
LA COLLABORATION ARCHITECTE/ERGOTHERAPEUTE DANS LA MISE EN ACCESSIBILITÉ UNIVERSELLE DES ÉTABLISSEMENTS RECEVANT DU PUBLIC

Mémoire d'initiation à la recherche en vue de l'obtention du Diplôme d'État d'Ergothérapie



Présenté par : Myriam MELLOUL

Sous la direction de : Annabel ROY

Université Paris-Est Créteil Val de Marne

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Évaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 65 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- Un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- Un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiant(e) est aidé(e) dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

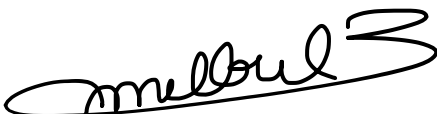
Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je soussignée MELLOUL Myriam étudiante en 3^{ème} année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informée des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ou de plagiat avéré.

A Créteil, le 29/05/2022

Signature :

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'melloul' followed by a stylized flourish.

NOTE AUX LECTEURS

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

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnée tout au long de cette année et grâce auxquelles la réalisation de ce mémoire a été possible. Je tiens à remercier tout particulièrement les personnes citées ci-après :

Je voudrais tout d'abord remercier mon maître de mémoire, Annabel ROY, qui a su être présente, prendre le temps de m'accompagner et me donner des conseils judicieux tout au long de ma réflexion et de la rédaction de mon mémoire.

Je souhaite exprimer également ma gratitude à l'équipe pédagogique de l'IFE de Créteil pour leur enseignement et encadrement durant ces 3 années de formation et particulièrement durant cette dernière année.

Je souhaite remercier les ergothérapeutes et les architectes qui m'ont accordé de leur temps pour réaliser les entretiens de mon enquête.

Je tiens également à remercier mes camarades et amies, Marylou et Sixtine, qui ont su m'encourager, se rendre disponibles pour répondre à mes questionnements et m'aiguiller dans mes recherches.

J'adresse de même mes sincères remerciements à Adrien mon compagnon et à Maeva, qui ont su être à mes côtés ainsi qu'à l'écoute et qui ont fait preuve de bienveillance et de soutien dans mes moments de doute.

Pour finir, je tiens à adresser toute ma reconnaissance à mes parents pour leur patience, leur aide et leur soutien qui m'ont permis de mener à bien ces 3 années d'études et cet écrit.

« *Le handicap ne peut pas être un handicap* »
Stephen Hawking

Sommaire

<i>Table des sigles et des abréviations</i>	6
<i>Introduction</i>	7
<i>Cadre conceptuel</i>	8
I. La personne en situation de handicap.....	8
II. Les établissements recevant du public	16
III. L’ergothérapeute	21
<i>Cadre expérimental :</i>	50
I. Méthodologie de l’enquête	50
II. Présentation et analyse des résultats de l’enquête	55
III. Discussion	73
IV. Limites et Intérêts	76
<i>Conclusion</i>	77
<i>Bibliographie</i>	78
<i>Table des annexes</i>	87
<i>Table des matières</i>	97

Table des sigles et des abréviations

AFEG : Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé

CIH : Classification International des Handicaps

CLIC : Centres Locaux d'Informations et de Coordination

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ESAT : Établissement et Service d'Aide par le Travail

ERP : établissement recevant du public

IFE : Institut de Formation en Ergothérapie

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MES : mise en situation

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

Introduction

Depuis la loi du 11/02/2005, l'accessibilité est un enjeu majeur pour tous. À travers l'enquête menée par l'APF et l'IFOP, on peut mettre en évidence que tout le monde peut se trouver confronté à une situation de handicap et de ce fait que toute la population est concernée par l'accessibilité. Ainsi, sur 12000 répondants, dont 51 % de personnes en situation de handicap, 26 % de proches et 23 % de personnes non concernées par le handicap, il y a 72 % des personnes se déplaçant avec une poussette qui déclarent rencontrer des difficultés d'accessibilité, ou encore 55 % des personnes en situation de handicap qui éprouvent des difficultés à accéder à des bars et/ou des restaurants (APF France Handicap, 2020).

Ce constat met en évidence le retard de la France dans ce domaine (Sanchez, 2005) et cela malgré 3 lois en matière d'accessibilité depuis 1975. En effet, sur les 2 millions d'établissements recevant du public (ERP), il y a encore 750 à 900 mille établissements qui ne sont pas considérés comme accessibles. Dont 90% d'entre eux représentant des établissements de proximité tels que des coiffeurs, des boucheries, des pharmacies ... (Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées, 2021). Ce retard s'appliquant aussi bien pour les anciens ERP que pour les établissements neufs puisque nous pouvons constater qu'un quart des écoles construites après la loi de 2005 ne sont pas considérées comme accessibles (Schléret & Chapuis, 2014). Or, cette inaccessibilité des lieux peut entraîner des répercussions sur la participation sociale des usagers et, de ce fait, entraîner une limitation d'activité voire une marginalisation des personnes concernées (Folcher & Lompré, 2012).

Par ailleurs, dans le cadre de mes stages liés à ma formation, j'ai pu me rendre compte des enjeux et de l'importance de l'accessibilité. Ainsi, durant mon stage de début de deuxième année, j'ai pu accompagner une femme de 77 ans, se trouvant freinée dans sa recherche d'indépendance et d'autonomie par son environnement. En effet, cette dernière se déplaçait en fauteuil roulant manuel et devait demander de l'aide pour manœuvrer dans sa chambre qui était trop étroite, pour ouvrir la porte des toilettes qui était trop lourde et trop grande pour elle, ou encore pour s'orienter dans l'établissement à cause de la signalétique limitée.

Ce stage m'a donc poussée à me questionner sur les moyens de pallier ce manque d'accessibilité.

Ainsi, selon la littérature, pour répondre à ce besoin de mise en accessibilité il est nécessaire de faire appel à un architecte qui est le spécialiste des règles d'accessibilité et cela depuis 2007 (Ordre des architectes, 2019). L'architecte va prendre en compte la réglementation qui découle de la loi du 11 février 2005, et mettre en place les normes d'accessibilité lors de ses projets. (Ordre des architectes, 2019). Cependant, seules les normes ne permettent pas de mettre en place une accessibilité universelle efficiente. En effet, il est essentiel de prendre aussi en compte les « besoins et usages » des usagers des ERP (Lemoine, 2018). L'intervention et la collaboration d'un autre professionnel, tel que l'ergothérapeute, pouvant amener des compétences complémentaires, est donc primordiale. L'ergothérapeute étant un professionnel de santé qui a pour objectif de préserver l'indépendance et l'autonomie de toute personne rencontrant une limitation d'activité et/ou une restriction de participation sociale (Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute, 2010). Ce professionnel est spécialiste des usages et du confort d'usage (Bruas, 2016) possédant des connaissances sur les différents types de handicaps, ainsi que des compétences en adaptation de l'environnement (ANFE, 2011).

De ce fait ces apports contextuels et scientifiques, ainsi que mes propres expériences, m'ont amenée à me questionner sur comment, en tant qu'ergothérapeute, on pouvait pallier cette perte d'autonomie et d'indépendance et permettre à un environnement d'être le plus adapté et accessible possible ?

En réalisant des recherches scientifiques préliminaires et en échangeant avec des ergothérapeutes j'ai pu dégager la problématique suivante : **de quelles manières l'ergothérapeute en collaborant avec un architecte, peut-il favoriser l'accessibilité universelle en faveur des personnes en situation de handicap au sein d'ERP ?**

Pour répondre à cette question de recherche, j'aborderai dans un premier temps la partie conceptuelle à travers la littérature scientifique afin d'apporter des apports théoriques sur différents thèmes comme l'accessibilité, les établissements recevant du public (ERP) ou encore sur le rôle de l'architecte et de l'ergothérapeute dans la mise en accessibilité universelle.

Dans un second temps je vous présenterai, dans le cadre de ma partie expérimentale, la méthodologie de l'enquête menée afin de répondre à l'hypothèse qui aura été présentée en amont. J'aborderai par la suite la présentation et l'analyse transversale des résultats de l'enquête menée. Je terminerai et conclurai par la discussion, l'évaluation de l'enquête et la conclusion.

Cadre conceptuel

I. La personne en situation de handicap

a. Du handicap à la situation de handicap

i. Étymologie du terme « handicap »

Le mot « handicap » trouve son origine avec le terme « hand in cap », représentant un jeu de hasard pratiqué en Grande-Bretagne au XVIème siècle. Ainsi, chaque participant devait mettre un objet dans un chapeau et à tour de rôle ils devaient récupérer à l'aveugle un des objets, de valeurs différentes, permettant ainsi d'égaliser les chances. Par la suite, ce terme fut utilisé dans les courses de chevaux où était imposé aux plus forts un désavantage afin de mettre tous les participants sur un pied d'égalité. C'est ainsi que le mot handicap fut initié dans notre langage, représentant alors un « désavantage », une « gêne » imposés à une personne ayant de meilleures performances que ses concurrents. Afin, encore une fois, d'égaliser les chances (Crété, 2007).

ii. Apparition du terme « handicapé »

Ce terme évolua et permit l'apparition du mot « handicapé » pour la première fois dans la loi du 23 novembre 1957. Ce nouveau terme utilisé dans la législation française faisait référence aux « travailleurs handicapés » dont l'objectif était de les favoriser dans leur milieu professionnel (Assante, 2007). En parallèle, ce nouveau terme permit de mettre fin à l'utilisation de termes stigmatisants comme « débile », « infirme » ou encore « estropié » (Boudaoud, 2008).

En 1980, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) publia la Classification Internationale des Handicaps (CIH) permettant d'adopter un langage commun et de mieux comprendre le domaine du handicap. La CIH permet de présenter les différents niveaux menant au handicap et donc de définir et différencier les termes de maladie, déficience, d'incapacité et de désavantage :

- La maladie étant définie comme un événement dit anormal et altérant l'état de santé de l'individu.
- La déficience étant définie comme une atteinte de l'intégrité physique, sociale ou mentale de l'individu et comme étant la résultante de l'extériorisation de la maladie.

- L'incapacité étant définie comme la limitation dans les activités de vie quotidienne de l'individu, conséquence de la déficience.
- Et le désavantage/ handicap étant défini, quant à lui, comme la résultante de l'incapacité et représentant la limitation partielle ou totale des rôles sociaux de l'individu dans sa vie quotidienne. (OMS, 1980)

iii. Évolution de la vision du handicap

Cependant, cette première classification ne prit pas en compte les facteurs environnementaux du handicap liés à l'individu et considéra que celui-ci est « handicapé » car atteint d'une maladie ou d'un trouble (Winance, 2008). Cette vision linéaire du handicap nécessita la publication, en 2001, d'une nouvelle classification prenant en compte les facteurs sociaux, personnels et environnementaux. Cette nouvelle classification : « la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé » (CIF) (cf. annexe I) permet de classer les composantes du fonctionnement humain telles que le corps, les activités, la participation et l'environnement. (Barral, 2007). De plus, la CIF se rend universelle en étant applicable pour n'importe quel individu et en se rendant accessible pour tous les professionnels. Cette classification se dote donc d'un langage commun permettant d'uniformiser la description et la compréhension des différents états de santé et, par conséquent, d'améliorer les échanges et les collaborations entre les divers professionnels de santé ou non, les personnes en situation de handicap, etc... (OMS, 2001). On peut aussi mettre en évidence que la CIF s'est construite à partir d'une approche biopsychosiale, reposant malgré leur opposition, sur le modèle médical et le modèle social. En effet, le modèle médical a une vision linéaire du handicap et définit le handicap comme étant la résultante d'une maladie, d'un trouble ou d'un accident. Alors que le modèle social perçoit le handicap comme la résultante d'une situation désavantageuse créée par l'environnement social de la personne (Morel, 2017). De ce fait, la CIF définit le handicap comme étant un lien étroit entre la personne, ses activités et son environnement. La situation de handicap étant engendrée par l'interaction des déficiences, des restrictions de participation et des facteurs contextuels comprenant l'environnement social et physique (Barral, 2007).

b. Situation de handicap et environnement

i. Prise en compte de l'environnement

Avec la création de la CIF, l'environnement prend donc une place importante dans la description et la compréhension du handicap. L'environnement y est classé en deux dimensions : la dimension individuelle correspondant aux lieux directement en interaction avec la personne tels que le domicile, le lieu de travail ou encore l'école. Et la dimension sociétale qui comprend « [...] *les organismes et les services liés au cadre de travail, les activités communautaires, les organismes gouvernementaux, les services de communication et de transport, les réseaux sociaux informels, ainsi que les lois et réglementations, qu'elles soient officielles ou non, les attitudes et les idéologies.* » (OMS, 2001, p.17). La CIF définit l'environnement comme étant l'ensemble des facteurs physiques, sociaux et comportementaux dans lesquels un individu évolue au cours de sa vie. Ces facteurs n'étant pas intrinsèques à la personne, mais pouvant cependant être considérés comme étant facilitateurs ou obstacles pour la personne, selon la situation. Ainsi, un environnement peut être favorable à un individu permettant à celui-ci de conserver, voire améliorer sa performance et sa participation sociale. Alors que ce même environnement pourrait représenter un frein à la performance et à la participation sociale d'une autre personne (OMS, 2001). On peut ainsi mettre en évidence que l'environnement joue un rôle majeur dans l'apparition de la situation de handicap.

ii. Évolution de la vision du handicap

Cette nouvelle vision du handicap est reprise et approfondie par la loi du 11 février 2005 pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » (Chabrol et al., 2009). En effet, cette loi définit le handicap comme étant « [...] *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* » (LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1), 2005).

iii. Handicap et situation de handicap

Le domaine du handicap se voit donc encore une fois évoluer et se transformer, incluant désormais, grâce aux travaux de Minaire & al. (1991), le terme de « personne en situation de handicap » (Assante, 2007). Par ailleurs, les termes de « handicap » et de « situation de handicap » ne doivent pas être considérés comme des synonymes. Le « handicap » représente la présence de déficiences ou d'incapacités alors que la « situation de handicap » concerne l'environnement inadapté de la personne qui peut ne présenter aucune altération de son état de santé (Express-O, 2019). Ainsi, une personne handicapée peut ne présenter aucune situation de handicap dans un environnement donné, alors qu'une personne ne présentant aucune altération pourra se trouver en situation de handicap dans ce même environnement donné (Letourmy, 2003). L'environnement se doit donc de minimiser la présence d'obstacles que ce soit pour la population en général ou pour les personnes handicapées qui présentent déjà des incapacités que l'environnement pourrait augmenter. (EIVP, 2018) L'accessibilité de l'environnement est donc un enjeu majeur pour tous et particulièrement pour les personnes handicapées. (Dejoux, 2015)

c. L'accessibilité de tout et pour tous

i. Définition de l'accessibilité

L'accessibilité étant définie comme permettant : « [...] *l'autonomie et la participation des personnes ayant un handicap, en réduisant, voire supprimant, les discordances entre les capacités, les besoins et les souhaits d'une part, et les différentes composantes physiques, organisationnelles et culturelles de leur environnement d'autre part. [...] La société, en s'inscrivant dans cette démarche d'accessibilité, fait progresser également la qualité de vie de tous ses membres.* » (DIPH, 2006, p.19). On retrouve ainsi une vision d'accessibilité pour tous, soutenue par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Cette loi avec cette nouvelle vision du handicap, de l'environnement et de l'accessibilité marque les prémices de l'accessibilité universelle permettant l'accès « à tout et pour tous » (Secrétariat d'état chargé des personnes handicapées, 2017). L'accessibilité universelle permet de pouvoir se déplacer dans l'environnement, de pouvoir accéder aux structures et d'utiliser les différents services mis à disposition. Mais aussi d'être dans la capacité de comprendre les informations et d'échanger avec les autres (Article R.111-19-2 Code de la construction et de l'habitation, 2005). L'accessibilité, à travers ses

normes et son confort d'usage, permet donc de conserver l'autonomie et l'indépendance des personnes handicapées mais aussi de toute personne pouvant se trouver freinée par l'environnement ou ses dispositifs. (DIPH, 2006).

ii. Accessibilité universelle, pour quelle population ?

De ce fait, l'accessibilité concerne tout le monde que ce soit les adultes, les enfants ou les personnes âgées qui représenteront en 2040 environ 25% de la population française (Insee, 2020). Mais aussi les personnes handicapées, leur(s) aidant(s) ou les personnes à mobilité réduite telles que les personnes se déplaçant avec une poussette ou une valise (AGATE, s. d.). Effectivement, d'après une enquête menée par l'IFOP sur un échantillon de 11905 personnes, 57% des répondants, tous confondus, déclarent rencontrer régulièrement des difficultés d'accessibilité et 86% déclarent en avoir déjà rencontré et/ou en rencontrer de temps en temps. On peut mettre en évidence qu'un tiers de la population rencontrant des problèmes d'accessibilité sont des personnes ne présentant aucun handicap et que 72% d'entre elles se retrouvent en situation de handicap lors de leurs déplacements avec une poussette (Ifop, 2020). L'accessibilité totale est donc un enjeu majeur pour toute la population et particulièrement pour les personnes vulnérables. (Les difficultés d'accès à l'environnement , 2015).

iii. Les différents handicaps

Actuellement, en France, 9,6 millions de personnes présentent un handicap (Insee, 2011). Il existe différents types de handicaps, classés en 4 grandes familles :



Le handicap visuel : Il touche environ 1,7 million de personnes en France dont 1,5 million de malvoyants. Il comprend les troubles visuels (myopie, astigmatisme...) et les pathologies visuelles (glaucome, DMLA...) pouvant, pour certaines, entraîner la cécité sévère ou absolue. Le handicap visuel consiste donc en une baisse de l'acuité visuelle ou à un rétrécissement du champs visuel (EIVP, 2018). Ce type de handicap peut engendrer des situations de gêne telles qu'une difficulté, voire une impossibilité, à déchiffrer la signalisation et/ou à s'orienter. (Direction Départementale des Territoires de l'Aube, 2020)



Le handicap auditif : Il concerne environ 5,18 millions de français dont 450 mille sourds profonds et 4,6 millions de malentendants. Il comprend donc, lui aussi, différents degrés allant de léger à sévère (EIVP, 2018). Le handicap auditif correspond donc à une baisse de l'audition pouvant concerner une ou les deux oreilles (Onisep, 2021). Ce type de handicap peut engendrer des situations de gêne telles qu'une difficulté, voire une impossibilité, à communiquer avec les autres ou encore à accéder à certaines informations sonores (Direction Départementale des Territoires de l'Aube, 2020).



Le handicap mental (psychique, mental et cognitif) : il touche environ 700 000 individus en France. Il comprend différentes formes de handicap comme le handicap psychique (névrose, psychose...), le handicap mental (autisme, trisomie...) et le handicap cognitif (trouble de l'attention, de la mémoire...). Il est important de différencier ces trois types de handicaps. En effet, le handicap cognitif est la résultante d'un déficit mental, le handicap psychique c'est la maladie mentale qui en est la cause et le handicap mental est la résultante d'une déficience intellectuelle (Cerema, 2013). Ce type de handicap peut engendrer des situations de gêne telles qu'une difficulté, voire une impossibilité, à comprendre la signalisation ou encore à mémoriser certaines informations (Direction Départementale des Territoires de l'Aube, 2020).



Le handicap moteur : Il touche, quant à lui, environ 2,3 millions de personnes dont 400 000 individus en fauteuil roulant. Il comprend les personnes ayant des difficultés à se mouvoir, à communiquer ou encore à s'alimenter comme les amputés, les paralysés, les personnes vieillissantes (arthrose...) etc... (EIVP, 2018). Ce type de handicap peut engendrer des situations de gêne telles qu'une difficulté, voire une impossibilité, à franchir des obstacles, à mastiquer, à parler ou encore à manipuler des objets (Delcey.M, 2002).

iv. Les aidants

De plus, comme précisé précédemment, les aidants font aussi partie des populations concernées par l'accessibilité de l'environnement.

L'aide humaine apportée par un professionnel ou un proche est un élément important et essentiel pour la personne handicapée (Scolan et al., 2011). On peut ainsi mettre en évidence que de nombreuses personnes porteuses de handicap nécessitent une aide humaine. Cet aidant

se voit souvent être un aidant familial. D'après l'enquête « handicap-incapacité-dépendance » (HID) menée sur des personnes handicapées vivant à domicile en France, environ 760 000 individus nécessiteraient l'intervention d'une aide humaine. Et 62% de ces aides humaines seraient des aidants familiaux (Scolan et al., 2011). On dénombre ainsi 8,3 millions d'aidants familiaux apportant une aide régulière à leur proche handicapé et/ou dépendant.

Cependant, on peut mettre en évidence que ces aidants peuvent rencontrer de nombreuses difficultés lors de la prise en soin de l'aidé, ce qui ne permet pas un accompagnement et une aide optimale (Danel et al., 2012).

L'environnement peut correspondre à une de ces difficultés et donc avoir un rôle important. Pour l'aidé, il doit être accessible et adapté pour lui permettre d'accéder au maximum à sa participation sociale. Pour l'aidant, il doit être favorable et optimal afin qu'il ne représente pas un obstacle. Ainsi, l'environnement doit offrir un accompagnement sécurisé et confortable aussi bien pour l'un que pour l'autre.

v. Accessibilité universelle, pour quelle structure ?

L'accessibilité doit donc être universelle pour tous mais aussi pour « tout ». En effet, cadre bâti, espaces publics, établissements recevant du public, transports et par conséquent la totalité de la chaîne de déplacements se doit d'être accessible à tout. Pour cela, la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, a laissé un délai de dix ans afin que la chaîne de déplacements puisse être continue et sans obstacle grâce à des travaux et/ou aménagements. (Article 45 - LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1) - Légifrance, s. d.).

Néanmoins, malgré les 10 ans accordés aux établissements recevant du public afin d'assurer la mise en accessibilité de l'intérieur et de l'extérieur de leur infrastructure en prenant en compte : « [...] *les cheminements extérieurs, le stationnement des véhicules, les conditions d'accès et d'accueil dans les bâtiments, les circulations intérieures horizontales et verticales à l'intérieur des bâtiments, les locaux intérieurs et les sanitaires ouverts au publics, les portes et les sas intérieurs et les sorties, les revêtements des sols et des parois, ainsi que les équipements et mobiliers intérieurs et extérieurs susceptibles d'y être installés, notamment les dispositifs d'éclairage et d'information des usagers* [...] ». » (Article R.111-19-2 Code de la construction et de l'habitation, 2005), on peut mettre en évidence que de nombreux ERP ne sont toujours pas considérés comme accessibles. En effet, sur les 2 millions d'ERP en France, il y a entre 750 et 900 mille établissements qui n'ont pas entamé de démarches pouvant les rendre accessibles. De

plus, environ 90% de ces ERP sont des établissements de proximité tels que des bouchers, des pharmacies ou des coiffeurs (Secrétariat d'état chargé des personnes handicapées, 2021). Ainsi, le fait que ces établissements ne soient pas accessibles ou ne soient pas dans une démarche de mise en accessibilité peut créer une situation de handicap chez certains individus. Cela peut entraîner des répercussions sur leur participation sociale et, de ce fait, entraîner une limitation d'activité voire une marginalisation (Folcher & Lompré, 2012).

II. Les établissements recevant du public

a. Les ERP

i. Définition

Les établissements recevant du public représentent tous les bâtiments accueillant diverses personnes sans lien étroit avec la structure. Ainsi, tous les commerces, les lieux de culte, de culture, de loisirs, les structures médico-sociales, les établissements de soins, de scolarité ou encore les services publics sont considérés comme des ERP. À contrario, les domiciles et les entreprises accueillant uniquement du personnel ne sont pas considérés comme des ERP puisqu'ils sont d'origine privée (Ministère de la Transition écologique, 2021).

Les ERP sont classés en différentes catégories, dépendant du nombre de personnes pouvant être accueillies au sein de leurs locaux, sauf pour la catégorie 5 qui accueille un nombre de personnes inférieur à l'effectif « *fixé par le règlement de sécurité pour chaque type d'exploitation* » (Direction de l'information légale et administrative, Ministère chargé de l'intérieur, 2019) :

- **Catégorie 4** : Jusqu'à 300 personnes
- **Catégorie 3** : De 300 à 700 personnes
- **Catégorie 2** : De 700 à 1500 personnes
- **Catégorie 1** : Plus de 1500 personnes

Les établissements recevant du public sont aussi classés en différents types, mettant en avant la nature de leur exploitation. En effet, comme précisé précédemment nous pouvons retrouver au sein des ERP différents bâtiments tels que des structures d'accueil pour personnes âgées, des salles de spectacle ou encore des centres commerciaux. (cf. annexe II) (Direction de l'information légale et administrative, Ministère chargé de l'intérieur, 2019)

ii. La loi

Ainsi, comme précisé en amont, depuis la loi du 11 février 2005, les ERP sont soumis à certaines normes et contraintes afin de permettre leur accessibilité à tout et pour tous. De ce fait, aucune disparité et inégalité ne doivent se faire ressentir au sein de ces bâtiments que ce soit au niveau des parkings, des accès extérieurs ou intérieurs, des locaux ou encore des équipements mis à disposition (Article R164-1 Code de la construction et de l'habitation, 2005).

Par ailleurs, en plus de l'accessibilité des lieux, les dispositifs mis en place par l'établissement et les prestations doivent, eux aussi, être accessibles à tous et particulièrement aux personnes handicapées (Direction de l'information légale et administrative, 2019).

La loi a laissé 10 ans aux ERP existants afin d'appliquer ces règles d'accessibilité. Cependant, face aux nombreux ERP n'ayant pu se mettre aux normes au bout du temps accordé, les agendas d'accessibilité programmée (Ad'AP) ont été mis en place. Le dispositif Ad'AP consistant en ce que les gérants des établissements s'engagent à créer une programmation de travaux à réaliser. Cependant, ce dispositif s'est arrêté en fin mars 2019. Les ERP doivent désormais passer par une demande de travaux sous peine de sanction. Certaines dérogations pouvant être accordées dans des cas précis ou exceptions.

Les ERP neufs n'ont pas le même protocole. En effet, du fait de leur construction postérieure à la promulgation de la loi, ils doivent nécessairement mettre en place, dès leur construction, les règles d'accessibilité en vigueur (Ministère de la Transition écologique, 2020).

iii. L'acteur clé de l'accessibilité des ERP

Ainsi afin de permettre la mise en place de ces règles d'accessibilité au sein des ERP, des professionnels du bâtiment qualifiés dans le domaine sont nécessaires. L'acteur clé de la construction et de la mise aux normes étant l'architecte. Ce professionnel est spécialisé, en autres, dans les règles d'accessibilité et cela depuis 2007 (Ordre des architectes, 2019). Il prend en compte la réglementation qui découle de la loi du 11 février 2005, et met en place les normes d'accessibilité, lors de ses projets de construction ou rénovation, afin de permettre l'accessibilité des bâtiments à tous (Ordre des architectes, 2019).

b. Le rôle des architectes dans l'accessibilité

i. Le métier d'architecte

Fin 2019, on dénombrait en France environ 29 034 architectes (Ordre des Architectes, 2021). Ces derniers ont pour rôle de construire, rénover ou encore (ré)aménager divers bâtiments et/ou établissements, en supervisant entièrement le projet du début jusqu'à la fin (Onisep, s. d.) Ils créent et mettent en œuvre des projets architecturaux tout en prenant en compte certaines normes, règles et contraintes qu'elles soient liées au budget ou aux demandes du maître d'ouvrage/client, etc... Selon l'ordre des architectes du Québec, les architectes ont donc des compétences permettant d'« [...] exercer une activité d'analyse, de conception ou de conseil appliquée à la construction, à l'agrandissement ou à la modification d'un bâtiment en

ce qui a trait à son implantation, à son enveloppe, à son aménagement intérieur ainsi qu'aux matériaux et aux méthodes, afin que le bâtiment soit durable, fonctionnel et harmonieux. [...]. » (Ordre des architectes du Québec, 2017, p.21).

ii. L'architecte un professionnel de l'accessibilité

Comme évoqué précédemment, l'architecte en plus d'être un professionnel du cadre bâti, est aussi un professionnel de la mise aux normes d'accessibilité d'établissement (Deliot-Lefèvre, 2006). Ainsi, si une demande de construction ou de rénovation est faite par des personnes morales pour un ERP, celles-ci seront dans l'obligation de faire appel à un architecte (Direction de l'information légale et administrative, 2020).

Ces professionnels voient leur rôle s'étendre de la réalisation du projet architectural, aux démarches de faisabilité, à la recherche de professionnels du bâtiment, jusqu'à l'aboutissement de la construction ou de la rénovation. Et cela, sans oublier la mise en conformité du lieu (Ordre des architectes, 2015).

En effet, les architectes ne doivent pas omettre lors de leur projet de construction ou de rénovation d'un ERP les nombreuses règles et normes d'accessibilité mises en vigueur depuis la loi du 11 février 2005. Ainsi, grâce à leurs compétences dans le domaine, reconnu par la loi, ils sont dans l'obligation d'appliquer les différentes conditions amenant à une accessibilité universelle (Raynaud, 2001).

iii. Limite de l'architecte dans l'accessibilité

Néanmoins, on peut constater que seules les règles d'accessibilité et les normes qui en découlent ne suffisent pas à créer une accessibilité totale. À cette notion d'accessibilité, il manque souvent la notion d'usage (Lemoine, 2018). Or, il est primordial que tous les usagers des établissements recevant du public puissent accéder et utiliser les prestations, dispositifs ou encore services mis à leur disposition. (Dejeammes & Fiole, 2006)

Effectivement, malgré leurs compétences dans le domaine de l'accessibilité, les architectes n'ont pas les connaissances nécessaires sur la notion d'usage des personnes handicapées, des personnes à mobilité réduite ou encore des personnes âgées, etc... On met ainsi en évidence la limite de l'architecte dans la mise en accessibilité universelle des ERP (Ordre des architectes, 2012).

c. Accessibilité et usage

i. La notion d'usage

« [...] il convient de rappeler d'une part que si l'accessibilité est primordiale, elle est vaine si l'usage des lieux et équipements est impossible [...]. » (Philippe Denormandie, 2004).

Il est donc important de rappeler qu'un des facteurs clés de l'accessibilité se trouve être l'usage. Pour rappel : « Est considéré comme accessible aux personnes handicapées tout bâtiment ou aménagement permettant, dans des conditions normales de fonctionnement, à des personnes handicapées, [...] d'utiliser les équipements, de se repérer, de communiquer et de bénéficier des prestations en vue desquelles cet établissement ou cette installation a été conçu. [...] ». Cette définition met donc en avant l'importance de l'accès à l'usage pour tous et de tout ce qui peut être mis à disposition ou proposé par l'ERP (Article R.111-19-2 Code de la construction et de l'habitation, 2005).

L'usage correspond au choix de l'individu d'utiliser ou non ce qui est mis à disposition (CNRTL, 2012b). Ainsi, au sein des ERP, toutes les personnes y ayant accès sont considérées comme des usagers et doivent pouvoir présenter une qualité d'usage suffisante et sans distinction d'utilisation entre elles. L'accessibilité, dont la qualité d'usage permettant d'apporter une certaine indépendance et autonomie des personnes, et particulièrement des personnes handicapées (Direction départementale des territoires et de la mer de l'Eure, 2015).

ii. Prise en compte de l'usage et des usagers

La mise en accessibilité des établissements recevant du public se doit donc de ne pas être perçue seulement de manière juridique et normée. L'accessibilité ne correspond pas seulement à une liste de normes qu'il suffirait de mettre en place pour permettre l'accessibilité d'un ERP (Gardou & des spécialistes de 24 disciplines, 2016). Il est ainsi plus que nécessaire d'avoir une vision plus globale et de prendre en compte l'usage des lieux, de ses dispositifs/services mais aussi des usagers et de leurs besoins (Stiker, 2017). Cependant, chaque usager a des besoins différents. Il faut donc prendre en compte l'ensemble de la population avec ses aptitudes et ses habitudes de vie particulières (Encore, s. d.).

Ainsi, la prise en compte de cette notion d'usage permettrait pour les personnes handicapées d'exploiter leur participation sociale au maximum et de ne pas freiner leur autonomie et indépendance. Et pour les aidants, de permettre un accompagnement sécurisé et agréable (Folcher & Lompré, 2012).

Pour cela, le projet de mise en accessibilité d'un ERP, se doit d'être mené et encadré par divers professionnels aux compétences complémentaires (Bruas, 2016). Nous avons pu constater que la formation initiale des architectes ne leur permet pas d'avoir toutes les compétences pour tendre seule vers une accessibilité universelle. Il est nécessaire de prendre en compte l'usage et les besoins des usagers tels que les personnes handicapées ou à mobilité réduite. Par conséquent, « *l'intervention d'un ergothérapeute paraît alors essentielle, car complémentaire, puisqu'il est spécialiste de l'analyse de l'activité* » (Trouvé et al., 2016, p. 147).

III. L'ergothérapeute

a. L'ergothérapeute

i. L'ergothérapie

Pour mieux comprendre le rôle de l'ergothérapeute dans l'accessibilité, il est nécessaire de définir sa profession avec ses différentes compétences et champs d'actions.

Dans un premier temps, nous pouvons mettre en évidence que l'ergothérapie prend une place plus grande, avec le temps, dans le domaine de la santé. En effet, cette profession est de plus en plus connue et voit son nombre de professionnels augmenter, passant de 7 349 ergothérapeutes en 2009 à 14 548 ergothérapeutes en début 2021 en France (ANFE, 2011). L'ergothérapie fait partie des professions du paramédical dont la pratique est centrée sur le patient et sur ses activités (WFOT, s. d.). L'ergothérapeute est donc un professionnel de santé exerçant sous prescription médicale et pouvant prendre en charge toute personne rencontrant une ou plusieurs situations de handicap. En effet, il est habilité à s'occuper aussi bien d'enfants, d'adultes, de personnes âgées, de personnes à mobilité réduite ou de personnes handicapées. Il peut intervenir dans différents domaines d'activité tels que le sanitaire, médico-social ou social et dans différents secteurs comme la pédiatrie, gériatrie, psychiatrie, en SSR, clinique, libéral ou encore au sein d'hôpitaux, de foyers... etc.

Ainsi, de par leur vaste champ d'activité, les ergothérapeutes sont amenés à travailler avec de nombreux professionnels avec lesquels ils collaborent souvent. Selon leur secteur d'activité, ces derniers peuvent collaborer avec des médecins, kinésithérapeutes, enseignants, assureurs ou encore avec des assistantes sociales, etc... (ANFE, 2011).

ii. Rôle de l'ergothérapeute

L'ergothérapeute dans son intervention va donc essayer de préserver voire améliorer l'indépendance et l'autonomie de toute personne rencontrant des limitations dans ses activités de vie quotidienne et/ou des restrictions de participation dans son quotidien et cela via différents moyens tels que la rééducation, réadaptation et réinsertion (Ordre des ergothérapeutes du Québec, s. d.). L'autonomie correspondant à la capacité d'une personne à décider, choisir par soi-même et penser seul. Et l'indépendance correspondant au fait d'être capable de faire par soi-même (Sève-Ferrieu, 2008).

D'après l'arrêté du 5 juillet 2010 - référentiel d'activités des ergothérapeutes : « *L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, et de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes, en tenant compte de leurs habitudes de vie et de leur environnement* ».

Pour cela, l'ergothérapeute possède 10 compétences, dont celles de « *mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale en ergothérapie* », d'« *organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs* », de « *former et informer* »...etc. (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, 2010, p. 178-185). Cette dernière compétence permettant, entre autres, à l'ergothérapeute de « *transmettre ses connaissances et son savoir-faire aux [...] professionnels par des conseils, des démonstrations, des explications et de l'analyse commentée de la pratique.* » (Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute, 2010, p.186)

De plus, ce dernier utilise différents outils dans sa pratique, tels que des bilans, des activités manuelles ou encore des mises en situation (MES). Les MES lui permettant d'évaluer les capacités réelles des personnes pouvant présenter des limitations dans leurs activités de vie quotidienne et/ou des restrictions de participation sociale, en prenant en compte l'environnement écologique de ces derniers (Delavallade & Verguier, 2009). Dans un second temps, les MES permettent aux professionnels de se mettre en situation afin de visualiser et comprendre les problématiques vécues par les personnes en situation de handicap. Cela permet ainsi de répondre au mieux à leurs besoins et attentes (Schuhl et al., 2020).

iii. L'ergothérapeute un acteur de l'accessibilité

Comme précisé précédemment, l'ergothérapeute peut aussi être un acteur de l'accessibilité. Il possède en effet la capacité de « *concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement* » (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, 2010, p. 178). Plus précisément, cela lui permet, entre autres, de préconiser des adaptations et des aménagements d'environnement. De plus, à travers la compétence d'« *évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique* » (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, 2010, p. 177), il visualise les problématiques que les usagers pourraient rencontrer dans leur environnement afin d'identifier les solutions répondant à leurs attentes et besoins. Ainsi, grâce à la corrélation de ces compétences et de quelques autres, l'ergothérapeute se voit être un acteur clé de l'accessibilité,

en permettant de préserver l'indépendance et l'autonomie (Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute, 2010). Il n'est pas spécialiste des normes d'accessibilité, comme l'architecte, mais spécialiste des usages et du confort d'usage (Bruas, 2016). De plus, il possède des connaissances sur les différents types de handicap et possède des compétences en adaptation et réadaptation (ANFE, 2011).

Par conséquent, « *par sa connaissance du handicap, mais aussi des technologies, l'ergothérapeute est, pour les initiateurs de projets publics (adaptation de l'environnement urbain) ou privés (adaptation domicile), l'interlocuteur de choix.* » (Simon Lucien, 1986, avant-propos). L'ergothérapeute se trouve donc être un professionnel de choix pour penser l'accessibilité des établissements recevant du public.

b. Le confort d'usage

i. Définition

Ainsi la notion d'usage et plus précisément de confort d'usage est primordiale dans l'accessibilité universelle. Comme précisé ci-avant, l'usage correspond au fait d'utiliser quelque chose, alors que le confort d'usage correspond au fait que l'utilisateur, qu'il soit un enfant, une personne âgée, une personne porteuse d'un handicap ou encore une personne à mobilité réduite, puisse se servir des dispositifs et services mis en place de manière agréable et adaptée à ses aptitudes et capacités. En effet, tout comme pour l'usage, il est important de considérer le confort d'usage par rapport à la population en général. « *Les aménagements et services prenant en compte le confort d'usage sont : confortables et attractifs pour 100 % de la population, nécessaires pour 40 % de la population, indispensables pour 5 % de la population* » (Agence alpine des territoires, s. d., p.4). C'est pourquoi, en complémentarité des règles d'accessibilité et des normes qui en découlent, il est indispensable, pour se rapprocher un maximum d'une accessibilité universelle, que le confort d'usage ne soit pas omis. Cependant, cette prise en compte du confort d'usage ne doit pas être perçue comme une contrainte, comme sont souvent perçues les normes d'accessibilité. À contrario, celui-ci doit être perçu comme du « bon sens » (Orsoni, 2019).

ii. Apport pour les personnes handicapées

Par ailleurs, s'il est aussi important d'intégrer le confort d'usage aux projets d'aménagement et de construction c'est parce que ce dernier est source d'indépendance, d'autonomie et permet ainsi d'améliorer la participation sociale des individus et

particulièrement des personnes handicapées (Orsoni, 2019). En effet, si un établissement n'est pas accessible et présente des obstacles d'accessibilité et d'utilisation, cela crée des situations de handicap qui réduisent voire suppriment l'indépendance et l'autonomie des personnes handicapées. L'environnement dans lequel évolue les individus se doit donc de ne pas créer d'obstacles aux activités de vie quotidienne et à la participation sociale. Au contraire, il doit leur permettre d'exploiter au maximum leurs capacités (APF France, 2017).

On retrouve cette vision au sein de la convention relative aux droits des personnes handicapées (CFPH) établie par l'ONU en 2006. Cette convention, entre autres, met en avant que toute personne doit pouvoir jouir d'une participation sociale maximale et ainsi que cette dernière puisse réaliser ses activités de vie quotidienne de manière autonome et indépendante, en corrélation avec ses aptitudes et capacités. Il est donc nécessaire de mettre en place les aménagements et dispositifs appropriés permettant une utilisation des services égalitaires par tous les usagers des établissements recevant du public (OHCHR, s. d.). Néanmoins, afin de permettre une inclusion totale et un confort d'usage des personnes handicapées, les services, dispositifs ou encore équipements se doivent de ne pas engendrer de stigmates. De ce fait, ces derniers doivent, au maximum, être utilisables par tous et de manière similaire, c'est-à-dire sans adaptations (Orsoni, 2019).

iii. Acteur clé

On peut ainsi supposer que la collaboration architecte/ergothérapeute peut tendre vers cette accessibilité universelle au sein des établissements recevant du public. En effet, la complémentarité de compétences de ces deux professionnels dans le domaine de l'aménagement peut permettre une meilleure autonomie, indépendance et participation sociale des usagers et particulièrement des personnes handicapées, à mobilité réduite ou des personnes âgées (Bruas, 2016).

c. Collaboration interprofessionnelle

i. Complémentarité architecte/ergothérapeute

Par conséquent, l'architecte est spécialiste des règles d'accessibilité, il est l'acteur de choix pour intégrer les normes d'accessibilité au sein du projet architectural d'un ERP. L'ergothérapeute, quant à lui, possède de nombreuses connaissances, entre autres, sur les différentes déficiences, pathologies et leurs évolutions, sur les situations de handicap, sur

l'adaptation d'environnement et sur l'analyse d'activité. Il a une vision prenant en compte la personne, ses activités, son environnement humain et matériel et ses situations de handicap, et est capable d'apporter des solutions adaptées. Il est donc l'acteur de choix pour apporter ses connaissances et intégrer le confort d'usage nécessaire à l'accessibilité universelle au sein d'un projet architectural d'un ERP (Trouvé et al., 2016). Ainsi une collaboration entre ces deux professionnels est pertinente puisque seul l'architecte peut difficilement réaliser une mise en accessibilité efficiente d'un établissement (Régis Herbin, 2016).

ii. Une collaboration émergente vers une accessibilité universelle

De plus, si cette collaboration est bénéfique pour les usagers, elle l'est aussi pour le ou les initiateurs du projet/maître d'ouvrage. Une construction répondant aux normes, aux besoins et aux capacités des différents usagers est une construction plus durable qui nécessite moins de réaménagements ou d'adaptations et par conséquent moins de coûts sur le long terme. En effet, *« si les conditions et les besoins du plus grand nombre des personnes étaient pris en compte en amont, cela éviterait alors de transformer l'environnement après coup et coûterait moins cher à la société. C'est en s'appuyant sur des connaissances accumulées auprès des différents usagers (et non auprès d'une norme) que l'ergothérapeute est à même de pouvoir apporter des éléments de réflexion non négligeable dans les concertations et les réflexions menées en design universel »* (Trouvé et al., 2016, p. 149).

iii. Un transfert de connaissance entre professionnels

De ce fait, cette collaboration semble bénéfique sur de nombreux points. La collaboration consistant à réaliser ensemble et en interaction le projet mutuel. Elle va permettre un gain de temps et un meilleur échange entre les professionnels en justifiant d'un partage de connaissances et de compétences de manière directe et constante entre les différents acteurs. (Alexandre PIQUET, 2009)

L'ergothérapeute au sein d'un projet de mise en accessibilité d'un ERP, va donc pouvoir *« accompagner, former et conseiller les acteurs de l'aménagement urbain dans une approche collective des déficiences et des situations de handicap vécues par les usagers. »* (Bruas, 2016, p. 341). De ce fait, au sein de la collaboration avec un architecte, l'ergothérapeute a pour rôle de conseiller ce dernier quant aux aménagements et adaptations de l'environnement. Il doit aussi s'assurer que ses préconisations soient comprises et assimilées par le ou les professionnels

avec lesquels il collabore. De cette manière, il permet de pérenniser la prise en compte des besoins de tous les usagers vulnérables et de sensibiliser les professionnels au confort d'usage de ces derniers (Bruas, 2016). La sensibilisation étant définie comme un moyen de susciter l'intérêt d'une personne et de la rendre attentive à quelque chose (CNRTL, 2012).

IV. Hypothèse

Ainsi, les recherches et la littérature scientifiques utilisées dans l'élaboration du cadre conceptuel, m'ont permis de mettre en évidence une hypothèse répondant à la problématique suivante : de quelles manières l'ergothérapeute en collaborant avec un architecte, peut-il favoriser l'accessibilité universelle des personnes en situation de handicap au sein d'ERP ?

L'hypothèse dégagée étant la suivante : **les ergothérapeutes, en sensibilisant les architectes sur les situations de handicap et le confort d'usage au travers de mises en situation, favorisent l'accessibilité universelle au sein d'ERP.**

Cadre expérimental :

I. Méthodologie de l'enquête

a. Objectifs :

À travers mon cadre expérimental, je souhaite mettre en évidence, via une enquête, l'apport de l'ergothérapeute dans la collaboration avec un architecte. En effet, via cet outil je souhaite vérifier l'hypothèse selon laquelle l'ergothérapeute favorise l'accessibilité universelle des personnes en situation de handicap au sein d'ERP. Le but étant de déterminer si la collaboration, et plus précisément la sensibilisation via des MES d'un ergothérapeute auprès d'un architecte, favorise la prise en compte du confort d'usage des personnes en situation de handicap dans la mise en accessibilité d'un ERP. Pour cela, vous trouverez ci-dessous les objectifs de mon enquête qui me permettront de répondre à mon hypothèse.

Objectif 1 :

D'ici le 30/04/2022, identifier l'intérêt d'une sensibilisation auprès des architectes sur la prise en compte des situations de handicap et du confort d'usage lors de la mise en accessibilité d'ERP.

- **Critères d'évaluation** : Qualitatif / Repérer au sein du discours des architectes interviewés, des termes liés aux potentiels dysfonctionnements de leur formation initiale sur l'accessibilité, et par conséquent repérer des termes liés à l'intérêt d'action de sensibilisation sur le domaine du handicap et le confort d'usage.

Objectif 2 :

D'ici le 30/04/2022, identifier par quel(s) moyen(s) cette sensibilisation peut être réalisée.

- **Critères d'évaluation** : Qualitatif / Repérer au sein du discours des architectes et des ergothérapeutes interviewés, des termes liés aux mises en situation et à leur(s) apport(s).

Objectifs 3 :

D'ici le 30/04/2022, identifier si les compétences de l'ergothérapeute permettent une sensibilisation des architectes à la prise en compte des situations de handicap et du confort d'usage lors de la mise en accessibilité d'un ERP.

- **Critères d'évaluation :** Qualitatif / Repérer au sein du discours des ergothérapeutes des termes liés aux compétences et à l'expertise de ces professionnels en faveur des situations de handicap et du confort d'usage. Confronter leurs réponses au référentiel de compétence des ergothérapeutes.

b. Populations :

Pour mon enquête, j'ai donc réalisé 2 entretiens auprès d'architectes spécialisés dans l'accessibilité et 2 entretiens auprès d'ergothérapeutes. Cela m'a permis de recueillir, auprès des architectes, des informations sur leurs besoins de sensibilisation aux situations de handicap et à la notion de confort d'usage mais également à la manière la plus adéquate pour y parvenir. Auprès des ergothérapeutes, ces entretiens m'ont permis de recueillir des informations sur les compétences qu'ils peuvent apporter à cette collaboration. Le fait d'interroger ces deux populations permet d'avoir une vision globale de la collaboration architecte/ ergothérapeute et de mettre en évidence le rôle et la plus-value de l'ergothérapeute au sein de cette collaboration. Pour ces entretiens, j'ai pris contact avec les différents professionnels par mail en leur exposant les modalités de l'entretien, dont l'accord d'être enregistré afin de permettre leur retranscription. Je me suis procuré les contacts via différents moyens comme les contacts acquis au cours de mon parcours personnel (conférences, stages...), par les professionnels interviewés ou via les sites internet ou les réseaux professionnels d'architectes et d'ergothérapeutes. Il est important de préciser que l'échantillon choisi n'est pas représentatif mais caractéristique de la population ciblée. Vous trouverez ci-dessous les critères de conception de mon échantillon :

	Architectes
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Architecte spécialisé dans l'accessibilité • Architecte ayant déjà travaillé sur la mise en accessibilité d'un ERP • Architecte ayant déjà collaboré avec un ergothérapeute
Critères de non-inclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Architecte n'étant pas spécialisé dans l'accessibilité • Architecte n'ayant jamais travaillé sur la mise en accessibilité d'un ERP • Architecte n'ayant jamais collaboré avec un ergothérapeute
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Architecte n'ayant pas une maîtrise de la langue française lui permettant de réaliser l'entretien

Tableau 1 : Critères d'inclusion des architectes concernant l'enquête menée

	Ergothérapeutes
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Ergothérapeute travaillant ou ayant déjà travaillé dans l'expertise de la mise en accessibilité d'un ERP • Ergothérapeute ayant déjà collaboré avec un architecte
Critères de non-inclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Ergothérapeute n'ayant jamais travaillé dans le domaine de l'accessibilité • Ergothérapeute n'ayant jamais travaillé sur l'adaptation d'un ERP • Ergothérapeute n'ayant jamais collaboré avec un architecte
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Ergothérapeute n'ayant pas une maîtrise de la langue française lui permettant de réaliser l'entretien

Tableau 2 : Critères d'inclusion des ergothérapeutes concernant l'enquête menée

c. Outil :

Au regard de cette population et de mes objectifs, l'entretien semi-directif se voit être l'outil d'investigation le plus adéquat.

En effet, l'entretien est un processus de recherche qualitatif permettant à l'intervieweur de recueillir des informations dans le discours des personnes interrogées. Cet outil permet un échange privilégié entre deux personnes. L'intervieweur profite de ce moment d'écoute pour s'informer sur ses questionnements (Imbert, 2010). Il existe plusieurs types d'entretiens avec des degrés et des modalités différentes : les entretiens directs, semi-directifs et non-directifs (Sauvayre, 2021).

Pour mon enquête, j'ai choisi d'utiliser l'entretien semi-directif afin d'avoir un échange souple où l'intervieweur pose des questions ouvertes permettant de structurer la conversation et laisser la personne interrogée s'exprimer librement et développer sa réflexion (Fenneteau, 2015).

L'intervieweur se place ainsi volontairement dans une position d'écoute et d'observation tout au long de l'entretien, tout en aiguillant et recentrant au besoin l'échange au vu de ses objectifs (Imbert, 2010).

De plus, l'entretien est un outil qui se construit et se réfléchit au préalable. Un des moyens de diriger un entretien semi-directif est d'utiliser un guide d'entretien recensant les différentes thématiques à aborder, les questions qui doivent être posées, les questions de relance...etc. Ce support permet de ne pas oublier d'aborder certaines thématiques ou questions

et donc de réaliser un entretien le plus exhaustif possible (Gavard-Perret et al., 2008). Le guide d'entretien se construit à partir des thématiques présentes au sein de la problématique et de l'hypothèse. Ainsi, les thèmes abordés durant l'entretien permettront de répondre aux différents objectifs de l'enquête. Pour cela, le guide d'entretien comportera des questions principales et des questions de relance afin de recentrer l'entretien au besoin.

De ce fait, au sein de mes entretiens semi-directifs, je souhaite identifier dans le discours des 4 professionnels interrogés, la nécessité ou non de réaliser une sensibilisation auprès des architectes afin de favoriser l'accessibilité universelle au sein des établissements recevant du public. Pour cela, j'ai réalisé en amont un guide d'entretien (annexe III et IV), pour les architectes et pour les ergothérapeutes. Ce guide se compose de questions ouvertes par thématique, amenant à des réponses me permettant de relever les informations nécessaires pour répondre à mes objectifs. Par ailleurs, le guide d'entretien a pu être testé auprès de mes camarades et testé et validé par ma maîtresse de mémoire afin d'assurer sa pertinence et son efficacité.

d. Passation des entretiens

Ainsi, dès la validation de mon guide d'entretien et de la pertinence de mon enquête, j'ai débuté les recherches des contacts de mes deux populations cibles.

Pour effectuer mes entretiens j'ai sollicité 6 architectes par mail à la mi-mars 2022. J'ai pu avoir leur contact via leurs sites internet, les contacts que j'ai pu acquérir au cours de mon parcours personnel (conférences...) et aussi grâce à une référente pédagogique et l'ergothérapeute d'un de mes stages. Sur ces 6 architectes, il y en a 1 qui n'a pas répondu, 1 autre qui m'a donné une réponse trop tardive et 2 autres qui ne rentraient pas dans mes critères. J'ai donc pu réaliser et analyser 2 entretiens avec des architectes au cours du mois d'avril 2022.

Concernant les ergothérapeutes, j'ai pu en solliciter 3 par mail en mars/avril 2022. Les coordonnées de ces professionnels ont été plus difficile à obtenir du fait des critères d'inclusion peu communs pour la profession. J'ai ainsi obtenu le contact d'un ergothérapeute grâce à un de mes stages et les 2 autres m'ont été communiqués par ma maîtresse de mémoire et par une camarade de classe. Cependant, un des ergothérapeutes ne rentrait pas totalement dans mes

critères d'inclusion. J'ai donc réalisé 2 entretiens avec des ergothérapeutes au cours du mois d'avril.

Tous les professionnels interviewés m'ont donné leur accord oral pour enregistrer l'entretien afin de permettre sa retranscription et l'exploitation des résultats. Lors des entretiens, je contextualisais mon mémoire et l'intérêt de cet échange tout en faisant veillant à ne pas dévoiler mon hypothèse afin de ne pas influencer leur discours. Les entretiens ont duré entre 30 min et 1 heure, en visioconférence ou en appel téléphonique. Les 4 entretiens ont été retranscrits et deux d'entre eux sont disponibles aux annexes V et VI.

II. Présentation et analyse des résultats de l'enquête

Les résultats recueillis lors des 4 entretiens vont désormais être présentés ci-dessous. Ils sont regroupés par rapport aux thèmes présents dans les guides d'entretien et présentés approximativement dans l'ordre des échanges et par conséquent, des guides d'entretien.

Les réponses des architectes et des ergothérapeutes seront confrontées, afin d'avoir une analyse des résultats la plus holistique possible pour chacun des thèmes abordés.

Les informations données par le 1^{er} architecte interviewé sera nommé « A1 » et le 2^{ème} sera nommé « A2 ». Le même mode d'appellation sera utilisé pour les ergothérapeutes. Ainsi, le 1^{er} ergothérapeute interviewé sera donc nommé « E1 » et le 2^{ème} sera nommé « E2 ».

Par ailleurs, pour une meilleure compréhension et vision des résultats, une analyse transversale des résultats a été réalisé. De ce fait, je présenterai les résultats de l'enquête et je réaliserai leur analyse dans un même temps.

a. Présentation des architectes et ergothérapeutes interviewés

1.1. Les architectes

A1 est une femme ayant suivi des études d'architecture classique. Elle est associée dans une agence depuis 2013 et est aussi responsable de l'agence parisienne et du pôle de santé. Elle a été en libéral et a fait de la maîtrise d'ouvrage dans une agence réalisant essentiellement des projets dans le domaine de la santé pendant 5 ans. Elle a aussi créé une structure de conseil en collaboration avec un médecin. Elle a donc une expérience de plus de 20 ans dans la santé avec une spécialisation dans le médico-social. Elle est titulaire d'un master en coordination de projets.

A2 est une femme ayant suivi des études d'architecture classique. Elle pratique l'architecture depuis 6 ans et travaille actuellement dans un cabinet d'architecture depuis 4 ans, en collaboration avec une ergothérapeute et une designer d'espace. Elle est aussi professeur d'architecture dans une école d'ergothérapeute en 1^{ère} et 3^{ème} année et conférencière dans l'accessibilité dans les grandes écoles d'architecture. Elle a suivi une formation de diagnostiqueur PMR pour se spécialiser dans l'accessibilité des personnes à mobilité réduite et est donc considérée comme une architecte d'intérieur spécialisée pour le public fragile.

1.2. Les ergothérapeutes

E1 est une femme qui a suivi des études d'ergothérapie, diplômée en 2021. Elle a travaillé en EHPAD et travaille actuellement en MAS à 80% et est chargée de projet à 20% (aménagement de domicile en collaboration avec des architectes et construction de résidence autonomie). Elle a suivi une formation sur l'aménagement du domicile des personnes âgées afin de compléter les apports de la formation en ergothérapie.

E2 est un homme qui a suivi des études d'ergothérapie, diplômé en 2020. Il a travaillé pendant 3 ans en SSR gériatrique et pendant 3 ans au poste de coordinateur de centre local d'information de coordination déontologique où il a participé à la création et au développement des CLIC. Il a également travaillé pendant 7 ans dans une association dans le domaine de l'habitat, sur les problématiques d'accessibilité des immeubles, des ERP et de la voirie. Actuellement il est co-fondateur et directeur d'une structure d'adaptation de logements depuis 5 ans. Il est aussi vice-président au conseil d'administration de l'AFEG et enseignant vacataire au sein d'un IFE.

b. L'accessibilité universelle

1.1. Les normes et l'usage

L'accessibilité universelle dépend de différents facteurs qui doivent être pris en compte comme le type d'ERP, les usagers mais aussi les normes et l'usage du lieu et des services. La nuance entre ces deux dernières notions au sein de l'accessibilité universelle est évoquée par A1, A2 et E2. La figure n°1 illustre les propos de ces 3 professionnels :

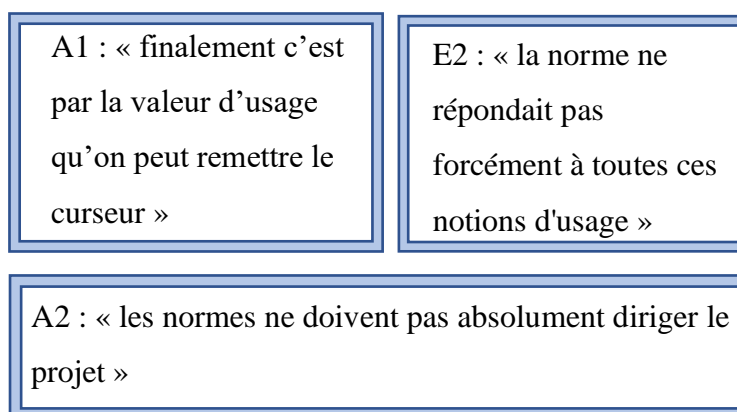


Figure 1 : Prise en compte des normes et de l'usage dans la mise en accessibilité

A1 met en avant dans son discours le fait que la mise en accessibilité ne correspond pas seulement à la mise en pratique des normes. Elle évoque en parlant de l'application de la réglementation que : « ce n'est pas non plus ce qu'on nous demande ».

A2 ajoute que même si les normes ne dirigent pas le projet, « dans un ERP, on va essayer de servir le plus grand nombre et c'est pour ça que les normes existent ». Ainsi, selon A2, elles doivent tout de même être utilisées mais de manière intelligente et adaptée afin d'« essayer de faire quelque chose qui est le plus cohérent et avec le plus de bon sens possible ». Et cela dans le but de « satisfaire un maximum de personnes ».

De ce fait, l'utilisation des normes doit être nuancée selon les professionnels et doit s'accompagner d'une notion d'usage. En effet, aux questions « qu'est-ce que ça signifie pour vous la mise en activité ? » et « Qu'est-ce que vous devez prendre en compte ? [Lors de cette mise en accessibilité] », E2 déclare que cela correspond au fait de « se référer aux normes et donc à la loi » et aussi « à la notion d'usage » puisque « la norme ne répond pas forcément à toutes ces notions d'usage ». Ainsi, pour E2 l'accessibilité universelle correspond au fait de « favoriser les usages et une accessibilité pour tous ». E1, quant à elle, n'utilise pas clairement le terme « d'usage » dans son discours mais exprime à travers son expérience et des exemples que la prise en compte des normes et de l'usage est primordiale pour une accessibilité efficiente.

A1, A2 et E1 évoquent également dans leur discours la limite de l'accessibilité universelle. Selon A1, l'accessibilité universelle doit être « une approche globale » qui prend en compte les locaux, les accès de l'établissement, les services, les parkings etc. Mais elle précise qu'« on ne peut pas considérer que sur la globalité des établissements tout est rendu accessible parce que ce n'est souvent pas possible ». En effet, pour A1 l'accessibilité universelle ne peut être atteinte à 100% « pour la globalité des handicaps ». Elle précise aussi que la réglementation a ses limites et qu'elle est « très axée accessibilité du handicap physique. Et très peu sur [...] les handicaps invisibles ». A2 aussi évoque que l'accessibilité est souvent pensée partiellement. Elle utilise même le terme d'« accessibilité qui est non réelle ».

Pour E1, la limite est « au niveau budgétaire ». En effet, selon elle, il faut faire des compromis sur certains points en matière d'accessibilité. Mais E1 précise que l'ergothérapeute peut toujours « se diriger vers une solution fonctionnelle suffisante ».

Ainsi, que ce soient les architectes ou les ergothérapeutes, ils rencontrent tous des limitations dans la mise en accessibilité et cela qu'elles soient réglementaires, budgétaires ou liées à la frontière de leurs compétences et connaissances.

1.2. Les ERP

Au niveau des établissements où les professionnels ont pu intervenir, ils sont divers, même si certains lieux restent communs entre les 2 professions.

En effet A1, E1 et E2 ont tous les 3 pu intervenir sur des ERP de types J comme des EHPAD, des ESAT ou encore des résidences autonomie. A1 et A2 ont pu intervenir sur des ERP de type U et A1 précise qu'on l'a sollicité pour d'autres types d'ERP « comme des centres de formation et d'examens. Mais également des salles de concert, des salles de théâtre, des restaurants » etc.

E2 ajoute qu'en tant qu'ergothérapeute, pour réaliser une mise en accessibilité d'un lieu, il faut avoir une « expertise à acquérir », « une expertise terrain ». Afin d'avoir une vision précise de ce qui est attendu du lieu. Et que la formation initiale ne permet pas d'apporter cette expertise, puisque pour devenir expert d'un lieu « il faut y avoir travaillé ». E2 précise aussi que pour les structures autres que celles accueillant des personnes handicapées ou âgées, il n'est pas « certain » qu'il y ait une « plus-value » pour l'ergothérapeute. Après réflexion, il évoque tout de même le fait que l'ergothérapeute peut avoir « un regard sur les handicaps invisibles » même s'il précise qu'il y a beaucoup de communication autour des normes et de l'accessibilité au sein de ces établissements et donc qu'il « y a rarement des choses à redire [...] enfin dans les établissements qui sont modernes ». E2 parle ici des établissements construits après la loi du 11 février 2005.

Ainsi, selon A1 et A2, les architectes peuvent intervenir sur les différents ERP, contrairement aux ergothérapeutes qui sont, selon E2, limités par le type de l'établissement et donc par leur expertise.

1.3. Les personnes en situation de handicap

Concernant les personnes en situation de handicap, tous les professionnels se mettent d'accord pour exprimer qu'elles sont diverses et variées. Dans le tableau n°3, seront recensées les populations cibles selon A1, A2 et E2 :

<p>Le handicap moteur/ Les personnes à mobilité réduites</p>	<p>A1 : « C'est vrai que pour nous le focus se fait surtout sur le handicap physique, donc les personnes à mobilité réduite » A2 : « Dans la formation classique c'est stéréotypé sur fauteuil roulant » E2 : « On pense surtout au handicap moteur. Donc le fauteuil roulant, voire les personnes à mobilité réduite »</p>
<p>Les personnes âgées</p>	<p>A2 : « On pense aussi aux personnes qui sont âgées dans les ERP, c'est important. On a une population vieillissante qui est exponentielle »</p>
<p>Le handicap invisible (cognitif, sensitif...)</p>	<p>E2 : « Mais on évoque peu souvent [...] les handicaps invisibles. Qui sont quand même la majorité des handicaps » A2 : « Et ce qui est important c'est aussi d'imaginer ce qui peut se passer si la personne est malvoyante, sourde, ou... » A1 : « Les handicaps invisibles [...] sont très peu traités, voire très peu pris en charge »</p>
<p>Les aidants</p>	<p>E2 : « Parce qu'on parle des résidents mais il y a aussi les professionnels qui travaillent » A2 : « Comment soulager aussi toutes les aides humaines, tous les tiers aidants »</p>

Tableau 3 : Populations cibles de l'accessibilité universelle

E2 ajoute qu'il réalise des sensibilisations afin de « sortir un peu de la problématique du fauteuil roulant ».

En effet, A1 et A2 l'évoquent dans leur discours et mettent en évidence que les architectes ont été formés principalement sur le handicap moteur et que les handicaps invisibles sont, selon A1, « très peu traités voire très peu pris en charge ». A2, évoque deux fois dans son discours que les personnes en fauteuil roulant « représentent 2 à 3% » et qu'ils ne sont donc pas majoritaires. Ainsi, dans la mise en accessibilité A1 et A2, déclarent que sans formation

complémentaire ou sans expérience, les architectes ne connaissent pas très bien le handicap invisible et qu'ils sont même « complètement largués » selon A2.

De ce fait, pour E2 un de ses rôles consiste à sensibiliser ces professionnels aux différents types de handicap et particulièrement aux handicaps invisibles « comme les handicaps liés aux troubles sensoriels » afin de réaliser une accessibilité pour tous.

c. La collaboration architecte/ergothérapeute

1.1. Modalités et apports de la collaboration

Concernant la thématique de la collaboration architecte/ergothérapeute, tous les professionnels l'abordent sans être questionnés dessus explicitement.

Au niveau du point de vue des architectes, vous trouverez dans le tableau ci-après, les termes utilisés pour définir la collaboration architecte/ergothérapeute :

	Intérêts de la collaboration
A1	« On pouvait trouver des solutions combinées et conjointes »
A2	« Il y a un échange de connaissances » « On est complémentaires » « Chacune a ses compétences et apporte sa brique à l'édifice »

Tableau 4 : Intérêts de la collaboration architecte/ergothérapeute

A1 a collaboré avec un ergothérapeute, pour la première fois lors de son master, où elle a pu découvrir ce professionnel et ce qu'il pouvait apporter. Lors de cette collaboration l'ergothérapeute a pu lui apporter une nouvelle vision de l'accessibilité. Ainsi selon A1, sa vision du projet par rapport à l'utilisateur « a été nécessairement approfondie par notre [leur] échange et par le fait de le voir [l'ergothérapeute] intervenir sur certains points, certains sujets ». Pour A1 : « la collaboration architecte/ ergothérapeute [lui] semble tout à fait intéressante et pertinente ».

Dans son discours A2 semble être du même avis que A1. A2 collabore avec un ergothérapeute via son agence d'architecture. Elle l'a rencontré lors d'un projet mutuel où elle s'est rendue compte que l'apport d'un ergothérapeute dans ses projets pouvait être un plus, « parce qu'en fait la vision est multiple et surtout complémentaire ». Ainsi, elle fait désormais

appel à ce professionnel de santé lorsqu'elle estime qu'un projet nécessite l'intervention d'un ergothérapeute. Et cela même si elle possède une spécialisation en termes d'accessibilité puisqu'elle dira « heureusement d'ailleurs que je suis entourée encore aujourd'hui ». En effet, elle précise que certains domaines ne répondent pas de son expertise et qu'elle est architecte et pas ergothérapeute ou autre et cela même avec sa formation complémentaire.

Ainsi les architectes évoquent une complémentarité dans la collaboration. A1 met même en évidence dans son discours que pour atteindre une accessibilité universelle cette collaboration est nécessaire : « il n'y a pas un professionnel qui est capable de répondre seul à l'accessibilité universelle ».

Dans le discours des ergothérapeutes, on relève des termes traitant plus des modalités de la collaboration.

E1 nous dit qu'elle travaille avec des architectes dans le cadre de ses 20% en tant que chargée de projet. Lors de leur collaboration, elle précise qu'elle « travaille sur plans avec les architectes. Ils m'envoient leurs plans, je leur fais des retours, des argumentations... on a les réunions ». Elle aborde donc l'organisation qu'elle a avec les architectes en nous précisant qu'ils « travaillent beaucoup par mail » et qu'ils se rencontrent environ 1 fois par mois. Elle évoque aussi le fait qu'elle collabore avec les architectes tout le long du projet. Tout comme A2 qui collabore avec l'ergothérapeute du début jusqu'à la fin « afin de pouvoir l'ajuster [le projet] et avoir déjà une vision exhaustive ».

E2 a collaboré avec des architectes « sur notamment des problématiques de réhabilitation d'EHPAD ». Il nous dit que lors de la collaboration, l'ergothérapeute apporte des connaissances, « une relecture plus axée sur l'usage, sur l'expérience » afin que les architectes puissent modifier et prendre en compte ces éléments sur leur plan. Il met aussi en avant dans son discours que ce sont les architectes « qui ont fait appel à moi [lui], mais parce qu'ils avaient une contrainte [...] dans le cahier des charges ». Il met ainsi en évidence que ce sont les architectes qui font appel aux ergothérapeutes et que cela ne relève pas forcément d'une initiative personnelle.

1.2. Limites

Les professionnels ont ainsi pu mettre en évidence les avantages de cette collaboration dans leur discours mais ils évoquent aussi les limites et les contraintes de cette dernière. Vous trouverez les propos de A1, A2 et E2 sur ce sujet dans le tableau n°5 ci-après :

Manque de temps	A1 : « Manque de temps » E2 : « C'est vraiment amener de la théorie et du savoir et assez rapidement »
Manque d'échanges et/ou de rencontre	A1 : « On n'a pas toujours la possibilité de se rencontrer et de croiser les réflexions au moment où finalement la conception se fait dans les établissements », « Aujourd'hui, on intervient tous en solo »
Méconnaissance de l'autre	A2 : « Il y a une méconnaissance des deux métiers l'un avec l'autre et surtout du côté vertueux de ce partenariat » E2 : « Au départ, il y a quand même une méconnaissance de notre profession de la part des architectes et de ce qu'on peut apporter »

Tableau 5 : Limites de la collaboration architecte/ergothérapeute

Ainsi pour A1, la principale limite de cette collaboration est le manque de rencontres et d'échanges entre les différents professionnels. Elle évoque plusieurs fois le fait que les professionnels ne se rencontrent que très rarement et qu'il y a des phases où ils travaillent « sans aucun dialogue ». Ce qui peut, selon elle, amener à des erreurs dans le projet ou même à des conflits entre les professionnels, « ce qui est dramatique ».

E2 quant à lui, évoque le fait qu'il y a un manque de temps au sein de la collaboration architecte/ergothérapeute, que l'ergothérapeute intervient dans un cadre de mission et qu'il doit être « précis » et apporter ses connaissances de manière concise et pertinente. En effet, en plus du manque de temps, E2 met en évidence une méconnaissance de la profession des ergothérapeutes de la part des architectes et de ce qu'ils peuvent apporter. A2 s'accorde sur les propos de E2. Elle apporte dans son discours une vision plus générale en précisant que les deux professions ont une méconnaissance l'une de l'autre et de l'apport de leur collaboration.

1.3.Perspectives d'amélioration

Afin de pallier les limites de la collaboration architecte/ergothérapeute, A1, A2 et E2 proposent dans leur discours des solutions qui pourraient améliorer cette collaboration afin qu'elle soit la plus efficiente possible. Vous trouverez leurs propositions dans le tableau 6 ci-après :

	Solutions
A1	« Ça serait intéressant [...] qu'il y ait de temps en temps quelques croisements qui permettent d'amener un peu d'interdisciplinarité dans la réflexion »
A2	« Ce qui serait le plus cohérent, ça serait l'alliance d'un ergo et d'un architecte dès la conceptualisation, dès le départ, dès le premier rendez-vous avec le client »
E2	« Au départ, il faut aussi trouver sa place et expliquer ce qu'on va apporter » « Il faut expliquer [...] qu'on va apporter un autre regard sur différents éléments »

Tableau 6 : Solutions pour une collaboration architecte/ergothérapeute efficiente

Selon A1, il faudrait donc permettre des « espaces de dialogue » entre les professionnels et propose qu'il faudrait « que pour chaque projet on [les architectes] soient sûrs de rencontrer l'ergothérapeute avec lequel on va pouvoir discuter du projet ». Et cela dans le but que les architectes et les ergothérapeutes puissent répondre au projet de manière adaptée et complémentaire. Pour répondre à ce même objectif, A2 propose que l'ergothérapeute puisse être présent dès le départ et pas seulement sur les points où l'architecte fait appel à lui.

Pour E2, il est important pour une collaboration efficiente, que les professionnels connaissent leurs apports mutuels et leur complémentarité. Ainsi pour E2, les ergothérapeutes doivent expliquer aux architectes qu'ils ne cherchent pas à « remettre en cause certaines de ces [leurs] pratiques ».

d. L'architecte dans la mise en accessibilité d'ERP

1.1. Rôles et compétences

Les deux architectes interviewés s'accordent sur le fait que leur rôle correspond à la prise en compte du cadre bâti. En effet, selon A2 : « *Je suis architecte et moi ce qui est ma*

spécialité, mon expertise c'est le cadre bâti ». Cette vision est aussi partagée par les autres professionnels puisque E1 nous dit : « *L'architecte, c'est lui le spécialiste du bâtiment* ».

Lors des échanges, les architectes affinent et précisent leur rôle dans la mise en accessibilité. Ainsi d'après A1, leur rôle est de : « *rendre accessible dans le cadre de la réglementation* ». De ce fait, pour A1, le rôle de l'architecte c'est de mettre aux normes les établissements selon la réglementation qui découle de la loi du 11 février 2005. Les propos de A1 sont confirmés par A2 qui nous affirme qu'une de ses missions est de : « *valider la conformité et l'accessibilité de certains lieux* » et aussi par E2 qui évoque le fait que les architectes : « *vont réaliser des établissements qui sont aux normes et qu'il n'y a pas de problématique liée à la norme puisqu'ils les connaissent* ».

Ainsi, les quatre professionnels s'accordent sur le fait que le rôle de l'architecte dans la mise en accessibilité d'ERP correspond principalement à la prise en compte du cadre bâti et des normes d'accessibilité.

1.2. Limites

Lors de nos échanges, les 4 professionnels ont aussi pu mettre en évidence certaines limites pour les architectes lors de la mise en accessibilité d'un ERP. Les 3 grandes limites sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Professionnels	A1	A2	E1	E2
Limites				
De la réglementation (normes)	X		X	X
De la connaissance des usages par les architectes	X	X	X	X
De la connaissance du domaine du handicap par les architectes	X	X	X	

Tableau 7 : Limites des architectes dans la mise en accessibilité

Ainsi, A1, E1 et E2 pensent que la réglementation et plus précisément les normes qui en découlent ne suffisent pas, à elles seules, à rendre un lieu accessible. En effet, selon E2 : « *les normes ne répondent pas forcément à toutes ces notions d'usage* », que ce soit au domicile ou au sein d'un ERP. Or, A1 met en avant que beaucoup de ses confrères ne prennent pas en compte ces questions d'usage, « *que c'est du détail, que ce n'est pas grave* ». A1 précise aussi

qu'elle trouve que les normes sont : « *très axées accessibilité du handicap moteur* » et pas assez sur les autres types de handicap. Que le handicap invisible est peu pris en compte, et elle n'est pas la seule à penser cela.

En effet, A1, A2 et E1 se mettent aussi d'accord pour souligner que les architectes ne sont pas spécialistes du handicap et particulièrement du handicap invisible. Ils s'accordent à dire que les architectes se focalisent principalement sur le handicap moteur mais que cela retranscrit le fait que, d'après A2, « *la formation classique, c'est stéréotypé sur fauteuil roulant* ». A2 met aussi en évidence que durant la formation initiale, en aucun cas les étudiants en architecture n'abordent le domaine du handicap. A1 rejoint ces propos. E1 précise que cela fait sens, que ces derniers ne soient pas spécialistes du handicap puisque ce n'est pas leur spécialité. Elle distingue ainsi le fait que chacun a son expertise.

Ce constat est le même concernant l'usage. En effet, ils abordent tous cette notion et se mettent d'accord pour dire que les architectes ne sont pas experts des usages. A1 souligne le fait qu'elle ne voit que très rarement les usagers. Et E1 met en avant que les architectes « n'ont pas de retour sur ce qu'ils prescrivent ». De ce fait, ils ne peuvent pas savoir ce qui justifie d'une qualité d'usage ou non et particulièrement pour les personnes handicapées. Mais là encore E1 et E2, précisent que « ce n'est pas leur job », « ce n'est pas son [leur] métier ».

e. L'ergothérapeute dans la mise en accessibilité d'ERP

1.1.Rôles et compétences

Les compétences de l'ergothérapeute sont aussi mises en évidence dans le discours des 4 professionnels. On peut constater que deux compétences se distinguent et sont mises en avant : la connaissance du domaine du handicap et celle de l'usage. Vous trouverez les propos des architectes et des ergothérapeutes sur ce sujet dans la figure n°2 ci-dessous :

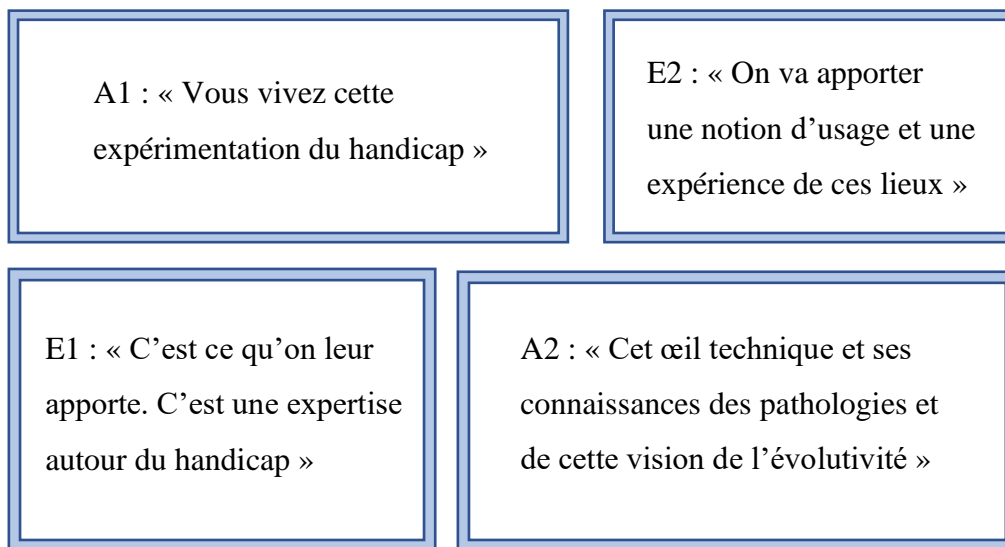


Figure 2 : Plus-value de l'ergothérapeute dans la mise en accessibilité d'ERP

E1 et A2, nous parlent donc de l'expertise de l'ergothérapeute concernant le domaine du handicap. Ils mettent en avant que ces professionnels ont une vision holistique, en prenant en compte la personne, la déficience, la pathologie et son évolution, la ou les situations de handicap etc. Ainsi, d'après E1, les ergothérapeutes s'assurent lors de leur intervention que ce qui a été mis en place soit « adapté aux besoins des gens en fonction des capacités, incapacités ». Pour A1, ce qui va permettre aux ergothérapeutes d'avoir cette vision globale c'est leur : « formation qui va aller beaucoup plus dans une approche détaillée » et leurs « expérimentations du handicap » qu'ils ont pu développer au cours de leurs expériences avec les usagers.

Ainsi au niveau de l'usage, E2 et A1 mettent en avant que l'ergothérapeute de par ses expériences dans le domaine du handicap, a pu développer une connaissance de l'usage. Pour A1, les ergothérapeutes sont des professionnels qui vont être au contact des usagers, et beaucoup plus que d'autres professionnels comme les architectes. Pour E2, les ergothérapeutes

ont une : « notion d'expérience de l'activité au sein de ces structures ». Plus précisément, il entend par là, que les ergothérapeutes ont une vision précise de ce qu'attendent les utilisateurs du lieu, que ce soient les résidents, les patients ou les professionnels qui y travaillent.

De plus, E1 et E2 précisent qu'ils prennent en compte les besoins et attentes des personnes et qu'ils font aussi attention à tout ce qui concerne les normes. Ils sont donc vigilants à ce que les normes soient respectées et adaptées à l'utilisation des usagers. E1 partage son expérience personnelle en évoquant, lors de notre échange, qu'elle « vérifie toute l'accessibilité sur plan » et qu'elle suit le projet du début jusqu'à la fin pour s'assurer de la bonne compréhension de ses préconisations par les autres professionnels du bâtiment.

Ainsi grâce à la corrélation de ces différentes compétences, l'ergothérapeute va donc apporter des « conseils de bon sens » selon E1 sur le handicap et l'usage. E2 précise que l'ergothérapeute peut aussi « apporter une connaissance sur les nouvelles technologies, sur le matériel, sur les aides techniques [...] comme la domotique ».

1.2.Limites

Et tout comme pour les architectes, les différents professionnels mettent en évidence dans leur discours les limites de l'ergothérapeute dans la mise en accessibilité d'ERP.

Selon A2, les ergothérapeutes n'ont pas les connaissances suffisantes dans le domaine du cadre bâti. Elle donne l'exemple d'une pose d'un renfort de mur où elle cite : « d'un autre côté l'ergothérapeute, n'est pas capable de dire si ça a été posé dans les règles de l'art [...] ça ils ne savent pas faire ». Mais tout comme pour les architectes, A1 précise que « c'est normal, chacun son job ».

Pour E2, une des limites de l'ergothérapeute dans ce domaine c'est qu'un ergothérapeute sortant de la formation initiale ne peut pas être considéré comme un expert de l'usage. En effet, E2 nous dit que : « pour connaître les usages, il faut de l'expérience dans le domaine ». Et que de plus, selon lui, le temps consacré à l'aménagement d'environnement de la formation initiale n'est pas suffisant et qu'elle doit être enrichie. Il faut ainsi, d'après E2, réaliser en amont une expertise de mise en accessibilité afin d'avoir « une expérience de terrain » et donc devenir expert des usages. E1 confirme ces propos en évoquant qu'elle a suivi sa formation afin « de compléter les connaissances qu'on apprend à l'école », en précisant que ce qu'elle a pu voir et apprendre sont « des trucs qu'on ne voit pas forcément » lors de la formation initiale.

Elle évoque aussi le fait que les ergothérapeutes préconisent, conseillent les autres professionnels. Et qu'ils doivent de ce fait faire valoir leur plus-value auprès des professionnels du bâtiment « afin d'arriver à les convaincre » comme précise E2.

f. La sensibilisation

La thématique de la sensibilisation est elle aussi présente dans le discours des 4 professionnels. Cependant, les résultats présentés ci-après, ne sont pas tous en lien avec la collaboration architecte/ergothérapeute. En effet, A1 et E2 ont abordé ce thème d'une manière assez générale. Tous deux mettent en avant que l'ergothérapeute est l'initiateur d'action de sensibilisation dans le domaine du handicap et de l'usage mais ces deux professionnels ne considèrent pas l'architecte comme étant le seul et unique bénéficiaire.

Ainsi pour A1 : « l'ergothérapeute pourrait sensibiliser [...] à l'aménagement de leur domicile pour justement prévenir les problématiques liées à la perte d'autonomie ». Pour elle, cette sensibilisation doit atteindre les bénéficiaires mais aussi tous les professionnels gravitant autour de l'accessibilité universelle tels que les « maires », les « urbanistes » ou encore « ceux qui conçoivent du mobilier urbain ». Selon A1 c'est une sensibilisation « à l'échelle de la société » qui doit être faite et précise qu'il serait intéressant que des « modules de sensibilisation » se mettent en place.

Concernant les modalités de cette sensibilisation, pour E1, elle se fait par des « conseils de bon sens pour les architectes » lors de la collaboration. A2 parle plutôt de points de vigilance où l'ergothérapeute, lorsqu'elle collabore avec elle, l'alerte et marque un intérêt sur certains points. Et E2 précise que lorsqu'il réalise des sensibilisations il essaye « d'être le plus pédagogue, en expliquant ».

Ainsi, A1 et A2 mettent en avant l'avantage de bénéficier de cette sensibilisation et E1 et E2 évoquent le fait qu'ils la réalisent à travers des conseils, des explications mais aussi des mises en situations.

Le tableau n°8 ci-après, recense les différentes raisons pour lesquelles la sensibilisation des ergothérapeutes auprès des architectes est bénéfique. Les architectes évoquent l'impact de la sensibilisation sur leur pratique et les ergothérapeutes indiquent pour quelles raisons ils sensibilisent ces professionnels :

	Intérêts de la sensibilisation
A1	« Ça affinerait le compréhension et l'adaptation nécessaire de la conception des espaces et de la réalisation des espaces »
A2	« J'ai mieux compris certaines choses, j'ai pris certaines vigilances en considération pour après, pour mieux m'adapter à l'autre » « Je vais penser à l'après maintenant, beaucoup plus qu'au départ avant que je travaille avec un ergothérapeute »
E1	« C'est leur expliquer pourquoi c'est important de faire ça [...] pourquoi dans les normes il y a ça » « Ce sont donc des points où eux ne sont pas sensibilisés » « Et ils ont compris pourquoi, [...] et quel en était l'intérêt. Et en fait, si on ne leur explique pas, eux ne connaissent rien au handicap »
E2	« Donc mon travail d'ergothérapeute c'était aussi ça, c'était aussi de faire prendre conscience à ces personnes [...] que le handicap n'est pas que moteur, qu'il était aussi cognitif etc. Et que la norme ne répondait pas forcément à toutes ces notions d'usage et donc qu'il était aussi important de sensibiliser tout le monde [...] à ces notions de différents types de handicap »

Tableau 8 : Intérêts de la sensibilisation pour les architectes et les ergothérapeutes

Pour les architectes cette sensibilisation leur permet donc d'approfondir leurs connaissances et leur approche en matière d'accessibilité universelle. A1 et A2 mettent en avant dans leur discours que ces sensibilisations leur permettent d'avoir une vision plus globale des usagers, de leurs problématiques et de leurs besoins.

A1 évoque de nombreuses fois le terme de « prévention ». Plus précisément elle met en évidence que sa collaboration avec un ergothérapeute lui a permis de développer sa vision préventive et de prendre en compte l'évolution dans le temps des capacités des usagers dans sa conception des espaces. Et ainsi de mieux « appréhender les difficultés qu'ils pouvaient [les usagers] rencontrer par rapport à ces lieux ».

Pour A2, cette sensibilisation par l'ergothérapeute avec laquelle elle collabore, lui permet d'avoir une vision plus complète du ou des usagers pour le(s)quel(s) elle va intervenir. L'ergothérapeute l'alerte sur des points de vigilance et la conseille dans le domaine du handicap, de l'usage, des aides techniques etc.

Quant à E1 et E2, ils réalisent ces sensibilisations afin de « faire prendre conscience » et « expliquer » aux autres professionnels les difficultés et situations de handicap que peuvent rencontrer les différents usagers.

Dans son discours, E1 n'exprime pas clairement qu'elle sensibilise les architectes. Elle va cependant utiliser des termes étroitement liés à la sensibilisation comme : « leur expliquer », « leur montrer », « je leur ai fait essayer » etc. Ainsi E1 insiste sur le fait qu'il faut expliquer aux architectes l'utilité des normes et ainsi « quel en était [est] l'intérêt » pour les usagers. Pour cela, elle précise qu'elle essaye, quand elle en a l'occasion, de les « mettre en situation ».

E2 quant à lui utilise de nombreuses fois dans son discours les termes de « sensibiliser » et « sensibilisation ». En effet, pour lui il est « important de sensibiliser tout le monde sur ces sujets [du handicap, des normes et de l'usage] ». Il insiste particulièrement sur le fait qu'il faut faire prendre conscience aux différents professionnels des « notions de différents types de handicap » et particulièrement des « handicaps invisibles ». Et tout comme E1, E2 va utiliser selon lui différents moyens pédagogiques comme des explications théoriques ou des mises en situation.

g. Les mises en situation

Comme précisé ci-dessus, le thème des mises en situation a été abordé en même temps que le thème de la sensibilisation. Pour les 4 professionnels ces deux thèmes sont étroitement liés.

En effet, les architectes ont abordé les mises en situations (MES) lorsqu'ils étaient questionnés sur les moyens qu'ils avaient utilisés pour se sensibiliser au domaine du handicap et de l'usage. Leurs réponses figurent dans le tableau n°9 ci-dessous :

Architectes MES	A1	A2
De quelles manières ?	Initiative personnelle : « Il m'est souvent arrivé de me mettre dans un fauteuil roulant [...] ou de pousser un fauteuil »	Lors de sa formation de diagnostiqueur PMR : « Sur une semaine entière [...] j'ai vécu en fauteuil roulant » « Une semaine en tant que non voyante avec un chien »
Pour quelles raisons ?	« Afin d'essayer de comprendre » « Pour se rendre compte »	« Pour pouvoir bien servir les gens » « Pour pouvoir dessiner en conscience et en confiance »
Impact dans la pratique	« Vivre ce genre d'expérience, ça apprend beaucoup » « On comprend beaucoup de choses » « La mise en situation [...] est la meilleure des approches »	« Je peux tout à fait dire que jamais plus ma vie n'a été la même avant ces expériences et après »

Tableau 9 : Vécu des mises en situation par les architectes

A2 ajoute que depuis cette formation, elle se met systématiquement en situation pour mieux appréhender les situations de handicap du bénéficiaire. Car, selon elle : « rien ne vaut le fait de se mettre à la place, dans la peau de quelqu'un ».

A1 ajoute que « la mise en expérience, c'est à dire vraiment en confrontation de la réalité de ce que vivent ces personnes, serait la meilleure des choses en termes de formation et de compréhension de la problématique liée au handicap »

Les ergothérapeutes, eux, ont abordé les MES lorsqu'ils étaient questionnés sur leur rôle et leur plus-value dans la mise en accessibilité. Et plus précisément lorsque ces derniers abordaient les sensibilisations. Les MES étant pour eux un moyen de mener ces sensibilisations. Leurs réponses figurent dans le tableau n°10 ci-dessous :

Ergothérapeutes MES	E1	E2
De quelles manières ?	« La première chose que je leur ai faite [...] c'est le assis-debout » « Je leur ai fait tester, [...] les barres de mon boulot qui ne sont pas bien mises »	« On faisait déplacer les personnes en fauteuil roulant, avec des cannes, des lunettes... » « On avait vraiment créé des formations »
Pour quelles raisons ?	« J'essaye de les mettre en situation pour qu'ils comprennent »	« Les sensibiliser à [...] ces différents types de handicap »
Impact dans la pratique	« Et ils ont compris pourquoi du coup les normes étaient ce qu'elles étaient. Et quel en était l'intérêt »	

Tableau 10 : Vécu des mises en situation par les ergothérapeutes

Ainsi, pour les ergothérapeutes les mises en situation sont un moyen de faire comprendre aux architectes l'importance de la prise en compte des différents usagers, des potentielles situations de handicap qu'ils pourraient rencontrer, de l'utilité des normes, etc.

Précisons que les mises en situation réalisées par E2, ont été faites avec des professionnels autres que des architectes. A la question : « Est-ce que vous avez mis en situation des architectes comme vous avez pu le faire avec d'autres professionnels » E2 apporte une réponse négative, en précisant que ce n'était pas dans le cadre de la mission de la collaboration et évoque un manque de temps. E1 précise elle aussi qu'elle ne peut pas réaliser tout le temps des MES. Elle le fait lorsqu'elle en a l'occasion et lorsqu'elle peut voir les architectes.

III. Discussion

L'analyse des résultats permet donc de mettre en avant l'intérêt et l'importance d'une collaboration entre les architectes et les ergothérapeutes afin de tendre le plus possible vers une accessibilité universelle. Cependant, il s'avère que les différents professionnels interrogés s'accordent sur le fait que cette collaboration n'est pas aisée à mettre en place, qu'elle nécessite des prérequis et qu'elle présente des limites.

A travers l'analyse nous pouvons remarquer que les compétences des architectes et celles de l'ergothérapeute, même si elles sont bien distinctes, sont complémentaires dans le domaine de l'accessibilité.

En effet, pour les professionnels interrogés, ainsi que pour Philippe Deliot-Lefèvre (2006), l'architecte est expert du cadre bâti et des normes qui découlent de la loi du 11 février 2005. Cependant, nous relevons dans l'analyse que les normes ne sont pas suffisantes pour permettre à tous les usagers de disposer d'une accessibilité efficiente et que d'autres facteurs sont nécessaires. Ce que confirme Charlotte Lemoine (2018) dans son article « Le concept de responsabilité : l'accessibilité comme moyen, la participation comme fin ».

De ce fait, A1, A2, E1 et E2 considèrent que les architectes en sortie de formation initiale peuvent difficilement répondre seuls à une mise en accessibilité d'un ERP. Ce qui rejoint l'analyse de Régis Herbin (2016) qui évoque qu'actuellement de par « *leurs connaissances et de leur formation initiale, les professionnels [du bâtiment] ne peuvent bien souvent pas trouver seuls les réponses [pour concevoir un environnement permettant une participation pour tous]* ».

Ainsi, Charles Gardou et des spécialistes de 24 disciplines (2016) et Stiker (2017) s'accordent avec l'analyse sur le besoin de prendre en compte l'usage dans la mise en accessibilité et qu'un professionnel qualifié dans ce domaine est nécessaire. Or, tous les professionnels évoquent le fait que les architectes ne sont pas spécialistes des usages et des différents types de handicap, ce qu'explique également Charlotte Lemoine (2018). Cependant, l'analyse et l'ordre des architectes (2019) mettent en évidence que ces missions ne sont pas liées à leur profession, ce qui justifie le fait que les architectes ne soient pas experts dans ces domaines. De ce fait le premier objectif concernant le fait d'« *identifier l'intérêt d'une sensibilisation auprès des architectes sur la prise en compte des situations de handicap et du confort d'usage lors de la mise en accessibilité d'ERP* » s'avère être atteint et être en lien avec les apports du cadre conceptuel et les apports pratiques recueillis lors de l'enquête.

Concernant le ou les moyen(s) par lesquels cette sensibilisation peut être réalisée (objectif 2), il semble, d'après l'analyse des résultats, qu'elle peut être faite à travers des conseils et/ou des mises en situation. Les mises en situation permettant, d'après les ergothérapeutes, une meilleure compréhension et visualisation des usages et des difficultés des personnes pouvant se trouver en situation de handicap dans un environnement donné. Néanmoins, ces résultats ne coïncident pas complètement avec l'une des rares analyses scientifiques réalisées dans ce domaine. En effet, l'analyse de Jennifer Schuhl en 2020 permet de mettre en évidence que les mises en situation ont un impact positif sur la représentation du handicap et des compétences de personnes présentant un handicap en entreprise. Elle ne permet donc pas d'affirmer que les MES ont un impact sur la compréhension des différents types de handicap et sur les usages des personnes en situation de handicap. Mais elle valide tout de même l'objectif en affirmant que la mise en situation est un outil de sensibilisation efficace.

Par conséquent, une sensibilisation via des mises en situation auprès des architectes est donc possible et pertinente. D'après l'analyse, l'ergothérapeute semble être le professionnel le plus apte à mener ces actions de sensibilisation. Pour lier l'analyse à la littérature scientifique et de ce fait, répondre à l'objectif n°3, nous allons comparer les apports pratiques relevés dans le discours de A1, A2, E1 et E2 avec le référentiel de compétences des ergothérapeutes. Ainsi, les professionnels soulignent que l'ergothérapeute a des compétences et des connaissances dans le domaine du handicap, de l'usage, des aides techniques, de l'aménagement d'environnement ou encore dans le fait de pouvoir mener des sensibilisations et des mises en situation. Ce qui est en adéquation avec les compétences recensées dans le référentiel, ainsi qu'avec les analyses de Bruas (2016) qui mettent en évidence que l'ergothérapeute est un expert de l'usage, qu'il est complémentaire de l'architecte et qui, par ses compétences peut réaliser des actions de conseil, de sensibilisation ou de formation « dans *une approche collective des déficiences et des situations de handicap vécues par les usagers* ».

Cependant, l'analyse des résultats révèle tout de même de nombreuses limites dans la mise en accessibilité d'un ERP. En effet, une limite budgétaire a été mise en évidence, ce qui est en accord avec l'analyse d'Aurélie Dort (2018). Mais la principale limite est celle du manque de temps et de rencontre entre les professionnels lors de la collaboration. Ainsi, l'action de sensibilisation via des MES ne peut être réalisée au moment de la collaboration puisque comme l'évoque Christine Gangloff-Ziegler (2009) : « le manque de temps est, sans aucun doute, l'argument le plus courant » dans la collaboration entre différents professionnels. Ces derniers travaillent principalement en distanciel. De plus, l'analyse met aussi en avant que les

ergothérapeutes sont peu sollicités dans les projets de mise en accessibilité d'ERP du fait du manque de connaissance de leur profession et de leurs apports par les professionnels tels que les architectes. Ce constat est le même que celui de Christian Bossard, Muriel Launois, Bruno Schmitt et Marie-Coline Wihlidal (2015), qui exposent que les ergothérapeutes restent encore peu reconnus que ce soit au niveau de leurs différentes spécificités comme l'aménagement d'environnement ou de leurs valeur thérapeutique.

Ainsi, de cette confrontation entre l'analyse des résultats et la littérature scientifique, il est possible de mettre en évidence que l'hypothèse en est partiellement validée. Cette étude a donc permis d'apporter quelques réponses à notre questionnement de départ. Néanmoins elle présente certains biais et limites.

IV. Limites et Intérêts

a. Limites de l'étude

Effectivement, les résultats de l'enquête ne reflètent pas l'ensemble des population cibles du fait du temps accordé ne permettant pas d'acquérir un échantillon plus vaste et de la population restreinte d'architectes spécialisés et d'ergothérapeutes ayant collaboré avec un architecte. Par ailleurs, le fait de s'être focalisé uniquement sur des architectes spécialisés en accessibilité ne permet pas de prendre en compte tous les autres architectes qui peuvent eux aussi réaliser des mises en accessibilité d'ERP et cela sans formation complémentaire.

De plus, la tenue des entretiens en visioconférence et en appel téléphonique peut aussi être un élément biaisant l'étude. Ces deux modalités de passation ont des avantages et des inconvénients tel qu'une absence d'observation et d'analyse de la communication non-verbale via l'appel téléphonique, contrairement à la visioconférence.

Au niveau des limites de cette étude, elle ne prend pas en compte les handicaps cognitifs. En effet, la sensibilisation à travers des MES ne pouvant retranscrire et simuler la déficience cognitive et les situations de handicap rencontrées par cette population.

b. Intérêt de l'étude

Concernant les intérêts de l'enquête, cette dernière a permis d'enrichir les connaissances dans le domaine de l'accessibilité universelle et plus précisément dans celui des normes, du confort d'usage et des professionnels qui y interviennent.

En effet, cette partie expérimentale a permis d'identifier les intérêts et les limites de la collaboration architecte/ergothérapeute, ainsi que la plus-value et les missions de chacun, ce qui a permis de mettre en évidence le rôle de l'ergothérapeute dans la mise en accessibilité d'ERP. De plus cette étude permet d'enrichir les connaissances concernant le bénéfice des sensibilisations et d'identifier que les mises en situation font partie des moyens efficaces utilisés par les professionnels pour réaliser ces actions de sensibilisation.

Par ailleurs, l'enquête m'a également permis de développer et d'approfondir ma réflexion sur ma problématique de départ et mon hypothèse.

Conclusion

Ce mémoire d'initiation à la recherche explore la thématique de l'ergothérapeute dans la mise en accessibilité d'établissements recevant du public (ERP). Plus précisément, l'objectif est de mettre en évidence les moyens utilisés par l'ergothérapeute lors de la collaboration avec un architecte afin de favoriser l'accessibilité universelle au sein d'ERP. Pour répondre à cette problématique, j'ai approfondi ma réflexion à travers la littérature scientifique ce qui m'a permis de dégager l'hypothèse que l'ergothérapeute peut favoriser l'accessibilité universelle en réalisant des sensibilisations à travers des mises en situation auprès d'architectes.

Les résultats de l'enquête réalisée auprès de 2 architectes et de 2 ergothérapeutes permettent de répondre et de valider partiellement l'hypothèse. En effet, l'analyse des résultats et la discussion mettent en évidence que les sensibilisations par des MES ont un impact positif sur la pratique des architectes, ces actions leur permettant d'avoir une vision plus holistique lors de leur projet d'accessibilité. De plus cette enquête met aussi en avant le fait que les ergothérapeutes possèdent les compétences nécessaires pour réaliser ces sensibilisations. Cependant, l'analyse soulève la limite que les apports de l'ergothérapeute sont peu connus des autres professionnels et que cette sensibilisation n'est pas réalisable durant la collaboration, du fait du manque de temps d'échanges et de rencontres entre les deux professionnels.

Concernant les apports personnels de cet écrit, il m'a permis d'étoffer mes aptitudes organisationnelles et mon autonomie. D'autre part, mon mémoire m'a permis de développer tout au long de sa rédaction des connaissances théoriques et pratiques dans le domaine de l'aménagement. Il m'a aussi permis d'accroître mes compétences de recherche scientifique, rédactionnelle ou encore méthodologique. Au niveau professionnel, cet écrit m'a permis de mieux comprendre la complémentarité et la différence des architectes et des ergothérapeutes, ainsi que de mieux comprendre les enjeux et les limites de la collaboration entre les architectes et les ergothérapeutes, ce qui sera bénéfique dans ma pratique future.

Enfin, la finalisation de ce mémoire m'a permis de faire émerger une nouvelle piste de réflexion. En effet, il a été mis en évidence que la sensibilisation ne pouvait se faire lors de la collaboration, par manque de temps. Néanmoins, deux des quatre professionnels interrogés ont suggéré d'aborder cette sensibilisation via des MES en amont de cette collaboration. Ainsi, on peut se questionner sur l'utilité et la pertinence d'intégrer des actions de sensibilisation lors du cursus des architectes et des ergothérapeutes, afin qu'ils appréhendent mieux leur profession et apports mutuels et du bien-fondé de leur collaboration.

Bibliographie

AGATE, A. (s. d.). *Le guide du confort d'usage, une approche qualité tout public.*

https://agate-territoires.fr/wp-content/uploads/2018/08/GUIDE_confort_usage-sd.pdf

ANFE. (2011, 23 février). *La profession d'ergothérapeute.*

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1373648?sommaire=1373710>

APF France. (2017, 13 janvier). *Accessibilité et conception universelles.* [https://www.apf-](https://www.apf-francehandicap.org/droits-handicap/accessibilite-universelle-1500)

[francehandicap.org/droits-handicap/accessibilite-universelle-1500](https://www.apf-francehandicap.org/droits-handicap/accessibilite-universelle-1500)

APF France handicap. (2020, 20 janvier). *Rendre la #FranceAccessible, #CestLaBase !*

<https://www.apf-francehandicap.org/france-accessible-2020-25843>

Arrêté relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute (J.O. 5 juillet 2010).

Article R.111-19-2 du Code de la construction et de l'habitation. (2005).

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000039041253/

Article R164-1 du Code de la construction et de l'habitation. (2005).

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006074096/LEGISCTA000043819293

Article 45-LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000002461485

Assante, V. (2007). Situations de handicap et réponses politiques. *Reliance*, n° 23(1), 83-96.

<https://www.cairn.info/revue-reliance-2007-1-page-83.htm>

Barral, C. (2007). La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : Un nouveau regard pour les praticiens. *Contraste*, N° 27(2), 231-246.

<https://www.cairn.info/revue-contraste-2007-2-page-231.htm>

- Boudaoud, A. (2008). Du handicap à la reconnaissance de la situation de handicap... *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, n° 73(3), 19-26. <https://www.cairn.info/revue-lettre-de-l-enfance-et-de-l-adolescence-2008-3-page-19.htm>
- Bruas, B. (2016). Prise en compte des déplacements urbains en ergothérapie. Dans É. Trouvé (dir.), *Agir sur l'environnement pour permettre les activités* (p. 341-346). De Boeck Supérieur.
- Cerema. (2013). *Handicaps et usages. Handicaps mentaux, cognitifs et psychiques. Quelles pistes pour améliorer l'accessibilité ?*
<https://www.ecologie.gouv.fr/sites/default/files/CEREMA,%20Handicaps%20mentaux,%20cognitif%20et%20spy,%20MAJ%20d%27oct%202013.pdf>
- Chabrol, B., Halbert, C., Milh, M., & Mancini, J. (2009, juin). Handicap : Définitions et classifications. *Archives de Pédiatrie*. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(09\)74201-0](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(09)74201-0)
- CNRTL. (2012). *SENSIBILISATION : Définition de SENSIBILISATION*.
<https://www.cnrtl.fr/definition/sensibilisation>
- CNRTL. (2012). *USAGE : Définition de USAGE*. <https://www.cnrtl.fr/definition/usage>
- Crété, M. (2007, avril). Hand in cap : Tous dans le même chapeau ? *Journal français de psychiatrie*. <https://www.cairn.info/revue-journal-francais-de-psychiatrie-2007-4-page-11.htm>
- Danel, V., Lemarie, E., Cordesse, V., & Tromeur, C. (2012). Aider les aidants. *Revue des Maladies Respiratoires Actualités*, 4(4), 142-145. [https://doi.org/10.1016/S1877-1203\(12\)70211-2](https://doi.org/10.1016/S1877-1203(12)70211-2)
- Dejeammes, M., & Fiole, B. (2006). *Accessibilité de la Voirie et des Espaces Publics*.
<http://reglementationsaccessibilite.blogs.apf.asso.fr/files/Voirieplanification/diagnostic%20petites%20communes.PDF>

- Dejoux, V. (2015). Les difficultés d'accès à l'environnement. *Agora débats/jeunesses*, N° 71(3), 69-82. <https://www.cairn.info/revue-agora-debats-jeunesses-2015-3-page-69.htm>
- Delavallade, G., & Verguier, B. (2009). Mise en place du « profil des activités de la vie quotidienne » en centre de rééducation et réadaptation fonctionnelles. Dans Izard, M., & Nespoulous, R. (dir.) *Expériences en ergothérapie : Vingt-deuxième série* (p.264-270). Sauramps médical
- Delcey, M. (2002). *Déficiences motrices et situations de handicaps : Aspects sociaux, psychologiques, médicaux, techniques, troubles associés*. APF
- Deliot-Lefèvre, P. (2006). L'accessibilité des cadres bâtis, des lieux publics et des transports. *Gerontologie et société*, 29(119), 11-23. <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2006-4-page-11.htm>
- DIPH, D. (2006). *Définition de l'accessibilité, une démarche interministérielle*. http://www.handipole.org/IMG/pdf/guide_accessibilite_DIPH.pdf
- Direction de l'information légale et administrative. (2019, 21 mai). *Obligation d'accessibilité des ERP aux personnes handicapées*. <https://www.demarches.interieur.gouv.fr>
- Direction de l'information légale et administrative. (2020, 21 janvier). *Dans quel cas doit-on recourir à un architecte ?* <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F20568>
- Direction de l'information légale et administrative, Ministère chargé de l'intérieur. (2019, 13 juin). *Définition d'un établissement recevant du public (ERP)*. <https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F32351>
- Direction Départementale des Territoires de l'Aube. (2020). *Accessibilité des établissements recevant du public - Guide pratique à l'usage des maires*. [https://www.aube.gouv.fr/content/download/8135/53189/file/L%27accessibilité%20aux%20ERP%20\(guide%20pratique%20à%20l'usage%20du%20maire\).pdf](https://www.aube.gouv.fr/content/download/8135/53189/file/L%27accessibilité%20aux%20ERP%20(guide%20pratique%20à%20l'usage%20du%20maire).pdf)

Direction départementale des territoires et de la mer de l'Eure. (2015). *Instruction des ERP et prise en compte de l'accessibilité*.

eure.gouv.fr/content/download/14860/92904/file/Fiche_Accessibilite_2015-1_note%20instruction.pdf

Dort, A. (2018). Les incidences financières des normes d'accessibilité au patrimoine. *Gestion & Finances Publiques*, 6, 45-50. <https://doi.org/10.3166/gfp.2018.00092>

EIVP. (2018). *L'accessibilité en Ville*. https://www.eivp-paris.fr/sites/default/files/2018-06/rapport_final_sup_2017_0.pdf

Encore, E. (s. d.). Pour un commerce responsable.. Petit guide de l'accessibilité.

https://culturepresse.fr/sites/default/files/docs_pdf/petit_guide_accessibilite_encore.pdf

Express-O. (2019). Personne handicapée ou personne en situation de handicap, y a-t-il une différence ? *Office des personnes handicapées du Québec*, 13(4),

<https://www.ophq.gouv.qc.ca/publications/cyberbulletins-de-loffice/express-o/volume-13-numero-4-ete-2019/mieux-comprendre/personne-handicapee-ou-personne-en-situation-de-handicap-y-a-t-il-une-difference.html>

Fenneteau, H. (2015). *Enquête et questionnaire* (3e édition). Dunod.

Folcher, V., & Lompré, N. (2012). Accessibilité pour et dans l'usage : Concevoir des situations d'activité adaptées à tous et à chacun. *Le travail humain*, 75(1), 89-120.

<https://www.cairn.info/journal-le-travail-humain-2012-1-page-89.htm>

Gangloff-Ziegler, C. (2009). Les freins au travail collaboratif. *Marche et organisations*, 10(3), 95-112. <https://www.cairn.info/revue-marche-et-organisations-2009-3-page-95.htm>

Gardou, R. & des spécialistes de 24 disciplines. (2016). *Handicap, une encyclopédie des savoirs* (Vol. 12). Érès. <https://www.editions-eres.com/ouvrage/3514/handicap-une-encyclopedie-des-savoirs>

- Gavard-Perret, M.-L., Gotteland, D., Jolibert, A., & Haon, C. (2008). *Méthodologie de la recherche*. Pearson Education France.
- https://www.pearsonelt.ch/download/media/9782744076046_SP_itres.pdf
- Herbin, R. (2016). Les savoirs de l'aménagement et urbanisme. Dans C. Gardou (dir.), *Handicap, une encyclopédie des savoirs. Des obscurantismes à de Nouvelles Lumières* (Vol. 12, p. 25-26). Èrès.
- Ifop. (2020, 29 janvier). *Accessibilité en France : Toutes et tous concerné.e.s.*
- <https://www.ifop.com/publication/accessibilite-en-france-toutes-et-tous-concerne-e-s/>
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102(3), 23-34.
- <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-3-page-23.htm?1>
- Insee. (2011, 23 février). *Population handicapée.*
- <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1373648?sommaire=1373710>
- Insee. (2020, 27 février). *Population par âge – Tableaux de l'économie française.*
- <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
- Lemoine, C. (2018). Le concept de responsivité : l'accessibilité comme moyen, la participation comme fin. *Alter*, 12(3), 166-179.
- <https://doi.org/10.1016/j.alter.2018.03.002>
- Letourmy, A. (2003). Environnement, vie sociale et citoyenneté. *Revue française des affaires sociales*, 1, 287-305. <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2003-1-page-287.htm>
- LOI n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (J.O. 11 février 2005).
- Minaire, P., Cherpin, J., Flores, J., & Weber, D. (1991). *Le handicap de situation*, 30, 286-291.

Ministère de la Transition écologique. (2020, 28 septembre). *Accessibilité des établissements recevant du public*. <https://www.ecologie.gouv.fr/accessibilite-des-etablissements-recevant-du-public>

Ministère de la Transition écologique. (2021, 15 novembre). *L'accessibilité des établissements recevant du public (ERP)*. <https://www.ecologie.gouv.fr/laccessibilite-des-etablissements-recevant-du-public-erp>

Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique. (2010). *Annexe II - Diplôme d'état d'ergothérapeute. Référentiel de compétences. n°2010/7*. <https://ife.chu-rouen.fr/wp-content/uploads/sites/35/2017/03/Referentiel-de-competences-DEE.pdf>

Morel, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur.

OHCHR. (s. d.). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities. United nation human rights office of the high commissioner*. <https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/ConventionRightsPersonsWithDisabilities.aspx>

OMS (1980). *Classification internationale des handicaps : Déficiences, incapacités et désavantages*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41005/9782877100205_fre.pdf;seq

OMS (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42418/9242545422_fre.pdf

Onisep. (s. d.). *Architecte*. <https://www.onisep.fr/Ressources/Univers-Metier/Metiers/architecte>

Onisep. (2021, 18 octobre). *Définition du handicap auditif*. <https://www.onisep.fr/Formation-et-handicap/Mieux-vivre-sa-scolarité/Par-situation-de-handicap/Scolarité-et-troubles-auditifs/Definition-du-handicap-auditif>

- Ordre des architectes. (2012). *Charte d'engagements pour l'accessibilité, le confort d'usage et la conception universelle*.
<https://www.architectes.org/sites/default/files/fichiers/actualites/Charte%20engagements%20accessibilit%C3%A9%20sept%202012.pdf>
- Ordre des architectes. (2015, 22 octobre). *Quel est le rôle d'un architecte ?* *Ordre des architectes*. <https://www.architectes.org/quel-est-le-r%C3%B4le-dun-architecte>
- Ordre des architectes. (2019, 1 février). *L'accessibilité*. <https://www.architectes.org/l-accessibilit%C3%A9>
- Ordre des architectes. (2021, 25 juin). *L'essentiel des chiffres de la profession*.
<https://www.architectes.org/l-essentiel-des-chiffres-de-la-profession>
- Ordre des architectes du Québec. (2017). *Référentiel de compétences lié à l'exercice de lié à l'exercice de la profession d'architecte au Québec*. https://www.oaq.com/wp-content/uploads/2020/02/Referentiel_competences_2018.pdf
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (s. d.). *Qu'est-ce que l'ergothérapie ?*
<https://www.oeq.org/m-informer/qu-est-ce-que-l-ergotherapie.html>
- Orsoni, F. (2019). La conception universelle au service de l'autonomie de tous. *Constructif*, 53(2), 47-50. <https://www.cairn.info/revue-constructif-2019-2-page-47.htm>
- PIQUET, A. (2009). *Guide pratique du travail collaboratif: Théories, méthodes et outils au service de la collaboration*. https://www.a-brest.net/IMG/pdf/Guide_pratique_du_travail_collaboratif.pdf
- Raynaud, D. (2001). Compétences et expertise professionnelle de l'architecte dans le travail de conception. *Sociologie du travail*, 43(4), 451-469.
<https://doi.org/10.4000/sdt.35398>

- Sanchez, J. (2005). L'accessibilité support concret et symbolique de l'intégration : Apports et développement. Dans J.-F. Ravaud (dir.), *Handicap et environnement : de l'adaptation du logement à l'accessibilité de la cité*. (p. 33-47). Frison-Roche.
- Sauvayre, R. (2021). *Initiation à l'entretien en sciences sociales : Méthodes, applications pratiques et QCM* (2e éd). Armand Colin.
- Schléret, J.-M., & Chapuis, R. (2014). *Rapport annuel : Observation national de la sécurité et de l'accessibilité des établissements d'enseignement (No 19)*.
https://cache.media.education.gouv.fr/file/ONS/46/1/ONS-Rapport2014_396461.pdf
- Schuhl, J., Chatard, A., & Lambert, É. (2020). Réduire la stigmatisation des salariés reconnus handicapés : Exemple d'une action de sensibilisation en entreprise. *Le travail humain*, 83(2), 91-114. <https://www.cairn.info/revue-le-travail-humain-2020-2-page-91.htm?contenu=article>
- Scolan, V., Fiechter-Boulvard, F., & Salle, J.-Y. (2011). Définir l'aide humaine en France : Étude juridique. *Alter*, 5(4), 265-280. <https://doi.org/10.1016/j.alter.2011.08.001>
- Secrétariat d'état chargé des personnes handicapées. (2017, 23 juin). *Accessibilité universelle*.
<https://www.carsat-aquitaine.fr/home/entreprise/decouvrir-nos-programmes-locaux/aidantsaides-une-qualite-de-vie-a-preserver/les-aidants-professionnels.html>
- Secrétariat d'état chargé des personnes handicapées. (2021, 26 mai). *Vous êtes dans un établissement recevant du public (ERP) ? Devenez accessible !*
<http://handicap.gouv.fr/vous-etes-dans-un-etablissement-recevant-du-public-erp-devenez-accessible>
- Sève-Ferrieu, N. (2008, 17 novembre). Indépendance, autonomie et qualité de vie : Analyse et évaluations. *Traité de soins infirmiers*. <https://www.em-consulte.com/article/188835/independance-autonomie-et-qualite-de-vie-analyse-e>
- Stiker, H.-J. (2017). *La condition handicapée*. Presses universitaires de Grenoble.

Trouvé, E., Hercberg, E., & Bréban-cailleau, V. (2016). De l'accessibilité à l'accessibilité universelle en passant par la qualité d'usage et l'adaptation personnalisée. Dans É. Trouvé (dir.), *Agir sur l'environnement pour permettre les activités* (p. 141-152). De Boeck Supérieur.

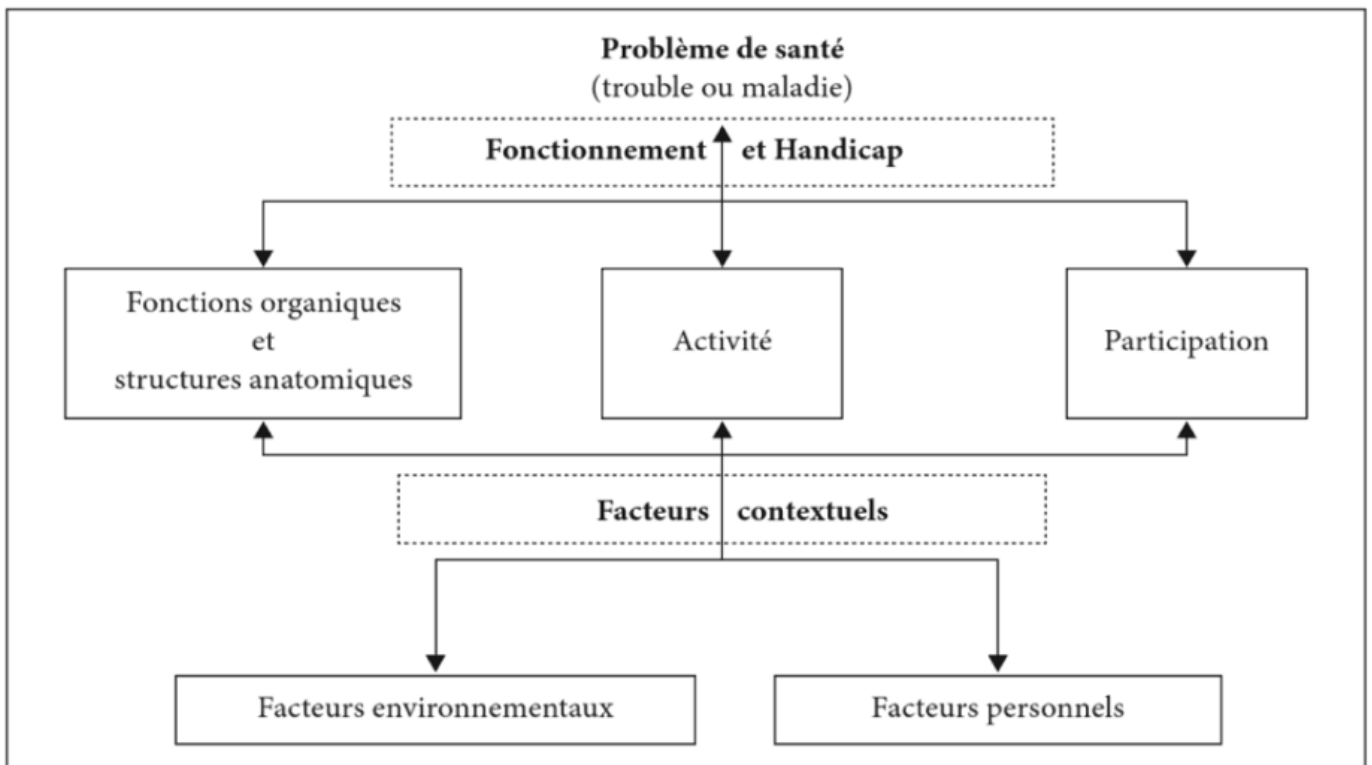
WFOT. (s. d.). *About Occupational Therapy*. <https://www.wfot.org/about/about-occupational-therapy>

Winance, M. (2008). La notion de handicap et ses transformations à travers les classifications internationales du handicap de l'OMS, 1980 et 2001. *Dynamis*, 28.
<https://doi.org/10.4321/S0211-95362008000100016>

Table des annexes

Annexe I : Modèle conceptuel de la CIF	I
Annexe II : Tableau récapitulatif des types d'ERP	II
Annexe III : Guide d'entretien des Architectes	IV
Annexe IV : Guide d'entretien des Ergothérapeutes	VI
Annexe V : Retranscription entretien - Architecte N°1 (A1)	VIII
Annexe VI : Retranscription entretien - Ergothérapeute N°2 (E2)	XXI

Annexe I : Modèle conceptuel de la CIF



Partie 1. Fonctionnement et handicap

- (a) Fonctions organiques et Structures anatomiques
- (b) Activités et Participation

Partie 2. Facteurs contextuels

- (c) Facteurs environnementaux
- (d) Facteurs personnels

Annexe II : Tableau récapitulatif des types d'ERP

Types d'ERP en fonction de la nature de leur exploitation				
Nature de l'exploitation	Type	Seuils d'assujettissement de la 5 ^e catégorie		
		Ensemble des niveaux	En sous-sol	En étages
Structure d'accueil pour personnes âgées	J	25 résidents (100 en effectif total)	(pas de seuil)	(pas de seuil)
Structure d'accueil personnes handicapées	J	20 résidents (100 en effectif total)	(pas de seuil)	(pas de seuil)
Salle d'audition, de conférence, multimédia Salle de réunion, de quartier, réservée aux associations	L	200	100	(pas de seuil)
Salle de spectacle (y compris cirque non forain) ou de cabaret Salle de projection, multimédia Salle polyvalente à dominante sportive de plus de 1 200 m ² ou d'une hauteur sous plafond de moins de 6,50 m	L	50	20	(pas de seuil)
Magasin de vente et centre commercial	M	200	100	100
Restaurant et débit de boisson	N	200	100	200
Hôtel, pension de famille, résidence de tourisme	O	100	(pas de seuil)	(pas de seuil)
Salles de danse et salle de jeux	P	120	20	100
Établissement d'enseignement et de formation Internat des établissements de l'enseignement primaire et secondaire Centre de vacance et centre de loisirs (sans hébergement)	R	200	100	100
Crèche, école maternelle, halte-garderie, jardin d'enfants	R	100	interdit	20 (si un seul niveau situé en étage)
Bibliothèque et centre de documentation	S	200	100	100
Salle d'exposition	T	200	100	100

Établissement de santé public ou privé, clinique, hôpital, pouponnière, établissement de cure thermale	U	<ul style="list-style-type: none"> • sans hébergement : 100 • avec hébergement : 20 	(pas de seuil)	(pas de seuil)
Lieu de culte	V	300	100	200
Administration, banque, bureau (sauf si le professionnel ne reçoit pas de clientèle dans son bureau)	W	200	100	100
Établissement sportif clos et couvert, salle omnisports, patinoire, manège, piscine couverte, transformable ou mixte Salle polyvalente sportive de moins de 1 200 m ² ou d'une hauteur sous plafond de plus de 6,50 m	X	200	100	100
Musée	Y	200		
Établissement de plein air	PA	300		
Structure gonflable	SG	(pas de seuil)		
Parcs de stationnement couvert	PS	(pas de seuil)		
Gare (pour sa partie accessible au public)	GA	(pas de seuil)		
Hôtel-restaurant d'altitude	OA	20		
Refuge de montagne	REF	(pas de seuil)		

Annexe III : Guide d'entretien des Architectes

Thème	Objectifs	Sous-objectifs	Questions
Thème 1 : Généralités		- Définir le profil de l'architecte interviewé	Pouvez-vous vous présenter succinctement ? : - Âge - Parcours professionnel/école - Année d'obtention du diplôme - Domaine d'intervention - ...
Thème 2 : Accessibilité/ ERP		- Identifier les connaissances et compétences nécessaires dans cette mise en accessibilité - Définir les rôles de l'architecte dans la mise en accessibilité d'un ERP	- Qu'est-ce que signifie la mise en accessibilité pour vous ? A quoi correspond la mise en accessibilité d'un ERP ? - Que devez-vous prendre en compte ? - Quels sont vos rôles principaux dans l'élaboration ou rénovation d'ERP ?
Thème 3 : Architectes	- Identifier l'intérêt d'une sensibilisation auprès des architectes sur la prise en compte des situations de handicap et du confort d'usage lors de la mise en accessibilité d'ERP.	- Mettre en évidence l'intérêt d'une sensibilisation sur l'accessibilité universelle auprès des architectes - Identifier l'impact de l'intérêt de cette sensibilisation dans leur pratique	- Quels sont vos rôles dans la mise en accessibilité d'ERP ? - Est-ce que vous avez déjà rencontré des difficultés/limites lors de la mise en accessibilité d'un ERP ? <u>Relances</u> : Pour quelles raisons ? Qu'avez-vous fait pour pallier ces difficultés ?
Thème 4 : Collaboration/ Ergothérapeute	- Identifier si les compétences de l'ergothérapeute permettent une sensibilisation des architectes à la prise en compte des situations de handicap et du confort d'usage lors de la mise en accessibilité d'un ERP.	- Définir les compétences de l'ergothérapeute dans la sensibilisation des situations de handicap et du confort d'usage - identifier les modalités de la collaboration - mettre en avant les apports et les	- Qu'est-ce qu'une collaboration pour vous ? - Pour quelle raison avez-vous déjà collaboré avec un ergothérapeute ? - Comment s'est réalisée cette collaboration ? A quel moment du projet ? Dans quelles conditions ?

		<p>limites de cette collaboration</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifier l'apport de l'ergothérapeute dans la collaboration Architecte/ Ergothérapeute 	<ul style="list-style-type: none"> - Quel(s) impact(s) cette collaboration a-t-elle eue dans votre pratique ? - Existe-t-il pour vous une limite dans cette collaboration avec l'ergothérapeute ? - Quel est l'apport d'un ergothérapeute ? Sa plus-value dans la mise en accessibilité d'un ERP ?
<p>Thème 5 : Sensibilisation/ Mise en situation</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier par quel(s) moyen(s) cette sensibilisation peut être réalisée. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en évidence quel(s) moyen(s) sont utilisés pour appréhender au mieux les situations de handicap - Identifier la plus-value des mises en situation 	<ul style="list-style-type: none"> - Quels moyens avez-vous utilisés pour vous sensibiliser au mieux aux situations de handicap ? Et à la nécessité du confort d'usage ? (MES) - Quel impact/bénéfice cela a-t-il eu dans votre pratique ?
<p>Thème 6 : Autres</p>			<ul style="list-style-type: none"> - Souhaitez-vous rajouter quelque chose ? Aborder une notion que je n'ai pas évoquée ? - Avez-vous des questions ?

Annexe IV : Guide d'entretien des Ergothérapeutes

Thème	Objectifs	Sous-objectifs	Questions
Thème 1 : Généralités		- Définir le profil de l'ergothérapeute interviewé	Pouvez-vous vous présenter succinctement ? : - Âge - Parcours professionnel/ école - Année d'obtention du diplôme - Domaine d'intervention - ...
Thème 2 : Accessibilité/ ERP		- Identifier les connaissances et compétences nécessaires dans cette mise en accessibilité - Définir les rôles de l'ergothérapeute dans la mise en accessibilité d'un ERP	- Qu'est-ce que vous devez prendre en compte lors d'une mise en accessibilité d'un ERP ? - Avez-vous déjà travaillé sur l'adaptation d'un ERP ? - Quels sont vos rôles principaux dans la mise en accessibilité d'ERP ? - Qu'est-ce que signifie la mise en accessibilité pour vous ?
Thème 3 : Ergothérapeute	- Identifier si les compétences de l'ergothérapeute permettent une sensibilisation des architectes à la prise en compte des situations de handicap et du confort d'usage lors de la mise en accessibilité d'un ERP.	- Définir les compétences de l'ergothérapeute dans la sensibilisation des situations de handicap et du confort d'usage	- Quel est l'apport (compétence) et la plus-value que vous avez pu apporter dans la mise en accessibilité d'un ERP ?
Thème 4 : Collaboration/ Architectes	- Identifier l'intérêt d'une sensibilisation auprès des architectes sur la prise en compte des situations de handicap et du confort d'usage lors de la mise en accessibilité d'ERP.	- Identifier l'apport de l'architecte dans la collaboration Architecte/ Ergothérapeute - Identifier l'impact de cette collaboration	- Qu'est-ce qu'une collaboration pour vous ? - Avez-vous déjà collaboré avec un architecte ? <u>Relances</u> : Pour quelle raison ? Comment cette collaboration a-t-elle vu le jour ? Comment avez-vous été missionné ?

		<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en évidence l'intérêt d'une sensibilisation sur l'accessibilité universelle auprès des architectes 	<ul style="list-style-type: none"> - Comment s'est déroulée cette collaboration ? A quel moment du projet ? Dans quelles conditions ? - Quel est l'apport de l'architecte dans cette collaboration ? - Qu'est-ce que vous apportez à l'architecte durant cette collaboration ? (sensibilisation, apport de connaissances dans le domaine du handicap, du confort d'usage...) - Existe-t-il pour vous une limite dans cette collaboration avec l'architecte ? Dans sa pratique ? (limite dans la formation initiale ?)
<p>Thème 5 : Mise en situation</p>	<ul style="list-style-type: none"> - identifier par quel(s) moyen(s) cette sensibilisation peut être réalisée. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en évidence quel(s) moyen(s) sont utilisés pour appréhender au mieux les situations de handicap - Identifier la plus-value des mises en situation 	<ul style="list-style-type: none"> - Quels moyens utilisez-vous ou souhaiteriez-vous utiliser pour que les autres professionnels (architectes) comprennent mieux les situations de handicap, la nécessité du confort d'usage, la prise en compte des aidants et donc vos préconisations ?
<p>Thème 6 : Autres</p>			<ul style="list-style-type: none"> - Souhaitez-vous rajouter quelque chose ? Aborder une notion que je n'ai pas évoquée ? - Avez-vous des questions ?

Annexe V : Retranscription entretien - Architecte N°1 (A1)

Myriam Melloul (M.M) : Oui allô ?

A1 : Oui ?

M.M : Oui ! C'est Myriam Melloul, l'étudiante pour l'entretien...

A1 : Oui, bonjour Myriam...

Myriam Melloul (MM) : Bonjour... je tiens en premier lieu à vous remercier du temps que vous m'accordez. Je vais dans un premier temps me présenter succinctement. Je m'appelle Myriam Melloul et je suis étudiante en ergothérapie en 3ème année à l'université de Paris-Est Créteil. Et je réalise des entretiens avec des architectes afin de répondre à l'enquête de mon mémoire d'initiation à la recherche qui porte sur le thème de l'accessibilité universelle des établissements recevant du public. Plus précisément, je m'intéresse à la collaboration entre l'architecte et l'ergothérapeute afin de favoriser cette accessibilité.

Avant de commencer, acceptez-vous que cet entretien soit enregistré afin que je puisse le retranscrire et utiliser vos réponses dans mon analyse ? Pour information, cet entretien sera anonyme.

A1 : oui, oui pas de souci.

M.M : Super merci, donc maintenant je vais vous demander de vous présenter succinctement, de me présenter votre cursus, votre parcours professionnel et votre domaine d'intervention ...etc.

A1 : Alors, moi je suis architecte, associé de l'agence **** et responsable de l'agence parisienne et aussi du pôle santé de l'agence de Paris. J'ai repris une activité en agence d'architecture depuis 2013. J'ai été libéral d'abord pendant 5 ans, j'ai fait de l'assistance à la maîtrise d'ouvrage pendant 5 ans dans une agence qui faisait essentiellement des projets de santé. Donc j'ai travaillé sur différents types de projets : hôpital, clinique privée, clinique de soins de suite réadaptation et établissements médico-sociaux pour personnes âgées notamment. J'ai réalisé cette activité en libéral globalement de 97 à 2002, puis après donc j'ai intégré la société **** en assistance à maîtrise d'ouvrage jusqu'en 2005 et après j'ai intégré la fondation anciennement « caisse d'épargne » qui aujourd'hui s'appelle « fondation partage et vie » en tant que responsable des affaires immobilières. Donc là il s'agissait d'accompagner la fondation pour leurs nouveaux projets. Sachant qu'il s'adressait essentiellement à des bailleurs sociaux pour construire leurs nouveaux établissements, n'étant pas maîtres d'ouvrage eux-mêmes. Et donc là

il a fallu bâtir un cahier des charges immobilier, une convention d'étude et de partenariats. Permettant d'intégrer je dirais le processus d'élaboration des projets, de manière à ce que la fondation puisse à la livraison récupérer un bâtiment conforme à leurs attentes et surtout conforme aux attentes aussi des agences régionales de santé et des autorisations obtenues. A cette occasion, j'ai eu l'occasion de travailler sur de nombreux projets d'établissements pour personnes âgées dépendantes et pour des établissements pour personnes handicapées. Je suis restée dans cette fondation pendant 7 ans jusqu'en 2011. J'ai quitté la fondation parce qu'ils ont arrêté à un moment donné leur développement, c'était à l'occasion de la loi HPST qui est apparue. Du coup, ils n'étaient plus vraiment promoteurs de leurs propres projets, il fallait répondre à des appels à projets ce qui était une autre dynamique et cette phase-là faisait qu'ils étaient plutôt dans un objectif de consolidation de leur activité et non plus de développement. Donc moi je n'avais plus vraiment de valeur ajoutée en tant qu'architecte pour travailler au sein de la fondation. Je les ai quittés en très bons termes et j'ai monté ma propre petite structure de conseil avec un médecin pour faire du conseil combiné médico-architectural. Cette société continue à fonctionner, mais c'est plutôt mon associé médecin qui la fait vivre. Sachant qu'entre-temps, moi j'ai donc pris d'autres engagements donc dès janvier 2013 pour développer l'agence parisienne de l'agence ****, qui a été qui a fusionnée avec **** en 2019. Qui est aujourd'hui le nom de l'agence que je représente. Si on peut résumer ce parcours un peu atypique aussi bien en maîtrise d'œuvre qu'en maîtrise d'ouvrage, j'ai une expérience de plus de 20 ans dans le secteur de la santé. Alors avec évidemment plutôt une spécialisation en médico-social on peut dire mais également en soins de suite et réadaptation et aussi une intervention aussi bien en conception qu'en conseil souvent sur des phases amont d'audits de faisabilité de préprogrammation. Sachant que la programmation je la laisse généralement à mes collègues AMO et programmistes, qui sont plus spécialisés que moi là-dessus. Il faut savoir à un moment donné s'arrêter, pour pouvoir reprendre le projet derrière. Donc c'est vrai que comment je connais l'intervention des ergothérapeutes ? A la fois par les échanges que j'ai pu avoir en réunion utilisateurs évidemment avec des professionnels, comme vous, qui intervenaient auprès des établissements. Donc soit dans les établissements mais pas que, puisqu'en fait j'ai eu l'occasion de participer à un master de formation en coordination de projets. Donc c'était un master qui formait des professionnels sur la coordination de projets et de projets de soins.

M.M : D'accord...

A1 : C'est le professeur V**** M**** qui était à la manœuvre dans ce master. C'est un professeur très reconnu pour toutes les problématiques de SLA : sclérose latérale amyotrophique, qui est une maladie neurologique assez complexe, évolutive de manière rapide

et qui fait que l'approche et l'accompagnement du patient est assez complexe. Son objectif c'était de monter un master pluridisciplinaire afin que chacun puisse à son niveau apporter son regard en tant que professionnel. Pour voir comment autour d'un patient on pouvait trouver des solutions combinées et conjointes. Que ce soit le médecin, le cadre de santé, l'ergothérapeute, le psychomotricien et pourquoi pas l'architecte. Et il se trouve que j'ai travaillé avec un ergothérapeute qui s'appelle F**** M****, qui intervient beaucoup autour de ces problématiques d'adaptation de l'habitat. J'ai pu beaucoup échanger avec lui à cette occasion. C'est une personne très intéressante qui m'a donné l'occasion de connaître votre métier et aussi la dimension à la fois d'intervention soit en établissement soit au domicile dans une approche un peu holistique autour des patients ou pas que d'ailleurs. Parce que lui il était plutôt et il est toujours d'ailleurs dans une approche plutôt de prévention autour des questions du vieillissement. Et finalement comment l'ergothérapie pourrait sensibiliser, on va dire les personnes en perte d'autonomie, qui ne sont pas dépendantes. Pour les sensibiliser à l'aménagement de leur domicile pour justement prévenir les problématiques liées à la perte d'autonomie. Donc lui il a beaucoup travaillé à l'époque et encore maintenant, je pense, alors on s'est un peu perdus de vue depuis, parce qu'on a travaillé ensemble sur ce master de 2009 à 2011. Moi j'ai donc enseigné pendant 2 ans et supervisé des interventions de différents professionnels autour des questions liées à l'espace et l'aménagement de l'espace. Et donc lui à l'époque travaillait avec des mutuelles, justement avait cette approche de prévention auprès des personnes âgées à leur domicile. Voilà donc j'avais trouvé que c'était très intéressant justement cette approche de prévention et non pas que d'intervention à posteriori une fois que la perte d'autonomie est survenue. Donc voilà un petit peu mon parcours et ma connaissance du domaine. Alors évidemment les questions d'accessibilité sont au cœur de mon activité quotidienne en tant qu'architecte liée évidemment à la réglementation des ERP donc des établissements recevant du public sur lequel j'interviens en termes de projets. Puisque voilà quand on travaille dans la santé on travaille essentiellement, à l'échelle de mon agence, sur des projets d'établissements recevant du public. Qu'ils soient du type U ou du type J. Le type U étant plutôt en sanitaire donc là sur des projets plutôt hospitaliers donc plutôt public ou privé et sinon sur des établissements médicaux sociaux de type EHPAD ou de type établissement pour personnes handicapées type foyer d'accueil médicalisé, maison d'accueil spécialisée, éventuellement des ESAT... enfin tout type d'établissement qui accueille des personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie. Voilà comment en tous les cas je travaille au quotidien.

M.M : D'accord... Et vous vous êtes formée pour travailler dans le domaine du handicap et de l'accessibilité ? Ou c'est vraiment venu au fur à mesure de votre pratique ?

A1 : Alors je n'ai pas suivi de formation parce qu'à l'époque il n'y en avait pas spécialement. Moi je me suis, ce qu'on appelle « formée sur le tas », c'est à dire que c'est par les différentes expériences professionnelles que j'ai pu avoir que j'ai appris au fur et à mesure en effet sur le terrain les besoins et les attentes. Je dirais que la formation ou l'expérience la plus intéressante et la plus terrain que j'ai pu avoir auprès des personnes âgées ou personnes handicapées c'était quand j'étais à la fondation Caisse d'épargne qui aujourd'hui la fondation Partager et vie. Parce que là j'ai visité énormément d'établissements, j'ai rencontré quasiment tous les professionnels amenés à travailler sur dans ce type d'établissement. Donc pas que des ergothérapeutes, en effet des psychomotriciens, des kinés, des directeurs d'établissement, des cadres de soins... voilà des ASH enfin tous types de professionnels qui interviennent auprès des patients ou des résidents dans ces établissements. Ce qui m'a permis de comprendre comment les personnes travaillaient auprès des résidents ou des patients dans ces établissements et donc aussi appréhender les difficultés qu'ils pouvaient rencontrer par rapport à ces lieux. Parce qu'une des difficultés c'est que la réglementation sur l'accessibilité, elle est aujourd'hui toujours très axée accessibilité du handicap physique. Et très très peu sur le handicap cognitif, notamment ce qu'on appelle les handicaps invisibles, ce qui pour moi est un vrai sujet et qui pour moi aussi est très peu traité voire très peu pris en charge. Alors que ça devrait être rentré dans les mœurs, mais au final ça reste un sujet peu développé, peu matérialisé et peu mis en œuvre. Voilà... enfin c'est mon constat en tous les cas. Et je dirais même que les personnes qui analysent nos dossiers d'accessibilité à mon avis sont très mal informées sur ce sujet et donc pas réellement en capacité d'être force de proposition sur ces sujets-là. Donc l'accessibilité universelle que j'ai entre guillemets « touchée du doigt » et qui normalement dépasse même les murs des établissements. Qui dit universel dit une approche globale à l'échelle de la ville, à l'échelle du mobilier urbain, à l'échelle de tout ça... Aujourd'hui, personne n'est réellement en capacité de la mettre en œuvre parce qu'en fait une des grandes problématiques c'est la chaîne de l'accessibilité. Et donc c'est une forme de continuité de cette chaîne et quand on voit comment finalement la ville est construite, comment les établissements sont construits comment les logements sont construits, eh bien, c'est extrêmement difficile finalement d'intégrer cette réflexion à une échelle un peu globale. Voilà, bon ça c'est mon constat. Donc il y a du boulot !

M.M : En effet !

A1 : Il y a beaucoup de travail et je pense qu'il y a du travail pour vous notamment. Mais pas que ... C'est pour ça que je pense que la collaboration architecte/ergo me semble tout à fait

intéressante et pertinente. Sous réserve qu'on nous permette de la mettre en œuvre. Parce qu'elle n'est pas toujours évidente, c'est à dire que vous vous intervenez à un certain niveau, nous on intervient à un autre et on n'a pas toujours la possibilité de se rencontrer et de croiser les réflexions au moment où finalement la conception se fait dans les établissements. En fait il faudrait créer le lieu de dialogue et de partage et les modalités de ce partage de manière à faire en sorte que les espaces, les équipements soient améliorés dans ce regard, qui est un regard à plusieurs niveaux. Nous on est plutôt à l'échelle du bâtiment, un peu global, c'est ce qu'on nous demande. Mais c'est sûr qu'on ne va pas, ou rarement, jusque dans le détail des équipements qui requièrent un regard autre, à une autre échelle. Donc même si on est capable, entre guillemets, de dessiner une salle de bain accessible/adaptée, autant que faire se peut on se rend compte que parfois on loupe certains détails. Parce que nous on n'a pas votre sensibilité, votre formation qui va aller beaucoup plus dans une approche détaillée. Et on serait tout à fait preneur de ça mais le problème c'est qu'on n'a pas, on ne trouve pas les ressources, on ne nous les propose pas ...

M.M : Oui mais c'est pourquoi cette collaboration prend tout son sens. Je reviens un peu sur la mise en accessibilité d'un ERP. Qu'est-ce que vous prenez en compte lors de cette mise en accessibilité ? Qu'est-ce que ça signifie pour vous mettre en accessibilité un ERP ?

A1 : Déjà nous ce qu'il y a de sûr c'est qu'on doit travailler de la limite de propriété de notre projet jusqu'à l'intérieur du bâtiment. Donc déjà c'est analyser ce flux, cette circulation de l'entrée de l'espace public jusqu'à l'intérieur du bâtiment. Et jusqu'aux espaces qui doivent être rendus accessibles dans le cadre de la réglementation. Donc ça passe évidemment par les accès d'entrée principaux, de sas, de banque d'accueil. Donc comment on est accueilli dans un établissement quand on est une personne en situation de handicap ? Donc ça passe par du mobilier, ça passe par des équipements, ça va aussi jusqu'à l'accès aux différents lieux qui doivent être rendus accessibles à ce public. Sachant qu'il y a des endroits où on nous dit « Non là c'est Code du Travail », mais le Code du Travail n'est pas toujours accessible. Donc en fait la transposition de la réglementation même de l'exploitant nous amène finalement à faire des propositions différentes d'aménagement. Et c'est vrai que pour nous le focus il se fait surtout sur le handicap physique, donc les personnes à mobilité réduite. Après, pour le coup on dispose de tous les cas de figure d'accès à des sanitaires, à des vestiaires, aux locaux communs, à des ascenseurs, éventuellement à des rampes... Voilà si nécessaire par rapport à des jardins, par rapport à des accès terrasse aussi. Donc on réfléchit à tout ça, on sait ce qu'il faut mettre en œuvre pour finalement répondre à tout ça. Mais c'est clair qu'on ne peut pas considérer que sur

la globalité des établissements tout est rendu accessible parce que ce n'est souvent pas possible. Il y a toujours un moment donné où on se rend compte qu'on atteint un certain seuil et donc qu'on n'a pas concrètement une accessibilité universelle pour la globalité des handicaps. Ça c'est sûr que non. Après moi, quand je dis qu'un établissement recevant du public est accessible à 60%, 70% même 80%, on a déjà, je trouve, globalement plutôt réussi notre copie. Mais c'est vrai qu'on n'est pas accessible à 100%, ça c'est sûr que non. Et c'est vrai que quand on applique la réglementation ce n'est pas non plus ce qu'on nous demande.

M.M : D'accord... En effet ! Et est-ce que vous avez déjà rencontré des problématiques dans la mise en accessibilité d'un ERP ?

A1 : Alors oui, c'est déjà arrivé à l'époque où j'étais à la fondation sur des adaptations par rapport à de l'existant. Donc en effet des réflexions où on se rend compte que même s'il y a parfois des choses qui sont prévues on se rend compte qu'en fait elles ne fonctionnent pas. Finalement c'est par la valeur d'usage qu'on peut repositionner le curseur. C'est vrai que dans les dispositions notamment, une des complexités, c'est par exemple si on parle des sanitaires, la problématique des transferts. Pour des personnes en fauteuil les transferts se font d'un côté ou de l'autre. Parce qu'il y a des personnes qui ont peut-être plus de facilité à faire des transferts côté gauche ou des transferts côté droit. Donc parfois on a positionné le WC qui fait que ce n'était pas accessible. C'est pour ça qu'aujourd'hui dans l'évolution de la réglementation, sur des sanitaires accessibles par exemple, on nous demande une cuvette qui est au centre et qui permet de faire un transfert d'un côté et de l'autre. Mais avec tout l'impact que ça a d'un point de vue surface. C'est à dire qu'avant on avait soit d'un côté soit de l'autre là aujourd'hui on a un sanitaire qui ... voilà ! Mais c'est vrai que ça génère énormément de surfaces d'usage. Après on comprend pourquoi, mais c'est vrai qu'on ne peut pas avoir des sanitaires comme ça partout, parce que ce n'est juste pas possible à mettre en œuvre. Donc sur un certain nombre de sanitaires il y a éventuellement un sanitaire comme ça à chaque étage. Moi je pense que ça c'est tout à fait jouable, surtout dans un bâtiment neuf, après on a souvent la problématique que les existants ne sont pas toujours adaptables de manière à améliorer les usages. C'est un vrai sujet. Autant on sait qu'il y a énormément d'équipements et de mobiliers qui permettent d'améliorer les choses et ça n'est pas très compliqué à mettre en œuvre. Parfois l'architecture et l'organisation des lieux ne nous permettent pas toujours de faire ce qu'on aimerait faire.

M.M : Oui oui, tout à fait... Et quels moyens utilisez-vous pour mieux comprendre la problématique de la personne et mieux appréhender sa situation de handicap et d'usage ? Comme pour les WC, par exemple.

A1 : Pour moi idéalement, mais ça ce n'est pas toujours, c'est de voir la personne en situation handicap et de constater sa problématique. Après c'est vrai que nous, les architectes, la problématique qu'on a c'est qu'on rencontre très très rarement les utilisateurs. C'est à dire que moi les seules fois où j'ai rencontré l'utilisateur c'était quand j'étais à la fondation Partage et vie où là justement on était en contact, pour le coup avec les patients et les résidents. Du coup, quand je visitais un établissement avec le directeur ou le cadre de santé, on pouvait rencontrer le résident ou patient qui pouvait partager sa problématique. Mais souvent en fait la problématique est tronquée, c'est à dire qu'on nous rapporte qu'il y a telle ou telle problématique mais en réalité on ne la constate pas. Je dirais même que ce qui est tronqué c'est la traduction de la problématique qui ne va même pas être juste. Parce que tant qu'on n'a pas vu la personne confrontée au problème d'accessibilité, eh bien je pense qu'on peut avoir des interprétations fausses. Et je pense que la mise en expérience, c'est à dire vraiment en confrontation de la réalité de ce que vivent ces personnes, serait la meilleure des choses en termes de formation et de compréhension de la problématique liée au handicap. Et peut-être que justement cette expérience partagée avec des personnes comme vous, qui le vivez beaucoup plus que nous d'une certaine manière, permettrait cette expérimentation du handicap au plus près. Ce serait tout à fait intéressant pour nous, ça affinerait la compréhension et l'adaptation nécessaires de la conception et de la réalisation des espaces. Il m'est aussi souvent arrivé de me mettre dans un fauteuil roulant afin d'essayer de comprendre ou de pousser un fauteuil avec une personne de 90 kilos dessus pour se rendre compte que typiquement les fameux ressauts de 2 cm ce n'est pas facile. Je pense que finalement vivre ce genre d'expérience ça apprend beaucoup. Par exemple, faire un transfert d'un fauteuil sur des toilettes, quand on ne l'a jamais fait avec les fameuses barres de relevage ... eh bien la mise en situation je trouve est la meilleure des approches même quand on n'est pas handicapé pour se rendre compte finalement de ce que vit une personne handicapée. C'est clair que se lever d'un lit ou aller chercher sur sa table de nuit sa télécommande pour utiliser de la domotique pour allumer sa télé alors qu'on a du mal... enfin tout ça fait qu'on comprend beaucoup de choses quand on est mis en situation.

M.M : En effet ! En école on se met beaucoup en situation pour mieux comprendre et appréhender le handicap. Ça permet de vraiment se rendre compte et de se dire : « Ah oui là c'est difficile »

A1 : C'est vrai que cette sensibilisation... mais je pense qu'en fait étonnamment, alors c'est vrai que là on est vraiment nous très spécialisés dans notre secteur d'activité mais je me demande même s'il ne faudrait pas qu'il y ait des sortes de modules de sensibilisation, de formation mais à l'échelle de la société civile. Parce que si on veut qu'il y ait l'accessibilité

universelle, il faudrait finalement que tout le monde comprenne à un moment donné... alors tout le monde dans sa vie a eu entre guillemets « un petit accident », s'est retrouvé potentiellement en fauteuil roulant juste pour un problème de cheville ou une jambe cassée ... mais déjà ça permettrait une prise de conscience, alors que quand on se retrouve dans cette situation, c'est compliqué : compliqué de prendre une douche, de se lever d'un lit, d'aller aux toilettes, de monter des marches, de descendre d'un trottoir etc. Donc déjà ça c'est sûr que c'est important, mais pour les gens qui vivent ça au quotidien, en permanence, toute leur vie ou toute une partie de leur vie... eh bien on se rend compte que là, si je dis que le bouton de la lumière a été placé au mauvais endroit, la barre de relevage a été mal positionnée pour pouvoir vraiment se relever correctement depuis ses toilettes... Enfin voilà c'est vrai que pour certains ça peut... Et nous en tant qu'architectes, il y a beaucoup d'archi qui considèrent que c'est du détail, que ce n'est pas grave. C'est vrai que nous comme on a plutôt tendance à intervenir à grande échelle, on considère quelque part que ce n'est pas tellement notre valeur ajoutée. Est-ce que c'est vrai ? Est-ce que ce n'est pas vrai ? Moi je ne suis pas tout à fait d'accord là-dessus, je pense que c'est important qu'on ait conscience de ça et que et que si on ne sait pas faire, au moins on s'adresse à des professionnels qui savent faire pour aller au bout du sujet. Et notamment quand on fait des établissements médico-sociaux dit accessibles aux personnes qu'on va accueillir. Donc ça c'est majeur ! Après je pense que la réflexion mériterait aussi d'être approfondie, même à l'échelle d'un logement. Parce que finalement, il pourrait y avoir des petites réflexions simples qui permettraient d'améliorer potentiellement l'accessibilité pour tous. Moi je suis complètement convaincue de la pertinence en tous les cas de cette réflexion et notamment avec des personnes comme vous, ergothérapeutes.

M.M : Je suis tout à fait d'accord avec vous sur le fait que la collaboration, elle est importante. Et le fait que vous soyez formés mais aussi que vous compreniez ce qu'on peut préconiser ou conseiller, c'est super important...

A1 : Oui c'est comprendre déjà comment vous travaillez. C'est vrai que ce qui est compliqué, c'est que nous on a une formation en sortant de l'école qui est très généraliste.

M.M : D'accord...

A1 : Comme vous avez compris, moi dans mon parcours... je ne sais pas si vous avez eu l'occasion de vous entretenir avec beaucoup d'architectes, mais les architectes entre guillemets qui se sont « spécialisés en santé », c'est une forme de spécialisation qu'on acquiert sur le tas. Ce n'est pas du tout une spécialisation aujourd'hui qu'on retrouve dans les écoles. Alors, il y a des écoles qui commencent à s'intéresser à ça. D'ailleurs, moi je fais partie de l'Union des architectes francophones de la santé, qui regroupe beaucoup d'architectes santé et

qui justement essayent de sensibiliser à cette spécialisation dans les écoles. D'ailleurs, il y a des jeunes que ça intéresse de plus en plus, donc peut être qu'un jour il y aura carrément un master en architecture santé. Et je pense que ce master serait parfait pour justement faire venir des professionnels comme vous, mais pas que... Moi je trouve que par exemple dans la psychomotricité, il y a aussi tout un travail à faire avec des psychomotriciens. Donc comprendre ce travail pluridisciplinaire auprès des personnes qui ont une multiplicité de problématiques. Qui ne sont pas que des handicaps physiques ... Voilà le handicap cognitif, mental qu'on ne connaît pas très bien aussi... Comme les autistes. Il y a tellement de choses à comprendre et à appréhender que pour le coup, pour moi il y aurait une formation, une spécialité absolument... absolument. Là aujourd'hui on en est un peu à l'âge de pierre. Enfin moi personnellement, je trouve qu'on en est à l'âge de pierre... clairement.

M.M : J'espère en tout cas avec le temps il y ait au moins des architectes sensibilisés et formés ... ça serait parfait !

A1 : Ah oui tout à fait ! De toutes façons il faut démarrer l'information par quelque chose. Après ça peut aussi passer par des petites choses simples, aller faire une conférence dans une école pour montrer un petit peu comment vous travaillez... A quelle échelle vous travaillez. Je trouve que ça sera intéressant peut être de monter des partenariats école d'ergothérapie, école d'architecture... vous voyez ? C'est à dire avec des sortes d'échanges... alors évidemment chacun doit après former ces professionnels mais qu'il y ait de temps en temps quelques croisements qui permettent d'amener un peu d'interdisciplinarité dans la réflexion. Je pense que ça serait fondamental... enfin moi j'en suis persuadée en tous les cas et totalement convaincue.

M.M : Je suis tout à fait d'accord avec vous... D'ailleurs vous m'avez dit que vous aviez déjà collaboré avec un ergo au sein de votre Master...

A1 : C'est ça. Ce n'était pas réellement un travail autour d'une véritable mission d'aménagement. C'est vrai que ça je ne l'ai jamais fait, justement jamais, à mon grand regret...

M.M : Ca arrivera sûrement ! Et du coup qu'est-ce que vous avez fait avec l'ergothérapeute lors du Master ? Vous avez collaboré en quoi ?

A1 : On a échangé autour des approches de conception de projets. C'est à dire de finalement faire en sorte... lui il a travaillé aussi beaucoup sur les questions de coordination de soins. Donc on avait fait un ou 2 cours sur ce qui pouvait relier la dimension de coordination des soins autour d'un patient et de la coordination d'un projet. C'est à dire finalement le management d'une équipe pluridisciplinaire... C'était des choses qui nous reliaient l'un et l'autre. C'est à dire comment faire collaborer intelligemment autour, soit d'un projet architectural ou immobilier, soit autour d'un patient. Des professionnels qui eux vont regarder

de leurs différents points de vue, et répondre à des problématiques différentes. Mais comment finalement, il faut qu'il y ait un coordinateur ? Alors je sais qu'il y a des managers enfin des gens qui interviennent comme ça autour de patients, notamment les fameux patients complexes. Je parlais des maladies neurologiques, c'est vrai que ça en fait partie. La fameuse SLA, sclérose latérale amyotrophique, ou la SEP, la maladie de Parkinson... on se rend compte que ça génère une intervention parfois plurielle de professionnels qui... s'il n'y a pas une sorte d'éminence grise qui coordonne un petit peu tout ça et qui est un peu la vue globale de ça... on peut louper quelque chose en fait concrètement. Et donc on avait vraiment beaucoup partagé là-dessus et on était plutôt en phase sur le fait qu'à un moment donné pour bien gérer un projet ou bien gérer entre guillemets le cas d'un « patient complexe » il faut qu'il y ait quelqu'un qui coordonne les différents professionnels amenés à intervenir autour de lui. Donc c'est ça qui nous a reliés dans la réflexion et dans l'intervention au sein du Master. Il y a aussi un truc que j'avais trouvé très très bien... enfin qui m'intéressait beaucoup, c'était la dimension de prévention plutôt que, justement en gros... Eh bien il y a eu un accident, voilà OK on intervient. Mais en fait l'idée étant d'intervenir avant, finalement c'est faire en sorte que l'habitat, le quartier, la ville soit des espaces les plus, entre guillemets, « familiers et accueillants ». Permettant une vraie approche de prévention pour éviter justement la perte d'autonomie, la désorientation, l'inadaptation... Par exemple, quand on habite dans un immeuble et que la première boulangerie est à 2 km, ça c'est très difficile. Parce que du coup la personne âgée, elle va se retrouver à être en perte d'autonomie alors qu'elle pourrait rester chez elle si au pied de son immeuble il y avait le boulanger et la pharmacie. Enfin voilà, finalement on se rend compte que tout ça, l'accessibilité universelle, c'est ça aussi... c'est rendre accessibles des services et les services du quotidien. Et que finalement la personne âgée si elle peut continuer à parcourir 500 mètres depuis son immeuble ou sa maison pour aller acheter son pain, aller chez le médecin ou à la pharmacie, aller acheter un journal, etc. Et qu'elle conserve une vie sociale, à cette petite échelle... Eh bien c'est ça aussi l'accessibilité universelle. Ça dépasse, ça va bien au-delà de la réglementation que nous appliquons au sein de nos établissements. J'en suis persuadée et quelque part en tant qu'architecte, j'aimerais bien justement qu'on sorte un peu des murs, des bâtiments... qu'il y ait une vraie réflexion de coordination des différents professionnels pour réfléchir à l'accessibilité universelle donc jusqu'au plus près de l'aménagement de la salle de bains, de la chambre, de la cuisine. Voilà... comment continuer à cuisiner quand on commence à avoir des problématiques ? C'est à dire rester debout c'est problématique etc. C'est tout ça finalement qui doit être réfléchi et donc c'est ça qui nous avait reliés avec F**** M****. Qui est quelqu'un qui

avait cette vision un peu globale, autour de la prévention que je trouvais tout à fait pertinente à l'échelle de l'habitat notamment.

M.M : Donc il a pu vous amener à réfléchir à ce sujet ? A vous sensibiliser un peu sur la prévention des usages ?

A1 : Oui absolument... Il m'a donné aussi un autre point de vue de professionnels par rapport à ma propre approche du sujet, ça c'est clair...

M.M : Oui, c'est là aussi où la collaboration prend tout son sens. C'est que dans une collaboration, il y a un professionnel qui va pouvoir apporter, et inversement, et c'est super. Ça enrichit, ça crée de l'expérience et avec ces collaborations ça permet d'avoir une vision qui est plus globale. Comme lors de votre collaboration, qui vous a permis d'approfondir cette vision de de prévention...

A1 : Oui... Qui a nécessairement été approfondie par nos échanges et par le fait de le voir intervenir sur certains points, certains sujets. Donc c'est sûr... En fait ce qu'on peut retenir du sujet de l'accessibilité universelle et de ce que vous êtes en train de travailler : de la collaboration ergothérapeute/architecte... Le constat c'est qu'il n'y a pas un professionnel qui est capable de répondre seul à l'accessibilité universelle. Que ce sont plusieurs professionnels qui interviennent, à différentes échelles. Ces professionnels doivent collaborer... Donc comment collaborent-ils ? Comment apprennent-ils à travailler ensemble ? Ca veut dire déjà apprendre à se connaître, apprendre à savoir qui fait quoi et comment. Et trouver finalement les lieux et les relais de cette collaboration. Si on voulait un peu résumer... moi mon point de vue c'est ça et du coup faire en sorte que cette approche-là aussi... alors je dirais de conception universelle, de collaboration universelle en lien avec l'accessibilité universelle se développent à tous les niveaux, à toutes les échelles de la ville. Donc ça voudrait dire que les maires devraient être sensibilisés, ça voudrait dire que les urbanistes devraient être sensibilisés, ça voudrait dire que les gens qui conçoivent du mobilier urbain devraient connaître cette approche. C'est un travail très ambitieux à mon sens mais à l'échelle de la société... de formation, de sensibilisation et d'actions qui permettraient que les choses soient améliorées dans les années à venir g...

M.M : D'accord et du coup est-ce que vous avez constaté une limite dans cette collaboration entre les différents professionnels ?

A1 : Ah oui ! Je pense que la limite elle existe déjà. C'est à dire qu'en fait on intervient tous de manière très cloisonnée. Une des grandes problématiques, c'est ça ! C'est à dire que moi j'interviens à un instant T du projet avec mon maître d'ouvrage mais qui ne va pas me dire « Allez chercher l'ergothérapeute ». Parce que l'ergo, il va arriver une fois que tout est construit et il va dire « Oh là là mais qui a construit ça ? ». Et il a raison parfois... ou pas. Et donc c'est

ça la problématique. C'est qu'aujourd'hui, on intervient tous en solo. Parce qu'un projet c'est très long et la vie d'un projet c'est très très long... donc entre le programmiste qui va intervenir à un moment donné, puis qui va lancer son programme, et l'architecte qui va y répondre, qui va faire son projet, qui va être livré en effet au gestionnaire qui va finalement le récupérer et le faire vivre... jusqu'à l'utilisateur que nous, les 3/4 du temps, on ne rencontre pas. Ce qui est un vrai problème. Voilà et vous donc ergothérapeute qui allez travailler avec l'utilisateur et en adaptant les choses... Eh bien voilà on se rend bien compte qu'il y a tout un séquençement de projets sur lequel il n'y a pas, il n'y a jamais de rencontre finalement où on réunit les différents utilisateurs. De manière à avoir cette vision la plus holistique possible, la plus systémique possible si je puis dire pour pouvoir répondre à une réelle problématique d'accessibilité universelle. Pourquoi ? Parce que c'est souvent un manque de temps ce sont des problématiques liées aussi à la réglementation. C'est-à-dire qu'un projet public est soumis, par exemple, à la réglementation de la loi maîtrise d'ouvrage publique, qui fait que normalement l'architecte ne rencontre pas l'utilisateur. L'architecte, on lui donne un programme dans le cadre d'un concours sur lequel il a été, par exemple, retenu à concourir. Parce qu'il y a différentes phases en plus ! Ça, c'est compliqué... Il y a une phase de candidature, ou si on est retenu, on concourt avec un programme qui a été établi par un programmiste avec le maître d'ouvrage, quand même. Et donc on répond à un projet dans la phase de conception, déjà dans cette première phase, sans aucun dialogue ni avec le programmiste, ni avec le maître d'ouvrage, ni avec les professionnels. Alors après rien n'empêche qu'une fois que l'architecte, enfin le groupement, a gagné le concours... Souvent il y a évidemment un dialogue qui s'instaure à cette phase avec des utilisateurs. Mais toute la phase à nous, elle se fait sans vous, on travaille un peu tout seul donc soit on a eu connaissance un petit peu des spécificités du sujet et dans ces cas-là on n'est pas trop à côté de la plaque. Mais parfois il y a des projets, on répond... On interprète les choses parce que dans un programme tout n'est pas écrit. On ne connaît pas tout... C'est un peu le sujet. Vous voyez la difficulté ?

M.M : Oui oui... vous n'êtes pas la première personne qui met en avant cette problématique. J'ai assisté à une conférence entre professionnels du bâtiment et ergothérapeutes, et ce qui ressortait énormément c'est qu'il n'y avait pas assez de moments de réel échange. Du coup, personne ne pouvait expliquer ses actions. Quelquefois les professionnels du bâtiment disaient que les ergo avaient préconisé quelque chose qu'ils ne comprenaient pas forcément. Du coup, eh bien soit ils ne mettaient pas en place, soit ils mettaient en place mais pas forcément correctement. Ce qui engendrait des conflits entre les professionnels...

A1 : Eh oui, ce qui est dramatique. Parce qu'en fait tout le monde autour de la table a envie de bien faire. L'architecte à la base il n'est pas là pour faire mal... Enfin il essaie de faire de son mieux. Mais en effet comme je le dis, je pense qu'il y a un problème de manque de formation sur certains points et manque de dialogue entre professionnels. Ça c'est sûr. Donc il faut, je pense, passer par la formation, la sensibilisation et trouver aussi cet espace de dialogue. C'est à dire qu'à un moment donné, il faudrait presque faire en sorte que pour chaque projet on soit sûr de rencontrer l'ergothérapeute avec lequel on va pouvoir discuter autour du projet, par exemple.

M.M : Non mais vous avez tout à fait raison... Eh bien j'ai posé toutes les questions que je voulais. Est-ce que vous vous avez quelque chose à rajouter ? Quelque chose que je n'aurais peut-être pas abordé et dont vous voudriez me parler ?

A1 : Non, je pense vous avoir tout dit...

M.M : D'accord ! Eh bien je vous remercie encore du temps que vous m'avez accordé et vous souhaite une bonne fin de journée et une bonne continuation...

A1 : Merci, bonne fin de journée à vous aussi ! Au revoir ...

Annexe VI : Retranscription entretien - Ergothérapeute N°2 (E2)

Myriam MELLOUL (M.M) : Oui allô ?

E2 : Oui Myriam, tu m'entends ?

M.M : Oui oui... Pour commencer, je vais me représenter et te recontextualiser le but de cet entretien. Je m'appelle Myriam MELLOUL et je suis étudiante en 3e année à l'IFE de Créteil. Dans le cadre de mes études je suis amenée à réaliser un mémoire sur l'ergothérapie et l'accessibilité universelle et plus précisément sur : comment l'ergothérapeute peut-il favoriser, lors de la collaboration avec un architecte, une activité universelle pour tous au sein des ERP. Donc voilà grossièrement le thème de mon mémoire. Maintenant je vais te demander, si tu peux te présenter succinctement ? Donc ton cursus, ton parcours professionnel et ton ou tes domaines d'intervention ?

E2 : Bonjour Myriam MELLOUL, je m'appelle **** *, je suis ergothérapeute diplômé en 2000 de l'IFE de Montpellier. J'ai travaillé pendant 3 ans en SSR gériatrique et à la suite de ça, puisque l'hôpital était co-porteur du projet de CLIC, j'ai postulé au poste de coordinateur du centre local d'information de coordination déontologique de **** *, que j'ai obtenu. Et cela, pendant 3 ans. Donc j'ai aidé à la création et au développement du CLIC, et ensuite je suis parti travailler pendant 7 ans au sein d'une association... pour travailler dans le domaine de l'habitat et donc de l'adaptation des logements, sur les problématiques d'accessibilité des immeubles, des ERP, de la voirie notamment. Donc tout ça pendant 7 ans. Ensuite je suis parti faire de la formation et j'ai créé aussi mon activité libérale. J'ai travaillé aussi comme ergothérapeute créateur d'aide technique, donc j'ai remporté en 2013 le prix de la bourse Charles Foix Silver Valley. Par ce truchement, j'ai rencontré les cofondateurs de **** *. Donc j'ai pris une mission de développement et j'ai ensuite été recruté comme directeur et ... enfin je suis cofondateur et directeur des opérations de *****. Voilà, ma vie professionnelle et à côté de ça je suis aussi au conseil d'administration de la FEG, qui est présente au CMDE de l'ergothérapie dont je suis le vice-président.

M.M : D'accord...

E2 : Et je suis aussi enseignant vacataire à l'IFE de **** *.

M.M : Du coup est ce que tu as déjà travaillé dans l'adaptation d'ERP, dans la mise en accessibilité d'ERP ?

E2 : Tout à fait !

M.M : Et quels ont été tes rôles et missions durant cette mise en accessibilité ?

E2 : Alors déjà le rôle que j'ai eu au départ... puisque quand j'ai travaillé sur le sujet c'était donc après 2005 quand il y a eu la loi. Il y a eu le déploiement des PAVE sur le territoire français. Et donc la fédération des PACT travaillait justement sur un audit type des ERP, de la voirie. Donc moi j'ai participé déjà au niveau de la Fédération nationale des PACT. Donc à la création de cet outil, en tant qu'ergothérapeute. On était 2 ergothérapeutes à l'époque à travailler sur le sujet, il y avait aussi des urbanistes, des techniciens du bâti. Et donc voilà j'ai coconstruit ce document d'études. Et ensuite au sein du PACT 77, j'ai pu contribuer à des études d'accessibilité. Donc de PAVE, sur plusieurs commune, intercommunalité Seine et Marnaise. Avec des bailleurs HLM, j'ai pu moi-même être sur le terrain et faire de l'arpentage. Et donc participer à la rédaction et à la présentation de ces études d'accessibilité.

**M.M : D'accord et du coup qu'est-ce que ça signifie pour toi la mise en activité ?
Qu'est-ce que tu vas prendre en compte ?**

E2 : Alors il y a la problématique... il y a 2 sujets. Il y a la norme, puisque déjà il faut se référer aux normes et donc à la loi. Et puis après, il y a la notion d'usage. Donc c'est aussi favoriser les usages et une accessibilité pour tous. Puisque c'est vrai que dans l'idée commune qu'on peut se faire sur les problématiques d'accessibilité, quand on parle avec des élus, quand on parle avec des techniciens enfin... des directions techniques, soit municipalité, soit bailleur HLM voilà... on pense surtout au handicap moteur. Donc le fauteuil roulant, voire les personnes à mobilité réduite. Mais on évoque peu souvent les troubles enfin... les handicaps invisibles. Qui sont quand même la majorité des handicaps comme les handicaps liés au trouble sensoriel. Donc mon travail d'ergothérapeute c'était aussi ça, c'était aussi de faire prendre conscience à ces personnes, à ces techniciens, mais même à mes collègues à l'époque, que le handicap n'est pas que moteur, il est aussi sensitif, cognitif etc. Et que la norme ne répondait pas forcément à toutes ces notions d'usage et donc qu'il était aussi important de sensibiliser tout le monde sur ces sujets.

M.M : D'accord, et comment les sensibilisais-tu à ces sujets ?

E2 : Et bien en essayant d'être le plus... comment dire... pédagogue, en expliquant ce que sont ces handicaps. Et du coup, en expliquant un petit peu ce sont, par exemple, les problématiques de basse vision. Et donc on a commencé aussi à l'époque... Donc là je parle de ça, il y a maintenant plus d'une dizaine d'années, à faire des sensibilisations des personnels. Par exemple, moi j'ai fait des sensibilisations, il y a plus de 10 ans, des personnels des bailleurs HLM. Sur la notion justement d'incapacité. Donc à l'époque les simulateurs de vieillissement n'existaient pas encore. Malgré tout j'avais créé des lunettes déjà. On faisait déplacer les personnes en fauteuil roulant, avec des cannes, avec des lunettes... voilà. Déjà on les

sensibilisait à ça, à ces différents types de handicap. Donc on avait vraiment créé aussi ces formations... donc on avait été précurseurs sur ces sujets. Puisque je te dis, ça fait bien plus de 10 ans. Voilà donc via ces formations on a essayé d'être pédagogiques et de sensibiliser les personnels, les différentes personnes à ces notions de différents types de handicap. Et de sortir un petit peu de la problématique du fauteuil roulant.

M.M : D'accord, oui donc ces sensibilisations leur permettaient plus de visualiser les différents types de handicap et de leur faire comprendre qu'il n'existait pas que le handicap moteur ?

E2 : Tout à fait !

M.M : Et du coup tu as déjà collaboré avec des urbanistes etc. mais est-ce que tu as déjà collaboré avec des architectes lors de tes missions ?

E2 : Oui oui, ça m'est arrivé à plusieurs reprises.

M.M : D'accord, aussi dans la mise en accessibilité d'ERP ?

E2 : Il y avait les collaborateurs d'architectes... Eh bien quand on travaille dans la mouvance des bâtiments il y a des architectes parmi les équipes des PACT. J'ai travaillé avec des architectes un peu plus tard, sur notamment les problématiques de réhabilitation d'EPHAD. C'était plus sur des sujets ... sur la réhabilitation d'ERP et la mise en accessibilité de ces EPHAD.

M.M : D'accord et du coup dans cette collaboration quelle était ta plus-value ?

E2 : Il y en avait de 2 types... Je reviens à ce que je disais tout à l'heure sur l'usage. Et puis aussi la notion d'expérience de l'activité au sein de ces structures. Parce qu'on parle des résidents mais il y a aussi les professionnels qui travaillent. Que ce soient les agents techniques, les aides-soignantes, les infirmières... enfin voilà, tous les professionnels qui travaillent au sein de ces établissements, et moi-même j'ai travaillé en EPHAD... ça permet d'avoir une vision très précise de ce qu'on attend d'un lieu. Comment fait-on pour que l'architecture d'un EPHAD puisse être aidante. Et comment va-t-on amener, encore une fois, ces notions d'usage, d'expérience auprès des architectes, qui vont prendre en compte ces remarques pour modifier quelques éléments sur leurs plans. Parce que bon, eux ils vont faire des établissements qui sont aux normes et il n'y aura pas de problématique liée à la norme, puisqu'ils connaissent les normes. Après ce sont des notions d'usage qu'on va vraiment apporter, d'expérience de ces lieux. Pour arriver à faire que ces lieux soient plus ergonomiques pour ses usagers.

M.M : D'accord. Et comment se sont créées ces collaborations ? Qui a fait appel à qui ? Est-ce que ce sont les architectes qui ont fait appel à toi de manière spontanée ?

E2 : Alors c'est eux qui ont fait appel à moi, mais parce qu'il avait une contrainte. En fait les architectes répondent à des marchés. Donc il y a un appel d'offres et il y a un cahier des charges. Et c'est parce que dans ce cahier des charges, il y avait cette notion de collaboration avec un ergothérapeute que les architectes se sont mis en quête d'en trouver un. Donc ça a rarement été quelque chose de spontané. Ça a été contraint dans le cahier des charges. Et c'est comme ça qu'ils sont venus à moi.

**M.M : D'accord, et du coup dans quelles conditions a eu lieu cette collaboration ?
Est-ce que vous avez pu vous voir en réel ?**

E2 : Oui oui bien sûr ! On a travaillé ensemble. Déjà on répond à l'appel d'offres. Moi j'amène les éléments matériels pour pouvoir répondre à l'appel d'offres. Et une fois que l'appel d'offres est remporté... oui oui on s'est rencontrés avec les architectes. Et puis après... eh bien on avance sur les projets.

M.M : Et la collaboration s'est bien passée ?

E2 : La collaboration oui... enfin ça dépend. Au départ il y a quand même une méconnaissance de notre profession de la part des architectes et de ce qu'on peut apporter. L'architecte, lui c'est un sachant. Et l'ergothérapeute vient selon lui remettre en cause certaines de ses pratiques. Au départ, faut aussi trouver sa place et expliquer ce qu'on va apporter. Et comme quoi, on ne va absolument pas remettre en cause ses savoirs. Et qu'on va essayer, justement d'avoir une relecture plus axée sur l'usage, sur l'expérience. Donc, il faut expliquer que j'avais moi-même travaillé au sein des EPHAD et que je travaille régulièrement avec ces équipes. Et qu'on va apporter un autre regard sur différents éléments. L'idée c'était aussi d'apporter une connaissance sur les nouvelles technologies, sur le matériel, sur les aides techniques. Sur ce qu'on peut aussi maintenant mettre en place dans les structures comme la domotique. Donc ça ce sont des notions qu'ils ne connaissent pas. Ils ne connaissent pas forcément tout ce qui va être matériel de transfert, tout ce qui va être aujourd'hui... je parlais par exemple des salles Snoezelen par exemple. Un architecte n'a pas forcément beaucoup de connaissances sur ce sujet-là. Sur les notions d'éclairage, de couleurs par rapport à la maladie d'Alzheimer par exemple. Ces notions de surveillance. Donc l'idée c'était d'apporter tout ça. Et donc encore une fois d'être pédagogique vis-à-vis des architectes. Et amener aussi un savoir. Il faut que l'ergothérapeute amène un savoir, une expérience. Et là quand on apporte quelque chose, en expliquant qu'on ne va pas se marcher les uns sur les autres, ça se passe bien. Donc moi ce que j'avais demandé c'était de pouvoir animer des focus groupe avec les utilisateurs des EPHAD, personnes âgées et professionnels. Pour leur expliquer un peu la démarche, pour comprendre aussi leurs attentes par rapport au lieu. Et essayer d'apporter des choses nouvelles.

M.M : D'accord oui. Et est-ce que tu as mis en situation ces architectes comme tu as pu le faire avec d'autres professionnels ?

E2 : Non non... parce que ce n'était pas forcément dans le cadre de la mission. Parce qu'encore une fois ce sont des missions tout ça, c'est du temps : qui paye le temps ? Qui paye la formation, etc. ? Non non, là c'est vraiment amener de la théorie et du savoir, et assez rapidement afin d'arriver à les convaincre. Ceux avec qui j'ai travaillé, ça s'est bien passé. Il faut être précis ! C'est pour ça que j'insiste souvent sur ces notions de théorie. Ça veut dire qu'avec ces personnes-là, il faut arriver avec certains savoirs théoriques sur les pathologies, par exemple. Parce que l'architecte, il ne sait pas forcément comment va réagir un malade Alzheimer dans un certain environnement. Ce n'est pas son métier. Et quand dans un EPHA, par exemple, il y a toute une unité protégée... il faut arriver avec tous ces savoirs-là. Donc il faut avoir des connaissances. Des connaissances théoriques, des connaissances pratiques. Et c'est comme ça qu'on va convaincre la personne qu'on a en face de nous de nous écouter, voilà tout simplement. Donc ça c'est important.

M.M : Du coup est-ce que tu penses qu'un étudiant sorti fraîchement de l'école donc un ergothérapeute débutant, peut réaliser cette mission de collaboration avec un architecte ?

E2 : Je ne pense pas, parce qu'il faut acquérir un savoir de terrain. Je ne m'amuserais pas à aller, par exemple si demain on m'appelle pour participer à la réalisation d'une MAS : je n'ai jamais travaillé en MAS ! J'ai fait une formation de 3 jours mais ce n'est pas pour autant que je pense avoir les compétences nécessaires pour dire ce qu'il faudrait dans une MAS. Il y a plein d'éléments que je ne connais pas donc dans ce cas-là je m'appuierais sur une collègue qui aurait travaillé en MAS. Je ne me serais pas amusé à faire des projets sur des EPHAD, si je n'y étais jamais allé. Il y a aussi une expérience à acquérir. Surtout qu'en sortant d'un diplôme d'Etat... enfin moi je suis responsable à l'IFE de *****, de l'enseignement sur le sujet et ce sont quelques heures en première année. C'est 3 heures et demie, je crois en 2^{ème} année sur l'adaptation de l'habitat mais ce n'est pas suffisant. Ce n'est pas suffisant pour se dire qu'avec ce diplôme d'Etat je peux me permettre d'aller au contact d'un architecte pour amener tout ce savoir théorique et pratique. Ce n'est pas vrai. Il faut acquérir une expérience, une expertise terrain. Il faut avoir travaillé avec des aides-soignantes, avec des infirmières, il faut avoir travaillé en EPHAD, dans des lieux comme ça, pour connaître les contraintes architecturales. Une fois qu'on a été confronté à ces difficultés-là, on va arriver avec un savoir et avec un tas d'expériences. Mais non, il est, pour moi, illusoire pour un jeune diplômé de dire : "je peux aller travailler tout de suite avec un architecte". Ça n'a pas de sens.

M.M : Oui c'est vrai qu'en sortant d'école, un ergothérapeute même si ça fait partie de ses missions... c'est compliqué de réaliser une mission comme ça et qu'elle soit vraiment bien menée. On n'a pas forcément tous les bagages et l'expérience comme tu as dit du terrain, des usages et des usagers.

E2 : Oui oui mais ça c'est clair ! Il ne faut pas griller les étapes. Je veux dire, on sort d'un diplôme d'Etat avec quelques stages, mais qui ne vous donne pas l'expertise métier. Enfin il faut donner le temps au temps. Quand on veut faire de l'expertise... dans le mot expertise, il y a le mot expert. Donc pour être expert dans un domaine il faut y avoir travaillé et avoir développé cette expertise. Donc par définition ça prend du temps. Je ne peux pas être expert en une semaine, je ne peux pas être expert en 3 mois. Il faut avoir travaillé pendant quelques mois, quelques années sur un sujet pour dire : "je suis expert". Moi je suis ergothérapeute depuis 20 ans, un peu plus maintenant 22 ans et il y a plein de domaines où je ne suis pas expert. Si on me parle de l'autisme, je ne suis pas expert. Si on me parle... j'ai fait des orthèses dans ma vie, au tout début de ma carrière. Je me débrouillais bien. Mais ça fait quasiment 19 ans, 18 ans que je n'ai pas fait une orthèse et demain si on me demandait de refaire une orthèse... je serais bien en galère. Il me faudrait un peu de temps pour bien m'y remettre. Le métier d'ergothérapie est tellement vaste, il y a tellement de sujets à traiter que voilà... moi je suis un expert dans ce que je fais aujourd'hui. Je suis un expert, je peux le revendiquer en tant que tel. Alors en gériatrie j'ai un certain savoir, parce que ça fait 22 ans que je travaille en gériatrie. J'ai fait un peu de pédiatrie, donc je vois un petit peu ce que c'est mais je ne suis pas pour autant un expert. Ou on est un généraliste... Un généraliste fait un peu de tout. Donc voilà ! Donc oui en sortant de diplôme c'est un peu juste. Par exemple, au CMPE on traite des demandes de la HAS : la Haute Autorité de Santé ; on recrute des experts pour travailler sur certains sujets. Et quand on envoie des experts, on regarde le CV. Et on regarde si la personne a bien travaillé dans le domaine d'expertise. On ne va pas envoyer une personne qui sort d'un diplôme d'Etat, toute fraîchement validée. On garde des personnes qui ont travaillé 3, 4, 5, 6 ans dans ce domaine d'expertise, pour dire ok on peut nommer cet ergothérapeute comme expert auprès de la HAS. On n'a jamais nommé d'ergothérapeute qui avait eu son diplôme 2 mois avant. Et d'ailleurs l'HAS ne l'aurait pas accepté. Parce que l'HAS quand elle demande un expert, elle regarde le CV, quel est le savoir de la personne. Donc c'est logique, c'est une logique métier. C'est une logique quand on nomme des experts notamment au niveau ministériel tel que pour l'HAS.

M.M : Et du coup est-ce que tu vois une limite dans cette collaboration avec l'architecte ?

E2 : La limite c'est ça : c'est de se dire à quel moment suis-je crédible ? En fait, c'est une question de crédibilité, à quel moment suis-je crédible ? Moi j'ai la chance d'avoir au sein de mon équipe des ergothérapeutes dont certains sont sortis tout de suite de l'école et sont maintenant un peu plus expérimentés, j'ai aussi des ergothérapeutes plus expérimentés. Et ça me permet de me dire à quel moment je peux envoyer un ergo pour travailler dans tel domaine. Donc la limite de la crédibilité, c'est de se dire que tu en as fait assez sur le sujet pour dire que tu peux y aller quoi. Donc après c'est une question aussi d'honnêteté intellectuelle et professionnelle, en se disant à un moment donné : “à quel moment je peux y aller ou pas”. Et comme on a tous le même diplôme d'Etat, à la limite qui peut dire que je suis expert ou pas. Tu as des preuves de ta crédibilité parce que tu as travaillé sur les sujets, parce que tu as écrit, tu as publié des articles sur tel ou tel sujet, tu as pu aller à un congrès faire ci, faire ça... Tu t'es formé aussi. C'est aussi la formation continue qui fait qu'on te trouve crédible dans ce que tu fais. Et de toute façon si tu n'es pas crédible, on ne fait plus appel à toi. Et c'est important parce qu'il y a des sujets où des ergothérapeutes vont, qui ne sont pas experts sur le sujet et qui derrière rendent une mauvaise copie. Moi j'ai des exemples comme ça. Et après les partenaires disent : “mais moi je ne veux pas d'un ergothérapeute si c'est pour faire ça, ça ne m'intéresse pas”. Donc c'est aussi à un moment donné le risque pour le métier de dire : “moi je peux tout faire, je suis ergothérapeute, j'ai le même diplôme que l'autre”... Eh bien non ! Ça peut paraître moins technique le sujet de l'adaptation parce qu'effectivement on n'est pas sûr de la pathologie, mais à un moment ça demande un savoir, de l'expérience. Et si on ne l'a pas, on ne répondra pas aux attentes des partenaires. Et ce savoir-là, on ne l'acquiert pas sur les bancs de l'université.

M.M : Justement, j'allais te demander si pour toi une formation pallie ce manque ou si c'est plutôt le terrain qui...

E2 : Le terrain... Après je ne connais pas de formations dédiées ergothérapeutes sur le sujet. Après avec un organisme de formation on a aussi créé une formation sur l'accessibilité. Donc voilà, il y a des formations qui sont aujourd'hui ouvertes aux ergothérapeutes pour faire un peu plus. Après rien ne vaut la pratique pour connaître les... En fait quand on parle d'usage, il faut connaître les usages. Et pour connaître les usages, il faut de l'expérience dans le domaine. Il faut passer du temps, il faut s'immerger, il faut observer. C'est pour ça que quand on est ergothérapeute, je pense que l'une des premières qualités, c'est l'observation de l'autre. Comment réagit-il ? Et cela, que ce soit un patient, un bénéficiaire ou un collègue ou un soignant. Comment réagit-il devant telle situation ? Est-ce qu'il se met en difficulté ? Est-ce qu'il est en incapacité de faire ? Est-ce qu'il réalise correctement son activité ? Et nous, on a un regard pour dire : “Qu'est-ce que je peux apporter pour que l'activité soit réalisée de la meilleure

des façons ?”. C’est ça le métier d’ergo. Enfin, c’est comme ça que je conçois mon métier. C’est comment je fais en sorte que l’activité soit réalisée dans les meilleures conditions possibles. Pour tout individu.

M.M : Mais du coup est-ce que tu penses que c’est possible qu’un ergothérapeute puisse faire une mise en accessibilité d’un ERP comme une bibliothèque, un cinéma ou un centre commercial ? Où il y a vraiment toute une population diverse et variée.

E2 : Je pense que oui, à partir du moment où on connaît la finalité du lieu. Quand on va au cinéma, on sait pourquoi on y va. Le cinéma ce n’est pas technique et il faut que toute personne puisse y accéder pour pouvoir regarder un écran.

M.M : Mais du coup l’ergothérapeute aurait une utilité dans ce genre de mise en accessibilité ? Ou un architecte seul pourrait-il y arriver ?

E2 : Tu peux toujours avoir un regard. Après effectivement c’est assez généraliste là pour le coup. Est-ce que vraiment il y a une plus-value... je n’en suis pas certain. Après si, tu peux toujours avoir un regard sur les handicaps invisibles. Sur la qualité de la signalétique, sur les couleurs, sur la taille des caractères, des choses comme ça voilà. Que toi tu vas pouvoir appuyer. Après les sanitaires, ou les choses comme ça... il peut y avoir de petites choses quelquefois qui ne sont pas toujours bien faites aussi. Après dans ces lieux, il y a beaucoup de communication et généralement les communicants sont très bons justement sur les tailles de caractères, sur les couleurs, sur... Donc il y a rarement des choses à redire quand on va dans des espaces comme ça. Enfin dans les établissements qui sont modernes.

M.M : Ok, je pense avoir abordé un peu tous les thèmes. Est-ce que toi tu as quelque chose à rajouter ? Une notion que je n’aurais peut-être pas abordée où évoquée ? Et dont tu aimerais me faire part.

E2 : Non...je pense que c’était complet. Après, on sait qu’il y a une discussion en ce moment sur la réforme des études d’ergothérapie. Ainsi, ce sujet de l’accessibilité et d’adaptation de l’habitat, notamment avec le sujet de “ma prime adapt”, je parle au sens large... on voit qu’il y a un vrai enjeu pour les ergothérapeutes et leur demande que la formation initiale soit un petit peu enrichie. Et puis continuer aussi sur la formation continue. Donc ce sont les enjeux de demain.

M.M : Oui !

E2 : La formation initiale n’est pas suffisante ça c’est sûr. Moi les cours je les ai suivis en 1^{ère} année. Donc déjà quand vous arrivez en 3^{ème} année, il y a plein de choses que vous ne savez plus...

M.M : Oui... eh bah merci beaucoup, pour le temps que tu m’as accordé.

E2 : Eh bah bon courage pour la suite alors ...

M.M : Merci. Au revoir !

E2 : Au revoir Myriam.

Table des matières

Sommaire	5
Table des sigles et des abréviations	6
Introduction	7
Cadre conceptuel	8
I. La personne en situation de handicap	8
a. Du handicap à la situation de handicap.....	8
i. Étymologie du terme « handicap ».....	8
ii. Apparition du terme « handicapé ».....	8
iii. Évolution de la vision du handicap.....	9
b. Situation de handicap et environnement.....	9
i. Pris en compte de l'environnement.....	9
ii. Évolution de la vision du handicap.....	10
iii. Handicap et situation de handicap.....	10
c. L'accessibilité de tout et pour tous.....	11
i. Définition de l'accessibilité.....	11
ii. Accessibilité universelle, pour quelle population ?.....	11
iii. Les différents handicaps.....	12
iv. Les aidants.....	13
v. Accessibilité universelle, pour quelle structure ?.....	14
II. Les établissements recevant du public	15
a. Les ERP.....	15
i. Définition.....	15
ii. La loi.....	15
iii. Acteur clé accessibilité ERP.....	16
b. Le rôle des architectes dans accessibilité.....	16
i. Le métier d'architecte.....	16
ii. L'architecte un professionnel de l'accessibilité.....	17
iii. Limite de l'architecte dans l'accessibilité.....	17
c. Accessibilité et usage.....	18
i. La notion d'usage.....	18

ii.	Prise en compte de l'usage et des usagers	18
III.	L'ergothérapeute	20
a.	L'ergothérapeute.....	20
i.	L'ergothérapie	20
ii.	Rôle de l'ergothérapeute.....	20
iii.	L'ergothérapeute un acteur de l'accessibilité	21
b.	Le confort d'usage	22
i.	Définition.....	22
ii.	Apport personne handicapée	22
iii.	Acteur clé.....	23
c.	Collaboration interprofessionnelle	23
i.	Complémentarité architecte/ ergothérapeute	23
ii.	Collaboration émergent vers une accessibilité universelle.....	24
iii.	Un transfert de connaissance entre professionnels	24
IV.	Hypothèse	25
	<i>Cadre expérimental :</i>	50
I.	Méthodologie de l'enquête	50
a.	Objectifs :	50
b.	Populations :	51
c.	Outils :	52
d.	Passation des entretiens	53
II.	Présentation et analyse des résultats de l'enquête.....	55
a.	Présentation des architectes et ergothérapeutes interviewés	55
1.1.	Les architectes	55
1.2.	Les ergothérapeutes	56
b.	L'accessibilité universelle	56
1.1.	Les normes et l'usage	56
1.2.	Les ERP	58
1.3.	Les personnes en situation de handicap.....	59
c.	La collaboration architecte/ ergothérapeute	60
1.1.	Modalités et apports de la collaboration.....	60
1.2.	Limites	62
1.3.	Perspectives d'amélioration.....	63

d.	L'architecte dans la mise en accessibilité d'ERP	63
1.1.	Rôles et compétences	63
1.2.	Limites	64
e.	L'ergothérapeute dans la mise en accessibilité d'ERP	66
1.1.	Rôles et compétences	66
1.2.	Limites	67
f.	La sensibilisation	68
g.	Les mises en situation.....	70
III.	Discussion	73
IV.	Limites et Intérêts.....	76
a.	Limites de l'étude	76
b.	Intérêt de l'étude	76
	<i>Conclusion</i>	77
	<i>Bibliographie</i>	78
	<i>Table des annexes</i>.....	87

Résumé

La France a pris un certain retard en matière d'accessibilité. En effet, de nombreux établissements recevant du public (ERP) sont encore considérés comme non-accessibles d'après la réglementation. L'accessibilité étant pourtant un enjeu pour tous. Les architectes spécialistes dans la mise aux normes d'accessibilité et du cadre bâti, vont donc intervenir. Et afin d'avoir une vision holistique, ils vont pouvoir collaborer avec des professionnels spécialistes des usages et du domaine du handicap tel que l'ergothérapeute. Cette étude explore donc les rôles et la plus-value de l'ergothérapeute lors de la collaboration avec un architecte dans une mise en accessibilité d'ERP. Plus précisément, l'enquête permet de mettre en évidence si l'ergothérapeute peut favoriser l'accessibilité universelle à travers des sensibilisations via des mises en situations. Et cela, afin de favoriser la prise en compte du confort d'usage et des différents types de handicap pour les architectes. Des entretiens semi-directifs ont donc été menés auprès de 2 ergothérapeutes et de 2 architectes. L'analyse et la discussion des résultats montrant qu'une sensibilisation par des ergothérapeutes permet aux architectes d'avoir une vision plus globale et ainsi de tendre vers une accessibilité universelle. Cette étude met ainsi en évidence que l'ergothérapeute a pour rôle de sensibiliser les architectes et que ses compétences le lui permettent. Cependant, le manque de temps lors de la collaboration limite ce temps de sensibilisation. Une mise en place en amont de cette action semblerait plus pertinente.

Mots clés : collaboration - ergothérapeute – architecte – accessibilité universelle – sensibilisation - mise en situation

Abstract

France has fallen behind in terms of accessibility. Indeed, many establishments open to the public are still considered non-accessible according to the regulations. Yet accessibility is an issue for everyone. Architects specialised in compliance with accessibility standards and the building development domain will therefore intervene. And in order to have a holistic vision, they will be able to collaborate with professionals specialised in the field of uses and disabilities, such as occupational therapists. This study therefore explores the roles and added value of the occupational therapist when collaborating with an architect in the accessibility of public establishments. More specifically, the study highlights whether the occupational therapist can promote universal accessibility by raising awareness through simulations. The aim is to encourage architects to take into account the user friendliness and the different types of disability. Semi-directive interviews were therefore conducted with two occupational therapists and two architects. The analysis and discussion of the results shows that awareness raising by occupational therapists allows architects to have a more global vision and thus to move towards universal accessibility. This study shows that the occupational therapist's role is to raise the awareness of architects and that their skills allow them to do so. However, the lack of time available during the collaboration limits this awareness-raising time. It would seem more appropriate to implement this action beforehand.

Key Words: collaboration - occupational therapist - architect - universal accessibility - awareness – real simulation