



FACILITANTS ET OBSTACLES À L'ERGOTHÉRAPIE COMMUNAUTAIRE EN FRANCE : VERS L'ÉLARGISSEMENT DU CHAMP DE PRATIQUE DES ERGOTHÉRAPEUTES

Cédrine Jouve¹, Marie-Hélène Lévesque², Mélanie Levasseur³

¹ Ergothérapeute, Établissement de santé de Quingey, Quingey, France

² Ergothérapeute, M.erg., M.Sc., École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec, Canada ; Centre de recherche sur le vieillissement, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada

³ Ergothérapeute, PhD, École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec, Canada ; Centre de recherche sur le vieillissement, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada

Adresse de contact : cedrinejve@gmail.com

Reçu le 15.07.2021 – Accepté le 14.07.2022

La **Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie** est publiée par CARAFE, la Communauté pour l'Avancement de la Recherche Appliquée Francophone en Ergothérapie

doi:10.13096/rfre.v8n2.204

ISSN: 2297-0533. URL: <https://www.rfre.org/>



RÉSUMÉ

Contexte. La réduction des inégalités sociales et de santé constitue une importante priorité de santé publique. Au-delà des conduites individuelles, et en raison de forces systémiques et structurelles plus vastes, certaines communautés présentent un risque accru de situations de précarité susceptibles d'entraver leurs possibilités occupationnelles et leur capacité à maintenir une bonne santé. Afin de réduire ces risques, il importe pour les ergothérapeutes d'utiliser les leviers de la promotion de la santé et de mieux comprendre les facteurs d'influence à la mise en œuvre d'interventions à l'échelle de la communauté.

Objectif. Cette étude visait à identifier les éléments facilitant ou limitant le développement d'une pratique communautaire de l'ergothérapie en France.

Méthode. Une étude qualitative de type recherche clinique a été réalisée auprès de sept ergothérapeutes français intervenant en milieu communautaire au moyen d'entretiens individuels semi-dirigés.

Résultats. Les éléments favorisant le développement de l'ergothérapie communautaire sont sa nouveauté, sa forte compatibilité de valeurs avec la santé communautaire, les politiques de santé s'orientant davantage vers des principes communautaires, ainsi que les connaissances et les compétences des ergothérapeutes dans cette pratique. Les éléments faisant obstacle au développement de l'ergothérapie communautaire sont la perception de la complexité de la pratique et la façon de la définir, le nombre limité de stages et les lacunes de la formation en ergothérapie, les difficultés de financement ainsi que le nombre restreint d'ergothérapeutes engagés dans ce domaine.

Conclusion. L'engagement envers la pratique communautaire élargirait le champ d'intervention des ergothérapeutes pour répondre aux défis sociaux émergents en France. Dans l'optique d'une éventuelle implantation de l'ergothérapie communautaire, il importe de poursuivre les études en explorant comment ces éléments favorisants peuvent être des leviers et les obstacles être réduits.

MOTS-CLÉS

Ergothérapie communautaire, Promotion de la santé, Participation occupationnelle

FACILITATORS AND BARRIERS TO COMMUNITY OCCUPATIONAL THERAPY IN FRANCE: TOWARDS BROADENING THE SCOPE OF PRACTICE OF OCCUPATIONAL THERAPISTS

ABSTRACT

Context. Reducing social and health inequities is an important public health priority. Beyond individual behaviors, and because of broader systemic and structural forces, residents of some communities are at increased risk of precarious situations that may impede their occupational opportunities and ability to remain healthy. To reduce these risks, occupational therapists need to mobilize the levers of health promotion and better understand the factors influencing the implementation of community-level interventions.

Objective. This study aimed to identify the elements that enable and impede the development of community-based occupational therapy practice in France.

Method. A qualitative clinical research study was conducted with seven French occupational therapists working in community settings using semi-structured individual interviews.

Results. Elements enabling the development of community occupational therapy were its novelty, strong compatibility with values of community health, health policies further moving toward community principles, and occupational therapists' knowledge and skills in this practice. Barriers to the development of community-based occupational therapy include the perceived complexity of the practice and how it is defined, the limited number of internships and gaps in occupational therapy education, funding challenges, and the limited number of occupational therapists involved in this field.

Conclusion. A commitment toward community-based practice would broaden the scope of intervention of occupational therapists to respond to emerging social issues in France. To eventually implement community-based occupational therapy, it is important to continue studies exploring how these enabling elements can be levers and how barriers can be reduced.

KEYWORDS

Community-based occupational therapy, Health promotion, Occupational participation

INTRODUCTION

Mondialement, et la France ne fait pas exception, la lutte contre les inégalités sociales et de santé constitue une importante priorité de santé publique (Agence de la santé publique du Canada, 2015 ; Monin, 2019 ; World Health Organisation [WHO], 2019a). En France une personne sur cinq vit en situation de précarité (Mechali, 2018) et certaines communautés sont confrontées à des forces systémiques et structurelles qui créent et maintiennent des disparités d'accès aux ressources de promotion de la santé (De Saint Pol, 2009 ; Raphael, 2016 ; Ridde, 2007 ; Trentham *et al.*, 2022). Désignées sous le terme d'inégalités sociales en santé, ces disparités sont présentes dès le plus jeune âge et affectent la santé (p. ex. : incapacités, mortalité prématurée) des populations vivant dans les zones les plus défavorisées. Elles sont ainsi le produit des inégalités accumulées tout au long de la vie en fonction des conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2017 ; p. 10). Les inégalités ne découlent ainsi pas uniquement de facteurs individuels, mais aussi de conditions sociales (p. ex. : insécurité alimentaire), politiques (p. ex. : capitalisme) et économiques (p. ex. : inégalités des revenus) défavorables (De Saint Pol, 2009 ; Ridde, 2007 ; Trentham *et al.*, 2022). En plus de leur influence profonde sur la santé des populations, ces inégalités sociales et de santé peuvent entraîner des situations d'injustice occupationnelle, c'est-à-dire des inégalités quant aux possibilités de participer à des occupations significatives (Trentham *et al.*, 2022 ; Townsend et Wilcock, 2004). Puisqu'elles limitent la capacité des personnes à satisfaire les conditions préalables à leur santé (p. ex. : se nourrir, se loger) et à reprendre du pouvoir sur leur vie, ces entraves à la participation occupationnelle peuvent, à leur tour, mener à des conséquences délétères sur la santé et le bien-être des individus et des collectivités. En reconnaissant les occupations comme un droit humain (Townsend et Wilcock, 2004) et un déterminant de la santé ne relevant pas uniquement de conduites individuelles, mais de forces contextuelles plus vastes (Laliberte Rudman *et al.*, 2022), les ergothérapeutes peuvent jouer un rôle de premier plan dans la création d'espaces de justice sociale et occupationnelle. Afin d'optimiser les possibilités occupationnelles et de promouvoir la santé, la justice et l'inclusion, les ergothérapeutes sont encouragés à dépasser les interventions traditionnelles à visée restaurative ou compensatoire et à utiliser les leviers de la participation et de la promotion de la santé, notamment dans le champ de la santé communautaire (Letts *et al.*, 2022 ; Turcotte *et al.*, 2015 ; WHO, 2019b). Définie comme :

Toute initiative issue de personnes, d'organismes communautaires, de communautés visant à apporter une solution collective et solidaire à un problème social ou à un besoin commun, la santé 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 *et al.*, 2008, p. xii).

S'inscrivant dans ce courant, la pratique de l'ergothérapie communautaire (ou sociale) est en pleine émergence (Delaisse *et al.*, 2022 ; Letts *et al.*, 2022). La profession s'oriente ainsi progressivement vers un changement de paradigme allant au-delà des tendances dominantes axées sur l'individualisation et la biomédicalisation de la santé pour agir sur l'environnement sociétal et lutter contre les injustices occupationnelles à

l'échelle communautaire (Delaisse *et al.*, 2022 ; Trentham *et al.*, 2022). Située à la frontière du social et du sanitaire (Jourdan *et al.*, 2012), l'ergothérapie communautaire est centrée sur la personne et vise à promouvoir la santé et le bien-être des individus à travers les occupations (Fédération mondiale d'ergothérapie, 2020), tant individuelles que collectives. L'ergothérapie reconnaît la nature sociale et contextualisée des occupations (Egan et Restall, 2022) ainsi que leur capacité à refléter une intention collective (p. ex. : favoriser la cohésion, progresser vers un bien commun) (Ramugondo et Kronenberg, 2013). Que ce soit auprès d'individus, de familles, de groupes, de communautés ou de populations (Kronenberg *et al.*, 2005 ; Restall et Egan, 2022), le pouvoir d'agir, la participation ainsi que la gestion autonome du bien-être et de la santé sont au cœur de la pratique communautaire (Banks et Head, 2004 ; WHO, 2019b). Cette pratique permet ainsi de favoriser des possibilités équitables d'engagement occupationnel, d'aider les individus et les communautés à prendre en main leur santé et de rehausser le pouvoir et l'influence des personnes vivant des inégalités (Letts *et al.*, 2022). Par ailleurs, puisqu'elle appartient au domaine médico-social et qu'elle répond ainsi à des problématiques complexes auprès de multiples populations (Carrier et Raymond, 2017), la pratique communautaire de l'ergothérapie comporte des bénéfices à de multiples niveaux (p. ex. : individus, quartier, société), notamment sur le plan financier pour les organismes de santé (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2002). En s'engageant auprès de communautés exclues, l'ergothérapie pourrait, par exemple, contribuer à la diminution de leurs comportements à risque pour la santé. À plus grande échelle, l'ergothérapie communautaire pourrait améliorer la situation socioéconomique d'un quartier (Planète publique, 2011) ou réduire l'âgisme (Godbout *et al.*, 2012). Malgré ses retombées prometteuses et sa capacité de répondre à certains défis sociodémographiques, la pratique de l'ergothérapie dans la communauté n'a pas atteint son plein essor, notamment en raison du manque de ressources humaines (p. ex. : peu d'étudiants formés) et financières (p. ex. : budgets limités alloués) (Carrier et Raymond, 2017). Par ailleurs, il existe peu d'exemples de cette pratique dans le domaine de la santé publique (Lewis *et al.*, 2021 ; Donnelly *et al.*, 2020). Afin de soutenir la pratique de l'ergothérapie auprès des communautés, il importe de mieux comprendre les facilitateurs et les obstacles à sa mise en œuvre ainsi que le contexte historique, géopolitique et professionnel dans lequel elle s'inscrit.

Recension des écrits

Bien qu'elle puisse sembler novatrice, la pratique de l'ergothérapie dans la communauté existe depuis le début du 20^e siècle (Lysack *et al.*, 1995), notamment aux États-Unis, d'où provient le développement de l'approche communautaire en santé (Clavreul, 2020). Développée sous le nom de *community organizing* par le sociologue et organisateur communautaire Saul Alinsky (Balazard, 2013), cette méthode réfère à un processus par lequel des personnes, des organisations et des communautés se mettent ensemble pour atteindre des objectifs communs tels que l'amélioration de la qualité de vie et la justice sociale (Orr, 2007, p. 2). En ergothérapie, la création d'une maison de convalescence par George Edward Barton en 1914 est considérée comme le plus ancien exemple de pratique communautaire aux États-Unis (Scaffa, 2001). Depuis, l'American Occupational Therapy Association a publié plusieurs prises de position officielles sur la

prévention des maladies et la promotion de la santé, dont la première en 1979. Au tournant des années 2000, ces prises de position ont par ailleurs trouvé écho dans les politiques nationales de santé américaines, y compris dans la plus récente version du document *Healthy People 2030* dont les trois priorités portent sur les déterminants de la santé, l'équité en santé et la littératie en santé (Office of Disease Prevention and Health Promotion [ODPHP], s. d.). En accord avec ces priorités contemporaines et la tradition communautaire instaurée par Barton, le programme Remodeler sa vie (*Lifestyle Redesign*) (Clark *et al.*, 2021) continue de s'inscrire comme une importante pratique d'ergothérapie préventive visant le développement de modes de vie sains auprès d'aînés de la communauté.

Au Canada, et particulièrement au Québec, le concept de santé communautaire est utilisé de manière habituelle en référence à la santé publique (Clavreul, 2020). Au Québec, la pratique de l'ergothérapie communautaire s'est surtout concentrée dans les Centres locaux de services communautaires (Trickey, 1993), mais dans la dernière décennie, les tâches et les fonctions des ergothérapeutes dans ces établissements se limitaient généralement aux soins personnels et à la mobilité et portaient rarement sur la promotion de la santé (Turcotte *et al.*, 2015). Afin de transformer les pratiques et d'y inclure plus largement des actions sur les déterminants de la santé (p. ex. : logement, emploi, participation sociale), les ergothérapeutes doivent s'appuyer sur différents leviers systémiques et organisationnels tels que la modification des indicateurs de performance (Turcotte *et al.*, 2020). Par ailleurs, puisqu'elle fournit des pistes d'amélioration de la santé impliquant des actions sur les environnements (p. ex. : création de quartiers plus stimulants), la Charte d'Ottawa demeure un outil d'actualité pour guider la pratique de l'ergothérapie auprès des communautés.

Depuis les années 1970, les chercheurs et les enseignants en ergothérapie du Brésil ont travaillé à développer une pratique socialement pertinente et politiquement engagée, incluant une considération particulière pour les droits humains et les enjeux sociaux (Barros *et al.*, 2011). Bien qu'ils demeurent méconnus (Hammell, 2020), les travaux de Galheigo (2020) défendent l'idée que les ergothérapeutes doivent répondre aux iniquités économiques, sociales, ethniques et de genre et intégrer les interventions communautaires et régionales, et ce, particulièrement auprès de populations en situation d'exclusion ou de précarité. Bien que cette pratique sociale de l'ergothérapie comporte des défis (p. ex. : financement insuffisant), les ergothérapeutes peuvent s'inspirer de plusieurs exemples d'interventions réalisées auprès de différentes populations (p. ex. : jeunes consommateurs de drogues), et ce, à l'extérieur du système de santé (Malfitano *et al.*, 2014).

Au Royaume-Uni, le contexte d'austérité et d'optimisation des ressources professionnelles en santé a mené à l'adoption de plusieurs pratiques préventives novatrices réalisées en milieu communautaire plutôt qu'hospitalier (Freeman *et al.*, 2022). Par exemple, les pratiques de prescription sociale, soit la rédaction d'ordonnances non médicales visant à améliorer la santé et le bien-être de personnes présentant des besoins socio-économiques ou psychosociaux complexes, sont maintenant largement adoptées dans le système de santé et de services sociaux (Bickerdike *et al.*, 2017 ; National Health Service, 2019), y compris par les ergothérapeutes (Royal College of Occupational Therapists, 2021). Dans certaines régions, des modèles de pratique collaborative entre les

ergothérapeutes et les ambulanciers ont par ailleurs été implantés (Preston *et al.*, 2018). En intervenant directement sur place, notamment en cas de chutes chez les aînés, ces collaborations permettent d'éviter certaines hospitalisations, réduisant ainsi la pression sur le système hospitalier (Preston *et al.*, 2018).

En France, le terme « communautaire » est peu utilisé et c'est à travers la citoyenneté que s'exprime l'appartenance à la communauté (ou au territoire) (Clavreul, 2020). Bien qu'elle ait vu le jour dans les années 2000 avec la construction de quelques centres communautaires (Clavreul, 2020), la pratique communautaire (ou citoyenne) n'est toujours pas soumise à un cadre législatif précis (Planète publique, 2011). La loi n°2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale place néanmoins la question du droit à l'information et à la participation des usagers comme un enjeu d'accompagnement des individus dans le système de santé français (Langlois et Prévost, 2009). Reflétant une évolution des politiques publiques, cette loi représente le début d'un changement de modèle, de prescriptif à davantage participatif, soit des valeurs sous-jacentes faisant écho à celles de la santé et de l'ergothérapie communautaires (Demoustier et Priou, 2013). Pour les ergothérapeutes français, l'année 2020 apparaît comme une année charnière où la crise sanitaire a orienté l'exercice de la profession vers des approches davantage préventives et fondées sur la science de l'occupation (Delaisse *et al.*, 2022). Bien que les ergothérapeutes s'engagent davantage dans des pratiques sociales, certains freins limitent toutefois le développement de l'ergothérapie communautaire en France, dont l'approche biomédicale dans laquelle la profession est exercée (Delaisse *et al.*, 2022). Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES, 2018), plus de la moitié (54,9 %) des ergothérapeutes travaillent en milieu hospitalier. Une majorité d'ergothérapeutes exercent dans des structures soutenant l'approche biomédicale, avec une pratique axée sur une récupération d'aptitudes ou une compensation des situations de handicap. Or, l'ergothérapie communautaire va au-delà de cette pratique et requiert de recentrer la profession sur le pouvoir d'agir, une approche difficile à développer en France en raison de la conception biomédicale de la santé (Poriel, 2014 ; Delaisse *et al.*, 2022). Malgré son potentiel de développement, on connaît peu le contexte de l'ergothérapie communautaire, notamment en France. Cette étude visait donc à identifier les éléments facilitant et limitant le développement d'une pratique communautaire de l'ergothérapie en France.

MÉTHODES

Dispositif et participants

Pour atteindre cet objectif, un dispositif qualitatif de type recherche clinique (Miller et Crabtree, 2003) a été utilisé. Centrée sur la personne et son discours, cette méthode permet d'avoir accès aux connaissances fondées sur l'expérience et sur le fonctionnement global de l'être humain dans un environnement donné. De plus, en s'appliquant directement aux thématiques de terrain (Formarier, 2006), par exemple celles dont s'occupe la pratique communautaire, la recherche clinique permet communément d'établir les bases et l'évolution des pratiques de santé.

Pour ce faire, des entretiens semi-dirigés individuels ont été réalisés sous forme téléphonique ou, pour un des entretiens, visiophonique (Skype[®]), selon les disponibilités et la préférence des interrogés. Chaque entretien a été enregistré sur une bande audio-numérique puis retranscrit sous forme de *verbatim*. La collecte de données a été réalisée par une étudiante à la maîtrise en ergothérapie. Considérant les limites de temps imposées par les contraintes scolaires de la première auteure, il n'y a pas eu de second entretien. Au préalable, un formulaire d'information et de consentement a été signé par les participants. Ce travail a aussi été soumis pour validation à un comité d'éthique de l'Unité de formation et de recherche de médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand (numéro de référence du dossier : IRB00011540-2019-35).

Le recrutement des participants a été réalisé à l'aide d'un échantillonnage intentionnel par le biais d'une annonce sur un groupe Facebook francophone ainsi que par l'envoi de courriels aux membres de l'Association nationale française des ergothérapeutes (ANFE) et aux ergothérapeutes reconnus pour avoir des connaissances dans le domaine communautaire. Au total, 32 personnes ont été contactées par courriel pour participer à l'étude. Vingt et une d'entre elles n'ont pas donné suite et quatre ne répondaient pas aux critères d'inclusion, soit d'être ergothérapeute avec une expérience clinique ou théorique d'au moins trois mois en ergothérapie communautaire en France. Âgés de 23 à 53 ans (médian = 43 ; intervalle semi-interquartile de 7,5), les sept participants étaient tous ergothérapeutes de formation et la majorité étaient des femmes (N = 6 ; 85,7 %). La majorité de ces professionnels avaient effectué des formations supplémentaires (N = 6 ; 85,7 %) telles qu'une formation en gestion d'organismes à vocation sociale et culturelle, une maîtrise en science de l'occupation en ergothérapie et d'autres diplômes universitaires. Deux participantes avaient aussi réalisé une maîtrise en santé publique avec une spécialisation en promotion et prévention de la santé. Afin d'obtenir une hétérogénéité d'expériences, des participants de tranches d'âge variés ayant suivi des formations différentes et exerçant auprès d'un public diversifié étaient visés. L'objectif de l'étude était d'interroger un nombre d'ergothérapeutes permettant l'atteinte d'un niveau de saturation théorique des données, ce qui, en raison de la pandémie, n'a toutefois pas été possible à l'aide des sept participants, de nouveaux thèmes ayant émergé des derniers entretiens.

Outils

Afin de mieux comprendre la perspective des participants quant aux éléments favorables et à ceux faisant obstacle au développement de l'ergothérapie communautaire en France, un guide semi-structuré a été développé à partir du Cadre consolidé pour la recherche sur la mise en œuvre (*Consolidated framework for implementation research* [CFIR]) (Damschroder et al., 2009) et d'autres études similaires portant sur l'implantation d'innovations en promotion de la santé (p. ex. : Piché et al., 2019). Utile pour guider la recherche et adapter les interventions, le CFIR permet aussi d'élaborer des plans de mise en œuvre prenant en considération les facteurs influençant la réussite de l'implantation, et ce, dans un contexte donné. Le guide consistait en des questions ouvertes portant sur les éléments favorables ou faisant obstacle au développement de l'ergothérapie communautaire dans le contexte français et a été validé par trois expertes

en recherche qualitative et en ergothérapie communautaire. Chaque question du guide abordait ainsi un des cinq domaines du CFIR, c'est-à-dire : les caractéristiques de l'intervention, le contexte interne, le contexte externe, les individus impliqués dans le développement et les processus d'implantation.

Analyses

Deux personnes ont participé à l'analyse des données ; l'ensemble des données ont entièrement été codées par la première auteure, ce codage a ensuite été soutenu et révisé par l'auteure sénior. Les données recueillies lors des entretiens ont d'abord été analysées individuellement à l'aide de l'effet miroir, c'est-à-dire que les unités de sens ont été catégorisées, par repérage de mots-clés, en thèmes et en sous-thèmes (Krief et Zardet, 2013). Cette première analyse a été discutée et validée à l'aide d'une double lecture permettant de faire émerger les éléments clés de chaque discussion. Ensuite, selon le même procédé, une seconde analyse a permis de croiser les réponses de tous les entretiens. Soutenue par une grille de codage mixte (Miles et Huberman, 2003), inspirée du CFIR et selon un procédé de repérage systématique (Paillé et Mucchielli, 2003), cette analyse a été réalisée à l'aide du logiciel *Microsoft Office Word 2019*. Tout en s'assurant d'être ouverte aux dimensions potentiellement non couvertes par ce modèle, l'utilisation du CFIR lors de la collecte et de l'analyse des données a permis de mieux comprendre l'ensemble du contexte entourant la pratique de l'ergothérapie communautaire en s'appuyant sur les éléments favorables ou faisant obstacle à sa mise en œuvre.

RÉSULTATS

Définition de l'ergothérapie communautaire

Selon les participants, les définitions de l'ergothérapie communautaire étaient singulières, avec différentes façons de décrire cette pratique, mais aussi de la nommer. Près de la moitié (N = 3 ; 42,9 %) des interviewés ont d'ailleurs émis des interrogations quant à l'emploi du terme « communautaire » en France, notamment en lien avec le communautarisme qui s'inscrirait dans la conscience collective et troublerait la compréhension de la pratique. Certains ont ainsi préféré utiliser d'autres appellations comme ergothérapie « sociale » ou « collective » ou encore, « santé de proximité ». Avec leurs connotations plus nuancées, ces appellations seraient plus adaptées à la France. Trois idées principales ont ainsi été dégagées pour définir l'ergothérapie communautaire. D'abord, l'ergothérapie communautaire nécessiterait de **s'affranchir des institutions**, comme l'illustre une des participantes (P) ayant pratiqué auprès d'aînés :

C'est une ergothérapie qui [cible] des groupes de personnes et la population dans de vrais lieux de vie, contextualisés, autrement dit [dans] la vraie vie. (P5)

La **relation horizontale** de l'ergothérapie communautaire a aussi largement été évoquée, soit cette caractéristique liée à la prise de décision et à l'aspect participatif de la pratique, et ce dans un but d'égalité. Trois participantes ont évoqué l'idée que la position d'expert ne serait pas endossée par les ergothérapeutes, mais par les usagers qui

ont l'expérience de leur propre situation. L'ergothérapeute accompagnerait ainsi les personnes de la communauté dans leurs choix en les aidant à élaborer leurs projets, comme le décrivait une des ergothérapeutes :

Ça induit un changement de posture. On passe plutôt à une posture de facilitateur. (P7)

Enfin, selon les participants, l'ergothérapie communautaire aurait pour assise théorique la **science de l'occupation**. L'occupation humaine guiderait ainsi la pratique des ergothérapeutes et les distinguerait des autres professionnels, comme l'extrait suivant le témoigne :

Ce qui réunit les êtres vivants, c'est de [faire des] activités. En tant qu'ergo notre [attention est sur] les activités humaines. (P4)

Cette caractéristique de l'ergothérapie communautaire s'appliquerait d'autant plus aux populations en situation de vulnérabilité qui sont davantage à risque d'injustices occupationnelles. Dans leurs exemples, la majorité (N = 6 ; 85,7 %) des participants citaient des populations en situation d'exclusion ou de précarité, comme les personnes de Centres d'accueil pour demandeurs d'asile. Ces centres représentent d'ailleurs un lieu d'intervention riche pour les ergothérapeutes :

[Les Centres d'accueil pour demandeurs d'asile abordent] des problématiques sociales et donc au bout du compte ces problématiques sociales peuvent être extrêmement variées. (P5)

La dimension sociale de cette pratique est un exemple d'éléments cités moins fréquemment pour définir l'ergothérapie communautaire. Sa vocation serait ainsi d'élargir le champ d'intervention de l'ergothérapie et de ne pas uniquement mettre l'accent sur les situations de handicap, mais sur l'ensemble des défis de santé, qui sont très vastes. Il serait ainsi possible d'intervenir auprès de populations en situation de précarité comme certains demandeurs d'asile, détenus ou sans domicile fixe. L'ergothérapie communautaire impliquerait aussi d'intervenir :

[...] Dans le développement social et local, donc dans les mairies, les centres sociaux, tout ce qui fait vivre un quartier. (P4)

La collaboration avec des mairies ou des collectivités a d'ailleurs été citée à de multiples reprises. Ces nouveaux terrains de pratique impliquent une pluralité d'acteurs, une autre spécificité de l'ergothérapie communautaire.

L'importance de la promotion de la santé

Pour décrire en quoi consistait la promotion de la santé, la majorité (N = 5 ; 71,4 %) des participants citaient la définition de la santé de l'OMS prônant l'atteinte d'un bien-être dans les sphères physique, mentale et sociale (Association des facultés de médecine du Canada, 2017). D'autres mentionnaient également la Charte d'Ottawa (Organisation mondiale de la santé, Santé et bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique, 1986). Pour ces ergothérapeutes, cette pratique implique un

important changement pour passer d'une approche de soins curatifs à la prévention des maladies et à la promotion de la santé incluant des actions auprès de personnes en pleine santé, comme l'expliquait un des ergothérapeutes interrogés :

La promotion de la santé demande [d'agir auprès d'un] plus grand nombre de personnes. Il faut parler aux gens qui ne sont pas malades qui pourraient un jour peut-être être malades. (P5)

Deux ergothérapeutes abordaient quant à elles la réduction des inégalités en santé, et ce auprès de populations en situation d'exclusion. Selon une d'entre elles, il serait ainsi important d'intervenir et d'agir sur les déterminants de la santé et selon une approche participative :

[...] [Afin de] donner du pouvoir d'agir aux populations. (P2)

Les éléments facilitant ou limitant le développement de l'ergothérapie communautaire

Toujours selon les ergothérapeutes participants, plusieurs éléments favoriseraient le développement de l'ergothérapie communautaire en France et plusieurs autres y feraient obstacle. Globalement, selon les thèmes abordés par les participants, deux des domaines du CFIR (les caractéristiques de l'intervention et les individus impliqués dans le développement) seraient plutôt facilitants, alors que les trois autres domaines (le contexte interne, le contexte externe et les processus d'implantation) présenteraient un nombre équivalent d'éléments favorables et défavorables (Tableau 1).

Tableau 1 : Éléments facilitant ou limitant le développement de l'ergothérapie communautaire en France

	Éléments favorables	Éléments faisant obstacle
Caractéristiques de l'intervention	Possibilité de l'essayer Adaptabilité Force et qualité de <i>la preuve</i> Avantages relatifs	Complexité <i>Difficulté</i> de l'essayer Coût
Contexte interne	Climat d'implantation <i>positif</i> : <ul style="list-style-type: none"> • Influence pour le changement • Compatibilité • Priorités relatives • Incitatifs organisationnels et récompenses Réseaux et communications : <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité et stabilité des ressources – accès aux informations 	<i>Culture réfractaire</i> au changement <i>Absence</i> de réseaux et communications Disposition pour l'implantation : <ul style="list-style-type: none"> • <i>Manque</i> de disponibilité et de stabilité des ressources
Contexte externe	<i>Innovations</i> des politiques externes et <i>financement conséquent</i> <i>Ampleur</i> des besoins des <i>individus et des communautés</i>	<i>Manque de financement</i> des politiques externes et d'incitatifs <i>Non prise en compte</i> des besoins exprimés par les gens de la communauté et <i>manque de ressources</i>
Individus impliqués dans le développement	<i>Existence</i> de connaissances et <i>compatibilité</i> entre les <i>valeurs fondamentales de l'ergothérapie et celles</i> de l'intervention Auto-efficacité Autres attributs personnels : <ul style="list-style-type: none"> • Habilitéés • Sensibilité 	<i>Manque</i> de connaissances et croyances <i>erronées ou divergentes</i> à propos de l'intervention <i>Manque</i> d'identification individuelle à l'organisation
Processus	Planification Engagement des individus prenant en charge l'intervention	<i>Manque</i> d'engagement des individus prenant en charge l'intervention : <ul style="list-style-type: none"> • <i>Absence</i> d'agents de changement externes

Thèmes en italique : ajouts au CFIR.

Caractéristiques de l'intervention

Les participants rapportaient majoritairement quatre caractéristiques de l'ergothérapie communautaire qui favoriserait son développement en France (Tableau 1). Près de la moitié (N = 3 ; 42,9 %) des ergothérapeutes mettaient en avant l'**adaptabilité** de cette pratique nouvelle et flexible, comme l'évoque l'extrait suivant :

L'avantage, c'est une pratique qui s'ouvre, elle peut être mise en œuvre partout. (P1)

Deux autres participants mentionnaient des éléments favorisant liés à **la force et à la qualité** de l'ergothérapie communautaire (Tableau 1). Ainsi, une ergothérapeute soulignait :

On sait maintenant, en termes d'efficacité et de qualité de service, qu'il est beaucoup plus intéressant d'agir en amont, en promotion de la santé et là où les gens vivent, à proximité. (P6)

La **possibilité d'essayer** cette pratique était un autre avantage relatif, comme en témoignent ces propos :

Les étudiants de troisième année font des actions de prévention et promotion de la santé dans les écoles [et] dans différents milieux. Ce sont vraiment des leviers. (P3)

L'acquisition de nouvelles connaissances et compétences serait ainsi facilitante pour exercer dans ce domaine.

Divers obstacles ont aussi été rapportés par les participants ; tous s'accordaient notamment sur la perception de la **complexité** de la pratique (Tableau 1). Puisque la pratique communautaire est nouvelle et encore méconnue du grand public, son développement s'en trouve restreint, contribuant ainsi à la complexité perçue par les ergothérapeutes.

[Malgré la présence de besoins, il y avait] peu de demandes formalisées. (P1)

Peu de lieux de pratique étaient identifiés. Les ergothérapeutes doivent ainsi créer et construire ces espaces, un projet complexe qui nécessite plusieurs compétences et connaissances. Par ailleurs, la **formation initiale d'ergothérapeute** n'offrirait pas toutes les clés pour s'investir dans un tel projet, comme le rapportait une des ergothérapeutes :

Dans la formation en ergothérapie, on n'est pas formé à faire de l'ergothérapie communautaire. (P7)

La complexité est aussi exacerbée par le système de santé français actuel :

Un système hospitalo-centrique où on voit la santé dans les murs et on a une vision très curative du soin. (P2)

Étant opposée à ces prémisses, l'expansion de la pratique communautaire peut ainsi être limitée. D'ailleurs, en France, les ergothérapeutes exerceraient majoritairement dans les institutions et la profession s'ancrerait principalement sur un système hospitalo-centrique, comme le précisait un participant :

L'ergothérapie est une pratique professionnelle extrêmement institutionnalisée, ces murs la contraignent. (P5)

Contexte interne

Deux éléments du contexte interne favoriseraient le développement de l'ergothérapie communautaire en France. La **compatibilité** entre l'ergothérapie et le milieu communautaire a d'abord été évoquée, notamment le fait que ces deux champs partagent

des valeurs communes. De plus, l'expertise médicosociale de l'ergothérapie représenterait une valeur ajoutée importante pour cette pratique, selon une des ergothérapeutes :

Nous sommes repérés comme des professionnels de la santé idéaux, dans le sens où on a cette capacité d'analyser la situation sociale et la situation médicale de la personne. (P6)

La façon de **communiquer** et la vision positive des autres professionnels sur la place de l'ergothérapie en milieu communautaire émergeaient également des entretiens.

Parmi les éléments faisant obstacle, le **climat d'implantation** serait un frein au développement de la pratique communautaire. Comme le relevait un participant :

On associe le communautaire au communautarisme et ça fait un peu peur aux gens, le communautarisme ça fait peur. (P2)

La **disponibilité des ressources**, en particulier le nombre limité de lieux de stage et les lacunes de la formation en ergothérapie, était aussi un obstacle. D'une part, dans les enseignements, la pratique communautaire n'était souvent évoquée que brièvement par le biais de la promotion de la santé, comme le regrettait une ergothérapeute :

Il serait intéressant que [l'ergothérapie communautaire] soit beaucoup plus enseignée en Institut universitaire de formation en ergothérapie (IUFE), parce que, pour le moment, il n'y a pas de place pour la santé communautaire. (P4)

D'autre part, les enseignements posaient aussi un défi :

[...] parce que c'est une formation qui est essentiellement sur les pathologies et sur les déficiences, [après l'apparition des problèmes]. (P6)

Le **réseau et les communications** ont eux aussi été cités comme des obstacles au développement de l'ergothérapie communautaire. Une des limites serait :

Le nombre d'ergothérapeutes en France [qui] n'est pas si important pour avoir une [pratique] sur les territoires. (P4)

Contexte externe

Les politiques de santé ont été majoritairement citées comme facilitant le développement de l'ergothérapie communautaire. D'après une des ergothérapeutes :

Ce qui favorise, c'est que les stratégies de santé vont dans ce sens. (P6)

Les financements deviendraient ainsi plus conséquents pour les actions de promotion de santé et pourraient conduire à des emplois stables et permanents. Une autre ergothérapeute précisait :

[Selon] les recommandations de l'OMS, il faut mettre l'accent sur la promotion de la santé, sur la santé communautaire. (P7)

Les stratégies promues par des organismes reconnus tels que l'OMS concorderaient ainsi avec le développement de la pratique communautaire. L'ampleur des besoins des patients a aussi été évoquée. Comme l'affirmait une ergothérapeute :

Il y a d'énormes besoins. (P1)

Certaines politiques externes et incitatives étaient aussi identifiées comme des freins au développement de l'ergothérapie communautaire. Les difficultés de financement étaient rapportées :

Il n'y a pas d'argent, de programme directement fait pour financer l'ergothérapie communautaire. (P7)

Même si les politiques de santé actuelle tendent à s'inscrire dans des démarches et des initiatives communautaires :

Le laissé-pour-compte, pour l'instant, a été la promotion de la santé. On a tout mis dans le curatif et on a peu financé les actions en promotion de la santé. (P6)

Le manque de moyens rend alors complexe le développement de la pratique. En France, les séances d'ergothérapie ne sont pas prises en charge par la sécurité sociale, ce qui influence aussi le développement de la pratique communautaire. Vu l'intérêt et l'importance de s'affranchir des institutions et d'exercer sur les lieux de vie des usagers, cette pratique se rapprocherait de l'exercice libéral ; or :

On n'est pas remboursé par la sécurité sociale et, forcément, ça restreint énormément les actes que [les ergothérapeutes peuvent] fournir. (P6)

Un autre frein souligné était :

Que le point de vue d'un patient, d'un habitant, soit moins crédible que celui d'un soignant. (P6)

Cette vision s'opposerait au pouvoir d'agir : si les besoins des usagers ne sont pas écoutés et pris en compte, la pratique ne pourra pas se développer.

Individus impliqués dans le développement

Puisqu'ils auraient des **connaissances en pratique communautaire et que leurs croyances (valeurs et conceptions holistiques de la santé) s'accordent avec ce type de pratique**, les ergothérapeutes ont été identifiés comme des acteurs essentiels à son développement. Les ergothérapeutes étaient considérés comme les plus à même de promouvoir cette pratique et, ainsi, de participer à son développement, car :

Plus ils se feront connaître, plus ils feront des écrits et plus ils pourront [former] des stagiaires. (P6)

De plus, leurs **habiletés** à exercer en équipe multidisciplinaire seraient un atout pour les ergothérapeutes, considérant qu'il s'agit d'une pratique engageant de nombreux collaborateurs. Comme l'expliquait une ergothérapeute :

En travaillant avec des assistantes sociales, la combinaison ergothérapie et travailleurs sociaux, une équipe mixte avec un versant social et un versant soins, c'est quelque chose qui pourrait favoriser le développement de ce type de pratique. (P2)

Les **connaissances** et les **croyances** de certains ergothérapeutes à l'égard de cette pratique pourraient toutefois aussi constituer un obstacle. En effet :

Il y a beaucoup d'ergothérapeutes qui n'ont absolument pas conscience des enjeux de justice occupationnelle. (P4)

Au-delà de ces méconnaissances, quelques ergothérapeutes seraient résistants, comme l'affirme une des participantes :

[Plusieurs] ergo vont dire que ce n'est pas de l'ergothérapie, c'est du social, c'est fait pour les [éducateurs]. (P7)

Ces divergences d'opinions dans la pratique freinent son développement, même si elles sont parfois dues à des connaissances et des croyances erronées à propos de l'intervention, comme l'illustre l'extrait suivant :

En général, les ergothérapeutes pensent qu'ils doivent absolument agir sous prescription médicale, ce n'est pas vrai. Une des grandes ressources qu'ont les ergothérapeutes français c'est [que], lorsque ce n'est pas du traitement ou du soin, vous n'avez pas besoin de prescription médicale. (P6)

La prescription médicale assurerait une légitimité pour les ergothérapeutes dans le domaine médical ; or il est possible de s'en affranchir dans un exercice social, ce qui n'est pas toujours connu et compris des ergothérapeutes eux-mêmes.

Processus d'implantation

Si l'ensemble des obstacles précédemment cités contraindraient le développement de l'ergothérapie communautaire, deux d'entre eux qui sont en partie liés, ont principalement été évoqués. Certains témoignages montraient que l'**engagement** des ergothérapeutes dans ce domaine n'était pas optimal, car peu de professionnels étaient impliqués. Par ailleurs, les **agents externes**, tels que les institutions politiques, n'offraient pas les moyens financiers nécessaires pour permettre une implantation d'une pratique communautaire en France. Tout cela à la fois serait cause, mais aussi conséquence de la présence limitée de recherche française dans ce domaine :

C'est toujours difficile de se lancer dans quelque chose [comme l'implantation de l'ergothérapie communautaire], si on ne s'appuie pas sur des [résultats] probants. (P2)

En effet, selon les ergothérapeutes participants, l'implantation de l'ergothérapie communautaire en France en serait à ses balbutiements. Tous s'accordaient à dire qu'il s'agissait d'un champ d'intervention nouveau et en pleine expansion. Plusieurs solutions ont été avancées pour favoriser le développement de cette pratique, dont deux principales. La première était l'intérêt des ergothérapeutes à s'engager dans des projets de

recherche-action. Puisque peu d'études françaises ont été réalisées dans ce domaine, il s'agirait d'un des meilleurs moyens pour étendre et guider l'implantation de cette pratique en France. Tous les participants ont d'ailleurs cité une recherche-action réalisée à Paris auprès de demandeurs d'asile. La nécessité d'aides à la planification a aussi été soulevée, comme de recenser les lieux, les ergothérapeutes et les autres professionnels pratiquant en milieu communautaire en France, pour créer un réseau, des liens et de l'entraide entre professionnels. Enfin, puisqu'il s'agit d'une pratique émergente, peu d'actions uniformisées ont été mises en place sur le terrain, comme le déclaraient les ergothérapeutes participants, parfois démunis face à la situation.

DISCUSSION

La présente étude visait à identifier les éléments facilitant ou limitant le développement de l'ergothérapie communautaire en France. Selon les propos des participants, l'ergothérapie communautaire pourrait être définie comme une pratique particulière fondée sur la science de l'occupation, se réalisant en dehors des institutions et s'intéressant aux individus de communautés souhaitant prendre part à leur propre santé. L'aspect participatif, l'expertise des usagers et ses liens avec la promotion de la santé en font la spécificité. Dans cette étude, les ergothérapeutes participants ont mis en avant un nombre légèrement supérieur de facteurs favorisant le développement de l'ergothérapie communautaire, par rapport aux facteurs en sa défaveur. Néanmoins, les obstacles identifiés sont des éléments importants, considérablement implantés dans les mentalités et dans le système de santé français, et expliquant le faible développement de cette pratique. Pour les surmonter, un investissement conséquent des ergothérapeutes serait ainsi primordial.

Parmi les obstacles les plus fréquemment cités figure la complexité du terme communauté. Cette complexité est associée aux diverses connotations qu'il reçoit des nombreux domaines où il est utilisé (Jacquier, 2011). En conséquence, le mot « communauté » n'est pas compris par tous de la même façon, ce qui limite la compréhension de l'ergothérapie communautaire et apparaît comme un frein à son développement. Ensuite, sa position particulière entre le social et le médical ne confère pas un avantage pour son financement. Au contraire, cela implique des multi-financements pour obtenir suffisamment de ressources et permettre la mise en place d'un projet, par exemple. La politique de financement à l'acte complique aussi la mise en œuvre de l'ergothérapie communautaire. La tarification à l'activité est le mode de financement majoritairement utilisé par les établissements de santé français (publics et privés). Or, la prévention et les actes de longue durée ne sont pas des activités valorisées par ce mode de financement (Pommiers, 2018). Par ailleurs, la formation en ergothérapie a souvent été identifiée comme un frein au développement, car l'enseignement est effectué selon le spectre des situations de handicap et de la déficience. L'absence de sensibilisation à l'ergothérapie communautaire et à la promotion de la santé a aussi été repérée comme un obstacle. En outre, il est nécessaire que la formation des ergothérapeutes évolue pour espérer un développement futur de la pratique sur le territoire.

Les ergothérapeutes de la présente étude rapportent qu'un des facilitateurs est l'emploi de la science de l'occupation. Ce constat reflète bien le développement des connaissances en science de l'occupation et son influence sur la pratique ergothérapeutique mondiale. En effet, puisqu'elle constitue aujourd'hui le fondement scientifique de la profession et de la formation en ergothérapie (Meyer, 2018 ; Delaisse *et al.*, 2022), la science de l'occupation contribue au développement de nouvelles interventions (p. ex. : Remodeler sa vie) (Clark *et al.*, 2021) et de nouveaux cadres de référence (p. ex. : Vivez bien votre vie) (Moll *et al.*, 2015) cohérent avec une pratique sociale de l'ergothérapie. De plus, puisqu'ils sont applicables auprès de diverses clientèles, y compris des personnes n'ayant pas de dysfonctionnements occupationnels ou de défis de santé évidents, ces interventions et ces cadres de référence invitent à étendre le champ de pratique des ergothérapeutes et à agir en amont des incapacités. Avec une meilleure compréhension de la nature relationnelle de l'occupation (Egan et Restall, 2022) et des liens qu'elle entretient avec la santé (Delaisse *et al.*, 2022), la science de l'occupation permet aux ergothérapeutes d'envisager l'ensemble des occupations humaines et de prendre en compte des concepts émergents tels que la justice et les droits occupationnels sur lesquels s'appuie l'ergothérapie communautaire (Clavreul, 2020).

Selon la présente étude, les politiques de santé joueraient un rôle clé dans le développement de l'ergothérapie communautaire. D'après les ergothérapeutes interrogés, les politiques de santé adoptent de plus en plus des stratégies communautaires. À l'échelle locale en France, une émergence de centres de santé communautaires est constatée, mais aussi d'habitats participatifs (p. ex. : maison des Babayagas implantée depuis 2011 à Paris) ou de maisons intergénérationnelles (p. ex. : maisons de Marianne) favorisant la participation et l'entraide citoyenne. À plus grande échelle, l'Agence régionale de la santé représente aussi un organisme ressource pour l'initiative et le financement de divers projets communautaires de santé, lesquels pourraient conduire à des emplois stables et permanents dans le domaine de la promotion de la santé. Par ailleurs, en concordance avec les stratégies promues par des organismes reconnus tels que l'OMS, le développement de la pratique communautaire en France reconnaît que la plupart des maladies pourraient être évitées (OMS, 2010) et qu'il est nécessaire d'agir sur les facteurs de risque, tels que les déterminants sociaux et de l'environnement physique qui expliqueraient 80 % des inégalités dans le pays (Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2013). En proposant des actions collectives répondant aux besoins des communautés et agissant sur les déterminants de la santé afin d'éliminer les obstacles individuels et structurels à la participation occupationnelle, la promotion de la santé peut ainsi accroître le pouvoir d'agir des individus et leur participation aux décisions les concernant. L'action communautaire fait d'ailleurs partie intégrante des axes d'intervention de la promotion de la santé décrits par la Charte d'Ottawa (Organisation mondiale de la santé, Santé et bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique, 1986). Ce document appuie ainsi la légitimité des interventions ergothérapeutiques de promotion de la santé auprès de communautés et invite à repenser les indicateurs de performance du système de santé afin qu'ils soient davantage axés sur la santé et la participation sociale plutôt qu'uniquement sur le nombre de personnes présentant des problèmes de santé pris en charge (Turcotte *et al.*, 2020).

Enfin, les résultats de la présente étude convergent avec la littérature française quant à la notion de nouveauté de la pratique communautaire de l'ergothérapie. Cette caractéristique contraste cependant avec les écrits internationaux indiquant que les ergothérapeutes ont voulu s'affranchir des institutions et qu'une tradition de pratique communautaire existe depuis le début du 20^e siècle (Lysack *et al.*, 1995). Ces résultats réaffirment ainsi le fait que la pratique communautaire ne se pense et ne s'actualise pas de la même façon en France que chez les Anglo-Saxons (Clavreul, 2020), mais qu'un virage tend à s'opérer vers une conceptualisation scientifique similaire.

Forces et limites de l'étude

L'application rigoureuse de la méthodologie qualitative de type recherche clinique, et ce, tout au long de la présente étude, constitue un avantage en termes d'exploration en profondeur et de validité interne. Puisque peu d'études sur l'ergothérapie communautaire ont été réalisées jusqu'ici en France, le présent travail contribue à ouvrir de nouvelles perspectives de recherche dans un domaine encore peu étudié. Par ailleurs, de nombreuses réponses similaires ont été obtenues lors des entretiens, ce qui augmente la transférabilité des résultats. Parmi les limites, notons que la petite taille de l'échantillon permet une transférabilité des résultats aux contextes et aux participants similaires, plutôt qu'une généralisation, et que l'atteinte d'une saturation théorique des données n'a pu être confirmée. Les contraintes de temps (durée de la maîtrise professionnelle) et le petit nombre de professionnels exerçant en ergothérapie communautaire ont ainsi restreint les possibilités de cette recherche. Pour ces mêmes raisons et à cause de la crise sanitaire mondiale (COVID-19), il n'a pas été possible d'interviewer des usagers ayant participé à des actions de santé communautaire, d'observer le fonctionnement d'un centre de santé communautaire ni de réaliser un second entretien pour approfondir ou valider la synthèse des propos des participants. Enfin, puisque la communication non verbale n'était pas accessible lors des entretiens téléphoniques, la dynamique des échanges pourrait avoir été perturbée.

CONCLUSION

Cette étude visait à faire l'état des lieux de l'ergothérapie communautaire en France en identifiant les éléments facilitant ou limitant le développement de cette pratique. L'étude a montré que le développement de l'ergothérapie communautaire est favorisé par sa nouveauté, sa grande flexibilité et son adaptabilité, ainsi que par l'orientation des politiques de santé vers des principes communautaires. Sont aussi apparus comme éléments favorisant la forte compatibilité des valeurs entre l'ergothérapie et la santé communautaire, ainsi que les connaissances, compétences et engagements des ergothérapeutes dans cette pratique. Pour les éléments faisant obstacle, ce sont : la complexité de la pratique et la façon de la définir, le nombre limité de stages et d'enseignements de cette pratique, les difficultés de financement ne permettant pas un avenir stable, le clivage au sein de la profession quant à la pratique d'une ergothérapie plus sociale et le petit nombre d'ergothérapeutes engagés dans ce domaine.

Ainsi, pour développer l'ergothérapie communautaire en France comme à l'international, il importe de promouvoir cette pratique et d'informer les professionnels de son existence. L'engagement des ergothérapeutes reste indispensable pour implanter cette pratique. En France, la formation en ergothérapie doit ainsi être élargie et dépasser le spectre de la déficience et des incapacités, notamment en intégrant davantage les notions d'ergothérapie communautaire et de promotion de la santé, en développant les compétences cliniques liées à ces notions et en offrant des possibilités d'application de cette pratique sur le territoire (p. ex. : stages). Aussi, l'ouverture des offres de formations initiales et continues, telles que l'offre de maîtrises en science de la santé ou en promotion de la santé, pourrait contribuer au déploiement de cette pratique sur le territoire français. En 2021, l'université Paris-Est-Créteil a d'ailleurs ouvert, pour la première année en France, un Master santé parcours recherche, gestion de projets et pratiques professionnelles en ergothérapie.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Agence de la santé publique du Canada. (2015). *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé : Aperçu des mesures canadiennes de 2015*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/science-recherche-et-donnees/declaration-politique-rio-determinants-sociaux-sante-aperçu-mesures-canadiennes-2015.html>
- Association des facultés de médecine du Canada. (2017). *AFMC Notions de santé des populations : Un cybermanuel sur les concepts de santé publique à l'usage des cliniciens*. <https://phprimer.afmc.ca/fr/partie-i/chapitre-2/>
- Balazard, H. (2013). Community organizing. Dans I. Casillo, R. Barbier, L. Blondiaux, F. Chateauraynaud, J.-M. Fourniau, R. Lefebvre, C. Neveu et D. Salles (Dir.), *Dictionnaire critique et interdisciplinaire de la participation*. <http://www.dicopart.fr/fr/dico/community-organizing>
- Banks, S., et Head, B. (2004). Établir un partenariat entre l'ergothérapie et le développement communautaire. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 71(1).
- Barros, D. D., Ghirardi, M., Lopes, R., et Galheigo, S. (2011). Brazilian experiences in social occupational therapy. Dans F. Kronenberg, N. Pollard et D. Sakellariou (Dir.), *Occupational therapies without borders. Vol. 2: Towards an ecology of occupation-based practices* (pp. 209-216). Churchill Livingstone.
- Bickerdike, L., Booth, A., Wilson, P. M., Farley, K., et Wright, K. (2017). Social prescribing: Less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open*, 7(4). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013384>
- Breton, É. (2016). La Charte d'Ottawa : 30 ans sans plan d'action ? *Santé Publique*, 28, 721-727. <https://doi.org/10.3917/spub.166.0721>
- Carrier, A., et Raymond, M.-H. (2017). L'ergothérapie communautaire au Canada : une pratique diversifiée en pleine évolution. *Actualités ergothérapeutiques*, 19(4). <https://www.caot.ca/document/5739/Lergotherapie%20communautaire%20au%20Canada.pdf>
- Clark, F., Blanchard, J., Sleight, A., Cogan, A., Floríndez, L., Gleason, S., Heymann, R., Hill, V., Holden, A., Murphy, M., Proffitt, R., Schepens Niemiec, S., et Vigen, C. (2021). *Remodeler sa vie® | Version canadienne-française du manuel Lifestyle Redesign® : The Intervention Tested in the USC Well Elderly Studies* (Trad. M. Levasseur, M.-H. Lévesque, M. Beaudry, F.-H. Therrien, N. Larivière, J. Filiatrault, M. Parisien, V. Provencher, M. Cauchon, H. Corriveau, N. Champoux, G. Mercier, H. Carbonneau et Y. Couturier). CAOT Publications ACE.
- Clavreul, H. (2020). De l'approche communautaire et citoyenne aux interventions d'intérêt collectif en ergothérapie. *Ergothérapies*, 79, 7-10.

- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., et Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1), art. 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- De Saint Pol, T. (2009). Les inégalités sociales face à la santé en France. *Regards croisés sur l'économie*, 5(1), 65-70. <https://doi.org/10.3917/rce.005.0065>
- Delaisse, A.-C., Bodin, J.-F., Charret, L., Hernandez, H., et Morel-Bracq, M.-C. (2022). *L'ergothérapie en France. Une perspective historique*. De Boeck Supérieur.
- Delest, C. (2019). *Création des centres de santé communautaire en France : freins et leviers* (Thèse de doctorat, Université Claude Bernard – Lyon 1). Institut Renaudot. <http://www.institut-renaudot.fr/download/these.pdf>
- Demoustier, S., et Priou, J. (2013). Les lois de 2002 et la participation des usagers dix ans après. *Contraste*, 37(1), 73-92. <https://doi.org/10.3917/cont.037.0073>
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2018). *Effectifs d'ergothérapeutes par mode d'exercice global, zone d'activité, sexe et tranche d'âge*. <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId = 3699>
- Donnelly, C., Leclair, L., Hand, C., Wener, P., et Letts, L. (2020). *The role of occupational therapy in primary care: A scoping review*. Congrès de l'Association canadienne des ergothérapeutes.
- Egan, M., et Restall, G. (2022). Modèle canadien de la participation occupationnelle. Dans M. Egan et G. Restall (Dir.), *L'ergothérapie axée sur les relations collaboratives pour promouvoir la participation occupationnelle* (pp. 81-106). Association canadienne des ergothérapeutes.
- Fédération mondiale d'ergothérapie. (2020). *Client-centredness in occupational therapy*. <https://www.wfot.org/resources/client-centredness-in-occupational-therapy>
- Formarier, M. (2006). La démarche et la recherche clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 84, 3. <https://doi.org/10.3917/rsi.084.0003>
- Freeman, A., McKinstry, C. E., et Ledgerd, R. (2022). Le contexte de l'ergothérapie à l'échelle internationale. Dans M. Egan et G. Restall (Dir.), *L'ergothérapie axée sur les relations collaboratives pour promouvoir la participation occupationnelle* (pp. 63-77). Association canadienne des ergothérapeutes.
- Galheigo, S. M. (2020). Social occupational therapy in Brazil: A historical synthesis of the constitution of a field of knowledge and practice. Dans R. E. Lopes et A. P. S. Malfitano (Dir.), *Social occupational therapy: Theoretical and practical designs* (pp. 11-21). Elsevier.
- Godbout, E., Filiatrault, J., et Plante, M. (2012). La participation des aînés à des activités de bénévolat : Une revue systématique. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79(1), 23-32. <https://doi.org/10.2182/cjot.2012.79.1.4>
- Hammell, K. (2020). *Engagement in living: Critical perspectives on occupation, rights, and wellbeing*. Canadian Association of Occupational Therapists.
- Jacquier, C. (2011). Qu'est-ce qu'une communauté ? En quoi cette notion peut-elle être utile aujourd'hui ? *Vie sociale*, 2(2), 33-48. <https://doi.org/10.3917/vsoc.112.0033>
- Jourdan, D., O'Neill, M., Dupéré, S., et Stirling, J. (2012). Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? *Santé Publique*, 24(2), 165-178. <https://doi.org/10.3917/spub.122.0165>
- Kielhofner, G. (2004). Chap. 7: the Canadian model of occupational performance. Dans G. Kielhofner (Dir.), *Conceptual foundations of occupational therapy* (3^e éd., pp. 94-109). F. A. Davis Company.
- Krief, N., et Zardet, V. (2013). Analyse de données qualitatives et recherche-intervention. *Recherches en Sciences de Gestion*, 95(2), 211-237. <https://doi.org/10.3917/resg.095.0211>
- Kronenberg, F., Fransen, H., et Pollard, N. (2005). The WFOT position paper on community-based rehabilitation: A call upon the profession to engage with people affected by occupational apartheid. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 51(1), 5-13. <https://doi.org/10.1179/otb.2005.51.1.002>
- Laliberte Rudman, D., Aldrich, R. M., et Kiepek, N. (2022). Évolution des connaissances sur l'occupation. Dans M. Egan et G. Restall (Dir.), *L'ergothérapie axée sur les relations collaboratives pour promouvoir la participation occupationnelle* (pp. 13-34). Association canadienne des ergothérapeutes.

- Lamoureux, H., Lavoie, J., Mayer, R., et Panet-Raymond, J. (2008). *La pratique de l'action communautaire* (2^e éd.). Presses de l'Université du Québec.
- Langlois, G., et Prévost, M. (2009). *Action communautaire en santé : un observatoire international des pratiques*. <https://www.maisonmedicale.org/Action-communautaire-en-sante-un-2119.html>
- Letts, L., Donnelly, C., Hand, C., Leclair, L., et Wener, P. (2022). Promouvoir la participation occupationnelle auprès des communautés. Dans M. Egan et G. Restall (Dir.), *L'ergothérapie axée sur les relations collaboratives pour promouvoir la participation occupationnelle* (pp. 217-238). Association canadienne des ergothérapeutes.
- Lewis, K. E., Lehman, M. J., et Cockburn, L. (2021). Looking back to move forward: Canadian occupational therapy in public health, 1914-2019. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 88(1), 48-58.
- Lysack, C., Stadnyk, R., Paterson, M., McLeod, K., et Krefling, L. (1995). professional expertise of occupational therapists in community practice: Results of an Ontario survey. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 62(3), 138-147. <https://doi.org/10.1177/000841749506200305>
- Malfitano, A. P. S., Lopes, R. E., Magalhães, L., et Townsend, E. A. (2014). Social occupational therapy: Conversations about a Brazilian experience. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(5), 298-307.
- Mechali, D. (2018). Christophe Adam, Vincent Faucherre, Pierre Micheletti, Gérard Pascal (dir.), La santé des population vulnérables. *Revue Projet*, 362(1), 90-91. <https://doi.org/10.3917/pro.362.0090>
- Meyer, S. (2018). Vue de quelques clés pour comprendre la science de l'occupation et son intérêt pour l'ergothérapie. *Revue francophone de recherche en ergothérapie*, 4(2), 13-28. <https://doi.org/10.13096/rfre.v4n2.116>
- Miles, M., et Huberman, M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2^e éd.). De Boeck.
- Miller, W. L., et Crabtree, B. F. (2003). Clinical research. Dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (Dir.), *Strategies of qualitative inquiry* (2^e éd., pp. 397-434). Sage Publications Inc.
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé, République française. (2013). *Stratégie nationale de santé, feuille de route*. https://solidariteessante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-Feuille_de_route.pdf
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017). *Stratégie nationale de santé 2018-2022*. https://solidariteessante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf
- Moll, S. E., Gewurtz, R. E., Krupa, T. M., Law, M. C., Larivière, N., et Levasseur, M. (2015). "Do-Live-Well" : A Canadian framework for promoting occupation, health, and well-being: « Vivez-Bien-Votre Vie » : un cadre de référence canadien pour promouvoir l'occupation, la santé et le bien-être. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 82(1), 9-23. <https://doi.org/10.1177/0008417414545981>
- Monin, M. (2019). *L'approche communautaire en ergothérapie. Projet d'action sur des déterminants sociaux impactant l'occupation de certains publics*. ANFE éditions.
- Morel-Bracq, M. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie. Introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur.
- National Health Service. (2019). *The NHS long-term plan*. <https://www.longtermplan.nhs.uk/publication/nhs-long-term-plan/>
- Office of Disease Prevention and Health Promotion. (s. d.). *Priority areas*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://health.gov/healthypeople/priority-areas>
- Organisation mondiale de la santé. (1946). *Constitution de l'organisation mondiale de la santé*. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>
- Organisation mondiale de la santé. (2002). *Vieillir en restant actif. Cadre d'orientation*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67758/1/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf
- Organisation mondiale de la santé. (2010). *La sédentarité, une cause majeure de maladies et d'incapacités*. <https://apps.who.int/mediacentre/news/releases/release23/fr/>
- Organisation mondiale de la santé, Santé et bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. http://coreps.npdc.fnes.fr/presentation/pdf/charte_ottawa.pdf

- Orr, M. (2007). Community organizing and the changing ecology of civic engagement. Dans M. Orr (Dir.), *Transforming the city: Community organizing and the challenge of political change* (pp. 1-27). University Press of Kansas.
- Paillé, P., et Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.
- Piché, L., Arsenault, S., Leblanc, M., Croteau, N., et Levasseur, M. (2019). Pré-implantation de l'Accompagnement-citoyen personnalisé d'intégration communautaire (APIC) : adaptabilité, collaboration et financement, les déterminants d'une implantation réussie. *Revue canadienne du vieillissement*, 38(3), 315-327.
- Planète publique. (2011). *Fiche 5 : La santé communautaire (Études sur les différents modes de participation)*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etude_Planete_publique_05_Sante_communautaire.pdf
- Pommiers, E. (2018). *Qu'est-ce que la T2A, qui cristallise les tensions à l'hôpital ?* https://www.lemonde.fr/sante/article/2018/02/13/qu-est-ce-que-la-t2aqui-cristallise-les-tensions-a-l-hopital_5256264_1651302.html
- Poriel, G. (2014). *L'ergothérapie comme levier de la participation sociale des personnes en situations de handicap*. <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2014/shps/poriel.pdf>
- Preston, J., Galloway, M., Wilson, R., McNamee, L., Deans, Y., et McGhee, G. (2018). Occupational therapists and paramedics form a mutually beneficial alliance to reduce the pressure on hospitals: A practice analysis. *British Journal of Occupational Therapy*, 81(6), 358-362. <https://doi.org/10.1177/0308022618757412>
- Programmes recherche en sciences de la santé – Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke. (s. d.). *Mener un projet de recherche pour répondre à des questions liées aux aspects préventifs, évaluatifs ou curatifs du domaine de la santé*. <https://www.usherbrooke.ca/medecine/programmes-detudes/programmes-recherche-en-sciences-de-la-sante>
- Ramugondo, E. L., et Kronenberg, F. (2013). Explaining collective occupations from a human relations perspective: Bridging the individual-collective dichotomy. *Journal of Occupational Science*, 22(1), 3-16. <https://doi.org/10.1080/14427591.2013.781920>
- Raphael, D. (2016). Social determinants of health: Key issues and themes. Dans D. Raphael (Dir.), *Social determinants of health: Canadian perspectives* (3^e éd., pp. 3-31). Canadian Scholars.
- Restall, G., et Egan, M. (2022). L'ergothérapie axée sur les relations collaboratives. Dans M. Egan et G. Restall (Dir.), *L'ergothérapie axée sur les relations collaboratives pour promouvoir la participation occupationnelle* (pp. 107-129). Association canadienne des ergothérapeutes.
- Ridde, V. (2007). Réduire les inégalités sociales de santé : santé publique, santé communautaire ou promotion de la santé ? *Promotion et Éducation*, 14(2), 111-114. <https://doi.org/10.1177/10253823070140020601>
- Royal College of Occupational Therapists et Royal College of Psychiatrists. (2021). *Social prescribing: Position statement*. https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/position-statements/position-statement-ps01-21---social-prescribing---2021.pdf?sfvrsn=2b240ce4_2
- Scaffa, M. E. (2001). Community-based practice: Occupation in context. Dans M. E. Scaffa (Dir.), *Occupational therapy in community-based settings* (pp. 3-18). Davis Company.
- Scaffa, M., et Reitz, M. (2013). Chapter 2: Community and population health concepts. Dans M. Scaffa (Dir.), *Occupational therapy in community-based practice settings* (3^e éd., pp. 22-35). F. A. Davis Co.
- Thibeault, R., et Hébert, M. (1997). A congruent model for health promotion in occupational therapy. *Occupational Therapy International*, 4(4), 271-293. <https://doi.org/10.1002/oti.60>
- Townsend, E., et Wilcock, A. (2004). Occupational justice and client-centred practice: A dialogue in progress. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(2), 75-87.
- Trentham, B., Laliberte Rudman, D., Smith, H., et Phenix, A. (2022). Le contexte historique et sociopolitique de l'ergothérapie au Canada. Dans M. Egan et G. Restall (Dir.), *L'ergothérapie axée sur les relations collaboratives pour promouvoir la participation occupationnelle* (pp. 35-62). Association canadienne des ergothérapeutes.
- Trickey, F. (1993). Regard sur la pratique en milieu communautaire et sur l'approche particulière en santé communautaire. *Revue québécoise d'ergothérapie*, 2, 86-90.

- Turcotte, P.-L., Carrier, A., Desrosiers, J., et Levasseur, M. (2015). Are health promotion and prevention interventions integrated into occupational therapy practice with older adults having disabilities? Insights from six community health settings in Québec, Canada. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(1), 56-67. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12174>
- Turcotte, P.-L., Carrier, A., et Levasseur, M. (2020). Levers for change and unexpected outcomes of a participatory research partnership: Toward fostering older adults' social participation to promote health equity. *American Journal of Community Psychology*, 66(3-4), 417-426. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12444>
- World Health Organization – Regional Office for Europe. (2019a). *Driving forward health equity – The role of accountability, policy coherence, social participation, and empowerment*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/324901>
- World Health Organization – Regional Office for Europe. (2019b). *Participation as a driver of health equity*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/324909>