

Sommaire :

Introduction :	1
1. Contexte :	1
2. Présentation du thème :	1
2.1. Populations étudiées :	2
2.2. Etablissements étudiés :	2
2.3. Situations d'urgences étudiées :	2
2.4. Champs disciplinaires :	2
2.5. Terminologie.....	3
3. Enjeux et intérêts en ergothérapie :	4
4. La revue de littérature :	5
4.1. Méthodologie :	5
4.1.1. Lieux et dates des études :	5
4.1.2. Etats des lieux de la recherche :	5
4.2. Analyse critique de la revue de littérature :	6
4.3. Synthèse de la revue de littérature :	14
4.4. Axes de corroboration :	14
4.5. Axes de complémentation :	15
4.6. Axes de confrontation / opposition :	15
5. Enquête exploratoire :	16
5.1. Les objectifs visés :	16
5.1.1. Objectifs généraux :	16
5.1.2. Objectifs spécifiques :	16
5.2. La population ciblée (avec les critères d'inclusion et d'exclusion) :	16
5.2.1. Critères d'inclusion:	16
5.2.2. Critères d'exclusion :	16
5.3. Les sites d'exploration :	17

5.4.	Le choix de l’outil de recueil de données :	17
5.5.	La construction de l’outil (Cf. annexe 4):	17
5.6.	Le déroulement :	18
5.6.1.	Test de faisabilité :	18
5.6.2.	Diffusion du questionnaire :	18
5.6.3.	Le choix des outils d’analyse des données :	18
6.	Analyse des résultats de l’enquête exploratoire :	19
6.1.	Accords de confidentialité :	19
6.2.	Section à titre individuel (Cf. annexe 5) :	19
6.3.	Du point de vue des bénéficiaires (Cf. annexe 5):	22
6.4.	Selon votre expérience :	39
6.5.	Axes d'amélioration :	43
7.	Analyse critique de l’enquête exploratoire :	45
8.	Présentation de la question initiale de recherche :	46
9.	Cadre conceptuel :	46
9.1.	Ergothérapie et environnement:	46
9.1.1.	L’environnement :	46
9.1.2.	La participation occupationnelle :	48
9.1.3.	L’impact de l’environnement sur la participation occupationnelle :	48
9.2.	Accessibilité de l’environnement :	50
9.2.1.	L’accessibilité :	50
9.2.2.	Adaptation de l’environnement :	51
9.2.3.	Aménagement de l’environnement :	52
9.2.4.	Accessibilité universelle : L’ergothérapeute et ses partenaires :	53
10.	Question et objet de recherche :	53
11.	Méthode et recherche.....	54
11.1.	Méthode différentielle :	54

11.2.	Hypothèses formulées :	54
11.3.	Les variables :	55
11.4.	Population étudiée :	56
11.4.1.	Critères d'inclusion :	56
11.4.2.	Critères d'exclusion :	56
11.5.	Echantillonnage	56
11.6.	Site d'exploration	57
11.7.	Choix de l'outil de recherche :	57
11.8.	Déroulement de la recherche :	59
11.8.1.	Test de faisabilité de la recherche :	59
11.8.2.	Mise en place de la recherche :	59
11.8.3.	Choix des outils de l'analyse des données :	60
12.	Résultats	61
12.1.	Analyse des résultats	61
13.	Discussion :	62
13.1.	Interprétation des résultats :	62
13.2.	Critique du dispositif de recherche :	63
13.3.	Intérêts, limites et apports de la recherche dans la pratique de l'ergothérapie :	63
13.4.	Transférabilité des connaissances acquises à la pratique de l'ergothérapie :	64
13.5.	Perspective et ouverture de recherche :	65
	Bibliographie :	66
	Annexes :	71
14.	Annexe 1 : Articles de la revue de littérature :	71
15.	Annexe 2 : équation de recherche :	88
16.	Annexe 3 : anticipation des biais et stratégies pour les contrôler :	90
17.	Annexe 4 : Présentation du questionnaire de l'enquête exploratoire :	92
18.	Annexe 5 : Résultats de l'enquête exploratoire :	103

19.	Annexe 6 : matrice du cadre conceptuel.....	108
20.	Annexe 7 : Modèle de pression environnementale (50) :.....	109
21.	Annexe 8 : Modèle de l'Occupation Humaine (53)	109
22.	Annexe 9 : PEOP (p64)(20), (p144)(51)	110
23.	Annexe 10 : Questionnaire utilisé lors de la recherche :	111
24.	Annexe 11 : Anticipation des biais de l'outil de recherche et stratégies pour les contrôler (61):.....	126

Introduction :

1. Contexte :

La loi du 11 février 2005 prône : l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1). Elle pose le principe que toute personne en situation de handicap a droit à la solidarité de la nation, l'accès aux droits fondamentaux ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté. Des dispositifs existent désormais pour compenser financièrement le handicap et imposer l'obligation d'accessibilité dans le cadre des déplacements, à savoir le cadre bâti (établissements recevant du public neufs et existants, locaux professionnels, logements), transports publics, voirie, espace public (1).

Elle offre une meilleure inclusion aux personnes en situation de handicap (moteur, sensoriel, cognitif, psychique, personnes à mobilité réduite, y compris de manière temporaire) dans la société française, en favorisant leur accessibilité dans tous les lieux de la vie publique et par conséquent leur autonomie (1), (2).

Lorsque nous parlons de l'accessibilité d'un bâtiment, nous pensons le plus souvent aux normes d'aménagements extérieurs destinés aux Personne à Mobilité Réduite (PMR) pour avoir accès aux bâtiments ainsi qu'aux agencements intérieurs permettant une meilleure circulation au sein des locaux. Cependant, il est tout aussi important de réfléchir aux aménagements à mettre en place pour ces personnes au niveau des issues de secours, afin de faciliter leur participation dans le cas où une situation d'urgence surviendrait.

Nous pouvons ainsi nous demander : comment l'ergothérapeute peut-il favoriser la participation des personnes en situation de handicap lors des évacuations de secours ? Quels outils peut-il utiliser afin de réduire les inégalités existantes entre les personnes vulnérables et les personnes valides ?

2. Présentation du thème :

Le thème de ce mémoire porte sur : l'aménagement des établissements de santé en France, afin de favoriser la participation des personnes en situation de handicap lors des évacuations

d'urgence, en leur proposant un environnement aménagé et des aides techniques sur un lieu à risque, en vue d'une évacuation rapide et en toute sécurité.

2.1. Populations étudiées :

Les populations étudiées sont toutes les personnes en situation de handicap. Quelles que soient leurs incapacités (personne utilisant un fauteuil roulant, personnes atteintes de déficits visuels, auditifs, de la marche, personne atteintes de troubles cognitifs et/ou mentales), leur sexe et leur culture.

2.2. Etablissements étudiés :

Les établissements étudiés, sont les nouveaux ERP (Etablissement Recevant du Public), bâtis en 2005 ou après cette date. Seuls les ERP allant de la catégorie 1 à la catégorie 4 (3) seront étudiés :

- Catégorie 1 : + 1 500 personnes
- Catégorie 2 : 701 à 1 500 personnes
- Catégorie 3 : 301 à 700 personnes
- Catégorie 4 : - 300 personnes à l'exception des établissements compris dans la 5ème catégorie

Le champ de recherche exclut donc les établissements de catégorie 5 (établissements dans lesquels l'effectif du public n'atteint pas les chiffres fixés par la réglementation de sécurité) (3), ainsi que les immeubles délabrés et /ou vieux datant d'avant 2005.

2.3. Situations d'urgences étudiées :

Dans cette étude, différentes catastrophes sont explorées, qu'elles soient d'ordre naturelles (tremblements de terre), accidentelles (incendies) ou humaines (fusillades, attaque à la bombe et incendie volontaire).

2.4. Champs disciplinaires :

Ci-dessous les différents champs abordés :

- santé publique : afin de promouvoir un environnement adapté aux besoins des personnes en situation de handicap.
- aménagement et architecture : en lien avec les normes ainsi que les innovations architecturales, ayant pour but de rendre les ERP, dont les établissements de santé, plus accessibles aux personnes en situation de handicap.
- disabilities studies : qui soulignent que l'intégration sociétale des personnes vulnérables ne doit pas être limitée en raison de leurs déficiences et/ou handicap, car « ce n'est plus à l'individu de s'adapter à l'environnement social, mais à celui-ci à s'adapter aux individus » (4). ce concept peut être également appliqué à la science de l'occupation.
- science de l'occupation et justice occupationnelle : dans le cadre de l'étude de l'occupation « évacuer en urgence ». il s'agit d'engager l'implication et la participation des personnes en situation de handicap lors des situations d'urgence (5), dans le but de réduire les inégalités et les injustices entre les personnes vulnérables et les personnes valides et de permettre ainsi l'intégration des personnes vulnérables dans la société (6).

2.5. Terminologie

La loi du 11 février 2005, définit le handicap comme : « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant » (7). Ainsi selon cette définition, chaque individu peut potentiellement se retrouver en situation de handicap, qu'elle soit passagère ou définitive, au cours de sa vie (7).

La convention relative aux droits des personnes handicapées, ainsi que la loi du 11 février 2005 ont pour but de diminuer les inégalités s'appliquant aux personnes en situation de handicap (7,8). en leur facilitant l'éducation, au monde du travail, et l'accessibilité aux établissements publics (7,8).

La définition d'un environnement accessible par le Conseil d'Europe est la suivante : « un environnement qui ne crée pas d'entrave ni de limitations est de l'intérêt de tous et pas seulement des personnes ayant des contraintes particulières. D'ailleurs, tout citoyens peut rencontrer des problèmes de mobilité réduite à un moment de sa vie pour des raisons diverses non seulement due à un handicap, mais également à l'âge ou une condition physique particulière et temporaire. L'accessibilité concerne donc tout le monde et favorise

l'intégration et la participation des personnes en situation permanente ou momentanée de handicap» (p143)(9). Ainsi un environnement accessible est un espace aménagé, dans lequel le handicap disparaît et qui permet la participation occupationnelle des individus.

3. Enjeux et intérêts en ergothérapie :

Ce dossier présente un enjeu de santé publique et de justice occupationnelle. En effet, afin d'inclure et d'instaurer une égalité entre les personnes en situation de handicap et les personnes valides, il est essentiel de mettre en place une évacuation rapide, sécurisé et accessible par tous. Celle-ci doit se faire dans toute situation d'urgence et de catastrophe, tels qu'un séisme, un attentat, ou encore un incendie (10).

D'autre part, il existe également un enjeu d'ordre politique. En effet la loi du 11 février marque la concrétisation d'une volonté politique en vue de construire une société plus inclusive (11), en considérant les différentes situations de handicap comme des enjeux politiques sociétales prioritaires. Depuis le 4 juillet 2014, chaque projet de loi présenté doit prendre en compte des directives relatives aux personnes en situations de handicap (11).

Dans le cadre de l'ergothérapie, l'enjeu est de promouvoir la place et les connaissances de l'ergothérapeute dans l'aménagement, domaine qui relève de ses compétences (12). En effet l'ergothérapeute occupe une place essentielle dans la planification d'aménagements environnementaux ainsi que de stratégies ayant pour but de réduire l'impact physique et/ou psychique des catastrophes sur les populations vulnérables (13), (14). Au niveau individuel, l'ergothérapeute établit un état des lieux des besoins de la personne, contacte les partenaires concernés afin de réaliser les aménagements environnementaux nécessaires et propose en conséquence un agencement adapté aux demandes et à la situation de la personne (12). Au niveau national, l'ergothérapeute, avec le soutien de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) va contribuer à l'élaboration de politiques sociétales ayant pour but d'intégrer les groupes vulnérables dans la société (15). Au niveau mondial, les ergothérapeutes, en collaboration avec le World Federation of Occupational Therapists (WFOT), ont pour mission de promouvoir le développement de stratégies de réduction des risques de catastrophes (13).

4. La revue de littérature :

4.1. Méthodologie :

4.1.1. Lieux et dates des études :

Dans le cadre de ce mémoire d'initiation à la recherche, il semble intéressant de ne pas limiter le champ de recherche qu'aux études françaises, mais d'étudier également des articles issus de diverses contrées. En effet, plusieurs pays ont connu des événements catastrophiques qui ont impacté leurs normes de construction et permis des avancées architecturales innovantes. Il est donc pertinent de les citer dans ce travail. Les études présentées dans ce dossier proviennent de la Chine, de la Corée, de la Grèce, des Etats Unis.

À ce jour la revue de littérature se compose de vingt articles, rédigés en anglais et en français (**Cf. annexe 1 : tableau de la revue de la littérature**).

En ce qui concerne la temporalité des études, seuls les travaux datant de 2005 à 2021 ont été sélectionnés, 2005 correspondant à l'année dans laquelle la loi du 11 février a été votée. Toutefois, à titre exceptionnel, des articles rédigés suite aux attentats du World Trade Center (WTC), le 11 septembre 2001, et donc avant 2005 apparaissent dans la revue de littérature. Ces articles portent sur les moyens d'évacuation qu'il serait possible de mettre en place en cas d'attaque terroriste, afin d'évacuer plus rapidement des immeubles tels que les WTC.

4.1.2. Etats des lieux de la recherche :

Afin de trouver des études répondant au thème de recherche, diverses banques de données ont été utilisées :

- la banque de données science direct
- la banque de données Semantic scholar
- la banque de données d'Utah state University
- la banque de données researchgate, qui permet d'avoir accès gratuitement à des articles, alors qu'ils sont payants dans d'autres bases de données. Elle facilite également la prise de contact avec les auteurs de certains articles pour obtenir la version complète de leurs études.

De même, afin d'affiner le champs de recherche à des domaines précis, différentes équations de recherche ont été nécessaires lors de la rédaction de la revue de littérature (**Cf. annexe 2**) :

- occupational therapy's role in disaster relief
- science de l'occupation et participation
- participation and environmental barriers
- environment and people with disabilities
- evacuation of people with deficiencies
- hospital and evacuation
- evacuation wheelchair
- architecture and Occupational Therapy
- Occupational Therapy and environment
- ergothérapie et environnement

4.2. Analyse critique de la revue de littérature :

Suite à la lecture et l'analyse des études de la revue de littérature, quatre sous-thématiques émergent :

- **Le lien entre la participation occupationnelle des personnes en situation de handicap et leur environnement :**

Cette partie a pour but de montrer l'impact que peut avoir l'environnement sur la participation des personnes en situation de handicap au quotidien (16), (17), (18), (19).

L'ergothérapie privilégie une approche centrée sur la personne. Pour cela des modèles conceptuels ont été créés et sont utilisés par les ergothérapeutes, afin de prendre en compte toutes les facettes de l'individu (20).

Deux de ces modèles ergothérapiques offrent une approche intéressante des liens qui s'exercent entre la personne et son environnement. Ce sont : le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) (21), (22) et le modèle Personne-Environnement-Occupation-Performance (PEOP) (23).

Le MOH définit la personne comme étant un être occupationnel, qui voit sa participation occupationnelle influée par l'environnement dans lequel il évolue. Selon ce modèle, trois environnements existent : l'environnement physique (environnement bâti), l'environnement humain (la famille, la société, les cultures, les systèmes politiques) et l'environnement politique, culturel et économique de la personne (21),(9). Ces différents environnements peuvent faciliter l'engagement et la participation occupationnelle des individus ou en faire obstacles (17), (19), (24), (21), (22).

Le PEOP, développe les mêmes concepts que le MOH. En effet, il démontre que la personne est en interaction constante avec son environnement (23).

Afin que l'être humain soit épanoui et en bonne santé, il est primordial qu'il puisse participer aux activités qui lui sont significatives.

Selon les résultats de certaines études, des facteurs vont influencer la participation des personnes en situation de handicap (17). On y trouve : l'environnement bâti, l'environnement naturel, les transports, les apports sociaux, l'environnement économique ainsi que les systèmes politiques (16), (17), (19).

Ces résultats montrent également que les limitations de la participation des personnes en situation de handicap, se retrouvent notamment au niveau des structures publiques (16), (17), (18). En effet, l'environnement physique des domiciles ou des structures de vie accueillant les personnes vulnérables sont adaptés à leurs besoins (16), (17), cela comprend des aménagements leur permettant d'effectuer les activités de la vie quotidienne, ainsi que leurs déplacements de façon autonome et en toute sécurité.

Les limitations se retrouvent en dehors de leurs foyers. Les difficultés évoquées sont principalement les déplacements en ville et l'accessibilité aux établissements publics et aux transports en commun (16), (18). En effet, les personnes en situation de handicap expriment des limitations dans leurs déplacements liées aux difficultés rencontrées pour se déplacer et s'orienter dans les rues (16).

Pour les individus se déplaçant en fauteuil roulant, les obstacles rencontrés peuvent être induits par l'environnement bâti : le pavement des trottoirs, leur inclinaison, leur largeur. De même les difficultés d'accessibilité et de circulation dans les établissements publics, peuvent limiter et décourager leur participation (16), (17), (18). Certaines situations conduisent ces personnes à prendre des risques pour pouvoir se déplacer, par exemple rouler au milieu de la route en fauteuil, car le trottoir ne peut pas être utilisé (16).

L'environnement humain peut aussi être considéré comme un obstacle. En effet, le regard des gens exerce une pression sur la participation des personnes en situation de handicap, qui ont peur d'être jugées ou même de gêner lorsqu'elles ont besoin d'assistance pour accéder à un établissement ou prendre des articles sur des étagères situées en hauteur (16), (18).

Certains établissements n'ayant pas entrepris des travaux d'accessibilité à l'extérieur et/ou à l'intérieur, justifient leur choix en argumentant que les personnes en situation de handicap étaient souvent accompagnées d'un aidant, ou que le personnel de l'établissement peut les aider (18). Cette vision impacte grandement la participation indépendante et/ou autonome de ces individus, qui se sentent obligés d'être accompagnés dans des déplacements qu'ils auraient pu effectuer seuls (16), (17), (18), (24).

Pour les personnes malvoyantes ou atteintes de cécité, l'environnement dans lequel elles évoluent sera ressenti en grande partie d'un point de vue sensoriel (16). En effet afin de compenser leur vue, elles vont affiner leur ouïe, odorat ainsi que leur sensibilité podotactile. Afin de se repérer, elles vont assembler l'ensemble des informations perçues par leurs sens. Dans un environnement familier, elles n'auront aucun mal à s'orienter et à se déplacer (16), mais dans des lieux inconnus, tout un travail de connaissance et de reconnaissance des lieux est effectué en amont, ce qui demande une grande charge cognitive (16),(17). Ces individus se concentrent donc davantage sur leurs déplacements que sur les événements qui se déroulent autour d'eux. Avec l'âge elles vont préférer restreindre leurs lieux de déplacement aux endroits accessibles et familiers, limitant ainsi leur participation dans la société (16), (17). De plus, l'environnement humain peut également être perçu comme un obstacle pour les personnes dont le handicap est invisible. En effet, si une personne malvoyante ne présente pas de signes distinctifs de son trouble, telle une canne par exemple et heurte un passant, elle sera mal perçue (16),(17). Alors que l'utilisation d'une canne, lui permettra de recevoir de l'aide spontanément facilitant ainsi sa participation à la vie en société en tant que personne en situation de handicap (16), (24).

- **La visibilité de l'ergothérapie dans le domaine de l'aménagement :**

L'ergothérapeute dans sa pratique place la personne au centre de la prise en charge. Il s'intéresse à ses caractéristiques bio-psycho-sociales et environnementales (9), (19), (25). Les urbanistes et les architectes quant à eux axent leurs pratiques professionnelles sur la conception

et la réalisation d'espace et d'objets, plaçant ainsi l'environnement au centre de leurs pratiques professionnelles.

Cependant ces trois professions ont un but commun, qui consiste à favoriser la participation et la réalisation d'activités dans l'environnement bâti.

Lorsque l'ergothérapeute adapte un environnement, il quitte son rôle de thérapeute, pour devenir un acteur fondamental dans le domaine de l'aménagement (9), (26). Il conçoit un environnement adapté aux demandes des personnes en situation de handicap (9) en collaborant avec les acteurs du bâtiment, dont les urbanistes et les architectes (9,21,27).

Dans sa pratique l'ergothérapeute va s'appuyer sur différents modèles conceptuels, dont le MOH. Celui-ci met en avant les éléments physiques, socio-culturels et économiques de l'environnement. Il est composé d'objets utilisés par les personnes lors de la mise en place d'activités, d'espaces dans lesquels elles évoluent et réalisent leurs activités, et aussi des tâches professionnelles qui sont attendues/requises.

Si une comparaison est effectuée entre une vision typique de l'architecture et de l'urbanisme à l'ergothérapie, cela amènerait à ne penser qu'aux éléments physique de l'environnement. Cependant il est possible d'établir un lien entre les domaines de l'architecture et de l'urbanisme et ceux mis en avant par le MOH (21), notamment lors de la conception d'espaces où seront réalisées les activités, ainsi que dans le placement et l'utilisation des objets (21,27).

En effet en dehors de l'environnement bâti, l'architecte prend également en compte les aspects socio-culturels. Il réfléchit à qui utilisera cet espace et pour quel type d'activités. Il est confronté en permanence à l'environnement politique et économique, qui peuvent être des éléments facilitateurs ou obstacles à sa pratique.

L'architecte dans sa pratique, crée des espaces où auront lieu plusieurs occupations, tandis que l'urbaniste organise l'espace autour des occupations et des activités. La conception et l'organisation des espaces sont fortement impactées par la société (21,27), avec une culture et des normes prédominantes correspondant aux personnes valides. Les personnes en situation de handicap éprouvent alors des difficultés à réaliser leurs occupations dans des espaces non adaptés à leurs besoins (21,25,27).

L'ergothérapie, l'architecture et l'urbanisme sont trois domaines différents. En ergothérapie l'individu est au centre de la réflexion (25), alors qu'en architecture et dans l'urbanisme, la pensée se tourne vers le groupe (21,27). C'est pourquoi, dans une volonté de rétablir un sentiment d'égalité et d'équité entre les personnes en situation de handicap et les personnes valides, des partenariats entre architecte, ergothérapeute et urbaniste, mériteraient d'être développés et seraient très enrichissants (9,21,25,27), (19). Ainsi, l'ergothérapeute de par ses connaissances sur le handicap pourrait sensibiliser les autres professionnels aux attentes et besoins des personnes en situation de handicap (9,21,25,27). L'architecte et l'urbaniste élaboreraient une approche plus approfondie des normes en vigueur et pourraient ainsi mieux appréhender le confort des espaces bâtis et leur organisation en faveur des personnes en situation de handicap (21,27). Ils pourraient également évaluer si l'espace permet à ce public de participer aux occupations prévues par le cadre bâti (21,27).

Nous pouvons ainsi nous demander : quelle est la visibilité de l'ergothérapie dans le domaine du bâtiment en France ? Les architectes et urbanistes français ont-ils pour habitude de consulter des ergothérapeutes lors de la mise en place de leurs projets ?

Comment l'ergothérapeute peut-il sensibiliser les professions du bâtiment sur son rôle et ses compétences dans l'aménagement ?

- **Les évacuations des établissements recevant du public (ERP), dans le domaine de la santé, en cas de catastrophes :**

En cas de sinistres, les ERP dont les établissements de santé, doivent mettre en place rapidement et efficacement des protocoles d'évacuation pour les patients et les soignants (23),(24),(25). Les évacuations de secours doivent être soigneusement planifiées, afin de limiter les temps d'évacuation et permettre au plus grand nombre de personnes d'être secourues des endroits à risques.

Une des difficultés rencontrées lors des évacuations d'ERP est l'hétérogénéité de la population (23), (24). On y retrouve des adultes, des enfants, des personnes âgées, des femmes enceintes, des personnes en situation de handicap (23), (24). Il faut donc prendre en considération les caractéristiques de toutes ces catégories de personnes et leurs difficultés.

Lors de l'évacuation d'un établissement de santé, différents protocoles d'évacuation peuvent être mis en place. Il peut s'agir d'évacuation interne, c'est-à-dire d'un service de

l'hôpital vers un autre service/bâtiment du complexe hospitalier (25). Dans ce cas les patients et le personnel soignant restent au sein du complexe hospitalier et sont transférés au sein des locaux de l'hôpital (25).

Il y a également le cas d'évacuation externe de l'hôpital. Ce protocole se met en place, si l'ensemble du complexe hospitalier se trouve dans une zone à risque : incendie, ouragan, tremblement de terre, inondation, zone de guerre. Les patients, ainsi que les professionnels, sont évacués de l'hôpital pour être transférés vers des établissements de soins temporaires, ou des hôpitaux se trouvant en dehors de ces zones à risques (23,24,35).

Malgré le fait que la complexité des évacuations varie d'une évacuation interne à une évacuation externe, des points similaires et indispensables aux deux évacuations peuvent être observés (24),(25). L'annonce d'une évacuation d'urgence provoque généralement un sentiment d'angoisse, que ce soit pour les patients que pour les équipes soignantes (23,24,36). Un des points clés pour maîtriser ce sentiment de panique, est la communication. Les équipes en interne, doivent communiquer entre elles, afin de s'organiser et planifier les protocoles d'évacuation (23,24). Les professionnels de santé, doivent également rassurer les patients sur les raisons de l'évacuation, les protocoles et le déroulé des évacuations.

En effet une grande partie des personnes hospitalisées, présentent des déficiences temporaires ou définitives, qui peuvent limiter leurs capacités cognitives, occasionnant de l'inquiétude ou de l'incompréhension face à la situation d'urgence (24). D'autres, peuvent se retrouver en difficulté pour se déplacer, engendrant ainsi un sentiment d'angoisse (24). La communication doit donc se faire entre les services, dans le cas d'une évacuation interne, afin d'organiser les transferts des patients (24), (25), (28,29) et entre les différents hôpitaux dans le cas d'une évacuation externe (24), (25), (28,29).

Afin de faciliter la planification des évacuations de secours, les personnels de santé doivent avoir été sensibilisés aux situations d'urgence. Une équipe formée sera en mesure d'évacuer et de faire évacuer les lieux rapidement et de façon sécurisée (24), (25).

Ainsi, l'accompagnement des personnes en situation de handicap sera mieux organisé en vue d'une évacuation simultanée des personnes en situation de handicap et des autres patients (24).

En dehors des protocoles de secours la disposition architecturale d'un hôpital peut également jouer un rôle de facilitateur ou d'obstacle en cas d'évacuation interne (37). En diminuant la distance à parcourir entre les services, les personnes en situation d'handicap

présenteront moins de difficultés pour se déplacer. Des largeurs de couloir adaptées aux fauteuils roulants faciliteront les déplacements d'un service à un autre (37,38). Tout comme la mise en place d'une signalétique claire et visible, qui permettra de savoir comment et où se diriger (37).

Nous pouvons ainsi nous demander : les ergothérapeutes en milieu hospitalier peuvent-ils favoriser la participation des personnes en situation de handicap lors des évacuations de secours ? Quelle place occupent les ergothérapeutes dans la formation des équipes soignantes pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap, lors des évacuations de secours ? Des ergothérapeutes sont-ils associés lors de l'élaboration de complexe hospitalier qu'on veut rendre plus accessible ?

- **Les différents équipements et expérimentations mis en place lors des évacuations d'urgence :**

Les évacuations d'urgence d'un ERP sont une grande source de stress, de perte de repères et de panique pour les personnes présentes à ce moment précis.

Chez les personnes en situation de handicap, viennent s'y rajouter les limitations dues à leurs handicap (30), (31), (32), (33). Ces personnes présentent une vitesse d'évacuation plus lente que les autres participants. Ainsi lors de l'évacuation d'un immeuble où les participants ne peuvent évacuer les étages qu'en empruntant les escaliers, les personnes présentant des déficits de marche (parkinson, paralysie d'un membre inférieur, syndrome cérébelleux) se déplacent beaucoup plus lentement que les autres et ralentissent momentanément la vitesse d'évacuation des autres participants (31), (32), (33). De plus, si la distance à parcourir jusqu'à l'issue de secours la plus proche est trop longue, elles s'épuisent rapidement (31).

Des études ont été menées, afin de déterminer quels éléments physiques ou humains, peuvent faciliter une évacuation rapide et efficace des personnes en situation de handicap.

Lors d'une évacuation d'urgence dans un établissement comptant plusieurs étages, il est d'usage que l'utilisation des ascenseurs est interdite (34). Depuis les attentats du 11 septembre 2001 visant les World Trade Center, de nombreuses études ont été réalisées afin de proposer aux occupants, quel que soit leur âge, sexe et état de santé, de nouveaux outils permettant d'évacuer le bâtiment, dans les plus brefs délais et en toute sécurité (34), (31), (32), (33).

Manley et al démontrent dans leurs études que l'utilisation des ascenseurs auprès des populations hétérogènes permet de réaliser des évacuations rapides et efficaces (31), (32), (33). En effet les ascenseurs facilitent l'évacuation des personnes en situations de handicap (personnes en fauteuil roulant, celles avec des déficits de marche, personnes malvoyantes ou atteintes de cécité) et désencombrent donc les escaliers pour les personnes valides.

De plus, les personnes vulnérables ont besoin d'aide lors des évacuations. Pour répondre à cette nécessité il est donc utile de former des personnes valides pour les accompagner et les aider tout au long de leur évacuation (31), (32). Les évacuations sont plus rapides et mieux vécues par les personnes vulnérables quand elles sont accompagnées par une tierce personne. Cependant une formation est parfois nécessaire pour que l'aidant apprenne à utiliser certaines aides techniques, tel que les chaises d'évacuation (34).

Ces personnes doivent également être capables de rassurer et de calmer des personnes qui, face à des situations de stress, peuvent se montrer désorientées, paniquées ou agressives (35), (30), (31). Par exemple, lors d'une attaque terroriste, une personne atteinte de troubles du spectre autistique peut se montrer agressive, effrayée, face aux cris, à la panique de la foule et en plus dans un environnement non familier. Son accompagnant aura donc pour but de la rassurer et de la calmer (30).

L'aidant doit également avoir une bonne connaissance du bâtiment, afin de guider le plus rapidement possible les personnes en situation de handicap vers les sorties de secours ou les zones de refuge, s'il n'est pas lui-même en mesure d'évacuer seul la personne qu'il accompagne (30), (31), (32). Une fois en sécurité, l'aidant doit signaler leur présence aux secours afin d'être évacués rapidement (30), (32).

Enfin, des aides techniques faisant appel aux sens ont été étudiées. Aides visuelles, signalant les sorties de secours pour des personnes en situation de handicap, lorsqu'elles se déplacent dans un environnement inconnu, tels que des panneaux de signalisation des sorties de secours, ou des marquages au sol (31), (35). Pour faciliter leur lecture par des personnes en fauteuil roulant, la hauteur des panneaux a été adaptée (31). En ce qui concerne les personnes atteintes de troubles visuels, les panneaux étaient éclairés par des LED (35). Des marquages au sol (fluorescents) ont également été testés (35), (31).

Des aides techniques faisant appel au toucher, sous la forme de carte mentale en relief ont été spécialement conçues pour les personnes malvoyantes ou atteintes de cécité (35). Elles représentent en relief le plan de l'établissement. Leur but est de permettre aux personnes

atteintes de troubles visuels de se représenter mentalement leur position et le cheminement à prendre pour atteindre l'issue de secours la plus proche. L'utilisation de la carte mentale demande au préalable de l'entraînement et une connaissance de l'établissement. En raison de sa représentation mentale son utilisation sera impossible chez certaines personnes.

Des aides techniques faisant appel à l'odorat ont également été expérimentées (35). L'idée est de pulvériser du parfum avec un vaporisateur (sensible aux mouvements) quand une personne se rapproche de l'issue de secours, afin qu'elle sache qu'elle se trouve dans la bonne direction et que la sortie est proche.

Nous pouvons ainsi nous demander : l'ergothérapeute peut-il former des aidants dans les ERP à l'utilisation des aides aux évacuations ? Comment l'ergothérapeute prend-il en charge une personne atteinte de troubles du spectre autistique lors des évacuations ? L'ergothérapeute peut-il former les personnes malvoyantes ou atteintes de cécité à utiliser les cartes mentales ?

4.3. Synthèse de la revue de littérature :

Le concept et la notion de participation occupationnelle des personnes en situation de handicap se sont développés dans plusieurs pays (17), (19), (24). Les résultats des études de la revue de littérature ont permis de mieux comprendre et de percevoir les éléments facilitateurs ou au contraire les obstacles retrouvés dans divers environnements (16), (17), (18). De même ils ont présenté la place de l'ergothérapie dans ces différentes cultures (21,27), ainsi que son rôle dans le domaine de l'aménagement (9), (26). L'analyse des protocoles d'évacuation mis en place dans des établissements de soin ont permis une meilleure visualisation et compréhension des différentes stratégies utilisées en cas d'évacuation de secours (36),(37),(28). Enfin, les résultats de ces recherches ont mis en avant de nouvelles méthodes d'évacuation existant dans ces différents pays et adaptées aux normes et cultures de leurs régions, (31), (32), (33), (35), (34).

4.4. Axes de corroboration :

Quatre thèmes ont été abordés dans cette analyse.

Le premier porte sur la participation des personnes en situation de handicap dans leur environnement. Les résultats des études mettent avant les stratégies développées par les

personnes en situation de handicap pour s'adapter à l'environnement dans lequel ils vivent, et ce afin de continuer à participer à la vie en société.

Le deuxième thème évoque le rôle de l'ergothérapeute dans le domaine de l'aménagement en comparaison avec les professionnels du bâtiment. Il en ressort que même si ces disciplines sont différentes elles peuvent être complémentaires.

Le troisième point aborde les protocoles instaurés en milieu hospitalier, pour gérer de façon efficace les évacuations des patients et du personnel.

Enfin, le dernier thème présente les différents modèles et outils d'évacuation qui peuvent être mis en place lors des évacuations d'ERP.

4.5. Axes de complémentation :

Les résultats obtenus proviennent d'études réalisées auprès de diverses populations : enfants, adultes, personnes âgées. Plusieurs situations de handicap sont également représentées, telles que : les personnes malvoyantes ou atteintes de cécité (35), les personnes malentendantes ou sourdes (35), les personnes se déplaçant en fauteuil roulant (38) et des personnes présentant des troubles du spectre autistique (30).

Par ailleurs diverses approches ergothérapiques sont évoquées, car selon les pays et les cultures, la place de l'ergothérapeute évolue.

Enfin, les protocoles et les équipements d'évacuation dans les établissements de santé et ERP, sont présentés en vue de répondre à diverses situations de catastrophes.

4.6. Axes de confrontation / opposition :

Les études ont été conduites dans des pays et des culture différentes, ce qui permet de comparer la notion et la perception du handicap dans leur culture, les protocoles et les équipements utilisés lors des évacuations de secours et leur représentation de l'ergothérapie.

Il est également intéressant de noter que les niveaux de scientificité des résultats varient d'une étude à une autre. Certaines études font partie de la littérature scientifique (21,27), alors que d'autres appartiennent à la littérature professionnelle (9,22,23).

5. Enquête exploratoire :

Cette partie a pour but de décrire l'élaboration de l'enquête exploratoire, sa mise en forme, sa distribution et enfin les résultats obtenus.

5.1. Les objectifs visés :

5.1.1. Objectifs généraux :

Cette enquête exploratoire a pour but de :

- recueillir auprès de professionnels la réalité du terrain et la confronter aux résultats de la revue de littérature.
- déterminer la pertinence de cette recherche
- faire émerger de nouvelles pistes de réflexion

5.1.2. Objectifs spécifiques :

Les objectifs spécifiques de cette enquête sont :

- recueillir les expériences d'ergothérapeutes ayant déjà évacué un établissement de santé.
- connaître les aides techniques utilisés dans des établissements de santé français.
- recueillir les axes d'améliorations à mettre en place, afin de faciliter les évacuations d'urgence des personnes en situation de handicap

5.2. La population ciblée (avec les critères d'inclusion et d'exclusion) :

5.2.1. Critères d'inclusion:

Les professionnels concernés par cette enquête sont des ergothérapeutes :

- œuvrant en France métropolitaine
- exerçant dans des établissements de santé (catégorie ERP : catégorie 1 (+ 1 500 personnes) à 4(- 300 personnes)
- travaillant avec des personnes actives et/ou des personnes autonomes/indépendantes.

5.2.2. Critères d'exclusion :

Les professionnels ne pouvant participer à cette enquête sont des ergothérapeutes :

- œuvrant en dehors de la France métropolitaine.

- exerçant dans des établissements de santé de catégorie 5 (non concernés par un règlement de sécurité).
- travaillant auprès de personnes dépendantes et/ou non autonomes

5.3. Les sites d'exploration :

Les établissements de santé concernés par l'enquête exploratoire sont :

- les établissements de santé se situant en France métropolitaine
- les hôpitaux/clinique publics ou privés, de catégorie 1 à 4
- les centres de rééducation, de catégorie 1 à 4

5.4. Le choix de l'outil de recueil de données :

L'outil choisi est le questionnaire, il permet d'obtenir des données quantitatives et qualitatives. De plus, il est rapidement diffusable sur une zone géographique étendue et peut être partagé par mail sur les réseaux sociaux. Il facilite également l'obtention de nombreuses réponses et ce dans de courts délais. En utilisant une passation dématérialisée, les participants qui le reçoivent peuvent y répondre en temps voulu, en respectant toutefois la date de fin d'enquête communiquée : 23/10/2020.

L'analyse des résultats, présente des résultats statistiques, sous forme de graphiques, d'histogrammes. Ces représentations aident à comprendre et à expliquer rapidement les données probantes obtenues.

Cependant certains biais peuvent venir fausser les résultats du questionnaire. Il est donc indispensable de réfléchir en amont aux stratégies à mettre en place afin de les éviter (Cf. annexe 3).

5.5. La construction de l'outil (Cf. annexe 4):

Le questionnaire élaboré comprend 30 questions au total et a été réalisé par l'outil informatique Google Forms®. La durée totale du questionnaire est de 15 min.

Une introduction informe les participants sur le but du questionnaire, son auteur et les modalités de retour. Le respect de leur anonymat leur est également rappelé.

Il comprend ensuite 3 sections, composées de questions mixtes (ouvertes et fermées) de réponses à choix multiples, de questions appelant les participants à rédiger leurs réponses). Selon leurs réponses, les participants auront plus ou moins de question à répondre.

Ce questionnaire étant adressé à des ergothérapeutes exerçant en France métropolitaine, il est donc rédigé en français. Le vocabulaire utilisé correspond au domaine de l'ergothérapie et de l'aménagement (participation occupationnelle, ERP, PMR).

5.6. Le déroulement :

Cette partie décrit les étapes mises en place lors de la diffusion du questionnaire.

5.6.1. Test de faisabilité :

Dans un premier temps, le questionnaire a été envoyé à deux ergothérapeutes. Une seule réponse a été reçue. Suite aux pistes d'amélioration formulées par cette ergothérapeute, certaines questions ont été retravaillées, notamment au niveau de leur formulation. Un deuxième test a été réalisé, auprès de deux autres ergothérapeutes, choisis aléatoirement dans le répertoire de l'ANFE, aucune modification n'a été apportée suite à ce deuxième retour.

5.6.2. Diffusion du questionnaire :

Le questionnaire définitif a ensuite été partagé par mail aux ergothérapeutes, figurant dans l'annuaire de l'ANFE, et dont les profils précisent leur(s) lieu(x) d'exercice, permettant ainsi de cibler plus précisément les ergothérapeutes exerçant dans des établissements de santé de catégorie 1 à 4 et via les réseaux sociaux.

Le questionnaire a été envoyé en deux temps :

- la première semaine par mail et via les réseaux sociaux.
- la deuxième semaine en le diffusant de nouveau au moyen des réseaux sociaux. Et en stipulant, qu'il s'agissait d'une relance, à l'attention des professionnels n'ayant pas encore répondu.

5.6.3. Le choix des outils d'analyse des données :

Les 54 résultats obtenus ainsi que les histogrammes ont été récupérés sur Google Forms©. Ils ont été ensuite exportés sur Excel©.

6. Analyse des résultats de l'enquête exploratoire :

Dans cette partie, les 54 réponses sont analysées pour confronter les résultats de la revue de littérature à la réalité du terrain. Des hypothèses sont émises pour comprendre les différences entre les données de la revue de littérature et la situation réelle.

6.1. Accords de confidentialité :

Acceptez-vous de répondre à cette enquête :

Les 54 participants ont accepté de répondre aux questions.

6.2. Section à titre individuel (Cf. annexe 5) :

1 Exercez-vous (à plein temps ou à mi-temps) dans un/des établissement(s) de santé ?

Objectif : effectuer une sélection au niveau des participants et ne garder que ceux qui travaillent dans des établissements de santé de catégorie 1 à 4 (catégorie d'établissement soumis à une réglementation d'ERP).

Résultats : seuls les participants qui ont coché oui peuvent continuer l'enquête.

2 Quel âge avez-vous ?

2 ^{-ème} question	Ages	Fréquences	Pourcentage
Quel âge avez-vous ?	20 à 30 ans	20	37%
	30 à 40 ans	17	31,5%
	40 à 50	11	20,4%
	50 à 60	6	11,1%
	Total	54	100%

La tranche d'âge majoritaire des ergothérapeutes interrogé(e)s est celle des 20 à 40 ans. Cette majorité s'explique peut-être par le fait que le questionnaire a été diffusé en grande partie au moyen de réseaux sociaux, auxquels cette tranche d'âge est plus connectée. L'autre partie ayant été transmise au moyen des adresses mails d'ergothérapeutes se trouvant dans l'annuaire de l'ANFE.

3 En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme :

Le plus jeune diplômé a eu son diplôme en 2020 et le plus expérimenté l'a eu en 1960.

La moyenne et la médiane permettent d'interpréter la tendance centrale. Ainsi les 54 participants ont obtenu en moyenne leur diplôme en 2011.

La médiane étant de 2016, cela signifie que la moitié des participants ont eu leur diplôme avant 2016 et l'autre moitié après 2016.

La médiane étant supérieure à la moyenne, cela indique que la majorité des participants ont obtenu leur diplôme en 2016 ou les années suivantes.

L'écart type étant égal à la moyenne, cela signifie que les valeurs sont centrées autour de 2011.

4 Dans quel(s) type(s) d'établissement(s) exercez-vous ? (cf. annexe 5)

4 ^{ème} question	Établissements	Fréquences	Pourcentage
Dans quel(s) type(s) d'établissement(s) exercez-vous ?	Service de rééducation :	22	34,4%
	Service de gériatrie	21	33%
	Maison/foyer d'accueil spécialisé	2	3%
	Hopital psychiatrique :	4	6,3%
	Service d'éducation motrice	6	9,4%
	Médico-social	8	12,5%
	Crèche inclusive	1	1,6%
	Total	64	100%

Bien que 54 participants ont répondu à cette question, 64 réponses ont été obtenues. En effet certains professionnels exercent dans plusieurs structures à la fois.

5 Auprès de quels bénéficiaires (résidents, clients) exercez-vous ? (cf. annexe 5)

Objectif : savoir auprès de quelles populations les ergothérapeutes travaillent.

5 ^{ème} question	Population	Fréquences
Auprès de quels bénéficiaires (résidents, clients) exercez-vous ?	Enfants polyhandicapés	9
	Adulte polyhandicapés	8
	Neurologie pédiatrique	8
	Patients ayant subits un AVC	31

	Neurologie adulte	12
	Patients présentant une déficience visuelle	24
	Patients présentant une déficience auditive	21
	Personne à mobilité réduite	34
	Malades atteints de la maladie d'Alzheimer	33
	Patients névrotiques	8
	Patients psychotiques	16
	Personnes atteintes de troubles cardiaque	1
	Traumatologie du membre supérieur	1
	Patients : autistes, dépressifs, personnes sujettes à des addictions (toxiques, alcools), bipolaires	1
	Personnes atteintes de la maladie de Parkinson	1
	Personnes âgées en perte d'audition	1
	Personnes âgées : soins palliatifs	1
	Gériatrie : polytraumatologie	2
	Enfants : pathologies motrices	1
	Troubles dys	1
	Maladies rares	1

Certains ergothérapeutes ont répondu exercer auprès de plusieurs populations. En effet certains professionnels exercent dans des structures/services polyvalents, d'autres encore travaillent à mi-temps dans différents établissements.

6 Dans l'établissement où vous exercez, où se déroulent les séances d'ergothérapie ?

Objectif : déterminer où se réalisent les séances, selon les lieux.

Selon les activités réalisées, les participants peuvent mettre en place leurs séances dans différents lieux : salle d'ergothérapie, salle d'animation à l'extérieur de l'établissement, chez la personne, dans les couloirs du service, dans la chambre des bénéficiaires, dans les salles communes, salle de psychomotricité, cuisine et appartement thérapeutique.

Aucune fréquence n'a pu être recueillie car le choix des salles dépend des activités proposées.

7 Dans le cas où vous devriez évacuer l'endroit où vous effectuer vos séances, avec vos bénéficiaires. Comment sont-elles réalisées ?

Objectif : connaître si l'ergothérapeute prend en séance des groupes de personnes ou si les séances se déroulent en individuel.

Cette question étant à choix multiples, les enquêté(e)s pouvaient choisir les deux réponses. Ainsi sur les 54 personnes interrogées, 51 d'entre elles répondent qu'elles réalisent leurs séances en individuel et 44 participants réalisent leurs séances en groupe. Dans le cas des prises en charge individuelles, l'ergothérapeute est beaucoup plus disponible pour guider et accompagner le bénéficiaires soit vers une issue de secours, soit vers une zone de refuge. Dans le cas des séances groupales, l'ergothérapeute pourra être amené(e) à demander de l'aide, pour permettre à tous les participants d'être évacuer en toute sécurité.

6.3.Du point de vue des bénéficiaires (Cf. annexe 5):

Cette section a pour but de définir auprès des ergothérapeutes enquêté(e)s, les aptitudes des bénéficiaires en cas d'évacuation d'urgence.

Afin de faciliter la lecture des résultats par le lectorat, les questions 1 à 3 ont été regroupé.

1^{ère} question : En cas d'évacuation de secours, des signaux sonores retentissent-ils afin d'indiquer aux bénéficiaires qu'une évacuation d'urgence a lieu ?		
Réponses	fréquence	Pourcentage
Oui	52	96%
Non	2	4%
Total	54	100%
2^{ème} question : En cas d'évacuation de secours, des signaux sonores retentissent- ils afin d'indiquer aux bénéficiaires qu'une évacuation d'urgence a lieu ?		
Réponses	fréquence	Pourcentage
Oui	20	37%
Non	34	63%
Total	54	100%

3^{ème} question : En cas d'évacuation de secours, les issues de secours sont-elles clairement indiquées : par des repères visuels, sur les plans de l'établissement, par des marquages au sol ?

réponses	fréquence	Pourcentage
Oui	40	74%
Non	14	26%
Total	54	100%

1 En cas d'évacuation de secours, des signaux sonores retentissent-ils afin d'indiquer aux bénéficiaires qu'une évacuation d'urgence a lieu ?

Objectif : déterminer si les services sont équipés de signaux sonores, pour les personnes malvoyantes ou sourdes.

Sur les 54 personnes interrogées, 52 personnes c'est à dire 96%, ont répondu que leurs établissements de santé sont équipés de signaux sonores, ayant pour but d'indiquer aux bénéficiaires qu'une évacuation d'urgence doit avoir lieu dans l'immédiat. Cependant 2 personnes soit 4% des participants, répondent que des signaux sonores ne retentissent pas lors des évacuations d'urgence dans leurs établissements de santé. Différentes hypothèses peuvent être formulées, afin d'expliquer ces réponses, elles devront cependant être vérifiées. En effet, soit les personnes ayant répondu négativement, n'étaient pas présentes lors des exercices d'évacuation de secours de leurs établissements de santé. Soit les signaux sonores des services dans lesquels ces personnes travaillent, n'ont pas été déclenchés.

En grande majorité, les participants ont répondu que leurs établissements sont équipés de signaux sonores, ce qui corrobore donc avec les données de la Revue de Littérature (RL). En effet lors des évacuations de secours, les personnes malvoyantes peuvent être désorientées par l'agitation des autres personnes, si elles n'arrivent pas à se représenter ce qui se passe dans l'environnement dans lequel elles évoluent (31,39). Ainsi les signaux sonores, leur permet d'interpréter rapidement ce qui est en train de se dérouler pour évacuer les lieux dans les meilleurs délais (31,39).

2 En cas d'évacuation de secours, des signaux lumineux s'éclairent-ils afin d'indiquer aux bénéficiaires qu'une évacuation d'urgence a lieu ?

Objectif : déterminer si les services sont équipés de signaux lumineux, pour les personnes malvoyantes ou sourdes.

Sur les 54 personnes interrogées, 20 participants c'est à dire 37% des participants ont répondu que les signaux lumineux, fonctionnent lors des évacuations de secours. Cependant 34 personnes soit 63%, ont répondu que des signaux visuels, ne s'éclairent pas lors des évacuations d'urgence. Afin de comprendre pourquoi la majorité des participants ont répondu non à cette question, différentes hypothèses vont être formulées et devront être vérifiées. Les services dans lesquels travaillent ces participants, ne sont équipés que de signaux sonores. Les signaux visuels du service ne sont pas fonctionnels lors des évacuations de secours, ou n'ont pas été déclenchés.

En grande majorité, les participants ont répondu que leurs services ne sont pas équipés de signaux visuels, ces résultats entrent en opposition avec les résultats de la revue de littérature. En effet selon cette dernière, lors des évacuations de secours, les personnes malentendantes ou sourdes n'entendent pas ou peu les signaux sonores annonçant l'évacuation du service (31,39). Cela peut les amener à évacuer avec un temps de retard, par rapport aux autres bénéficiaires. La présence des signaux visuels, notamment dans les chambres, leur permettrait de comprendre qu'une évacuation d'urgence est en train d'avoir lieu, et qu'ils doivent évacuer le plus rapidement possible. Ainsi en respectant les normes en vigueur, il est important que chaque service soit équipé de signaux visuels (31,39).

3 En cas d'évacuation de secours, les issues de secours sont-elles clairement indiquées : par des repères visuels, sur les plans de l'établissement, par des marquages au sol ?

Objectif : en cas d'évacuation les participants et les soignants vont tenter de joindre les issues de secours les plus proches. Sont-elles mises en évidence ? Sont-elles faciles à repérer ?

Sur les 54 personnes interrogées, 40 participants c'est à dire 74% ont répondu que les issues de secours sont clairement indiquées (marquages au sol, plans des établissements, repères visuels). Cependant 14 personnes soit 26%, ont répondu que les issues de secours n'étaient pas ou peu visibles. Afin de comprendre les réponses négatives, il existe différentes hypothèses, qui restent à être vérifiées. Le service peut être occupé par des personnes très dépendantes, ainsi dans le

cas d'une évacuation de secours, elles ont besoin d'être accompagnées par les équipes, ou les plans de l'établissement ont pu changer, ou les marquages au sol ont été enlevés ou effacés.

En grande majorité, les participants ont répondu que les issues de secours de leurs services sont indiquées par des repères visuels. Ces résultats corroborent avec les résultats de la revue de littérature. En effet les personnes présentant des troubles visuels, ont besoin de repères afin de rejoindre les issues de secours (19,38,42). Un environnement adapté à leurs besoins, leur permet de participer de façon active et sécurisé à leurs évacuations.

4 Avez-vous des axes d'amélioration à proposer afin de rendre les issues de secours plus visibles ? (cf. annexe 5)

Objectif : recueillir les propositions des professionnels.

Seuls les quatorze participants ayant répondu non à la question précédente pouvaient répondre à cet item. Ainsi quatre d'entre elles proposent d'améliorer la visibilité des issues de secours et des zones de rassemblements, avec des pictogrammes et des panneaux de tailles plus importantes. Les bénéficiaires s'orienteraient ainsi plus facilement. De plus, en augmentant la taille des pictogrammes, les déplacements des personnes présentant des troubles cognitifs et/ou des personnes malvoyantes seraient facilités. Trois autres personnes suggèrent de mettre en place des repères en braille, tel que des plans en braille, pour les personnes présentant des déficiences visuelles. Trois autres participants proposent également d'installer des repères lumineux, tels que des signaux lumineux au-dessus des portes de secours. Deux ergothérapeutes préconisent d'installer des signaux sonores, pour alerter tout le service, notamment les personnes présentant des déficits visuels. Enfin deux autres professionnels recommandent des marquages au sol. Ces marques peuvent être fluorescentes et/ou en relief et faciliteraient le déplacement et l'orientation des personnes en situation de handicap et des personnes valides dans un service enfumé par un incendie, par exemple.

Ces résultats corroborent avec les données de la RL en ce qui concerne la préconisation de plans d'évacuation en relief. En effet, ces plans élaborés pour les personnes présentant des déficiences visuelles, sont conçus pour les aider à se repérer et rejoindre une issue de secours ou une zone de refuge, selon leur localisation. Cette aide technique requiert de la part des bénéficiaires une bonne connaissance du service et une maîtrise de la visualisation mentale (39). Ces résultats soulignent également l'importance de la mise en place de repères sonores, de signaux lumineux et des marquages au sol fluorescents (31,39). Les marquages au sol seront

tracés de façon à diriger les bénéficiaires vers les issues de secours, ou des zones de refuge. Leur aspect fluorescent permettrait aux personnes malvoyantes de les visualiser. De plus, dans le cas d'un incendie, ces marques restent visibles au travers de la fumée. En ce qui concerne les signaux lumineux, leur taille, leur disposition et leur signification doivent être pensées en amont, afin de faciliter le repérage des issues de secours et des zones de rassemblement.

Pour compléter ces axes d'amélioration, il peut être intéressant de citer les signaux olfactifs, Ces signaux formulés dans la revue de littérature n'ont pas été évoqués par les participants. Ces aides techniques basées sur l'odorat, seraient utilisées auprès des personnes malvoyantes ou atteintes de cécité pour les aider à se diriger vers les sorties de secours. Cependant une formation devra être dispensée au personnel et aux bénéficiaires, pour qu'ils se familiarisent avec les différentes odeurs et leur signification (38).

5 Les issues de secours sont-elles accessibles aux bénéficiaires ? (cf. annexe 5)

Objectif : recueillir le point de vue des professionnels sur l'accessibilité des issues de secours de leur service.

Sur les 54 personnes interrogées, 41 participants c'est à dire 76% ont répondu que les issues de secours sont accessibles aux bénéficiaires et 13 personnes soit 24% des participants, ont déclaré qu'elles ne le sont pas. Afin de comprendre ces réponses négatives, différentes hypothèses peuvent être émises et devront être vérifiées. L'état de santé des bénéficiaires et/ou l'agencement de l'environnement bâtis rendent difficile, voire impossible l'accès aux issues de secours. Dans certaines situations ou pour atteindre les issues de secours les bénéficiaires doivent emprunter les escaliers, or certaines personnes ne sont pas en capacité de les descendre ou de les monter.

Dans certains services fermés, les issues de secours sont sécurisées et donc si les bénéficiaires ne sont pas accompagnés par un professionnel, ils ne peuvent pas les ouvrir. Dans certaines situations afin d'atteindre les issues de secours, les bénéficiaires doivent emprunter des escaliers, or certaines personnes ne sont pas en capacité de les utiliser.

En grande majorité, les participants ont répondu que les issues de secours étaient accessibles aux bénéficiaires, ces résultats corroborent avec les données de la RL. En effet un environnement accessible va permettre la participation active des personnes en situation de handicap, ainsi qu'un sentiment de sécurité et d'empowerment (19,37). De plus il est fortement

conseillé aux hôpitaux, de penser à ce genre de situation lors de l'élaboration des bâtiments en créant des niveaux qui se rejoignent permettant ainsi de guider les personnes vers des sorties de secours accessibles (28)

6 Qu'est-ce qui rend les issues de secours inaccessibles aux bénéficiaires ?

6 ^{ème} question	Inaccessibilité des issues de secours	Fréquences
Qu'est-ce qui rend les issues de secours inaccessibles aux bénéficiaires ?	Les escaliers	6
	Le handicap des bénéficiaires	3
	Le secteur dans lequel se réalise les séances	1
	Absences d'ascenseurs lors des évacuations de secours	3
	Besoin d'aide d'une tierce personne	1

Objectif : mettre en avant les obstacles qui rendent les issues de secours inaccessibles pour les bénéficiaires.

Sur les 13 réponses recueillies, 6 personnes expliquent que les issues de secours, sont inaccessibles en raison des escaliers. Trois participants expliquent les issues de secours sont inaccessibles aux bénéficiaires en raison de leurs problèmes de santé, trois ergothérapeutes mettent en avant que les issues de secours ne sont pas accessibles en raison de la non fonctionnalité des ascenseurs lors des incendies et une personne explique que les bénéficiaires nécessitent l'aide d'une tierce personne pour évacuer le bâtiment, ce qui rend leur évacuation sans accompagnement impossible. Enfin, selon les secteurs où se réalisent les séances, les issues de secours peuvent être hors d'atteinte. Les bénéficiaires se trouvant dans les étages, et présentant des déficiences de la marche, ne peuvent pas prendre les escaliers pour évacuer le bâtiment. De plus si les ascenseurs ne fonctionnent pas ils sont obligés de rester dans le service où ils se trouvent et d'attendre les secours.

Ces résultats confirment les résultats de la RL. Les escaliers représentent ici un obstacle à la participation des personnes lors d'une occupation de survie qui est l'évacuation (36), (23). De plus l'aide d'une tierce personne peut être un facteur facilitant lors des évacuations de secours. Les équipes doivent donc être informées et formées de la conduite à tenir en cas d'évacuation de secours (28,29). L'arrêt des ascenseurs en cas d'incendie est une situation fréquente. Il peut être intéressant de mettre en place, dans de grandes structures hospitalières, des ascenseurs

capables de continuer à fonctionner, lors de l'évacuation des personnes en situation de handicap (33)

7 Dans le cas où les issues de secours ne sont pas accessibles aux bénéficiaires des consignes leur ont-elles été données afin de les orienter vers un lieu où ils peuvent se réfugier ? (cf. annexe 5)

Objectif : recenser si les bénéficiaires se sentent acteurs ou spectateurs lors des évacuations de secours.

Sur les 13 personnes ayant répondu à cette question, trois d'entre elles c'est-à-dire 23% répondent que les participants ont reçu des consignes afin de les orienter vers des lieux pour se réfugier. Cependant dix personnes soit 77% des participants, répondent qu'aucune consigne n'a été donnée aux bénéficiaires. Cette majorité de réponses négatives, induit les hypothèses suivantes, mais qui devront être vérifiées par la suite: les équipes dans leur hâte de faire évacuer le service n'ont pas pris le temps de communiquer avec les bénéficiaires, ou ces derniers ne sont pas en capacité de comprendre des consignes.

Ces résultats s'opposent à la revue de littérature, qui assure que lors d'une évacuation d'un établissement de santé, des mesures doivent être prises pour expliquer aux bénéficiaires la marche à suivre lorsque l'évacuation du bâtiment n'est pas possible (36), (37).

8 Dans quel(s) lieu(x) les bénéficiaires peuvent-ils se réfugier en attendant les secours ?

8 ^{ème} question	Nombre de participants ayant répondu	Lieu de refuge sélectionner :	Fréquences
Dans quel(s) lieu(x) les bénéficiaires peuvent-ils se réfugier en attendant les secours	3	Dans les chambres	2
		Dans une zone de refuge	3

Objectif : mettre en avant les lieux où peuvent se réfugier les bénéficiaires afin d'assurer leur sécurité.

Sur les trois personnes interrogées, deux d'entre elles répondent que les bénéficiaires peuvent se réfugier dans leur chambre. Et trois estiment qu'ils peuvent se réfugier dans une zone de refuge, accessible de l'extérieur par les pompiers.

Cette réponse rejoint en partie la RL sur deux points. En premier lieu, savoir quoi faire, et où aller, permet aux personnes de se sentir active (18,35). Même si elles ne peuvent pas sortir du bâtiment, en allant se réfugier dans un endroit sûr, elles peuvent avoir l'impression d'avoir le contrôle sur leur environnement (18,35). En second lieu, pour une évacuation, rapide et sécurisée des personnes en situation de handicap et du personnel accompagnant, il convient que les établissements agencent des zones de refuges facilement atteignables par les pompiers (30).

9 Prenons le cas où les bénéficiaires se trouvent dans les étages, comment pourraient-ils être évacués ? (cf. annexe 5)

Objectif : définir la réalité du terrain.

Sur les 54 participants interrogés, 32 personnes répondent, que les participants peuvent être évacués par les escaliers, notamment si les ascenseurs du service ne fonctionnent plus. 24 estiment que les bénéficiaires peuvent être évacués par les zones de refuge, accessibles de l'extérieur par les pompiers. 14 personnes suggèrent que les ascenseurs des services doivent continuer de fonctionner pour que les bénéficiaires puissent les utiliser. Deux personnes pensent que les bénéficiaires doivent attendre les secours dans leur chambre. Un ergothérapeute informe qu'il travaille dans un service, dont l'étage permet de rejoindre l'accès extérieur. Deux autres professionnels expliquent que les bénéficiaires, notamment ceux se déplaçant en fauteuil roulant, peuvent être évacués par des rampes d'accès extérieur. Enfin cinq professionnels travaillant dans des établissements disent que les bénéficiaires ne rencontrent pas de difficultés lors des évacuations.

Certaines de ces réponses entrent donc en congruence avec les résultats de la RL car elles montrent l'importance d'avoir des ascenseurs qui fonctionnent dans leurs services même pendant les évacuations. (31), (32), (33). En ce qui concerne les zones de refuge, la question précédente et la revue de littérature démontrent l'importance de tels espaces. En effet, ils maintiennent à l'abri les personnes se trouvant dans le bâtiment, jusqu'à leur localisation et leur évacuation par les secours (30). Toutefois, la réalité du terrain, montre que la présence des

escaliers ralentit ou empêche les personnes en situation de handicap de participer aux évacuations, notamment par manque d'équipements adéquats (30).

10 Si l'évacuation des bénéficiaires n'est réalisable que par les escaliers, des équipements ayant pour but de faciliter leurs descentes des escaliers sont-ils disponibles ?

10 ^{ème} question :	réponses	fréquence	Pourcentage
Si l'évacuation des bénéficiaires n'est réalisable que par les escaliers, des équipements ayant pour but de faciliter leurs descentes des escaliers sont-ils disponibles ?	Oui	4	7%
	Non	50	93%
	Total	54	100%

Objectif : mettre en avant les équipements du service qui peuvent être utilisés pour éviter que les escaliers ne soient des obstacles lors des évacuations.

Sur les 54 réponses, quatre personnes soit 7% des participants répondent que des équipements permettant de descendre les escaliers sont disponibles dans leurs services. Alors que 50 personnes soit 93% des participants, répondent que leurs services ne sont pas équipés de matériels facilitant les évacuations par les escaliers. Afin de comprendre cette majorité de réponses négatives, voici quelques hypothèses, qui restent cependant à être vérifiées : les équipements du service ne sont peut-être pas utilisés par les équipes, par manque de formation à leur fonctionnement. Soit les services, ayant aménagé des zones de refuge, n'ont pas été équipées de matériels pour les personnes en fauteuil roulant. Soit il s'agit de services se trouvant de plain-pied, et donc les équipements d'évacuation ne sont pas nécessaires. Enfin, soit l'agencement des escaliers, ne permet pas d'utiliser certains équipements, qui seraient trop encombrants.

Les personnes en situation de handicap, ne peuvent donc pas être évacuées de la même façon que les autres individus, montrant ainsi des inégalités de participation. L'environnement bâti, et le manque d'aide technique impactent donc leur capacité de participation (30), (31), (32), (33).

Comment l'ergothérapeute pourrait-il favoriser la mise à disposition d'aide technique d'évacuation permettant de descendre les escaliers ? L'environnement bâti permettrait-il de les utiliser ?

Afin de faciliter la lecture des résultats par le lectorat, les questions 11, 12 et 14 ont été regroupées.

11 ^{ème} Quels sont les équipements disponibles dans le service ?		
Équipements disponibles		Fréquences
Fauteuils roulants		1
Chaise d'évacuation		1
Drap hospitalier		1
Barres d'appuis		1
12 ^{ème} question : Les bénéficiaires peuvent-ils utiliser les équipements seuls ? Ou ont-ils besoin de l'aide d'une tierce personne (personnel de l'établissement, autres bénéficiaire, des proches) pour les utiliser ?		
réponses	fréquence	Pourcentage
Utilisation seul(e)	1	25%
Besoin d'aide	3	75%
Total	4	100%
14 ^{ème} question : Les personnes ayant pour but d'aider les bénéficiaires à évacuer par les escaliers, au moyen des équipements mis à disposition, sont-ils formés à leurs utilisations ?		
réponses	fréquence	Pourcentage
Oui	1	33%
Non	2	67%
Total	3	100%

11 Quels sont les équipements disponibles dans le service ?

Objectif : définir les dispositions déjà prises en compte par l'établissement.

Seuls les participants ayant répondu oui à la question précédente ont eu accès à cet item. Ainsi 4 personnes ont répondu à cette question. Un des participants atteste que des chaises d'évacuation sont disponibles dans le service, 1 autre participant affirme que le service n'est équipé que de barres d'appuis, 2 ergothérapeutes expliquent que les équipements disponibles sont des fauteuils roulants, enfin 1 personne répond que les draps hospitaliers peuvent être utilisés pour évacuer les bénéficiaires.

La disponibilité et l'utilisation des chaises d'évacuation lors des évacuations de secours, entre donc en congruence avec les données de la revue de littérature (34). L'utilisation des chaises d'évacuation permettra d'évacuer, de façon sécurisé et en même temps que les autres personnes les bénéficiaires présentant des troubles de la marche (34).

Cependant les évacuations des personnes utilisant des fauteuils roulants, peuvent entraîner, dans certaines situation, un ralentissement des évacuations. Par exemple si le bénéficiaire se trouve au rez-de-chaussée l'évacuation peut se faire rapidement, mais le fauteuil roulant de par ses dimensions, peut momentanément obstruer les sorties de secours le temps de son passage et oblige ainsi les personnes valides à ralentir leurs vitesses d'évacuation (32,38). Dans le cas où les bénéficiaires se situent dans les étages, l'évacuation de ce public peut également conduire à un ralentissement des évacuations des autres personnes (29,30), toujours en raison des dimensions de ces fauteuils qui vont ralentir la vitesse d'évacuation lors des descentes (32,33). En ce qui concerne l'utilisation des draps hospitaliers, ce mode d'évacuation n'a pas été abordé dans la revue de littérature mais peut néanmoins être comparé aux évacuations avec des fauteuils roulants. En effet leur utilisation peut ralentir l'évacuation des autres personnes, par l'obstructions des escaliers ainsi que des issues de secours (32,33). Les barres d'appui, quant à elles, viennent en aide aux personnes présentant des troubles de la marche et guident également les personnes présentant des déficits visuels (33).

12 Les bénéficiaires peuvent-ils utiliser les équipements seuls ? Ou ont-ils besoin de l'aide d'une tierce personne (personnel de l'établissement, autres bénéficiaire, des proches) pour les utiliser ?

Objectif : définir si les équipements sont adaptés aux bénéficiaires, si ceux-ci peuvent être pleinement acteurs de leurs évacuations ou s'ils ont besoin de l'aide d'accompagnants.

Seuls les 4 participants ayant répondu oui à la question 10 ont eu accès à cet item. Un participant affirme que les bénéficiaires peuvent utiliser les équipements seuls, alors que trois personnes pensent qu'ils devraient être aidés par une tierce personne. Pour comprendre cette situation, des hypothèses peuvent être formulées mais doivent être vérifiées. En raison de leurs déficiences (troubles de la marche, trouble du tonus, déficiences visuelles, troubles cognitifs), les bénéficiaires ne sont pas en mesure d'utiliser seuls les équipements de secours. Ou encore les bénéficiaires n'ont pas été formés à l'utilisation des équipements de secours.

Les personnes en situation de handicap se retrouvent en position d'inégalité par rapport aux personnes valides. En effet, elles ne peuvent pas participer en toute autonomie aux évacuation de secours (42).

13 Les bénéficiaires ont-ils été formés à utiliser seuls les équipements ?

Objectif : définir si les bénéficiaires ont reçu une formation, leur permettant de se servir seuls des équipements.

Seuls les participants ayant répondu : « utilisation seul(e) », à la question précédente, ont eu accès à cet item. Ainsi un seul participant a répondu par l'affirmative à cette question. Des hypothèses (qui restent à être vérifiées) peuvent aider à comprendre pourquoi les bénéficiaires ne sont pas formés à utiliser les équipements de secours. Les bénéficiaires sont accueillis de façon temporaire dans les établissements de santé, leur séjour étant de courte durée, ils ne sont pas formés aux équipements d'évacuation du service. L'état de santé des bénéficiaires (troubles cognitifs, alitement, coma), ne leur permet pas d'être formés à l'utilisation des équipements de secours. Enfin les équipes n'ont pas pu former les bénéficiaires : manque de temps, équipe réduite ...

Ce résultat corrobore avec la RL, car des bénéficiaires formés peuvent participer activement à leurs évacuations de secours, ce qui augmentera leur sentiment d'empowerment (42). L'absence de formation des bénéficiaires peut impacter leur participation lors des évacuations de secours et occasionner de la panique et du stress chez les bénéficiaires non formés (42) .

14 Les personnes ayant pour but d'aider les bénéficiaires à évacuer par les escaliers, au moyen des équipements mis à disposition, sont-ils formés à leurs utilisations ?

Objectif : définir si les accompagnants des bénéficiaires sont formés à l'utilisation des équipements d'évacuation.

Les participants ayant eu accès à cet item, sont les personnes ayant répondu : « besoin d'aide » à la question 12. Ainsi trois personnes ont pu répondre à cette question. Un des participants déclare que les accompagnants ont été formés à l'utilisation des équipements de secours, les deux autres répondent non. Ces réponses négatives supposent les hypothèses suivantes, qui restent à être vérifiées : les services ne comportent pas d'équipements d'évacuations. Les équipes de soin étant réduites, les formations ne sont pas possibles.

Ces résultats entre en confrontation avec les études de la revue de littérature. En effet, l'absence de formation des accompagnants peut limiter, voire rendre impossible, l'utilisation des équipements d'évacuations (23,29,37). De plus une mauvaise utilisation de ces équipements peut ralentir les évacuations et également mettre en danger le bénéficiaire et son accompagnant (23,29,37).

15.a Dans le cas où le service ne compte pas d'équipements permettant d'évacuer par les escaliers, des consignes ont-elles été données afin d'orienter les bénéficiaires vers un lieu où ils peuvent se réfugier ?

15.a^{ème} question : Dans le cas où le service ne compte pas d'équipements permettant d'évacuer par les escaliers, des consignes ont-elles été données afin d'orienter les bénéficiaires vers un lieu où ils peuvent se réfugier ?		
réponses	fréquence	Pourcentage
Oui	20	40%
Non	30	60%
Total	50	100%

16.a^{ème} question : Dans le cas où les bénéficiaires ou leurs accompagnants n'ont pas été formés à utiliser seuls les équipements permettant d'évacuer par les escaliers, des consignes leur ont-elles été données afin de les orienter vers un lieu où ils peuvent se réfugier ?		
réponses	fréquence	Pourcentage
Oui	16	73%
Non	6	27%
Total	22	100%

Objectif : les questions ont été regroupées, car leur sens et leurs objectifs sont les mêmes : savoir si les bénéficiaires, sont acteurs lors des évacuations, ou s'ils sont spectateurs.

Sur les 50 personnes ayant répondu à cette question, 20 soit 40% des participants répondent que des consignes ont été données aux bénéficiaires. Alors que 30 personnes à savoir 60% des répondants, indiquent qu'aucune consigne n'a été donnée aux bénéficiaires. Pour ces réponses négatives, des hypothèses peuvent être avancées, elles restent cependant à être vérifiées : Les bénéficiaires ont pu être évacués. Les bénéficiaires se sont dirigés seuls vers des lieux de refuge. Les équipes n'ont pas pu communiquer les consignes avec tous les bénéficiaires.

16.a Dans le cas où les bénéficiaires ou leurs accompagnants n'ont pas été formés à seuls les équipements permettant d'évacuer par les escaliers, des consignes leur ont-elles été données afin de les orienter vers un lieu où ils peuvent se réfugier ?

Sur les 22 personnes interrogées, 16 d'entre elles, soit 73% répondent que des consignes ont été données aux bénéficiaires, afin qu'ils aillent se réfugier dans des lieux sécurisés. 6 ergothérapeutes à savoir 27% indiquent qu'aucune consigne n'a été donnée aux bénéficiaires, afin de les guider vers des lieux sécurisés.

Les résultats obtenus dans la question 15a (Cf. annexe 5, tableau de la question 15a) mettent en avant un manque de communication entre les équipes et les bénéficiaires, ils entrent ainsi en confrontation avec les données de la revue de littérature. Alors que les réponses de la question 16a (Cf. annexe 5, tableau de la question 16a) montrent que les équipes communiquent avec les bénéficiaires afin de les guider vers un lieu de refuge, ces résultats entrent donc en corroboration avec la revue de littérature. En effet, lors de certaines situations d'urgence, les personnes en situation de handicap n'ont pas la possibilité d'évacuer le bâtiment. Afin de rassurer les individus et éviter le stress et les mouvements de panique la communication des consignes est primordiale (29,37). De plus, en suivant les consignes qui leur sont données les participants vont se sentir acteurs lors de cette occupation de survie.

15.b/16.b Dans quel(s) lieu(x) les bénéficiaires peuvent-ils se réfugier en attendant les secours ?

15.b^{ème} question : Dans quel(s) lieu(x) les bénéficiaires peuvent-ils se réfugier en attendant les secours ?	
Lieux de refuge en attendant les secours	Fréquences
Zone de refuge accessible de l'extérieur par les pompiers	14
Dans leurs chambres après avoir fermés les porte coupe-feu	4

Zone de refuge inaccessible de l'extérieur par les pompiers	1
Dans les parties communes après avoir fermés les portes coupe-feu	1
16.b^{ème} question : Dans quel(s) lieu(x) les bénéficiaires peuvent-ils se réfugier en attendant les secours ?	
Refuge en attendant les secours	Fréquences
Zone de refuge accessible de l'extérieur par les pompiers	11
Dans leurs chambres, après avoir fermés les portes coupe-feu	4
Dans une zone de refuge inaccessible de l'extérieur par les pompiers	0
Dirigés de leurs chambre aux zones de refuges par les équipes	1

Objectif : savoir si des lieux ont été spécialement conçus pour ce genre de situation : les questions ont été regroupées, car leurs sens et leurs objectifs sont les mêmes.

Sur les 35 participants ayant répondu à cette question, 25 d'entre eux affirment que les bénéficiaires peuvent trouver refuge dans des zones de refuge accessibles de l'extérieur par les pompiers, 8 autres personnes répondent que les bénéficiaires peuvent se réfugier dans leur chambre après avoir fermé les portes coupe-feu, un ergothérapeute assure que les bénéficiaires peuvent se diriger dans une zone de refuge inaccessible de l'extérieur par les pompiers. Une personne répond que les bénéficiaires peuvent trouver refuge dans les parties communes après avoir fermé les portes coupe-feu. Enfin 1 personne répond que les bénéficiaires sont dirigés de leur chambre vers les zone de refuges, par les équipes.

La présence et l'accès à des zones de refuges accessibles de l'extérieur par les secours entre en corroboration avec les données de la revue de littérature. En effet ces zones de refuges permettront aux personnes qui s'y trouvent d'être localisés par les secours pour être évacuées plus facilement et rapidement (32). Les autres refuges ne permettront pas au secours de localiser précisément les personnes. De plus ils ne protègent pas forcément les bénéficiaires d'une éventuelle menace. En effet les zones de refuges sont spécifiquement aménagées et équipées pour faire face à des situations d'urgence (30), alors que les autres lieux de refuge n'ont pas été conçus dans cette optique. Enfin la présence et la guidance des bénéficiaires par les équipes, profiteront aux bénéficiaires qui se sentiront rassurés, car accompagnés dans une situation stressante (28,37).

Afin de faciliter la lecture des résultats par le lectorat, les questions 17 et 18 ont été regroupé.

17^{ème} question : Selon vous, quels seraient les éléments facilitateurs, pour les bénéficiaires, en cas d'évacuation du bâtiment ?	
Éléments facilitateurs	Fréquences
Ascenseurs disponibles même en cas d'incendie	20
Zone de refuge accessible de l'extérieur par les secours	38
Chaise d'évacuation pour descendre les escaliers	14
Panneaux d'indication des issues de secours	36
Marquage au sol	20
Formation de l'équipe soignante	49
Formation des bénéficiaires	22
Porte coupe-feu	45
Plateforme élévatrice extérieur	1
Meilleure communication	32
18^{ème} question : Selon vous, quels sont les obstacles, pour les bénéficiaires, en cas d'évacuation du bâtiment ?	
Éléments obstacles	Fréquences
Escaliers	39
Absence de chaise d'évacuation	21
Arrêt des ascenseurs en cas d'incendie	27
Zone de secours difficilement accessible	19
Équipes soignantes non ou pas assez formées	30
Bénéficiaires non ou pas assez formés	31
Difficultés à repérer les issues de secours	23
Absence de communication	30
Troubles cognitif et/ou comportementaux des bénéficiaires	1
Clarté des consignes	1
Gestion du stress et de la précipitation	2
État de santé fragile des bénéficiaires	1

17 Selon vous, quels seraient les éléments facilitateurs, pour les bénéficiaires, en cas d'évacuation du bâtiment ?

Objectif : avoir le point de vue des professionnels sur les éléments facilitateurs existants dans les établissements où ils travaillent.

Sur les 54 personnes ayant répondu à cette question, 49 pensent que la formation des équipes soignantes est un élément facilitateur pour les bénéficiaires en cas d'évacuation du bâtiment. Selon 45 personnes, les portes coupe-feu sont des éléments facilitateurs, pour 28 il s'agit des zones de refuge accessibles de l'extérieur par les pompiers, pour 36 ergothérapeutes ce sont les panneaux d'indication des issues de secours, 32 affirment qu'il faut une meilleure communication entre les équipes et les bénéficiaires, 22 pensent qu'il faut former les bénéficiaires, 20 personnes répondent que la disponibilité des ascenseurs même en cas d'évacuation de secours aide aux évacuations de secours, 20 autres que les marquages au sol sont importants pour les bénéficiaires, 14 professionnels optent pour les chaises d'évacuation pour descendre les escaliers et enfin 1 personne répond que la présence de plateforme élévatrice extérieure est un élément facilitateur.

18 Selon vous, quels sont les obstacles, pour les bénéficiaires, en cas d'évacuation du bâtiment ?

Objectif : avoir le point de vue des professionnels sur les éléments facilitateurs ou obstacles lors de l'évacuation des participants dans les établissements dans lesquels ils travaillent.

Sur les 54 personnes ayant répondu à cette question, 39 personnes répondent que les escaliers sont des obstacles lors des évacuations d'urgence, 31 pensent que le manque ou l'absence de formation approfondie des bénéficiaires peut en être un, 30 ergothérapeutes évoquent le même cas de figure mais s'agissant cette fois du personnel peu ou mal formé pour évacuer les bénéficiaires, 30 personnes répondent que l'absence de communication entre les équipes et les bénéficiaires est un frein lors des évacuations de secours, pour 27 c'est l'arrêt des ascenseurs lors des incendies qui est un obstacle lors des évacuations de secours, 23 pensent que les difficultés à repérer les issues de secours font obstacle à l'évacuation des bénéficiaires, 21 déplorent l'absence de chaises d'évacuation pour le déroulement des évacuations de secours, 19 ergothérapeutes répondent que la présence de zones de refuge difficilement accessibles aux secours font obstacle aux évacuations des bénéficiaires, 2 affirment qu'il s'agit d'une mauvaise gestion du stress et la précipitation lors des évacuations de secours, 1 professionnel

répond que les troubles cognitifs ainsi que le comportement de certains bénéficiaires peuvent faire obstacle à leur évacuation, 1 personnes déclare que l'absence de consignes claires peut être un élément obstacle aux évacuation des bénéficiaires, enfin 1 ergothérapeute répond que l'état de santé (fragile) des bénéficiaires peut constituer un obstacle à l'évacuation.

Les éléments facilitateurs et obstacles, rejoignent la RL. En effet selon le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) (22) et le modèle du Personne-Environnement-Occupation-Performance (22),(23), l'Homme en tant qu'être occupationnel va voir sa participation influencée par son environnement. Ce dernier peut effectivement être vu comme un facilitateur et accroître les capacités de l'individu, ou au contraire peut faire obstacle à la participation de la personne en majorant ses incapacités. Les facteurs de l'environnement bâti tel que : des équipements adaptées, des endroits où se réfugier, ainsi que des facteurs de l'environnement humain : formations des bénéficiaires et des équipes, une bonne communication, sont des éléments facilitateurs qui permettent aux bénéficiaires de participer aux évacuations de façon active, sereine et sécurisé.

**Comment les ergothérapeutes peuvent-ils participer à la formation des bénéficiaires ?
Quelle visibilité ont les professionnels sur les compétences de l'ergothérapeute dans le domaine de l'aménagement?**

6.4.Selon votre expérience :

19 Avez-vous déjà participé à une évacuation d'urgence (exercice, ou situation réelle) au sein de votre établissement ? (cf. annexe 5)

Objectif : viser une population de professionnels, ayant déjà vécu une évacuation d'urgence.

Sur les 54 participants, 22 personnes soit 41% répondent oui, alors que 32 soit 59% disent le contraire. Afin de comprendre ces résultats négatifs quelques hypothèses peuvent être formulées, elles restent cependant à être vérifiées : les personnes ayant répondu non, n'étaient pas présentes lors des exercices d'évacuation de leur établissement. Les évacuations de secours se produisant rarement, elles n'ont pas pu être réalisées par les participants.

Ces résultats entre en opposition avec la RL, qui met en avant, que le personnel soignant doit être formé afin d'être apte à réagir à des situations d'urgence (34,35,36,44). Or, si des exercices d'évacuations d'urgence ne sont pas réalisés, les professionnels manquent d'expérience en cas de situation réelle d'évacuation.

20 Après l'évacuation, avez-vous pu recueillir le ressenti des bénéficiaires ? (cf. annexe 5)

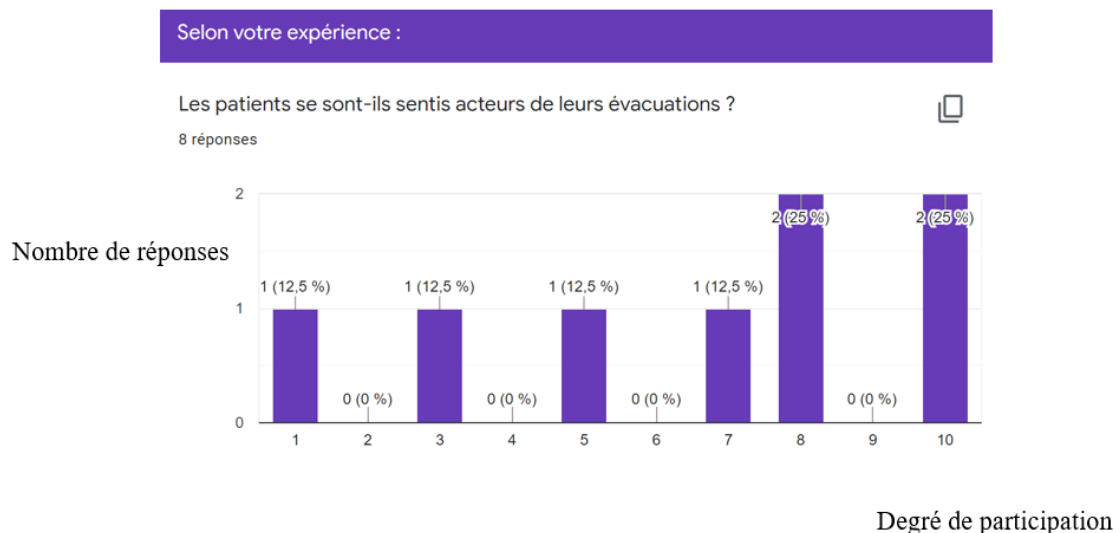
Objectif : recueillir le ressenti des bénéficiaires après les évacuations, s'ils ont été évacués.

Sur les 22 résultats obtenus, 8 personnes soit 36% ont répondu oui, alors que 14 personnes soit 64% ont répondu non. Afin de comprendre ces résultats négatifs, voici quelques hypothèses, qui devront être vérifiées par la suite : les évacuations se sont faites récemment et un débriefing sur le ressenti des bénéficiaires n'a pas encore pu être réalisé. Les évacuations s'étant bien déroulées aucune problématique n'a été soulevée auprès des bénéficiaires. Le personnel soignant n'a pas eu le temps de recueillir le ressenti des bénéficiaires.

Les réponses obtenues ne sont pas conformes aux études de la RL. En effet afin d'améliorer les conditions d'évacuation des bénéficiaires, il est important de recueillir leur ressenti (37). Cette démarche permet de cibler les éventuels obstacles rencontrés lors des évacuations de secours et de mettre en place de nouvelles procédures d'amélioration (18,21,35). En outre, le ressenti des bénéficiaires aide à cerner leurs difficultés et à les rendre acteurs du processus d'évacuation (22), (23).

21 Les bénéficiaires se sont-ils sentis acteurs de leurs évacuations ?

21 Les bénéficiaires se sont-ils sentis acteurs de leurs évacuations ? (cf. annexe 3)



Objectif : savoir si les bénéficiaires se sentent acteurs ou totalement dépendant des évacuations de secours.

Sur les 8 réponses obtenues, deux personnes soit 25% ont répondu que les bénéficiaires se sont sentis totalement acteurs de leurs évacuations, deux autres soit 25% ont coté à 8 le ressenti des bénéficiaires, montrant ainsi que les bénéficiaires étaient en grande partie acteurs de leurs évacuations, une personne soit 12,5% a coté à 5 le ressenti des bénéficiaires, signifiant ainsi que les bénéficiaires étaient à moitié acteurs de leurs évacuations, une personne soit 12,5% a coté à 3 le ressenti des bénéficiaires, enfin une personne a coté 1 le ressenti des bénéficiaires, ces deux résultats en dessous de la moyenne démontrent que les bénéficiaires ne se sont pas sentis acteurs lors des évacuations de secours. Afin de comprendre ces deux derniers résultats les hypothèses peuvent être les suivantes, elles devront être vérifiées par la suite : les bénéficiaires ne se sont pas sentis acteurs en raison de leur état de santé. Les équipements nécessaires pour les rendre plus autonomes et/ou indépendants n'étaient pas présents dans le service. Les situations d'urgence auxquelles étaient confrontées les bénéficiaires ne leur ont pas permis d'évacuer seuls. L'absence d'aide technique dans le service les a empêché d'évacuer seuls.

En faisant le lien avec la RL, il convient de dire que la majorité des bénéficiaires ont pu participer activement à leurs évacuations. Ce constat met en avant que l'environnement humain et/ou bâti contribue à développer la participation occupationnelle des personnes évacuées (18,21,35). En ce qui concerne les bénéficiaires qui n'ont pas pu se sentir acteurs, il est primordial de comprendre ce qui a pu faire obstacle à leur participation, pour mettre en place dans les services de nouveaux protocoles d'évacuation ou des équipements en vue d'une évacuation des bénéficiaires en toute autonomie et/ou en indépendance (22), (23), (28,29). La communication est donc un élément clé afin de pouvoir faire évoluer les futures évacuations (36), (37), (29).

Comment l'ergothérapeute peut-il favoriser la participation des bénéficiaires à leurs évacuations de secours ?

22 Après avoir participé à l'évacuation d'urgence, avez-vous pu faire le point avec l'équipe soignante et/ou votre hiérarchie sur l'évacuation des bénéficiaires ? (cf. annexe 5)

Objectif : savoir si l'équipe a pu mettre en place une réunion afin de recueillir le ressenti des professionnels.

Sur les 21 résultats obtenus, 13 personnes soit 59% répondent oui, alors que 9 personnes soit 41% répondent disent le contraire. Afin de comprendre ces réponses négatives, des hypothèses peuvent être formulées, cependant elles devront être vérifiées par la suite. Les évacuations ont été réalisées récemment et des réunions n'ont pas encore été organisées afin de pouvoir recueillir les remarques des équipes. Les évacuations s'étant bien déroulée, aucune réunion n'a eu lieu. Les équipes n'ont pas eu le temps de réaliser une réunion concernant les évacuations de secours.

Ces réponses corroborent avec les articles de la RL, qui mettent en avant l'importance de prendre en compte les remarques des professionnels de santé, afin d'améliorer, si besoins, les protocoles (34,35,36).

23 Quels axes d'amélioration avez-vous proposé(e)s ? (cf. annexe 5)

Objectif : selon les professionnels qu'est ce qui pourrait améliorer le temps des évacuations, et comment être plus efficaces.

Sur les 13 réponses obtenues, quatre personnes proposent comme axe d'amélioration de former le personnel, trois participants suggèrent la mise en place plus fréquente d'exercices, deux personnes proposent une meilleure communication, une personne préconise de mettre en place des marquages au sol, une personne recommande de mettre en place des indications permettant de repérer plus facilement les salles de refuge et une personnes propose de permettre une meilleure visibilité du personnel présent lors des exercices de secours.

Ces axes d'améliorations rejoignent en grande partie les données recueillies dans la RL. En effet il est primordial, que le personnel soit formé aux évacuations de secours, afin d'éviter les erreurs et les débordements dû à la panique (34,35,36). De plus la communication entre service et professionnels est également un point mis en avant par la RL, pour rendre les évacuations plus rapides et plus fluides. Il convient aussi d'aider les services les plus touchées par un événements catastrophique (34,35,36).

24 Auriez-vous eu des remarques à soumettre ? (cf. annexe 5)

Objectif : mettre en avant quels axes d'améliorations pourraient être apportés.

Sur les deux participants ayant répondu, une personne pense que le personnel doit être formé afin de pouvoir guider les bénéficiaires vers les lieux de refuge, une autre propose que des débriefings auprès de la hiérarchie soient mis en place.

Ces résultats corroborent avec la RL. Afin que les évacuations se déroulent dans les meilleures conditions il est nécessaires que les règles de l'établissement établies pour ces cas de figure soient respectées (28,29). Il est également important de mettre en place des réunions post évacuations, pour déterminer les difficultés éventuelles y apporter des améliorations (28,29).

6.5. Axes d'amélioration :

25 Au sein de l'établissement dans lequel vous exercez, dans quel(s) domaine(s) peut-il y avoir des améliorations ? (cf. annexe 5)

Objectif : définir les axes d'améliorations à mettre en place par les établissements.

Sur les 54 personnes ayant répondu, 34 personnes affirment que les établissements doivent former les équipes soignantes aux évacuations d'urgence, 30 professionnels proposent d'augmenter les aides techniques et 25 personnes suggèrent que les établissements forment les bénéficiaires aux évacuations d'urgence.

Ces résultats rejoignent les résultats de la RL. En effet la formation des équipes est primordiale pour une évacuation rapide et dans les meilleures conditions des bénéficiaires (34,35,44). La formation des bénéficiaires dans les établissements de long séjour est également importantes à mettre en place, pour leur permettre de se sentir moins stressés lors des évacuations d'urgence (18,21,35). De plus ils sauront localiser et utiliser les aides techniques d'évacuation de secours, ou se dirigeront rapidement vers les zones de refuges. Enfin la mise en place d'aides techniques pour les évacuations de secours, permettent d'évacuer un plus grand nombre de patients (23,29,37).

26 Voyez-vous d'autres axes d'amélioration ? (cf. annexe 5)

Objectif : mettre en avant de nouveaux axes d'amélioration.

Sur les 15 personnes ayant répondu, cinq participants proposent de mettre en place des exercices d'évacuation de façon plus régulière, trois ergothérapeutes préconisent de former les bénéficiaires de façon théorique et pratique, deux personnes suggèrent de mettre en place des

formations théoriques et pratiques pour le personnel, deux participants proposent une réfection des bâtiments, un professionnel préconise la mise en place des chaises d'évacuation, une personne recommande des ascenseurs fonctionnant même lors des incendie, un ergothérapeute propose différents plans d'évacuation et un participant conseille des débriefings après les exercices de secours.

Ces résultats corroborent avec la RL. En effet la formation continue des soignants et des bénéficiaires sont indispensables dans le bon déroulement des évacuations de secours (28,29,36,37). Les équipements d'évacuations, vont permettre aux bénéficiaires d'évacuer de façon active et rapide les services dans lesquels ils se trouvent. La communication entre services et entre professionnels est également un point mis en avant par la RL, afin de rendre les évacuations plus rapides et plus fluides et d'apporter de l'aide aux services qui sont les plus touchés par un événement catastrophique (34–36,44). Les débriefings permettent de mettre en avant les points forts et les points faibles des évacuations (34–36,44). De plus les nouveaux établissements de santé sont conçus normalement pour être plus accessibles, en permettant aux bénéficiaires de passer d'un niveau à un autre au moyen de passerelles, limitant ainsi l'utilisation des escaliers (31), (32), (33).

27 Selon vous, comment promouvoir les compétences des ergothérapeutes dans le domaine de l'accessibilité ? (cf. annexe 5)

Objectif : déterminer les actions à mettre en place pour rendre plus visible les compétences de l'ergothérapeute, notamment dans le domaine de l'accessibilité.

Sur les 43 résultats obtenus, 14 participants répondent que pour promouvoir les compétences de l'ergothérapeute dans le domaine de l'accessibilité, il est nécessaire d'intégrer un ergothérapeute dans les groupes de travail pour la conception des plans des établissements. Six personnes proposent que les ergothérapeutes communiquent cette compétence aux équipes. Quatre demandent plus de formation, quatre ergothérapeutes suggèrent de mettre en place des réunions d'informations, trois participants conseillent de mettre en place plus d'aides techniques, trois participants proposent de réaliser plus de mise en situations, deux personnes recommandent que l'Association National Française des Ergothérapeutes communique les compétences des ergothérapeutes dans le domaine de l'accessibilité, deux ergothérapeutes proposent de mettre en place des aides visuelles, deux personnes demandent de sensibiliser les équipes soignantes à l'accessibilité des issues de secours selon le type handicap, un participant

préconise des aides auditives, une personne des aides tactiles et un professionnel propose de rendre la compétence des ergothérapeutes dans le domaine de l'accessibilité plus visibles pour les professionnels du bâtiment (architectes).

Ces résultats rejoignent la RL. En effet afin de promouvoir les compétences des ergothérapeutes dans le domaine de l'aménagement, il est important de faire connaître la profession auprès des professionnels de santé, mais aussi des professionnels travaillant dans le bâtiment, car ces métiers peuvent être complémentaires (18,21,25,27).

7. Analyse critique de l'enquête exploratoire :

L'enquête exploratoire qui a été menée présente des limites et des points forts. En effet ce questionnaire a permis de découvrir la réalité du terrain et de la comparer aux résultats présentés dans la revue de littérature. Des axes de confrontation, de complémentation et de corroboration ont pu être dégagés, favorisant l'émergence de nouvelles réflexions tel que : la place de l'environnement en ergothérapie et son aménagement par un ergothérapeute.

Cette recherche présente également des limites, du fait que le sujet de ce mémoire à savoir: la participation des personnes en situation de handicap lors des évacuations de secours, est un thème peu commun. Ainsi le nombre de participants ayant répondu à cette enquête est très petit et donc non représentatif par la sélection d'échantillonnage. Cette taille réduite de l'échantillon est également dû au fait que seuls les ergothérapeutes exerçant dans des structures de catégorie 1 (+1500 personnes) à 4 (-300 personnes) ont pu participer à cette enquête.

Enfin après retranscription des résultats, il en ressort que certaines questions portant sur les axes d'amélioration se répétaient, (25 et 26). D'autres items auraient mérité d'être plus précis dans leurs formulations, telles que les questions 15b et 16b portant sur les zones de refuge (une définition des zones de refuges aurait pu être donnée au préalable).

Par ailleurs, certains participants ont parfois répondu de façon vague en utilisant un mot ou juste une phrase, ce qui a pu conduire dans certains cas à une mauvaise interprétation des résultats et ce qui a pu biaiser l'analyse de cette enquête exploratoire.

8. Présentation de la question initiale de recherche :

Suite à l'analyse des résultats de l'enquête exploratoire, des limitations de participation des personnes en situation de handicap ont été mises en avant, en cas d'évacuation de secours. Ces difficultés de participation peuvent provenir d'un environnement physique non adapté aux besoins spécifiques de ces individus. Elles s'expliquent aussi par un environnement humain en quête de formations continues et d'une sensibilisation dans les domaines des évacuations de secours et dans l'accompagnement des personnes vulnérables.

Selon cette enquête, les ergothérapeutes étant des professionnels établissant un lien entre la participation occupationnelle des personnes en situation de handicap et leur environnement, il serait donc intéressant de les inclure dans les projets d'aménagement des établissements de santé.

Au regard de l'analyse de l'enquête exploratoire, de nouvelles questions émergent :

- comment l'ergothérapeute peut-il participer à la formation des bénéficiaires et du personnel ?
- comment l'ergothérapeute peut-il favoriser la participation des bénéficiaires à leurs évacuations de secours ?

Ainsi la question initiale de recherche qui se pose est :

Comment l'ergothérapeute facilite-t-il la participation occupationnelle des personnes en situation de handicap lors des évacuations de secours, en adaptant l'environnement à leurs besoins ?

9. Cadre conceptuel :

9.1. Ergothérapie et environnement:

9.1.1. L'environnement :

L'environnement d'une personne influence sa santé ainsi que sa qualité de vie. On retrouve cette notion d'équilibre entre la personne et son environnement dans le Modèle de l'Occupation Humaine (22) et le modèle de la Personne-Environnement-Occupation-

Performance (23). En effet si l'environnement favorise la participation occupationnelle d'une personne, celle-ci se retrouvera en situation de capacité. Elle sera donc performante et pourra alors acquérir de l'expérience (p75)(22), ce qui favorisera sa participation dans de nouvelles occupations (22),(23). Dans le cas contraire, la personne limitera sa participation occupationnelle, car l'environnement renforcera ses incapacités (22), (23).

L'environnement par ses différentes composantes va avoir un rôle de facilitateur ou d'obstacle. Ces notions sont développées dans le Modèle Anthropologique du Développement Humain et plus précisément dans le Processus de Production de Handicap (MDH-PPH) (p27)(20), et dans la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (CIF), (p22)(20). Dans ces deux modèles, l'environnement inclut : l'environnement physique (environnement bâti) et social de la personne (la famille, les amis, les collègues) (p25)(20). La CIF prend également en compte l'environnement attitudinale (les attitudes, les valeurs, les systèmes de l'environnement) (p25)(20).

Cependant dans l'approche apportée par le modèle de la docilité environnementale (Cf. annexe 7), (50), l'environnement va exercer une pression sur l'individu, et ce dernier en fonction de ses capacités, va devoir s'adapter aux contraintes environnementales (51).

La notion d'environnement facilitateur fait appel aux éléments physiques ou sociaux, qui par leur présence ou absence vont améliorer la perception et le vécu de l'environnement par la personne en situation de handicap (20).

Alors que la notion d'environnement obstacle, fait appel aux éléments sociaux et/ou physique, qui vont restreindre ou empêcher la participation de l'individu (20).

Dans le modèle de docilité environnementale, Lawton et Nahmow expliquent que l'individu se trouve soumis à des pressions environnementales (p114),(51). Selon ses compétences la personne est en mesure ou pas, de répondre aux attentes de l'environnement. En effet « moins une personne présente de compétence plus fort sera l'impact des facteurs environnementaux sur la personne » (p114)(51). Ainsi l'environnement est perçu comme facilitateur par la personne, si les demandes environnementales lui permettent d'utiliser ses compétences, ce qui générera alors des attitudes positives vis-à-vis de la situation (51).

Dans la situation contraire, l'environnement sera perçu comme obstacle, si les demandes environnementales s'avèrent être trop élevées par rapport aux compétences de la personne, ce qui générera des émotions négatives, et une incapacité à réagir (51). Lawton, parle de

« comportement adaptatif » quand il y a « congruence [...] entre la personne et la demande environnementale » (p115)(51).

Les travaux de Kiernat, guident ainsi la pratique des ergothérapeutes, en argumentant que la transformation de l'environnement peut diminuer son niveau de pression et/ou que l'augmentation des capacités d'une personne, lui permettent de s'adapter au demande de son environnement (p115)(51). En adaptant et/ou en améliorant ses capacités aux pressions de son environnement, l'individu tend à le maîtriser, afin de trouver un équilibre homéostatique (51).

9.1.2. La participation occupationnelle :

Le concept de participation occupationnelle a été développé dans le Modèle de l'Occupation Humaine (20). Selon G.Kielhofner, concepteur du MOH, la participation occupationnelle peut être défini comme « l'engagement effectif de la personne dans ses activités productives, de loisirs, et de vie quotidienne au sein de contextes socio-culturel spécifique » (p75)(20).

La participation à une activité peut être active ou passive, son importance se retrouve dans la signification et la représentation de cette occupation par l'individu. Lorsqu'une personne participe régulièrement à une occupation, il finit par accumuler de l'expérience, ce qui lui permettra par la suite de s'adapter à de nouvelles occupations (p76)(20).

Ainsi pour qu'une personne puisse participer et acquérir de l'expérience dans une activité qui lui est signifiante, son environnement, qu'il soit physique ou humain, doit le lui permettre (20).

9.1.3. L'impact de l'environnement sur la participation occupationnelle :

En vue de favoriser la performance occupationnelle des bénéficiaires, les ergothérapeutes vont prendre en compte la personne dans sa globalité, à savoir ses capacités et ses limites. Afin d'améliorer le cadre d'action des personnes, l'ergothérapeute va intervenir sur son environnement, en le rendant plus accessible (p223)(51), en lien avec la compétence 5, du référentiel d'activité de l'ergothérapeute à savoir : « Réalisation et suivi de projets d'aménagement de l'environnement. » (52). L'ergothérapeute va analyser et aménager l'environnement afin de permettre la performance occupationnelle des bénéficiaires car chaque personne présente des caractéristiques et des capacités différentes. Ainsi selon les individus,

l'environnement sera vécu comme une contrainte, ou un facteur facilitant leur participation occupationnelle. Plusieurs modèles conceptuels ergothérapiques établissent un lien entre la performance occupationnelle des individus et de leur environnement. Ces approches complémentaires sont rappelées dans le MOH (p213)(51), (p72)(20), le modèle de pression environnementale (p112)(51) et le modèle de compétence (p215)(51), (p107)(20).

Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) (51), (20), met en avant que l'être humain est un être occupationnel et que sa participation est en étroite dépendance de son contexte environnemental (Cf. annexe 8) (53).

En effet la personne est décrite comme un système, lui-même composés de 3 sous-systèmes. Le premier sous-système, est composé de la volition qui comprend les déterminants personnels de la personne, la conscience qu'elle a de ses capacités, ses valeurs et ses intérêts (p213)(51). Le deuxième sous système du MOH est l'habitation, qui correspond aux rôles sociaux ainsi qu'aux habitudes de la personnes. Le troisième sous système est la capacité de rendement, relative aux habilités de la personne, d'un point de vue organique (habilité neurologique, cardio-respiratoire, sensorielle, musculo-squelettiques) (p213)(51). Le corps est donc perçu comme un effecteur de l'esprit et du cerveau (p213)(51).

Les deux environnements décrits par Kielhofner, à savoir l'environnement proche de la personne (environnement naturel et groupe sociaux), ainsi que l'environnement élargi (culture, condition politique et économique), vont stimuler positivement ou négativement ces trois sous-systèmes (p214)(51). Ainsi selon les capacités de l'individu l'environnement peut faciliter sa participation occupationnelle ou y faire obstacle. En effet la participation d'une personne se définit comme l'engagement qu'un individu va fournir, afin de prendre part à une occupation. Kielhofner dans ce modèle, explique que l'environnement et la personne vont s'influencer et se changer mutuellement (p214)(51).

Cette notion d'interaction entre l'environnement et la personne est également reprise dans le modèle de pression environnementale de Lawton et al (1973), (p112)(51), ce concept rejoint le MOH en décrivant la relation personne-environnement comme active.

Le modèle de compétence met en avant la personne comme un système ouvert et une unité corps-esprit, qui entre en interaction avec un environnement humain et/ou non humain (p215)(51), (p107)(20). De plus ces deux dimensions de l'environnement sont divisées en quatre systèmes : microsystème, mésosystème, exosystème et macrosystème qui interagissent directement ou indirectement sur la personne (p107)(20).

Selon ce modèle l'activité est décrite comme les interactions entre la personne et son environnement non humain, alors que les rôles sont l'ensemble des interactions qui se jouent entre la personne et son environnement humain. Lorsque l'environnement (physique ou humain) de la personne lui permet de réaliser ses activités et/ou ses rôles, elle se trouve alors en situation de compétence. Au contraire, si l'environnement exerce un rôle d'obstacle sur ses rôles ou activités, la personne se trouve alors en situation de handicap (p215)(51), (p107)(20).

Dans le cas où les interactions personne-environnement sont difficiles, des interventions sur l'environnement et la personne peuvent être réalisées, afin de rééquilibrer les demandes et/ou exigences environnementales sur les capacités de la personne, en prenant également en compte ses limites (p107)(20). Le but de ce modèle est de créer une congruence entre une personne et son environnement (p107)(20).

9.2. Accessibilité de l'environnement :

9.2.1. L'accessibilité :

L'inclusion des personnes en situation de handicap est devenue une priorité pour la société, comme l'atteste la loi du 11 février 2005, appelée également la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Avec cette loi le gouvernement avait pour objectif de rendre, en 2015, les Etablissements Recevant du Public (ERP) accessibles aux personnes en situation de handicap (54), et favoriser ainsi leur engagement et leur participation dans la société (p142)(51). En effet la notion d'accessibilité se base sur l'amélioration de l'environnement, afin de permettre l'intégration de différentes populations dans la société.

Plusieurs définitions de l'accessibilité existent. Selon le document « définition de l'accessibilité une démarche interministérielle » rédigé en 2006 pour le ministre délégué de la Sécurité Sociale, l'accessibilité est défini comme un facteur permettant l'autonomie et la participation des personnes en situation de handicap. En effet, en mettant en œuvre des éléments permettant de réduire ou de supprimer les différentes composantes de l'environnement (physiques, organisationnelle et culturelle), les personnes pourront participer aux activités, en fonction de leurs besoins, de leurs souhaits et de leurs capacités. Ainsi l'accessibilité augmente la qualité de vie des personnes présentant des incapacités permanentes ou temporaire, et leur permet de circuler et d'accéder en toute sécurité aux lieux et cadre bâti (p143)(51).

La définition de l'accessibilité par le Conseil d'Europe relative à l'accès des personnes en situations de handicap, aux infrastructures et espaces publics, rejoint les points clés évoqués dans le document précédent (p143)(51). Elle démontre que l'environnement peut être perçu comme une limite pour les personnes en situation de handicap et pour toute personne rencontrant des limitations de façon périodique (personnes âgées), ou temporaire (femme enceinte). En rendant l'environnement accessible, chaque individu peut s'intégrer et participer à la vie de la société. En complément de la précédente définition, le Congrès aborde également le principe de « conception universelle », afin de favoriser la participation, en autonomie, des personnes en situation de handicap (p143)(51).

9.2.2. Adaptation de l'environnement :

Le terme adaptation peut être envisagé comme la notion de l'accessibilité personnalisée. En effet en adaptant un environnement, ce sont les besoins et les spécificités d'une personne qui sont évalués et pris en compte (p144)(51).

Ces points clés se retrouvent dans le modèle conceptuel ergothérapique de la Personne-Environnement-Occupation-Participation (PEOP), développé par Baum, Christiansen et Bass en 2015 (p63)(20) (Cf. annexe 9). Le PEOP vient compléter le modèle conceptuel du Personne-Environnement-Occupation (PEO) (p56)(20), en démontrant que l'environnement et sa perception, impacte grandement la performance occupationnelle des individus (p63)(20). Ainsi selon Cutchin et Dickie (2013), le PEOP peut être décrit comme un modèle écologique, systémique et transactionnel (p64)(20). En utilisant le PEOP dans sa pratique, l'ergothérapeute peut définir avec la personne, les points importants à aborder lors de l'intervention (p64)(20). En prenant en compte l'interaction des trois concepts de ce modèle (personne, environnement, occupation), le professionnel est en mesure de mieux appréhender l'impact des environnements (culturelle, physique, politique et technologique) de la personne, sur les occupations qui ont du sens pour elle, tout en prenant en compte les capacités, les besoins ainsi que les incapacités de l'individu (p64)(20), (p144)(51) (Cf. annexe 9).

L'adaptation en ergothérapie tient compte également de la notion de setting (p185)(55). Ce concept a été développé par Kielhofner en 2008. Le Cadre Conceptuel du groupe

Terminologie de ENOTHE¹ (CCTE) définit le setting comme : « l'environnement immédiat qui influence la performance de la tâche, de l'activité ou de l'occupation » (p186)(55).

Le setting englobe donc les acteurs, les objets et leur agencement dans l'environnement, où l'individu va réaliser ses activités. Si le setting de la personne est modifié, alors sa performance occupationnelle le sera aussi (p185)(55). En adaptant l'environnement de l'individu, l'ergothérapeute cherche à modifier son setting, en vue d'améliorer ses performances et son interaction avec les éléments de son environnement.

En évaluant ainsi les dimensions multidimensionnelles de la personne l'ergothérapeute est en mesure de lui proposer, un projet d'adaptation qui favorisera ainsi la congruence entre les adaptations de l'environnement et les capacités ainsi que les besoins subjectifs de l'individu. En effet en modifiant l'environnement de la personne, l'ergothérapeute doit prendre en compte la notion d'usage de ce nouvel espace par l'individu. Il faut donc rechercher une congruence entre les attentes de la personne et les préconisations, ainsi que les modifications à mettre en place, afin que l'individu puisse donner du sens aux changements de son environnement et améliorer ses performances occupationnelles (p231)(51).

9.2.3. Aménagement de l'environnement :

L'aménagement de l'environnement peut être envisagé comme le concept d'accessibilité universelle également appelée design universel (p147)(51). Selon l'article 2 de la convention de l'ONU, relative aux droits des personnes en situation de handicap, la conception universelle se définit comme « la 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.» (p147)(51). Ainsi l'aménagement consiste à rendre accessible l'environnement du point de vue d'une population hétérogène et à permettre la participation sociale de toutes personnes se trouvant en situation de handicap (temporaire ou définitive).

La conception d'accessibilité universelle peut être modélisée par la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (CIF) et pensé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La CIF est constituée de différentes composantes qui interagissent de façon positive ou négative entre elles. Le terme « fonctionnement » de la CIF va prendre en considération les interactions positives que l'individu va trouver dans son environnement

¹ ENOTHE : European Network of Occupational Therapy in Higher Education

physique et social et qui lui permettront de participer à des activités qui ont du sens pour lui. Le terme « handicap » présente l'impact négatif que peut avoir l'environnement physique ou social sur la participation des personnes en situation de handicap. La CIF permet donc d'avoir une vision multifactorielle de la personne (p22)(20).

La CIF n'est pas un modèle associé à un seul champ disciplinaire. Ainsi différents professionnels peuvent s'en servir et l'utiliser pour communiquer entre eux, favorisant ainsi les collaborations interdisciplinaires (p21)(20). La loi du 11 février 2005, utilise la CIF afin de définir la restriction de participation des personnes en situation de handicap (p21)(20).

Afin de promouvoir la participation de tous les individus dans la vie quotidienne, le design universel a pour but de concevoir des environnements physiques, accessibles à un public universel, composé de personnes ne présentant pas de limitation et des personnes en situation de handicap (p148)(51). En construisant des espaces bâtis où s'applique le design universel, chaque personne pourra utiliser l'environnement sans ressentir de gêne, les dépenses de l'état pour les travaux de mise aux normes des bâtiments diminueront donc (p149)(51).

9.2.4. Accessibilité universelle : L'ergothérapeute et ses partenaires :

La notion d'environnement amène à penser aux métiers du bâtiment, tels que les architectes, les urbanistes, les designers, pour ne citer qu'eux. Or, l'ergothérapeute par ses connaissances sur le fonctionnement humain et les situations de handicap ainsi que l'impact de l'environnement sur la performance occupationnelle des personnes peut proposer des pistes de réflexions dans le domaine de l'accessibilités universelle (p149)(51).

10. Question et objet de recherche :

Suite aux concepts qui ont été développés, la question de recherche qui a été retenue est la suivante

Est-ce que l'aménagement des évacuations de secours par l'ergothérapeute, facilite-t-il la participation des personnes en situation de handicap lors des évacuations d'urgence ?

Cette question permet d'étudier l'impact de l'aménagement de l'environnement, par l'ergothérapeute, sur la participation des personnes en situation de handicap, lors des évacuations de secours, dans des établissements de santé.

11. Méthode et recherche

Un dispositif de recherche est mis en place afin de répondre à la question de recherche. Ainsi dans cette partie sont décrites la méthode de recherche utilisée, ainsi que l'outil de recherche élaboré.

11.1. Méthode différentielle :

La méthode différentielle est une méthode qui étudie la variation d'une première variable par rapport aux changements d'une deuxième variable (56). Cette méthode permet ainsi d'établir ou de rejeter un lien de corrélation entre deux variables (56).

La question de recherche porte sur l'impact que peut avoir un aménagement de l'environnement par un ergothérapeute sur la participation des personnes en situation de handicap lors des évacuations de secours.

11.2. Hypothèses formulées :

Une hypothèse générale (HG), va être formulée, elle correspond à la question de recherche. Cette hypothèse permettra d'établir ou non un lien entre deux variables : la 1^{ère} variable qui sera identifiée est : l'aménagement de l'environnement par l'ergothérapeute et la seconde est : la participation des personnes en situation de handicap lors des évacuations de secours. Ainsi l'hypothèse générale est la suivante :

HG : l'aménagement de l'environnement par l'ergothérapeute facilite la participation des personnes en situation de handicap

Une hypothèse opérationnelle (H1) va être ensuite posée, elle se base sur le même schéma que l'hypothèse générale. Elle va préciser les variables qui seront étudiées lors de la mise en place de la recherche.

H1 : la participation augmente avec l'aménagement de l'environnement par l'ergothérapeute

Enfin une hypothèse nulle sera également formulée. Elle permettra de confirmer ou d'informer l'hypothèse générale.

H0 : aucune différence de participation avec ou sans présence d'aménagement préconisés par l'ergothérapeute.

11.3. Les variables :

Dans cette recherche, les deux variables qui entrent en relation peuvent être classées en deux catégories : les variables indépendantes, qui varient sans être influencées par d'autres paramètres. Et des variables dépendantes qui varient selon les variables indépendantes. Le lien qui existe entre ces deux types de variables est appelé une relation (57).

La variable indépendante : l'aménagement de l'environnement par un ergothérapeute pour des personnes en situation de handicap

La variable dépendante : La participation des personnes en situation de handicap lors des évacuations de secours

En plus de ces variables, la chercheuse va intégrer dans l'étude des variables qu'elle contrôlera : appelées les variables contrôlées.

Mais des variables parasites ou pouvant biaiser la recherche pourront également être présentes et ce indépendamment de la volonté de la chercheuse. Ainsi il est important de les anticiper afin de limiter les biais lors de la recherche (Cf. annexe 11).

Les variables contrôlées :

- l'impact des autres professionnels sur l'ergothérapeute et/ou les bénéficiaires lors des évacuations de secours.
- l'impact de la famille sur l'ergothérapeute et/ou les bénéficiaires lors des évacuations de secours.
- l'impact des équipements sur l'ergothérapeute et/ou sur les bénéficiaires lors des évacuations de secours
- l'impact des situations d'urgence sur l'ergothérapeute et/ou sur les bénéficiaires lors des évacuations de secours.

Les variables parasites :

- la panique des bénéficiaires
- les mouvements de foule non contrôlables

11.4. Population étudiée :

Cette recherche porte sur l'hypothèse générale selon laquelle l'aménagement de l'environnement par l'ergothérapeute facilite la participation des personnes en situation de handicap. Ainsi pour répondre à cette hypothèse, deux mises en situation auront lieu, dans le même établissement de santé et avec les mêmes participants. Ainsi il n'y aura qu'un seul groupe, qui sera évalué deux fois.

Lors de la 1^{ère} mise en situation le groupe sera composé de bénéficiaires en situation de handicap qui évacueront d'un établissement de santé, non aménagé, par des ergothérapeutes. Lors de la 2^{ème} mise en situation le groupe formé lors de la 1^{ère} mise en situation évacuera cette fois le même établissement de santé qui aura été aménagé au préalable, par des ergothérapeutes.

Ces groupes devront répondre à certaines conditions, des critères d'inclusion et d'exclusion vont être énoncés.

11.4.1. Critères d'inclusion :

- patient adulte et personne âgée en situation de handicap sans troubles cognitifs
- des ergothérapeutes exerçant en France métropolitaine, dans des établissements de santé (catégorie ERP : catégorie 1 (+ 1 500 personnes) à 4(- 300 personnes)

11.4.2. Critères d'exclusion :

- les ergothérapeutes exerçant en dehors de la France métropolitaine.
- les ergothérapeutes exerçant dans des établissements de santé de catégorie 5, non concernés par un règlement de sécurité.
- patients : enfants et/ou patient présentant des troubles cognitifs

11.5. Echantillonnage

La méthode d'échantillonnage qui sera utilisée lors de cette recherche est la méthode non probabiliste. Dans cette recherche, des ergothérapeutes travaillant dans des établissements de

santé de catégories 1 à 4 devront être sélectionnés. Cependant il n'existe aucun recensement des ergothérapeutes qui travaillent dans ce type de structures. Ainsi cette méthode permettra de choisir rapidement les participants qui correspondant aux critères d'inclusion de cette recherche, mais la fiabilité des échantillons sera impossible (58), les résultats obtenus ne seront donc pas représentatifs de la population (58).

Les ergothérapeutes qui participeront à cette recherche seront sélectionnés selon la méthode de « convenance » ou de « commodité » (58). Cela signifie que les personnes interrogées se seront portées volontaires pour participer à la recherche. En effet cette méthode permettra de sélectionner des individus qui seront « facile d'accès », car l'étude demande un engagement de la part des participants (58).

En ce qui concerne les bénéficiaires, c'est la méthode « boule de neige » qui sera utilisée. Une fois les ergothérapeutes choisis, ce sont ces derniers qui désigneront des bénéficiaires, correspondant aux critères d'inclusion et volontaires pour participer à l'étude. Au total, il y aura 12 participants (10 bénéficiaires et 2 ergothérapeutes) qui prendront part à cette étude.

11.6. Site d'exploration

Afin de sélectionner des participants volontaires pour participer à cette étude, une annonce sera diffusée par mail et sur les réseaux sociaux (Facebook).

Cette annonce permettra de :

- toucher un large public
- les ergothérapeutes qui auront reçus cette annonce pourront la transférer à leur contact ce qui augmentera la visibilité de l'enquête.

Les ergothérapeutes volontaires pourront contacter la chercheuse à l'adresse, mail fourni dans l'annonce. Après la sélection des candidats, elle contactera ces derniers, afin de définir à quel moment la recherche pourra être mis en place.

11.7. Choix de l'outil de recherche :

Afin d'affirmer ou d'infirmer un lien entre l'aménagement d'un établissement de santé par un ergothérapeute et la participation des personnes en situation de handicap, lors des évacuations de secours, deux mises en situation évaluées seront mises en oeuvre. Ces évaluations se feront sous la forme de questionnaires adaptés du Housing Enabler (p463)(9).

Le Housing Enabler est un instrument développé pour évaluer l'accessibilité d'un logement pour des personnes se trouvant en situation de handicap (p463)(9). Il est composé de trois parties, la 1^{ère} porte sur les composantes personnelles du bénéficiaire, qui permet de décrire les limitations de la personne, la 2nde s'intéresse à l'environnement extérieur du logement et la 3^{ème} traite de l'environnement intérieur, ces deux sessions ont pour but de d'évaluer les contraintes environnementales auxquelles est confronté l'individu. Ainsi, le questionnaire qui s'en inspire reprend exactement la 1^{ère} partie, ce qui permet de mieux appréhender les capacités et incapacités des bénéficiaires (capacités ou incapacités à descendre des escaliers, à pousser une porte). Les deux autres parties porteront également sur les environnements extérieur et intérieur, mais les questions seront adaptées aux caractéristiques d'un établissement de santé et centrées sur le matériel (par exemple les chaises d'évacuations) et les lieux (les zones de refuges) pouvant être utilisés lors des évacuations de secours

Ce questionnaire aura donc pour but de recueillir, auprès des bénéficiaires accueillis dans des établissements de santé, des données sur les facteurs physiques et environnementaux qui peuvent limiter voire rendre impossible leurs évacuations de secours, qu'ils soient seuls ou accompagnés.

Dans cette recherche il y aura donc :

- un questionnaire, destiné aux bénéficiaires accueillis dans des établissements de santé.
- un deuxième questionnaire, qui sera transmis aux ergothérapeutes participant aux mises en situation
- un troisième questionnaire qui sera rempli par un observateur extérieur (la chercheuse)

Ces questionnaires seront identiques. Ils sont composés de trois parties (Cf. annexe 10) :

- la première partie recueille les composantes personnelles des bénéficiaires (provenant du Housing Enabler)
- la deuxième partie recueille des informations concernant les facteurs environnementaux des établissements de santé (environnement extérieur, entrées, environnement intérieur, zones de refuge)
- la troisième partie a pour but de recueillir des informations sur les aides techniques spécifiques aux évacuations de secours se trouvant dans le service (si le service en possède).

En ce qui concerne la cotation, plus le score recueilli sera élevé, plus cela dénotera un problème d'accessibilité.

11.8. Déroulement de la recherche :

11.8.1. Test de faisabilité de la recherche :

Avant de transmettre la recherche via les réseaux sociaux et par mail, un test de faisabilité sera réalisé. Le protocole de recherche ainsi que le questionnaire sera envoyé à 3 ergothérapeutes répondant aux critères d'inclusion de la recherche. Leur participation ne sera pas prise en compte lors de la recherche, cependant leur avis permettra éventuellement de corriger le protocole et/ou au questionnaire afin qu'il(s) soi(en)t compris par les personnes qui prendront connaissance de la publication.

11.8.2. Mise en place de la recherche :

La recherche débutera dès la publication de l'annonce (sur Facebook) ou de l'envoi (par mail). Cette publication présentera le but de l'étude, quel protocole sera appliqué, les critères d'inclusion que les participants (professionnels et bénéficiaires) devront respecter. Cette annonce décrira également les mises en situation qui seront réalisées ainsi que les composantes clés de la recherche qui seront analysées et les outils d'évaluation utilisés. Les futurs participants seront informés du respect de leur anonymat sur les résultats obtenus et de leur droit d'interrompre leur partenariat à tout moment et ce sans justification.

Dans le protocole partagé avec les professionnels, il leur sera indiqué que deux mises en situation auront lieu. La 1^{ère} se déroulera cette année, dans un établissement de santé non aménagé par un ergothérapeute et auprès d'une population entrant dans les critères d'inclusion de la recherche (Cf. population et procédure mise en œuvre afin d'informer et de recueillir le consentement de ces personnes). Cette mise en situation durera 3 heures, auprès d'un groupe de 12 personnes maximum (10 bénéficiaires, 2 ergothérapeutes). Pendant la 1^{ère} heure, des consignes portant sur l'exercice d'évacuation de secours à venir seront données aux participants. Une fois les explications finies, ils pourront remplir la 1^{ère} partie de la grille d'évaluation (les composantes personnelles). Durant la 2^{ème} heure l'exercice d'évacuation de secours sera réalisé, les participants et les ergothérapeutes devront trouver des stratégies et des solutions afin d'évacuer l'établissement de santé si les conditions sont réunies. Dans le cas contraire ils devront trouver un endroit, de préférence accessible de l'extérieur par les secours,

où ils pourront se réfugier. Enfin durant la 3^{ème} heure, les participants (professionnels et bénéficiaires) rempliront la deuxième partie de la grille d'évaluation concernant les composantes environnementales.

Après l'analyse des données de cette 1^{ère} mise en situation, un entretien sera réalisé avec les ergothérapeutes, pour recueillir leur préconisations sur d'éventuels aménagements à apporter, et les comparer aux résultats du questionnaire, en vue d'élaborer de nouveaux axes d'amélioration si besoin. Cette démarche facilitera la préparation de la deuxième partie de la recherche, pour l'année suivante, dans le cas où des travaux devraient être effectués.

La 2^{ème} mise en situation sera donc réalisée après la mise en place d'aménagement par les deux ergothérapeutes. Ces aménagements concerneront l'environnement extérieur de l'établissement (entrées, rampe d'accès), ainsi que l'environnement intérieur (espaces communs, zones de refuge, escaliers). Cette mise en situation durera 3h30 auprès des mêmes bénéficiaires et professionnels que la fois précédente. Comme pour la 1^{ère} fois, la 1^{ère} heure sera dédiée aux explications concernant l'exercice. Les participants devront répondre à la 1^{ère} partie de la grille d'évaluation. L'exercice se déroulera lors de la 2^{ème} heure et c'est durant la 3^{ème} heure que la deuxième partie de la grille d'évaluation pourra être complétée. Les 30 dernières minutes seront consacrées à un temps d'échanges entre les professionnels et la chercheuse, afin de recueillir leur ressenti sur les changements intervenus éventuellement entre les deux mises en situation.

Un observateur extérieur (la chercheuse) sera présent lors de ces deux mises en situation, mais ne prendra pas part aux évacuations de secours.

Suite à ces exercices, une comparaison entre les deux mises en situation pourra être effectuée. Le but étant de confirmer ou d'infirmer que les modifications apportées à l'environnement par l'ergothérapeute favorisent ou pas la participation des personnes en situation de handicap lors des évacuations de secours.

11.8.3. Choix des outils de l'analyse des données :

La 1^{ère} partie de la recherche prendra fin une fois que la mise en situation se sera déroulée et que chaque partie du questionnaire aura été remplie par tous les acteurs (observateurs, bénéficiaires, ergothérapeutes).

Les résultats obtenus pourront alors être analysés en utilisant un tableur Excel©. Chaque question sera évaluée sur une échelle de 0 à 5. Plus les scores obtenus seront grands, plus il sera démontré un problème d'accessibilité.

Lors de la 2nde mise en situation, les résultats obtenus seront également analysés en utilisant un tableur Excel©. Ces résultats pourront être ensuite comparés à ceux obtenus lors de la 1^{ère} mise en situation.

12. Résultats

12.1. Analyse des résultats

Cette étude n'ayant pas pu être réalisée, aucun résultat n'a pu être recueilli. Cependant, à titre indicatif, il est possible de décrire comment les résultats auraient pu être recueillis et traités et quels scores auraient pu être obtenus.

Participants (ergothérapeute, bénéficiaire, observateur)	Score composantes personnelles	Score composantes environnementales	Lieu accessible ou non accessible
Participant 1			
Participant 2			
Participant 3			
...			

Tableau de recensement des résultats obtenus avant et après aménagement

Afin de vérifier si une corrélation existe entre la variable aménagement de l'environnement et la variable participation indépendante aux évacuations de secours, la corrélation de Pearson sera utilisée (59). En effet selon cette corrélation, si une variable est modifiée, l'autre variable le sera également.

Pour ce faire un test statistique T sera réalisé entre ces deux mises en situation. Cela permettra de signaler d'éventuelles différences statistiques.

Les résultats obtenus permettront alors de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse générale.

Si la moyenne du 1^{er} groupe (ayant réalisé les évacuations avant aménagement) est supérieure à la moyenne du 2^{ème} groupe (ayant réalisé les évacuations après aménagement) alors l'hypothèse H0 sera confirmée. Ce qui signifiera que l'évacuation des personnes en situation

de handicap, dans un établissement de santé, n'est pas facilitée malgré les travaux d'aménagement réalisés par des ergothérapeutes.

Dans le cas où la moyenne du 1^{er} groupe est égale à la moyenne du 2^{ème} groupe, l'hypothèse H1 ne pourra pas être confirmée. Ainsi l'aménagement de l'environnement par les ergothérapeutes ne permet pas de faciliter les évacuations de secours par des personnes en situations de handicap.

Enfin si la moyenne du 1^{er} groupe est inférieure à la moyenne du 2^{ème} groupe alors l'hypothèse H1 pourra être confirmée. Ce qui signifiera que l'aménagement de l'environnement par les ergothérapeutes facilite les évacuations de secours par des personnes en situation de handicap.

13. Discussion :

13.1. Interprétation des résultats :

Cette partie a pour but d'interpréter les données obtenues lors de la recherche. Or cette dernière n'a pas pu être mise en place. En effet cette enquête se déroule sur une période de deux ans, même si la 1^{ère} partie avait pu être réalisée, il aurait fallu attendre que la 2^{ème} partie soit effectuée pour pouvoir démontrer que l'aménagement de l'environnement par un ergothérapeute facilite ou non la participation de personnes en situation de handicap, lors des évacuations de secours.

Ainsi l'hypothèse H1 (la participation augmente avec l'aménagement de l'environnement par l'ergothérapeute), et l'hypothèse H0 (aucune différence de participation n'est à noter avec ou sans présence d'aménagement préconisé par l'ergothérapeute), ne pourront pas être vérifiés et donc validés.

Or si l'étude avait pu être mise en place sur ces 2 ans et que les résultats obtenus étaient positifs, cela aurait permis de valider l'hypothèse H1. Au contraire, si les résultats obtenus étaient négatifs, l'hypothèse H0 aurait été validée.

13.2. Critique du dispositif de recherche :

Le thème de cette recherche est peu présent voir totalement absent de littérature. Ainsi il a été difficile de trouver des articles traitant précisément de la participation des personnes en situation lors des évacuations de secours. Différents moteurs de recherches ont été utilisés et les recherches ont été effectuées en grande partie en anglais afin d'avoir accès à des bases de données internationales. Malgré cela les articles trouvés ne portaient que sur certaines parties de la thématique de recherche, à savoir des concepts traitants de la participation occupationnelle: MOH, PEO (20,51,53), des études portant sur l'impact que pouvaient avoir des personnes en situation de handicap lors des évacuations de secours, des articles décrivant les protocoles d'évacuation mis en place dans les établissements de santé et enfin des écrits portant sur les équipements pouvant être utilisés afin d'améliorer les évacuations des personnes en situation de handicap.

Au niveau de l'enquête exploratoire, le questionnaire a été envoyé uniquement à des ergothérapeutes. Il aurait pu être intéressant de recueillir également les réponses et point de vue des bénéficiaires, cela aurait permis d'avoir une vision plus globale de la réalité du terrain.

En ce qui concerne la seconde partie du mémoire portant sur la recherche : la deuxième enquête qui devait être menée se basait sur une méthode différentielle. N'ayant pas eu accès à une base de données recensant les ergothérapeutes exerçant dans des établissements de santé de catégorie 1 à 4, l'échantillon aurait dû être choisi selon la méthode de « convenance » ou de « commodité » (58). L'absence de randomisation de cet échantillon, ainsi que sa taille réduite (2 ergothérapeutes participants à l'étude) n'aurait pas permis d'obtenir des résultats représentatifs de la population mère.

13.3. Intérêts, limites et apports de la recherche dans la pratique de l'ergothérapie :

Ce mémoire s'intéresse à un sujet d'actualité, à savoir favoriser la participation des personnes en situation de handicap dans la société, en leur facilitant l'accès aux établissements publics notamment.

Ainsi si cette recherche, avait pu être mise en place elle aurait permis de répondre à la question : **l'aménagement des évacuations de secours par l'ergothérapeute, facilite-t-il la participation des personnes en situation de handicap lors des évacuations d'urgence ?** Une réponse positive aurait validé l'hypothèse selon laquelle l'aménagement de l'environnement

par un ergothérapeute facilite la participation des personnes en situation de handicap lors des évacuations de secours. Alors qu'une réponse négative, aurait démontré que l'aménagement de l'environnement n'influence pas la participation des personnes en situation de handicap lors des évacuations de secours.

Dans le cas où cette recherche aurait pu être menée, les résultats obtenus s'ils étaient positifs, auraient permis de développer des pistes de réflexion sur l'aménagement des établissements de santé en vue de favoriser la participation de tous les patients lors des évacuations de secours, et ainsi permettre aux personnes vulnérables d'évacuer en même temps que les autres bénéficiaires, les services et/ou établissements de santé. Cette recherche aurait mis également en valeur et en évidence cette compétence de l'ergothérapeute auprès des professionnels du bâtiment et favoriserait la mise en place de partenariats.

13.4. Transférabilité des connaissances acquises à la pratique de l'ergothérapie :

Différents modèles conceptuels ont été étudiés lors de ce mémoire. J'ai ainsi pu approfondir mes connaissances sur le MOH et le PEOP (22), (23), et découvrir de nouveaux modèles tels que : le modèle de pression environnementales (51), le modèle de compétence (20).

Si ma recherche avait pu être réalisée, j'aurais pu donc développer et transférer mes connaissances sur la compétence 5 du référentiel d'activités des ergothérapeutes, à savoir : réaliser et suivre des projets d'aménagement de l'environnement. En effet si cette étude permettait de répondre positivement à l'hypothèse H1, cela m'aurait permis d'analyser l'impact que peut avoir un aménagement de l'environnement par un ergothérapeute sur la participation des personnes en situation de handicap.

J'ai décidé de ne pas axer ce mémoire sur une seule situation de handicap pour mieux appréhender les différentes difficultés rencontrées par des personnes se trouvant dans des situations de handicap : moteurs, sensorielles, psychiques et/ou cognitives. Lors de mes recherches j'ai pu découvrir différentes aides techniques pouvant être utilisées lors des évacuations de secours et propres à chaque situation de handicap. L'acquisition de ces nouvelles connaissances me sera certainement profitable, lors de mes recherches ou dans l'élaboration de nouveaux protocoles au cours de ma future pratique professionnelle.

13.5. Perspective et ouverture de recherche :

Le protocole de recherche n'ayant pas pu être mis en place, il serait intéressant de le réaliser. En effet, il permettrait de répondre à la question de recherche : **l'aménagement des évacuations de secours par l'ergothérapeute, facilite-t-il la participation des personnes en situation de handicap lors des évacuations d'urgence ?** Il pourrait ainsi valider ou invalider l'hypothèse selon laquelle l'aménagement de l'environnement par un ergothérapeute facilite la participation des personnes en situation de handicap lors des évacuations de secours.

Il conviendrait également de compléter cette recherche, par des entretiens réalisés auprès de personnes en situation de handicap (qui n'auraient pas participé à la recherche) et portant sur leur vécu lors des évacuations des établissements de santé. Cette démarche viendrait parachever et/ou appuyer les résultats obtenus lors de l'étude.

Si les résultats obtenus lors des mises en situations ont positifs, l'hypothèse H1 pourrait être validée, ce qui démontrerait une corrélation entre l'aménagement des évacuations de secours par l'ergothérapeute et une participation occupationnelle facilitée pour les personnes en situation de handicap.

Afin d'obtenir des résultats plus représentatifs de la population mère, de nouvelles mises en situation pourraient être réalisées dans différents établissements de santé et sur tout le territoire de la France métropolitaine. Ainsi si l'hypothèse H1 est validée lors de la majorité de ces mises en situation, il serait intéressant de déterminer si les établissements de santé effectueront des travaux d'aménagement afin de favoriser la participation des personnes en situation de handicap lors des évacuations de secours. Par conséquent, les questions suivantes peuvent être posées d'un point de vue politique et législatif : dans quelles mesures ces établissements de santé auront pour obligation d'aménager ou de réaménager leur environnement pour permettre la participation des personnes en situation de handicap lors des évacuations de secours ? Quelle place pourra occuper l'ergothérapeute si un projet d'aménagement doit avoir lieu ?

Bibliographie :

1. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées [Internet]. [cité 19 mai 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf_frame.do
2. Systems eZ. Objectifs de la loi du 11 février 2005 - Accessibilité aux personnes handicapées - Office de tourisme Paris [Internet]. pro.parisinfo.com. [cité 19 mai 2020]. Disponible sur: <https://pro.parisinfo.com/reglementations-et-qualite/accessibilite-aux-personnes-handicapees/la-loi-du-11-fevrier-2005/objectifs-de-la-loi-du-11-fevrier-2005>
3. Quel ERP êtes-vous? (Etablissement Recevant du Public) - Handinorme - Handinorme [Internet]. [cité 3 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.handinorme.com/accessibilite-handicap/9-quel-erp-etes-vous-etablissement-recevant-du-public-handinorme>
4. Wispelaere D. Disability-Studies. :11.
5. UE 3.1 S1 = les sciences de l'occupation [Internet]. Issuu. [cité 9 juin 2020]. Disponible sur: https://issuu.com/chlaval/docs/2018_science_de_l_occupation_et_erg
6. Jasmin E. Société, culture et occupation. :41.
7. Définition du handicap – La grille AGGIR – Handicap Info [Internet]. [cité 8 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.handicap-info.fr/definition-du-handicap/>
8. Convention relative aux droits des personnes handicapées et Protocole facultatif convoptprot-f.pdf [Internet]. [cité 8 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>
9. TROUVE/ANFE E. Agir sur l'environnement pour permettre les activités. deboeck supérieur. France; 2016. (ANFE).
10. Groupement prévention du SDIS 85. L'EVACUATION DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP. :10.
11. Santé M des S et de la. Politique en faveur des personnes handicapées [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 9 juin 2020]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-handicap/article/politique-en-faveur-des-personnes-handicapees>
12. portfolio-annexe-vi-ergo-version-finale.pdf [Internet]. [cité 9 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.sifef.fr/wp-content/uploads/2014/05/portfolio-annexe-vi-ergo-version-finale.pdf>
13. Therapists WF of O. Occupational Therapy in Disaster Preparedness and Response... [Internet]. WFOT. WFOT; 2020 [cité 10 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.wfot.org/resources/occupational-therapy-in-disaster-preparedness-and-response-dp-r>
14. The Role of Occupational Therapy in Disaster Preparedness, Response, and Recovery. Am J Occup Ther. 1 nov 2006;60(6):642-9.

15. ANFE_Stratégie Horizon 2022.pdf [Internet]. [cité 10 juin 2020]. Disponible sur: https://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/ANFE_Strat%C3%A9gie%20Horizon%202022.pdf
16. Lid IM, Solvang PK. (Dis)ability and the experience of accessibility in the urban environment. *Alter*. 1 avr 2016;10(2):181-94.
17. Hammel J, Magasi S, Heinemann A, Gray DB, Stark S, Kisala P, et al. Environmental Barriers and Supports to Everyday Participation: A Qualitative Insider Perspective From People With Disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1 avr 2015;96(4):578-88.
18. Iwarsson S, Fänge A, Hovbrandt P, Carlsson G, Jarbe I, Wijk U. Occupational Therapy targeting Physical Environmental Barriers in Buildings with Public Facilities. *British Journal of Occupational Therapy*. janv 2004;67(1):29-38.
19. Letts L, Law M, Rigby P, Cooper B, Stewart D, Strong S. Person–Environment Assessments in Occupational Therapy. *Am J Occup Ther*. 1 juill 1994;48(7):608-18.
20. Morel-Bracq M-C. Les modèles conceptuels en ergothérapie. Vol. Deuxième édition. deboeck supérieur;
21. Blomqvist M. The concept of environment according to occupational therapy - an architectural point of view. :9.
22. Morel-Bracq M-C. Modèles conceptuels en ergothérapie: Introduction aux concepts fondamentaux. De Boeck Supérieur; 2009. 176 p.
23. Margot-Cattin I. Le modèle Personne - Environnement - Occupation - Performance (PEOP). In 2017.
24. Layton NA, Steel EJ. “An Environment Built to Include Rather than Exclude Me”: Creating Inclusive Environments for Human Well-Being. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. sept 2015;12(9):11146-62.
25. Law M. The Environment: A Focus for Occupational Therapy. *Can J Occup Ther*. 1 oct 1991;58(4):171-9.
26. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute.
27. Ménard L. L'urbanisme, un nouveau champ d'action de l'ergothérapeute ? *Ergothérapies*. 30 juill 2020;78:69-76.
28. Tekin E, Bayramoglu A, Uzkeser M, Cakir Z. Evacuation of Hospitals during Disaster, Establishment of a Field Hospital, and Communication. *Eurasian J Med*. juin 2017;49(2):137-41.
29. Wabo N, Ortenwall P, Khorram-Manesh A. Hospital evacuation; planning, assessment, performance and evaluation. *Journal of Acute Disease*. 31 déc 2012;1:58-64.

30. Becerra LA. AN EVALUATION OF AN INTERACTIVE COMPUTERIZED TRAINING TO TEACH INSTRUCTORS HOW TO RESPOND DURING AN ACTIVE SHOOTER SITUATION. :120.
31. Manley MT. Exitus: An Agent-Based Evacuation Simulation Model For Heterogeneous Populations. :126.
32. Koo J, Kim YS, Kim B-I. Estimating the impact of residents with disabilities on the evacuation in a high-rise building: A simulation study. *Simulation Modelling Practice and Theory*. 1 mai 2012;24:71-83.
33. Koo J, Kim YS, Kim B-I, Christensen KM. A comparative study of evacuation strategies for people with disabilities in high-rise building evacuation. *Expert Systems with Applications*. 1 févr 2013;40(2):408-17.
34. Sano T, Omiya Y, Hagiwara I. Evacuation from High-rise Buildings by Using an Evacuation Chair. :8.
35. Styliidi M, Tavoulari A, Zeza M, Katsoulis P, Pasparaki V. A School Evacuation Plan after Earthquake for Blind, MDVI and Deaf- Blind Students - Universal Design of Wayfinding and Cognitive Maps Using Multi- Sensory Signs. 2015;9.
36. Adini B, Laor D, Cohen R, Israeli A. Decision to evacuate a hospital during an emergency: The safe way or the leader's way? *Journal of public health policy*. 9 févr 2012;33:257-68.
37. Gerber DBJ, Norwood DF, Zakour DM. Disasters, Evacuations and Persons with Disabilities. :158.
38. Zou B, Lu C, Li Y. Simulation of a hospital evacuation including wheelchairs based on modified cellular automata. *Simulation Modelling Practice and Theory*. 1 févr 2020;99:102018.
39. Styliidi M, Tavoulari A, Zeza M, Katsoulis P, Pasparaki V. A School Evacuation Plan after Earthquake for Blind, MDVI and Deaf- Blind Students - Universal Design of Wayfinding and Cognitive Maps Using Multi- Sensory Signs. 2015;9.
40. Soraya KOMPANY, Daniel BRIAND. CONCEPTION UNIVERSELLE ET ACCESSIBILITE POUR TOUS A L'HOPITAL. *Atelier7_KOMPANY_3.pdf* [Internet]. [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: https://www.journees-ihf.com/Media/archives/ihf-2011/Atelier_FR/Atelier7_KOMPANY_3.pdf
41. Boyce K. Safe evacuation for all - Fact or Fantasy? Past experiences, current understanding and future challenges. *Fire Safety Journal*. 1 juill 2017;91:28-40.
42. Koo J, Kim B-I, Kim YS. Estimating the effects of mental disorientation and physical fatigue in a semi-panic evacuation. *Expert Systems with Applications*. 1 avr 2014;41(5):2379-90.
43. Christensen KM, Collins SD, Holt JM, Phillips CN. The Relationship Between the Design of the Built Environment and the Ability to Egress of Individuals with Disabilities. *Review of Disability Studies: An International Journal* [Internet]. 2006 [cité 19 mai 2020];2(3). Disponible sur: <https://www.rdsjournal.org/index.php/journal/article/view/334>

44. Letts L, Law M, Rigby P, Cooper B, Stewart D, Strong S. Person-Environment Assessments in Occupational Therapy. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*. 1 août 1994;48:608-18.
45. Pan American Health Organization, Pan American Sanitary Bureau. Development and strengthening of local health systems in the transformation of national health systems: social participation. Washington, D.C.: Pan American Health Organization, Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the World Health Organization; 1990.
46. Letts L, Law M, Rigby P, Cooper B, Stewart D, Strong S. Person-Environment Assessments in Occupational Therapy. *Am J Occup Ther*. 1 juill 1994;48(7):608-18.
47. Adini B, Laor D, Cohen R, Israeli A. Decision to evacuate a hospital during an emergency: The safe way or the leader's way? *Journal of public health policy*. 9 févr 2012;33:257-68.
48. Augustine J, Schoettmer JT. Evacuation of a Rural Community Hospital: Lessons Learned From an Unplanned Event. *Disaster Management & Response*. 1 juill 2005;3(3):68-72.
49. TROUVE E. Agir sur l'environnement pour permettre les activités. *deboeck supérieur*. France; 2016. (ANFE).
50. Charras K, Depeau S, Wiss M, Lebihain L, Brizard Y, Bronsard G. Childhood and adolescence in context: Inhibiting and facilitating environmental variables of cognitive and behavioural disorders. *Pratiques Psychologiques - PRAT PSYCHOL*. 1 déc 2012;18:353-72.
51. MORESTIN F, FREUND R-J, ALBANSE J-B, LEVSQUE C, CHAPON P-M, LEGRIS-PAGES J, et al. Agir sur l'environnement pour permettre les activités. *deboeck supérieur*. France; 2016. 643 p. (TROUVE E. ANFE).
52. Diplôme d'état d'ergothérapeute : référentiel d'activités. *annexe_I.pdf* [Internet]. [cité 8 nov 2020]. Disponible sur: http://www.adere-paris.fr/PDF/annexe_I.pdf
53. Marrière S, Lachenal-Mokhtari F. Avec le MOH, « j'ergonne » toujours ! Ou comment les approches psychodynamique et en science de l'occupation peuvent s'enrichir. *Ergothérapies*. 22 mai 2020;77:57-65.
54. Accessibilité universelle - Secrétariat d'État auprès du Premier ministre chargé des Personnes handicapées [Internet]. [cité 14 nov 2020]. Disponible sur: <https://handicap.gouv.fr/vivre-avec-un-handicap/accéder-se-déplacer/article/accessibilite-universelle>
55. MEYER S. Les lieux du « faire » : l'environnement, le contexte et le setting. In: *De l'activité à la participation*. 1er édition. DeBoeck Supérieur; 2013. p. 177-91. (ANFE).
56. Sandrine J. INITIATION À LA DÉMARCHE DE RECHERCHE. :37.
57. Les types de variables [Internet]. Alloprof. [cité 4 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.alloprof.qc.ca/fr/eleves/bv/mathematiques/les-types-de-variables-m1108>

58. MODULE 3 : Comment construire un échantillon ? mod3-cap2.pdf [Internet]. [cité 4 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.fun-mooc.fr/asset-v1:grenoblealpes+92001+session01+type@asset+block/mod3-cap2.pdf>
59. Une comparaison des méthodes de corrélation de Pearson et de Spearman [Internet]. [cité 28 mars 2021]. Disponible sur: <https://support.minitab.com/fr-fr/minitab/18/help-and-how-to/statistics/basic-statistics/supporting-topics/correlation-and-covariance/a-comparison-of-the-pearson-and-spearman-correlation-methods/>
60. Den Fit optimieren – Person Environment Occupation (PEO) Model - Ergotherapie - Georg Thieme Verlag [Internet]. Thieme. [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.thieme.de/de/ergotherapie/fit-optimieren-person-environment-occupation-model-143752.htm>
61. student OMs. PEOP model [Internet]. Lifelong Learning with OT. [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: <https://lifelonglearningwithot.wordpress.com/tag/peop-model/>
62. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information. Les fiches en lignes de la lettre du CEDIP. Fiche n° 62 Avril 2014 [Internet]. [cité 5 avr 2021]. Disponible sur: http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf

Annexes :

14. Annexe 1 : Articles de la revue de littérature :

Sources	Thème/ objet traité	Méthode utilisée	Population	Approche théorique privilégiée	Champ(s) disciplinaire(s) d'étude	Principaux résultats	Question(s)/ dimension(s) non abordée(s)
Science Direct : (Dis)ability and the experience of accessibility in the urban environment. Alter. 1 avr 2016 (16)	Développer les connaissances sur les barrières créées par l'environnement sur la participation des personnes en situation de handicap.	Étude observationnelle Étude comparative	Adulte se déplaçant en fauteuil roulant, avec des cannes anglaises Adulte malvoyant ou atteint de cécité et se déplaçant avec des cannes ou des chiens guide		Santé publique, conception universelle	Les personnes interrogées se retrouvent en difficultés pour participer à la vie en société car leur environnement est difficilement voir inaccessible. Ces difficultés d'accessibilité les pousse dans certains cas à limiter leur sortie, ou à prendre des risques (rouler sur la route en FR).	Personne présentant des troubles cognitif et/ou psychique Personne présentant des pathologies neurologique Taille de la population et méthode d'échantillonnage ne permettant pas

							d'avoir des résultats représentatif de la population
Science Direct : Environmental Barriers and Supports to Everyday Participation: A Qualitative Insider Perspective From People With Disabilities (17)	Décrire dans huit environnements différents, les facteurs environnementaux qui influencent la participation de personnes en situation de handicap.	Étude qualitative Étude comparative Interviews	Adulte présentant des incapacités suite à des pathologies neurologique (AVC, rupture de la moelle épinière, traumatisme crânien...)		Santé publique, accessibilité, politique	L'évaluation des résultats a permis de montrer que des interventions aux niveau environnementale, et politique étaient nécessaires afin de cibler les obstacles environnementaux qui peuvent entraîner des disparités de participation sociétale.	Personne de déplaçant en fauteuil roulant ou avec des cannes Personne malvoyante ou atteinte de cécité Personne présentant des troubles cognitif et/ou psychique Taille de la population et

							méthode d'échantillonnage ne permettant pas d'avoir des résultats représentatif de la population
ResearchGate: Occupational Therapy targeting Physical Environmental Barriers in Buildings with Public Facilities (18)	L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact d'une intervention ergothérapique ayant pour but d'accroître l'accessibilité (physique) des ERP dans un centre-ville suédois et d'évaluer les attitudes et	Enquête de terrain Interviews	Adulte en fauteuil roulant	Établir les freins à la participation des personnes en situation de handicap	Santé publique, politique, accessibilité	Avant la mise en place de l'étude, des observations des barrières environnementales ont été effectuées dans cinq bâtiments. 18 mois après le passage de l'ergothérapeute une visite a été de nouveau organisée et a été complétée par des entretiens semi-structurés avec les propriétaires des installations lors du suivi. Des barrières environnementales ont été	Personne présentant des pathologies neurologique Personne malvoyante ou atteinte de cécité Personne présentant des troubles cognitif et/ou psychique

	connaissances des propriétaires quant au concept d'accessibilité.					trouvées dans les cinq installations, seules des améliorations mineures ont été identifiées. Certains propriétaires avaient eu recours aux conseils d'ergothérapeute, mais les résultats ont également révélé une connaissance limitée ou des attitudes négatives à l'égard des mesures d'accessibilité. L'ergothérapie, telle que décrite dans cette étude, ne peut influencer la situation que dans une mesure limitée.	Taille de la population et méthode d'échantillonnage ne permettant pas d'avoir des résultats représentatif de la population
ResearchGate : Person- Environment Assessments in Occupational Therapy	Les modèles d'adéquation personne-environnement fournissent un contexte théorique	Recherche et analyse de données			Ergothérapie	Le développement d'outil ayant pour but d'évaluer l'accessibilité de l'environnement permet aux ergothérapeute d'approfondir leur compétence dans le domaine de l'accessibilité	

(19)	dans lequel les ergothérapeutes peuvent considérer l'influence de l'environnement sur la fonction. Le défi pour les ergothérapeutes est de sélectionner des évaluations qui intègrent les concepts d'adéquation entre la personne et l'environnement.						
Semantic scholar : The concept of environment according to	Cette étude a pour but de faire le lien entre les concepts environnementaux utilisés en	Étude comparative	Ergothérapeute et architecte	Comparer la pratique ergothérapique à l'architecture	Architecture, ergothérapie	Les concepts d'environnement en ergothérapie ont un potentiel de concordance avec les concepts utilisés dans la pensée architecturale. L'article conclut	

occupational therapy - an architectural point of view (21)	ergothérapie et ceux qui sont utilisés par les architectes.					que même si les approches peuvent se chevaucher, la différence provient des foyers radicalement différents des deux disciplines. L'ergothérapie se concentre sur la personne, tandis que l'architecture se concentre sur l'environnement bâti.	
ResearchGate “An Environment Built to Include Rather than Exclude Me”: Creating Inclusive Environments for Human Well-Being (24)	Cet article a pour but de présenter une analyse approfondie des soutiens et accommodements identifiés par des personnes en situation de handicap.	Étude qualitative Étude observationnelle	Adulte en situation de handicap		Santé publique, politique	Cet article démontre que l’environnement peut être une barrière à l’inclusion des personnes en situation de handicap dans la société. En effet ces personnes se retrouvent marginalisées en raison de leurs incapacités. Cependant si l’environnement était adapté à leur besoin, ces personnes ne se retrouveraient plus en position d’incapacité. Ainsi pour favoriser une société plus	

						inclusive d'un point de vue environnemental, il est important que les représentations individuelles et gouvernementales du handicap évoluent.	
SAGE Journals: The Environment: A Focus for Occupational Therapy (25)	Les personnes en situation de handicap au Canada sont confrontées à des contraintes environnementales qui limitent leur participation active à la vie en communauté. Ces inégalités continuent d'exister et il est nécessaire de	Recherche et analyse de données		Définir la pratique ergothérapique dans le domaine de l'aménagement	Santé publique, ergothérapie, environnement	Cet article a permis de définir les concepts d'occupation et d'environnement en ergothérapie. L'objectif de cette étude était de définir de nouvelles méthodes de valorisation de l'occupation, basées sur les envies des personnes en situation de handicap de participer de façon active à la vie en société. Cette étude montre également que ces changements ne se produiront pas facilement ou sans conflit.	

	déployer des efforts pour limiter ces environnements handicapants. L'intention de cette étude est donc de définir des méthodes pour changer les environnements, en fonction des désirs et de la participation active des personnes en situation de handicap.						
ANFE : L'urbanisme, un nouveau	Le but de cette recherche est de déterminer	Enquête de terrain	Ergothérapeute Urbaniste	Déterminer l'impact que peut avoir une	Aménagement, Urbanisme, ergothérapie	Bien que les urbanistes et les ergothérapeutes présentent des compétences dans le domaines	Adulte présentant des troubles au niveau de

champ d'action de l'ergothérapeute ? (27)	comment l'ergothérapeute en collaboration avec un urbaniste, peut intervenir dans des projets d'aménagement.	Étude qualitative	Personne en situation de handicap : moteur, visuel	collaboration entre des ergothérapeutes et des urbanistes		de l'aménagement, il en ressort que leurs pratiques divergent. Des partenariats entre ces deux corps de métiers, permettraient un enrichissement mutuel de ces deux professions.	l'audition, des troubles cognitifs et/ou cognitifs.
Semantic scholar : An evaluation of an interactive computerized training to teach instructors how to respond during an active shooter situation (28)	Formation des professeurs d'élèves atteints de troubles du spectre autistique lors d'une attaque terroriste.	Étude quantitative Étude transversale	Personnes valides Personnes atteintes de TSA	La place et le rôle de l'aidant auprès des personnes atteintes de TSA, lors d'une fusillade Mise en place de zone de refuge sûre, si sortir du	Santé publique, Environnement	Une fusillade est un événement stressant et angoissant. Encore plus pour les personnes atteintes de TSA ² . Il est donc primordial qu'une personne en qui ils ont confiance, les rassure et les aide à évacuer.	Patient avec déficit auditif, visuels et déficit de marche Personnes utilisant des FR Séismes incendie

² TSA : Trouble du Spectre Autistique

				bâtiment est impossible			
ResearchGate : Exitus: An Agent-Based Evacuation Simulation Model For Heterogeneous Populations (29)	L'évacuation de trois ERP ³ (un immeuble, un aéroport et un stade) par des personnes se trouvant dans différentes situations de handicap (en fauteuil roulant, présentant des limitations à la marche, des troubles auditifs, et des troubles de la vision).	Étude quantitative Étude comparative	Personne en FR Personne en déficit de marche Personnes malvoyantes		Santé publique, Environnement	Mettre en avant les difficultés rencontrées par des personnes se trouvant dans différentes situations de handicap (en fauteuil roulant, présentant des limitations à la marche, des troubles auditifs, et des troubles de la vision), lors de l'évacuation d'un immeuble en cas d'incendie, d'un aéroport, en cas d'attaque terroriste et d'un stade, en cas d'attaque terroriste	Troubles cognitifs, troubles du comportement, Patient avec déficit auditif Séismes

³ ERP : établissements recevant du public

ScienceDirect : Estimating the impact of residents with disabilities on the evacuation in a high-rise building: A simulation study (30)	Mise en place de trois stratégies d'évacuations des personnes en situation de handicap en cas d'incendie. La 1ère stratégie : placer les personnes en situation de handicap dans des « zone de refuge » 2ème stratégie : faire évacuer les personnes en situations de handicap par les ascenseurs La 3ème stratégie : aide humaine pour	Étude quantitative Étude comparative	Patient en FR Déficit visuels Personne en déficit de marche Personne en bonne santé		Santé publique, Environnement Sécurité	Dans le cas où les FR doivent emprunter les escaliers, le temps d'évacuation générale est augmenté. Si les FR prennent les ascenseurs l'évacuation générale est plus rapide. Dans le cas où les personnes en FR doivent se réfugier dans les refuges, la situation est mieux vécue s'ils sont accompagnés d'un aidant.	Troubles cognitifs, troubles du comportement, Patient avec déficit auditif, déficit visuel Séismes Attentas
--	--	---	--	--	--	--	--

	évacuer le bâtiment en toute sécurité, en utilisant ou non des aides techniques.						
ScienceDirect : A comparative study of evacuation strategies for people with disabilities in high-rise building evacuation (31)	Cette étude porte sur l'évacuation d'un immeuble par des personnes en situation de handicap en utilisant un ascenseur.	Étude quantitative Étude transversale	Patient en FR Déficit visuels Déficit auditifs Personne en déficit de marche Personne en bonne santé		Santé publique, Environnement Sécurité, égalité	Evacuation d'un immeuble selon 3 approches : Tout le monde évacue en même temps par les escaliers. Les personnes en FR sont évacuées en dernière. Les personnes en FR utilise l'ascenseur pour être évacuer et les personnes valides les escaliers. Montre les avantages d'utiliser des ascenseurs pour les FR = gain de temps	

						Impact de plusieurs ascenseurs sur le temps d'évacuation : plus rapide.	
Semantic scholar : Evacuation from High-rise Buildings by Using an Evacuation Chair (32)	Cet article traite de l'évacuation de personnes en situation de handicap (fauteuil roulant) en utilisant une chaise d'évacuation, afin de descendre les escaliers.	Étude quantitative Étude transversale	Personne en bonne santé Personne utilisant des FR		Santé publique, Environnement Sécurité, égalité	Evacuation d'un immeuble en utilisant des chaises d'évacuations pour les personnes en FR. Deux groupes sont comparés. L'un des groupes s'est entraîné avec les chaises d'évacuation avant la simulation. L'autre groupe utilise les chaises d'évacuation lors de la simulation. Le 1 ^{er} groupe évacue plus vite que le second, ce qui montre que la formation des aidants est primordiale afin d'évacuer rapidement surement un ERP.	Patient avec déficit visuel, auditif et déficits de marche Troubles cognitifs, troubles du comportement Séismes Attentats
ResearchGate :	Moyens d'évacuations mis	Étude quantitative	Enfants malvoyants		Santé publique,	Évacuation d'une école lors d'un tremblement de terre en utilisant	Patient avec déficit auditif et

A School Evacuation Plan after Earthquake for Blind, MDVI and Deaf- Blind Students - Universal Design of Wayfinding and Cognitive Maps Using Multi-Sensory Signs (33)	en place auprès d'enfants (malvoyants, atteint de cécité et/ou de surdité et de cécité), en prévision d'un tremblement de terre.	Étude comparative	Enfants atteints de cécités Enfants sourds et aveugles		Environnement	différentes aides techniques faisant appel au sens (cartes mentales en relief, marquages au sol fluorescents, vaporisateur de parfum)	déficits de marche Personnes utilisant des FR Troubles cognitifs, troubles du comportement Séismes Attentats
ResearchGate : Decision to evacuate a hospital during an emergency: The safe way or	L'évacuation des hôpitaux arrivent fréquemment. Cette étude a pour but de décrire les protocoles mis en	Enquête de terrain Étude qualitative	Personne en situation de handicap Personne malade	Étudier l'impact des évacuations sur les malades, famille et personnel soignant et	Santé, politique	L'évacuation d'un hopital n'est pas un événement anodin. En effet il faut définir l'impact que cette évacuation va avoir au niveau des patients, du personnel et des familles. De plus, la décision d'évacuer ou non un	

the leader's way? (34)	place dans ce genre de situation.		Personnel soignant	déterminer les protocoles à mettre en place		hopital concerne tous les professionnels qui y travaillent. En effet il important que chacun sache le rôle qui doit être le sien dans ce genre d'évènement.	
ResearchGate : Disasters, Evacuations and Persons with Disabilities (35)	Cette étude s'intéresse aux moyens qui vont être mis en place afin d'aider les personnes en situation de handicap lors des évacuations de secours.	Recherche et analyse des données	Personne en situation de handicap : adulte et enfant		Santé publique, accessibilité	Afin que les personnes en situation de handicap puissent participer aux évacuations de secours, il est primordial que les gouvernements prennent conscience que les personnes vulnérables ne constituent pas un groupe homogène, mais représentent plusieurs sous-groupes. Ainsi il faut que chaque sous-groupes puisse bénéficier d'environnement et d'aide adapté à ses besoins.	
PubMed : Evacuation of Hospitals	Présentation des protocoles à mettre en place	Étude qualitative	Personne en situation de handicap		Santé	Lors de l'évacuation d'un établissement de santé, le personnel soignant doit se tenir	

during Disaster, Establishment of a Field Hospital, and Communication (36)	lors de l'évacuation d'un hopital.		Personne malade Personnel soignant			prêt à évacuer les patients. Pour cela la communication entre les équipes, les services et entre les professionnels et les patients doit être mise en place.	
ScienceDirect : Simulation of a hospital evacuation including wheelchairs based on modified cellular automata - (37)	L'évacuation des fauteuils roulants, en cas d'incendie dans un hôpital.	Étude quantitative Étude comparative	Patient en FR Patient sans FR Personne en bonne santé	Évacuation d'un hôpital selon deux situation : - FR priorité - FR sans priorité	Santé publique, Environnement	Montre les avantages de laisser la priorité au plus vulnérables. En séparant les FR, des autres, par loi de l'évitement, on gagne plus de temps <i>« Le plus lent est le plus rapide »</i>	Patient avec déficit visuel, auditif et déficits de marche Troubles cognitifs, troubles du comportement Séismes Attentats
ResearchGate : The Relationship Between the	Cette étude s'intéresse à la façon dont l'environnement	Recherche et analyse de données	Personne en situation de handicap		Architecture, santé publique	Le constat de cette étude démontre que la littérature s'intéresse majoritairement à l'impact des incapacités des	

Design of the Built Environment and the Ability to Egress of Individuals with Disabilities (42)	bâti peut être facilitateur ou obstacle pour les personnes vulnérables en cas de crise.					personnes en situation de handicap sur leurs évacuations de secours et très peu d'études s'intéressent à l'impact que va avoir l'environnement sur leurs évacuations de secours.	
ResearchGate : Hospital evacuation; planning, assessment, performance and evaluation (44)	L'objectif de la recherche est d'évaluer dans quel cas et par quel moyen les hôpitaux sont évacués. Et quels protocoles peuvent être proposés afin de mieux planifier ces évacuations.	Étude comparative Étude quantitative	Personne en situation de handicap Personne malade Personnel soignant		Santé, santé publique, politique	Lors des évacuations d'urgence, les hôpitaux sont vulnérables. Et pourtant les exercices d'évacuation sont encore trop peu nombreux. Ainsi afin de mettre en place des plans d'évacuations plus efficace, des mises en situation plus fréquentes doivent être programmées. De plus la communication entre les équipes et avec les patients doit également être développée.	

15. Annexe 2 : équation de recherche :

Total à partir de mots clés	Base de données	Sélection selon le texte	Sélection selon le résumé	Sélection selon le titre	Articles retenus
	Science direct : Participation and environnemental barriers	6	5	7	1
	ResearchGate : Participation and environnemental barriers	3	5	5	1
	Science direct : Hospital and evacuation	2	2	4	1
	ResearchGate : Hospital an evacuation	12	6	6	2
	Sage Journal : Occupationnel Therapy and environnement	1	1	3	1
	ANFE : Ergothérapie et environnement	1	1	1	1
	ResearchGate : Evacuation of people with deficient	5	6	6	3
	Semantic scholar :	1	3	3	1

	Evacuation wheelchair				
	Science direct : Environment and people with disabilities	5	4	5	2
	ResearchGate : Environment and people with disabilities	3	5	5	1
	Pubmed : Hospital and evacuation	2	5	7	1
	Science direct : Evacuation of people with deficiencies	4	2	5	2
	Semantic scholar : Architecture and Occupational Therapy	2	3	6	1
	ResearchGate : Occupational Therapy's Role in Disaster Relief	2	4	7	2

16. Annexe 3 : anticipation des biais et stratégies pour les contrôler :

Biais	Effet	Stratégies
Biais méthodologique	Formulation des questions trop vagues ou trop complexes Répétitions des questions Trop de questions	Poser des questions courtes, simples, précises, neutres Limiter le nombre de questions, afin que le temps de réponses soit de 20 min maximum (pour ne pas lasser la personne qui y répond).
Biais de désirabilité sociale	Volonté de ne montrer qu'une facette positive, risque de biaiser les réponses	Rassurer l'anonymat des réponses
Tendance à l'acquiescement	Les individus peuvent avoir tendance à cocher la réponse oui plutôt que la non, afin d'éviter de rentrer en opposition.	Il faut formuler des questions proposant deux choix de réponse afin d'éviter l'utilisation du oui et du non.
Tendance à la « triche »	Certains participants répondront par des choix non valides, pour gagner du temps, ou éviter de répondre à des questions qui leur semblent trop intrusives.	Diminuer le nombre de questions Éviter de poser des questions pouvant être perçue comme trop personnelles

Biais d'autocomplaisance	Les individus peuvent avoir tendance à attribuer leur réussite à leur cause interne, et leurs échecs à des causes externes	Demander de formuler les causes externes de réussites et les causes internes d'échecs
Biais d'interprétation des résultats	Lorsque les participants répondent aux questions ouvertes par un mot, il peut arriver que la chercheuse interprète les résultats	Spécifier dans la consigne que pour une analyse juste des résultats, il est préférable que les participants répondent à la question au moyen d'une phrase Remettre la réponse dans son contexte

17. Annexe 4 : Présentation du questionnaire de l'enquête exploratoire :

Explication de la légende : Certaines questions proposent des réponses positives ou négatives. Selon la réponse du participant des thèmes de questions sont abordés et d'autres non. Ainsi afin de faciliter la lecture et la compréhension du lectorat, des liens ont été ajoutés, afin de montrer vers quelle(s) question(s) l'interrogé était dirigé selon sa réponse.

MEMOIRE DE FIN D'ANNEE



Bonjour,

Je me présente, Roshane BOBAT. Je suis étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie à la faculté d'Aix-Marseille-Université.

Dans le cadre de mon cursus, je réalise un mémoire de fin d'études. Mes recherches portent sur les aménagements ainsi que sur l'accessibilité lors des évacuations de secours des établissements de santé, en vue de promouvoir la participation des personnes en situation de handicap.

Ce questionnaire a pour but de recueillir auprès d'ergothérapeutes exerçant dans des établissements de santé, des données sur les mesures existant déjà dans leurs milieux professionnels, et sur celles qui pourraient être mises en place dans le futur.

Je vous serais reconnaissante de participer à mon enquête. Toutes les données recueillies resteront confidentielles et votre anonymat sera respecté.

Durée : Environ 15 min

Date de retour : 23/10/2020

Accord de confidentialité



Toutes les données recueillies par ce présent questionnaire, seront traitées de façon anonyme et confidentielle.

Acceptez-vous de participer à l'enquête. *

☐

Oui

☐

Non

A titre individuel :



Ce questionnaire a pour visé les ergothérapeutes exerçant (à plein temps ou à mi-temps) dans des établissements de santé :

Exercez-vous (à plein temps ou à mi-temps) dans un/des établissement(s) de santé ? *

☐ Oui

☐ Non

A titre individuel :



Ces questions ont pour but d'établir votre profil et d'introduire le reste de l'enquête

Quel âge avez-vous ? *

Réponse courte

En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ? *

Réponse courte

Dans quel(s) type(s) d'établissement(s) exercez-vous ? *

Réponse courte

Auprès de quels bénéficiaires (patients, résidents, clients) exercez-vous ? *

Cette réponse à pour but de déterminer si vos patients sont indépendants et/ou autonomes ou totalement dépendants.

- ☐ Enfants polyhandicapés
- ☐ Adultes polyhandicapés
- ☐ Neurologie pédiatrique
- ☐ Neurologie adulte
- ☐ Malades ayant subi un AVC
- ☐ Patients présentant une déficience visuelle
- ☐ Patients présentant une déficience auditive
- ☐ Personnes à mobilité réduite
- ☐ Malades atteint de la maladie d'Alzheimer ou des maladies apparentées
- ☐ Patients névrotiques
- ☐ Patients psychotiques
- ☐ Autre...

Dans l'établissement où vous exercez, où se déroulent les séances d'ergothérapie ? *

- ☐ En salle d'ergothérapie
- ☐ Dans la chambre des patients
- ☐ Espaces extérieurs de l'établissement (jardin ...)
- ☐ Dans un appartement thérapeutique
- ☐ Autre...

Dans le cas où vous devriez évacuer l'endroit où vous effectuer vos séances, avec vos bénéficiaires. Comment sont-elles réalisées ? *

- ☐ Séances individuelles
- ☐ Séances groupales

Du point de vue des patients



Cette section a pour but de révéler l'aptitude des bénéficiaires à participer aux évacuations d'urgence.

En cas d'évacuation de secours, des signaux sonores retentissent-ils afin d'indiquer aux bénéficiaires qu'une évacuation d'urgence a lieu ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

En cas d'évacuation de secours, des signaux lumineux s'éclairent-ils afin d'indiquer aux bénéficiaires qu'une évacuation d'urgence a lieu ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

En cas d'évacuation de secours, les issues de secours sont-elles clairement indiquées : par des repères visuels, sur les plans de l'établissement, par des marquages au sol ? *

☐ Oui

☐ Non

Les issues de secours sont-elles accessibles aux bénéficiaires ? *

☐ Oui

☐ Non

Avez-vous des axes d'amélioration à proposer afin de rendre les issues de secours plus visibles ? *

Réponse longue

Qu'est-ce qui rend les issues de secours inaccessibles aux bénéficiaires ? *

Réponse courte

Dans le cas où les issues de secours ne sont pas accessibles aux bénéficiaires des consignes leur ont-elles été données afin de les orienter vers un lieu où ils peuvent se réfugier ? *

☐ Oui

☐ Non

Dans quel(s) lieu(x) les bénéficiaires peuvent-ils se réfugier en attendant les secours ? *

- ☐ Dans leurs chambres, après avoir fermés les portes coupe-feu
- ☐ Dans une zone de refuge inaccessible de l'extérieur par les pompiers
- ☐ Dans une zone de refuge accessible de l'extérieur par les pompiers
- ☐ Autre...

Prenons le cas où les bénéficiaires se trouvent dans les étages, comment pourraient-ils être évacués ? *

- ☐ Ascenseurs en service même en cas d'évacuation
- ☐ Escaliers
- ☐ Zone de refuge accessible par les pompiers par l'extérieur
- ☐ Aucun moyen d'évacuation
- ☐ Autre...

Si l'évacuation des bénéficiaires n'est réalisable que par les escaliers, des équipements ayant pour but de faciliter leurs descentes des escaliers sont-ils disponibles ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

Quels sont les équipements disponibles dans le service ? *

- ☐ Chaise d'évacuation
- ☐ Monte escalier sur rail
- ☐ Civières
- ☐ Autre...

Les bénéficiaires peuvent-ils utiliser les équipements seuls ? Ou ont-ils besoin de l'aide d'une tierce personne (personnel de l'établissement, autres bénéficiaire, des proches) pour les utiliser ? *

☐ Seul

☐ Besoin d'aide

Les bénéficiaires ont-ils été formés à utiliser seuls les équipements ? *

☐ Oui

☐ Non

Les personnes ayant pour but d'aider les bénéficiaires à évacuer par les escaliers, au moyen des équipements mis à disposition, sont-ils formés à leurs utilisations ? *

☐ Oui

☐ Non

Dans le cas où le service ne compte pas d'équipements permettant d'évacuer par les escaliers, des consignes ont-elles été données afin d'orienter les bénéficiaires vers un lieu où ils peuvent se réfugier ? *

☐ Oui

☐ Non

Dans quel(s) lieu(x) les bénéficiaires peuvent-ils se réfugier en attendant les secours ? *

☐ Dans leurs chambres, après avoir fermés les portes coupe-feu

☐ Dans une zone de refuge inaccessible de l'extérieur par les pompiers

☐ Dans une zone de refuge accessible de l'extérieur par les pompiers

☐ Autre...

Dans le cas où les bénéficiaires ou leurs accompagnants n'ont pas été formés à utiliser seuls les équipements permettant d'évacuer par les escaliers, des consignes leur ont-elles été données afin de les orienter vers un lieu où ils peuvent se réfugier ? *

☐ Oui

☐ Non

Dans quel(s) lieu(x) les bénéficiaires peuvent-ils se réfugier en attendant les secours ? *

☐ Dans leurs chambres, après avoir fermés les portes coupe-feu

☐ Dans une zone de refuge inaccessible de l'extérieur par les pompiers

☐ Dans une zone de refuge accessible de l'extérieur par les pompiers

☐ Autre...

Selon vous, quels seraient les éléments facilitateurs, pour les patients, en cas d'évacuation du bâtiment ?

*

- ☐ Ascenseurs disponibles même en cas d'incendies
- ☐ Zones de refuge accessibles
- ☐ Chaises d'évacuation pour descendre les escaliers
- ☐ Panneaux d'indications des issues de secours
- ☐ Marquages au sol
- ☐ Formation de l'équipe soignante
- ☐ Formation des bénéficiaires
- ☐ Bonne communication
- ☐ Portes coupe-feu
- ☐ Autre...

Selon vous, quels sont les obstacles, pour les patients, en cas d'évacuation du bâtiment ? *

- ☐ Escaliers
- ☐ Absence de chaises d'évacuations
- ☐ Arrêt des ascenseurs en cas d'incendies
- ☐ Zones de secours difficilement accessibles
- ☐ Equipes soignantes non ou pas assez formées
- ☐ Bénéficiaires non ou pas assez formés
- ☐ Difficulté à repérer les issues de secours
- ☐ Absence de communication
- ☐ Autre...

Selon votre expérience :



Cette section aborde vos éventuelles expériences d'exercices ou de situations d'évacuation d'urgence. Ces questions ont pour but de mettre en avant les points forts et les révisions à apporter à l'établissement dans lequel vous travaillez.



Avez-vous déjà participé à une évacuation d'urgence (exercice, ou situation réelle) au sein de votre établissement ? *

☐ Oui

☐ Non

Après l'évacuation, avez-vous pu recueillir le ressenti des patients ? *

☐ Oui

☐ Non

Les patients se sont-ils sentis acteurs de leurs évacuations ? *

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Spectateur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Acteur

Après avoir participé à l'évacuation d'urgence, avez-vous pu faire le point avec l'équipe soignante et/ou votre hiérarchie sur l'évacuation des patients ? *

☐ Oui

☐ Non

Quels axes d'amélioration avez-vous proposé(e)s ? *

Réponse longue

.....

Auriez-vous eu des remarques à soumettre ? *

Réponse longue

Axes d'amélioration :



Afin de clore ce questionnaire, réfléchissons sur des pistes d'amélioration pouvant être mises en place dans l'établissement où vous exercez.

Au sein de l'établissement dans lequel vous exercez, dans quel(s) domaine(s) peut-il y avoir des améliorations ? *

- ☐ Plus d'aide technique
- ☐ Plus de formation des patients
- ☐ Plus de formation des équipes soignantes

Voyez-vous d'autres axes d'amélioration ? *

Réponse longue

Selon vous, comment promouvoir les compétences des ergothérapeutes dans le domaine de l'accessibilité ? *

Réponse longue

18. Annexe 5 : Résultats de l'enquête exploratoire :

- **Du point de vue des bénéficiaires :**

4 ^{ème} question	Axes d'amélioration	Fréquences
Avez-vous des axes d'amélioration à proposer afin de rendre les issues de secours plus visibles ?	Repère lumineux	3
	Repère sonores	2
	Marquages au sol	2
	Repères en brailles pour les déficients visuels	3
	Améliorer la visibilité : Pictogramme au niveau des portes, lieux de rassemblements, panneaux de tailles plus importantes	4

5 ^{ème} question :	réponses	fréquence	Pourcentage
Les issues de secours sont-elles accessibles aux bénéficiaires ?	Oui	41	76%
	Non	13	24%
	Total	54	100%

7 ^{ème} question :	réponses	fréquence	Pourcentage
Dans le cas où les issues de secours ne sont pas accessibles aux bénéficiaires des consignes leur ont-elles été données afin de les orienter vers un lieu où ils peuvent se réfugier ?	Oui	3	23%
	Non	10	77%
	Total	13	100%

9 ^{ème} question	Évacuation des étages	Fréquences
Prenons le cas où les bénéficiaires se trouvent dans les étages, comment pourraient-ils être évacués ?	Ascenseurs	14
	Escalier	32
	Zone de refuge accessible de l'extérieur par les pompiers	24
	Établissement de plain-pied	5
	Rester dans les chambres, en fermant les portes	2
	Étages avec un accès extérieur	1
	Rampe d'accès extérieur	2

• Selon votre expérience :

19 ^{ème} question	réponses	fréquence	Pourcentage
Avez-vous déjà participé à une évacuation d'urgence (exercice, ou situation réelle) au sein de votre établissement ?	Oui	22	41%
	Non	32	59%
	Total	54	100%

20 ^{ème} question :	réponses	fréquence	Pourcentage
Après l'évacuation, avez-vous pu recueillir le ressenti des bénéficiaires ?	Oui	8	36%
	Non	14	64%
	Total	22	100%

22 ^{ème} question :	réponses	fréquence	Pourcentage
Après avoir participé à l'évacuation d'urgence, avez-vous pu faire le point avec l'équipe soignante et/ou votre hiérarchie sur l'évacuation des bénéficiaires ?	Oui	13	59%
	Non	9	41%
	Total	22	100%

23 ^{ème} question	Axes d'amélioration	Fréquences
Quels axes d'amélioration avez-vous proposé(e)s ?	Formation du personnel	4
	Mise en place, plus fréquente, d'exercice	3
	Meilleure communication	2
	Marquage au sol	1
	Repérage des salles de refuge	1
	Visibilité du personnel présent lors des exercices	1

24 ^{ème} question	Remarques à la hiérarchie	Fréquences
Auriez-vous eu des remarques à soumettre ?	Personnel formé sur la guidance des bénéficiaires dans les lieux de refuge	1
	Débriefing des événements avec la hiérarchie	1

- **Axes d'amélioration :**

25 ^{ème} question	Axes d'amélioration dans l'établissements	Fréquences
Au sein de l'établissement dans lequel vous exercez, dans quel(s) domaine(s) peut-il y avoir des améliorations ?	Mise en place de plus d'aide technique	30
	Formation des bénéficiaires	25
	Formation des équipes soignantes	34

26 ^{ème} question	Autres axes d'amélioration	Fréquences
Voyez-vous d'autres axes d'amélioration ?	Chaise d'évacuation	1
	ascenseurs	1
	Mise en place d'exercice d'évacuation plus régulière	5
	Formation des bénéficiaires (théorique et pratique)	3
	Formation des soignants (théorique et pratique)	2
	Mise en place de différents plans d'évacuation	1
	Réfection des bâtiments	2
	Mise en place de debriefing après les exercices	1

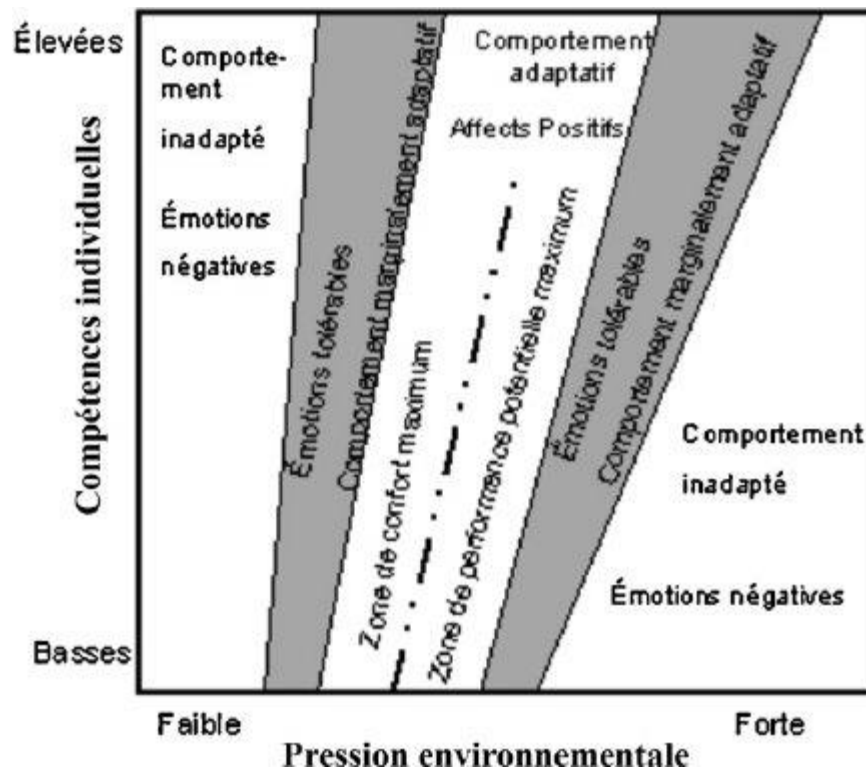
27 ^{ème} question	Promouvoir les compétences des ergothérapeutes dans le domaine de l'accessibilité	Fréquences
Selon vous, comment promouvoir les compétences des ergothérapeutes dans le domaine de l'accessibilité ?	Mise en place de groupe de travail intégrant l'ergothérapeute, dans la conception des plans des établissements, accessibilités du bâtiments en cas d'incendie	14
	Communication des compétences aux équipes	6
	Formation	4
	Information	4
	Communication par l'ANFE	2
	Proposition d'aide technique	3

	Proposition d'aide visuelle	2
	Proposition d'aide auditive	1
	Proposition d'aide tactile	1
	Sensibiliser à l'accessibilités des issues de secours en fonction des différents handicap	2
	Mise en situation	3
	Visibilité auprès des autres professions du bâtiment (architectes)	1

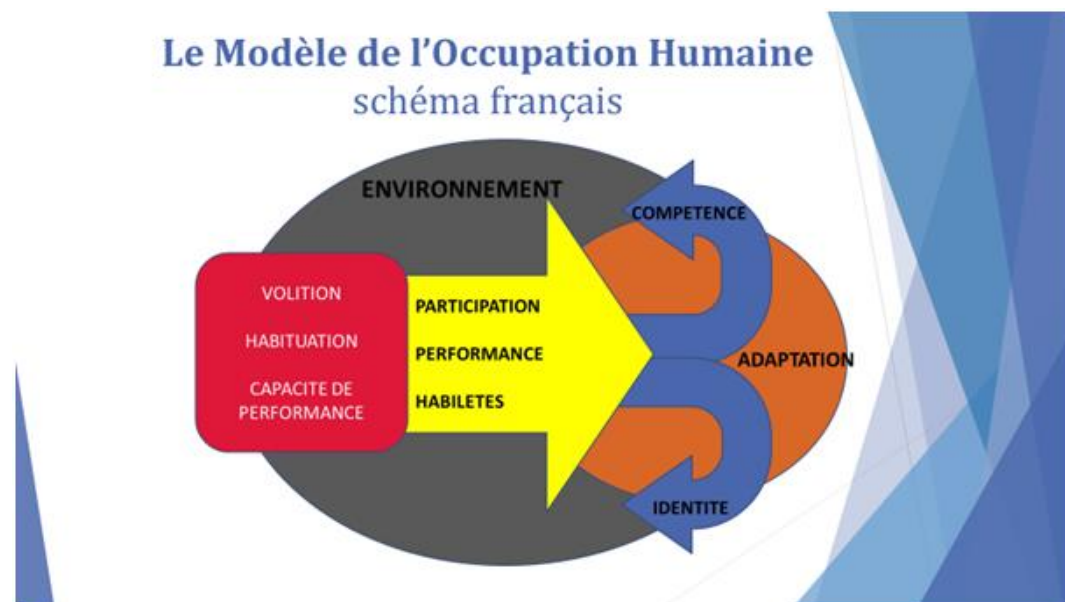
19. Annexe 6 : matrice du cadre conceptuel

Concept	Variable	Indicateur
Ergothérapie et environnement	L'environnement	Influence de l'environnement sur la santé et qualité de vie de la personne Pressions environnementale Transformation de l'environnement
	La participation occupationnelle	Définition de la participation occupationnelle Participation : active ou passive
	Impact de l'environnement sur la participation occupationnelle	Intervention de l'ergothérapeute sur l'environnement Analyse et aménagement de l'environnement Environnement : contrainte ou un facteur facilitant
Accessibilité de l'environnement	L'accessibilité	Définition de l'accessibilité Inclusion des personnes en situation de handicap Favoriser l'engagement et la participation
	Adaptation de l'environnement	Définition de l'adaptation Notion d'accessibilité personnalisé Modification du setting Amélioration des performances de la personne Amélioration des interactions avec l'environnement
	Aménagement de l'environnement	Définition de l'aménagement Rendre l'environnement accessible pour une population hétérogène Conception de l'environnement selon le domaine de l'accessibilité universelle
	Accessibilité universelle : L'ergothérapeute et ses partenaires	Notion de l'environnement selon les métiers du bâtiments et de l'ergothérapie Impact de l'environnement sur la performance occupationnelle des personnes

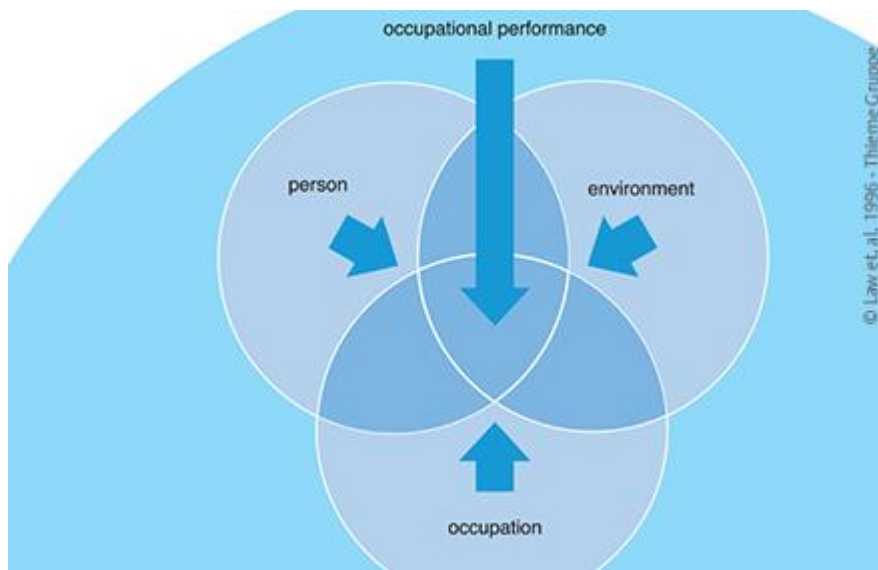
20. Annexe 7 : Modèle de pression environnementale (50) :



21. Annexe 8 : Modèle de l'Occupation Humaine (53)



22. Annexe 9 : PEO (p64)(20), (p144)(51)



23. Annexe 10 : Questionnaire utilisé lors de la recherche :

MEMOIRE DE FIN D'ANNEE



Bonjour,

Je me présente, Roshane BOBAT. Je suis étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie à la faculté d'Aix-Marseille-Université.

Dans le cadre de mon cursus, je réalise un mémoire de fin d'études. Mes recherches portent sur les aménagements ainsi que sur l'accessibilité lors des évacuations de secours des établissements de santé, en vue de promouvoir la participation des personnes en situation de handicap.

Ce questionnaire, s'inspire du Housing Enabler. Le Housing Enabler est un questionnaire qui a été développé afin d'évaluer l'accessibilité d'un logement pour des personnes se trouvant en situation de handicap. Mon questionnaire aura donc pour but de recueillir auprès de bénéficiaires accueillis dans des établissements de santé, des données sur les facteurs physiques et environnementaux qui peuvent limiter voire rendre impossible vos évacuations de secours seul ou accompagné.

Vous allez être mis en situation lors d'un exercice d'évacuation d'urgence, vous serez accompagné lors de cet exercice par un ergothérapeute de votre service, avec qui vous pourrez interagir et d'un observateur avec qui aucune interaction ne sera possible, cette personne ayant pour rôle d'évaluer votre progression à vous et aux ergothérapeutes.

Cette grille d'évaluation sera à remplir (seul ou avec assistance d'autrui) en deux temps. La partie portant sur les composantes personnelles sera à remplir avant les mises en situation. Et les questions portant sur les composantes environnementales ainsi que sur les aides techniques seront à remplir après les mises en situation.

Les résultats obtenus me permettront de déterminer quel impact l'environnement dans lequel vous vous trouvez limite ou facilite votre participation lors de mises en situation d'évacuation d'urgence.

Je vous serais reconnaissante de participer à ma recherche. Toutes les données recueillies resteront confidentielles et votre anonymat sera respecté. Je garantie l'exploitation de ces données à de seules fins universitaires.

Vous pouvez arrêter votre collaboration à tous moments. Vous pouvez demander à ce que vos résultats soient détruits.

Accord de confidentialité



Toutes les données recueillies par ce présent questionnaire, seront traitées de façon anonyme et confidentielle.

Acceptez-vous de participer à l'enquête. *

☐ Oui

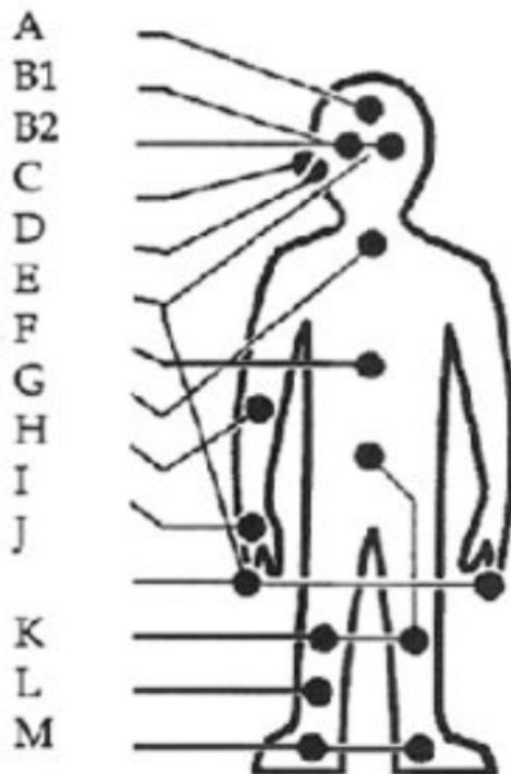
☐ Non

Composante personnelle :



Vous devez renseigner dans cette partie vos limitations (quelles soient définitives ou temporaires).

Titre de l'image



Composante personnelle :

	Oui	Non	Non évalué
A : Difficulté d'interprétation de l'information	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B1 : Déficience visuelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B2 : Cécité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C : Perte auditive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D : Trouble de l'équilibre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E : Trouble de la coordination	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F : Limitation de l'endurance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G : Difficultés à bouger la tête	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H : Fonctions des/du membre(s) supérieur(s) réduites	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I : Habilités de motricité fine réduites	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J : Perte de/des fonction(s) du/des membre(s) supérieur(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
K : Fonctions de la colonne vertébrale et/ou des membres inférieurs réduites (A.B.C*)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

L : Dépendance d'aides à la marche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
M : Dépendance d'un fauteuil roulant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Composante environnementale :

Suite à la mise en situation à laquelle vous avez participé, vous trouverez des questions évaluant différentes composantes de votre environnement. A vous de renseigner les composantes qui vous ont fait obstacle lors de la mise en situation.

Environnement extérieur : *

	Oui	Non	Non évalué
Zones de prise en charge des bénéficiaires, par les secours, éloignées de l'entrée (plus de 5m)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cheminements plus étroits que 1,5m pour atteindre un espace sécurisé, ou atteindre les secours	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Surface instable (gravier, sable, argile)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rampe d'accès raide (pente de plus de 1,2m et/ou pente de plus de 6%)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pas ou peu de signaux tactiles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Changements brusques de niveau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres dangers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bordures hautes (plus de 4cm)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Rampes de bordure avec des pentes raides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Absence d'au moins une main courante sur les pentes raides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pas de surfaces de repos (2 m) ou de distances trop courtes / longues entre elles sur les pentes (max. 6 m entre les surfaces de repos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Éclairage médiocre / inégal / éblouissant le long des voies de circulation (en prenant en compte que des évaluations ayant lieux en plein jour)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Les entrées :

	Oui	Non	Non évalué
Ouvertures de porte étroites (moins de 84 cm de dégagement)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Porte étroite (moins de 84 cm de dégagement)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Portes lourdes sans ouverture automatique.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Portes qui ne restent pas en position ouverte / se ferment rapidement.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procédure d'ouverture compliquée / illogique.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seuils et / ou marches hauts à l'entrée (plus de 15 mm)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Espace de manœuvre insuffisant aux portes (dégagement inférieur à 1,5 × 1,5 m, extérieur et intérieur, 70 cm du côté ouvrant de la porte à l'entrée principale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Absence d'aire de repos devant la porte d'entrée (pente maximale 1:50, inférieure à 1,5 × 1,5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Seul itinéraire escalier (pas d'ascenseur / rampe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pas de main courante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Main courante d'un seul côté.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mains courantes trop courtes (doivent continuer 30 cm avant / après les escaliers) et / ou interrompues à l'atterrissage.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Environnement intérieur

Tout comme la partie précédente, veuillez renseigner les composantes de l'environnement intérieur vous ayant fait obstacle lors de la mise en situation.

Environnement intérieur

	Oui	Non	Non évalué
Différences de niveau (marches, seuils) entre les pièces / espaces au sol (plus de 15 mm) ¹⁵	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si présence de portes : ouvertures de porte étroites (moins de 84 cm de dégagement)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si présence de porte : ouverture de la porte difficile en raison de son poids	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Portes étroites (moins de 76 cm de dégagement).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Passages étroits (couloirs) par rapport aux agencements / conception du bâtiment (moins de 1,3m)s	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manœuvres complexes (plus d'	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
une opération / mouvement) et une bonne précision requis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plus de la moitié des commandes en position haute /inaccessible (plus de 1,1 m au-dessus du sol).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Les escaliers

	Oui	Non	Non évalué
Absence de repère visuel indiquant l'accès aux escaliers de secours	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si présence de portes : ouvertures de porte étroites (moins de 84 cm de dégagement)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si présence de porte : ouverture de la porte difficile en raison de son poids	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Porte étroite (moins de 84 cm de dégagement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Passage étroit ne permettant pas le passage de deux personnes en même temps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Passage étroit ne permettant pas le passage d'un fauteuil roulant (manuel et/ou électrique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mains courantes trop courtes (doivent continuer 30 cm avant / après les escaliers) et / ou interrompues au palier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Absence de main courante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hauteur des marches de plus de 21 cm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Profondeur des marches de moins de 21 cm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Absence de palier après 25 marches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Absence de repère podotactile à la première et ou de la dernière marche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Absence de repère
visuel à la première
et/ou dernière
marche

☐
☐
☐

Les ascenseurs

Oui

Non

Non évalué

Non utilisable en cas
d'évacuation de
secours

☐
☐
☐

Absence de
panneaux indiquant
l'emplacement des
ascenseurs

☐
☐
☐

Hauteur du boîtier de
commandement
inaccessible en
fauteuil roulant

☐
☐
☐

Absence de touche
en relief ou en braille

☐
☐
☐

Les Zones de refuge

Oui

Non

Non évalué

Absence de repère
visuel permettant de
localiser les zones de
refuges

☐
☐
☐

Absence de repère en braille ou en relief permettant de localiser la porte de la zone de refuge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si présence de portes : ouvertures de porte étroites (moins de 84 cm de dégagement)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si présence de porte : ouverture de la porte difficile en raison de son poids	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Porte étroite (moins de 84 cm de dégagement)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dimension de la zone de refuge ne permettant pas d'accueillir de fauteuil roulant (manuel et/ou électrique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dimension de la zone demandant des manœuvres complexes (plus d'une opération / mouvement) et une bonne précision requise.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Absence surface assise	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Les aides techniques

Selon les établissements de santé, des aides techniques spécifiques aux évacuations de secours sont accessibles. Si l'établissement dans lequel vous vous trouvez en possède vous pouvez répondre aux questions. Dans le cas où votre établissement de santé n'en possède pas, veuillez cocher le case non évalué.

Les aides techniques

	Oui	Non	Non évalué
Le local où sont stockés les aides techniques spécifiques aux évacuations n'est accessible qu'aux soignants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le local n'est pas représenté sur le plan du service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Absence de repère visuel indiquant le local d'aides techniques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si présence de portes : ouvertures de porte étroites (moins de 84 cm de dégagement)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si présence de porte : ouverture de la porte difficile en raison de son poids	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Porte étroite (moins de 84 cm de dégagement)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dimension du local ne permettant pas d'accueillir de fauteuil roulant (manuel et/ou électrique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dimension du local demandant des manœuvres complexes (plus d'une opération / mouvement) et une bonne précision requise.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficultés pour faire sortir les équipements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficultés à utiliser seul les aides techniques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Axes de complémentation

Cette section est facultative. Vous pourrez rédiger des axes d'amélioration portant sur cette grille d'évaluation et/ou toutes informations que vous jugerez nécessaire de communiquer.

Ajouts d'informations complémentaires, d'axes d'amélioration et/ou de commentaires :

Votre réponse

24. Annexe 11 : Anticipation des biais de l’outil de recherche et stratégies pour les contrôler (61):

Biais	Effet	Stratégies
Biais méthodologique	Formulation des questions trop vagues ou trop complexes	Poser des questions courtes, simples, précises, neutres
Biais de désirabilité sociale	Volonté de ne montrer qu’une facette positive, risque de biaiser les réponses	Rassurer l’anonymat des réponses
Biais de confirmation (d’hypothèses)	Les individus peuvent avoir tendance à confirmer leurs hypothèses et à moins s’intéresser aux facteurs qui s’en opposent	Savoir reconnaître quand un individu est dans cette situation. Demander d’expliquer son point de vue Privilégier les débats collectifs
Biais d’autocomplaisance	Les individus peuvent avoir tendance à attribuer leurs réussites à leurs causes internes, et leurs échecs à des causes externes	Demander de formuler les causes externes de réussites et les causes internes d’échecs
Biais d’auto-handicap	Afin d’éviter des interprétations les individus vont définir dès le début les obstacles qu’ils peuvent rencontrer et qui vont impacter leur réussite. Cela leur permettra de justifier toute situation d’échec par la suite	Demander aux personnes en quoi leur situation est un obstacle et ensuite leur demander quelle(s) stratégie(s) peuvent-ils mettre en place afin de réduire ces obstacles
Effet de soumission au groupe	Un individu interrogé dans un groupe peut être influencé par les réponses des autres membres du groupe	Rappeler que les résultats sont anonymes Rappeler qu’il n’y a pas de bonnes et de mauvaises réponses et que tous les avis comptent.

Résumé : Depuis la loi de février 2005, la France promeut l'inclusion et la participation des personnes en situation de handicap dans les établissements publics. Néanmoins, certains établissements ne sont toujours pas accessibles, ce qui limite leur participation. Cette recherche porte sur l'accessibilité des établissements de santé en cas d'évacuation d'urgence (tremblement de terre, attentat terroriste, incendie et inondation). Le but de l'étude est de valider ou d'infirmer l'hypothèse selon laquelle les évacuations d'urgence sont facilitées lorsque des ergothérapeutes ont aménagé les sorties des établissements de santé aux normes d'accessibilité. Pour cela, un protocole avant et après aménagement a été conçu, avec trois questionnaires inspirés du Housing Enabler, destinés aux ergothérapeutes et aux personnes en situation de handicap. La recherche n'a pas pu être menée, mais offre des perspectives intéressantes sur la nécessité de questionner d'un point de vue législatif et politique, l'obligation des établissements de santé de réaliser des aménagements et comment les partenariats avec les ergothérapeutes pourraient favoriser et accroître la participation occupationnelle des personnes en situation de handicap lors des situations d'urgence qui peuvent se produire dans les établissements de santé.

Mots clés : Aménagements de l'environnement, évacuation de secours, Participation occupationnelle, Ergothérapie.

Abstract : Since the law of February 2005, France has promoted inclusion and participation of people with disabilities in public establishments. Nevertheless, some establishments are still not accessible, restricting their participation. This research focuses on the accessibility of health establishments in the event of an emergency evacuation (earthquake, terrorist attack, fire and inundation). The aim of the study is to validate or invalidate the hypothesis according to which emergency evacuations are facilitated when OTs modified health establishments' exits to accessibility standards. For this, a before-after protocol was designed, with three questionnaires inspired by the Housing Enabler, destined to occupational therapist and people with disabilities. The research could not be carried out, but offers interesting perspectives on the necessity to question from a legislative and political point of view, the obligation of health establishments to make adjustments and how partnerships with occupational therapists could promote and increase occupational participation of people with disabilities in emergency situations in public health establishments.

Keywords: Environmental improvements, emergency evacuation, Occupational participation, Occupational Therapy.