L'action communautaire vise à mettre en place des relations où la spécificité de chaque acteur est reconnue (Langlois, 2009). Le partage des savoirs contribue à redonner confiance et estime de soi au public ciblé par l'action, souvent précaire, et permet aussi la construction d'un langage commun, ainsi que l'identification des ressources de la communauté. Ces différentes ressources seront complémentaires et utiles pour mener l'action communautaire.

L'action communautaire vise à développer l'*empowerment* communautaire (l'appropriation de son pouvoir) dans le but *in fine* de transformer les relations de pouvoir, et de favoriser les changements sociaux, afin d'améliorer l'état de la santé de la communauté (Laverack et Wallerstein, 2001). Dans le cadre de nouvelles approches, l'accent est mis de manière conséquente sur (l'auto-)habilitation de personnes et de groupes défavorisés et l'*empowerment* clairement délimité par rapport aux approches (d'exo-) habilitation. Dans les processus d'*empowerment*, le rôle des professionnel-le-s doit consister à soutenir les personnes au niveau de leur auto-habilitation, sur le chemin qui leur permette de faire évoluer leurs sentiments d'impuissance et d'absence d'influence, vers plus d'espace et d'autonomie réelle, pour aménager et prendre des décisions concernant leur vie. Cela implique aussi en particulier le fait de s'engager en faveur des préoccupations des personnes défavorisées et pour la création de conditions appropriées pour que ces personnes, groupes et organisations puissent élargir leurs possibilités d'actions (Wettstein et Herriger 2016). Pour favoriser l'*empowerment* communautaire, il est essentiel que les professionnell-e-s de la santé acceptent de ne pas avoir le contrôle et reconnaissent que la santé de la population relève des citoyens et des citoyennes (Labonte, 1998).

Le troisième volet se rapporte à un repère méthodologique et à une démarche de planification. En effet, pour mener des actions communautaires dans un contexte de

promotion à la santé, il est intéressant en tant que professionnel-le de la santé, de s'appuyer sur une méthodologie générale d'intervention qui intègre la pratique réflexive tout au long de la démarche. Les différentes phases sont inspirées par la démarche méthodologique de Lamoureux, Lavoie et Mayer (2008) et de Van de Sande, Beauvosk et Renault (2011). Cette démarche est une démarche ascendante ou bottom-up, qui part de la base de la communauté pour co-construire des actions.

- La première phase correspond à l'état des lieux avec la définition de la communauté, du territoire d'action. C'est la phase où tous les acteurs vont se présenter, définir leurs rôles, leurs valeurs.
- La deuxième phase est l'analyse de la situation que l'on peut dénommer « diagnostic communautaire » ou « étude de besoins ». Cette étape permet d'identifier ou d'approfondir un problème social, un besoin qui aurait été identifié par un groupe déjà constitué, une communauté locale d'intérêt ou d'identité avec toutes les personnes concernées. Ce diagnostic permet d'une part de mieux comprendre les communautés géographiques et d'autre part de recueillir un ensemble d'informations sur les communautés et les facteurs qui déterminent leur santé. Le diagnostic comporte deux axes, une approche à partir des 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). Il s'agit, dans ce diagnostic, d'allier les savoirs scientifiques et expérientiels pour avoir un portrait global et valoriser les différents savoirs.
- La troisième phase est la planification des actions et des stratégies. Suite à l'analyse, des objectifs ont été déterminés. Pour effectuer cette planification, l'utilisation de l'Outil de Catégorisation des Résultats (OCR), développé par Ackermann, Broeskamp et al. (2005) est tout à fait intéressante. À partir de l'OCR, il est possible de définir les effets, les changements obtenus suite à l'action. Il permet de définir les objectifs (*outcomes*) du groupe cible et des multiplicateurs, les ressources financières nécessaires (*input*), la mise en œuvre nécessaire (*output*).
- La quatrième étape est la réalisation des actions collectives afin de réaliser les objectifs visés.
- La cinquième étape correspond à l'évaluation. Elle permet de porter un regard

critique sur ce qui a été fait. Elle permet d'évaluer les changements pour toutes les personnes concernées.

Toutes ces étapes de l'action communautaire se font avec l'implication et l'engagement de toutes les personnes concernées afin de respecter les valeurs de justice sociale, d'autonomie et d'*empowerment*. 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.

Conclusion

L'approche communautaire reste marginale en ergothérapie. Plusieurs facteurs limitants peuvent être cités. Le premier est le positionnement historique de l'ergothérapie dans le secteur de la santé (Townsend et Sandiford, 2012) et le modèle médical dominant. Celui-ci a structuré la pratique de l'ergothérapie en fonction des déficiences et des pathologies. Notre pratique en ergothérapie axée le plus souvent sur l'individu est contraire à la pratique basée sur les déterminants sociaux de la santé sur la santé des collectivités. Finalement, un autre facteur limitant dans cette approche est la méconnaissance de la profession dans les autres secteurs de la santé et du social. Il est de fait difficile de travailler en intersectorialité si la profession est non reconnue.

Pour développer davantage la pratique communautaire, il est important d'établir des partenariats avec des structures sociales et des instances décisionnelles. Dans cette démarche ascendante, où l'ergothérapeute doit s'engager à favoriser le bien-être de communautés précaires, il agit comme un acteur de changement. En tant qu'agent de changement, l'ergothérapeute doit être prêt à apprendre des communautés, à connaître les communautés, leurs contextes, leurs habitudes pour agir différemment dans la pratique. L'ergothérapeute a toutes les cartes en main pour intervenir auprès de communautés précaires. Il (ou elle) doit s'engager dans cette nouvelle perspective.

Références bibliographiques

Ackermann, G., Broesskamp-Stone, U., Cloetta, B., Ruckstuhl, B., & Spencer, B. (2005). Un guide vers la bonne pratique : L'outil de catégorisation de Promotion Santé Suisse. *Focus*, 24, 14-17.

Adam, C., Faucherre, V., Micheletti., Pascal,G. (2017). La santé des populations vulnérables. *In ellipses*.

Amartya, S. (2012). *Repenser l'inégalité*. Paris, France : Seuil.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*. 11(1), 11-18. doi : 10.1093/heapro/11.1.11

Bass, M. (1998). *Promouvoir la santé*. Paris : l'Harmatan, coll. santé société et culture. 304p.

Bourdieu, P.(1993). *La misère du monde*. Paris : Seuil, pp 947.

Broesskamp-Stone, U. & Ackermann, G. (2007). *La pratique exemplaire dans la promotion de la santé et la prévention*. Lausanne , Promotion santé Suisse.

Carter, J.,& Slack, M. (2010). Pharmacy in Public Health : Basics and Beyond. *The canadian journal of Hospital Pharmacy*, 63(3), 250-

Dahlgren,G., Whitehead,M. (1991). *Policies and stratégies to promote social equity in health*. Stockholm : Institute of future studies.

Deschamps, J.-P. (2003). Une « relecture » de la charte d'Ottawa. *Santé Publique*. 15(3), 313- 325.

Desgroseilliers, V., Vonarx, N., Guichard, A., & Roy, B. (2016). *La démarche communautaire en 4 actes : Repères, acteurs, démarches et Défis*. Québec : Presse de l'Université Laval.

Dooris, M. (2006). Milieux de vie et promotion de la santé : orientations futures. *Promotion & Education* 13(1), 16-18. doi : 10.1177/10253823060130010106

Fassin, D.(2000). Entre politique du vivant et politique de la vie : pour une anthropologie de la santé. *Anthropologie et société*, 24 (1), 95-116.

Fédération des maisons médicales-Santé Communauté Participation (SACOPAR) & Centre local de promotion de la santé de Charleroi-Thuin (CLPSCT). (2013). *Action*

communautaire en santé : un outil pour la pratique. Repéré à <https://www.maisonmedicale.org/Action-communautaire-en-sante-un-3909.html>

Guichard, A. et Potvin, L. (2010). Pourquoi faut-il s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? Dans L. Potvin, Moquet, M.-J. et Jones, C. (dir.). *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action. 35-51.

Hammell, K.W. (2008). Reflection on...well-being and occupational rights. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 75, 61-64.

Hammell, K. W. (2015). Quality of life, participation and occupation right : A capabilities perspectives. *Australien Occupational Therapy Journal*, 62(2), 78-85

Herriger, N. (2016). Grundlagentext Empowerment. *Empowermentzugänge zu einem neuen Begriff*. Récupéré de https://www.empowerment.de/grundlagen/_p4.html

Hyppolite, S., & Parent, A. A. (2017). *La promotion de la santé : comprendre pour agir dans le monde francophone*. Rennes : Presses de l'EHESP.

Institut Renaudot. (2001). *Pratiquer la santé communautaire : de l'intention à l'action*. Lyon : Ed Chroniques sociales, 137 p.

Institut Renaudot. (2001). *Pratiquer la santé communautaire, de l'intention à l'action*. Lyon : Chronique Sociale.

Institut Renaudot. (2017). *Périnatalité : agir avec les femmes*. Lyon : Chroniques Sociales.

Jourdan, D., O'Neill, M., Dupéré, S., & Stirling, J. (2012). Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? *Santé Publique*, 24(2), 165-178.

Lamoureux, H., Lavoie, J., Mayer, R. (2008). *La pratique de l'action communautaire*. 2^{ème} ed. Québec, Presse Universitaire du Québec.

Langlois, G. (2009). *Action communautaire en santé : un observatoire international des pratiques*. Bruxelles : Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire. (SEPSC)

Lauckner, H., Pentland, W., & Paterson, M. (2007). Exploring Canadian occupational therapists' understanding of and experiences in community development. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74(4), 314-325.

Laverack, G., Wallerstein, N. (2001). Measuring community empowerment : A fresh look at organizational domains. Dans G, Carroll, L. Coturier, I. St Pierre (dir.), *Pratique en santé communautaire*. Québec : Chenalière.

Ledergerber, C., Mondoux, J. & Sottas, B. (2009). *Projet Compétences finales pour les professions de la santé*. Rapport final hautes écoles spécialisées de suisse occidentale. Conférence des recteurs des Hautes Ecoles (KFH)

Micheletti, P. (2017). *La santé des populations vulnérables*. Paris: Ellipses

Minkler, M. (2012). *Community organizing and community building for health and welfare*. New Brunswick : Rutgers University Press.

Moleux, M. Schaetzel, F. & Scotton, C. (2012). *Inégalités sociales de santé, territoires et enjeux de solidarité*. Paris : Eres.

Nutbeam, D. (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*. Genève : OMS.

O'Neill, M. et Stirling, A. (2006). Travailler à promouvoir la santé ou travailler en promotion de la santé ? Dans M. O'Neill et al. (dir.). *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*. Québec : Presses de l'Université Laval. 42-61.

Organisation mondiale de la santé (OMS). (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*. Genève.

OMS, Commission des déterminants de la santé. (2009). Comblent le fossé en une génération. Instauration de l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Récupéré de apps.who.int/iris/handle/10665/44083

OMS, Commission des déterminants de la santé. (2012). Principaux concepts relatifs aux déterminants sociaux de la santé. Récupéré de https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/fr/

Panet-Raymond, J., Lamoureux, H., Lavoie, J., & Mayer, R. (2008). Enjeux, défis et perspectives. *La pratique de l'action communautaire*, 493-530.

Paugan, S. (2011). *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*. 8^{ème} ed. Paris, Presse Universitaire de France

Pasquier, R., Guigner, S., & Cole A. (2011). *Dictionnaire des politiques territoriales*. Paris : Presses de Sciences Po.

Potvin, L., Ginot, L. et Moquet, M.-J. (2010). La réduction des inégalités : un objectif prioritaire des systèmes de santé. In L. Potvin, Moquet, M.-J. et Jones, C. (dir.). *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action. 52-61.

- Townsend, E. A., et Sandiford, M. (2012). *Reaching out: Today's activist occupational therapy*. Actualité ergothérapie. ACE
- Townsend, E., & Wilcock, A. (2004). Occupational justice and client-centred practice : A dialogue in progress. *Canadian journal of occupational therapy*, 71(2), 75-87.
- Townsend, E., & Landry, J. (2005). Interventions in a societal context: enabling participation. In C. H., Christiansen, C. M., Baum & J. D. Bass, *Occupational therapy : performance, participation, and well-being* (3e éd. 494-52). New Jersey: SLACK.
- Townsend, E., & Polatajko, H. (2008). *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. Ottawa : Association Canadienne des ergothérapeutes.
- Pascal, J., Abbey-Huguenin, H. & Lombail, P. (2006). Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention ? *Lien social et Politiques*, (55), 115–124.
- Paugam, S., (1996). *L'exclusion, l'état des savoirs*. Paris : PUF.
- Paugam, S., (2002). *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté* (2ed). Paris : PUF.
- Paugam, S., (2005). *Les formes élémentaires de la pauvreté*. Paris : PUF.
- Pruneau, D., Lapointe C. (2002). Un, deux, trois nous irons aux bois... L'apprentissage expérientiel et ses applications en éducation relative à l'environnement. In *Éducation et francophonie*, Vol. XXX , Québec : ACELF, pp: 241-256
- Riddes, V.,(2004). Agir contre les inégalités sociales de santé : tentative d'explications de l'immobilisme des autorités de la santé publique québécoise. *Revue canadienne de santé publique* 95(3), 224-42
- Scaffa, M., & Sasse, C. (2014). Public health, community health and occupational therapy. Dans M. E. Scaffa & S. M. Reitz, *Occupational therapy in community-based practice settings* (2e éd., p. 19–30). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire. (2009). *Action communautaire en santé : un observatoire international des pratiques*. Repéré à : https://www.maisonmedicale.org/docrestreint.api/.../action_com_en_sante_sepsac.pdf
- Schoene, M. (2017) *La santé communautaire en 4 actes : Repères, acteurs, démarches et défis*. Ed : chroniques sociale. PUL.

Organisation mondiale de la santé (OMS), http://www.int/social_determinants/fr/, site consulté le 01 octobre 2018

Van de Sande, A. Beauvolks, M-A, & Renault, G. (2011). *Le travail social. Théories et pratiques*. Montréal : Gaétan Morin.

Venkatapuran, S. (2011). *Health justice*. Cambridge, Malden : Polity Press.

Wilcock A., Townsend E. (2000). Occupational justice: Occupational terminology interactive dialogue. *Journal of Occupational Science*, 7, 84–86. doi:10.1080/14427591.2000.9686470

Wettstein, F. (2016). Empowerment in *der Gesundheitsförderung*. *Suchtmagazin* 42(3).

World Health Organization. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. Repéré à <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>