
Mémoire de fin d'études : "La collaboration ergothérapeute/architecte afin d'optimiser l'accessibilité des espaces pour les personnes en situation de handicap physique. Etude des territoires luxembourgeois et wallon"

Auteur : Legros collard, Coralie

Promoteur(s) : Courtejoie, Fabienne; Schaff, Gwendoline

Faculté : Faculté d'Architecture

Diplôme : Master en architecture, à finalité spécialisée en art de bâtir et urbanisme

Année académique : 2019-2020

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/9134>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.



UNIVERSITÉ DE LIÈGE – FACULTÉ D’ARCHITECTURE

LA COLLABORATION
ERGOTHÉRAPEUTE/ARCHITECTE AFIN D’OPTIMISER
L’ACCESSIBILITÉ DES ESPACES POUR LES
PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PHYSIQUE

Etude des territoires luxembourgeois et wallon

Travail de fin d’études présenté par Coralie LEGROS COLLARD en vue de l’obtention du
grade de Master en Architecture

Sous la direction de : Fabienne COURTEJOIE

Gwendoline SCHAFF

Année académique 2019-2020

Axe(s) de recherche : Haute Qualité Construite

Je tiens tout d'abord à remercier mes promotrices, M^{me} Fabienne Courtejoie et M^{me} Gwendoline Schaff, pour leur disponibilité, leurs nombreuses relectures ainsi que leurs précieux conseils tout au long du travail.

Merci également à mes lectrices, M^{me} Anne Dengis et M^{me} Marie Roosen, pour le temps accordé à la lecture de ce mémoire.

Je tiens ensuite à remercier M. Jordan Barbette pour son aide et ses nombreux renseignements qui m'ont permis de mener à bien mes recherches.

Je remercie encore toutes les personnes qui m'ont accueillie lors de ce travail ; M. Philippe Vos de l'AViQ, M^{me} Laurence Tonglet du bureau d'études Plain-Pied, l'ensemble de l'équipe de l'asbl ADAPTH et particulièrement M^{me} Maud Croix et M. Fabiano Munisso pour leur accompagnement et leur relecture.

Enfin, un dernier merci à mes proches pour leur soutien et leur patience lors de ces cinq dernières années, ainsi que pour leur participation de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire.

Table des matières

INTRODUCTION	3
CADRE THÉORIQUE	6
1. Situation de handicap et besoins spécifiques	7
1.1. Définition du handicap	7
1.2. Droits des personnes handicapées	9
1.3. Catégories principales de besoins spécifiques	10
2. Accessibilité et conception universelle	12
2.1. Accessibilité	12
2.2. Conception universelle	13
3. Ergothérapie	15
4. Collaboration en architecture	16
 MÉTHODOLOGIE	18
1. Récolte des données	19
1.1. Grand-Duché de Luxembourg (ADAPTH asbl) – Observation participante	19
1.1.1. Terrain d'étude	19
1.1.2. Méthode	20
1.2. Territoire wallon – Entretiens et littérature scientifique	23
1.2.1. Terrain d'étude	23
1.2.2. Méthode	24
2. Interprétation des données	27
 RÉCOLTE DES DONNÉES	28
1. Grand-Duché de Luxembourg	29
1.1. L'Assurance Dépendance	29
1.1.1. L'architecte sous-traitant de l'ergothérapeute	32
1.1.2. La co-traitance de l'architecte et de l'ergothérapeute	37
1.2. Le projet de révision de loi	39
1.3. Conclusions des observations récoltées	42
2. Territoire wallon	44
2.1. L'AViQ Handicap	44
2.2. Les services conseils	45

2.2.1.	Les services conseils subventionnés par l'AViQ.....	45
2.2.2.	Les services conseils non subventionnés par l'AViQ.....	46
2.3.	Le CAWaB.....	48
2.4.	Conclusion des observations récoltées	49
3.	Conclusion des données récoltées	50
 INTERPRÉTATION DES DONNÉES.....		52
1.	Dimension économique	53
1.1.	Forces.....	53
1.2.	Faiblesses.....	54
1.3.	Opportunités.....	56
1.4.	Menaces.....	56
2.	Dimension légale.....	57
2.1.	Forces.....	57
2.2.	Faiblesses.....	57
2.3.	Opportunités.....	58
2.4.	Menaces.....	59
3.	Dimension sociale	60
3.1.	Forces	60
3.2.	Faiblesses.....	62
4.	Dimension territoriale	65
4.1.	Forces.....	65
4.2.	Faiblesses.....	66
4.3.	Opportunités.....	67
4.4.	Menaces.....	68
5.	Conclusion des interprétations	69
 CONCLUSIONS.....		72
1.	Constats généraux.....	73
2.	Recommandations sur l'environnement	75
3.	Propositions de modèles qualitatifs	78
3.1.	Modèle de collaboration pour l'accessibilité du domicile	78
3.2.	Modèle de collaboration pour l'accessibilité des lieux soumis à la réglementation	80
4.	Limites de l'étude et réflexions pour un approfondissement de la recherche	81

Introduction

L'atténuation du handicap évolue avec les progrès du domaine médical. Ainsi, d'une part, l'espérance de vie augmente, d'autre part, les maladies et accidents sont mieux soignés. « Face à cette accélération, la médecine demande à l'architecture de prendre le relais de son action : soigner, rééduquer, corriger mais dans le but d'intégrer la personne à la société ou plutôt dans les espaces architecturaux qu'elle aménage. » (GROSBOIS, 2003, p.22)

Dès lors, quel(s) processus peut-on mettre en place dans le domaine de l'architecture afin d'améliorer la production en matière d'accessibilité ?

La conception d'une architecture est rarement le résultat du seul travail de l'architecte. « La collaboration avec au moins un non-architecte est [...] un phénomène à la fois plus massif [...] et plus intéressant, puisqu'il pose la question des rapports entre les professionnels et de l'évolution de leurs compétences respectives. » (CHAMPY, 2001, p.100). Considérant alors l'architecte comme le spécialiste spatial de l'accessibilité, il est intéressant de renforcer ses compétences avec celles d'un spécialiste paramédical de l'accessibilité : l'ergothérapeute.

Après avoir défini les termes de handicap, accessibilité et ergothérapie, nous nous intéresserons aux processus de collaboration entre l'ergothérapeute et l'architecte afin de déterminer les rôles et responsabilités, les forces et les faiblesses, ainsi que les atouts et les inconvénients d'une telle collaboration.

Pour analyser ce processus, dans une première partie, une observation participante sera réalisée au sein de l'asbl ADAPTH du Grand-Duché de Luxembourg. Elle aura une durée de quinze journées réparties sur une période de deux mois permettant ainsi de suivre un large éventail d'activités réalisées par l'asbl. Les données récoltées seront de l'ordre de l'observation, de l'entretien et de la consultation de sources écrites.

Dans la deuxième partie de la recherche, après avoir observé un dispositif à l'étranger, nous étudierons les processus locaux. Plus précisément, les compétences liées à l'accessibilité du territoire belge étant régionalisées depuis 1994 (AVIQ, 2020), nous nous attarderons uniquement sur le cas de la Wallonie. La recherche se fera sous forme d'entretiens auprès de personnes ressources choisies pour leurs connaissances du dispositif wallon ou pour leur expérience.

Les informations obtenues des deux territoires feront ensuite l'objet d'une analyse critique déterminant les limites et les enjeux de la collaboration ergothérapeute/architecte. Cette analyse tiendra compte de l'organisation mise en place par les acteurs des différents territoires mais également de l'environnement dans lequel se déroule la collaboration.

Finalement, nous tenterons de définir un ou plusieurs modèles qualitatifs de processus qui permettraient d'optimiser l'accessibilité des personnes en situation de handicap physique en tenant compte des limites déterminées, organisationnelles ou extérieures.

Cadre théorique

Avant d'étudier les possibilités de processus de collaboration entre les ergothérapeutes et les architectes en vue d'optimiser l'accessibilité des espaces pour les personnes en situation de handicap physique, plusieurs concepts sont à définir.

Le premier concept définit la population à laquelle est destiné ce type d'intervention et les différents besoins spécifiques auxquels les architectes peuvent tenter de répondre. Nous définirons, ensuite, les principes mis en place afin de répondre à ces besoins : les concepts d'accessibilité et de conception universelle. Pour exploiter au mieux ces principes, ce travail suggère de compléter les compétences spatiales de l'architecte avec les compétences paramédicales de l'ergothérapeute, dont la discipline sera brièvement décrite également. Enfin, le concept de collaboration dans le contexte de l'architecture sera développé pour introduire les processus étudiés dans la suite de la recherche.

1. Situation de handicap et besoins spécifiques

1.1. Définition du handicap

« Par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres » (ONU, 2006, p.4).

Dans la révision de la classification du handicap en 2001, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) décompose le handicap en deux éléments : d'une part l'organisme, de l'autre ses activités et participations. Ces composantes vont être impactées par des facteurs environnementaux et personnels. La CIF (Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé) définit donc l'état de handicap d'une personne comme étant « le résultat de l'interaction dynamique entre son problème de santé et les facteurs contextuels » (OMS, 2001, p.8). Elle ajoute que les facteurs environnementaux peuvent aussi bien faciliter qu'entraver le quotidien de la personne concernée.

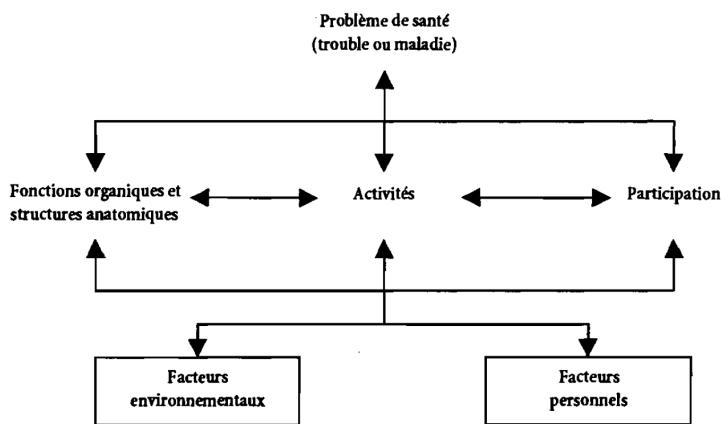


Figure 1 - Interactions entre les composantes de la CIF (OMS, 2001, p.19)

Ces deux définitions considèrent donc le handicap comme le résultat d'une inadéquation entre la personne et son milieu. Nous pouvons ainsi en conclure que « si l'environnement général dans lequel une personne porteuse de déficiences vit, se déplace, apprend, ... est totalement aménagé, alors le handicap disparaît, la personne peut vivre normalement ses activités quelles qu'elles soient. » (FERTE, 2008, p.4). Dès lors, une distinction peut s'établir entre le handicap et la situation de handicap : par exemple, une mauvaise vue peut représenter le premier terme, l'oubli des lunettes peut constituer le deuxième terme, alors que le port de celles-ci fera disparaître le handicap.

D'après l'OMS, « plus d'un milliard de personnes vivent avec un handicap, sous une forme ou une autre, soit environ 15 % de la population » (2011, p.7). Si l'on considère les situations de handicap qui regroupent toutes les réductions de mobilité, alors ce chiffre atteint 30 à 40% (LA CAMBRE, 2004).

1.2. Droits des personnes handicapées

Le 13 décembre 2006, la Convention relative aux droits des personnes handicapées est adoptée au siège de l'Organisation des Nations Unies à New-York avec pour principes généraux (ONU, 2006) :

- La non-discrimination
- La participation et l'intégration pleines et effectives à la société
- Le respect de la différence et l'acceptation des personnes handicapées comme faisant partie de la diversité humaine et de l'humanité
- L'égalité des chances
- L'accessibilité
- L'égalité entre les hommes et les femmes
- Le respect du développement des capacités de l'enfant handicapé et le respect du droit des enfants handicapés à préserver leur identité

En ratifiant la Convention le 2 juillet 2009, la Belgique s'engage à respecter celle-ci ainsi ses principes généraux.

Par ailleurs, dans l'article 4 relatif aux obligations générales, la Convention oblige les Etats Parties à « entreprendre ou encourager la recherche et le développement de biens, services, équipements et installations de conception universelle [...] qui devraient nécessiter le minimum possible d'adaptation et de frais pour répondre aux besoins spécifiques des personnes handicapées, encourager l'offre et l'utilisation de ces biens, services, équipements et installations et encourager l'incorporation de la conception universelle dans le développement des normes et directives » (ONU, 2006, p. 5 – 6).

1.3. Catégories principales de besoins spécifiques¹

Une personne dont la situation de handicap a une incidence sur le déplacement dans l'espace est également appelée « personne à mobilité réduite ». Ce terme regroupe différentes catégories de besoins spécifiques en rapport avec l'environnement, définies par le CAWaB. Celles-ci sont décrites succinctement ci-dessous :

- **L'enfance et la petite enfance**

Cette catégorie se réfère à plusieurs autres catégories de besoins : la poussette nécessite des aménagements proches du fauteuil roulant, le jeune enfant appartient également à la catégorie des personnes marchant difficilement, et enfin, l'enfant éprouve des difficultés de compréhension.

- **Les personnes vieillissantes**

Le vieillissement, comme l'enfance, peut engendrer différents types de besoins repris dans les catégories suivantes. Cette tranche de population est non négligeable car l'espérance de vie en Belgique n'a cessé d'augmenter ces dernières décennies. Actuellement, la moyenne a atteint 81,5 ans pour l'ensemble de la population (STATBEL, 2019). D'ici 2040, le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans aura doublé et celui des personnes de plus de 80 ans triplé (CHARLOT, GUFFENS, Le Bien Vieillir asbl, 2006). Rappelons également que chaque individu est destiné à vieillir et rencontrer ainsi cette catégorie de besoins.

- **Les personnes en fauteuil roulant**

L'utilisation d'un fauteuil roulant, qu'il soit manuel ou électrique, nécessite une série d'aménagements conséquents dans un projet d'architecture (largeurs de passage, aires de rotation, inclinaison des pentes, etc.).

¹ D'après le « guide d'aide à la conception d'un bâtiment accessible » (CAWaB, 2013)

- **Les personnes marchant difficilement**

Lorsque l'usage des membres inférieurs n'est pas entièrement perdu mais tout de même réduit, la personne peut se déplacer sans fauteuil roulant mais aura également besoin d'aménagements relatifs à son déplacement (espace dépourvu d'obstacles, trajectoire simple, disponibilités d'appuis, etc.).

- **Les personnes aveugles**

Privée de sa vue, la personne aveugle doit se repérer dans l'espace par ses autres sens, principalement le toucher et l'ouïe. L'espace doit donc fournir les informations qui lui permettront de s'orienter en sécurité en prévenant, par exemple, des variations de niveau, dangers, changements de directions, etc. par un relief au sol ou un son.

- **Les personnes malvoyantes**

Dans ce cas-ci, la vue n'est pas absente mais défaillante. Les couleurs contrastées et la qualité de la lumière s'ajoutent alors aux besoins repris dans la catégorie précédente.

- **Les personnes sourdes**

Comme pour la perte de la vue, la perte de l'ouïe engendre une compensation des besoins par les autres sens, en particulier la vue. Les informations sonores (alarmes, appels, etc.) doivent être retranscrites visuellement et la lecture de l'espace doit être efficace pour se repérer.

- **Les personnes malentendantes**

Souvent équipées d'un appareil auditif, les personnes malentendantes peuvent être soulagées par un système de boucles à induction magnétique par exemple. De manière générale, les dispositifs qui améliorent la perception spatiale des personnes malvoyantes ou sourdes rendent également plus confortable la situation des personnes malentendantes.

- **Les personnes en difficulté de compréhension**

La dernière catégorie de besoins concerne les personnes qui présentent un trouble d'ordre cognitif (le traitement et le stockage de l'information, la communication et l'action). Les espaces doivent donc simplifier les usages et la localisation mais aussi proposer une signalétique limpide.

Si les catégories tentent de définir différents besoins, rappelons que, de manière générale, ce qui est confortable pour l'un l'est également pour l'autre.

2. Accessibilité et conception universelle

2.1. Accessibilité

Si certaines pathologies ne peuvent se passer d'une aide au quotidien, qu'elle soit humaine ou technique, d'autres peuvent s'atténuer ou disparaître si les lieux sont aménagés pour ces types de pathologies et offrir ainsi à la personne concernée le maintien d'une forme d'autonomie (ROOSEN, 2017).

« L'accessibilité consiste à fournir un accès égal aux environnements physiques et numériques en offrant des lieux et des ressources sûrs, sains et adaptés à la diversité des personnes susceptibles d'en faire usage » (FOLCHER, LOMPRÉ, 2012, p. 89 – 90). L'accès, la circulation et l'utilisation des espaces sont les trois composantes indissociables de l'accessibilité (CHARTER, 2003).

La dimension accessible est celle qui lie l'architecte au handicap. En effet, les définitions du handicap de l'ONU et de l'OMS démontrent que l'architecture va déterminer ou supprimer certaines situations de handicap selon sa conception et son exécution. Le rôle de l'architecte est donc majeur dans la bonne application de la convention relative aux droits des personnes handicapées : l'architecte sera un générateur d'exclusion en concevant inaccessible et, à l'opposé, d'intégration en concevant accessible (ROOSEN, 2017).

Les exigences de l'accessibilité sont différentes selon le public auquel l'espace est destiné. Les espaces ouverts au public ou à usage collectif sont destinés à accueillir le plus grand nombre et doivent alors respecter une série de normes. Pour les espaces privatifs, l'adaptation se fera sur mesure, en fonction des besoins réels de la personne et sans normes. « L'âge, l'activité, le mode de vie, la pathologie et son évolutivité, sont autant de facteurs qui concourent à la personnalisation de toute situation et donc de toute solution » (MARCONNET, 2011, p.40).

Le CAWaB (Collectif Accessibilité Wallonie Bruxelles) identifie cinq actions à réaliser pour un bâtiment accessible : « stationner », « entrer », « circuler », « utiliser » et « évacuer » (CAWaB, 2013).

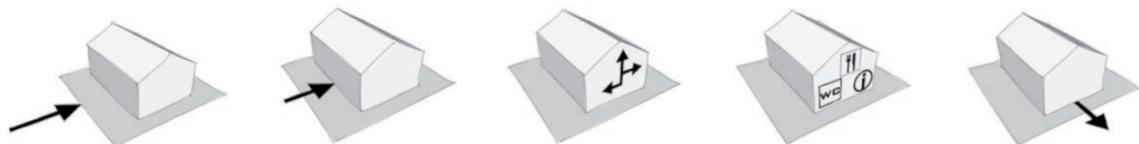


Figure 2 - Les cinq maillons de déplacement (CAWaB, 2013, p. 29)

Ce critère de conception est souvent perçu comme une contrainte budgétaire pour un projet alors que les coûts d'accompagnement liés à l'inaccessibilité sont, eux, une source importante de dépenses sociales supplémentaires (APF, 2011).

2.2. Conception universelle

« Dans les années 90, l'architecte américain Ronald Mace utilise pour la première fois le terme « Universal Design ». Se déplaçant en chaise roulante depuis l'âge de 9 ans, il a conscience qu'il vit dans un monde qui n'est pas conçu pour lui » (SCHUMAN & VANDECANDELAERE, 2012, p.7).

La conception « inclusive », « pour tous », « transgénérationnelle », ... sont de multiples termes dont la signification est identique (SCHUMAN & VANDECANDELAERE, 2012). Nous choisirons pour cette définition le terme de « conception universelle » utilisé dans les obligations de la convention de l'ONU qui définit le concept comme tel : « conception de produits, d'équipements, de

programmes et de services qui puissent être utilisés par tous, dans toute la mesure possible, sans nécessiter ni adaptation ni conception spéciale. La « conception universelle » n'exclut pas les appareils et accessoires fonctionnels pour des catégories particulières de personnes handicapées là où ils sont nécessaires » (ONU, 2006, p.4).

« Rendre les bâtiments accessibles aux personnes ayant des incapacités, c'est la conception adaptée aux personnes handicapées. Rendre les bâtiments plus sûrs et plus confortables pour tous les usagers y compris les personnes ayant des incapacités, c'est la conception universelle » (S. Goldsmith, 2000, cité dans GROSBOIS, 2003, p.57). La conception universelle va donc au-delà du concept d'accessibilité ; il ne concerne plus l'aménagement pour les personnes en situation de handicap mais bien un aménagement unique qui convient à chacun. Dans la conception, les besoins des personnes concernées par l'accessibilité sont intégrés avec ceux de tous pour exclure toute forme de discrimination. « D'une manière générale, il est très rare que l'autonomie et le confort de l'un restreigne celui des autres. Le plus fréquemment l'inverse se produit. » (ANAH, 2006, p.3).

Pour que chacun puisse développer le concept, un groupe d'experts du Center on Universal Design en Amérique a établi 7 principes à respecter (SCHUMAN & VANDECANDELAERE, 2012) :

1. Usage équitable
2. Flexibilité ou souplesse d'usage
3. Usage simple et intuitif
4. Information perceptible immédiatement
5. Tolérance à l'erreur
6. Faible niveau d'effort physique
7. Dimension et espace prévus pour l'approche et l'usage

3. Ergothérapie

L'ergothérapeute est un professionnel du milieu paramédical. Il travaille avec des personnes qui présentent un handicap physique, psychique, cognitif ou encore sensoriel. « « Ergothérapie » vient du grec *ergon* qui signifie travail, et décrit par conséquent une thérapie qui utilise l'activité ou le travail comme moyen de prise en charge » (DRIESSEN, 2016, p.152). La discipline se concentre sur l'activité de ces personnes : son objectif est de permettre, de rétablir ou de maintenir l'activité des personnes. « Les ergothérapeutes croient dans le fait que les activités sont le reflet de ce que nous sommes et qu'elles donnent du sens à la vie. Si une personne est incapable d'accomplir les choses qu'elle souhaite ou doit réaliser, son bien-être général, et donc sa santé, en seront affectés. Les occupations d'une personne se retrouvent ainsi étroitement liées à sa qualité de vie et au sens qu'elle donne à son existence. » (DRIESSEN, 2016, p.154).

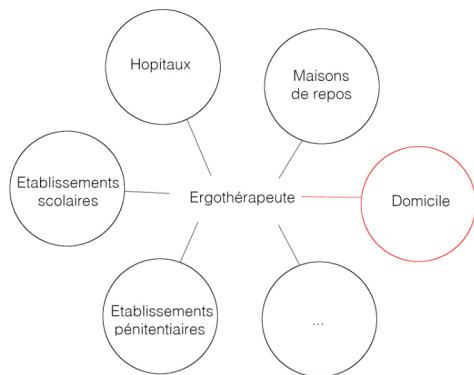


Figure 3 - Cadres d'activités de l'ergothérapeute

Le cadre d'activité ne se limite pas au domicile, mais intègre également le poste de travail, les loisirs, etc. Si l'ergothérapie se développe principalement dans le milieu hospitalier, notamment en gériatrie ou encore en neurologie, certains choisissent plutôt de s'orienter dans le scolaire, le carcéral ou le domicile.

En milieu hospitalier, l'ergothérapeute s'inscrit dans une équipe multidisciplinaire (médecin, kinésithérapeute, psychomotricien, etc.) axée sur le « processus de rééducation, de réadaptation et de réinsertion de la personne en situation de handicap » (DRIESSEN, 2016, p.152). La recherche présente se concentre sur l'ergothérapeute à domicile, et plus particulièrement sur le cas de l'adaptation de cet environnement de vie. Le milieu paramédical, représenté alors par l'ergothérapeute, rencontre le domaine de la construction et ainsi de l'architecte. Cette manière de pratiquer le métier d'ergothérapeute enrichit la notion de multidisciplinarité et d'échange de connaissances.

A la différence du kinésithérapeute dont l'objectif est d'augmenter la mobilité du patient, l'ergothérapeute tente d'augmenter son autonomie. Il ne se limite donc pas au membre déficient mais au fonctionnement complet de la personne et de son corps. Dans son travail, il tient compte du fait que chaque patient est différent face à un type de handicap et présente donc des aptitudes propres. Il évalue, dans un premier temps, la personne et ses pathologies dans son environnement et ses activités dans la vie quotidienne. Il tente de déterminer tous les obstacles que le patient rencontre et cherche des alternatives à ceux-ci.

La formation nécessaire à l'accès au métier intègre « l'apprentissage du développement et du fonctionnement du corps humain, les différentes pathologies et handicaps existants, l'apprentissage des techniques de rééducation et des solutions de compensation au handicap » (DRIESSEN, 2016, p.153 – 154). « Grâce à leur expertise dans l'analyse de ces relations complexes et réciproques, les praticiens en ergothérapie font des recommandations pour structurer, modifier ou adapter l'environnement et le contexte, pour améliorer et soutenir la performance. » (TROUVE, 2016, p.4).

4. La collaboration en architecture

Le concept de collaboration peut se définir comme « une forme solidaire de travail. L'action est individuelle mais intégrée afin de réaliser une œuvre collective ; l'individu participe au résultat mais sans que sa participation puisse être identifiée, ni même mesurée. Il s'agit en conséquence d'un mode de partage, partage des savoirs, des contributions et des résultats. » (GANGLOFF-ZIEGLER, 2009, p.100).

De tout temps, l'homme a collaboré pour survivre et se développer. La psychologue Sally Augustin définit la chasse comme le premier processus de collaboration répondant à des besoins d'alimentation. Elle souligne également que nous devons la plupart de nos grandes réalisations scientifiques, artistiques et autres à la collaboration de plusieurs individus (AUGUSTIN, 2014).

Toute réalisation architecturale découle d'un travail collaboratif plus ou moins important selon la complexité de la conception (CHAMPY, 2001). Le projet d'architecture est donc le support d'un réseau de spécialistes parmi lesquels peuvent intervenir l'ingénieur en stabilité, l'ingénieur HVAC, le géomètre, l'acousticien, l'architecte d'intérieur, le coordinateur sécurité-santé, le responsable PEB, l'entrepreneur et une multitude d'autres professionnels (Ordre des Architectes, 2020). Chacun renforce le projet selon les compétences qui lui sont propres afin d'optimiser qualitativement la réalisation architecturale. L'architecte coordonne ces interventions à l'image d'un chef d'orchestre afin de les synthétiser dans un même projet.

Cette pluridisciplinarité « implique inévitablement que les moyens d'interactions en place dans une organisation permettent la fluidité et la transparence des échanges pour le bon fonctionnement du groupe, car la communication est la clé pour le développement des liens interpersonnels qui, eux, sont

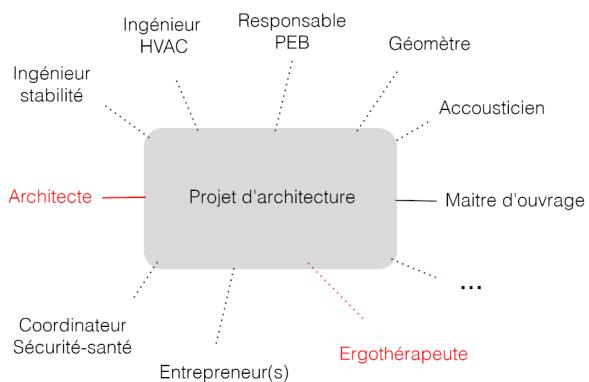


Figure 4 - Acteurs d'un projet d'architecture

la fondation des relations de confiance et de respect. » (PLOURDE, 2014, p.18). De plus, chaque spécialiste utilise un vocabulaire et des outils qui lui sont propres et que l'interlocuteur ne maîtrisera pas nécessairement. D'une manière générale, qu'ils s'adressent aux autres concepteurs ou au maître d'ouvrage, les différents intervenants devront adapter leur communication pour partager au mieux leur savoir et l'intégrer dans le développement du projet (ROOSEN, 2015).

L'accessibilité, précédemment définie, est une dimension de l'architecture, obligatoire pour les bâtiments publics et accessibles au public, confortable dans le domaine privé. L'ergothérapeute intervient à sa manière sur les espaces en vue de les rendre accessibles. Dès lors, les deux disciplines peuvent lier leurs compétences en conception spatiale pour augmenter le champ de réflexion et développer de nouvelles solutions pour les personnes qui présentent des besoins spécifiques.

Méthodologie

La question à laquelle nous tentons de répondre à travers ce travail est la suivante : quel processus de collaboration entre ergothérapeute et architecte peut-on mettre en place pour améliorer la production architecturale en matière d'accessibilité ?

Pour y parvenir, dans un premier temps, une observation d'un processus développé au Grand-Duché de Luxembourg, qui traite la question de l'adaptation des lieux de vie privatifs et collectifs, est réalisée. Une recherche est également menée en Wallonie pour comprendre les ressources disponibles dans notre environnement.

Dans un deuxième temps, une analyse critique de ces données, récoltées sur les deux territoires, est réalisée en vue de répondre au questionnement posé.

1. Récolte des données

1.1. Grand-Duché de Luxembourg (ADAPTH asbl) – observation participante

1.1.1. Terrain d'étude

Le choix du terrain d'étude a été déterminé par la lecture d'un mémoire d'ergothérapie sur le rôle de l'ergothérapeute dans un processus d'adaptation du logement, et dont les données avaient été récoltées lors d'un stage dans le bureau présenté ci-dessous (BARBETTE, 2016).

Fondée en 1985, l'asbl ADAPTH (Association pour le Développement et la Propagation d'Aides Techniques pour Handicapé(e)s), Centre de compétence national pour l'accessibilité des bâtiments, subventionnée par le ministère de la Famille et de l'Intégration, « a pour objet de promouvoir et de prendre toutes les mesures auprès de personnes physiques et morales, dans le but de rendre, dans la mesure du possible, autonome et/ou indépendante toute personne atteinte d'une déficience limitant ses activités dans son environnement » (ADAPTH, 2017, p.3)

L'équipe est composée principalement d'ergothérapeutes, mais également d'un ingénieur industriel et d'un architecte (ainsi qu'une secrétaire). Les compétences de l'équipe sont souvent renforcées par des collaborations multidisciplinaires du domaine technique, extérieures à l'asbl, notamment d'autres architectes.

Les activités de l'ADAPTH sont, entre autres, l'adaptation du domicile, notamment pour le compte de l'Assurance Dépendance dont l'asbl est la seule contractée actuellement à cet effet, la révision du projet de loi sur l'accessibilité et, en lien avec cette dernière, l'assistance des maîtres d'ouvrage et maîtres d'œuvre pour l'accessibilité des lieux publics ou ouverts au public.

1.1.2. Méthode

Observation participante

Cette première partie de la recherche est réalisée sous la forme d'une observation participante. Cette méthode permet de se frotter « en chair et en os à la réalité [...] l'observer, sinon « de l'intérieur » au sens strict, du moins au plus près de ceux qui la vivent, et en interaction permanente avec eux » (OLIVIER DE SARDAN, 1995, p.48). En effet, le chercheur est en contact direct avec les acteurs du processus étudié et s'immerge dans leur fonctionnement au quotidien. La difficulté de ce modèle réside dans l'objectivité des faits ; il s'agit ici d'une observation participante dite « ouverte » et donc connue du milieu d'immersion. Cette conscience peut influencer des modifications de comportements dont il faudra tenir compte dans la transcription des données afin d'obtenir des données objectives (SOULÉ, 2007).

Objectifs

Le stage visait un objectif double. Le premier concernait la compréhension des concepts définis dans le cadre théorique par une observation des acteurs, de leurs interactions et objectifs, et des bénéficiaires du système. Le deuxième envisageait celle des différents processus de collaboration développés et leur contexte.

Déroulement

L'observation participante s'est déroulée sur une période de deux mois lors de laquelle quinze journées sont réparties. Celles-ci sont déterminées selon le calendrier organisationnel du bureau. Ainsi, une sélection des rendez-vous a permis d'étudier différents types de dossiers (public/privé, construction/transformation), ainsi que différentes étapes de ces dossiers. En dehors de ces rendez-vous, la présence en bureau offre différentes possibilités : la réalisation de plans d'aménagements, la consultation des dossiers de la base de données ou de la bibliothèque du bureau, des échanges avec l'équipe, etc.

Catégories de données (OLIVIER DE SARDAN, 1995)

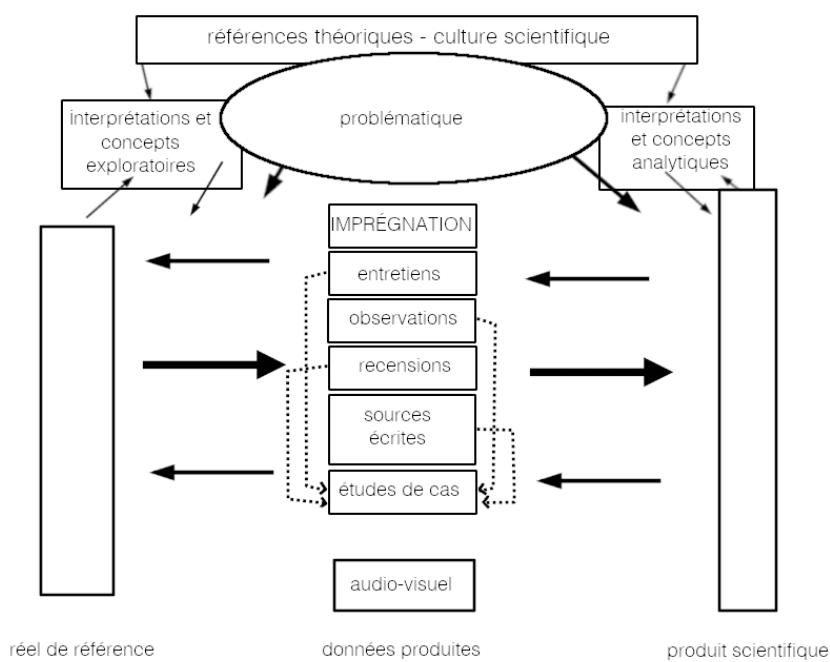


Figure 5 – La production de données (OLIVIER DE SARDAN, 1995, p.47)

Les données ont ainsi été récoltées via trois canaux :

- **Les entretiens avec différents acteurs** (ergothérapeutes, architectes, bénéficiaires ou autres intervenants du processus) : ceux-ci ne sont pas organisés mais plutôt improvisés selon les situations et se déroulent sous la forme d'une conversation libre lors de laquelle l'interlocuteur témoigne de son expérience au quotidien ou d'événements particuliers.

- **Les observations** : elles concernent les faits étudiés en tant qu'observateur extérieur (réunions, visites de chantier, premier contact avec le bénéficiaire, etc.) ainsi que celles relevées en participant à certaines activités (relevés, plans, mise en situation du bénéficiaire, etc.).
- **Les documents écrits** : ces documents sont consultés sur la base de données du bureau qui regroupe tous les dossiers traités ou en cours et dans lesquels sont classés tous les échanges de mails, retranscriptions des conversations téléphoniques, relevés, plans d'aménagements, rapports, PV de chantiers, etc. Ils témoignent des différents problèmes rencontrés, de la communication entre les intervenants et des outils mis en place.

Carnet de terrain

Toutes ces données sont organisées en corpus : le carnet de terrain. Après chaque rendez-vous, conversation ou pendant la consultation des documents écrits, des notes écrites sont rédigées en tenant compte de la date, du lieu de l'observation, des intervenants présents et des faits principaux.

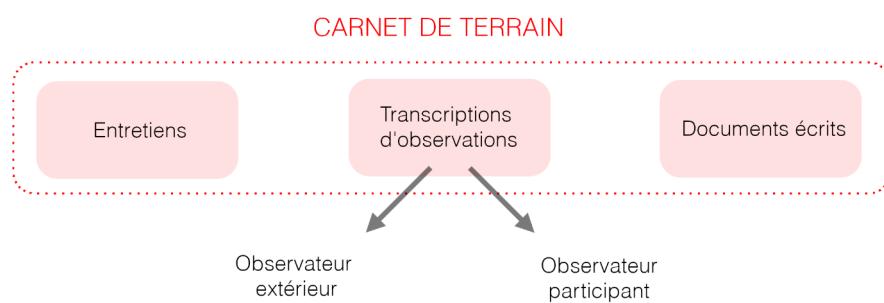


Figure 6 - Contenu du carnet de terrain

1.2. Territoire wallon – Entretiens et littérature scientifique

1.2.1. Terrain d'étude²

Après avoir étudié le système d'un pays étranger, la deuxième partie de la recherche s'est concentrée sur les dispositifs disponibles chez nous.

Contrairement au Luxembourg, les compétences liées au handicap ne sont pas traitées de manière uniforme sur l'ensemble du territoire belge. Elles sont réparties sur trois niveaux :

- **Le fédéral** (allocations, cartes de stationnement, réductions fiscales et tarifs sociaux, etc.)
- **La communauté** (l'enseignement spécialisé et l'intégration scolaire, le sport pour personnes handicapées, etc.)
- **La région** (normes d'accessibilité des bâtiments publics, services d'aides en milieu de vie, aides individuelles à l'intégration, service d'accueil de jour et d'hébergement, etc.)

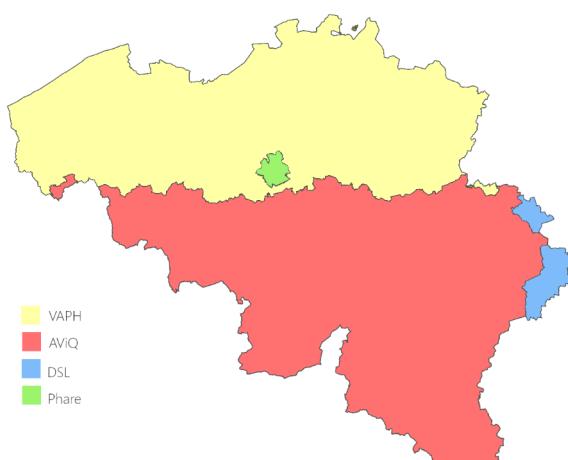


Figure 7 - Division régionale des compétences liées au handicap en Belgique

Les compétences liées à l'aménagement des espaces en termes d'accessibilité reviennent donc à la région. Ainsi, la région Bruxelles-Capitale bénéficie du service Phare (Personne Handicapée Autonomie Recherchée), la région flamande du VAPH (Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap) et la région wallonne de l'AViQ (Agence pour une Vie de Qualité). La communauté germanophone a son propre service également, DSL (Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben) (AViQ, 2020).

²D'après un entretien avec Philippe VOS, AViQ (27/02/2020)

La recherche se concentrera uniquement sur le cas de la Wallonie, l'autorité compétente pour le handicap étant l'AViQ. L'Agence wallonne pour une Vie de Qualité est fondée le 6 avril 1995 par le décret du Conseil régional wallon sous le nom de l'AWIPH (Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées). Elle est remplacée en 2016 par l'AViQ qui regroupe désormais trois grandes thématiques: la branche bien-être et santé, la branche famille (allocations familiales), et la branche handicap.

1.2.2. Méthode³

Entretien semi-directif

La méthode utilisée pour cette deuxième partie de la recherche est l'entretien semi-directif. Ce type d'entretien est employé pour « explorer des hypothèses sans qu'elles soient toutes définitives, et inviter l'enquêté à s'exprimer librement dans un cadre défini par l'enquêteur » (SAUVAYRE, 2013, p.9). Au préalable, un canevas d'entretien est établi afin d'aborder toutes les thématiques nécessaires. Cette structure n'est cependant pas celle de l'entretien qui s'adaptera à la conversation entre l'enquêté et l'enquêteur. Certaines questions disparaissent en cours d'entretien, d'autres apparaissent. L'interlocuteur est libre de s'écartez de la question et est encouragé à développer des thématiques qui lui semblent importantes.

Déroulement

Pour mener la recherche, trois entretiens d'environ une heure et demie ont été réalisés. Ces rencontres ont eu lieu dans les locaux des personnes concernées. Deux types d'informations ont été recherchés : des consultations d'informations et des récits d'expériences. « Celui qu'on appelle parfois un « informateur » est donc tantôt un consultant sollicité sur ses connaissances, tantôt un narrateur parlant de son propre vécu, et souvent les deux. » (OLIVIER DE SARDAN, 1995, p.55).

³ Selon OLIVIER DE SARDAN, 1995.

Canevas d'entretien

Le canevas est constitué de 4 thèmes principaux :

A. L'organisme ou la personne interrogée	Sa composition
	Les différentes professions concernées
	L'emploi de professionnels de la construction et/ou de la santé
	L'existence ou non d'une équipe ergo-architecte au sein de l'équipe
	L'existence ou non d'autres structures du même type et leur(s) éventuels liens
B. Le(s) bénéficiaire(s)	Comment débute la prise en charge du bénéficiaire ?
	Comment et par qui sont évalués les niveaux de dépendance ?
	La prise en compte ou non d'une anticipation
	L'inclusion ou non des personnes âgées
C. Le domaine privé	Quels dispositifs sont mis en place et dans quel ordre de priorité ?
	Quel niveau de prise en charge dans le projet ?
	Quels professionnels interviennent ?
	Transformation et/ou construction
D. Le domaine public	L'existence ou non d'aide à l'adaptation
	L'existence ou non d'aide à la conception
	L'existence ou non d'outils d'évaluation et de contrôle

Enquêtés

- **Entretien A :** Jordan Barbette est un ergothérapeute de l'asbl Ligue Belge de la Sclérose en Plaques qui a réalisé un stage au sein de l'ADAPTH lors de ses études. L'objectif de cet entretien était de recueillir son expérience personnelle sur les deux différents territoires.
- **Entretien B :** Le deuxième échange est réalisé avec l'AViQ, organisme compétent en Wallonie pour l'aménagement accessible des espaces, représentée par Philippe Vos, attaché. Ce dernier a été approché comme un « informateur » qui témoigne d'un savoir collectif, l'objectif étant de comprendre le fonctionnement des pouvoirs en Wallonie et des aides existantes.
- **Entretien C :** La dernière entrevue est réalisée avec l'asbl Plain-Pied, représentée par Laurence Tonglet, architecte d'intérieur et conseillère en accessibilité. Ce service est un bureau d'études d'optimisation de l'autonomie des personnes à mobilité réduite qui propose, entre autres, un département ergo-architecture. L'entretien s'est orienté vers la consultation d'informations d'une part, et le récit d'expériences d'autre part. En combinant les deux types d'informations, l'objectif était de comprendre le rôle des asbl qui œuvrent pour l'accessibilité en Wallonie, et profiter d'un retour d'expérience du système proposé.

Littérature scientifique

Ces informations sont complétées par la littérature scientifique au sujet de l'aménagement accessible des espaces en Wallonie. Ces écrits sont des textes de réglementation, des rapports, archives ou publications des différentes organisations. Une partie de cette recherche est élaborée préalablement aux entrevues pour permettre une certaine maîtrise du sujet face à l'interlocuteur, une autre découle directement de ces conversations qui ont développé d'autres pistes de réflexion. Ces deux processus de recherche ne sont donc pas indépendants l'un de l'autre mais plutôt combinés tout le long de l'étude.

2. Interprétation des données

Dimensions

Les données récoltées dans la première partie de l'étude font ensuite l'objet d'une analyse critique dont l'objectif est de déterminer les limites des différents processus pour proposer, en conclusions, un ou plusieurs modèle(s) ainsi qu'une série de recommandations qui permettraient d'améliorer la production architecturale en matière d'accessibilité par l'association des compétences de l'ergothérapeute et de l'architecte. Pour que ces conclusions soient objectives, l'analyse critique doit intégrer les dimensions économique, légale, sociale et territoriale des différents processus rencontrés. Ce sont de celles-ci que découlent les limites.

Analyse SWOT

Ces dimensions peuvent présenter des caractéristiques internes au développement du processus, et dépendant donc de l'organisme, ou externes, liées alors à l'environnement. Une analyse SWOT peut donc s'appliquer à l'interprétation. « Cette analyse combine l'étude des forces et des faiblesses d'une organisation, d'un territoire, d'un secteur, avec celle des opportunités et des menaces de son environnement, afin d'aider à la définition d'une stratégie de développement. » (GAGNON, LAPIERRE, GAGNON, LECHASSEUR, DUPÉRÉ, GAUTHIER, FARMAN, LAZURE, 2016, p.63).

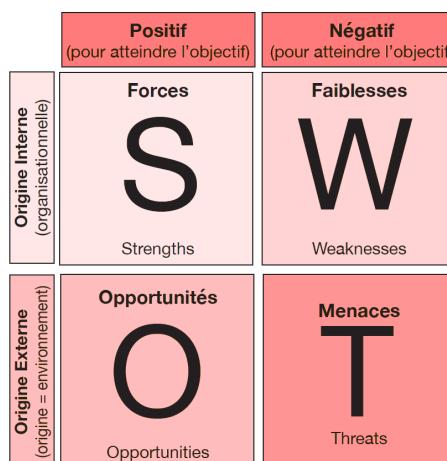


Figure 8 – Analyse SWOT (GAGNON, LAPIERRE, GAGNON, LECHASSEUR, DUPÉRÉ, GAUTHIER, FARMAN, LAZURE, 2016, p.63)

Récolte des données

Cette première partie de la recherche sur le processus de collaboration entre l'ergothérapeute et l'architecte présente de manière synthétique les informations récoltées sur les terrains d'études. Ces informations sont ici décrites objectivement telles qu'observées. Elles feront ensuite l'objet d'une analyse critique qui déterminera les enjeux de chaque système pour les différents acteurs.

1. Grand-Duché de Luxembourg

1.1. L'Assurance Dépendance

L'Assurance Dépendance est le premier échelon du système, c'est par celle-ci que le processus d'adaptation du domicile de la personne handicapée se met en route.

Dans le système luxembourgeois, tous les travailleurs sont inscrits au centre commun de la sécurité sociale (CCSS, géré par le ministère de la Sécurité sociale) afin de pouvoir bénéficier d'une assurance maladie. Le CCSS perçoit les cotisations des différentes caisses de la sécurité sociale. Parmi elles, la caisse nationale de la santé (CNS) s'occupe, entre autres, de la gestion de l'Assurance Dépendance. Toute personne affiliée peut de ce fait y faire appel.

L'Assurance Dépendance est donc une branche des assurances sociales obligatoires, dépendant du ministère de la Sécurité sociale dans le but de venir en aide aux personnes qui ne peuvent plus effectuer de manière indépendante les actes nécessaires à la vie quotidienne. En effet, les coûts liés à ce type d'interventions sont souvent trop élevés pour les citoyens.

« Chacun (actif ou retraité) paie une contribution spéciale de 1,4% sur tous ses revenus (salaire, rente, pensions, revenu du patrimoine). Cette contribution est complétée par une participation de l'Etat (140 millions d'EUR) ainsi que par une contribution du secteur de l'électricité » (Ministère de la Sécurité sociale, 2009. p.9).

Pour autant qu'elles soient en situation de dépendance causée par une maladie ou un handicap, toutes les personnes affiliées à une caisse de maladie au Grand-Duché de Luxembourg peuvent faire appel à cette aide. Le statut de dépendance est défini par une aide familiale ou extérieure de minimum 3,5 heures sur la semaine pour les gestes essentiels à la vie quotidienne, pendant une durée d'au moins 6 mois. (Ministère de la Sécurité sociale, 2009).

Pour en bénéficier, il faut introduire un formulaire de demande et un rapport du médecin traitant auprès de la CNS. Celle-ci va ensuite transférer la demande à l'Administration d'évaluation et de contrôle (AEC) de l'Assurance Dépendance. C'est cette dernière qui constatera ou non, par un examen, l'état de dépendance du demandeur qui lui est indispensable pour une prise en charge par l'assurance.

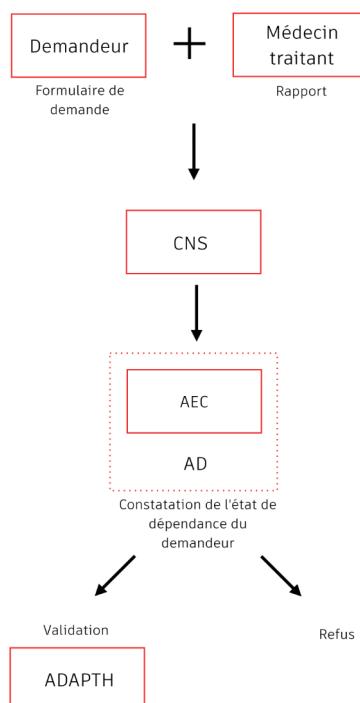
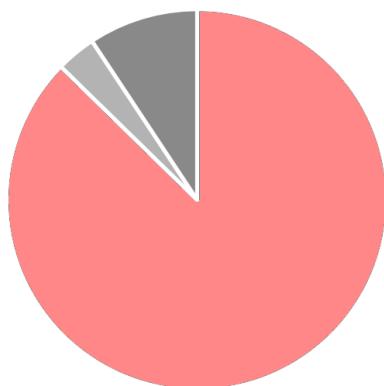


Figure 9 - Introduction d'une demande d'intervention à l'Assurance Dépendance

« Les adaptations du logement prises en charge pour permettre au bénéficiaire de maintenir ou d'accroître son autonomie dans le domaine de la mobilité à l'intérieur du logement visent l'accès aux lieux de vie dans le domicile du bénéficiaire, à savoir la salle de bains avec WC ou, le cas échéant, un WC séparé, la chambre à coucher, le salon, la cuisine et la salle à manger. Si pour des raisons techniques ou fonctionnelles, l'accès aux lieux de vie se fait par un garage ou une autre pièce, cet accès peut être pris en charge. » (Art. 23 bis du règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 22 décembre 2006 déterminant, entre autres, les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'Assurance Dépendance).

Si le dossier est validé par la AEC et requiert un aménagement du domicile, il est alors transmis à l'ADAPTH pour la suite des opérations.



- Personnes privées provenant de l'AD
- Personnes privées autres
- Ministères, associations ou sociétés privées

Figure 10 - Dossiers traités en 2017 par l'ADAPTH (ADAPTH, 2017, p.4)

Actuellement, l'Assurance Dépendance ne travaille qu'avec l'ADAPTH dans le cadre de l'aménagement du logement, ce qui représente environ 90% de leurs dossiers.

La majorité des dossiers traités à l'ADAPTH sont des demandes d'expertises pour l'AD.

Les aménagements des ergothérapeutes sont toutefois limités aux travaux qui « ne visent pas les structures portantes de l'immeuble et ne portent pas atteintes à la façade et à la toiture »

(Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg, 1989, p.2), en dehors de ce cadre, ils devront faire appel à un architecte. Les données décrites ci-dessous ne tiendront compte que de ce deuxième cas de figure.

Lorsque l'intervention est entièrement prise en charge par l'Assurance Dépendance (travaux de transformation « légers »), l'ergothérapeute de l'asbl ADAPTH est alors le « chef d'orchestre » du dossier, qui reste toutefois soumis à la validation de la cellule évaluation et au contrôle de l'Assurance Dépendance. Si les travaux sont plus importants et que l'on dépasse les budgets maximaux accordés, comme pour le cas d'une construction neuve, alors le client engagera l'architecte de son choix et l'ergothérapeute travaillera avec celui-ci en co-traitance.

Nous rencontrons ainsi deux figures différentes de collaboration : l'architecte sous-traitant de l'ergothérapeute et la co-traitance de l'architecte et de l'ergothérapeute.

La structure des interventions pour l'Assurance Dépendance se décompose sous forme de Modules :

M1 Evaluation et élaboration de concepts	M2 Faisabilité technique et estimation des coûts d'une solution	M3 Cahier des charges de la solution retenue	M4 Analyse d'offres de prix ou de factures	M5 Suivi de l'implémentation de la solution
---	--	---	---	--

Figure 11 - Modules d'interventions pour l'Assurance Dépendance

1.1.1. L'architecte sous-traitant de l'ergothérapeute

Ce cas de figure est donc possible uniquement lorsque le montant total des travaux n'excède pas les plafonds de budgets accordés par l'Assurance Dépendance : 28 000 euros par bénéficiaire + 28 000 euros par aide technique (exemple : plateforme élévatrice).

L'architecte est alors sollicité par l'ergothérapeute pour des raisons techniques principalement, qui limitent son champ d'action. Ces raisons ne seront cependant pas les seules préoccupations de l'architecte dans sa mission ; comme dans un processus de conception classique, il tentera de développer une solution créative qui intègre les besoins techniques, esthétiques et fonctionnels, bien que ce dernier critère soit la spécialité de l'ergothérapeute, et en tenant compte de la contrainte économique imposée par l'Assurance Dépendance. Il s'agit donc bien d'une intervention architecturale et pas uniquement technique.

Tout au long du processus, il travaillera de ce fait pour l'ergothérapeute plutôt que de traiter directement avec le bénéficiaire comme à son habitude. Par ailleurs, ses prestations seront rémunérées par l'ADAPTH qui sera alors le client de l'architecte. Les décisions reviendront donc aux ergothérapeutes de l'asbl.

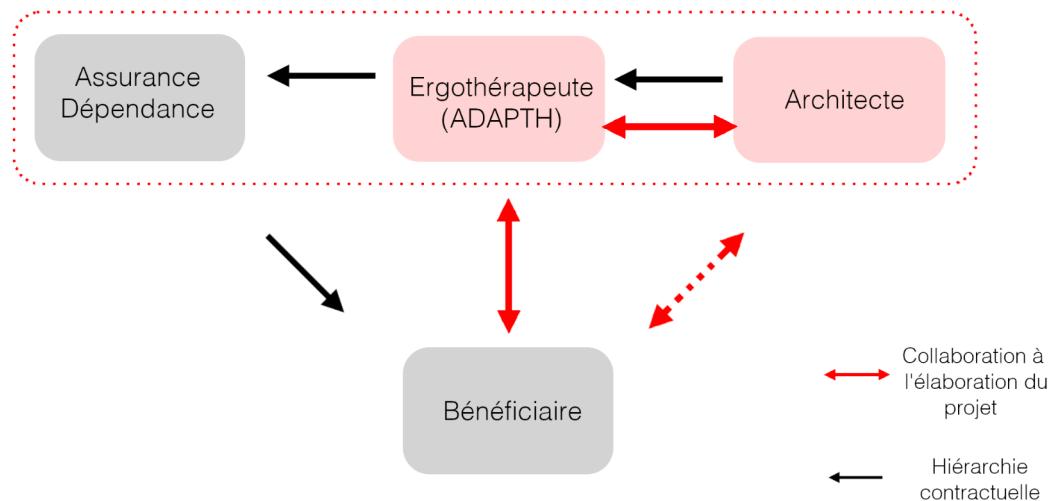


Figure 12 - Schéma de la sous-traitance de l'architecte à l'ADAPTH

L'asbl collabore avec deux architectes sur le schéma de la sous-traitance actuellement. Le territoire luxembourgeois est réparti entre ceux-ci selon leur situation géographique. Etant donné que tous les dossiers ne nécessitent pas l'intervention d'un architecte, ceux-ci ne travaillent que partiellement pour le compte de l'Assurance Dépendance et maintiennent leurs activités personnelles en parallèle.

M1 Evaluation et élaboration de concepts	M2	M3	M4	M5
---	----	----	----	----

Dans le M1, après en avoir reçu la demande par la AEC, l'ergothérapeute fixe un rendez-vous avec le client. Lors de ce premier contact, il évalue le client et son environnement afin de comprendre les besoins. Cette évaluation prend en compte sa situation et ses capacités, son état de santé, le bilan moteur (les capacités de ses membres inférieurs et supérieurs), son bilan d'indépendance (la manière dont il se déplace, s'il est capable de franchir un escalier, s'il se lave seul, si une aide doit intervenir pour le nourrir, s'il est capable de travailler, etc.), les mesures anthropométriques (incluant les aides comme les fauteuils roulants par exemple), ainsi que les aides techniques ou humaines dont il bénéficie déjà. Toutes les contraintes du logement qui entravent les actes nécessaires de la vie quotidienne sont également repérées. Il est inutile, par exemple, de concevoir une salle de bains adaptée si le bénéficiaire n'a pas les capacités d'y accéder.

Les outils employés par l'ergothérapeute lors de cette visite sont les mêmes que ceux de l'architecte ; il questionne, mesure, observe, dessine et photographie.

Sur base de cette analyse, l'ergothérapeute rédige un rapport reprenant les différentes informations et élabore la solution qui lui semble la plus appropriée.

C'est à ce moment que l'ergothérapeute demandera l'intervention d'un architecte s'il l'estime nécessaire. Celui-ci prend alors connaissance des données récoltées par l'ergothérapeute (à l'exception des données médicales auxquelles il n'aura pas accès). Ils retournent ensemble sur place pour que l'architecte puisse effectuer les relevés et les photos nécessaires à l'élaboration du projet.

M1	M2 Faisabilité technique et estimation des coûts d'une solution	M3	M4	M5
----	--	----	----	----

Lors du M2, l'architecte travaille sur le projet comme pour un dossier classique ; il y intègre les contraintes urbanistiques, techniques et budgétaires. Les deux professionnels s'échangent les documents de conception après chaque modification sous forme de plans commentés et le retravaillent en fonction des modifications effectuées par l'autre afin d'arriver à la solution la plus pertinente. Si nécessaire, de nouvelles rencontres avec le bénéficiaire peuvent être organisées.

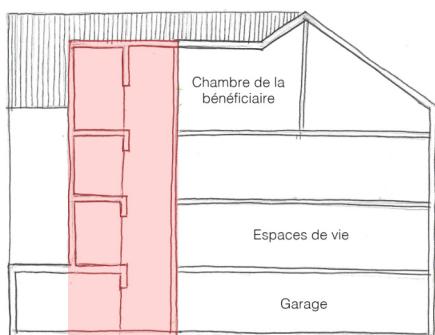


Figure 13 - Schéma d'un exemple de cas de collaboration sous le schéma de la sous-traitance

Pour illustrer cette étape du projet, le schéma ci-contre évoque un cas de collaboration observé lors d'une réunion.

La bénéficiaire de l'intervention était une enfant dont l'évolution n'était pas certaine mais qui, dans son état actuel, ne pouvait pas se déplacer de manière autonome. La maison concernée compte quatre niveaux et les parents de la bénéficiaire doivent la porter pour passer d'un étage à l'autre. Un aménagement de

plain-pied n'étant pas envisageable dans le cas présent, l'équipe ergo-architecte propose donc à la famille l'installation d'une plateforme verticale dans une gaine annexée à l'habitation, reliant le garage aux pièces de vie et terminant sa course au niveau de la chambre.

L'ergothérapeute, ici, concentre ses recherches sur le type de plateforme le plus adapté à la cliente et son évolution en fonction de ses besoins présents et futurs, ainsi que sur toutes les manœuvres nécessaires à l'utilisation de celle-ci. L'architecte, lui, réfléchit aux contraintes énergétiques réglementaires, à l'intégration de l'intervention dans le volume existant après avoir pris connaissance des règlements locaux, ainsi qu'aux aspects techniques tels que l'étanchéité à l'air et à l'eau, l'étanchéité aux gaz toxiques provenant du garage par la gaine (compte tenu de la liaison de ceux-ci aux pièces de vie et de nuit), la structure de la gaine en fonction des précisions de l'ascensoriste, etc.

M1	M2	M3 Cahier des charges de la solution retenue	M4	M5
----	----	---	----	----

Au M3, le bénéficiaire a accepté une solution à développer. L'ergothérapeute se charge de rédiger un rapport envoyé à l'Assurance Dépendance qui le retransmet au bénéficiaire pour valider la solution. Si elle est validée, l'AEC de l'Assurance Dépendance communiquera au bénéficiaire le montant de prise en charge du projet. Ce rapport inclut le rapport du début du dossier, dans lequel étaient collectées toutes les données nécessaires à l'élaboration du projet, ainsi que toutes les discussions et justifications qui amènent à penser que le projet proposé est la solution la plus fonctionnelle pour le client et économiquement intéressante. De son côté, l'architecte effectue, si le projet le nécessite, toutes les démarches nécessaires auprès de la commune pour obtenir l'autorisation de construire, équivalent luxembourgeois du permis d'urbanisme belge et nécessaire pour tous travaux de construction, transformation ou démolition d'un bâtiment. Au Luxembourg, les exigences varient en fonction des communes, parfois une simple déclaration des travaux suffit. Néanmoins, des performances énergétiques élevées sont exigées pour toutes les nouvelles constructions, y compris les annexes.

Au moment de la validation du projet, l'ergothérapeute va établir le cahier des charges fonctionnel qui sera soumis au client par l'Assurance Dépendance pour confirmation (et rectifications si nécessaire). Le cahier des charges techniques est ensuite réalisé par l'architecte et sera également envoyé au client afin de lui permettre de demander des offres de prix.

Cette étape du projet est particulièrement significative de l'apport des deux compétences dans le processus. S'ils tendent en effet au même objectif final, leurs critères diffèrent. L'ergothérapeute va se concentrer sur le détail et les définitions (préconiser la hauteur des barres d'appui, le type de revêtement nécessaire, le type de mobilier, les résistances des matériaux, ...) alors que l'architecte va développer majoritairement les questions de gros œuvre : la composition des parois, la mise en œuvre des éléments, les éventuelles démolitions, etc.

M1	M2	M3	M4 Analyse d'offres de prix ou de factures	M5
----	----	----	---	----

Le M4 concerne principalement l'ergothérapeute. Dans ce module, l'asbl va recevoir les offres des entreprises choisies par le client (deux différentes au minimum) et les vérifie. Une fois acceptées, elles seront envoyées à l'administration de l'Assurance Dépendance qui sélectionnera l'entrepreneur (sur le critère du prix) et transmettra la décision présidentielle informant du subside qui sera alloué pour le chantier. C'est seulement à la réception de cette décision officielle que le chantier peut débuter. Lors des travaux, la même démarche sera effectuée pour les factures des entrepreneurs. Si les travaux sont conformes à la facture, l'ADAPTH envoie celle-ci à la Caisse Nationale de la Santé pour qu'elle exécute le paiement.

M1	M2	M3	M4	M5 Suivi de l'implémentation de la solution
----	----	----	----	--

Enfin, le M5 concerne le déroulement du chantier. Comme dans une démarche classique, celui-ci intègre une réunion de démarrage de chantier, des visites aux moments opportuns et la réception des travaux. Mais la différence réside dans le statut de l'architecte ; restant le sous-traitant de l'ergothérapeute, il ne peut se rendre seul sur chantier et prendre des décisions qui n'auraient pas été validées par l'ADAPTH. De plus, la réception libère l'ergothérapeute de toutes responsabilités alors que l'architecte reste lié à celles qui sont propres à sa profession.

1.1.2. La co-traitance de l'architecte et de l'ergothérapeute

Dans le cas de travaux conséquents ou d'une construction neuve, le montant total dépasse largement le budget de l'Assurance Dépendance. L'intervention de l'ADAPTH et de l'architecte seront alors deux éléments distincts et indépendants l'un de l'autre. L'ADAPTH travaillant toujours pour le bénéficiaire par l'intermédiaire de l'Assurance Dépendance mais, cette fois, l'architecte est en contrat direct avec le bénéficiaire et à charge de celui-ci.

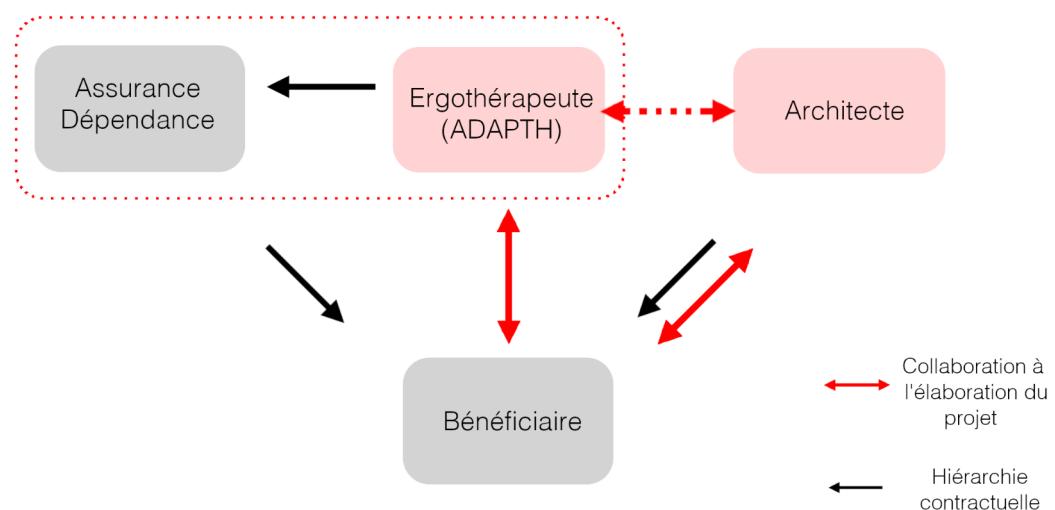


Figure 14 - Schéma de la co-traitance entre l'ergothérapeute et l'architecte avec l'Assurance Dépendance

L'Assurance Dépendance interviendra alors financièrement pour les divers équipements techniques (barres d'appui, plateforme élévatrice, etc.). Elle peut également prendre en charge des frais de modifications nécessaires au plan d'origine, si elles demandent des travaux non prévus dans le contrat entre l'architecte et son client, sur base de forfaits plafonnés.

L'échange entre les deux professions se produit par l'intermédiaire du bénéficiaire. L'ergothérapeute signale à ce dernier ce qui, pour lui, doit être modifié sur les plans. L'architecte, une fois averti, peut alors, à la demande de son client, effectuer les modifications requises. L'ergothérapeute et l'Assurance Dépendance traitent le dossier sur le même processus de Modules que pour la sous-traitance de l'architecte mais ceux-ci ne développent donc que la partie qui les concernent. Pour les décisions importantes, il est préférable d'organiser des réunions entre le client, l'ergothérapeute et l'architecte.

Plus elle est intégrée tôt dans le processus d'élaboration du projet, plus l'intervention de l'ergothérapeute sera efficace. Un projet au stade de l'esquisse sera beaucoup plus souple qu'un projet en cours de chantier.

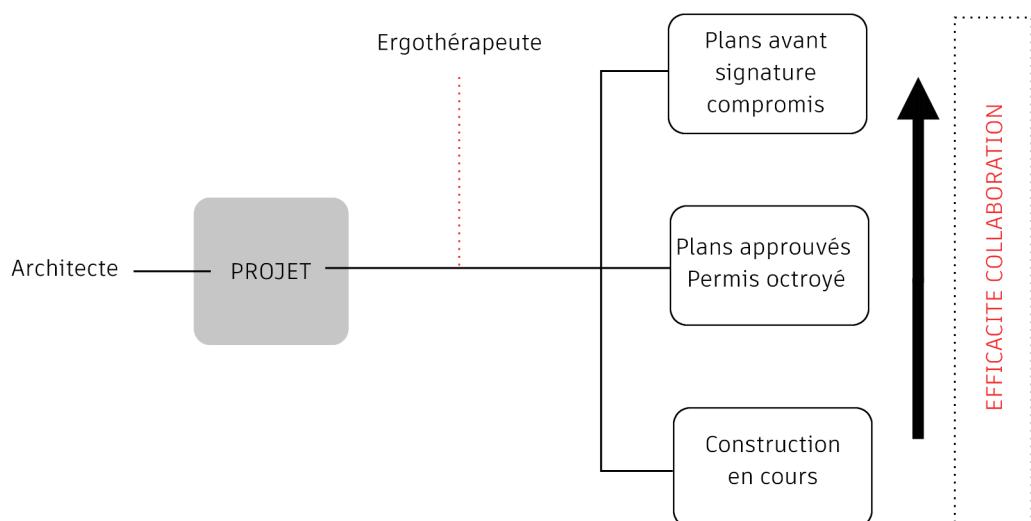


Figure 15 - Efficacité de la collaboration proportionnelle à l'avancement du projet

1.2. Le projet de révision de loi

Parallèlement à ces expertises, l'ADAPTH assiste le ministère de la Famille dans le cadre de la révision de la loi de 2001 sur l'accessibilité. L'asbl a pour cela intégré dans son équipe un architecte qui travaille à la rédaction de ce projet mais qui assure également un service de conseil, en équipe avec un ergothérapeute de l'asbl, auprès des acteurs de la construction concernés par cette réglementation.

Le projet de révision de la loi s'applique aux lieux ouverts au public, aux voieries publiques ainsi qu'aux logements collectifs.

Lorsque le projet sera approuvé et que la loi entrera en vigueur, toutes les nouvelles constructions devront respecter le nouveau cadre réglementaire sous peine de poursuites judiciaires. Dès lors, les constructeurs actuels tentent de se rapprocher au mieux de ce projet de loi pour éviter des surcoûts liés à des mises en conformité ultérieures. L'ADAPTH est alors sollicitée par le client ou par l'architecte du projet afin d'obtenir un accompagnement. Ils annotent les documents de l'architecte du projet pour lui signaler les défauts d'application de la loi et éventuellement des propositions d'amélioration de certains espaces. Des réunions sont également organisées pour certains projets afin d'échanger directement avec les acteurs concernés de manière à trouver ensemble des compromis.

En ce qui concerne les bâtiments d'habitation collectifs, seules les constructions neuves seront prises en compte. La loi n'obligera pas le privé à modifier son habitat. En revanche, elle s'appliquera à celui qui soumettra « tout projet de nouvelle construction de bâtiments d'habitation collectifs, y compris tout projet de création d'un bâtiment d'habitation par voie de changement d'affectation, qui comporte au moins cinq logements distincts bâties qui sont répartis, même partiellement, sur au moins trois niveaux, desservis par des parties communes. » (ADAPTH, 2019). L'accessibilité de ces logements concerne tous les communs (jusqu'au-delà du franchissement de la porte privative) mais également 10% des appartements.

Les lieux publics ou accessibles au public existants vont devoir, eux aussi, être aménagés afin d'être conformes à la nouvelle loi. L'Etat peut financièrement venir en aide à la réalisation de ceux-ci jusqu'à 50% des coûts HTVA (avec une limite de 24.000 euros par projet). Le projet actuel prévoit un délai de deux ans pour les adaptations. Toutefois, si la normalisation du bâtiment est fonctionnellement ou économiquement déraisonnable, une dérogation ou une solution d'effet équivalent peut être accordée par le Conseil consultatif de l'accessibilité.

Dans ce contexte, l'architecte et un ergothérapeute de l'ADAPTH se rendent sur le site, à la demande du client, afin d'évaluer les possibilités d'aménagement raisonnables. Ils allient leurs connaissances pour chercher toutes les solutions envisageables techniquement, fonctionnellement et économiquement. Un rapide relevé sera réalisé sur place afin de transmettre au client les plans de la solution la plus cohérente. Leur mission s'arrête à cette étape, ils ne s'impliqueront pas dans le chantier. Il ne s'agit donc que d'un service de conseil.

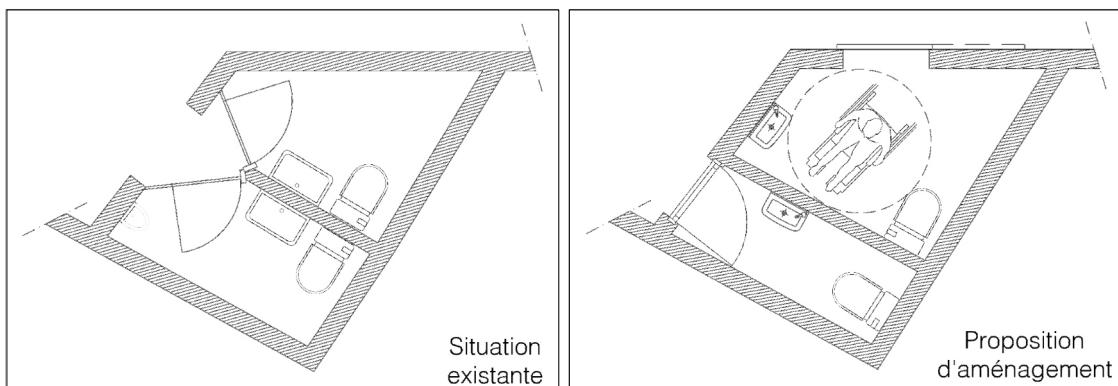


Figure 16 - Schéma d'un exemple de proposition d'aménagement (réalisation personnelle dans le cadre d'une participation aux activités du bureau)

Par ailleurs, un Conseil consultatif de l'accessibilité, dont fera partie l'ADAPTH, sera chargé de surveiller la bonne application de cette loi. De la même manière, une personne handicapée qui ne peut pas profiter d'un lieu accessible au public pour non-respect de cette même loi sera en droit de déposer une plainte. Les risques encourus par le maître d'ouvrage, l'architecte mais également toute autre personne liée au bâtiment, sont les suivants : « pour les personnes physiques, d'une amende de 251 euros à 125.000 euros et d'un emprisonnement de huit jours à deux mois ou d'une de ces peines seulement, et, pour les personnes morales, d'une amende de 500 euros à 250.000 euros. » (Art.12 du texte du projet de loi, ADAPTH, 2019)

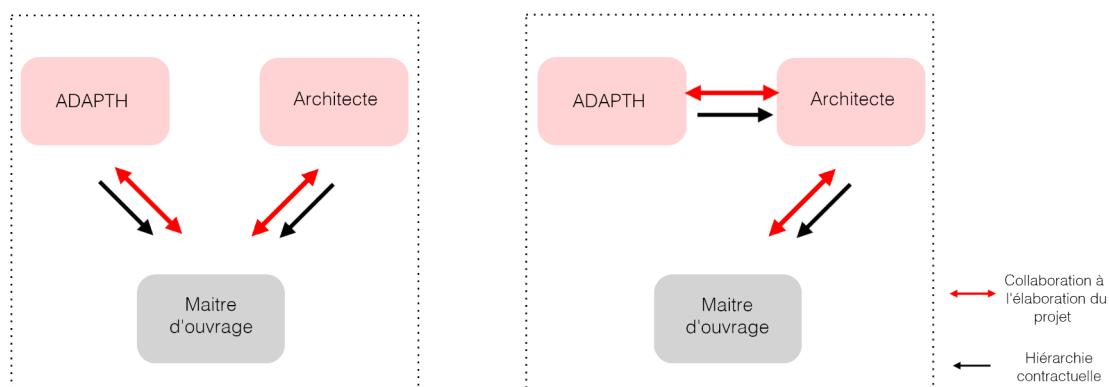


Figure 17- Schéma d'assistance de l'ergothérapeute pour le maître d'ouvrage ou pour l'architecte

1.3. Conclusions des observations récoltées

La première conclusion que l'on peut proposer est une distinction des modes d'intervention entre les domaines privés et publics. Dans le domaine privé, la collaboration s'effectue aussi bien sur la conception que sur l'exécution du projet dans le cadre des expertises pour l'Assurance Dépendance. Les deux professionnels travaillent ensemble jusqu'à la réception du chantier. La distinction entre le schéma de sous-traitance et de co-traitance réside dans la manière de travailler ensemble. La communication dans le premier cas sera plus fluide, plus soutenue et plus directe alors que le second cas peut décliner différents degrés de communication en fonction de l'importance que chacun des deux professionnels lui attribuera. Toutefois, l'ADAPTH peut également réaliser un suivi de chantier pour le volet de l'accessibilité jusqu'à la réception sur demande.

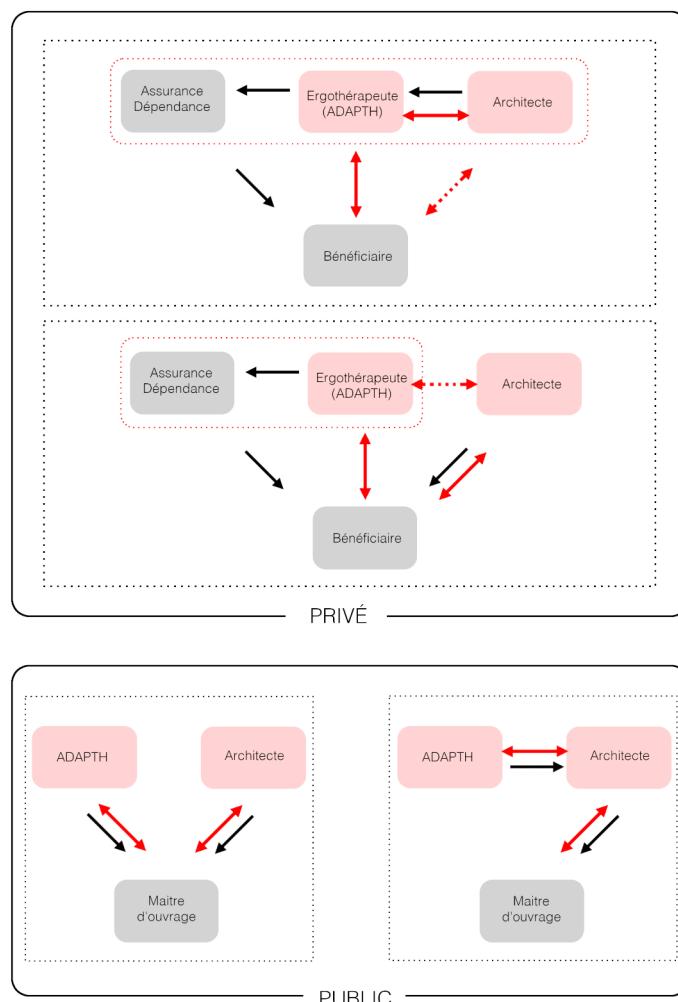


Figure 18 - Synthèse des schémas de collaboration observés à l'ADAPTH

Dans le domaine public, l'ergothérapeute n'ira pas au-delà de la conception car il assurera une mission d'assistance du maître d'ouvrage ou de l'architecte.

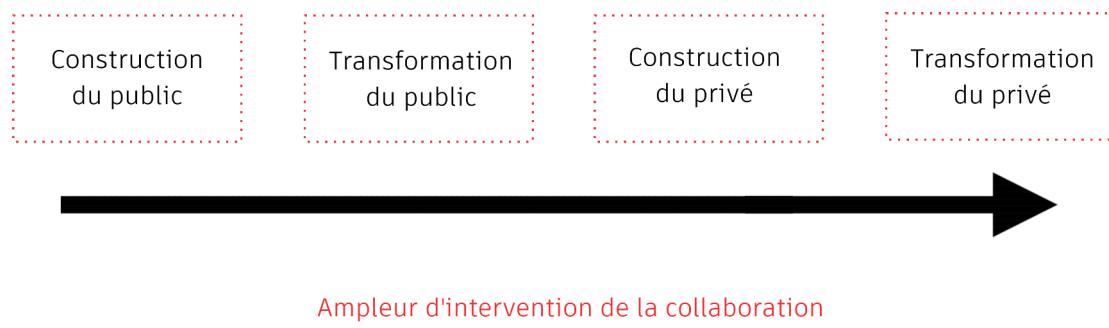


Figure 19- Importance du processus de collaboration selon le type de projet

A ce constat vient s'ajouter la notion de collaboration qui est plus importante dans le domaine privé et pour des travaux d'aménagements « légers ». La construction dans le domaine public est limitée à une mission de conseil de l'ergothérapeute sur les plans de l'architecte en phase de conception. Par contre, la transformation dans le domaine public s'appuyant sur un bâtiment existant et non sur des plans d'architecture, peut aller jusqu'à la réalisation d'un relevé sommaire et d'une esquisse de proposition. La collaboration se fera a priori au niveau de l'équipe interne de l'asbl, entre l'architecte du bureau et un ergothérapeute, étant donné qu'il ne s'agit pas d'un projet en cours et qu'il n'y a donc pas d'architecte extérieur dans le processus au moment de l'intervention.

Une inversion des rôles peut s'observer d'un cas à l'autre : bien que les décisions de l'ergothérapeute restent en accord avec les prescriptions de l'architecte dont la responsabilité restera engagée à la fin du chantier, ce dernier assurera un rôle d'assistance à l'ergothérapeute dans le schéma de la sous-traitance. A l'inverse, dans le domaine public, l'ergothérapeute assure la mission d'assistance et l'architecte devient le décideur. Le schéma de la co-traitance dans le cas du domaine privé équilibre ce rapport entre les deux professionnels ; aucun ne travaille pour l'autre mais chacun travaille pour le client et chacun prend les décisions propres à sa discipline.

2. Territoire wallon

2.1. L'AViQ Handicap

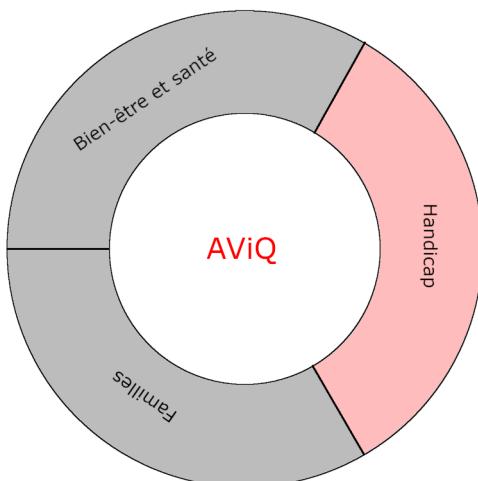


Figure 20 - Composition de l'AViQ

La branche handicap de l'AViQ, autorité régionale en matière de handicap, a pour missions l'information et l'orientation vers les services généralistes ou spécialisés. Elle est constituée d'assistants sociaux, d'ergothérapeutes, de psychologues, de médecins et d'agents administratifs.

Elle s'adresse à tout citoyen wallon francophone (la partie germanophone ayant son propre service), résidant en Belgique depuis au moins 5 ans, âgé de moins de 65 ans lors de la première

demande et déclaré en incapacité mentale de 20% ou incapacité physique de 30% minimum par l'agence. Cette limitation d'âge remonte aux années 60, lorsque l'aide aux personnes handicapées dépendait du Ministère de l'Emploi et du Travail, avec pour objectif de les réintroduire dans une dynamique professionnelle. Les aides n'étaient donc plus accordées à partir de la retraite. Les contraintes économiques ne permettent pas à l'heure actuelle de lever cette limite. Toutefois, une personne suivie par l'agence pour un handicap connu avant 65 ans maintiendra son suivi pour le type de handicap déclaré au-delà de cette limite.

L'AViQ Handicap traite, entre autres, la gestion de l'aide individuelle à l'intégration, appelée également aide matérielle. C'est ce service qui permet l'aménagement du domicile.

Dans ce but, elle accorde des subventions à certaines asbl qualifiées de services conseils : Handyinfoaménagement, Solival, AccessAndGo et CIAS pour l'ensemble de la Wallonie, ainsi que CSD réseau Solidaris pour la province de Liège uniquement.

Ces asbl sont constituées de professionnels socio-médicaux et ne comptent pas de professionnels de la construction.

Il n'existe, en Wallonie, aucun projet de surveillance de la bonne application de la loi en matière d'accessibilité pour les lieux publics ou accessibles au public. Seules les autorités communales la vérifient au moment de la délivrance du permis de bâtrir. Une fois que les travaux ont été effectués, il n'y a plus de contrôle. Certaines communes, comme Liège, ont un service de consultation des plans en vue de l'obtention du permis, dans lequel un architecte vérifie l'application des normes.

2.2. Les services conseils

2.2.1. Les services conseils subventionnés par l'AViQ

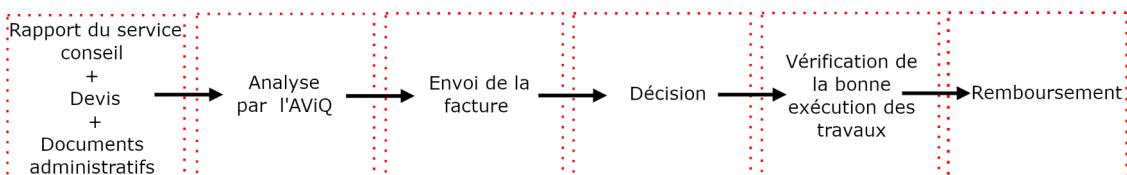


Figure 21 - Déroulement d'une intervention à l'AViQ

Pour obtenir une aide à l'aménagement de son domicile, le bénéficiaire ou son représentant légal va contacter directement l'AViQ pour ouvrir un dossier. Le médecin de l'agence va ensuite déterminer le pourcentage de niveau de handicap de la personne. Le médecin collaborera ensuite avec les ergothérapeutes de l'AViQ Handicap pour évaluer les critères fonctionnels qui dépendent du type d'aide requise. S'il remplit les conditions nécessaires, le dossier du bénéficiaire sera alors transmis à un service conseil pour l'aide à l'aménagement qui se chargera uniquement de la réalisation des plans. La démarche ne traite pas le suivi de chantier mais l'agence vérifiera toutefois la bonne exécution des travaux avant le paiement des factures. Si un architecte doit intervenir dans l'aménagement du domicile, il sera contacté par le client et ne traitera qu'avec ce dernier. L'architecte n'a pas de rapport direct avec l'AViQ ou le service conseil. La collaboration n'a donc pas lieu dans ce dispositif.

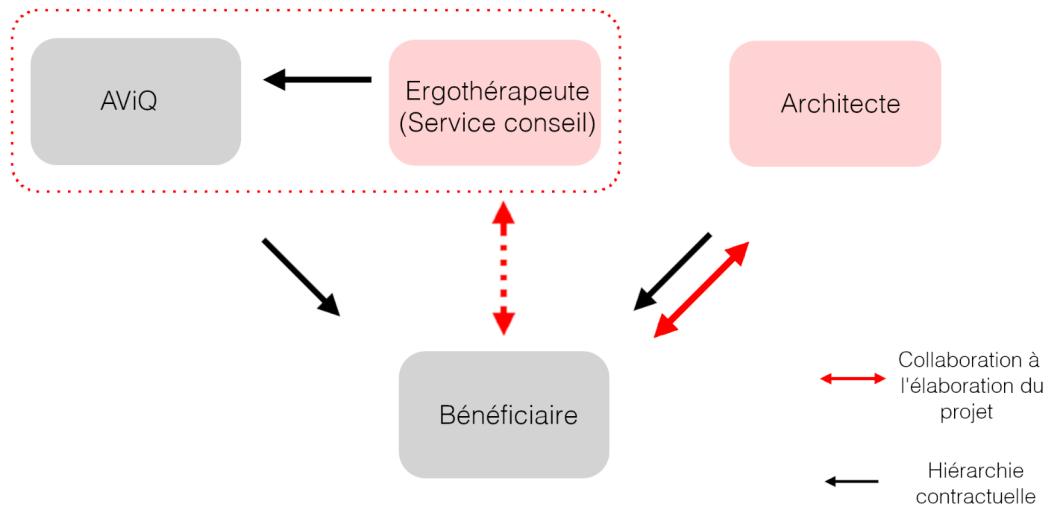


Figure 22 - Schéma de la co-traitance entre l'ergothérapeute et l'architecte avec l'AViQ

2.2.2. Les services conseils non subventionnés par l'AViQ

D'autres services conseils non subventionnés mais reconnus par l'AViQ existent. Ce sont donc des services payants qui interviennent à la demande du bénéficiaire ou de l'architecte. Les asbl ont ici un rôle de conseiller uniquement alors que le premier cas délivrait une aide financière. Parmi ces asbl, à la différence des services subventionnés qui ne concernaient que les ergothérapeutes, certains bureaux sont constitués d'architectes ou d'architectes d'intérieur, qui ont suivi une formation d'experts en accessibilité.

Les activités différentes dans les bureaux constitués d'ergothérapeutes et ceux constitués d'architectes démontrent la complémentarité des disciplines. En effet, les compétences des ergothérapeutes prennent tout leur sens dans l'aménagement du domicile et du poste de travail car ces aménagements concernent une personne précise avec des besoins définis pour lesquels ils sont formés à anticiper l'évolution.

Le travail des architectes experts en accessibilité sera majoritairement axé sur une connaissance et une compréhension approfondie de la réglementation et des besoins liés au handicap afin d'aider les professionnels de la construction à

concevoir des projets accessibles pour un plus grand nombre d'utilisateurs. Ils proposent donc une forme d'assistance, comme les ergothérapeutes, à l'architecte en charge du projet mais ne réaliseront que l'expertise de l'accessibilité du projet et donc pas de mission complète d'architecture.

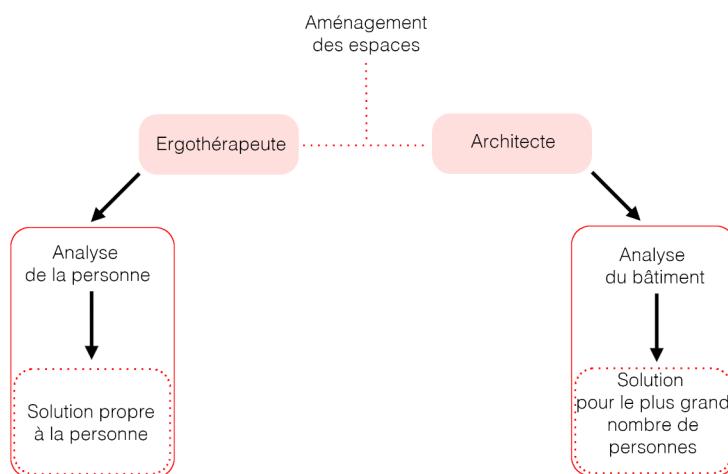


Figure 23 - Complémentarité dans les services conseils non subventionnés

La collaboration ergothérapeute/architecte a donc ici de l'intérêt dans le domaine privé. Dans le domaine public, l'ergothérapeute peut être remplacé par un architecte expert en accessibilité et la collaboration reste alors intradisciplinaire. Lorsque ces derniers sont sollicités pour une expertise du domicile, ils collaborent avec un ergothérapeute, comme c'est le cas du département ergo-architecture de l'asbl Plain-Pied. Toutefois, ces services demeurant à la charge du client, contrairement aux prises en charge de l'AViQ, ils sont peu consultés dans ce cadre et concentrent donc leurs actions sur le domaine public.

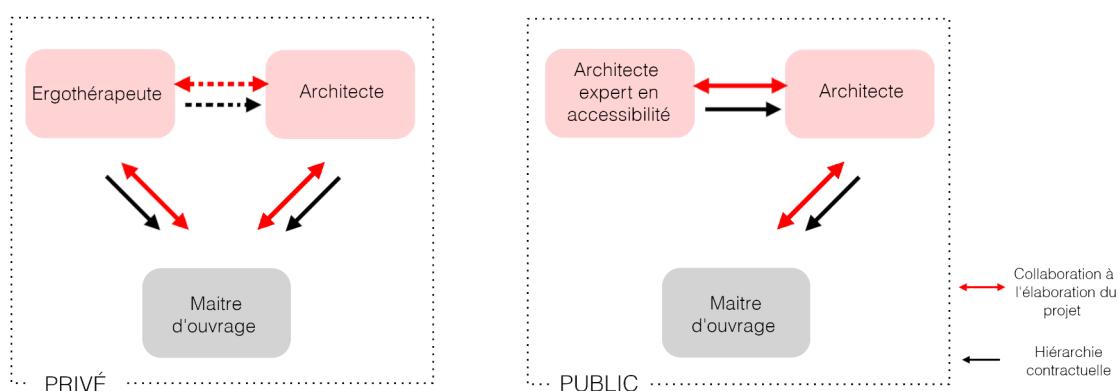


Figure 24 - Intégration de l'architecte expert en accessibilité dans les processus

2.3. Le CAWaB

Toutes ces asbl qui traitent la question du handicap sont regroupées en un collectif appelé le CAWaB (Collectif Accessibilité Wallonie Bruxelles) afin de structurer leurs actions sur le plan régional.

Il se compose de deux types de profils : les experts en accessibilité, qui apportent leurs connaissances techniques et légales, et les experts en handicap, qui eux intègrent au collectif la connaissance des différentes pathologies et maladies (la sclérose en plaque, les personnes aveugles, sourdes, etc.). Les asbl constituées d'architectes représentent partiellement l'expertise en accessibilité, ils ne sont cependant pas effectifs dans les 6 asbl, les spécialistes des handicaps sont majoritairement des ergothérapeutes.



Figure 25 - Composition du CAWaB

Le CAWaB développe donc, au sein du collectif, une forme de collaboration ergothérapeute/architecte en Wallonie qui tend à optimiser l'accessibilité des espaces.

Leurs actions sont menées par des groupes de travail qui reprennent différentes thématiques liées au handicap. Elles se concrétisent par de la sensibilisation, des formations (notamment pour les architectes), des actions en justice, des publications, etc.

2.4. Conclusion des observations récoltées

Les données obtenues pour le territoire wallon montrent un processus de collaboration en phase de conception dans le cas des services conseils par des missions de conseil sur plan. Il n'existe, a priori, plus de suivi de l'ergothérapeute lors de l'exécution du projet.

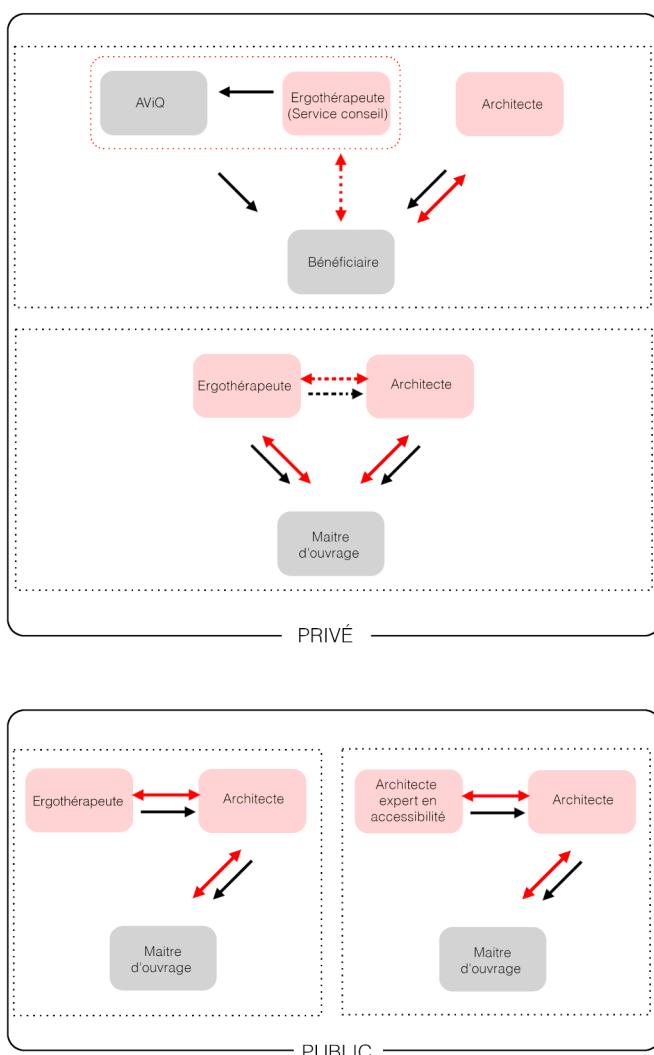


Figure 26 - Synthèse des schémas de collaboration observés en Wallonie

Le processus développé par l'AViQ ne propose pas de collaboration car l'architecte n'est en principe pas en relation avec l'ergothérapeute du service conseil subventionné. Les processus non subventionnés vont au-delà et proposent donc un accompagnement de l'architecte dans la conception du projet. Cependant, nous avons vu que pour les lieux soumis à la réglementation sur l'accessibilité, l'ergothérapeute peut se faire remplacer dans le processus par un architecte expert en accessibilité. Finalement, il existe une collaboration interdisciplinaire qui concerne l'accessibilité des lieux au sein du CAWaB mais celle-ci n'intègre pas directement de production architecturale.

3. Conclusion des données récoltées

Des recherches sur ces deux territoires, trois systèmes de collaboration différents se démarquent : l'architecte comme sous-traitant de l'ergothérapeute, la co-traitance de l'architecte et de l'ergothérapeute et, enfin, l'ergothérapeute comme conseiller de l'architecte.

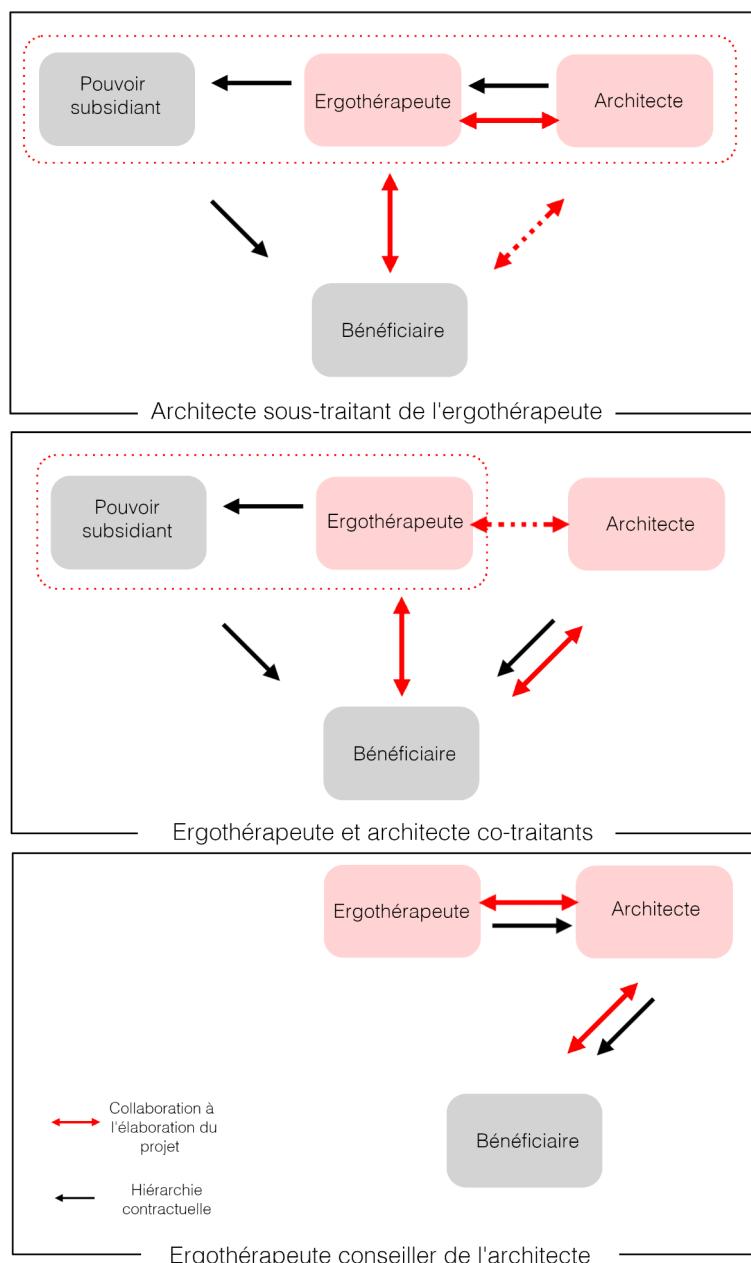


Figure 27 - Synthèse des processus observés

Le premier cas demande un échange entre les deux disciplines tout au long du processus d'élaboration et d'exécution, il n'existe cependant pas en Wallonie à l'heure actuelle. Le deuxième cas peut présenter différents degrés de collaboration en fonction des interactions entre les deux professionnels (échanges directs ou par l'intermédiaire du bénéficiaire). Ces deux premiers systèmes ne sont possibles que par l'intervention d'un pouvoir subsidiant, représenté par l'ergothérapeute et qui, en tant que financeur, prendra certaines décisions. Dans le dernier cas, l'ergothérapeute est un soutien à l'architecte. Qu'il soit à la demande du client ou directement de l'architecte, l'ergothérapeute ne décidera plus mais conseillera. Cette dernière figure s'applique majoritairement aux projets d'ordre publics ou accessibles au public qui doivent respecter la réglementation.

Un dispositif particulier a été observé au Grand-Duché de Luxembourg : le projet de Conseil consultatif de l'accessibilité de la future révision de la loi sur l'accessibilité. Ce dispositif permet l'évaluation de la production architecturale existante afin de l'améliorer dans des conditions raisonnables. De plus, cette révision implique des amendes mais aussi des peines d'emprisonnement, l'obligation de moyens devient ainsi une obligation de résultats pour la production des espaces accessibles et suscitera peut-être un intérêt plus important à la collaboration ergothérapeute/architecte.

Interprétation des données

Les données obtenues présentent un grand nombre de différences entre les deux territoires. Chaque système a des limites propres à sa situation, ainsi qu'une série de forces et de faiblesses, liées à l'organisationnel, et d'opportunités et de menaces, liées à l'environnement. Pour obtenir une lecture critique de ces données, une analyse SWOT des situations est donc réalisée, ci-dessous, par une mise en relation des processus avec leurs facteurs internes et externes.

1. Dimension économique

1.1. Forces

Intégration de l'intervention de l'architecte (Luxembourg)

Une des forces du système luxembourgeois est la possibilité de prise en charge de l'architecte dans les conditions de sous-traitance. En effet, une personne en situation de handicap doit généralement assumer des frais médicaux et sociaux relativement élevés selon ses difficultés. Lorsque les travaux d'adaptation du domicile nécessitent l'intervention d'un architecte, celui-ci facturera également ses honoraires ajoutant ainsi une contrainte financière supplémentaire au bénéficiaire qui devra peut-être alors renoncer à son autonomie.

Intégration des besoins liés au vieillissement (Luxembourg)

Le Grand-Duché de Luxembourg couvre également les besoins d'adaptations des personnes âgées en perte de mobilité. Ainsi, certaines d'entre elles peuvent vieillir de manière relativement autonome à leur domicile. Etant donné que le placement d'une personne dans un établissement spécialisé coûte plus cher que des travaux d'adaptation, cette prise en charge permet d'épargner des investissements.

Budget d'adaptation supérieur (Luxembourg)

Enfin, le budget accordé par l'Assurance Dépendance luxembourgeoise pour aménager le domicile est supérieur à celui qu'accorde la Région wallonne. Elle offre donc un plus grand champ de possibilité d'aménagement. Pour rappel, ces aides peuvent atteindre 28.000 euros par bénéficiaire pour les travaux d'adaptation, plus 28.000 euros par appareil technique.

1.2. Faiblesses

Exclusion de l'intervention de l'architecte (Wallonie)

L'AViQ n'intègre pas d'intervention d'architecte dans son système. En cas de nécessité, ce dernier sera à charge du bénéficiaire uniquement. Nous pouvons dès lors nous questionner sur une possible réticence de la part des bénéficiaires qui vont peut-être se résigner à vivre de manière inadaptée par manque de moyens.

Exclusion des besoins liés au vieillissement (Wallonie)

Contrairement au premier cas d'étude, la Région wallonne n'a pas encore développé de réflexion sur l'anticipation des pathologies liées au vieillissement en prévention du placement en établissement spécialisé. La question n'a pas été abordée dans le passé car la gestion financière de ces institutions revenait au niveau fédéral alors que l'adaptation du logement dépendait de la région. Un déséquilibre des investissements se produisait alors, en cas d'anticipation, en défaveur de la région qui devait continuer à assurer ses missions. Depuis 2016, date de mise en place de l'AViQ, la gestion des centres spécialisés est revenue aux mains de la région, dès lors, un réel intérêt économique existe pour l'introduction du traitement de la thématique de l'anticipation de la dépendance.

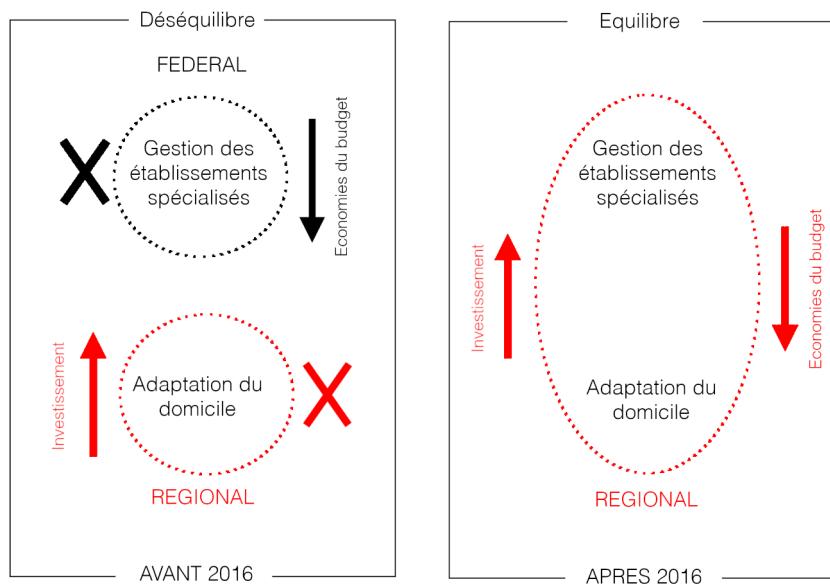


Figure 28 - Lien économique entre la gestion des établissements spécialisés et l'adaptation du domicile

Budget d'adaptation inférieur (Wallonie)

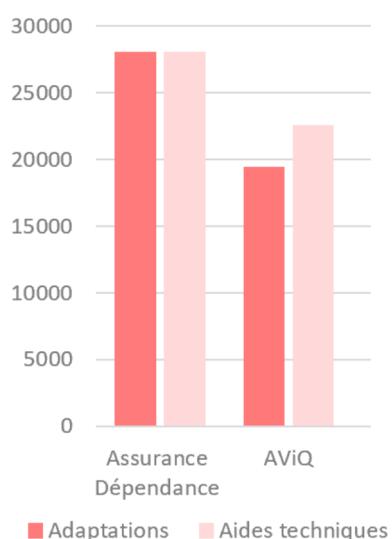


Figure 29 - Budget accordé à l'aménagement du domicile selon le territoire

Enfin, l'AViQ ne dispose pas du même budget pour l'adaptation du domicile décrit précédemment. Celui-ci est limité à 19.381 euros pour l'adaptation, et d'aides pour les appareils techniques allant jusqu'au maximum 22.536 euros (cas d'une plateforme pour élévations supérieures à 3m) (GOUVERNEMENT WALLON, 2014, p. 16). Les travaux seront donc proportionnellement limités.

1.3. Opportunités

Supériorité économique (Luxembourg)

Il faut tenir compte du contexte économique des territoires. Le premier territoire, le Grand-Duché de Luxembourg, est plus aisé que le territoire belge, et par conséquent, que la région wallonne située sur celui-ci. La situation économique du Grand-Duché de Luxembourg constitue une opportunité essentielle au développement des aides mises en place.

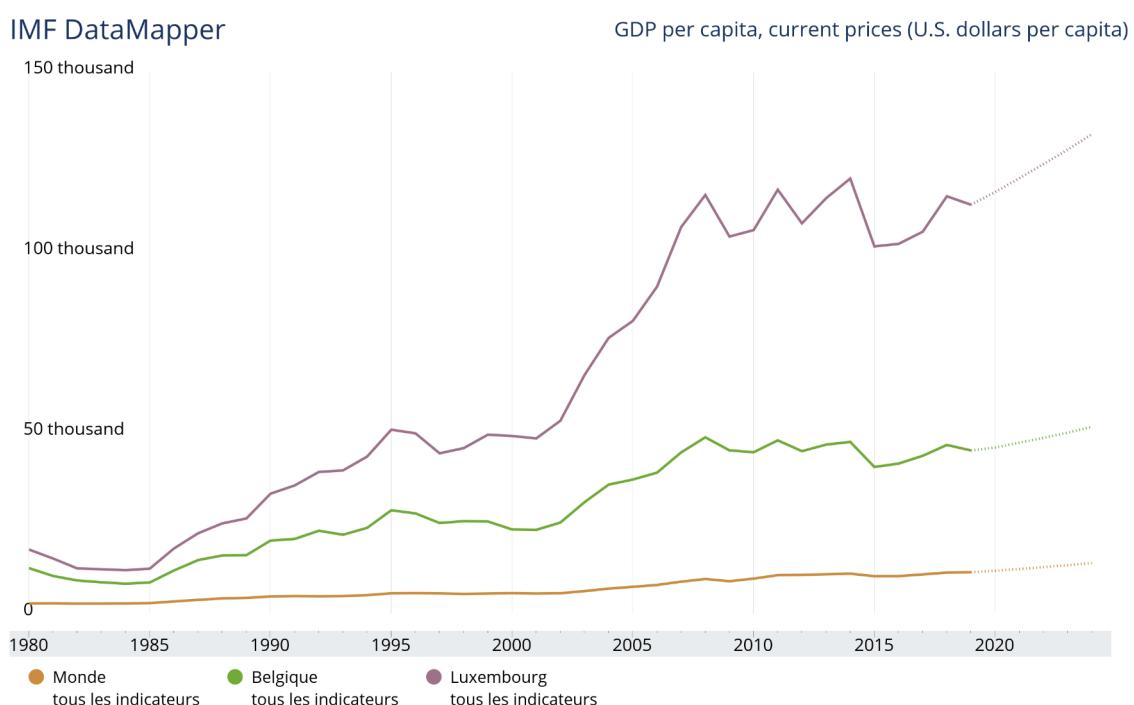


Figure 30 - PIB mondial, Belge et du Luxembourgeois (EUROSTAT, 2020)

1.4. Menaces

Infériorité économique (Wallonie)

A l'intérieur du territoire belge même, la répartition du PIB en pourcentage par région (moyenne effectuée entre 2003 et 2017) n'est que de 23,4 %, contre 57,5% en Flandre et 18,4% à Bruxelles (IWEPS, 2020).

Par conséquent, certains processus ne peuvent se développer de la même manière. La majorité des faiblesses observées dans les processus découlent, en effet, directement d'une contrainte financière. Les pouvoirs en place ont généralement la volonté de développer les aides mais ne bénéficient pas des moyens pour y parvenir.

2. Dimension légale

2.1. Forces

Conseil consultatif de l'accessibilité (Luxembourg)

Le projet de Conseil consultatif de l'accessibilité est un atout en développement du système luxembourgeois. Ce service pourrait, entre autres, réfléchir à des aménagements raisonnables des bâtiments existants afin de permettre, d'une part, l'inclusion complète des personnes en situation de handicap dans la société et, d'autre part, y parvenir sans causer trop de dommages financiers aux responsables de ces bâtiments. A cela s'ajoutent les aides financières qui seraient accordées par l'Etat dans le cadre de ces adaptations à la nouvelle loi.

Ces deux dispositifs devraient augmenter considérablement les conditions de vie des personnes en situation de handicap dans les lieux publics, et par conséquent, la bonne application de la loi, sans que cela ne se réalise en défaveur d'autrui.

2.2. Faiblesses

Responsabilité de l'architecte en sous-traitance (Luxembourg)

Toujours dans le système luxembourgeois, mais cette fois-ci dans le domaine privé, la dimension déontologique de la responsabilité de l'architecte dans le cadre de la sous-traitance peut susciter le questionnement. En effet, comme décrit

précédemment, dans le cadre des expertises pour le compte de l'Assurance Dépendance, l'architecte peut exercer en tant que sous-traitant de l'ergothérapeute. Cette position attribue le statut de décideur à ce dernier. Or, l'architecte reste responsable de ce qu'il aura dessiné alors que l'ergothérapeute n'est plus lié à des responsabilités après la réception des travaux. Ce processus particulier implique une distinction précise des tâches et responsabilités de chaque professionnel. L'ergothérapeute ne doit pas prendre de décisions allant contre les recommandations de l'architecte et, inversement, l'architecte ne peut prendre de décisions seul lorsqu'un problème est rencontré sur chantier.

Le règlement grand-ducal de 1992 déterminant la déontologie des architectes et des ingénieurs-conseils prévoit que « Lors de la conception et/ou de la réalisation d'une œuvre impliquant une collaboration, les membres de l'Ordre sont tenus de définir par écrit les rôles respectifs, les responsabilités de toutes les personnes concernées et leurs assurances. Cette convention détermine également les modalités et les montants des rémunérations respectives. » (Art. 15.).

Absence d'évaluation des bâtiments existants (Wallonie)

En Wallonie, l'absence de projet d'évaluation des architectures existantes en termes d'accessibilité est une faiblesse. Les bâtiments existants avant la loi ou ayant été mal contrôlés au moment du permis ne sont pas évalués et peuvent alors devenir des outils d'exclusion.

2.3. Opportunités

Révision de la loi (Luxembourg)

La révision de la loi sur l'accessibilité luxembourgeoise offre des opportunités sur l'ensemble du territoire telles que la création d'un Conseil consultatif de l'accessibilité. Cette loi va également entraîner un grand nombre de chantiers intégrant un potentiel de collaboration ergo-architecturale. Le développement de ce processus pourrait également entraîner un changement de mentalité de la société qui saisirait alors les objectifs visés. S'agissant, ici, uniquement des lieux concernés

par le champ d'application de la loi, le modèle de collaboration concerné par cette dimension sera essentiellement celui de l'ergothérapeute conseiller de l'architecte.

Obligation d'intégration de l'architecte dans un contexte défini (Luxembourg et Wallonie)

L'autre opportunité légale réside dans l'obligation de l'intervention de l'architecte lorsque la mission d'adaptation dépasse les compétences de l'ergothérapeute ; au Grand-Duché de Luxembourg comme en Belgique, dès que les travaux nécessitent une autorisation de bâtir, le recours à l'architecte est obligatoire. Cette obligation intègre donc l'apport architectural dans le processus.

2.4. Menaces

Pas d'obligation d'intégration de l'ergothérapeute hors subvention (Luxembourg et Wallonie)

En opposition avec l'obligation légale énoncée ci-dessus, aucun texte de loi n'oblige l'architecte à collaborer avec l'ergothérapeute. Seule la délivrance de l'aide financière par l'intervention d'un ergothérapeute subventionné par l'Etat oblige la présence de l'ergothérapeute dans le processus. Pourtant, l'architecte n'est pas formé pour être un expert du handicap et peut rapidement, lui aussi, atteindre les limites de ses compétences. Par manque de moyens, de temps et de connaissances de l'ergothérapie, l'architecte peut être tenté de se débrouiller seul malgré la complexité de la tâche.

3. Dimension sociale

3.1. Forces

Intégration des +65 ans (Luxembourg)

Les services de l'Assurance Dépendance s'adressent également aux personnes qui ont perdu de la mobilité avec l'âge. Au-delà de l'avantage économique que représente le vieillissement à domicile, il s'agit avant tout d'un enjeu social. « L'habitat, en tant que lieu de vie, lieu d'investissement et d'identité, est symbolique et représentatif de l'autonomie. Il symbolise le rôle social, l'estime de soi, de choix personnel. Il matérialise la sécurité et la protection et rassemble les souvenirs de toute une vie. » (CHARLOT, GUFFENS, Le Bien Vieillir asbl, 2006, p.17).

De plus, « La moyenne d'âge des bénéficiaires en 2017 est de 68,4 ans » (ADAPTH, 2017, p.16), cette donnée témoigne de l'importance de la demande.

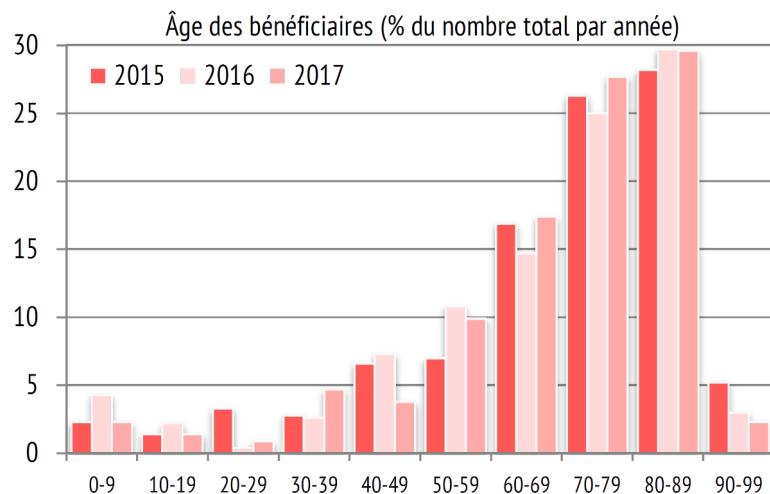


Figure 31 - Âge des bénéficiaires de l'ADAPTH dans le cadre des expertises pour le compte de l'Assurance Dépendance (ADAPTH, 2017, p.16)

Interconnaissance en sous-traitance (Luxembourg)

Le phénomène d'interconnaissance n'a été observé que dans le processus de sous-traitance dans lequel les ergothérapeutes travaillent avec les mêmes architectes. Habitues à réfléchir ensemble, ils comprennent les enjeux des deux disciplines et anticipent les choses à ce sujet. Ces architectes sont aussi sensibilisés aux besoins des situations de handicap auxquels ils sont régulièrement confrontés. Cette compréhension aide à l'efficacité de la conception et évite des réflexions systématiques de la part des ergothérapeutes.

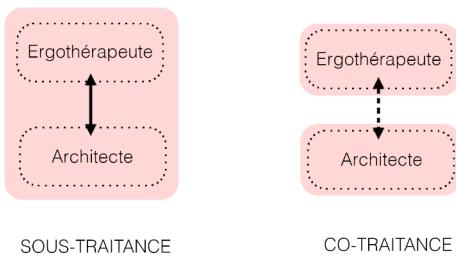


Figure 32 - Relations induites du modèle de collaboration

De plus, dépendant de l'ergothérapeute, l'architecte devra communiquer avec l'ergothérapeute pour chaque prise de décision, la collaboration directe sera donc inévitable et donnera lieu à des échanges particulièrement constructifs.

Accompagnement du bénéficiaire tout au long de l'aménagement (conception et réalisation) (Luxembourg)

Le système en place au Luxembourg permet un accompagnement de la personne de l'esquisse à la réception des travaux. L'ergothérapeute joue le rôle du chef d'orchestre pour coordonner le projet entre les différents intervenants comme le ferait l'architecte dans un projet classique. La formation paramédicale de l'ergothérapeute lui permet néanmoins de mieux comprendre le bénéficiaire en situation de handicap, et de cette manière adapte son accompagnement en fonction de ses besoins et difficultés. Il va également pouvoir anticiper des éléments dont le bénéficiaire n'a pas forcément conscience et qu'il n'aurait donc pas communiqués à l'architecte. Toutes ces spécificités de la profession justifient les raisons de l'avantage existant dans le positionnement de l'ergothérapeute chef d'orchestre.

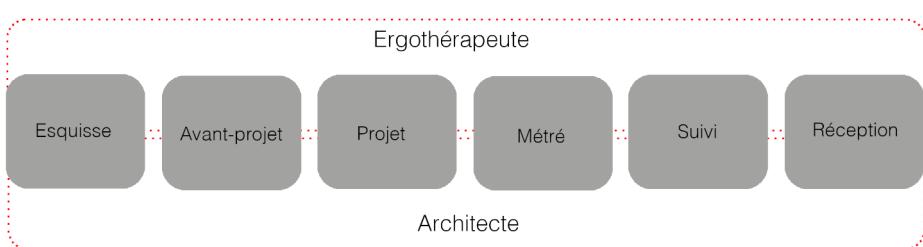


Figure 33 - Accompagnement du bénéficiaire par l'ergothérapeute au Luxembourg

Co-traitance directe (Luxembourg et Wallonie)

La co-traitance directe est obtenue par la communication directe entre les deux professionnels pendant la conception et/ou réalisation du projet. Celle-ci existe sur les deux territoires mais de manière plus évidente dans le domaine public, dans lequel l'architecte est confronté aux règlements. Ce schéma est plus rare dans le domaine privatif. Il est pourtant plus qualitatif que le schéma de co-traitance indirecte car, en travaillant ensemble dans le processus de travail, ils recréeront une forme d'équipe pluridisciplinaire, comme dans le schéma de la sous-traitance, sans néanmoins les avantages de l'interconnaissance.

Plusieurs possibilités d'asbl subventionnées (Wallonie)

Le bénéficiaire wallon a le choix entre différents services conseils. Cette notion de choix peut avoir de l'importance lorsqu'on est affaibli par une situation non-désirée et que l'on se retrouve contraint de modifier son environnement. Le bénéficiaire retrouve ainsi une certaine forme de contrôle sur la situation. Les critères de l'ergothérapeute resteront toutefois fonctionnels, le client ne choisira pas une asbl de la même manière qu'un bureau d'architecture.

3.2. Faiblesses

Non-intégration des +65 ans (Wallonie)

Comme décrit dans les observations du territoire wallon, l'AViQ ne s'adresse pas aux personnes de plus de 65 ans chez qui il apparaît des difficultés. Socialement, cette restriction d'âge pour la prise en charge de l'adaptation du domicile peut poser question. Effectivement, une personne retraitée n'est pas seulement confrontée aux pathologies liées au vieillissement, mais elle peut tout autant être la victime d'un accident ou d'une maladie qui lui ferait subir la même situation de handicap qu'une personne de moins de 65 ans.

De plus, la moyenne d'âge des bénéficiaires luxembourgeois démontre un important besoin d'assistance des personnes âgées en vue du maintien à domicile. Précisons également que « 95% des personnes de plus de 60 ans ne souhaitent pas finir leurs jours dans un établissement spécialisé et préfèrent vivre jusqu'au bout à leur domicile » (DEHAN, 2007, p.11).

Non-concurrence de l'asbl subventionnée (Luxembourg)

En opposition avec la force développée sur les différentes possibilités d'asbl subventionnées en Wallonie, la non-concurrence de l'asbl subventionnée par l'Assurance Dépendance ne laisse pas de choix au bénéficiaire. Si ce dernier ne veut pas, pour une raison ou une autre, travailler avec l'ADAPTH, il ne recevra pas d'aide de l'Assurance Dépendance pour son logement.

Non-concurrence de l'architecte en sous-traitance (Luxembourg)

De la même manière, la non-concurrence de l'architecte dans le schéma de la sous-traitance peut être perçue comme une faiblesse du système pour deux raisons. La première réside dans le fait que chaque architecte apporte sa personnalité à un projet, chacun a son esprit créatif et réfléchit différemment. Dans le schéma classique, le choix de l'architecte est une démarche personnelle importante pour le client qui se renseigne généralement au sujet de différents architectes et choisit celui qui lui convient le mieux. Si l'architecte est ici principalement intégré pour ses compétences techniques, il intègre toujours à son travail une part de conception esthétique, qu'elle soit qualitative ou non. La deuxième concerne un intérêt qui pourrait être dégagé d'une volonté de transmission de cet échange à un plus grand nombre d'architectes. En effet, le système présent tourne actuellement avec deux architectes sous-traitants. Démultiplier ce nombre de sous-traitants pourrait peut-être augmenter la connaissance des bénéfices de cette collaboration dans le milieu architectural et ainsi propager ce modèle dans d'autres organisations.

Pas de suivi de chantier (Wallonie)

Le dispositif en place en Wallonie offre moins d'accompagnement au bénéficiaire. L'intervention de l'ergothérapeute se limite à la phase de conception, il ne réalise pas de suivi de chantier. Sa mission est essentiellement une mission de conseil sur plan. Le bénéficiaire doit alors faire les démarches lui-même, assisté toujours par l'architecte mais celui-ci n'a pas la sensibilité paramédicale qui pourrait rassurer le bénéficiaire. On peut dès lors s'interroger sur les besoins d'accompagnement d'une personne fragilisée contrainte de transformer son environnement.

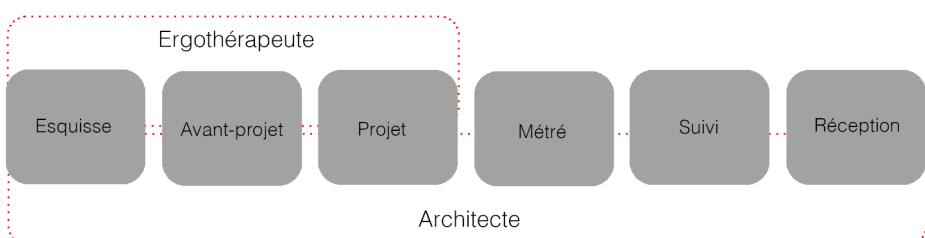


Figure 34 - Accompagnement du bénéficiaire par l'ergothérapeute en Wallonie

Co-traitance indirecte (Luxembourg et Wallonie)

Lorsqu'ils communiquent par l'intermédiaire du bénéficiaire, les deux professionnels font chacun un travail distinct l'un de l'autre dans lequel l'architecte conçoit le projet selon ses compétences et l'ergothérapeute commente la conception du premier. Il n'y a donc pas de travail d'équipe dans ce schéma mais plutôt un travail sur lequel viennent se greffer différents critères, dont le critère fonctionnel de l'ergothérapeute. L'échange entre les deux disciplines est ainsi très faible. Le niveau de communication entre les deux professionnels aura également un impact temporel au niveau de la conception. Transmises par le client d'un à l'autre, les informations sont moins vite réceptionnées et traitées que par une communication directe. Ce schéma est celui qui est principalement rencontré dans l'adaptation des projets privés où l'architecte travaille indépendamment pour le client. C'est le cas pour une partie des dossiers de l'ADAPTH et l'entièreté des dossiers de l'AViQ qui ne contacte que rarement l'architecte.

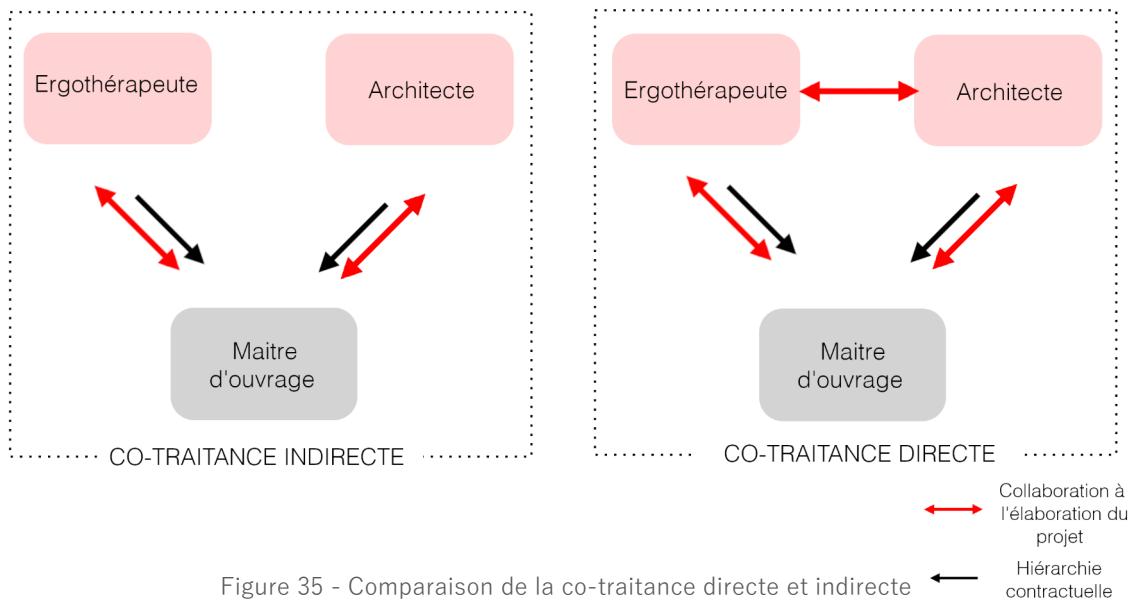


Figure 35 - Comparaison de la co-traitance directe et indirecte

4. Dimension territoriale

4.1. Forces

Homogénéité d'intervention avec possibilité d'intégration de l'architecte (Luxembourg)

Comme nous l'avons vu dans le chapitre sur la récolte des données, le Grand-Duché de Luxembourg subventionne une seule asbl pour l'ensemble du pays. Le territoire est ainsi traité de manière uniforme. Toutefois, si elle seule reçoit les commandes, l'asbl ADAPTH peut faire intervenir d'autres acteurs pour renforcer ses compétences, permettant ainsi la prise en charge complète des travaux d'aménagements de la personne en situation de handicap. Plusieurs bureaux œuvrent donc à l'adaptation du domicile au Grand-Duché de Luxembourg mais appartenant à différentes disciplines.

Différentes possibilités d'asbl (Wallonie)

La Wallonie choisit une autre stratégie que le Luxembourg : ce plus vaste territoire est géré par 5 asbl au total qui se répartissent l'ensemble des bénéficiaires, dont une est limitée à un territoire provincial, celui de Liège.

Ainsi, un plus grand nombre de professionnels de la santé sera intégré au processus afin de répondre à un plus grand nombre de dossiers.

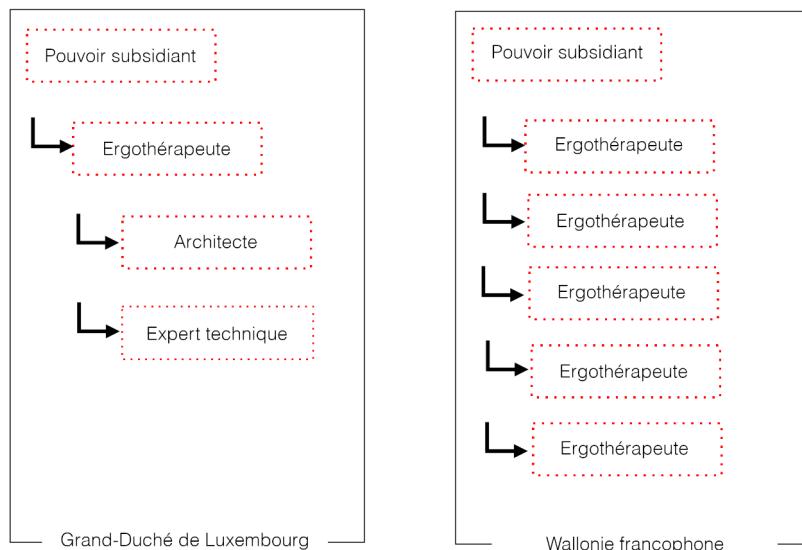


Figure 36 - Intervenants des processus

4.2. Faiblesses

Une seule asbl (Luxembourg)

Si l'homogénéité de traitement peut être perçue comme force du système, elle peut se nuancer comme faiblesse territoriale également. Outre les faiblesses sociales exposées précédemment, ce dispositif n'est guère extensible et ne peut fonctionner que pour un territoire limité. Il est donc dépendant des opportunités.

Non-intégration de l'architecte (Wallonie)

Si la Wallonie décide de multiplier ses asbl subventionnées pour l'aménagement du domicile, elle n'intègre cependant aucun professionnel de la construction dans ses intervenants. En effet, aucune des 5 asbl proposées par l'autorité wallonne ne prend en charge les honoraires de l'architecte, ni en subvention directe, ni en sous-traitance. L'intervention permise sans l'intégration d'un architecte est pourtant rapidement limitée (dès le moindre percement de dalle ou de mur structurel, la modification extérieure, etc.) et l'ergothérapeute est alors privé de tout un champ de réflexion. La vision de l'AViQ ne concerne donc que l'aspect paramédical.

4.3. Opportunités

Faible superficie (Luxembourg)

Le Grand-Duché de Luxembourg s'étend sur une superficie d'à peine 2 586 km². Comme soulignée dans les faiblesses, cette opportunité permet de développer un système qui ne pourrait se développer sur un territoire plus vaste en termes de déplacements et de nombres de dossiers à gérer.



Figure 37 - Comparaison territoriale du Luxembourg et de la Wallonie

4.4. Menaces

Superficie plus importante (Wallonie)

La Wallonie francophone s'étend sur 16 047 km², soit plus de 6 fois le premier territoire. Cette différence de superficie est proportionnelle à la différence démographique ; en 2020, la Wallonie francophone compte un total 3 566 473 habitants contre 613 894 habitants sur le territoire voisin (EUROSTAT, 2020). Or, nous avons vu précédemment que nul n'est à l'abri d'un handicap. Le nombre de dossiers à traiter est donc supérieur en Wallonie alors que celle-ci n'intègre pas, à l'heure actuelle, l'accompagnement des personnes âgées, ce qui augmenterait considérablement le nombre de bénéficiaires.

Divisions territoriales (Wallonie)

La division des compétences en fonction des territoires et à différents niveaux peut également être la source de difficultés comme cela avait été soulevé dans les faiblesses économiques. En effet, la gestion des établissements spécialisés dépendait du niveau fédéral alors que celle de l'aménagement accessible était régionale. Si cette difficulté a aujourd'hui disparu, nous pouvons imaginer d'autres difficultés engendrées par cette division des compétences.

Par exemple, la reconnaissance d'un handicap au niveau fédéral (allocations, cartes de stationnements, etc.) n'implique pas une reconnaissance au niveau de l'AViQ qui fonctionne selon son propre système. La confusion peut donc s'installer chez le bénéficiaire qui tente d'obtenir une aide.

5. Conclusion des interprétations

GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG	POSITIF	NÉGATIF
ORIGINE INTERNE	Prise en charge du vieillissement	Responsabilités de l'architecte en sous-traitance
	Prise en charge de l'architecte sous certaines conditions	Non-concurrence de l'asbl subventionnée
	Budget élevé pour les travaux	Non-concurrence de l'architecte en sous-traitance
	Projet de Conseil consultatif de l'accessibilité	
	Aides financières accordées pour se conformer à la nouvelle loi dans le cas des bâtiments existants	
	Prise en charge des +65 ans	Co-traitance indirecte
	Interconnaissance en sous-traitance	
	Accompagnement du bénéficiaire tout au long de l'aménagement	
	Co-traitance directe	Une seule asbl
	Homogénéité d'intervention avec possibilité d'intégration de l'architecte	
ORIGINE EXTERNE	PIB du pays élevé	Pas d'obligation de recours à l'ergothérapeute
	Révision de la loi sur l'accessibilité	
	Obligation d'appel à l'architecte dans un contexte défini légalement	
	Faible superficie	

Figure 38 - Tableau récapitulatif d'analyse SWOT pour le Grand-Duché de Luxembourg

WALLONIE	POSITIF	NÉGATIF
ORIGINE INTERNE	<p>Plusieurs possibilités d'asbl subventionnées</p> <p>Répartition des dossiers d'aménagement du domicile en plusieurs asbl</p>	<p>Pas encore d'anticipation afin d'éviter le placement en établissement spécialisé</p> <p>Aucune prise en charge de l'architecte</p> <p>Budget de travaux plus faible</p> <p>Plus de surveillance de l'application des normes à partir de l'exécution</p> <p>Pas de prise en charge des +65 ans</p> <p>Co-traitance indirecte</p> <p>Pas de suivi de chantier</p> <p>Aucune intégration de l'architecte</p>
ORIGINE EXTERNE	Obligation d'appel à l'architecte dans un contexte défini légalement	<p>PIB plus faible</p> <p>Pas d'obligation de recours à l'ergothérapeute</p> <p>Superficie plus importante</p> <p>Divisions territoriales</p>

Figure 39 - Tableau récapitulatif d'analyse SWOT pour la Wallonie

Dimension économique
Dimension légale
Dimension sociale
Dimension territoriale

La synthèse de ces interprétations démontre les liens importants entre les processus et leurs contextes. En effet, si l'AViQ ne se développe pas autant que l'ADAPTH et l'Assurance Dépendance, c'est pour toute une série de raisons dont un grand nombre dépend de l'environnement et sur lequel elle ne peut pas, ou difficilement, agir. Cette nuance est importante à mettre en évidence car l'absence de dispositifs ne résulte souvent pas d'une insuffisance de volonté mais d'un manque de moyens pour y parvenir.

L'intégration des +65 ans dans le système wallon, par exemple, augmenterait considérablement le nombre de dossiers. Il faudra alors assumer non seulement l'aide financière aux nouveaux bénéficiaires mais également engager du personnel supplémentaire pour traiter ces nouveaux dossiers.

Des trois principaux modèles de collaboration entre ergothérapeutes et architectes, celui de la co-traitance semble, selon l'interprétation des données, le moins discutable lorsqu'il est appliqué de manière directe. Il intègre un travail d'équipe sur la conception et un échange de connaissances tout en évitant les difficultés soulevées par la non-concurrence de l'architecte en sous-traitance.

L'analyse démontre aussi qu'il n'existe pas de système qualitatif sans défauts. Chaque système peut être amélioré mais ces améliorations pourraient amener avec elles d'autres questionnements. La stratégie wallonne, qui implique une multitude d'intervenants, avantage socialement l'AViQ par rapport à l'Assurance Dépendance mais ne parvient tout de même pas à répondre à tous les besoins de la population sur le plan du handicap, ni à intégrer le domaine de la construction à la réflexion. En outre, la stratégie luxembourgeoise, bien que particulièrement performante en matière d'accompagnement, présente quelques difficultés sociales, principalement celles liées à la non-concurrence.

De manière générale, le contexte économique et la révision légale du Luxembourg sont des moteurs de développement des systèmes. De l'autre côté de la frontière, la révision de la loi n'est pas d'actualité et le contexte économique agit plutôt comme un frein au développement des processus.

Conclusions

Les conclusions de la recherche tentent de répondre à un double objectif : d'une part, les recommandations sur l'environnement, d'autre part, les modèles de collaboration qui peuvent répondre aux besoins et aux contraintes locales. Dans le premier cas, les éléments sont donc d'origine externe. L'importance du lien entre l'environnement du processus et son organisation suggère une série de recommandations pour permettre le bon développement de cette collaboration entre ergothérapeute et architecte. Nous nous attarderons ensuite sur les éléments d'origine interne : les processus eux-mêmes. La recherche démontre une différence entre le milieu privé et le milieu public. Nous tenterons donc d'en conclure un modèle qualitatif pour chacun en tenant compte de ces différences.

Avant de définir ces propositions, nous développerons quelques constats généraux qui peuvent se déduire de la recherche et qui contextualisent les conclusions suivantes.

1. Constats généraux

Existence de collaboration ergothérapeute/architecte

L'étude met en évidence plusieurs constats d'ordre général. Le premier constat, et le plus important, est que le travail démontre l'existence de la collaboration des deux disciplines dans le contexte de l'accessibilité. Elle a pu être observée sous différents processus, différents contextes et différents territoires. Les différents processus sont donc la sous-traitance, la co-traitance et le service conseil. Les différents contextes déterminent à la fois une distinction entre les lieux soumis à la réglementation et le domicile, mais également l'existence d'une forme de collaboration dépendante des autorités compétentes (comme à l'ADAPTH) ou exerçant librement (comme pour les services conseils non-subventionnés). Enfin les différents territoires concernent simplement les deux cas d'étude qui proposent chacun différentes formes de collaboration.

Collaboration ergothérapeute/architecte afin d'optimiser l'accessibilité des espaces pour les personnes en situation de handicap physique

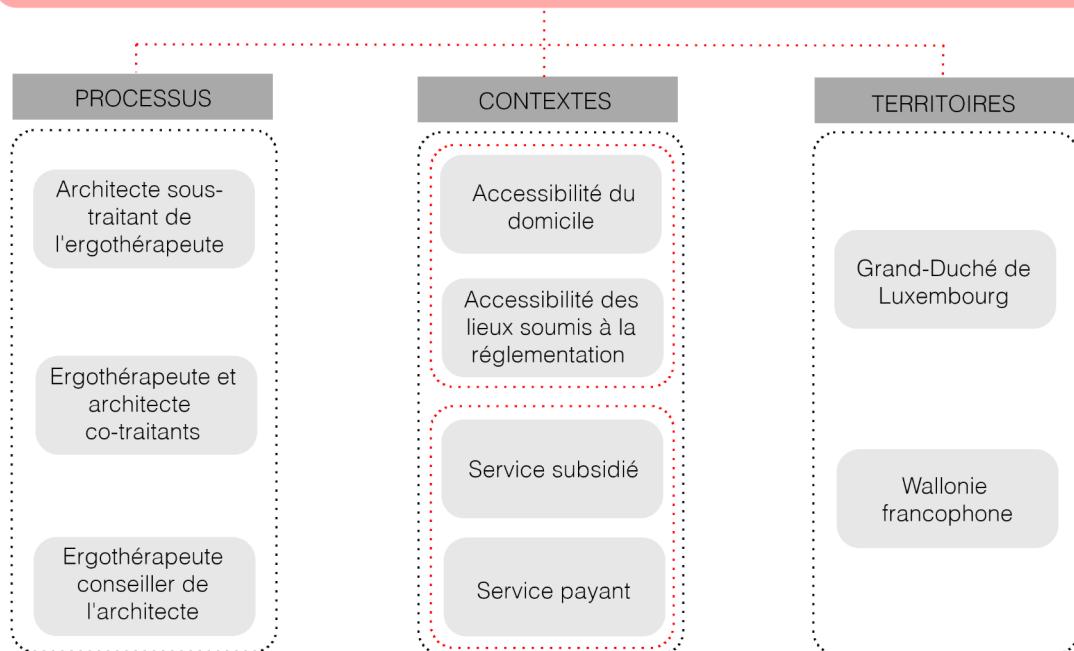


Figure 40 - Constats généraux

Pertinence de la collaboration ergothérapeute/architecte

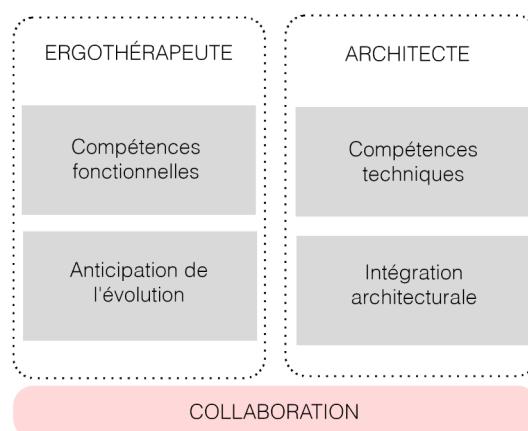


Figure 41 - Complémentarité des disciplines

Le deuxième constat est que cette collaboration est pertinente dans le cadre qui nous intéresse, à savoir l'accessibilité des lieux pour les personnes en situation de handicap physique.

En effet, les deux spécialistes se complètent dans le domaine pour optimiser leurs interventions. Les atouts de l'ergothérapeute seront la vision fonctionnaliste de l'intervention ainsi que l'anticipation de l'évolution. L'architecte apportera au projet sa

connaissance technique et une intégration architecturale des aménagements « médicaux ». L'aspect technique est le plus évident dans le processus et celui qui obligera l'intervention de l'architecte, pourtant, cette intégration architecturale a une grande importance dans le processus car elle permet d'éliminer une forme de discrimination entraînée par la stigmatisation des objets médicaux et améliore l'acceptation de la personne face à la situation de handicap. Ainsi, la même intervention sans un de ces deux composants ne peut atteindre le même résultat.

Influence du contexte sur le processus

Enfin, la dernière constatation à mentionner est l'influence du contexte dans lequel se développe le processus. L'interprétation des données a démontré que les conditions économiques, légales, sociales et territoriales pouvaient se révéler aussi bien frein que moteur au processus. La pertinence de ce dernier est indissociable de son environnement. Cette relation est importante à prendre en compte car si l'architecte n'a pas d'influence directe sur ces conditions, il devra cependant adapter l'exercice de sa profession en regard de celles-ci.

2. Recommandations sur l'environnement

Sensibilisation à l'accessibilité dans le milieu de la construction

La première recommandation, et la moins contraignante à mettre en place, est la sensibilisation des acteurs de la construction par rapport aux personnes en situation de handicap physique. Cette recommandation n'implique pas directement la collaboration entre les disciplines bien que le manque de réflexion ou d'anticipation dans la production architecturale nécessite souvent une collaboration ergo-architecturale *a posteriori*. En effet, encore aujourd'hui, il est courant de concevoir un projet d'habitation, exempt de toute réglementation sur l'accessibilité, sans tenir compte des pathologies liées à l'âge, la maladie ou l'accident. Pourtant, « on est passé d'environ 1.260 km² de terres urbanisées en 1985 à 1.780 km² en 2017, soit près de 20m² par heure » (DAWANCE, 2019, p.6). Face à cette urbanisation intensive du territoire wallon, la construction de bâtiments inadaptables n'a plus sa place.

En outre, malgré les réglementations, des bâtiments publics sont, encore à l'heure actuelle, mal conçus pour les personnes en situation de handicap physique. Quelques pourcents seront facilement ajoutés à une pente pour récupérer quelques centimètres mais ceux-ci contraindront peut-être la personne en fauteuil à ne pas circuler de manière autonome. Il sera également vite oublié de protéger l'aveugle qui ne repérera pas la pente d'un escalier avec sa canne en passant dessous et risquerait de se heurter à l'obstacle. Les toilettes dites PMR sont parfois également de réels calvaires pour leurs utilisateurs.

Ces exemples ont été observés au cours du stage effectué à l'ADAPTH et démontrent que si les normes existent, elles manquent parfois de compréhension ou de sensibilisation, et peuvent échapper au contrôle des autorités par manque de temps ou de moyens.

Révision de la réglementation wallonne

L'interprétation des données met en évidence l'opportunité de la révision de la loi sur l'accessibilité luxembourgeoise qui permet le développement de différents dispositifs. De la même manière, la révision de la loi wallonne pourrait se révéler opportune.

Premièrement, la précision des normes dans le but d'améliorer leur compréhension et diminuer la mauvaise interprétation de celles-ci serait profitable, aussi bien aux concepteurs qu'aux utilisateurs.

Deuxièmement, la révision pourrait entraîner la reconnaissance d'un organisme d'assistance à l'autorité compétente pour le handicap, constitué de spécialistes du handicap et de spécialistes de la construction, à l'image du Conseil consultatif de l'accessibilité développé au Luxembourg. Celui-ci pourrait, d'une part, évaluer l'adaptabilité des lieux existants pour proposer des aménagements raisonnables pour ceux-ci afin de permettre une action sur le bâti existant non-adapté, d'autre part, assurer un contrôle de la nouvelle production architecturale soumise à la réglementation.

Enfin le contrôle de cette production pourrait être déplacé à la phase de réception du bâtiment plutôt qu'au moment de l'obtention du permis. En conditionnant l'ouverture du bâtiment à la validation par une délégation légale, les modifications dues à l'exécution du chantier ainsi que la gestion des contraintes non distinctes en dimension planimétrique pourraient être mesurées et contrôlées.

Intégration légale de l'ergothérapeute

En réaction à la faiblesse désignée dans la dimension légale tant en Wallonie qu'au Luxembourg, l'intégration d'une obligation légale de recours à l'ergothérapeute sous certaines conditions pourrait être une piste de développement de la collaboration. Toutefois, cette recommandation reste discutable. Effectivement, en ce qui concerne l'habitat personnel, lorsqu'une autorité délivre une aide financière à l'adaptation de l'habitat, elle intègre de manière obligatoire l'intervention de l'ergothérapeute dans la conception. Si cela aboutit à une collaboration interdisciplinaire au Luxembourg, l'intervention de l'ergothérapeute reste relativement restreinte en Wallonie. Il serait sans doute bénéfique de développer cet échange afin d'enrichir le projet dans la créativité des réflexions communes.

En dehors de la subvention, le privé reste libre de faire intervenir un ergothérapeute ou non dans le processus s'il a des besoins spécifiques qui dépassent les connaissances de l'architecte, mais il ne sera en aucun cas imposable à ce client.

Les bâtiments soumis à la réglementation sont les moins impactés par la collaboration ergothérapeute/architecte. En effet, il a été déterminé que celle-ci était d'autant plus importante lorsque le projet s'adressait à une personne spécifique qui a ses propres besoins. La réglementation allant dans la direction contraire, répondre à un plus grand nombre de besoins, il avait été observé que l'ergothérapeute pouvait être remplacé alors par un architecte expert en accessibilité. L'obligation d'intégration de l'ergothérapeute dans le processus n'a donc pas de justification. La démarche volontaire de demande d'assistance de l'architecte à l'ergothérapeute en cas de besoin est à privilégier dans ce cas.

3. Propositions de modèles qualitatifs

3.1. Modèle de collaboration pour l'accessibilité du domicile

Le modèle le plus efficace en termes de collaboration observé dans la recherche est celui de la sous-traitance de l'architecte. Cependant, pour des raisons économiques et déontologiques, ce modèle luxembourgeois est difficilement applicable sur le territoire wallon.

Le modèle qui semble répondre le plus favorablement aux besoins et contraintes locales est celui de la co-traitance directe. Actuellement, le schéma de l'AViQ propose plutôt une forme de co-traitance indirecte dans lequel l'échange de compétences est faible et se limite à une série de recommandations sur plan de la part de l'ergothérapeute. La communication directe entre les professionnels modifie ainsi la manière de travailler ensemble pour créer temporairement une équipe de conception. L'échange sera alors plus créatif et les conversations aboutiront à de nouvelles réflexions. Si cette manière de collaborer est bénéfique à la solution apportée au client, elle le sera aussi pour les deux professionnels qui vont chacun enrichir la vision spatiale de l'autre.

Développer une multitude d'associations temporaires plutôt que de travailler avec une équipe déterminée, comme dans le schéma de la sous-traitance luxembourgeois, permet à la fois de propager le modèle, et ainsi une forme de sensibilisation dans un plus grand réseau, tout en augmentant la créativité de solutions proposées proportionnellement au nombre d'équipes temporaires formées.

La co-traitance offre à l'AViQ la possibilité de faire évoluer son processus sans prendre en charge les honoraires des architectes. Toutefois, ce modèle implique un plus vaste accompagnement de l'ergothérapeute dans le processus du projet. L'intervention ponctuelle ne permettra pas un échange qualitatif. Il doit être intégré tout au long du processus de conception et idéalement à l'exécution. L'ergothérapeute est mieux formé pour les aménagements de détails liés au

fonctionnement de la personne avec son handicap. Il pourra donc contrôler l'exécution par rapport au bénéficiaire et l'architecte contrôlera l'exécution par rapport au projet.

Enfin, ce modèle permet à l'architecte d'exercer en toute indépendance, sans relation de subordination à l'ergothérapeute, comme le prescrit le code belge de déontologie des architectes.

En Wallonie, un des enjeux principaux de la collaboration pourrait s'intéresser à la question de l'anticipation. Si la majorité des situations de handicap ne peuvent être anticipées, les besoins liés au vieillissement concernent l'ensemble de la population. De ce point de vue, la production architecturale devrait offrir une plus grande flexibilité pour l'habitat privatif. L'apport des compétences de l'ergothérapeute à la conception permettrait d'atteindre cette évolutivité, sans surcharger la mission de l'architecte, par le modèle de l'ergothérapeute conseiller de l'architecte.

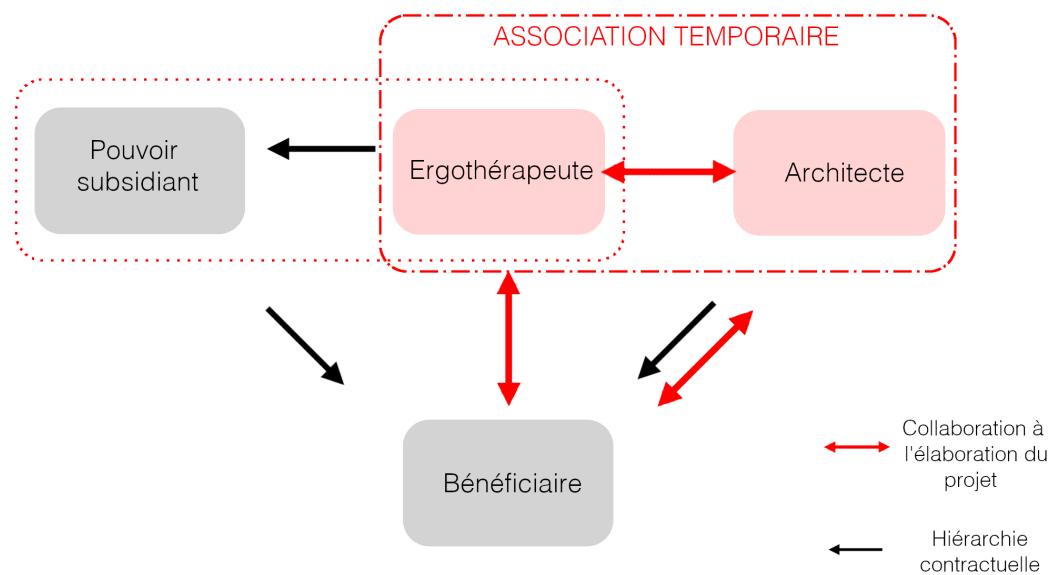


Figure 42 - Association temporaire

3.2. Modèle de collaboration pour l'accessibilité des lieux soumis à la réglementation

Etant donné que la réglementation vise à répondre au plus grand nombre de besoins et non plus à une personne précise, un travail de collaboration tout au long du processus de conception et/ou d'exécution perd de sa pertinence. Il a d'ailleurs été observé que dans ce système, le rôle de l'ergothérapeute peut être remplacé par un architecte expert en accessibilité. Le modèle collaboratif qui correspond le mieux à ce deuxième cas est celui de l'ergothérapeute conseiller. Cependant, ce rôle de conseiller n'est pas limité à l'architecte mais peut également permettre d'assister le client ou l'autorité qui délivrera le permis.

Lorsqu'il assistera le client ou l'architecte, il assurera une mission ponctuelle de conseil sur plan à un ou plusieurs moments de la conception afin de vérifier la bonne application des normes et de développer des solutions face aux difficultés liées à l'accessibilité. Ce modèle existe déjà, il n'est donc plus à mettre en œuvre mais à encourager et à propager.

Si, cependant, l'ergothérapeute assiste une autorité alors sa mission sera de l'ordre du contrôle du projet de l'architecte en vue de l'obtention du permis. Il ne s'agit donc plus ici d'un modèle de collaboration ergothérapeute/architecte. Toutefois, la mission de conseil et la mission de contrôle visent un objectif commun : la conception d'espaces non-discriminatoires intégrant pleinement les personnes à besoins spécifiques à la société. Ces dispositifs respecteraient ainsi les principes de la convention relative aux droits des personnes handicapées et se rapprocheraient donc de la conception universelle recommandée par l'ONU.

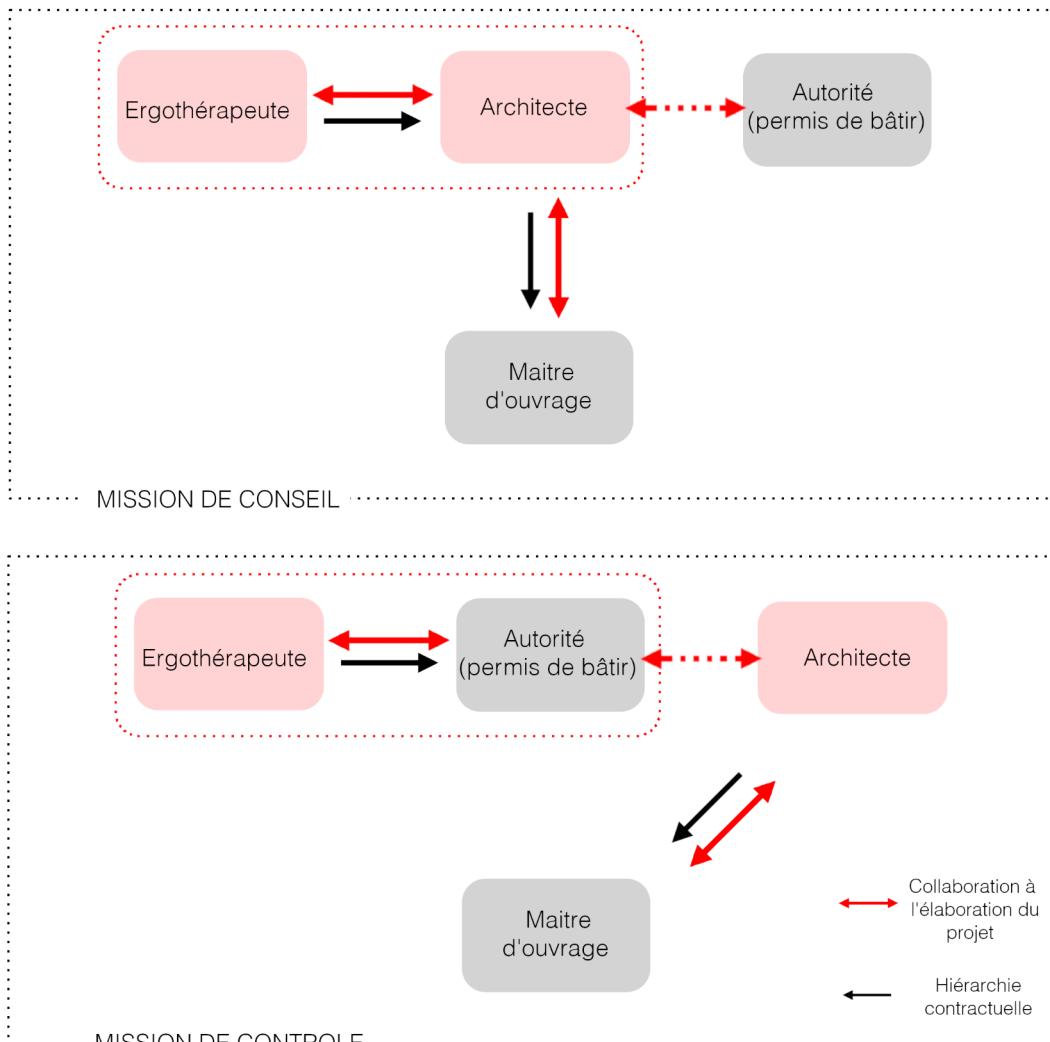


Figure 43 - Missions de conseil et de contrôle

4. Limites de l'étude et réflexions pour un approfondissement de la recherche

Ce travail est limité au territoire wallon francophone pour la Belgique. Une continuité de la recherche pourrait analyser les autres régions belges ainsi que la communauté germanophone en regard de cette première recherche. De plus, nous nous sommes intéressés au cas du Grand-Duché de Luxembourg mais d'autres pays peuvent enrichir la réflexion sur la collaboration entre ergothérapeute et architecte et/ou sur l'optimisation de l'accessibilité des espaces pour les personnes en situation de handicap.

Ensuite, l'intérêt de cette recherche est principalement centré sur le processus de collaboration entre deux professions. Les dispositifs spatiaux mis en place pour répondre aux besoins d'accessibilité n'y sont pas détaillés mais cet approfondissement serait pertinent dans de futures recherches. En effet, les réponses développées pour parvenir à accéder au logement, changer de niveau, ou encore effectuer des gestes essentiels à la vie quotidienne (dormir, se laver, manger, etc.) sont toutes différentes selon le contexte et les besoins, mais aussi selon la créativité des acteurs impliqués.

Il faut également tenir compte, lors de la lecture, des différences méthodologiques entre les deux territoires qui peuvent influencer les données récoltées. La réalisation d'une observation participante dans une ou plusieurs structures de Wallonie aurait sans doute mené à d'autres pistes de réflexion. De la même manière, cette observation participante ne s'est réalisée que depuis l'asbl ADAPTH dans le système luxembourgeois. Réitérer l'expérience au sein d'autres structures de ce système, comme le bureau d'un architecte sous-traitant ou co-traitant par exemple, pourrait compléter la recherche en suggérant d'autres enjeux et limites.

Pour les espaces ouverts au public, il a été considéré qu'il existe des manquements à la réglementation sur l'accessibilité. S'ils ont été plusieurs fois décelés lors de la recherche, aucune évaluation qualitative de la production architecturale en matière d'accessibilité n'a été réalisée dans ce travail. Cette évaluation permettrait de justifier, ou non, la pertinence de la collaboration ergothérapeute/architecte dans le domaine public.

Enfin, pour l'habitat, un approfondissement peut s'intéresser à la thématique de l'anticipation, et particulièrement à l'adaptabilité de l'habitat qui assure un certain contrôle de la situation au bénéficiaire n'agissant plus sous la contrainte. Ce modèle permet sans doute une meilleure intégration architecturale et est économiquement plus intéressant.

Bibliographie

Ouvrages et guides

- ANAH, 2006. *Confort pour tous : logement*. France, 72 p.
- AQUINO Jean-Pierre, BARTHELEMY Lucette, CUDENNEC Tristan, DRIESSEN Elodie, 2016. *Guide pratique du vieillissement : L'ergothérapeute en gériatrie*. France : Masson Editeurs, pp. 152 – 154.
- BOULMIER Muriel, 2012. *Bien vieillir à domicile : enjeux d'habitats, enjeux de territoires*. France : Documentation Française, 168 p.
- CAWaB (Collectif Accessibilité Wallonie-Bruxelles), 2013. *Guide d'aide à la conception d'un bâtiment accessible*. Belgique, 154p.
- CHARLOT Valentine, GUFFENS Caroline, Le Bien Vieillir asbl, 2006. *Où Vivre mieux ? Le choix de l'habitat groupé pour les personnes âgées*. Belgique : Les éditions namuroises, 281 p.
- CHAMPY Florent, 2001. *IV / La conception des bâtiments publics : évolutions récentes*. Sociologie de l'architecture. La Découverte, pp. 89-109.
- CHARRET Lisbeth, THIEBAUT SAMSON Sarah, 2017. *Histoire, fondements et enjeux actuels de L'ergothérapie*. Contraste, vol. 45, no. 1, pp. 17-36.
- DEHAN Philippe, 2007. *L'habitat des personnes âgées : du logement adapté aux Ehpad, USLD et unités Alzheimer*. France : Le moniteur, 344 p.
- FABRE Pierre, SAHMI Nadia, 2011. *Construire pour tous : Accessibilité en architecture*. Paris, France : Editions Eyrolles, 256 p.
- FERTE Dominique, 2008. *L'accessibilité en pratique – De la règle à l'usage*. France : Le Moniteur, 200 p.
- FOLCHER Viviane, LOMPRÉ Nicole, 2012. *Accessibilité pour et dans l'usage : concevoir des situations d'activité adaptées à tous et à chacun*. Le travail humain, vol. vol. 75, no. 1. France : Presses universitaires de France, pp. 89-120.

- GROSBOIS Louis-Pierre, 2003. *Handicap et construction : 6^e édition*. France : Le Moniteur, 380 p.
- HERBIN Régis. 1. *Les savoirs de l'aménagement et urbanisme*. Charles Gardou éd., Handicap, une encyclopédie des savoirs. ERES, 2014, pp. 23-41.
- LA CAMBRE, 2004. *La dimension accessible*. Bruxelles, Belgique, 124 p.
- Ministère de la Sécurité Sociale, cellule d'évaluation et d'orientation de l'assurance dépendance, 2009. *L'Assurance Dépendance : guide pratique*. Luxembourg, 64 p.
- OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 1995. *La politique de terrain*. Enquête, pp. 39-77.
- SAUVAYRE Romy, 2013. *Les méthodes de l'entretien en sciences sociales*. Paris, Dunod, « Psycho Sup », p. 1-47.
- TROUVE Eric, 2016. *Agir sur l'environnement pour permettre les activités*. Belgique : De Boeck Supérieur, pp. 2 – 94.

Articles

- AUGUSTIN Sally, 2014. *Designing for Collaboration and Collaborating for Design*. Journal of Interior Design, vol. 39 Numéro 1, pix-xviii. 10p.
- GAGNON Johanne, LAPIERRE Judith, GAGNON Marie-Pierre, LECHASSEUR Kathleen, DUPÉRÉ Sophie, GAUTHIER Myriam, FARMAN Pamela, LAZURE Ginette, 2016. *Processus de transfert et d'appropriation des savoirs d'étudiantes en sciences infirmières et de milieux de soins Africains : une étude de cas multiples*. Recherche en soins infirmiers, vol. 124, no. 1, pp. 53-74.

- GANGLOFF-ZIEGLER Christine, 2009. *Les freins au travail collaboratif*. Marché et organisations (N° 10), pp. 95 – 112.
- MARCONNET Odile, ROUVIER Armand & ENNUYER Bernard, 2011. *Pièces à enjeux pour l'autonomie, la cuisine et la salle de bains : respect de l'intimité, confort, sécurité*. ArchiSTORM, numéro spécial n° 2, pp. 40 – 41.
- SCHUMAN Jérôme & VANDECANDELAERE Marie-Ange, 2012. *Conception : Tous unis vers elle*. Aires libres, n° 11, pp. 7 – 14.
- SOULÉ Bastien, 2007. *Observation participante ou participation observante ? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales*. Recherches qualitatives, Vol. 27 (1), pp. 127 – 140.

Conventions et codes

- Conseil de l'Europe, 2001. *Résolution ResAP(2001) 1 sur l'introduction des principes de conception universelle dans les programmes de formation de l'ensemble des professions travaillant dans le domaine de l'environnement bâti*. Adoptée par le Comité des Ministres lors de la 742e réunion des Délégués des Ministres.
- Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg, 1992. *Règlement grand-ducal du 17 juin 1992 déterminant la déontologie des architectes et des ingénieurs-conseils*. Luxembourg, Art. 15.
- Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg, 1989. *Loi du 13 décembre 1989 portant organisation des professions d'architecte et d'ingénieur-conseil*. Luxembourg.

- Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg, 2017. *Règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 22 décembre 2006 déterminant les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance, les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance et les produits nécessaires aux aides et soins.* Luxembourg, Art. 23bis.
- Gouvernement wallon, 2014. *Arrêté du 13 mars 2014 modifiant certaines dispositions du Chapitre V du Titre VII du Livre V de la Deuxième partie du Code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé, relatif à l'aide individuelle à l'intégration.* Wallonie, Belgique, Art. 3.1.4.
- Organisation mondiale de la Santé, 2001. *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF).* Genève, Suisse, 309p.
- Organisation des Nations Unies, 2006. *Convention relative aux droits des personnes handicapées.* New-York, États-Unis, 36p.
- Service public de Wallonie, 2017. *Guide régional d'urbanisme.* Wallonie, Belgique, 21 p.

Mémoires

- BARBETTE Jordan, 2016. *Ergothérapie et adaptation : A la recherche du rôle de l'ergothérapeute dans l'adaptation d'un logement de transit pour les personnes à mobilité réduite.* Liège, Belgique : Haute école de la province de Liège, 106 p.
- CHARTER Perrine, 2003. *Le rôle de l'ergothérapeute dans l'aménagement du domicile : élaboration d'un répertoire d'actes spécifiques.* Bruxelles, Belgique : Haute école Paul-Henri Spaak, Institut Supérieur Paramédical I.S.E.K., Section Ergothérapie, pp. 13 – 56.

- PLOURDE Marie-Claude, 2014. *Regard sur la collaboration interdisciplinaire pour la réalisation de projets d'architecture durable*. Montréal, Québec : Université du Québec, 173 p.
- SCHAFF Gwendoline, 2017. *Comment permettre à une personne lésée médullaire de retrouver un véritable « chez-soi » ?* Liège, Belgique : Université de Liège, Faculté d'architecture, 161p.

Rapports

- ADAPTH asbl, 2017. *Rapport d'activités*. Luxembourg, 25 p.
- Association des Paralysés de France (APF), 2011. *La conception universelle : Concept, implications, principes & perspectives*. France, 19 p.
- DUBOURG Dominique, VANDENHOOFT Annick, 2019. *Les Wallons reconnus en situation de handicap : perspectives statistiques*. Working Paper n° 29. Namur, Belgique : IWEPS et AViQ, 23p.
- Organisation mondiale de la Santé, 2011. *Rapport mondial sur le handicap (résumé)*. Malte, 28p.

Cours

- DAWANCE Sophie, 2019. *Démarche du projet urbain et de territoire : stratégies, outils, acteurs*. Liège, Belgique : Université de Liège, Faculté d'Architecture, Master 2, 75 p.

- ROOSEN Marie, 2015. *Psychologie dans ses rapports à l'architecture et à l'urbanisme (partie 2)*. Liège, Belgique : Université de Liège, Faculté d'Architecture, Bac 1, 66 p.
- ROOSEN Marie, 2017. *Sociologie dans ses rapports à l'urbanisme (partie 5.2)*. Liège, Belgique : Université de Liège, Faculté d'Architecture, Bac 2, pp. 87-91.

Sites internet

- ADAPTH (17/02/2020) : <http://www.adaph.lu>
- AViQ (Agence pour une vie de qualité) (05/02/2020) : <https://www.aviq.be>
- CNS (Caisse nationale de la santé) (02/09/2019) : <https://cns.public.lu/fr/employeur/affiliation.html>
- Design for all foundation (05/02/2020) : <http://designforall.org>
- Eurostat (07/04/2020): <https://ec.europa.eu/eurostat>
- IWEPS (Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique) (04/04/2020) : <https://www.iwebs.be>
- OMS (Organisation Mondiale de la Santé) (05/11/2019) : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- STATBEL (31/01/2020) : <https://statbel.fgov.be>
- UPE (Union professionnelle des Ergothérapeutes) (09/09/2019) : <https://www.ergo-upc.be>

Table des illustrations

Figure 1 - Interactions entre les composantes de la CIF (OMS, 2001, p.19).....	8
Figure 2 - Les cinq maillons de déplacement (CAWaB, 2013, p. 29).....	13
Figure 3 - Cadres d'activités de l'ergothérapeute.....	15
Figure 4 - Acteurs d'un projet d'architecture.....	17
Figure 5 - La production de données (OLIVIER DE SARDAN, 1995, p. 47).....	21
Figure 6 - Contenu du carnet de terrain.....	22
Figure 7 - Division régionale des compétences liées au handicap en Belgique.....	23
Figure 8 - Analyse SWOT (GAGNON, LAPIERRE, GAGNON, LECHASSEUR, DUPÉRÉ, GAUTHIER, FARMAN, LAZURE, 2016, p.63).....	27
Figure 9 - Introduction d'une demande d'intervention à l'Assurance Dépendance.....	30
Figure 10 - Dossiers traités en 2017 par l'ADAPTH (ADAPTH, 2017, p.4).....	31
Figure 11 - Modules d'interventions pour l'Assurance Dépendance.....	32
Figure 12 - Schéma de la sous-traitance de l'architecte à l'ADAPTH.....	33
Figure 13 - Schéma d'un exemple de cas de collaboration sous le schéma de la sous-traitance.....	34
Figure 14 - Schéma de la co-traitance entre l'ergothérapeute et l'architecte avec l'Assurance Dépendance.....	37
Figure 15 - Efficacité de la collaboration proportionnelle à l'avancement du projet.....	38
Figure 16 - Schéma d'un exemple de proposition d'aménagement	40
Figure 17- Schéma d'assistance de l'ergothérapeute pour le maître d'ouvrage ou pour l'architecte.....	41
Figure 18 - Synthèse des schémas de collaboration observés à l'ADAPTH.....	42
Figure 19- Importance du processus de collaboration selon le type de projet.....	43
Figure 20 - Composition de l'AViQ.....	44
Figure 21 - Déroulement d'une intervention à l'AViQ.....	45
Figure 22 - Schéma de la co-traitance entre l'ergothérapeute et l'architecte avec l'AViQ.....	46
Figure 23 - Complémentarité dans les services conseils non subventionnés.....	47
Figure 24 - Intégration de l'architecte expert en accessibilité dans les processus.....	47

Figure 25 - Composition du CAWaB	48
Figure 26 - Synthèse des schémas de collaboration observés en Wallonie.....	49
Figure 27 - Synthèse des processus observés.....	50
Figure 28 - Lien économique entre la gestion des établissements spécialisés et l'adaptation du domicile.....	55
Figure 29 - Budget accordé à l'aménagement du domicile selon le territoire.....	55
Figure 30 - PIB mondial, Belge et du Luxembourgeois (EUROSTAT, 2020).....	56
Figure 31 - Âge des bénéficiaires de l'ADAPTH dans le cadre des expertises pour le compte de l'Assurance Dépendance (ADAPTH, 2017, p.16).....	60
Figure 32 - Relations induites du modèle de collaboration.....	61
Figure 33 - Accompagnement du bénéficiaire par l'ergothérapeute au Luxembourg.....	61
Figure 34 - Accompagnement du bénéficiaire par l'ergothérapeute en Wallonie.....	64
Figure 35 - Comparaison de la co-traitance directe et indirecte.....	65
Figure 36 - Intervenants des processus.....	66
Figure 37 - Comparaison territoriale du Luxembourg et de la Wallonie.....	67
Figure 38 - Tableau récapitulatif d'analyse SWOT pour le Grand-Duché de Luxembourg.....	69
Figure 39 - Tableau récapitulatif d'analyse SWOT pour la Wallonie.....	70
Figure 40 - Constats généraux.....	74
Figure 41 - Complémentarité des disciplines.....	74
Figure 42 - Association temporaire.....	79
Figure 43 - Missions de conseil et de contrôle.....	81