

République algérienne démocratique et populaire
Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique
Université Abderrahmane Mira – Bejaia



Faculté de Technologie
Département d'Architecture

Mémoire de Fin de Cycle

En vue de l'Obtention du Diplôme de Master en Architecture et Urbanisme
Option : Architecture, Ville et Territoire

THEME :

**Eléments de caractérisation et de qualification
de l'expérience et du vécu des usagers au sein
des urgences des hôpitaux**

Présenté par :

M. MECEDDED Youcef
M. MEGRI Hocine
M. MOKRANE Yacine

Devant le jury composé de :

Mme BOUANDES Karima	Promotrice	MAA	Université de Bejaïa
Mme MECHERI Lynda	Présidente	MAB	Université de Bejaïa
Mr AMIR Amar	Examineur	MAB	Université de Bejaïa

Soutenu : Février 2017.

Résumé

De nos jours, on a tendance à négliger les établissements sanitaires, vu leur aspects fonctionnels. Cette image que les espaces hospitaliers semble faire fuir les architectes, et pourtant tout comme les espaces urbains, ces espaces aussi ont un vécu, une expérience qui sont créés à partir des sentiments, des relations que les usagers forment dans cette structure spatiale.

Notre recherche a pour objectif la caractérisation et la qualification de l'expérience et le vécu des usagers au sein des urgences de l'hôpital. Essayant de comprendre la notion d'expérience, de vécu, et d'identifier les éléments qui influencent le vécu des usagers.

En premier lieu, une analyse conceptuelle a été effectuée à la base des concepts clés de la présente recherche à savoir l'hôpital, l'ambiance, l'espace et l'utilisateur afin de déterminer le rapport existentiels et relationnels entre espace, vécu, l'expérience, et l'ambiance. Cela va être une étape clé pour pouvoir par la suite entamer le volet pratique, et réalisé une étude expérimentale au sein du service des urgences des deux hôpitaux « CHU de Sétif et hôpital d'EL-Eulma ».

En deuxième lieu, ce travail se repose sur une méthode d'approche analytique et descriptive basée sur l'observation et la photographie suivie par une enquête par questionnaire. Ce questionnaire dont les composants ont été tirés de la partie théorique, traite les paramètres en relation avec notre thème, à savoir l'utilisateur, l'espace, l'ambiance, et expérience vécue, et cela afin de vérifier la variation de l'expérience et de vécu en fonction de changement de l'espace et du comportement de l'utilisateur.

Afin de traiter les données collectées par le questionnaire, le logiciel « Sphinx » a été choisi comme outil de traitement permettant le dépouillement des résultats, mais aussi une analyse de contenu a été effectuée concernant les données textuelles collectées.

Les résultats obtenus ont permis, non seulement de définir les éléments de caractérisation et de qualification de l'expérience et du vécu des usagers, mais aussi d'apporter des recommandations afin d'améliorer et d'agir positivement sur leurs vécus et leurs expériences et surtout, ils ont permis de confirmer notre hypothèse.

Mot clés : Hôpital, espace, expérience, vécu, usager, ambiance, caractérisation.

Abstract

Nowadays, there is a tendency to neglect healthcare establishments, in view of their repulsive functional aspects, the fact that hospitals are used to shun architects, and yet, like urban spaces, they also have a lived experience that is created from the feelings, the relationships that the users form in this spatial structure.

Our research will focus on the characterization and qualification of the experience and the experiences of the users within the hospital emergency department. Trying to understand the notion of experience, and to identify the elements that influence the experience of the users.

First, a conceptual analysis was carried out at the base of the key concepts of the present research, namely hospital, atmosphere, space and user in order to determine the existential and relational relationship between space, Experience, and ambience. This will be a key step to be able to subsequently begin the practical part and carried out an experimental study within the emergency department of the two hospitals "CHU de Sétif and Hôpital EL-Eulma. Setif »

Secondly, this work is based on an analytical and descriptive approach based on observation and photography followed by a questionnaire survey. This questionnaire, the components of which were derived from the theoretical part, deals with the parameters related to our theme, namely user, space, atmosphere, and lived experience, in order to verify the variation of the Experience as a function of space change and user behavior.

In order to process the data collected by the questionnaire, the «Sphinx» software was chosen as a processing tool allowing the analysis of the results but also the analysis of the content of the collected textual data.

The results obtained make it possible to make recommendations to solve the problems raised in the emergency room, improve and act positively on the users' experiences, but above all, they confirmed our hypothesis.

Keywords : Space, experience, lived, user, atmosphere, hospital, characterization.

Remerciement

Tout d'abord, nous remercions dieu tout puissant de nous avoir donné la force et la patience afin de finir ce modeste travail.

Nous souhaitons adresser nos remerciements les plus sincères à nos parents pour leurs encouragements, leurs précieux conseils, et leur soutien dont ils nous ont entourés quotidiennement.

Nous tenons à remercier notre pilote du mémoire Mme *BOUANDES Karima* pour son assistance permanente, et son intérêt pour notre thème et aussi sa patience et ses conseils qui ont été d'un grand apport pour la finalisation de cette modeste recherche.

Et aussi nous souhaitons aussi témoigner notre gratitude aux chefs médecins, et à tous les infirmiers et infirmières des urgences de l'hôpital EL Eulma et CHU de Sétif pour leurs patience et d'avoir pris la peine de nous guider durant notre travail aux urgences des deux hôpitaux.

A nos amis *Abid Imad, Oullami Youba* et *Moussaoui Anis*, pour leur disponibilité et leur présence quotidienne ainsi pour leurs attentions.

Nous remercions aussi les membres de jury qui ont accepté de juger notre travail, et enfin toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce modeste travail.



Youcef, Hocine, Yacine

Dédicace

C'est avec profonde gratitude que je dédie ce travail :

A Mes chers parents, Ma mère, qui a œuvré pour ma réussite, de par son amour, son soutien, tous les sacrifices consentis et ses précieux conseils, pour toute son assistance et sa présence dans ma vie, reçois à travers ce travail aussi modeste soit-il, l'expression de mes sentiments et de mon éternelle gratitude.

Mon père, qui peut être fier et trouver ici le résultat de longues années de sacrifices et de privations pour m'aider à avancer dans la vie. Puisse Dieu faire en sorte que ce travail porte son fruit ; Merci pour les valeurs nobles, l'éducation et le soutien permanent venus de toi.

A mes frères : Brahim, Sid ali, Islam et Ayoub pour leur disponibilité, ils étaient toujours là pour moi.

A mes chers binômes : Hocine et Yacine pour leurs efforts et leur compréhension.

A toute ma famille et tous mes cousins et cousines.

A tous mes amis exceptionnellement : Khadija, Selma, Sara, Achouak, manél Youba, Anis, Imad, Karim, Mamou.



Youcef

Dédicace

En premier temps, je tiens à dédier ce travail tout particulièrement à mes chers parents qui m'ont soutenu et encouragé tout au long de mes années d'étude, et qui ont œuvré par leur assistance à la réalisation de ce modeste travail. Ils ont été toujours fier de moi et trouver ici le résultat de longues années de sacrifices et de privations pour m'aider encore à avancer dans la vie.

Je souhaite qu'ils trouvent ici toute l'expression de ma reconnaissance.

A mes sœurs Ouahiba, Chafika, Djahida, Nadia, et à mes frères Samir et Zahir pour leur disponibilité, et d'être toujours là pour moi.

A mes deux nièces Chanez et Leticia, et à mon neveu Dady.

A Mes cousines et cousins et exceptionnellement Yasmina, Fahima et KATIA qui m'ont toujours poussé à donner le meilleur de moi-même.

*A mes amis et camarades qui trouveront ici l'expression de ma gratitude :
Anis, Youba, Hakim.*

A mes chers binômes : Youcef et Yacine pour leurs efforts et leur compréhension, disponibilité et leurs encouragements.

Cordialement
Hocine 

Dédicace

Je tiens vivement, à dédier ce modeste travail :

A ceux qui m'ont donné sans rien en retour.

*A ceux qui m'ont encouragé et soutenu dans les moments les plus difficiles,
ceux à qui je dois tant.*

A mes chers parents, aucune dédicace ne saura exprimer ma reconnaissance pour tout ce qu'ils ont fait pour moi, ce travail est témoin, ils ont sacrifié leur vie pour ma réussite, par leur soutien et leurs conseils judicieux qui m'ont éclairés le chemin, par leur amour inestimable et par les valeurs qu'ils m'ont inculqué, c'est grâce à eux que je suis là aujourd'hui. Que dieu les protège pour moi.

A mes frères Lamine et Samy.

Sans oublier mes chers binômes Youcef et Hocine pour leurs efforts et leurs compréhension.

A mes chers amis : Anis, Youba, Karim, Mamou, Imad.

A ma petite B.R d'amour pour sa disponibilité et sa compréhension et ses encouragements et son soutien tout au long de ma recherche et mon parcours.

A tous ceux qui me connaissent.

Cordialement

Yacine

Résumé.....	I
Absract.....	II
Remerciement.....	III
Dédicace.....	IV
Tables des matières.....	VII
Liste des figures.....	XI
Liste des tableaux.....	XV
Liste des abréviations.....	XVI

Chapitre introductif

Introduction.....	1
Problématique.....	1
Hypothèses.....	2
Objectifs.....	2
Méthodologie d’approche.....	2
Structure du mémoire.....	3

Chapitre I : Hôpital, espace hospitalier des urgences

Introduction.....	5
I.1. Éléments de définition des concepts	5
I.1.1. Définition de « L’hôpital »	5
I.1.2. Définition de « Espace hospitalier »	6
I.1.2.1. Les espaces typiques	6
I.1.2.2. Les espaces atypiques	7
I.1.3. Définition de la notion « d’urgence »	8
I.1.4. Définition du « service d’urgence »	8
I.2. Evolution de l’espace hospitalier et des urgences à travers l’évolution des typologies des hôpitaux	
I.2.1. La période antique	8
I.2.2. Période moyen âge VI-XIV siècle	9
I.2.2.1. Dans le monde occidental	9
I.2.2.2. Dans le monde musulman	10
I.2.3. Période de la renaissance XV-XVII siècle	10
I.2.4. Hôpital pavillonnaire XVIIIème et XIXème siècle	11
I.2.5. Les Hôpitaux monobloc XX siècle	12
I.2.6. Les hôpitaux poly bloc- L’hôpital contemporain.....	13
I.2.7. Les pôles d’excellences	13
I.2.8. avantages, inconvénients et évolution des urgences à travers l’évolution des typologies d’hôpitaux	15
I.3. Les urgences et ses spécificités.....	17
I.3.1. Le service d’urgence	17
I.3.1.1. Définition du soin d’urgence	18

Table des matières

I.3.1.2. Les type d'urgences	18
I.3.1.2.1. Urgence médicale	18
I.3.1.2.2.urgence chirurgicale	19
I.3.2. Les spécificités d'un service d'urgence	19
I.3.2.1. Sur le plan programmatique	19
I.3.2.2.Sur le plan gestion	20
Conclusion	21
Chapitre II : L'espace, l'utilisateur, et la caractérisation de l'expérience et de vécu.	
Introduction	22
II.1. Expérience et vécu	22
II.1.1. Expérience	22
II.1.2. Vécu	23
II.2. Espace	23
II.2.1. Définition de l'espace	23
II.2.2. Facteurs déterminant de l'espace architecturale.....	24
II.2.3. Typologie des espaces	24
II.2.3.1. Typologie de l'espace selon le critère « social ».....	24
II.2.3.2 Typologies des espaces selon le critère « lumière »	24
II.2.4. Le vécu d'un espace	26
II.3. Usager	26
II.3.1. Définition de l'utilisateur.....	26
II.3.2. Types d'utilisateurs	27
II.3.3. Facteurs influençant sur les ambiances perçues et ressenties.....	27
II.3.3.1. Le contexte comme élément déterminant d'une ambiance.....	28
II.3.3.2. L'espace comme élément déterminant d'une ambiance.....	28
Conclusion	31
Chapitre III : Méthodologie d'approche et présentation du corpus d'étude	
Introduction	32
III.1 Méthodologie	32
III.1.1 l'approche analytique, descriptive et comparative.....	32
III.1.2 Enquête in-situ	34
III.1.2.1 Choix de type d'enquête	34
III.1.2.2 Étapes d'une enquête.....	35
III.2 Présentation et analyse du service d'urgences	40
III.2.1 Choix du corpus d'étude.....	40
III.2.2 Présentation du CHU « Saâdna Abdenour » de Sétif.....	40
III.2.2.1 Données générales : site / situation / rapport du CHU à la ville / typologies	40
III.2.2.2 Accessibilités au CHU de Sétif	42

III.2.2.3 Typologie de l'hôpital.....	42
III.2.3 Analyse de service d'urgence du CHU de Sétif.....	43
III.2.3.1 Emplacement des urgences par rapport au CHU	43
III.2.3.2 Accessibilité aux urgences du CHU de Sétif.....	44
III.2.3.3 Analyse des plans des urgences du CHU de Sétif.....	44
III.2.4 Présentation de l'hôpital « Saroub El Khouthir » à EL-Eulma.....	47
III.2.4.1 Données générales : situation / rapport de l'hôpital EL-Eulma à la ville /typologies.....	47
III.2.4.2 Accessibilité à l'hôpital « Saroub El Khouthir » à EL-Eulma.....	48
III.2.4.3 Typologie de l'hôpital	49
III.2.5 Analyse de service d'urgence de l'hôpital d'EL-Eulma.....	49
III.2.5.1 Emplacement des urgences par rapport à l'hôpital	49
III.2.5.2 Accessibilité aux urgences de l'hôpital d'EL-Eulma.....	50
III.2.5.3 Analyse des plans des urgences de l'hôpital d'El Eulma	50
III.2.6.1 Les qualités spatiales de l'espace d'urgence du CHU de Sétif.....	56
III.2.6.2 Les qualités visuelles de l'espace d'urgence du CHU de Sétif	57
III.2.6.3 Les propriétés métriques de l'espace d'urgence « CHU de SETIF ».....	58
III.2.6.4 Analyse comparative des urgences du CHU de Sétif, avant/après modifications.....	59
III.2.6.5. Les qualités spatiales de l'espace d'urgence de l'hôpital d'El Eulma.....	61
III.2.6.6. Les qualités visuelles de l'espace d'urgence de l'hôpital d'EL-Eulma	62
III.2.6.7 Les propriétés métriques de l'espace d'urgence de l'hôpital d'El-Eulma ...	63
III.2.6.8 Analyse comparative des urgences d'El-Eulma, avant/après modifications	64
Conclusion.....	67

Chapitre IV : Résultats et discussions

Introduction.....	68
IV.1. Interprétations des résultats.....	68
IV.1.1. jugement de la satisfaction de l'espace.....	68
IV.1.2. jugement de la satisfaction de l'espace (propriété de l'espace).....	69
IV.1.2.1. l'appréciation des couleurs dans l'espace d'urgence des deux hôpitaux ...	70
IV.1.2.2. l'appréciation de la qualité de l'enveloppe dans l'espace d'urgence des deux hôpitaux	71
IV.1.2.3. critère d'appréciation de l'aménagement dans l'espace d'urgence des deux hôpitaux	72
IV.1.3. Ambiance ressentie.....	74
IV.1.4. Qualification de confort de l'espace	76
IV.1.4.1. Critère d'appréciation de confort olfactif dans l'espace d'urgence des deux hôpitaux	77
IV.1.4.2. critère d'appréciation de confort acoustique dans l'espace d'urgence des deux hôpitaux	78

IV.1.4.3. critère d'appréciation de confort visuel dans l'espace d'urgence des deux hôpitaux	80
IV.1.4.4. Critère d'appréciation de confort thermique dans l'espace d'urgence des deux hôpitaux	82
IV.1.5. Satisfaction des modifications apportées aux deux services d'urgences.....	83
IV.1.5.1. Jugement des modifications au CHU de Sétif.....	84
IV.1.5.2. Jugement des modifications à l'hôpital d'El-Eulma.....	87
IV.2. Confrontation des résultats.....	88
Conclusion.....	90
Conclusion générale.....	91
Bibliographie.....	94

N°de la figure	Titre	Page
Figure 01	Schéma de synthèse de la structure de notre recherche	04
Figure I.1	Organigramme des espaces typiques	06
Figure I.2	Vue d'une salle d'opération du Pavillon Gabriel de l'hôpital Tenon à Paris	06
Figure I.3	Chambre de malade du centre de médecine physique et de réadaptation à Plemet	06
Figure I.4	Organigramme des espaces atypiques.	07
Figure I.5	Vue de la circulation qui traverse le « Deck » au niveau rez-du-rue de Hôpital général de Mantes-la-Jolie.	07
Figure I.6	Hall d'accueil de Pavillon de la femme et de l'enfant de l'hôpital la beauché à Saint-Brieuc.	07
Figure I.7	Gravure hôtel dieu.	09
Figure I.8	Plan de l'hôpital Ospidale, Maggiore à milan	10
Figure I.9	Hôpital Saint Louis 1608	11
Figure I.10	Plan type de l'hôpital pavillonnaire	11
Figure I.11	Centre hospitalier universitaire Henri-mondor à Créteil.	12
Figure I.12	L'hôpital Antoine-Béclère à Clamart	13
Figure I.13	Carte des différents pôles du CRHU de tours	14
Figure I.14	Schéma global de l'évolution de la notion d'urgence a traves le temps.	17
Figure I.15	Organigramme d'un service d'urgences, circuit des malades	20
Figure II.1	Lumière artificielle.	31
Figure II.2	L'expérience des verres en plastique : une illustration de la propagation des ondes sonores dans les solides.	32
Figure III.1	Schéma explicatif sur la méthode analytique effectué durant l'enquête	34
Figure III.2	Schéma explicatif sur l'élaboration de l'enquête causale par le questionnaire	35
Figure III.3	Schéma de la structuration des questions du questionnaire.	37
Figure III.4	Figure illustrant la méthode d'élaboration de l'entête du questionnaire.	38
Figure III.5	figure illustrant l'élaboration des questions.	38
Figure III.6	Carte sanitaires de la wilaya de Sétif.	40
Figure III.7	Vue sur l'entrée principale du CHU de Sétif Saint Arnaud d'El Eulma	41
Figure III.8	Plan de situation du CHU par rapport à la ville.	41
Figure III.9	Plan de masse qui montre l'accessibilité au CHU de Sétif.	42
Figure III.10	Illustration de la construction pavillonnaire du CHU de Sétif	43
Figure III.11	Organigramme fonctionnel des urgences par rapport au CHU de Sétif.	43
Figure III.12	Vue sur l'entrée des urgences du CHU de Sétif.	44
Figure III.13	Plan de masse du CHU montrant l'emplacement et l'accessibilité aux urgences	44
Figure III.14	Plan des urgences du CHU de Sétif.	45
Figure III.15	Organigramme fonctionnel entre les différentes entités des urgences chirurgicales et médicales du CHU de Sétif	46
Figure III.16	Vue sur le hall d'accueil principal des urgences chirurgicales du CHU de Sétif.	46
Figure III.17	Vue sur le hall d'accueil secondaire des urgences chirurgicales du CHU de Sétif.	46
Figure III.18	Vue sur l'espace d'attente des deux urgences du CHU de Sétif.	46
Figure III.19	Vue sur l'espace d'attente des urgences médicales du CHU de Sétif	46
Figure III.20	Vue sur l'espace d'attente et de circulation des malades et personnels des urgences chirurgicales du CHU de Sétif.	47
Figure III.21	Vue sur l'espace de transition des personnels des urgences chirurgicales du CHU de Sétif.	47
Figure III.22	Vue sur l'entrée principale de l'hôpital Saint Arnaud d'El Eulma.	47
Figure III.23	Plan de situation de l'hôpital El-Eulma par rapport à la ville	48

Figure III.24	Plan de situation qui montre l'accessibilité à l'hôpital El-Eulma.	48
Figure III.25	Figure illustrant la construction pavillonnaire de l'hôpital d'El-Eulma de Sétif.	49
Figure III.26	Organigramme fonctionnel des urgences par rapport à l'hôpital d'EL- Eulma.	50
Figure III.27	Vue sur l'entrée des urgences de l'hôpital El-Eulma.	50
Figure III.28	Plan de masse de l'hôpital El-Eulma montrant l'emplacement et l'accessibilité aux urgences.	50
Figure III.29	Plan des urgences médical et chirurgical de l'hôpital d'EL- Eulma.	51
Figure III.30	Organigramme fonctionnel entre les différentes entités des urgences chirurgicales et médicales d'El-Eulma.	52
Figure III.31	Vue sur le hall d'accueil des urgences de l'hôpital El-Eulma	52
Figure III.32	Vue sur l'espace d'attente des urgences de l'hôpital El-Eulma.	52
Figure III.33	Vue sur le hall des urgences de l'hôpital El-Eulma.	52
Figure III.34	Vue sur le service radiologie des urgences de l'hôpital El-Eulma.	52
Figure III.35	(Ouvertures/fermeture) entre les entités d'espace d'urgence.	56
Figure III.36	(Echelle/proportion)	56
Figure III.37	Échelle, équilibre, unité dans l'espace d'urgence	56
Figure III.38	Illustrations sur le hall et l'espace d'attente montrent les types de lumières utilisés	57
Figure III.39	Illustration sur le hall montrent les différentes Textures utilisés	57
Figure III.40	Illustrations sur le hall et l'espace d'attente montrent les couleurs et peintures utilisés	57
Figure III.41	Illustrations sur le hall et l'espace d'attente montrent l'aménagement disponible	57
Figure III.42	Illustration sur le hall montrent les matériaux utilisés	58
Figure III.43	Illustration sur l'espace d'attente.	58
Figure III.44	Illustration sur l'espace de transition.	58
Figure III.45	L'accès aux urgences du CHU avant modification.	59
Figure III.46	L'accès aux urgences du CHU après modification.	59
Figure III.47	Illustrations sur l'ancienne entrée des urgences	59
Figure III.48	Illustrations sur l'entrée actuelle des urgences.	59
Figure III.49	Emplacement de l'espace d'accueil avant modification	59
Figure III.50	Emplacement de l'espace d'accueil après modification	59
Figure III.51	Illustration sur l'espace destiné à l'attente avant les modifications	60
Figure III.52	Illustration sur l'espace destiné à l'attente et la transition au service médical avant les modifications.	60
Figure III.53	Illustration sur l'actuel hall chirurgicale.	60
Figure III.54	Illustration sur l'actuel espace d'attente.	60
Figure III.55	Murs de séparation dans le hall avant modifications.	60
Figure III.56	Murs de séparation dans le hall après modifications.	60
Figure III.57	Illustration sur le hall des urgences du CHU de SETIF avant les modifications	60
Figure III.58	Illustration sur le hall des urgences du CHU de SETIF avant les modifications.	60
Figure III.59	Illustrations sur les ouvertures	61
Figure III.60	(Ouvertures/fermeture) entre les entités d'espace d'urgence	61
Figure III.61	Illustrations sur (ECHELLE/PROPORTION)	61
Figure III.62	Echelle, équilibre, unité dans l'espace d'urgence	61
Figure III.63	Illustrations sur le hall montrent les types de lumières utilisés.	62
Figure III.64	Illustrations sur le hall montrent les différentes Textures utilisés	62
Figure III.65	Illustrations sur le hall et l'espace d'attente montrent les couleurs et peintures utilisés	62

Figure III.66	Illustrations sur le hall et l'espace d'attente montrent l'aménagement disponible.	62
Figure III.67	Illustrations sur le hall montrant les matériaux utilisés.	63
Figure III.68	Illustrations sur l'espace d'attente.	63
Figure III.69	Illustrations sur les espaces de transitions.	63
Figure III.70	Emplacement de l'entrée des urgences d'EL-Eulma avant modification	64
Figure III.71	Emplacement de l'entrée des urgences d'EL-Eulma après modification	64
Figure III.72	Illustration sur l'ancienne entrée.	64
Figure III.73	Illustration sur l'entrée actuelle	64
Figure III.74	Emplacement de l'espace d'accueil des urgences d'EL-Eulma avant modification.	65
Figure III.75	Emplacement de l'espace d'accueil des urgences d'EL-Eulma après modification.	65
Figure III.76	Illustration sur le bureau d'orientation avant les modifications	65
Figure III.77	Illustration sur le bureau d'orientation après les modifications.	65
Figure III.78	Le hall des urgences d'EL-Eulma avant modification	65
Figure III.79	Le hall des urgences d'EL-Eulma après modification	65
Figure III.80	Illustration sur l'espace d'attente avant les modifications.	66
Figure III.81	Illustration sur l'espace d'attente urgences d'EL-EULMA après les modifications.	66
Figure III.82	Illustration sur le hall des urgences d'EL-EULMA avant les modifications.	66
Figure III.83	Illustration sur le hall des urgences d'EL-EULMA après les modifications	66
Figure III.84	Illustration sur le service de radiologie avant les modifications	66
Figure III.85	Illustration sur le service de radiologie actuel.	66
Figure IV.1	Schéma présentant la satisfaction de l'espace dans le service d'urgences des deux hôpitaux.	68
Figure IV.2	Schéma présentant la satisfaction de l'espace dans le service d'urgences des deux hôpitaux.	69
Figure IV.3	diagramme et tableau représentant la satisfaction des couleurs en fonction leurs qualités.	70
Figure IV.4	les couleurs proposées par les usagers de service d'urgence.	71
Figure IV.5	diagramme présentant le critère qui qualifié les matériaux de l'enveloppe de service d'urgence dans les deux hôpitaux.	71
Figure IV.6	raisons du jugement de l'aménagement de service d'urgences par hôpital.	73
Figure IV.7	Graphe représentant la satisfaction des usagers de l'espace, l'aménagement, l'ambiance, fonctionnement, déplacement en fonction de l'espace avant et après modification et en fonction de l'hôpital.	74
Figure IV.8	Graphe représentant les critères de jugements des sentiments ressentis de façon général par hôpital	74
Figure IV.9	satisfaction par catégorie d'usagers	75
Figure IV.10	satisfaction par tranche	75
Figure IV.11	satisfaction par sexe	75
Figure IV.12	satisfaction par nombre de fréquentation	75
Figure IV.13	Schéma présentant la satisfaction de confort dans le service d'urgences des deux hôpitaux	76
Figure IV.14	diagramme présentant le critère du jugement de confort olfactif par hôpital.	77
Figure IV.15	la provenance de son par hôpital	78
Figure IV.16	diagramme représentant les sources des bruits intérieurs.	78
Figure IV.17	diagramme représentant les sources des bruits intérieurs	79
Figure IV.18	Radar représentant la relation entre le confort visuel de l'espace et la luminosité	80
Figure IV.19	organigramme représentant les critères de jugement de confort lumineux	81

Figure IV.20	diagramme représentant les critères influençant sur l'appréciation du confort thermique par hôpital.	83
Figure IV.21	Graphe représentant la satisfaction des usagers de l'espace, l'aménagement, l'ambiance, fonctionnement, déplacement en fonction de l'espace avant et après modification et en fonction de l'hôpital	84
Figure IV.22	schéma représentant les facteurs de jugement de l'espace avant et après les modifications	85
Figure IV.23	schéma représentant l'aménagement avant et après les modifications	85
Figure IV.24	schéma représentant l'ambiance avant et après les modifications	86
Figure IV.25	schéma représentant le fonctionnement les modifications	87
Figure IV.26	schéma représentant les facteurs influençant sur le fonctionnement du service d'urgence	87
Figure IV.27	schéma représentant les critères de jugement du déplacement au sein du service d'urgence avant et après les modifications.	87
Figure IV.28	schémas représentant les éléments de caractérisation de l'espace au sein du service d'urgence avant et après les modifications.	88
Figure IV.29	schémas représentant les éléments qui qualifient l'aménagement au sein du service d'urgence avant et après les modifications	89
Figure IV.30	schéma représentant l'ambiance avant et après les modifications	89
Figure IV.31	schéma représentant le fonctionnement les modifications.	90
Figure IV.32	schéma représentant les facteurs influençant sur le fonctionnement du service d'urgence	90
Figure IV.33	schéma représentant les critères de jugement du déplacement au sein du service d'urgence avant et après les modifications.	91

Liste des tableaux

N° du tableau	Titre	Page
Tableau I.1	Les 3 types d'hôpitaux selon leur fonction et leur situation.	9
Tableau I.2	Les avantages et les inconvénients des typologies d'hôpitaux à travers le temps.	15
Tableau II.1	Élément influençant sur l'expérience et le vécu	23
Tableau II.2	Familles lumion-spatiales	25
Tableau II.3	Type d'usagers	27
Tableau II.4	Types de contexte déterminant les ambiances	28
Tableau II.5	Facteurs influençant sur l'ambiance	30
Tableau III.1	La grille d'analyse	33
Tableau III.2	Les qualités spatiales de l'espace d'urgence du CHU de Sétif	56
Tableau III.3	Qualités visuelles de l'espace d'urgence du CHU de Sétif.	57
Tableau III.4	Les propriétés métriques de l'espace d'urgence du CHU de SETIF	58
Tableau III.5	Les qualités spatiales de l'espace d'urgence de l'hôpital d'El Eulma	61
Tableau III.6	Les qualités visuelles de l'espace d'urgence de l'hôpital d'el-Eulma.	63
Tableau III.7	Les propriétés métriques de l'espace d'urgence de l'hôpital d'El-Eulma	63
Tableau III.8	Analyse comparative des urgences d'El-Eulma, avant/après modifications	66
Tableau III.9	Analyse comparative des urgences du CHU de Sétif, avant/après modifications	67
Tableau IV.1	Tableau présentant la satisfaction de l'espace dans le service d'urgences des deux hôpitaux	68
Tableau IV.2	Tableau présentant la satisfaction de l'espace dans le service d'urgences des deux hôpitaux	70
Tableau IV.3	Tableau présentant le critère qui qualifié les matériaux de l'enveloppe de service d'urgence dans les deux hôpitaux.	72
Tableau IV.4	Raisons du jugement de l'aménagement de service d'urgences par hôpital	72
Tableau IV.5	Sentiments ressenties.	74
Tableau IV.6	Satisfaction de l'espace avant et après les modifications dans le service d'urgence des deux hôpitaux	74
Tableau IV.7	Tableau présentant la satisfaction de confort dans le service d'urgences des deux hôpitaux	76
Tableau IV.8	Tableau présentant le critère du jugement de confort olfactif par hôpital.	77
Tableau IV.9	La provenance de son par hôpital.	78
Tableau IV.10	Tableau représentant les sources des bruits intérieurs.	79
Tableau IV.11	Tableau représentant la relation entre le confort visuel de l'espace et la luminosité.	80
Tableau IV.12	Tableau représentant les critères de jugement de confort lumineux.	82
Tableau IV.13	Tableau diagramme représentant les critères influençant sur l'appréciation du confort thermique par hôpital.	83
Tableau IV.14	Satisfaction de l'espace avant et après les modifications dans le service d'urgence des deux hôpitaux	84
Tableau IV.15	Tableau représentant les confrontation des résultats de l'enquête.	89

Liste des abréviations

CHU	Centre hospitalier universitaire
CPTS	Centre psychiatrique de Tours Sud
CPU	Clinique Psychiatrique Universitaire
IFPS	Institut de Formation des Professions de Santé
IOA	Infirmier organisateur de l'accueil
MAO	Médecin d'Accueil et d'orientation
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAO	Poste d'accueil et d'orientation
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAUV	Salle d'accueil des urgences vitales
SU	Service Urgence
UHCD	Unité d'Hospitalisation de courte durée

Chapitre Introductif

Introduction:

« L'Architecture Est la forme physique qui enveloppe la vie des hommes dans toute la complexité de leurs relations avec leur milieu » Jean Renaudie.

Les premiers hommes ont construit leurs maisons juste pour l'abri, alors ils ont créé un toit. Avec le temps et grâce à leurs **expériences**, ils ont commencé à séparer les espaces à l'intérieur (espace pour détente, espace pour manger, espace pour dormir). **Vivre** dans cette structure spatiale plus longtemps les a poussés à traiter chaque **espace** de manière qu'ils soient le plus conforme à leurs espérances (le séjour doit être suffisamment grand pour les meubles et la circulation des gens, un couloir assez large pour les utilisateurs de fauteuil roulant...). C'est à partir de ces **expériences vécues** que les hommes ont pu développer chaque **espace vécu** en inventant à chaque fois de nouveaux éléments qui s'adaptent et qui répondent à leurs besoins, à leurs exigences qui ne cessent de s'accroître.

Aujourd'hui tout projet, quoiqu'il soit architectural où urbain est pensé et conçu pour son usager, pour un **usage** particulier que l'**usager** lui attribuera par la suite, une maison pour une famille (pour s'y loger, donc elle sert à dormir, manger, reposer...), une école pour les étudiants et enseignants... (Étudier, enseigner, éduquer...). Paradoxalement on trouve que le type d'usagers dépend de l'usage du bâtiment, exemple un hôpital qui est conçu pour soigner les malades. L'architecte étant l'acteur principal dans la conception du projet, se trouve dans l'obligation de comprendre avant d'entamer chaque réalisation non seulement le fonctionnement, mais aussi connaître le **type d'usagers** qui utilisera par la suite le projet en question. Donc, il ne suffit pas de savoir l'usage d'un bâtiment pour le concevoir, mais aussi le type d'usagers. N'était-il pas important de le privilégier et de prendre ce dernier en considération plus que n'importe quel paramètre dans chaque projet?

Un hôpital dont sa fonction principale est de soigner, est conçu pour répondre aux besoins des malades, mais les malades ne sont pas les seuls usagers de cet espace, c'est-à-dire fait aussi pour ceux qui assure les soins. Tant d'usagers à prendre en considération, leurs diversité n'est pas le seul paramètre responsable de la dramatisation de ce lieu, en effet l'état psychologique dont le quel peut se trouver un malade ou un accompagnateur de malade ou même un membre du personnel peut être du pas seulement à l'état critique du malade mais aussi à la complexité du fonctionnement des différents services, qui doivent non seulement répondre aux besoins fonctionnels, mais aussi aux besoins moraux de ces usagers, ces donc l'ensemble de ces paramètres qui contribuent à l'image déplaisante et désagréable que donne ce lieu.

1. Problématique:

L'hôpital qui est synonyme de fonctionnalité plus qu'autre chose, est un espace où la beauté n'est pas le principal paramètre de sa conception, mais plutôt le confort et la satisfaction de ses usagers, sans oublier les besoins médicaux, parce qu'il s'agit non seulement, de veiller à la coordination entre ses différents services, mais aussi d'offrir les bonnes conditions pour le personnels et pour les malades, sachant que leurs expériences et leurs vécus les rendent plus exigeant. Afin de mieux aider un architecte, un concepteur à réussir une conception d'un hôpital, nous avons choisi comme problématique l'étude de l'expérience et du vécu de ses usagers dans toute leur complexité.

- **Alors par quel moyen peut-on caractériser et qualifier les expériences et le vécu des usagers au sein de l'hôpital?**

Problématique spécifique:

Avec tous les progrès ; technologique, médical, architectural...le service d'urgence de l'hôpital d'aujourd'hui reste un service délicat, car c'est un service là où des milliers de vies se jouent quotidiennement, un service où l'intervention de la part de personnel soignant, la prise en charge des malades, les relations entre personnel et malade ou accompagnateurs, leurs déplacements, tout doit se faire d'une manière immédiate, rapide, ou tout simplement urgente et le plus efficacement possible.

- **Alors, dans un espace aussi délicat aussi sensible, par quel moyen peut-on caractériser et qualifier les expériences et le vécu des usagers au sein du service d'urgence?**

2. Hypothèses:

Notre recherche est consacrée essentiellement sur la caractérisation et la qualification de l'expérience et du vécu des usagers dans l'espace des urgences au sein de l'hôpital. Donc, pour apporter des éléments de réponse à cette problématique et aux interrogations citées ci-dessus, nous soutiendrons l'hypothèse suivante:

La caractérisation de l'espace et l'implication des usagers et de l'espace semble être un moyen afin de caractériser et de qualifier leurs expérience, et leurs vécu au sein des urgences.

3. Objectifs:

- Comprendre la notion d'expérience et les différents facteurs qui l'influencent.
- Vérifier l'apport de l'utilisateur dans la qualification de l'expérience.
- Déterminer les critères de caractérisation du vécu des usagers.
- Déterminer les facteurs et les critères de qualification de l'ambiance.
- Définir et identifier les éléments qui influencent sur la perception de la qualité du vécu des usagers, et pouvoir en tant qu'architecte trouver des pistes afin d'agir positivement sur leurs vécus.
- Cerner les problèmes que rencontrent les usagers dans les urgences.
- Caractériser le vécu et l'expérience des usagers au sein des urgences.

4. Méthodologie d'approche:

Après avoir effectué la recherche bibliographique et avoir cerné le fond de la recherche théorique sur le service d'urgence et ses spécificités ainsi sur le vécu et l'expérience, nous allons passer au volet pratique pratique afin de répondre plus précisément à notre problématique cité ci-dessus, pour cela nous allons procéder par une méthode d'approche qui s'appuie sur une:

- **Approche analytique, descriptive et comparative:** dans le but de caractériser l'espace, on va effectuer une analyse du cas d'étude (service d'urgence), basé sur l'observation en situation et les photos.

• **Enquête par questionnaire:** cette enquête consiste à questionner 120 personnes dont 60 personnes par chaque service des urgences des deux hôpitaux (CHU de Sétif, et hôpital d'El-Eulma) dans le but d'impliquer les usagers, durant une période allant de 08/12/2016 jusqu'au 29/12/2016, période qui coïncide avec la durée autorisée par les responsables de chaque hôpital.

• **Confrontation des résultats:** cette confrontation va concerner les résultats de l'approche analytique et descriptive, et les résultats du questionnaire traité par le logiciel « SPHINX », et par la suite on va déduire les constats et les synthèses générales de notre enquête.

A ce propos et à travers le troisième chapitre, on va donner plus de détails sur la méthode d'approche adoptés tout au long de notre recherche.

5. La structure du Mémoire:

La présente recherche est structurée de la manière suivante:

Chapitre introductif:

Ce chapitre va introduire les notions générales sur les mots clés de la présente recherche, et il va englober la problématique, les hypothèses, les objectifs, la méthodologie d'approche et la structure du travail.

Volet Théorique: composé de deux chapitres:

Il s'agira de traiter les concepts de la problématique et les diverses controverses qui l'entourent.

Premier chapitre: L'hôpital et l'espace hospitalier des urgences:

Dans ce chapitre, on va élaborer la question du service d'urgence de l'hôpital, afin de comprendre pourquoi et à quel moment le service d'urgence a pris part dans l'évolution des typologies des hôpitaux, ainsi de comprendre le rôle et le fonctionnement des urgences.

Deuxième chapitre: la place de l'espace et des usagers dans la caractérisation et la qualification de l'expérience et du vécu:

Dans ce chapitre, on va s'intéresser aux différentes notions qui englobent notre thème de recherche à savoir la notion d'expérience, du vécu, d'espace, et d'usagers afin de déterminer les rapports relationnels et existentiels entre ces concepts.

Volet Pratique: composé de deux chapitres:

Troisième chapitre: Méthodologie d'approche et analyse descriptive du corpus d'étude:

Ce chapitre traite deux grandes parties. La première correspond à la méthodologie d'approche choisie, tandis que la seconde sera réservée à l'analyse descriptive du corpus d'étude.

Quatrième chapitre: application des résultats:

Ce chapitre est consacré à l'analyse des résultats obtenus par le logiciel « SPHINX », à la confrontation, et à la déduction des synthèses.

Conclusion générale.

Les limites de la recherche: par manque de temps, difficulté d'accessibilités et de travail au sein des hôpitaux, manque de données et du support dans les autres services et autres structures, le temps résumé à la recherche, notre travail a traité uniquement le service des urgences.

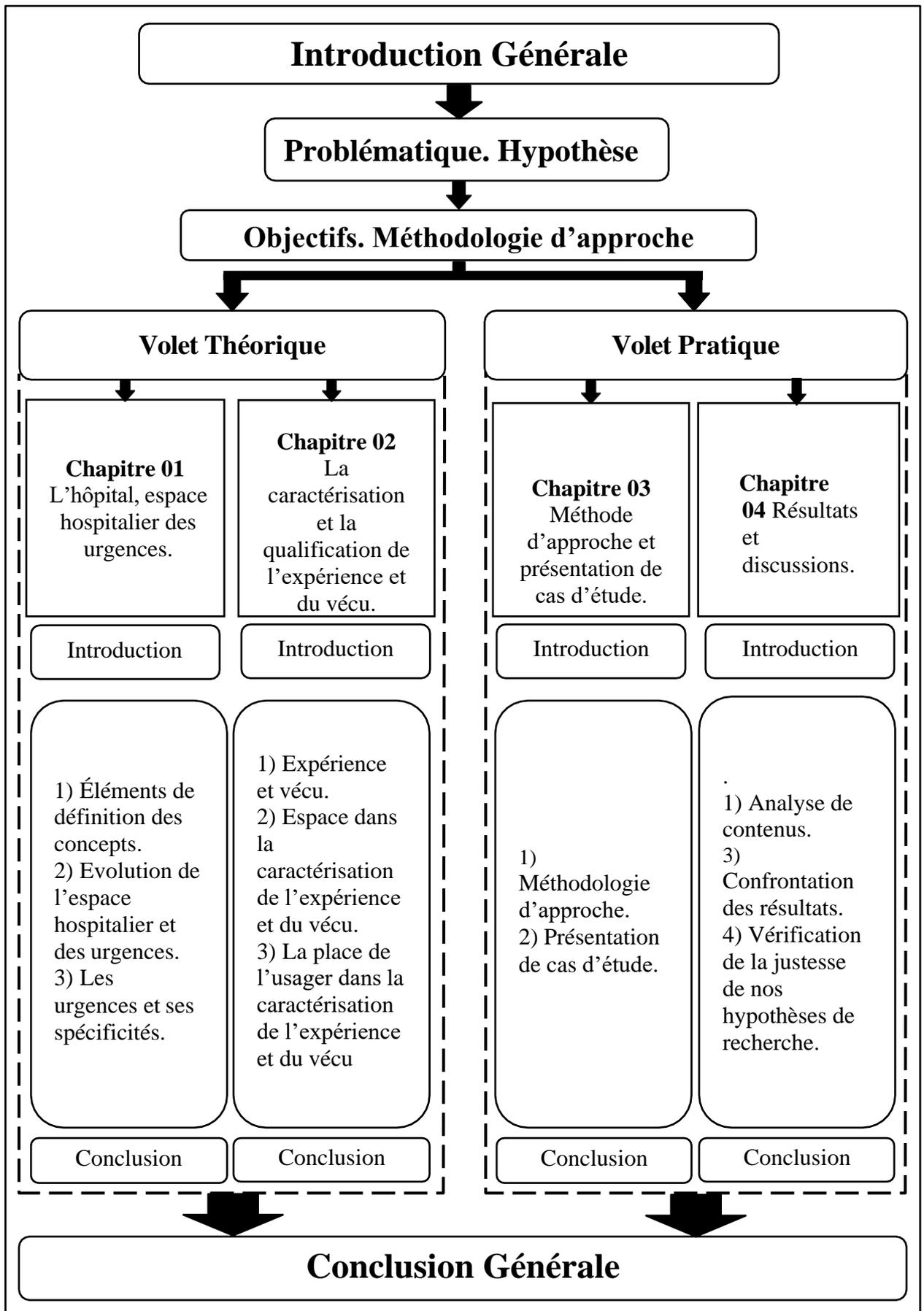


Figure 01 : schéma de synthèse de la structure de notre recherche.
Source: (Auteurs, 2017)

Chapitre I

L'hôpital, et l'espace hospitalier des urgences

*« Un hôpital. C'est l'endroit où tu
es le plus en sécurité. Pourtant,
c'est l'endroit où il y a le plus haut
taux de mortalité »*

Clément Gaumont

Introduction

Les premières structures hospitalières comptaient plus de prêtres que de médecins, et ça dans des sanctuaires divins qui traitaient un nombre important de maladies. Aujourd'hui on ne compte plus les immenses hôpitaux dans le monde. En effet, les techniques évoluent, les soins s'améliorent, le secteur hospitalier n'a pas cessé d'évoluer au fil du temps en s'adaptant aux nouvelles exigences des soins de santé et aux attentes du patient (Anja, Katelijn, Lefebvre, 2013). Dans ce premier chapitre on va essayer de comprendre et d'expliquer pourquoi et à quel moment les services d'urgence ont pris part dans l'évolution des typologies d'hôpitaux, afin de mieux comprendre le rôle et le fonctionnement de ce service. Et ceci en commençant par définir les notions « hôpital » et « urgence » puis on donnera un aperçu historique.

I.1. Éléments de définition des concepts:

Ce chapitre s'introduit par des définitions sur la notion d'hôpital, l'espace hospitalier, ainsi que la notion d'urgence et le service d'urgence.

I.1.1. Définition de « L'hôpital »:

« L'hôpital par définition est un établissement public ou privé, où sont effectués tous les soins médicaux et chirurgicaux. Il assure également des fonctions d'enseignement (cas des CHU) et de recherche qui ne doivent pas être isolées ni séparées. Il devient aujourd'hui un véritable équipement urbain. »¹

Deux définitions selon l'OMS: *« L'hôpital est un établissement desservi de façon permanente par au moins un médecin et assurant aux malades, outre l'hébergement, les soins médicaux et infirmiers ».* *« L'hôpital est l'élément d'une organisation de caractère médical et social dont la fonction consiste à assurer à la population des soins médicaux complets, curatifs et préventifs, et dont les services extérieurs irradiant jusqu'à la cellule familiale considérée dans son milieu, c'est aussi un centre d'enseignement de la médecine et de recherche bio-sociale ».²*

I.1.2. Définition de « Espace hospitalier »:

L'espace hospitalier dans un premier lieu est un espace architectural qui doit répondre aux besoins de tous les usagers (malades, visiteurs, accompagnants, personnels, médecins) au sein d'une structure hospitalière. En outre il est considéré comme un espace dans lequel un ensemble de services médicaux spécialisés regroupés au sein d'un hôpital assurés par des médecins de divers spécialités. Ces services sont dirigés par des chefs de service hospitalier ou coordonnés par un chef de pôle hospitalier d'activité.³ En effet l'espace hospitalier peut se présenter sous forme de deux types : les espaces typiques et les espaces atypiques (Bouandes, 2008).

¹Site web disponible sur: <http://dictionnaire.sensagent.leparisien.fr>. [Consulté le 23/10/2016]

²BRIDGMAN Robert-Frédéric, « HÔPITAL », p 1-13. Encyclopédie Universalis disponible sur: <http://www.universalis.fr/encyclopedie/hopital/3-l-organisation-hospitaliere-contemporaine/>. [Consulté le 02/11/2016].

³Site web disponible sur: <http://sante-medecine.journaldesfemmes.com/faq/45096-service-hospitalier-definition>. [Consulté le 02/11/2016].

I.1.2.1. Les espaces typiques:

Ce sont les espaces normalisés et réglementés, dont les ratios et les normes de conception, de réalisation sont calculés en fonction du nombre de la population concernée et ses besoins et les conditions de confort et de bien être nécessaires. Ils représentent tous les espaces d'hospitalisation comme: Salles d'examens, bureaux personnels, hébergements, espaces technique, salle de préparation des soins, espace de soin et de surveillance, espace d'intervention (Bouandes, 2008).

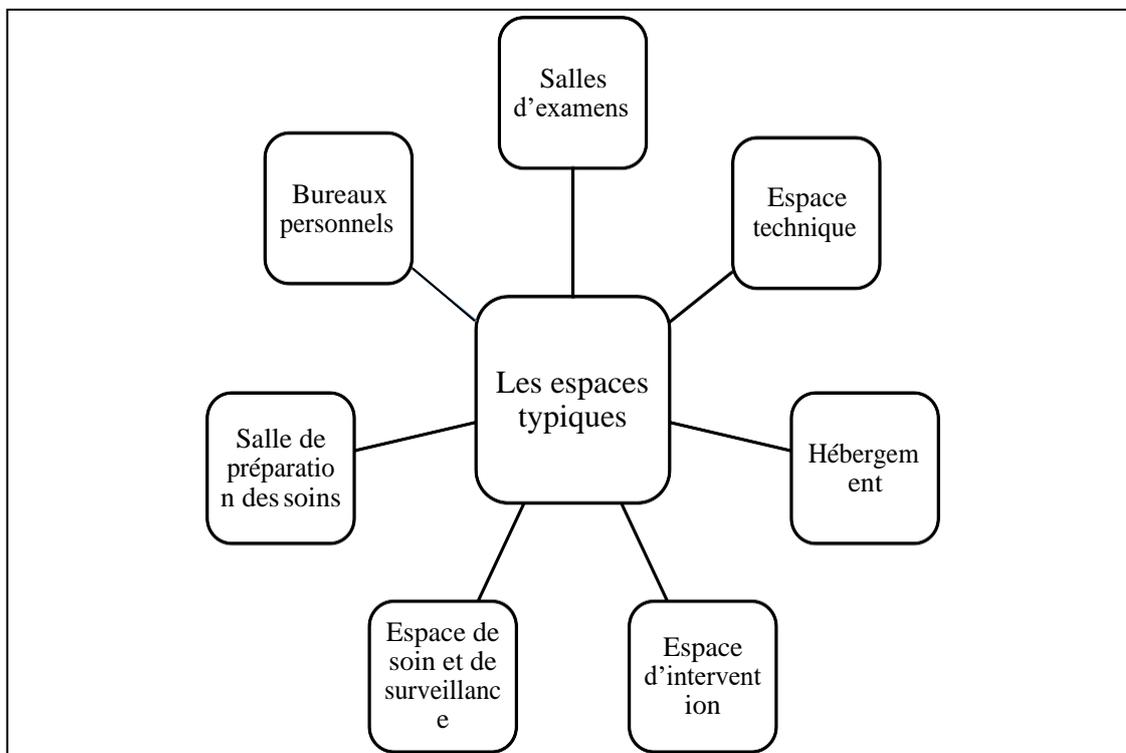


Figure I.1 : Organigramme des espaces typiques.

Source: (Cité par Bouandes, 2012, repris par auteurs, 2016).



Figure I.2 : Vue d'une salle d'opération du Pavillon Gabriel de l'hôpital Tenon à Paris.

Source: (FERMAN, 1999).



Figure I.3 : Chambre de malade du centre de médecine physique et de réadaptation à Ploemeur.

Source: (FERMAND, 1999).

I.1.2.2. Les espaces atypiques:

Ce type des espaces hospitaliers se caractérise par la non-codification de ces espaces par des contraintes normatives et réglementaires quant à la conception, mis à part à la condition d'éclairage et de l'ambiance lumineuse, comme le seuil d'éclaircissement des salles d'attente à respecter. Ce sont Les espaces destinés à l'accueil, l'attente, l'orientation spatiale, la détente, le loisir, et l'écoute ... etc.

Ils peuvent être intérieurs ou extérieurs. Ils peuvent se présenter sous formes de: Hall d'accueil, salle d'attente d'un séjour familiale, les espaces verts, les jardins, les patios, les terrasses, les galeries publiques et coursives (Bouandes, 2008).

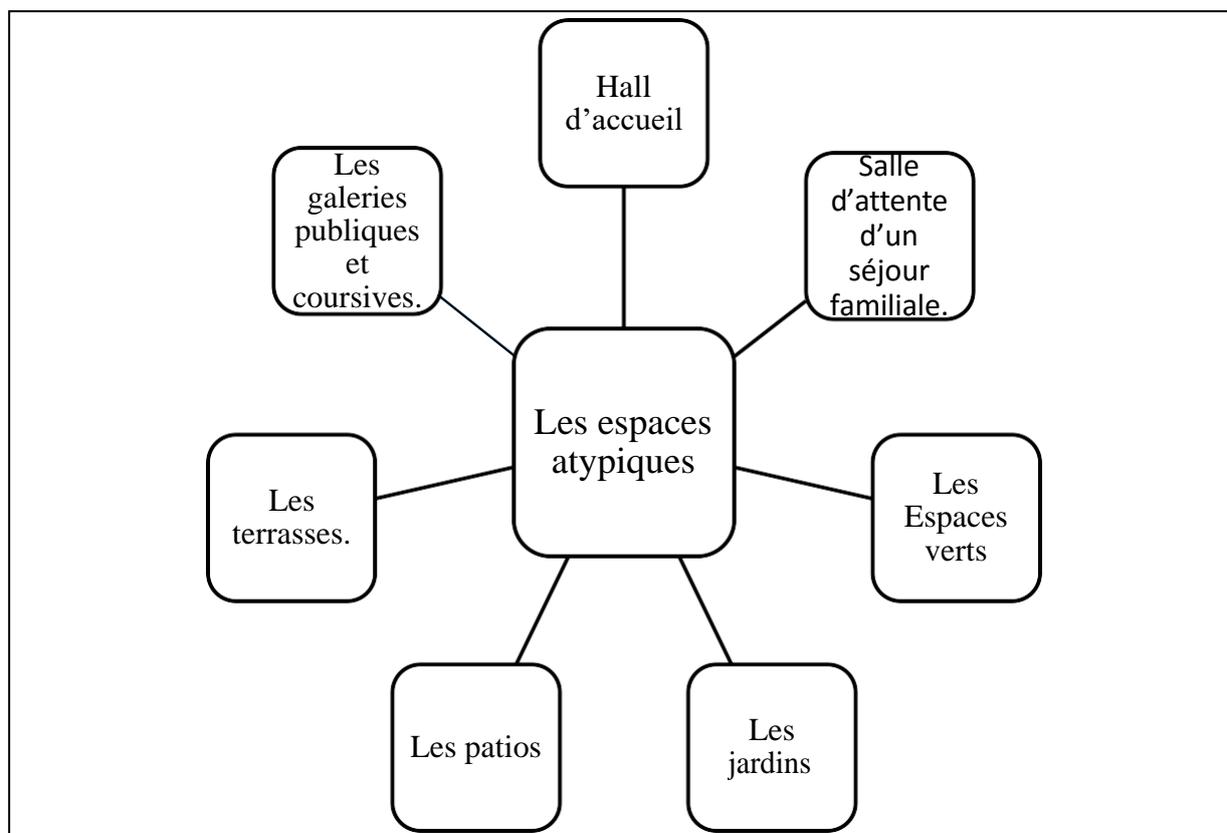


Figure I.4 : Organigramme des espaces atypiques.

Source : (Cité par Bouandes, 2012, repris par auteurs, 2016.)



Figure I.5 : Vue de la circulation qui traverse le « Deck » au niveau rez-du-rue de Hôpital général de Mantes-la-Jolie. Source: (FERMAND, 1999).



Figure I.6 : Hall d'accueil de Pavillon de la femme et de l'enfant de l'hôpital la beauché à Saint-Brieuc. Source: (FERMAND, 1999)

I.1.3. Définition de la notion « d'urgence »:

Le terme « urgence » provient du mot latin « URGERE » qui signifie « presser » ou se « Presser » ou encore « pousser à agir ». Selon le dictionnaire encyclopédique Larousse, le mot urgence se définit comme « Situation particulière impliquant une procédure accélérée » (Larousse, 1979).

En pratique médicale, la définition de l'urgence est tout ce qui est à l'origine d'une situation clinique imprévue: une douleur aigue, une anxiété, un malaise, un traumatisme, une détresse médicale, sociale ou psychologique (Benatia, 2008).

Donc l'urgence est tout état critique inattendu qui nécessite une intervention immédiate.

I.1.4. Définition du « service d'urgence »:

Le service d'urgences représentent le service hospitalier chargé d'accueillir, ainsi de prendre en charge les malades et les blessés qui ont besoin de soins rapide qui se présentent d'eux-mêmes ou sont amenés par les services de secours (pompiers...).⁴ ainsi le service d'urgence représente la qualité d'une situation qui commande le déploiement rapide de moyens efficaces pour y répondre, mais aussi des services où sont pratiqués des soins d'importance immédiate où l'on se pose comme objectif de pouvoir traiter des symptômes en un minimum de temps (Benatia, 2008).

Donc c'est un service qui reçoit des personnes dans un état critique qui doivent être soigné dans l'immédiat tout en étant efficace sur l'intervention quel que soit la gravité du cas.

I.2. Evolution de l'espace hospitalier et des urgences à travers l'évolution des typologies des hôpitaux:

« L'hébergement et le traitement des pauvres, des malades et des invalides sont apparus, d'une part, dans les pays où les grandes religions (bouddhisme, christianisme et islam) se sont affirmées, et, d'autre part, aux périodes de prospérité économique et de développement du droit. À partir de ces pays, l'institution hospitalière s'est répandue dans d'autres régions qui étaient soumises à leur influence politique ou culturelle » (Mohammedi, 2015).

La construction actuelle des hôpitaux, tant sur le plan architectural que fonctionnel, et ceci vient de plusieurs siècles d'expérience. En effet, il existe un nombre important de tentatives pour améliorer les centres d'accueils permettant d'offrir des soins efficaces et adaptés aux usagers. Aussi avant de décrire l'hôpital d'aujourd'hui, il faudrait d'abord s'intéresser aux origines de ses différentes composantes (Mohammedi, 2015).

I.2.1. La période antique:

Les hôpitaux dans le monde antique venaient sous forme de sanctuaire dédié aux divinités guérisseuses dont les malades venaient implorer leur dieu pour les guérir.

En Mésopotamie: la plus importante part de la médecine était dispensée au domicile du patient, la famille se chargeait de donner les soins prescrits et les temples n'étaient que de simples lieux de diagnostic (Mohammedi, 2015).

Dans l'antiquité grecque: Durant cette période, Un Asclepeion qui était un temple curatif, sacré au dieu Asclepius, le Dieu grec de Médecine. Ces temples de guérison étaient un endroit où les patients visiteraient pour recevoir soit un traitement ou une sorte de guérison, que ce soit physique ou spirituelle.⁵

⁴Site web disponible sur: www.hopital.fr/Droits-demarches/Vos-demarches/Les-urgences/Ce-que-vous-devez-savoir-sur-les-services-d'urgence. [Consulté le 08/11/2016].

⁵The Greek Travel guide. Disponible sur: <https://www.justgreece.com/>. [Consulté le 25/10/2016].

Les romains: Quant à eux ils ont apporté des contributions originales dans le domaine de la santé publique et de l'hygiène, et cela par la réalisation de thermes dans les villes afin de garantir l'hygiène, la relaxation et l'épanouissement. (Mohammedi, 2015).

La Rome impériale la première forme rudimentaire d'établissements de soins loin des temples fait son apparition sous le nom de « Valetudinana » réalisés dans les campements militaires. L'architecture de ces derniers se caractérise par un couloir central le long duquel étaient disposées de part et d'autre de petites chambres dont la capacité est de 4 à 5 personnes. Ce sont des établissements dont la structure spatiale est voisine à celle des hôpitaux de l'époque moderne (Mohammedi, 2015).

A cette période de l'histoire, on n'évoquait pas encore la notion d'urgence ce qui ne veut pas forcément dire qu'on traitait pas les cas d'urgence.

1.2.2. Période moyen âge VI-XIV siècle

: I.2.2.1. Dans le monde occidental :

A cet âge, il y avait trois types d'hôpitaux qui sont: Les hôtels Dieu, les hospices, les maladreries.

- **Les hôtels Dieux:** qui sont des maisons d'accueil des pauvres et des malades situés au cœur des villes à partir du VI siècle (Ferland, 1999).

A l'ombre des cathédrales leurs chapelles étaient remarquables par leur ornementation et leurs dimensions, parfois presque à l'égal des salles de malades. (Mohammedi, 2015).

Dans l'hôtel-Dieu l'ensemble des installations présentait un caractère de tristesse avec des conditions générales de confort très contestables. Il semblerait que les salles de malades ressemblaient à des chapelles et les malades étaient entassés à trois ou quatre par lit.



Figure I.7 : Gravure hôtel dieu. Source: (FERMAND, 1999).

- **Les hospices:** s'implantaient aux entrées des villes. Ce sont des maisons destinées à l'accueil des voyageurs et des pèlerins (Ferland, 1999).
- **Les maladreries ou léproseries:** construites à l'écart des villes, enfermaient des lépreux, tenus à l'écart des vivants. La couleur rouge de leurs façades les marquait comme des lieux interdits de la mort (Ferland, 1999)

Le type	La situation	La fonction
Hôtel-Dieu	Au cœur des villes	Accueil des pauvres et des malades
Les hospices	A l'entrée des villes	Accueil des voyageurs et des pèlerins
Les maladreries	A l'écart des villes	Enferment des lépreux à l'écart des vivants.

Tableau I.1 : Les 3 types d'hôpitaux selon leur fonction et leur situation. (Auteurs, 2016).

I.2.2.2. Dans le monde musulman:

Les bîmâristâns, les mâristâns ou maisons des malades, représentent les hôpitaux du monde arabe apparus à partir de VIII^{ème} siècle.

Le terme « bîmâristân » est un mot persan composé de deux éléments, « bimar » qui signifie malade et « Stan » qui désigne le lieu, suivant une conception bien établie, le bîmâristân comprenait deux pavillons, doté chacun d'un personnel et des équipements nécessaires à son fonctionnement. Chaque pavillon était également doté de plusieurs salles spacieuses et agréables, réparties selon la nature de l'intervention médicale en plus de la séparation de sexe et de l'âge (Driss, 2012).

En effet comme l'indique le terme mâristân qui dans l'arabe dialectal marocain fait référence à l'asile des aliénés mentaux, certains hôpitaux étaient des lieux d'enfermement des handicapés pauvres et des malades atteints d'épidémies contagieuses, quand ce n'étaient pas tout simplement des prisons réservées aux malades mentaux dangereux (ANDR Épecker, 1994).

A cet âge, on assiste alors à l'apparition pour la première fois de la notion d'urgence avec l'intégration d'un service d'urgence dans l'hôpital, ce service était une infirmerie pour les soins d'urgences aux blessés légers (Driss, 2012).

I.2.3. Période de la renaissance XV-XVII siècle:

Deux types d'hôpitaux ont marqué l'époque de la renaissance, on assista à l'apparition de L'hôpital croix et l'hôpital cour.

- **XV^{ème} siècle, l'hôpital croix:**

Ospidale, Maggiore à milan, basé sur l'ordonnancement de galeries couvertes et de bâtiments linéaire abritant les salles des malades, formé à partir de 3 formes simples: la croix, le carré et l'équerre.

Le caractère innovateur s'exprime pleinement par les réponses d'avant-garde qu'il apporte à des principes d'hygiènes et de fonctionnement et un dispositif d'assainissement très évolué. Chaque corps de bâtiment constituait le bras d'une croix et délimitait un espace central: une cour carrée ou rectangulaire. La disposition d'ensemble symétrique centrée sur l'axe entrée-chapelle [figure 2] (Ferman, 1999).

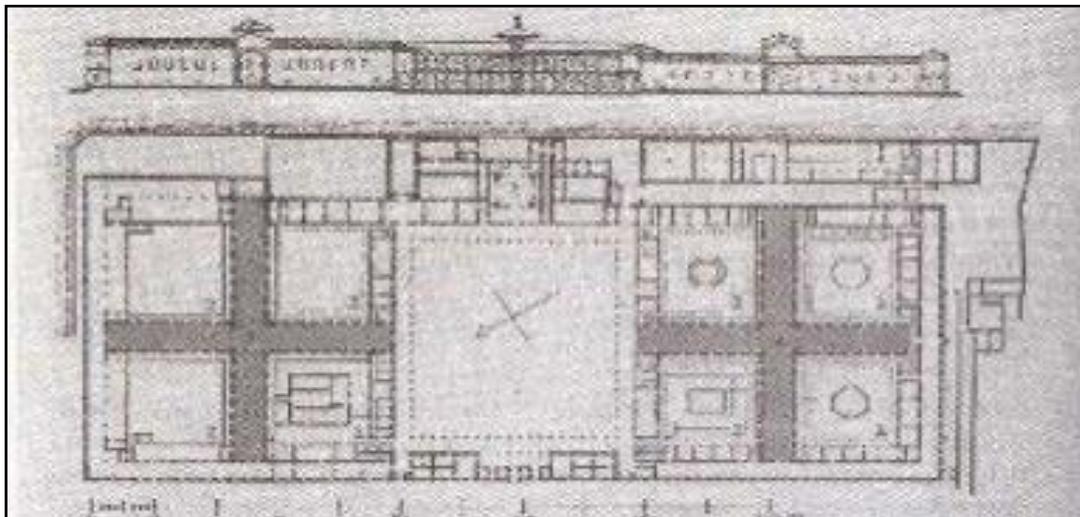


Figure I.8: Plan de l'hôpital Ospidale, Maggiore à milan.
Source: (FERMAND, 1999).

- **XVIIème siècle, l'hôpital cour:**

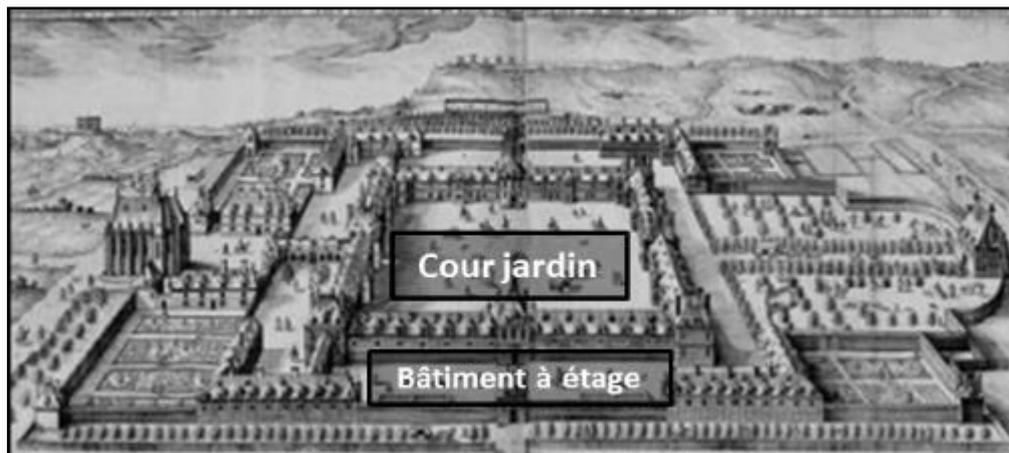


Figure I.9 : Hôpital Saint Louis 1608. Source : (FERMAND, 1999).

Hôpital Saint Louis, d'un plan carré de 120m de côté composé de bâtiments à un étage ferment un jardin clos, cerné par une double enceinte de protection.

A l'origine l'objectif de l'hôpital des pestiférés était de faire face à des épidémies de peste et avait pour vocation initial la protection accrue des malades face aux risques de contagion (Ferland, 1999). Durant cette période le développement des hôpitaux s'est fait par l'introduction de nouvelles formes architecturales dans lesquelles des mesures de protection contre la propagation de la maladie par l'isolement total par la double enceinte et leur dotation de cours intérieures ou galeries (Ferland, 1999).

Dans le monde occidental la notion d'urgence n'apparaît pas encore, même si chez les bîmâristâns du moyen âge cette notion existait déjà. Leur préoccupation était basée beaucoup plus sur les maladies contagieuses et les épidémies qui faisaient rage à l'époque.

1.2.4. Hôpital pavillonnaire XVIIIème et XIXème siècle :

Cette période a connu l'apparition du **royal naval Plymouth en grand Bretagne** qu'avait découvert J.R.Tenon construit par l'architecte Rovehead ouvert en 1764, cet hôpital, véritable précurseur de l'hôpital pavillonnaire comporte une dizaine de pavillons à deux étages nettement séparés une galerie à l'air libre relie l'ensemble d'un jardin de forme carré. Selon le constat 1814 : cette composition a permis la diminution de moitié de la mortalité des blessés installés dans les bâtiments provisoires séparés (Ferland, 1999).

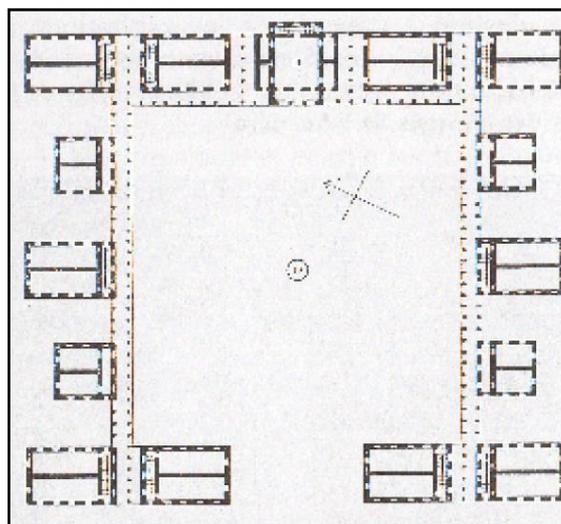


Figure I.10 : Plan type de l'hôpital pavillonnaire. Source : (FERMAND, 1999)

□ Model Tenon :

Conçu par l'architecte Bernard Poyet (1742-1824) à partir des idées de Jaque René Tenon (ce modèle a inspiré plus tard les hôpitaux pavillonnaires. Le principe de conception était que les

dispositions intérieures cherchent à éviter les risques de contagion et d'infection, la séparation des différentes pathologies, circulation et assainissement de l'air constituent le progrès essentiel (Ferland, 1999).

- **Les mini-hôpitaux :**

Louis Pasteur les démontre les dangers des théories aëristes, et avec elles, ceux de « l'architecture pneumatique ». La découverte du monde microbien et des méthodes d'antisepsie, puis d'asepsie (les techniques de stérilisations), font très vite tomber les certitudes du modèle Tenon et ses implications architecturales. Ces nouvelles conceptions se traduisent par une fragmentation et une autonomie plus importante des bâtiments, devenus dès lors des unités indépendantes, des « mini-hôpitaux » répartis en fonction des pathologies. Ils ne sont pas pour autant rejetés hors la ville, au comportement médical (l'infection est considérée comme plus manu portée qu'aéroportée), permettent de diminuer les risques de contamination à l'intérieur comme à l'extérieur : le voisinage de l'hôpital n'est plus synonyme de risque et les villes continuent à se doter d'hôpitaux (Ferland, 1999).

1.2.5. Les Hôpitaux monobloc XX siècle :

Les premiers hôpitaux mono blocs sont nés aux Etats-Unis, dans ce modèle d'hôpital, un certain nombre de principes liés à l'évolution des conceptions médicales et au progrès des techniques de construction en béton et acier ont été développés. Les techniques de ventilation et d'éclairage artificiel participaient au renouvellement de la conception de bâtiments plus compacte et plus épais.

Dans ce type d'hôpitaux y'avait la réduction de l'emprise de sol des établissements, et par rapport au plan économique, le coût de construction était moins élevé que celui d'une construction pavillonnaire. Par rapport au Fonctionnement médical il y'avait l'apparition de la pénicilline, réponse à l'infection, et des techniques médicales qui requièrent le raccourcissement entre les secteurs (Ferland, 1999).

Le niveau de confort avait atteint un niveau plus élevé que les hôpitaux précédents du fait que les chambres accueillent moins de malades, les sanitaires sont devenus souvent intégrés à la chambre des malades mais les jardins et cours ont disparu. L'intérêt dans ces hôpitaux était beaucoup plus centré sur la maladie que le malade en tant que personne souvent terrorisée par cette machine à guérir (Mohammedi, 2015).

L'évolution de la notion d'urgence se fut très vite, situé au début dans le même hôpital, d'abord par nécessité, puis c'est devenu standard, les urgences se font très vite développées,



Figure I.11 : Centre hospitalier universitaire Henri-Mondor à Créteil. Source : (<http://www.ville-creteil.fr/>, [consulté le 30/10/2016])

occupant ainsi des locaux autonome, proprement pour les urgences, avec service d'accueil des urgences, ces services se sont diversifié (Schor, 1994)

1.2.6. Les hôpitaux poly bloc- L'hôpital contemporain:

“Après les années 1980, les concepteurs d'hôpitaux tentent de concilier la fonctionnalité et l'humanisation. L'objectif est de maintenir l'équilibre entre fonctionnalité et cadre de vie” (Hammouni, 2007).

Dans cette période y'avait la séparation des secteurs entre l'hébergement, les services médicaux technique, les services linguistiques, les services administratifs, et les services techniques du bâtiment (Ferland, 1999). Ces hôpitaux évoluent vers la grande taille afin de regrouper l'ingénierie hospitalière. Les mêmes objectifs de fractionnement, de contrôle des distances, d'échelle humaine des unités d'hébergement sont obtenus par des emprises compactes échancrées de redans ou de patios.⁶

Le service d'urgence s'adaptant non seulement au caractère imprévu, mais aussi à la gravité de l'état des malade, ce qui à donner à la naissance d'un service médicale, chirurgicale, et très récemment pédiatrie (Schor, 1994).

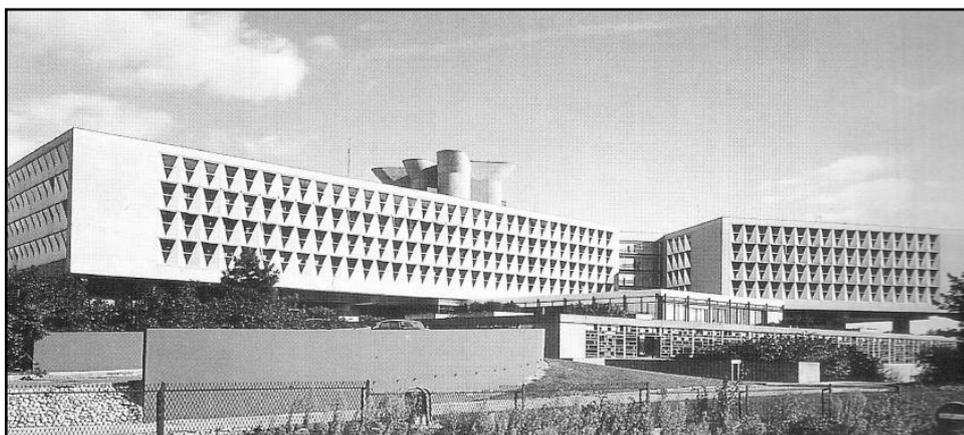


Figure I.12 : L'hôpital Antoine-Béclère à Clamart, Source : (Ferland, 1999)

1.2.7. Les pôles d'excellences :

En pratique, un pôle d'excellence est un regroupement de secteurs, services et unités fonctionnelles sur un territoire ayant des activités de soins, d'enseignement et de recherches communes ou complémentaires. En effet la nouvelle gouvernance hospitalière s'est développée pour la constitution des pôles d'excellences qui visent à améliorer l'organisation des hôpitaux, notamment grâce à une mise en commun de compétences et de moyens permettant de répondre aux besoins des patients.⁷

L'évolution des hôpitaux prend de nouvelles formes d'organisation avec la création des pôles regroupant toutes les disciplines associées au fonctionnement indépendants (Ferland, 2000).

⁶ Revue d'architecture, Hôpital, hospitalité, technique & architecture, 2002, n° 460, p 92-93.

⁷ Les pôles d'activité. Disponible sur : fulltext.bdsp.ehesp.fr/Organismes/Infirmiers/Articles/2007/PolesActivite.pdf. [Consulté le 24 janvier 2017].

Les objectifs de cette nouvelle organisation consistait alors à développer des activités conjointes pour offrir à la population des zones géographiques concernées des soins d'excellence et ce, dans toutes les spécialités médicales ⁸ telles que :

Le Pole gériatrie qui assure la prise en charge des patients de plus de 75 ans, Le pôle Médecine-Urgences qui assure des prises en charge en médecine interne et différentes spécialités, Le pôle femme, enfant, spécialités chirurgicales qui assurent la prise en charge des femmes du début de la grossesse, Le pôle Psychiatrique qui assure la prise en charge psychiatrique et de santé mentale des adolescents et adultesEtc. ⁹

A ce propos le centre hospitalier régional universitaire (CRHU) de Tours est un exemple qui contient 12 pôles d'excellences sur le site de tours, parmi lesquels on site :

- Hôpital Ermitage (Unité pour personnes handicapées vieillissantes)
- Clinique Psychiatrique Universitaire (CPU)
- Centre psychiatrique de Tours Sud (CPTS)
- Institut de Formation des Professions de Santé (IFPS)
- Espace de la Douzillere (pole femme-mère-enfant)
- La Chevalerie (spécialité psychiatrie)

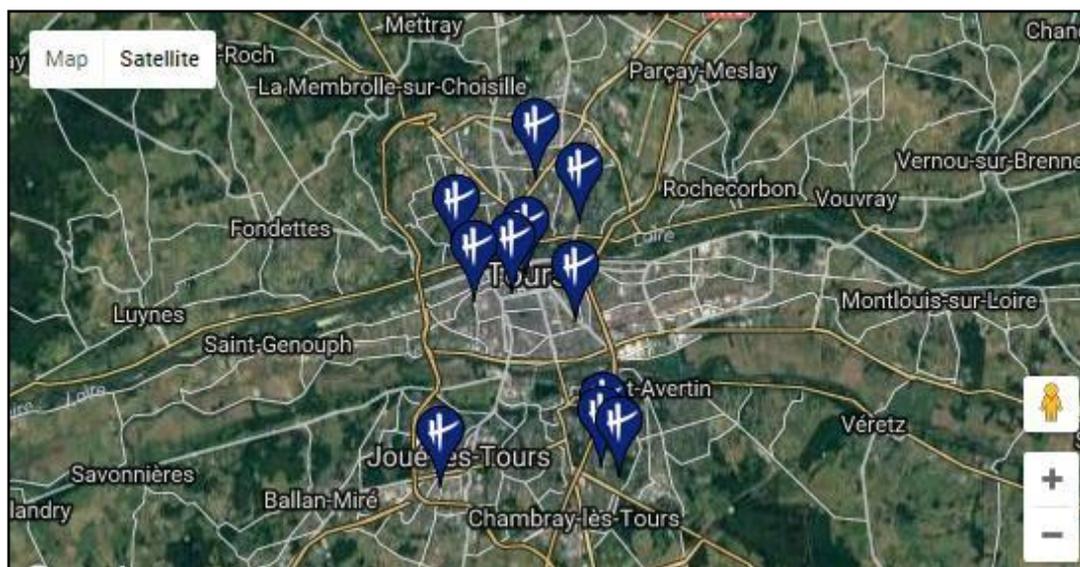


Figure I.13 : Carte des différents pôles du CRHU de tours.

Source : <http://www.chu-tours.fr/sites-du-chu/>, [consulté le 25/01/2017]

⁸ Pôle hospitalier universitaire cœur de Hainaut, partenaires privilégiés à la constitution d'un pôle d'excellence, 2016. Disponible sur :

<http://www.hap.be/cmsfiles/file/NEWS/161118%20%20DP%20%20Pole%20Hospitalier%20Universitaire%20Coeur%20du%20Hainaut.pdf>. [Consulté le 24 janvier 2017].

⁹ Les pôles d'activités médicales et leurs missions. Disponible sur : <http://www.ch-saumur.fr/>. [Consulté le 25 janvier 2017].

I.2.8. avantages, inconvénients et évolution des urgences à travers l'évolution des typologies d'hôpitaux :

	Typologie d'hôpitaux	avantage	inconvénient	Urgences
La période antique	Les hôpitaux venaient sous forme de sanctuaire.	- Contributions originales dans le domaine de la santé publique et de l'hygiène	-Obscurantisme -Les soins étaient à domicile	A cette période de l'histoire, on n'évoqué pas encore la notion d'urgence ce qui ne veut pas forcément dire qu'on traité pas les cas d'urgence.
Moyen âge	Les hôtels Dieux Les hospices Les maladreries	-La mise à l'écart des lépreux -Situation selon la catégorie de malades.	La condamnation des lépreux	Les hôpitaux semblent traiter tous les cas mais la notion d'urgence n'est encore pas évoquée.
	Bîmâristân	-L'enseignement de la médecine -Traitement séparé des malades selon les pathologies et le sexe. - Tout les soins étaient gratuits.	- certains hôpitaux étaient des lieux d'enfermement des handicapés pauvres et des malades atteints d'épidémies contagieuses.	-Une infirmerie pour les soins d'urgences aux blessés légers.
La période de la renaissance X /- VII siècle :	l'hôpital croix. l'hôpital cour.	- Les réponses d'avant-garde qu'il apporte à des principes d'hygiènes et de fonctionnement et un dispositif d'assainissement très évolué -Nouvelles formes architecturales dans lesquelles des mesures de protection contre la propagation de la maladie	-Une concentration des malades de différentes maladies dans un même bloc ce qui augmente le risque de contagion.	Dans le monde occidental la notion d'urgence n'apparaît pas encore, même si cette notion existé déjà chez les bîmâristâns du moyen âge.

XVIIIème et XIXème siècle	Hôpital pavillonnaire et les mini hôpitaux	<ul style="list-style-type: none"> - Les dispositions intérieures cherchant à éviter les risques de contagion et d'infections. - Séparation des différentes pathologies. - Circulation et assainissement de l'air. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cout de construction très élevés. - Une grande emprise au sol. - La distance entre les pavillons est importante ce qui ne favorise pas les soins. 	/
Période contemporaine XX siècle	Hôpitaux monobloc et les hôpitaux poly blocs	<ul style="list-style-type: none"> - Raccourcissement des liaisons entre secteurs. - Bâtiments plus compacte et plus épais. - Cout de construction moins élevé de 40% moins que les hôpitaux pavillonnaire. - Réduction de l'emprise au sol. - Le niveau de confort plus élevé. - Les sanitaires sont devenus souvent intégrées à la chambre des malades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Accueil moins de malades. - Les jardins et cours ont disparus. - Ces hôpitaux étaient beaucoup plus centrés plus sur la maladie que le malade. 	occupant des locaux autonome proprement pour les urgences au rez-de-chaussée entre la radiologie, la réanimation, et les blocs opératoires.
XXI siècle	Les pôles d'excellences	<ul style="list-style-type: none"> - Les pôles d'excellences répondent à un nombre de malade plus important. - Offrir à la population des zones géographiques concernées des soins d'excellence. 	/	Chaque structure contient un service d'urgence L'émergence d'un pôle d'excellence spécialisé en urgence.

Tableau I.2 : Les avantages et les inconvénients des typologies d'hôpitaux à travers le temps.
Source : (Auteur, 2016)

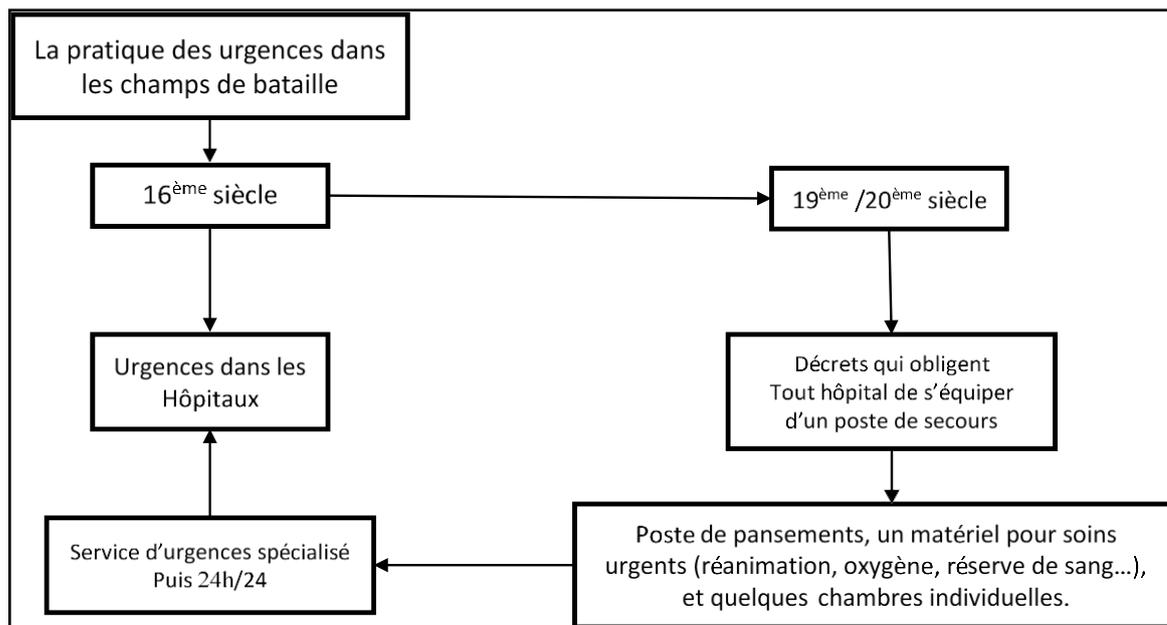


Figure I.14 : Schéma global de l'évolution de la notion d'urgence à travers le temps.

Source : (Auteurs, 2016).

I.3. Les urgences et ses spécificités :

Partout dans le monde, le système d'urgence connaît actuellement une augmentation importante d'activité, liée à des facteurs sanitaires, économiques, socio-culturels et organisationnels. Il joue un rôle clé dans le système de santé (Benatia, 2008).

A travers cette section, on abordera principalement le service d'urgence et ces différentes composantes dans le but de mieux comprendre le fonctionnement sur le plan gestion et programme du service des urgences, ainsi connaître les différents acteurs intervenant dans les urgences

I.3.1. Le service d'urgence :

Le service des urgences d'un hôpital ou d'une clinique du secteur privé ou public a comme rôle d'être ouvert 24 heures sur 24, 365 jours par an. Il doit accueillir toute personne s'y présentant, à tout moment et quel que soit son état pour la soigner ou la diriger vers la structure la mieux adaptée. Ce service est le plus souvent formé d'équipes médicales et paramédicales pluridisciplinaires (Benatia, 2008).

En effet un service d'urgence est caractérisé par une adaptation permanente :

- A un flux irrégulier d'une heure à l'autre, d'un jour à l'autre, auquel il faut adapter un personnel d'accueil aux horaires fixes chez lequel alternent ainsi les périodes de calme et de surcharge.
- A des problèmes médicaux (urgence vraie ou urgence ressentie), et médico-sociaux (personnes âgées, drogués, sans abri...etc.)
- A des exigences techniques de qualité et de précocité des soins sur certaines détresses (traumatisés, intoxiqués, insuffisances cardiaques, syndrome psychiatrique...), qui ne représentent qu'un faible pourcentage des admissions.

-A la nécessité d'un plateau médicotechnique de plus en plus élaboré, doté d'équipements de laboratoire et d'imagerie performants avec les personnes indispensables à son fonctionnement 24h/24.

-A une alternance de problèmes d'urgences graves, détresses vitales nécessitant précocité et qualité des soins et moins graves ; les services d'urgences aussi appelés porte d'entrée névralgique du système de santé, sont constamment confrontés au défi d'assurer l'accessibilité aux soins. L'organisation de ces services est flexible afin de répondre aux besoins de chaque patient (Benatia, 2008).

I.3.1.1. Définition du soin d'urgence :

L'expression soin d'urgence désigne habituellement les soins accordés aux patients dont les besoins sont urgents et critiques, ces soins comportent la collecte des données concernant l'état psychologique et physiologique du patient.

Ces données qui sont recueillies auprès du patient sont d'ordre psychologique et physiologique, l'infirmier tient compte de l'évaluation de l'expression affective, du degré d'anxiété et du fonctionnement cognitif (la capacité de s'orienter dans le temps et dans l'espace, et de reconnaître ceux qui entourent le patient), quant aux aspects physiologiques, il doit effectuer rapidement un examen axé sur le problème clinique qui a motivé la visite (Benatia, 2008).

I.3.1.2. Les type d'urgences :

On peut distinguer deux types, l'urgence médicale, et l'urgence chirurgicale.

I.3.1.2.1. Urgence médicale :

C'est un espace médicale ou on trouve un ensemble de services médicaux spécialisés, et différentes salles de consultations pour les patients regroupés au sein d'un hôpital, géré par différents acteurs comme les infirmiers et médecins spécialiste comme : Ophtalmologues, pneumologues, orthopédistes, généralistes, cardiologues Etc. ¹⁰

- **Les différentes formes d'urgences médicales :**

Il existe plusieurs formes d'urgences médicales, dont la perception est différente aussi bien du point de vue médical que des usagers des services d'urgence, on y trouve les formes suivante :

a. Urgences médicales absolues : concernent les patients qui nécessitent des gestes de réanimation de survie ; ce sont des urgences lourdes avec pronostic vital mis en jeu ou risque fonctionnel grave patent ou latent dont le traitement ne souffre aucun retard c'est-à-dire l'extrême urgence.

b. Urgences médicales potentielles : qui nécessitent une surveillance médicale continue.

c. Urgences médicales différées : qui correspondent à des conditions médico-chirurgicales aiguës qui exigent un diagnostic d'où il s'ensuit un traitement différé, et les patients peuvent être évacués vers des lieux mieux équipés et moins précaires.

¹⁰ Site web en ligne disponible sur : <http://droit-medical.com/actualites/evolution/208-urgence-medicale>. [Consulté le 09/12/2016].

d. Urgences médicales dépassées : pour lesquelles aucun geste utile ne peut être accompli dans l'immédiat, du moins sur les lieux de l'accident (Benatia, 2008).

I.3.1.2.2. Urgence chirurgicale :

C'est un espace hospitalier au sein de l'hôpital, disponible 24h/24h et 7jrs/7jrs pour effectuer une intervention chirurgicale sur les tissus de l'organisme humain (ou la fermeture d'une plaie déjà ouverte), qui doit être faite rapidement pour sauver la vie du patient et, cela par des urgentistes spécialistes dans différentes spécialités chirurgicales comme : Oto-laryngologie, Chirurgie neurologique, chirurgie orthopédique, Chirurgie esthétique, chirurgie vasculaire, chirurgie viscérale, chirurgie digestive ... ect ¹¹

I.3.2. Les spécificités d'un service d'urgence :

Comme on l'a montré dans l'évolution présenté ci-dessus, le service d'urgence est en perpétuel changement, qui s'adapte avec le temps aux différents progrès, que ce soit sur le plan architectural, médical, ou économique.

I.3.2.1. Sur le plan programmatique :

Les services des urgences présentent une disposition qui varie en fonction de leur implantation dans l'établissement.

Afin de garantir le bon fonctionnement du service, les urgences doivent disposer de locaux distribués en trois zones : accueil- examen/soins et surveillance sans lesquelles la prise en charge ne saurait être complète.

a. Une zone d'accueil : Elle assure l'orientation, le triage et l'admission des patients. Les différentes données administratives, personnelles, ainsi que celle en rapport avec le motif de consultation y sont recueillies. Elle est généralement située à l'entrée du service.

b. Une zone d'examen et de soins : On y trouve les box, davantage concernés par les urgences pouvant être différées ou de gravité moindre, on y assure l'examen clinique et biologique de la personne ainsi que les soins permettant la disparition de ses symptômes. Dans un même cadre, une zone de décharge permet de prendre en charge les patients en détresse vitale ou dont la gravité de l'état nécessite une intervention et une surveillance plus importante qu'en box. Egalement un local de traumatologie permet la prise en charge des sutures, plâtres, etc.

c. Une zone de surveillance : Un circuit long pour des états justifiant des investigations approfondies : l'hébergement de ces patients qui seront ou ne seront pas hospitalisés, mais dont l'attente pouvant se prolonger, implique des conditions de confort et de commodité acceptables. (Benatia, 2008).

¹¹ Site web en ligne disponible sur : <http://www.chirurgie-algerie.com/content/la-chirurgie>. [Consulté le 09/12/2016].

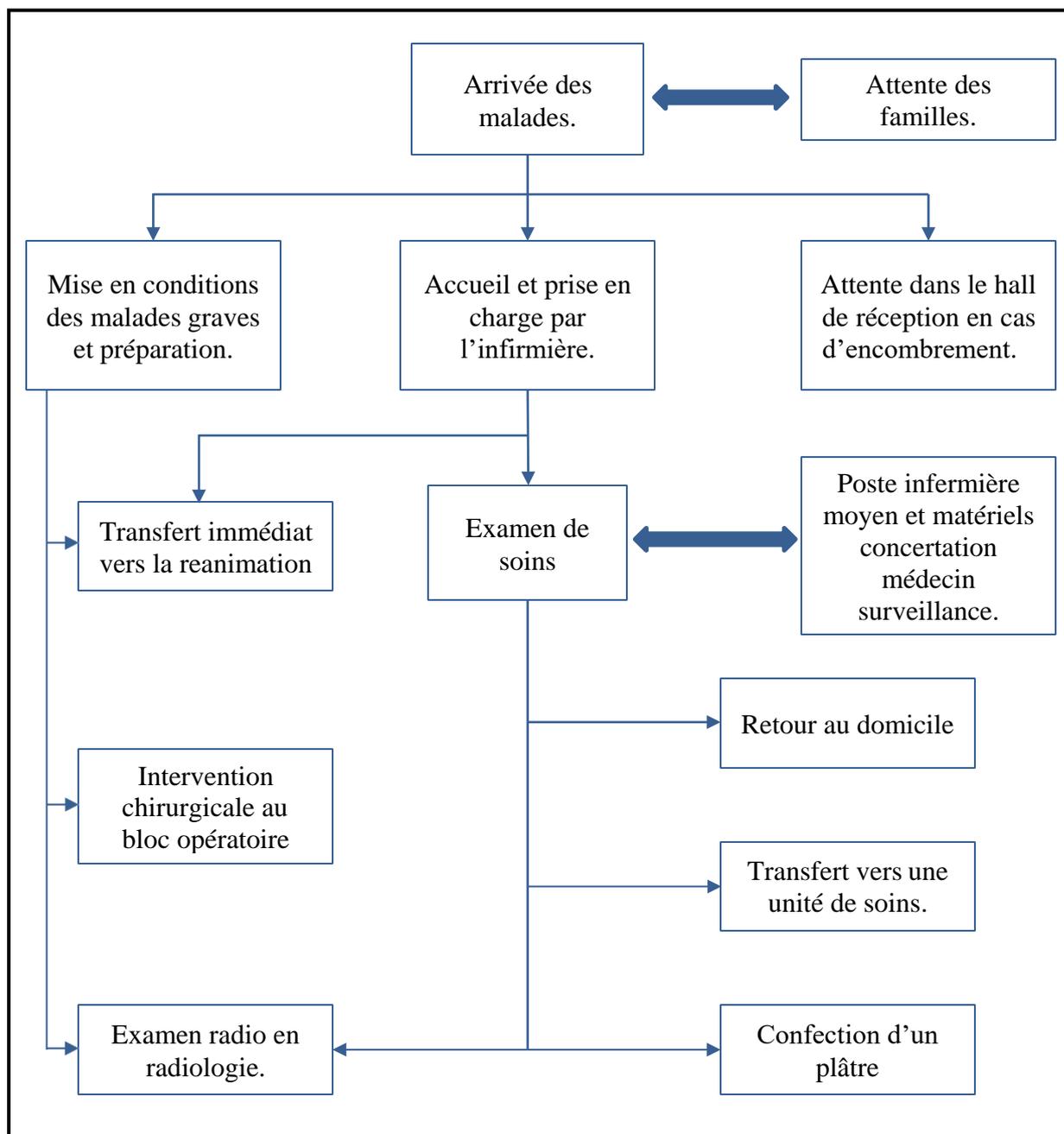


Figure I.15 : Organigramme d'un service d'urgences, circuit des malades. Source : (FERMAND, 1999)

I.3.2.2. Sur le plan gestion :

Tout service labellisé (cas de France) Service d'urgences doit répondre aux conditions suivantes :

- Ouverture 24h/24h.
- Présence d'un médecin diplômé en médecine d'urgence 7j/7j.
- Présence d'une salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) conforme aux recommandations professionnelles.
- Présence d'une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) conforme aux recommandations professionnelles et réglementaires.
- Présence d'un « poste d'accueil et d'orientation (PAO) » tenu 24h/24h par IOA « Infirmier organisateur de l'accueil », ou un MAO « Médecin d'Accueil et d'Orientation ».

- Une hélisurface ou à défaut une zone de poser pour HéliSmur, dans l'enceinte de l'établissement, et si possible à proximité immédiate du Service d'urgence.
- Formalisation de l'accueil des enfants.
- Formalisation de l'accueil des urgences psychiatriques.
- Formalisation de l'accueil des urgences médico-sociales.
- Possibilité de réaliser, 24h/24h, les examens d'imagerie médicale courants ainsi qu'une échographie d'urgence et des examens tomodensitométriques (scanner).
- La possibilité de réaliser, 24h/24h, les examens de biologie d'urgence (Braun & al, 2015).

La gestion du service d'urgence se fait aussi à partir des Acteurs intervenant dans cet espace, en effet les urgences sont un lieu où l'on peut parler très clairement d'équipes pluridisciplinaires, voire d'équipe multidisciplinaire, pour une prise en charge globale, avec un chef de service médecin, un cadre infirmier, des infirmiers d'accueil et de soins, d'aides-soignants des brancardiers et du personnel administratif.¹²

Mis à part les acteurs habituels d'un service hospitalier évoqués ci-dessus, on retrouve associée une multitude d'autres professionnels :

-Personnels administratifs : secrétaires, agent chargé des admissions, assistantes sociales.

-Personnels paramédicaux : infirmiers de soins généraux, infirmiers de psychiatrie, infirmiers anesthésistes, manipulateurs en radiologie, aides-soignants, brancardiers, ambulanciers.

-Personnels médicaux : médecins spécialistes (chirurgien, orthopédiste, cardiologue, pneumologue), médecins généralistes, radiologues, psychiatres.

-Professionnels extérieurs au centre hospitalier : Sapeurs-pompiers, gendarmes, policiers, ambulanciers privés (Benatia, 2008).

Conclusion :

Les résultats de l'analyse conceptuelle effectuée dans ce chapitre qui a concerné les concepts : hôpital, espace hospitalier, et urgence ont montré que le service d'urgence est un service qui joue un rôle clé dans le système de santé, et dans la structure hospitalière d'aujourd'hui, étant le service en contact direct avec l'extérieur, il reçoit des cas critique, nécessitant une intervention immédiate.

À travers un aperçu historique sur l'évolution de ce service, nous avons pu déduire que chaque typologie d'hôpital a répondu à son prédécesseur en valorisant ses points forts et en améliorant ses points faibles.

Le service d'urgence, malgré sa récente intégration dans l'hôpital s'est vite adapté aux différentes typologies, prenant ainsi des services autonome, jusqu'à en devenir des pôles spécialisés.

Malgré sa spécialisation, sa diversité en termes de service, le service d'urgence reste toujours un lieu de traitement rapide de cas imprévu, un lieu où l'intervention du personnel sur le malade qui ne peut pas attendre et doit être soigné dans l'immédiat, c'est aussi un lieu où l'accompagnateur de malade se trouve dans l'incapacité d'agir.

¹²Site web disponible sur : [Http : //www.infirmiers.com](http://www.infirmiers.com). [Consulté le 15/11/2016]

Chapitre II

La caractérisation et la qualification de l'expérience et du vécu

*« L'hôpital est un établissement
public où les malades ont leurs
maux à dire. »*

Serge Mirjean

Introduction :

L'utilisateur des urgences tant que malade, médecin, agent ou autre fréquentant cette espace, perçoit et qualifie son expérience vécue, donc celle propre à l'individu, une expérience, un vécu particulier.

On s'intéresse justement dans ce chapitre aux notions : espace, vécu, expérience, usager, afin de les comprendre et de déterminer les rapports relationnels et existentiels entre ces différents concepts et le rôle de l'espace et de l'utilisateur dans la qualification et la caractérisation de l'expérience et de vécu des usagers. Ce chapitre va être une étape clé pour pouvoir par la suite entamer le volet pratique et le mener à bien.

II.1. Expérience et vécu :

« Il faut d'abord savoir que l'expérience est directement associée à la dimension du vécu par le sujet qui peut être envisagé à des niveaux plus ou moins abstraits, elle réfère à la conscience que le sujet a du monde où il vit » (Denise,2006).

II.1.1. Expérience :

La définition de la notion d'expérience n'est pas une tâche facile. Aristote disait *« l'expérience des vieillards est à la fois aussi indémontrable et aussi éclairante que les premiers principes de l'entendement »*. L'expérience d'un usager ne peut être achetée, ne peut être échangée ou communiquée, certainement c'est dû au fait qu'elle n'est pas un acquis accessoire. Au contraire, elle se réfère à l'aspect fondamental de la personne, elle est attachée à sa qualité même d'être humain. L'homme s'instruit et s'initie par expérience, mais c'est aussi par elle et même à travers elle que tous ce qu'il qui le concerne, lui survient, arrive à lui donne un sens. En effet, c'est comme ça qu'il donne de sens à ses activités qui constituent des expériences selon des champs culturels différents (religieux, scientifique, artistique...) (Collin, 1998).

• Les aspects de l'expérience :

L'expérience vécue possède trois caractéristiques, essentielles ; elle est toujours particulière, interprétative, et transformante :

-Particulière : elle est le lieu d'une rencontre unique entre la personne et le concret qui lui arrive. A ce titre, elle implique toujours une logique du particulier, l'espace, les gens rencontrés, toute est reçue par la personne comme des éléments individuels, particuliers dans une rencontre particulière. (Collin, 1998).

-Interprétative : *chacun est persuadé de la validité du dicton selon lequel «chacun sa vérité» ; ou «chacun son opinion», ou bien «toutes les opinions se valent»*. C'est parce que l'expérience résulte du vécu, un vécu personnel à l'homme ; que sa perception qui reste propre à l'individu qui réagit avec ce qu'il est, son développement personnel, son passé culturel. (Collin, 1998).

-Transformante : *« en effet, l'originalité de l'expérience se situe d'abord au niveau mental et s'exprime dans l'attitude nouvelle de la personne qui ne s'explique elle-même que par sa conception nouvelle de la réalité »*. Un événement qui arrive à une personne change sa conception

de cette réalité non parce que l'évènement a changé, mais qu'il est original par rapport à ce que la personne est devenue, à ce qu'elle a reçu.

L'expérience est une réaction de la personne face à un événement ou une situation dans laquelle elle est impliquée, et qui lui permet d'évoluer en découvrant un aspect nouveau de la réalité. Donc, delà on peut dire que l'expérience est influencée par plusieurs éléments, le vécu de la personne, le lieu qui est l'espace de l'expérience, les gens rencontrés, l'évènement ou la situation.

II.1.2. Vécu :

« *Phénoménologiquement, le terme vécu (Erlebnis) définit l'expérience individuelle du monde dans son épaisseur spatiale et temporelle. Précisons que le vécu ne signifie pas uniquement la dimension noématique de l'expérience mais surtout les actes de conscience eux-mêmes. Autrement dit, ce qui est vécu fait certes référence à mon expérience du monde mais se situe toujours dans la contemporanéité du Moi* ». (Ouard, 2013) Donc le vécu est une caractéristique qui est propre à l'homme, à son être. On peut dire que ce qui caractérise un vécu de l'individu n'est pas seulement le contexte immédiat qui est en relation avec la personne mais aussi avec sa conscience, sa pensée.

	homme	espace	Contexte	évènement	situation	activité	vécu	expérience
expérience	*	*	*	*	*	*	*	
vécu	*	*	*	*	*	*		*

Tableau II.1 : élément influençant sur l'expérience et le vécu. Source : (Auteurs, 2017).

On va s'intéresser dans ce chapitre aux deux dimensions espace et usagers qui semblent celles qui peuvent nous donner des éléments sur lesquels on pourra par la suite intervenir.

II.2. Espace :

II.2.1. Définition de l'espace :

« *L'espace est une propriété particulière d'un objet qui fait que celui-ci occupe une certaine étendue, un certain volume au sein d'une étendue, d'un volume nécessairement plus grands que lui et qui peuvent être mesurés* ». (Dictionnaire Larousse, 1979)

L'espace a plusieurs définitions selon l'encyclopédie universelle, 1995 : « *Etendue où se trouvent les astres [Astronomie] ; Durée séparant deux moments ; Lieu, volume occupé ; Étendue indéfinie qui contient et entoure tous les objets* » ; ou encore, « *une surface, milieu affectés à une activité à un usage particulier. Il a aussi le sens de l'environnement qui veut dire : alentour, cadre, contexte, décor, entourage, milieu* ». L'espace se définit comme un monde autour de nous et un entourage de nos conduites (Kellou, 2013).

Donc l'espace est un contenant, une dimension qui englobe les objets, les gens les activités, le lieu d'interaction et d'échange de culture.

II.2.2. Facteurs déterminant de l'espace architectural :

L'espace est un intervalle dont les distances sont mesurables, cependant y'a des facteurs déterminants de l'espace qui sont des éléments de la conception qui touchent à l'aspect visible de l'espace conçu, intrinsèques et extrinsèques tel que : la ligne, la forme, la couleur, la texture, la proportion, l'équilibre, l'unité, la variété, l'harmonie, le mouvement, le rythme, la lumière, la profondeur, la largeur, la longueur, la surface, le volume, la fermeture, l'ouverture...etc. (Biron, 2008).

Trois facteurs déterminent l'espace. Ce sont les propriétés métriques et géométriques percevable par l'usager, les propriétés perceptuelles et compositionnelles qui permettent de différencier un espace d'un autre espace, et les propriétés spatiaux-visuelles qui reflètent, l'aspect extérieur ou l'apparence et l'esthétique d'un espace architectural. (Bouandes, 2012).

- les propriétés métriques et géométriques: Forme, longueur/largeur, hauteur, profondeur, surface, volume.
- les propriétés perceptuelles et compositionnelles: Proportion/échelle, équilibre, unité, variété, harmonie, mouvement, rythme.
- les propriétés spatiaux-visuelle : Couleur, texture, matériaux/revêtement, ouverture/fermeture, lumière, ombre. [voir annexe 2].

II.2.3. Typologie des espaces :

On a dit auparavant que l'espace est déterminé par plusieurs facteurs, ces derniers comporte plusieurs paramètres à savoir la forme la couleur, la taille...etc. mais aussi que l'espace peut être le milieu des relations humains, la dimension qui englobe des objets, peut être un étendu d'une surface, ces déférentes définitions peuvent engendrer différentes typologies de l'espace.¹

II.2.3.1. Typologie de l'espace selon le critère « social » :

On peut distinguer quatre types d'espace, selon KELLOU-DJITLI (2013)

- a) l'espace privatif (logement, poste de travail) : concerne l'individu et la sphère familiale.
- b) l'espace de proximité partagé : Concerne les relations interindividuelles et les collectivités de proximité, l'espace semi-public, l'habitat collectif, le quartier, le lieu de travail, parcs, et les espaces verts.
- c) les espaces collectifs publics : concerne l'individu dans sa relation à la collectivité : communautés, habitants, agrégat d'individus. Ce sont les villes, les villages, la campagne.
- d) l'espace dans sa totalité : concerne la population, société dans son ensemble, c'est l'environnement construit et l'environnement naturel, les ressources naturelles. [Voir annexe 2].

II.2.3.2 Typologies des espaces selon le critère « lumière » :

Lassance (1998) défini quatre familles d'espace selon le critère « lumière » : caverne où plusieurs puits de lumière entre à l'espace percée de petits trou, forêt ou toutes les parois (plans

¹ Site disponible sur : <http://theses.ulaval.ca/archimede/fichiers/25823/ch01.html>. [Consulté le 28/10/2016.]

verticaux) sont ouverte ; clairière ou la forme est ouverte sur un seul plan (plafond/toit), serre ou tous les plans sont ouverts ou semi-opaques.

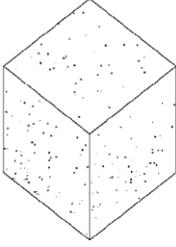
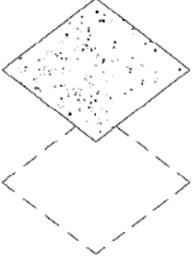
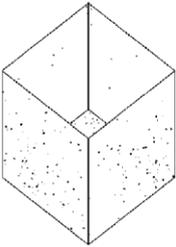
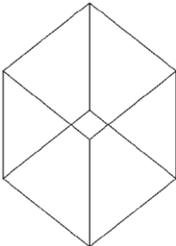
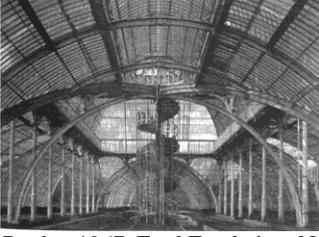
Familles lumino-spatiales de référence de Lassance					
	Nom	Plans pleins de la forme	Description de la forme	Modèles architecturaux et structuraux associés	
a)	caverne	 6	fermée, percée d'orifices restreints	crypte, murs épais, forteresse, canons de lumière, silo, citerne, creux, fentes...	 Le Corbusier, 1955, Chapelle de Ronchamp
b)	forêt	 2	tous les plans verticaux (murs) sont ouverts	plan libre, pilotis, galerie, prostyle, colonnade, halle, rotonde, voûte...	 Grimshaw, Royal automobile Club Center, Bristol
c)	clairière	 5	forme ouverte sur un seul plan (plafond/toit)	atrium, patio, cour, dôme, coupole, éclairage zénithal...	 Johnson, 1980, Crystal Cathedral, Garden Grove
d)	serre	 0	structure d'arêtes où tous les plans sont ouverts ou semi-opaques	cage, charpente...	 Roche, 1967, Ford Fondation, New York

Tableau II.2 : Familles lumino-spatiales. Source : (Lassance, 1998). Décrites par Kellon.

II.2.4. Le vécu d'un espace :

L'espace est une représentation, un symbole, qui influence la vie des personnes et conditionne considérablement leur comportement, ramène les représentations des groupes, indique les traditions de la société, il est un transformateur de la société. L'individu est en relation avec son espace principalement avec les cinq sens, ce qui donne naissance à une subjectivité de sa part, et une multiplication des sensations, et des points de vue de l'espace ou de ce qu'il l'environne. Un espace est vécu de plusieurs manières selon différents aspects : aspect fonctionnel, formel, émotionnel et informationnel. (Zeghichi, 2015).

a. Aspect fonctionnel : « *Les activités qu'abrite un espace attirent les gens. Celles-ci déterminent à la fois son public, sa fréquentation, l'ambiance humaine et conditionne l'intensité et les rythmes des mouvements et des flux. Le type d'activités doit être choisi en fonction des intérêts des usagers. Le bon choix de la répartition des activités assure le bon fonctionnement.* » (Zeghichi, 2015).

b. Aspect formel : La forme géométrique et esthétique d'un espace détermine son caractère. L'aspect formel d'un espace dépend de la qualité de l'enveloppe (pavage du sol, revêtement et couleurs des murs, la lumière...etc.). La flexibilité du design peut donner la flexibilité de développement, et delà on obtient une flexibilité d'utilisation. Le design et l'architecture donnent une ambiance et un caractère à l'espace. (Zeghichi, 2015).

c. Aspect émotionnel : l'espace crée non seulement des réactions psychologiques chez les usagers, mais aussi divers sensation, lui transmet ainsi des émotions. La fréquentation d'un espace, la satisfaction des besoins sensoriels et psychologiques des usagers est l'un des aspects qui accentue la fréquentation de l'espace. (Zeghichi, 2015).

d. Aspect informationnel : l'utilisateur fait le choix de son lieu par rapport à ses besoins, et cette sélection est basée sur la proximité, la facilité d'accès, l'attraction des activités et leurs natures diverses ainsi que la facilité de lecture et de perception de l'espace. (Zeghichi, 2015).

II.3. Usager :

« *C'est celui qui est impliqué dans les activités normales abritées par l'édifice, et c'est cet individu dont la personnalité est reflétée dans les objets de son environnement, L'utilisateur est donc cet individu qui investit régulièrement l'espace architectural par son imaginaire et ses actions autant à l'intérieur qu'à l'extérieur et qui en fait un repère pour ses pensées, réflexions et actes* » (Belakhal, 2011)

II.3.1. Définition de l'utilisateur :

Selon le dictionnaire de français Larousse « *l'utilisateur est la personne qui a recours à un service, en particulier à un service public, ou qui emprunte le domaine public. L'utilisateur est impliqué dans les activités normales abritées par l'édifice. Il n'est pas uniquement celui qui utilise l'espace, c'est aussi celui qui pense et qui imagine l'espace dans lequel il évolue, qui se fait une opinion au fil du temps, qui est le récepteur d'un nombre inconnu de facteurs et événements, touchant à la fois à sa vie privée, à sa sensibilité et à sa pratique fonctionnelle de l'espace.* »

II.3.2. Types d'utilisateurs :

Les types d'utilisateurs diffèrent en fonction des espaces les abritent et en fonction de leurs usages. Par exemple, dans une famille on parle de (père, mère, fils, fille, grand-père, oncle...), dans un hôpital on peut parler de (malade, personnel, visiteur, accompagnateur). Un vieillard regarde différemment un espace par rapport un enfant, l'un a besoin d'un endroit pour se reposer, l'autre perçoit tous les espaces adéquats pour jouer, de même que ça diffère d'un homme à une femme, d'une célibataire à une personne mariée ou divorcée, plusieurs catégories peuvent être distinguées.

Critère	Les types
Sexes	Masculin, féminin
Catégories Ages	enfant, adolescent, adulte, vieux
Situation	célibataire, marié, divorcé
situation d'activité	actif, non actif, étudiant, retraite
Nationalité (appartenance)	intérieur, extérieur (étranger)
Statut familial	père, mère, fils, fille, grand-père, grand-mère, oncle, tante, nièce...

Tableau II.3 : type d'utilisateurs. Source : (Belakhal, 2011 repris par auteurs, 2017).

II.3.3. Facteurs influençant sur les ambiances perçues et ressenties :

L'ambiance se définit comme étant l'ensemble des caractères définissant le contexte dans lequel se trouve quelqu'un, un groupe, climat, atmosphère : elle peut être chaleureuse, triste, angoissante...ect (Dictionnaire Larousse, 1979), ou comme la qualité du milieu (matériel, intellectuel, moral) qui environne et conditionne la vie quotidienne d'une personne, d'une collectivité.²

L'utilisateur est alors l'acteur de toute ambiance, c'est celui qui la définit, celui qui la perçoit, et lui donne ses qualités, la qualifie, la définit et la juge à partir de ses sens, des sens propres à chaque utilisateur, relatifs à lui (état psychologique, culture...), et l'utilisateur dépend d'une autre part de son usage puisque son état est attaché à sa fonction. Mais l'ambiance aussi ce situe spatialement dans un moment et surtout dans un espace donné, donc elle est liée nécessairement aux caractéristiques du milieu et tout ce qui le compose, présence des gens, climat, objets. En effet, on peut dégager delà quatre facteurs principaux qui influencent sur l'ambiance ; l'espace, l'utilisateur, l'usage, et le contexte. (Ouard, 2013).

² Centre national des ressources textuelles et lexicales. Disponible sur < <http://www.cnrtl.fr/>>. [Consulté le 14 novembre 2017]

II.3.3.1. Le contexte comme élément déterminant d'une ambiance :

Toute architecture suppose par nature des usagers spécifiques, des usages, une situation géographique, des éléments que chacun expérimentera dans cette ambiance qui les englobe. Ces éléments n'étant pas du ressort de l'architecte, on peut émettre l'hypothèse qu'à tout espace en devenir préexiste un champ restreint d'ambiances à venir. L'ambiance est contextuelle, et l'architecte n'a guère le choix que de s'inscrire le contexte qu'il va créer par la suite. (Ouard, 2013).

Types de contextes	Définition
Contexte géographique	Position ou situation qu'occupe un individu dans l'espace et que détermine son environnement ³ , ou le site se fonde dans son paysage naturel, qu'il soit d'ordre géomorphologique (forme du relief, associations de volumes, nature rocheuse), végétal (plantes, arbres) ou même minérale (fleuve, point d'eau...) (Ouaret, 2012) créant ainsi des ambiances harmonieuse, relaxante, calmante...
climatique	En fonction de l'activité du soleil, le climat sera plus ou moins chaud. Par ailleurs, les caractéristiques orbitales du globe terrestre modifient la distribution et la valeur du rayonnement solaire selon les saisons et les régions, donnant ainsi naissance aux phénomènes ressentis par les usagers (température, vent, humidité...) ⁴
social	Une force au sein des groupes et des équipes qui d'une part change en fonction des individus, et qui les influence de l'autre part, donc le contexte social a un impact sur les comportements et vis-versa. ⁵

Tableau II.4 : Types de contexte déterminant les ambiances.
Source : (Repris par Auteurs, 2017)

II.3.3.2. L'espace comme élément déterminant d'une ambiance :

L'espace architectural peut se définir comme la relation entre des objets et des plans qui définissent une limite. Toute structure spatiale est en interaction avec l'individu, cette individu étant défini par sa personnalité marqué par son vécu le perçoit subjectivement, l'architecte crée les espaces en fonction des besoins de l'homme en agissant sur des paramètres relatifs aux ambiances architecturales tel, l'ambiance lumineuse, olfactive, thermique, ou acoustique. (Kellou, 2013).

³ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. [Consulté le 13/11/2016].

⁴ Site web disponible sur : http://www.supagro.fr/ress-tice/science_milieu/climat/co/_gc_le_temps_le_climat_definitions.html. [Consulté le 13/11/2016.]

⁵ Site web disponible sur : <http://mathieulaferriere.com/how-nasa-builds-teams-contexte-social/>. [Consulté le 13/11/2016.]

a) **Ambiance lumineuse :**

Il existe deux types d'ambiance lumineuse, la lumière naturelle et la lumière artificielle.

-La lumière naturelle : appelée aussi lumière du jour, correspond à l'éclairage direct ou indirect provenant du soleil, et se présente dans un bâtiment via des ouvertures latérales permettant la pénétration de la lumière latérale ou des ouvertures aménagés en toiture pour avoir la lumière zénithale. L'intensité de la lumière dépend des saisons et de climat.⁶

Dans les ouvertures latérales, la pénétration des rayons solaires sont plus importantes en été qu'en hiver contrairement à la lumière zénithale, l'intensité de la lumière diminue considérablement dans les deux cas quand le ciel est couvert (présence de nuage).

-Lumière artificielle : Par contre est l'éclairage produit artificiellement à l'aide des lampes ou des projecteurs. La source de lumière artificielle n'est produite que lorsqu'on l'allume. Ce type de lumière présente des avantages en termes de choix de couleur, le moment, et l'intensité ce qui n'est pas le cas pour la lumière naturelle qui est difficilement contrôlable.⁷



Figure III.1 : Lumière artificielle.

Source : <http://www.darchitectures.com/lumiere-les-avatars-dun-artifice-a1354.html>. [Consulté le 04/12/2016].

Quand on parle d'ambiance lumineuse et de type d'éclairage, l'objectif ici est d'atteindre un confort visuel maximum. Il est ressenti quand nous pouvons voir les objets nettement et facilement dans une ambiance colorée agréable. Un éclairage trop faible ou trop fort, mal repartie dans l'espace, provoque une fatigue, voire même des troubles visuels et une sensation d'inconfort visuelle réduite (Meddour, 2008).

b) **Ambiance acoustique :**

Le son est une sensation auditive provoquée par une onde acoustique qui se propage dans un milieu matériel. C'est un signal perçu par le sens de l'ouïe. Un son est un phénomène périodique produit par la vibration très rapide d'un corps matériel, transmis par un milieu matériel et perçu

⁶GIFLUMIERE. *Ensemble, valorisons la lumière naturelle* [en ligne]. 2012. Disponible sur : <http://www.gif-lumiere.com/lumiere/definitions.php>. [Consulté le 08 janvier 2017].

⁷Ibidem.

par la vibration de certains organes de l'oreille ou par celle d'autres détecteurs. (ATIENZA, 2008-2009). Donc une ambiance sonore bien étudiée renvoie vers un confort acoustique meilleur.

c) Ambiance olfactive:

« L'olfaction est la perception des odeurs. C'est le sens qui nous permet d'analyser les substances chimiques et odeurs volatiles présentes dans l'air. C'est un sens vital pour de nombreuses espèces et une composante essentielle dans le domaine du bâtiment. Il permet soit d'apprécier ou d'abhorrer les lieux, une réaction de l'individu à l'odeur reste souvent subjective. » (Gobin, 2012).

d) Ambiance thermique :

Le thermique est la science qui examine la production d'énergie, elle est utilisée pour la production de variations thermiques, et des transferts de chaleur selon plusieurs phénomènes physiques, telle que la conduction, et le rayonnement. C'est un facteur qui concerne les situations de chaleur que de froid, et il joue un rôle important sur la santé, la sécurité et le confort des travailleurs (Samai, 2001).

Synthèse :

On remarque que l'ensemble des ambiances citées ci-dessus sont subjective, elles dépendent essentiellement de la perception de chaque individu.

Facteurs	Impact et rapport	Qualification de l'ambiance
Espace	C'est un monde autour de nous et un entourage de nos conduites (Kellou, 2013) .	Ambiance lumineuse (éclairante, éblouissante, ambiance olfactive (malsaine, infectée, salubre...), ambiance thermique (chaude, ambiante, froide), ambiance acoustique (calme, bruyante...)
Usage	Le travail, la fonction exercée par l'usage	Ambiance stressante, plaisante, énervante, angoissante, motivante, ...
contexte	Le climat, la situation géographique, la présence des gens et des objets, tous ses éléments qui peuvent influencer l'ambiance	Effrayante, aimable, agréable, sombre, gênante, étroite, relaxante, calmante...

Tableau II.5 : Facteurs influençant sur l'ambiance. Source: (Auteurs, 2017)

Conclusion:

L'utilisateur d'un espace est celui qui le conditionne, le vit, le perçoit et le qualifie avec ses sens, mais l'espace dans sa dimension spatiale, sociale, ou même dans sa dimension globalité (tout ce qui nous entoure), modifie les sensations de la personne, modifie l'ambiance ressentie et perçue par elle, modifie ainsi son vécu, ce qui modifie au même titre ses expériences, puisque l'expérience résulte du vécu, un vécu particulier de l'homme. On peut dire au final que théoriquement l'expérience et le vécu sont influencés simultanément, si on modifie un paramètre les deux seront influencés.

Donc afin de caractériser et qualifier l'expérience et le vécu des utilisateurs, on doit agir sur les paramètres suivants : espace (accessibilité, organisation, propriétés métriques et géométriques, propriétés perceptuelles et compositionnelles, propriétés spatiales-visuelles, aménagements...ect.), utilisateur (catégorie d'utilisateur, sexe, expérience, tranches d'âge...etc.), et ambiance (ambiance lumineuse, ambiance acoustique). Ces critères se sont la base sur laquelle on va constituer la grille d'analyse spécifique à la phase analytique et descriptive, mais aussi la base de la construction dans notre formulaire de question.

Chapitre III

Méthodologie d'approche, présentation et analyse du corpus d'étude

Introduction :

Après avoir effectué un survol historique sur l'évolution de la notion d'urgence des hôpitaux, et avoir défini les rapports existentiels et relationnels entre le vécu, l'expérience, et l'espace, nous allons pouvoir entamer la partie pratique qui nous sera bénéfique dans l'apport des réponses à notre problématique.

Dans ce chapitre nous allons essayer de présenter et d'expliquer la méthodologie d'approche adoptée dans notre recherche, puis on passera à la présentation du corpus d'étude à savoir les deux services d'urgences des deux hôpitaux situés à Sétif (CHU de Sétif et l'hôpital d'El Eulma).

III.1 Méthodologie :

La méthodologie d'approche adoptée combine entre l'approche analytique descriptive et comparative du corpus d'étude (CHU de Sétif et l'hôpital d'El Eulma) basé sur l'observation en situation et les photos (photographie ancien et actuel) suivie par l'enquête par questionnaire, afin de vérifier la variation de l'expérience et du vécu en fonction des usagers et de l'espace.

III.1.1 l'approche analytique, descriptive et comparative :

Dans notre analyse du corpus d'étude, on va prendre le service d'urgences de deux hôpitaux à étudier. Ces deux hôpitaux sont choisis pour les modifications que les espaces d'urgences en question ont subies. Nous avons fait notre étude sur la dernière modification qu'a subie ces deux services, c'est-à-dire après l'année 2011, et ça pour une double raison, d'un côté la possibilité d'accéder à des archives exploitables, à savoir les plans et les photos qui datent d'avant les modifications, de l'autre les modifications récentes nous permettent de faire notre enquête auprès des usagers concernés par notre étude, à savoir ceux déjà venus avant les modifications.

Chaque cas va être analysé et décrit par le biais d'une observation en situation en fonction des critères tirés de la partie théorique. Il s'agit d'une grille d'analyse (cf. Tableau III.1), qui va être exploitée en commençant par une présentation de l'hôpital, (situation, accessibilité, programme), puis notamment la présentation du service d'urgence qui est notre objet d'étude principal, là où on procédera par une analyse à l'échelle du service (situation, accessibilité, et relations fonctionnelles avec les autres services).

On passera par la suite à une description de l'ensemble des propriétés et qualités de l'espace, qui va se baser sur les paramètres d'analyses suivant : l'aspect architectural et fonctionnel des deux services, leurs propriétés métriques et géométrique ; forme, largeur/longueur, hauteur, surface, profondeur, volume. Par la suite d'après leurs qualités spatio-visuels ; lumière / ombre, couleur, texture, matériaux / revêtements, ouverture / fermeture. Leurs critères perceptuelles et compositionnelles qui sont : proportion / échelle, équilibre, unité, variété, harmonie, mouvement, rythme. Enfin, une étude comparative des services d'urgences (avant et après modification), qui a pour objectif d'identifier les éléments de caractérisation et de qualification de l'expérience et du vécu des usagers.

Analyse conceptuelle de la grille d’analyse :

Concepts	Dimensions	Indicateurs
Espace	Situation	Dans la ville
		Dans l’hôpital
	accessibilité	Les accès
	organisation	Rapport service d’urgence/hôpital
		Rapport service interne des urgences
	déplacement	Déplacement
	Propriétés métrique et géométrique	Forme
		Longueur/ Longueur
		Hauteur
		Surface
	Propriétés perceptuelle et compositionnelle	Proportion/ échelle
		Equilibre
		Unité
	Propriétés spatiaux-visuelle	Couleur
Texture		
Matériaux/ Revêtement		
Ouverture/ fermeture		
Lumière		
Aménagement	Aménagement	
Modifications apportées	Types de modifications	
Usagers	Catégorie d’usagers	personnel
		malade
		Accompagnateur de malade
	sexe	Homme
		Femme
	Tranche d’âge	Catégorie d’âge
Expérience	Fréquentations	
L’influence des gens sur l’usager	Types d’influences	
Ambiance	Ambiance architecturale	Ambiance lumineuse
		Ambiance sonore
		Ambiance thermique
		Ambiance olfactif
	Ambiance contextuelle	Ambiance ressentie
Impact de l’espace sur les usagers	Avant / après les modifications	Espace
		déplacement
		Aménagement
		Ambiance
		Fonctionnement

III.1 Tableau : la grille d’analyse. Source : (Auteurs, 2017)

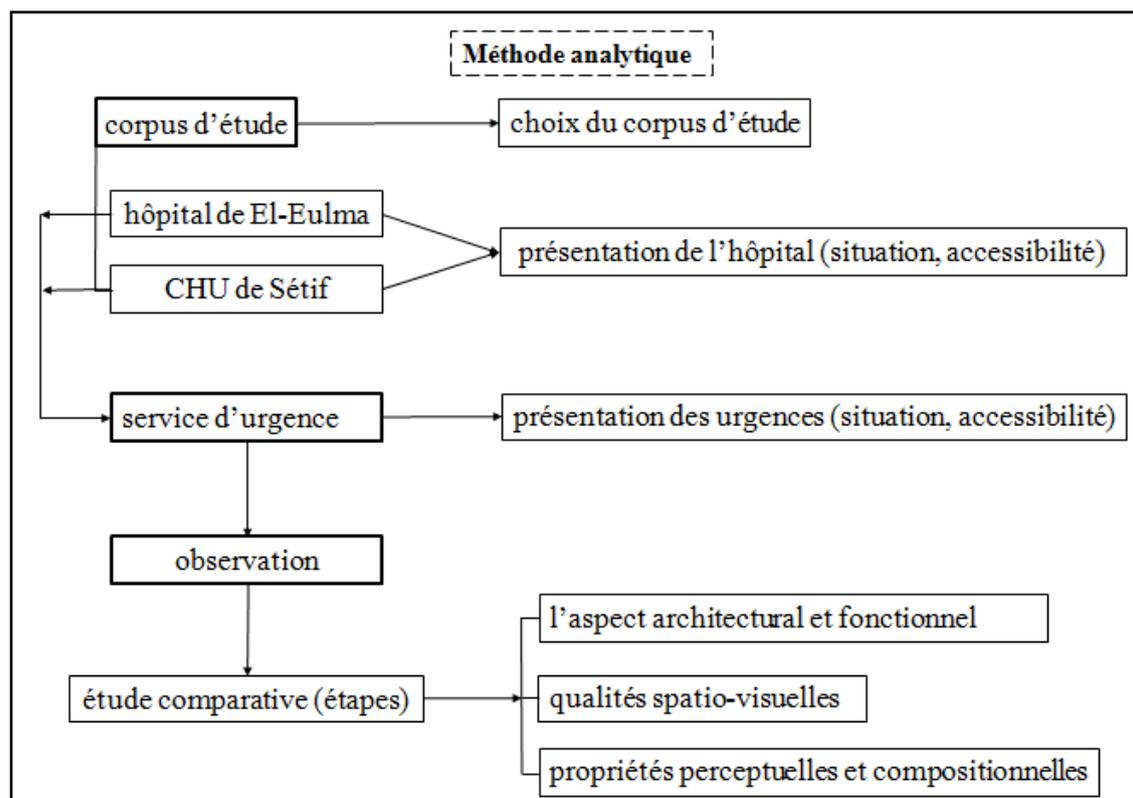


Figure III.1 : Schéma explicatif sur la méthode analytique effectuée durant l'enquête.

Source : (Auteurs, 2016.)

III.1.2 Enquête in-situ :

Une enquête est une activité organisée et méthodique de collecte de données sur des caractéristiques d'intérêt d'une partie ou de la totalité des unités d'une population à l'aide de concepts, de méthodes et de procédures bien définis. En peut distinguer deux types : l'enquête descriptive, l'enquête causale (l'observatoire). Méthodologie de l'enquête par questionnaire.¹

III.1.2.1 Choix de type d'enquête :

Afin de collecter l'information, notre choix sur le type d'enquête à suivre s'est porté sur une enquête causale, car elle semble la plus pertinente, et la plus apte à nous apporter des réponses à notre question de recherche.

Celle-ci est une démarche qui a pour finalité d'observer un phénomène et d'identifier par la suite sa cause, ressemblante à une expérimentation cette méthode prend la forme d'une expérimentation dont la quelle on observe les variations sur une variable appeler « variable dépendante » on variant une autre variable appeler « variable indépendante ».

L'objectif de notre recherche est de vérifier l'impact de l'espace et de l'utilisateur sur l'expérience et le vécu des usagers au sein des urgences, pour cela on a fait varier l'espace (avant et après les modifications) et l'utilisateur (variables indépendantes) en prenant deux hôpitaux (CHU de Sétif et hôpital de El-Eulma) dans deux périodes différentes (avant et après modifications).notre enquête concerne trois catégories d'usagers (personnel, malade, accompagnateur), pour vérifier les variations de leurs expériences et leur vécus (variable dépendante).

¹ Méthodologie de l'enquête par questionnaire. Disponible sur : https://www.lmac-mp.fr/telecharger.php?id_doc=46. [Consulté le 17 décembre 2016].

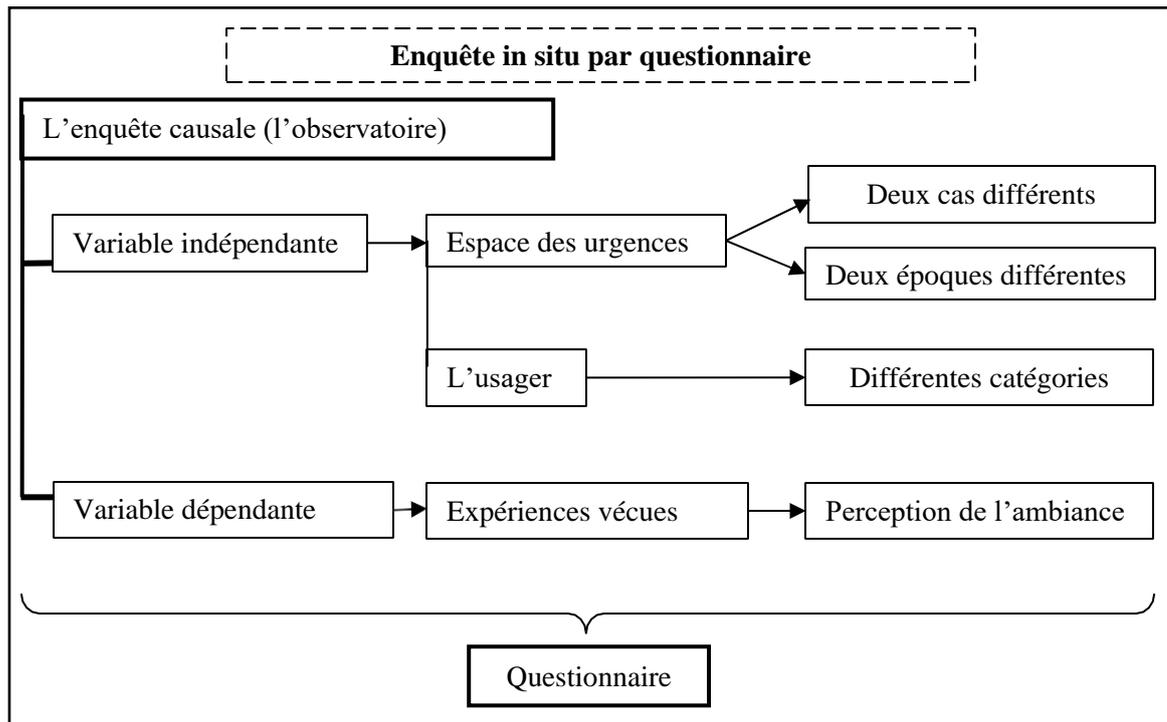


Figure III.2 : Schéma explicatif sur l’élaboration de l’enquête causale par le questionnaire. Source : (Auteurs, 2016)

III.1.2.2 Étapes d’une enquête :

Une enquête n’est pas simplement poser des questions, pour récapituler les réponses par la suite afin d’obtenir des statistiques comme il le semble à première vue. En fait pour un bon déroulement d’une enquête il faut la faire étape par étape, avec une application correcte des formules et des procédures, pour avoir les résultats, les informations souhaités, et de faire en sorte qu’elle soit précises et significatives. Connaître les fonctions particulières, comprendre leurs liens et leur pertinence est important pour réussir le processus complet, pour cela on procédera dans notre travail comme suit : énonciation des objectifs, choix réfléchi et justifié de l’échantillonnage à la base des expériences antérieures des gens dans l’espace, élaboration du questionnaire, collecte des réponses, saisie des données, traitement et analyse des données ²

a) Énonciation des objectifs :

L’objectif de notre enquête consiste à confirmer est-ce que l’implication des usagers pourra être un moyen qui va nous permettre de caractériser l’expérience et le vécu en parallèle avec l’analyse de l’espace.

b) Choix réfléchi et justifié de l’échantillonnage :

L’homme réagit de façon différente en fonction de son caractère et sa personnalité, mais également de son état, de sa fonction et de sa situation par exemple : un père de famille n’a pas le même comportement au travail qu’à la maison. Le service d’urgence en question abrite des usagers qu’on peut distinguer par rapport à leurs usages de cet espace. Trois catégories ont été distinguées dans ce service, 20 personnels, 20 malades, et 20 accompagnateurs de malades ce qui fait le total de 60 personnes par hôpital.

² Méthode et pratique d’enquête. Disponible sur : <http://www.statcan.gc.ca/pub/12-587-x/12-587-x2003001-fra.pdf>. [Consulté le 17 décembre 2016].

c) Elaboration du questionnaire :

Ici on va expliquer la méthode suivie dans l'élaboration de notre questionnaire :

L'introduction du questionnaire :

Comme tout questionnaire, le nôtre est introduit par un paragraphe bref, efficace indiquant la raison et la nécessité de notre choix de l'interviewé, la recherche effectuée, et une formule de remerciement.

Madame, Monsieur, nous effectuons une recherche auprès des usagers des urgences, dans le cadre d'une recherche en Master II en Architecture, intitulée: « Eléments de caractérisation et de qualification de l'expérience et de vécu des usagers au sein des urgences des hôpitaux ». Dans le cas de service d'urgence de CHU de Sétif. Par le présent formulaire de questions, nous vous invitons à bien vouloir répondre aux questions et nous vous remercions vivement pour votre contribution.

• Formulation des questions :

On a commencé notre questionnaire par une question filtre, pour interroger uniquement les usagers déjà venu avant les modifications.

Etes-vous venu avant les modifications :

- Oui
 Non -Stop, merci de votre réponse.

Les types de questions choisies étaient en fonction des réponses et des objectifs attendus pour chaque question, on trouve alors :

- o **Les questions fermées à réponse unique** : des questions simples et interrogatives.

Sexe :

- Homme Femme

Classe d'âge :

- Enfant adolescent adulte Vieux

Ces questions ont été choisies pour plusieurs raisons :

- Facilité de faire un questionnaire.
- Facilité pour coder un questionnaire.
- Facilité de réponse pour le questionné.

- o **Les questions fermées à choix multiples, et des questions échelles** :

Ces questions donnent la possibilité d'avoir plusieurs réponses ce qui n'est pas le cas dans les questions fermées à réponse unique. On a même des questions avec une échelle d'importance (de qualification), grâce auxquelles on peut avoir des réponses plus nuancées.

Les dimensions de l'espace :

- Très petite Petite Moyenne Grande Très grande

La hauteur est :

- Très basse Basse Haute Très haute

○ **Les questions ouvertes (type texte) :**

C’est un questionnaire qui implique le questionné dans la recherche on lui permettant de s’exprimer librement sans l’obliger à répondre comme on le souhaite.

Quelle sont les modifications qu’a subit cet espace ?

.....

.....

.....

○ **L’organisation des questions ou la structuration de l’ensemble du questionnaire :**

Afin d’arriver à des réponses faciles et pertinentes, qui vont rendre le questionnaire plus cohérent, on a opté dans notre enquête pour un questionnaire organisé et regroupé par thèmes en allant :

- Des questions d’identification et de filtrage concernant les usagers (de quel hôpital, de quelle catégorie...), ces questions sont la clé pour la vérification du type d’échantillonnage.
- Des questions sur les éléments de caractérisation et de qualification qui seront regroupé suivant les paramètres identifié, et développé, dans la partie théorique [chapitre 02], à savoir l’usager, l’espace et l’ambiance.
- Des questions de récapitulation basée sur une comparaison afin de confirmer ou infirmer ces éléments qui sont théoriquement les plus aptes à caractériser et à qualifier l’expérience et le vécu des usagers reflétant l’hypothèse et de l’objectif principal de cette recherche.

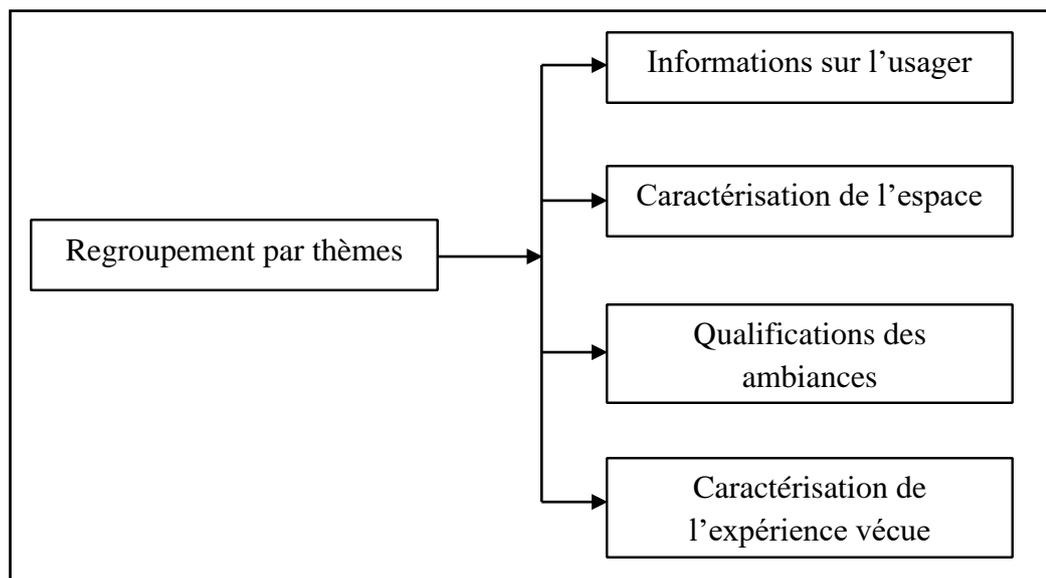


Figure III.3 : Schéma de la structuration des questions du questionnaire.
Source : (Auteurs, 2017)

d) Collecte des réponses : Cette étape est réalisé sur le terrain au niveau des urgences des deux hôpitaux, et elle consiste a collecté des réponses de la part des usagers questionnés.

e) **Saisie, traitement, et analyse des données**

Plusieurs logiciels existent pour le traitement des enquêtes par questionnaire (Sphinx, Modilisa, Statistica, spss ...) Notre choix c'est porté sur le logiciel spécialisé **Sphinx Plus² version 5**, qui va nous aider à introduire les réponses, dépouiller les réponses, afin de faire une analyse graphique des résultats de notre enquête.

Avant de commencer dans le logiciel Sphinx il faut créer une nouvelle enquête, ou de choisir une enquête déjà ouverte. Pour créer une nouvelle enquête d'abord spécifie le titre, la phrase accroche en haut de questionnaire, et la période.



Figure III.4 : Figure illustrant la méthode d'élaboration de l'entête du questionnaire.
Source : (Auteurs, 2017)

Trois grandes étapes sont à respecter sur le logiciel Sphinx : la rédaction des questions, le dépouillement du questionnaire, et enfin les traitements et les analyses des résultats.

La première étape consiste à la rédaction des questions tout en précisant le libellé, la variable, le type de question, et les modalités.

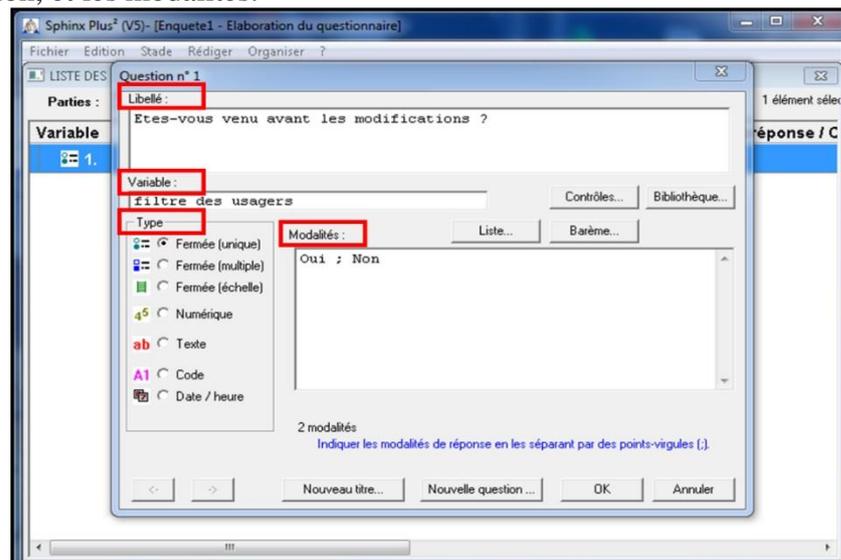


Figure III.5: figure illustrant l'élaboration des questions.
Source: (Auteurs, 2017)

La deuxième étape consiste au dépouillement de questionnaire et à la collecte des réponses par la saisie rapide des modalités choisies par les enquêtés.

La troisième et la dernière étape consiste à l'analyse des résultats et pour cela on clique sur : traitement et analyse de contenu faite par le logiciel.

Synthèse :

La première partie de ce chapitre nous avons pu exposer nos deux méthodologies d'approche (analytique descriptive et comparative) qui ont pour objectifs, l'une de caractériser l'espace à travers l'approche analytique descriptive et comparative, l'autre d'impliquer les usagers à travers une enquête par questionnaire, afin de vérifier notre hypothèse

Ces deux approches vont contribuer à la vérification des moyens énoncés dans l'hypothèse pour la caractérisation et la qualification de l'expérience et du vécu notre hypothèse.

Introduction :

Après avoir effectué un survol historique sur l'évolution de la notion d'urgence des hôpitaux, et avoir défini les rapports existentiels et relationnels entre le vécu, l'expérience, et l'espace, nous allons pouvoir entamer la partie pratique qui nous sera bénéfique dans l'apport des réponses à notre problématique.

Dans ce chapitre nous allons essayer de présenter et d'expliquer la méthodologie d'approche adoptée dans notre recherche, puis on passera à la présentation du corpus d'étude à savoir les deux services d'urgences des deux hôpitaux situés à Sétif (CHU de Sétif et l'hôpital d'El Eulma).

III.2 Présentation et analyse du service d'urgences :

Afin de mieux saisir l'intérêt de notre sujet, nous devons en première partie bien définir et présenter notre corpus d'étude composé du Centre Hospitalo-Universitaire « CHU SAADNA Mohamed Abdenour » de Sétif qui se date de 1934, et l'hôpital Saint Arnaud « Saroub El Khouthir » situé à la daïra d'El Eulma qui date de 1958.

III.2.1 Choix du corpus d'étude :

Nous évoquerons dans cette partie les deux hôpitaux et leurs différentes entités. Cependant, nous accorderons une attention particulière au service d'urgences au sein des deux hôpitaux (CHU de



Figure III.6 : Carte sanitaires de la wilaya de Sétif.
Source : <http://www.dsp-setif.dz/index.php/fr/>. [Consulté le 08/01/2017].

Sétif et hôpital d'El Eulma), choisis en raison de leurs constructions dans la même période (la période coloniale), ainsi le service d'urgence est l'un des services les plus complexes de l'hôpital par sa fonction, par la diversité de ses usagers et leurs états, et par sa relation directe avec le monde extérieur (malades, accompagnateurs, visiteurs, en plus du personnels). Cet espace d'urgence subit des transformations continues dans le temps pour répondre aux besoins des usagers, et c'est le cas de ces deux services d'urgences des deux hôpitaux qui ont récemment subi des modifications au sein de ce dernier. Ce qui nous a aidé à avoir des réponses de la part des usagers qui ont vécu des expériences dans cet espace (avant et après modifications).

III.2.2 Présentation du CHU « Saâdna Abdenour » de Sétif :

Au siècle dernier (1934), la structure était un hôpital civil conçu pour une capacité de 200 lits, couvrant deux cents mille habitants. Puis transformé en hôpital régional, il devient un secteur sanitaire de Sétif, puis un secteur sanitaire universitaire, pour prendre enfin la dénomination de Centre Hospitalo- Universitaire en 1986. Cependant le CHU de Sétif contient maintenant 502 lits³, et il contient maintenant encore plus de services comme : service de traumatologie, Pneumologie Phtisiologie, thoracique et cardio-vasculaire...ect,



Figure III.7 : Vue sur l'entrée principale du CHU de Sétif Saint Arnaud d'El Eulma. Source : (Auteurs, 2016)

Le CHU de Sétif se situe dans la partie Sud-Ouest par rapport au noyau historique urbain « centre-ville de Sétif ». Les routes nationales, Bejaia, Jijel (RN09), M'sila, BBA (RN05), M'sila (RN28) et Batna (RN28), peuvent favoriser et faciliter les évacuations des malades des wilayas limitrophes vers le CHU de Sétif, ce qui prouve que l'aire d'influence et d'attraction habituelle n'inclut pas seulement la totalité de la ville de Sétif mais aussi les wilayas limitrophes (Bouandes,2012)

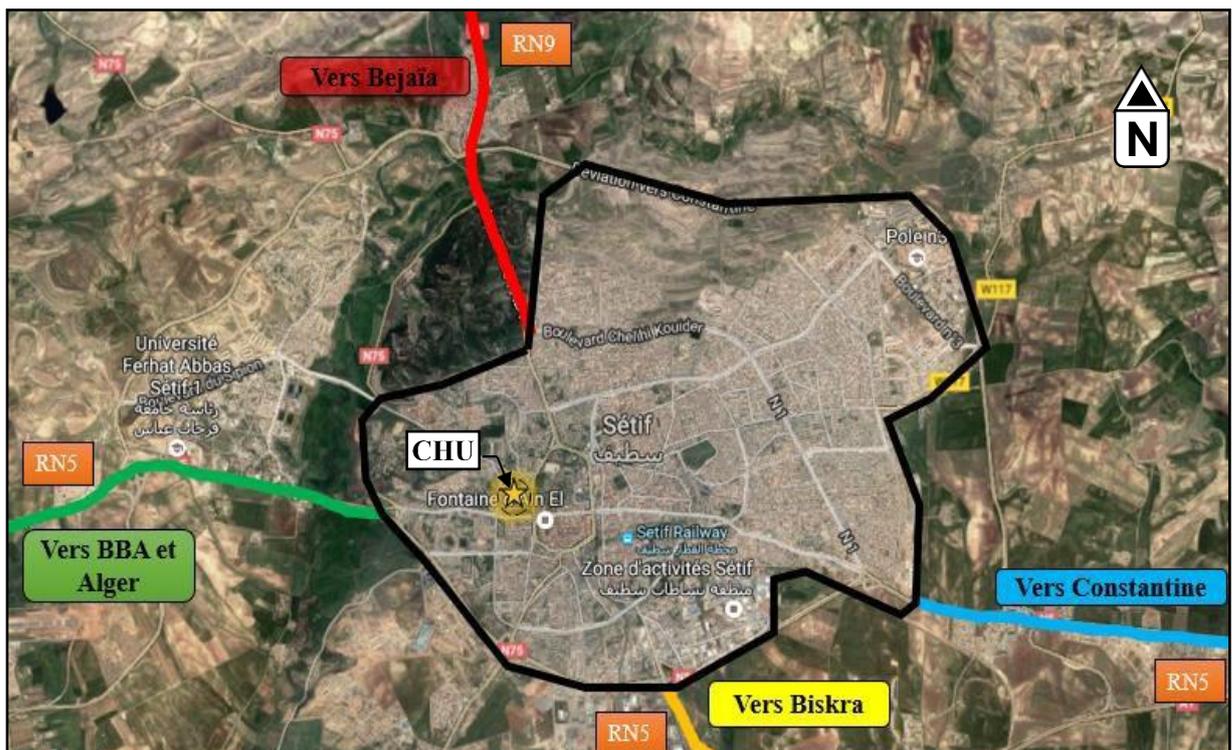


Figure III.8 : Plan de situation du CHU par rapport à la ville. Source : (Auteurs, 2017)

III.2.2.2 Accessibilités au CHU de Sétif :

On voit que le CHU a 09 accès ouverts soit aux publics ou aux personnels, et on y accède par la RN-09. L'accès à l'enceinte de l'hôpital est primordial pour un fonctionnement correct des différents services (Bouandes, 2012), surtout qu'il est utilisé par les malades, les visiteurs et les personnels. L'accès à l'hôpital se fait par une voie mécanique ou piétonne, ainsi on trouve à l'entrée de l'hôpital deux grands portails avec la présence d'un poste police avec des agents de sécurité, et aussi un parking public, mais y'a l'absence d'un parking pour le personnels, ce qui est un inconvénient pour la gestion de flux entre publics et personnels.

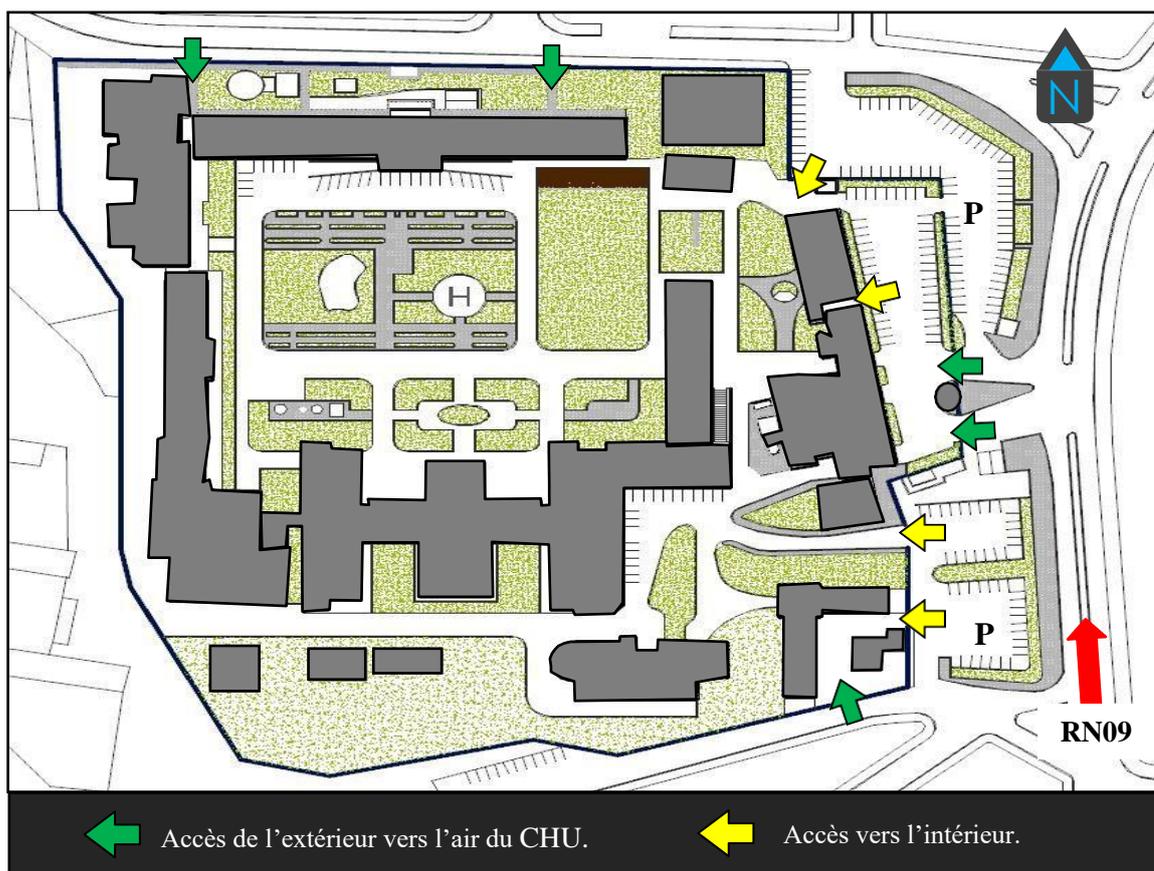


Figure III.9 : Plan de masse qui montre l'accessibilité au CHU de Sétif.

Source : (BOUANDES, 2012 + Traitement par auteurs, 2017)

III.2.2.3 Typologie de l'hôpital :

Ce type de construction est pavillonnaire, décentralisé, caractérisé par l'éparpillement de volumes de différentes dimensions, par une organisation horizontale impliquant ses longs trajets (Bouandes, 2012), avec passage en plein air aux malades comme aux personnels. Les gabarits des volumes ne dépassent pas les R+3 sur une surface de 5.7 Ha.⁴ Ainsi cette typologie de cet hôpital ne permet pas d'accorder une facilité pour le fonctionnement et le déplacement des malades et personnels entre les différents pavillons car y a des distances importantes entre ces derniers.

⁴ Direction de la santé et de la population. Disponible sur: <http://www.dsp-setif.dz/index.php/fr/chu/presentation>. [Consulté le 24/12/2016].

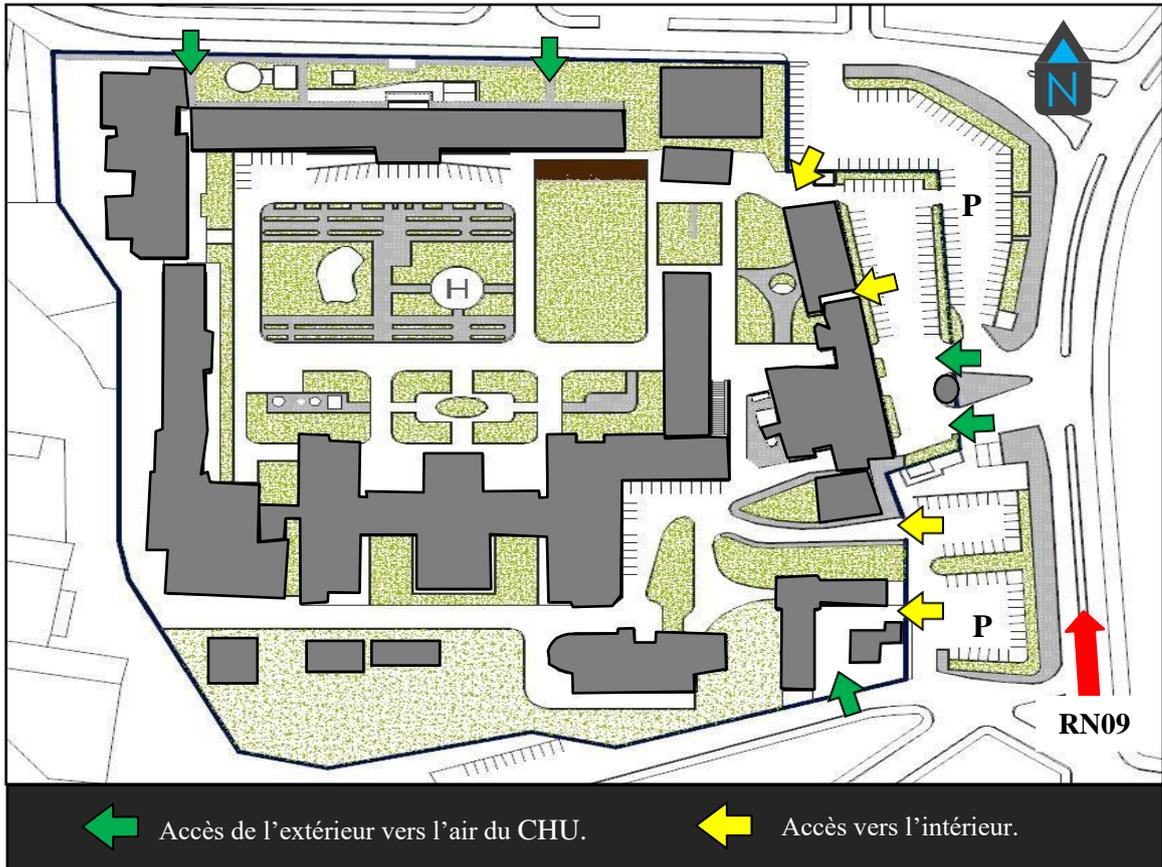


Figure III.10: Illustration de la construction pavillonnaire du CHU de Sétif.
Source : (Bouandes, 2012)

III.2.3 Analyse de service d'urgence du CHU de Sétif:

Dans ce titre on va analyser l'emplacement, et accessibilités des urgences de l'hôpital, ainsi analyse des plans, et le fonctionnement des espaces intérieurs.

III.2.3.1 Emplacement des urgences par rapport au CHU :

Le service d'urgence du CHU de Sétif se trouve proche de l'entrée par rapport à l'enceinte de l'hôpital, cependant il est en relation forte avec l'entrée de l'hôpital, mais le service d'urgence est isolé par rapport aux restes des pavillons, c'est à dire il se trouve loin des autres spécialités du

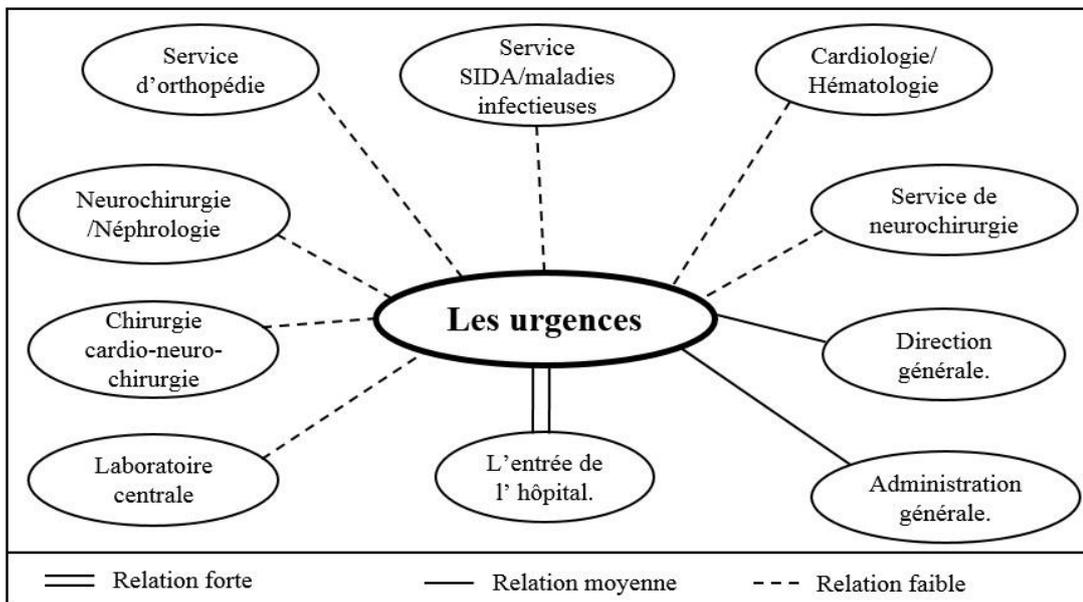


Figure III.11 : Organigramme fonctionnel des urgences par rapport au CHU de Sétif. Source: (Auteurs, 2016).

CHU comme: service d'orthopédie, laboratoire centrale, Service de neurochirurgie, administration générale.... ect

III.2.3.2 Accessibilité aux urgences du CHU de Sétif :

On voit que l'accès aux urgences est ouvert aux publics, malades et aux personnels, et On y accède par une rampe assez élevé et un escalier. On trouve à l'entrée des urgences un agent de sécurité pour orienter les malades et le public aux différents services dans les urgences, soit pour diriger vers les urgences médicales ou les services chirurgicales.



Figure III.12 : Vue sur l'entrée des urgences du CHU de Sétif.

Source : (Auteurs, 2016)

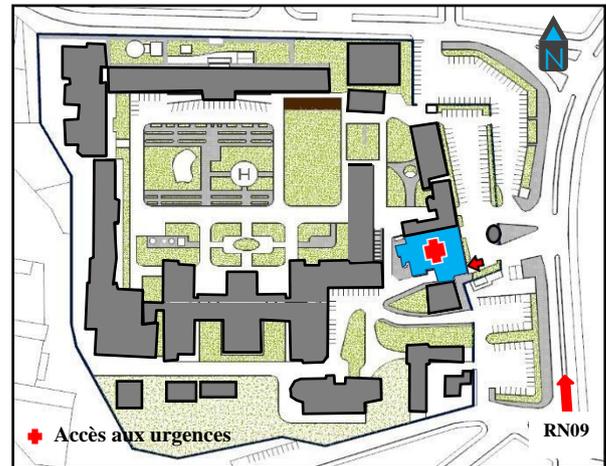


Figure III.13: Plan de masse du CHU montrant l'emplacement et l'accessibilité aux urgences.

Source : (Bouandes, 2012 + Traitement par Auteurs)

III.2.3.3 Analyse des plans des urgences du CHU de Sétif :

Une fois arrivée à l'entrée des urgences du CHU de Sétif, on a remarqué l'absence d'un bureau d'orientation (Triage des usagers), mais y'a la présence d'un agent de sécurité pour diriger les usagers et gérer les flux entrants et sortants, n'empêche la gestion pour l'agent est très difficile à cause du nombre importants du publics que le service d'urgence reçoit. On arrive à rentrer au premier espace qui est l'espace d'attente des deux urgences (Médicales et chirurgicales). Cet espace semble petit par rapport aux nombres des usagers qui viennent soit pour se soigner ou pour des visites médicale (personnels, malades, accompagnateurs), ainsi les étudiants qui font leurs stages au sein du service d'urgence. On remarque que l'agencement des espaces d'urgences est en chicane, et ils sont répartis en deux services, le service médical est doté d'un espace d'attente, d'un hall qui dessert vers deux salles de consultations, deux salles de soin et un bureau de médecin, et ceci est géré par différents acteurs comme les infirmiers et médecins spécialiste. Ainsi, le service chirurgical est doté d'un grand hall (une longueur de 37 m) qui est réparti sur deux halls, le premier hall principal dessert vers 3 salles de consultation (consultation de la chirurgie urologie, neurochirurgie, et orthopédique), une salle de plâtre et une salle de soin qui sont loin de l'entrée du service chirurgical ce qui est un inconvénient pour le déplacement des malades. Le deuxième hall (espace d'attente de radiologie) dessert vers 4 salles de radiologie et échographie, cependant on remarque que dans ces deux halls d'accueil y'a l'absence d'aménagements (absence totale des chaises) ce qui permet pas de répondre aux besoins de l'attente des malades, c'est-à-dire ce qui laisse les malades debout pendant toute la durée de leurs attentes et ça malgré la gravité de leurs

cas. Le hall principal des urgences se dessert ainsi à un autre hall qui mène vers la salle d'observation des malades, et on trouve aussi un autre hall qui mène vers la salle d'opération et d'autres espaces comme la salle de réveil et la salle de stérilisation.

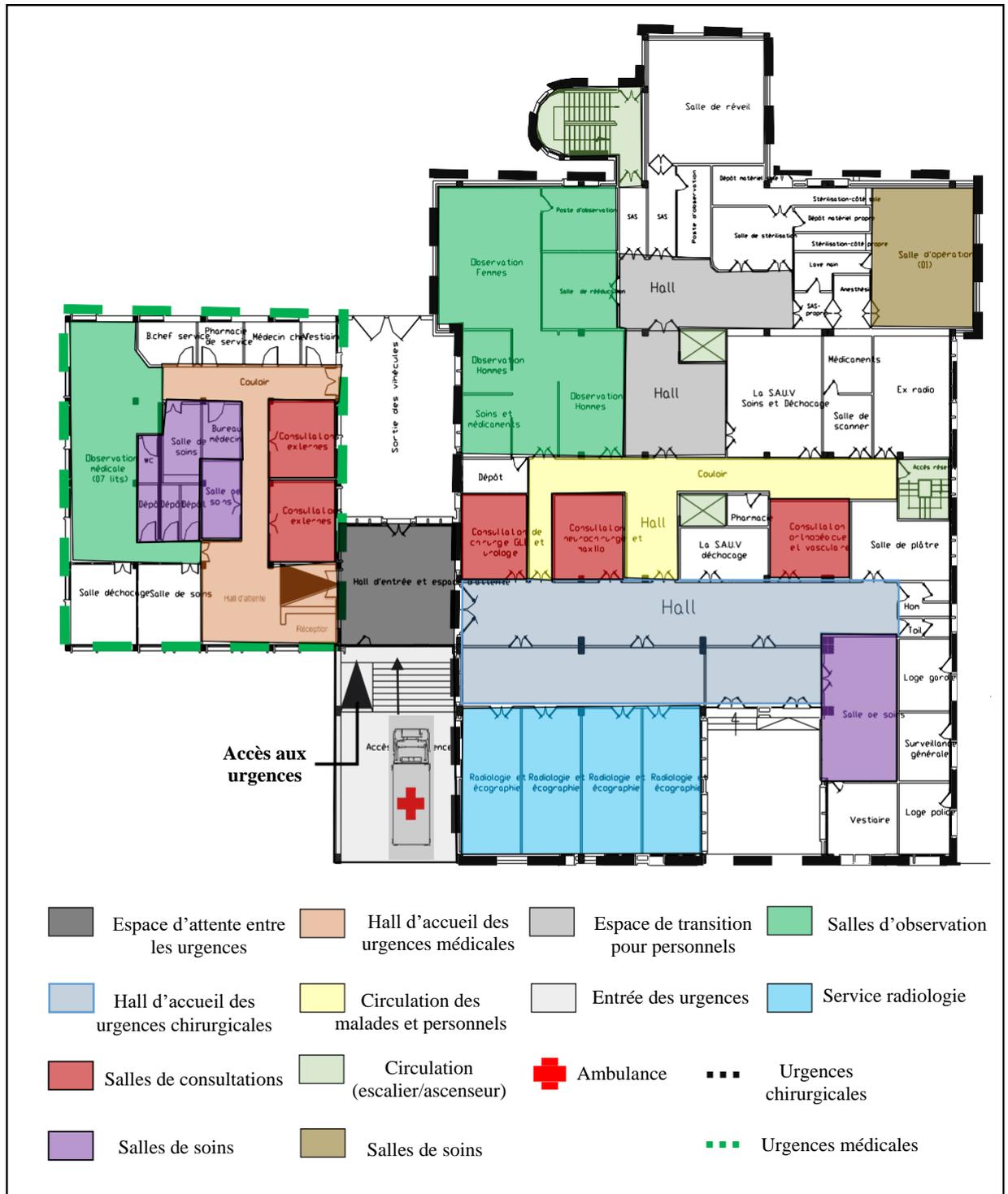


Figure III.14 : Plan des urgences du CHU de Sétif.
Source : (Bouandes, 2012 + traitements par auteurs, 2017)

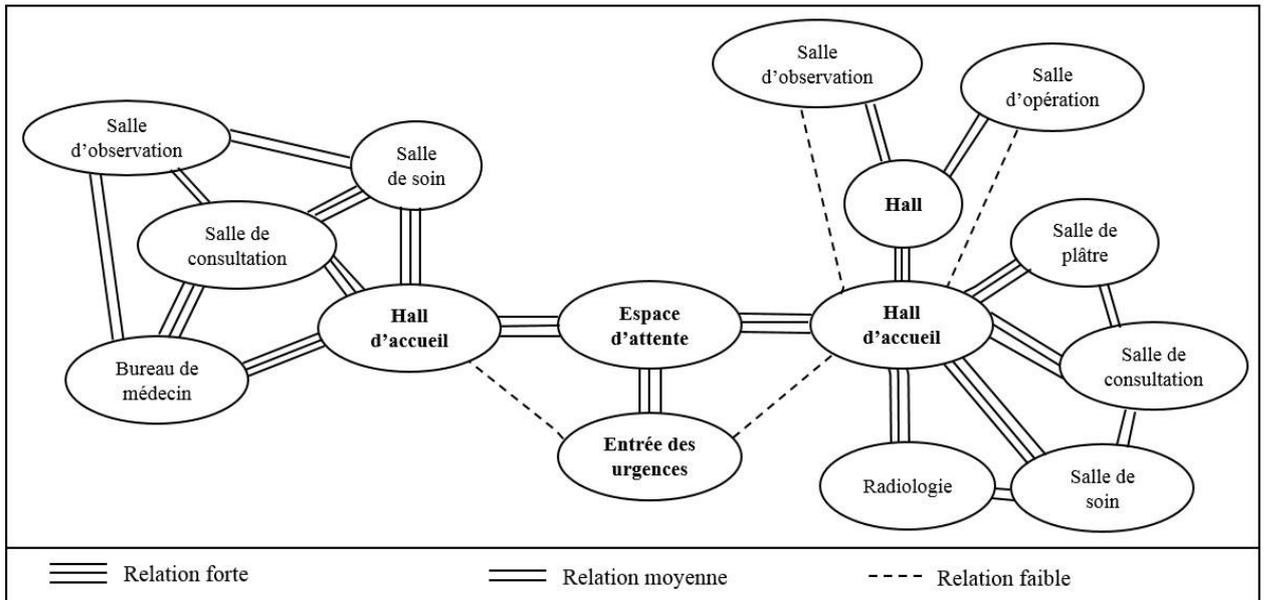


Figure III.15 : Organigramme fonctionnel entre les différentes entités des urgences chirurgicales et médicales du CHU de Sétif.
Source: (Auteurs, 2016).



Figure III. 16 : Vue sur le hall d'accueil principal des urgences chirurgicales du CHU de Sétif.
Source: (Auteurs, 2016)



Figure III.17: Vue sur le hall d'accueil secondaire des urgences chirurgicales du CHU de Sétif.
Source : (Auteurs, 2016)



Figure III.18: Vue sur l'espace d'attente des deux urgences du CHU de Sétif.
Source : (Auteurs, 2016)



Figure III.19: Vue sur l'espace d'attente des urgences médicales du CHU de Sétif.
Source : (Auteurs, 2016)



Figure III.20 : Vue sur l'espace d'attente et de circulation des malades et personnels des urgences chirurgicales du CHU de Sétif.
Source : (Auteurs, 2016).



Figure III.21 : Vue sur l'espace de transition des personnels des urgences chirurgicales du CHU de Sétif.
Source : (Auteurs, 2016).

III.2.4 Présentation de l'hôpital « Saroub El Khouthir » à EL-Eulma :

III.2.4.1 Données générales : situation / rapport de l'hôpital EL-Eulma à la ville /typologies :

L'Etablissement Public Hospitalier EL EULMA « SAROUB EL KHATHIR » a été construit durant la période coloniale (1958) selon un modèle pavillonnaire, d'une superficie de (02 Hectares 50 Ares 57 Centiare) et d'une capacité en lits de 180 lits.⁵



Figure III.22 : Vue sur l'entrée principale de l'hôpital Saint Arnaud d'El Eulma.
Source : <http://www.dsp-setif.dz/index.php/fr/>. [Consulté le 08/01/2017].

La ville d'El-Eulma est située à 27 Km de la wilaya de Sétif, limitée à l'Est par la wilaya de Mila, à l'Ouest par la daïra de Sétif, au Sud par les daïras de Ain-Azel et de Ain-Oulmène, au Nord par la daïra de Ain-El Sétif, au Sud par les daïras de Ain-Azel et de Ain-Oulmène, au Nord par la daïra de Ain-El Kebira, à travers les routes nationales N°5, N°77 et N77A, on peut atteindre

⁵ Direction de la santé et de la population. Disponible sur : <http://www.dsp-setif.dz/index.php/fr/etablissements-publics-de-sante/eph-el-eulma/presentation>.

El Eulma. L’hôpital est situé dans la partie centrale de la ville d’El Eulma dans le côté Sud-Ouest par rapport à la cité Saint Arnaud (noyau historique urbain) de la ville d’El Eulma

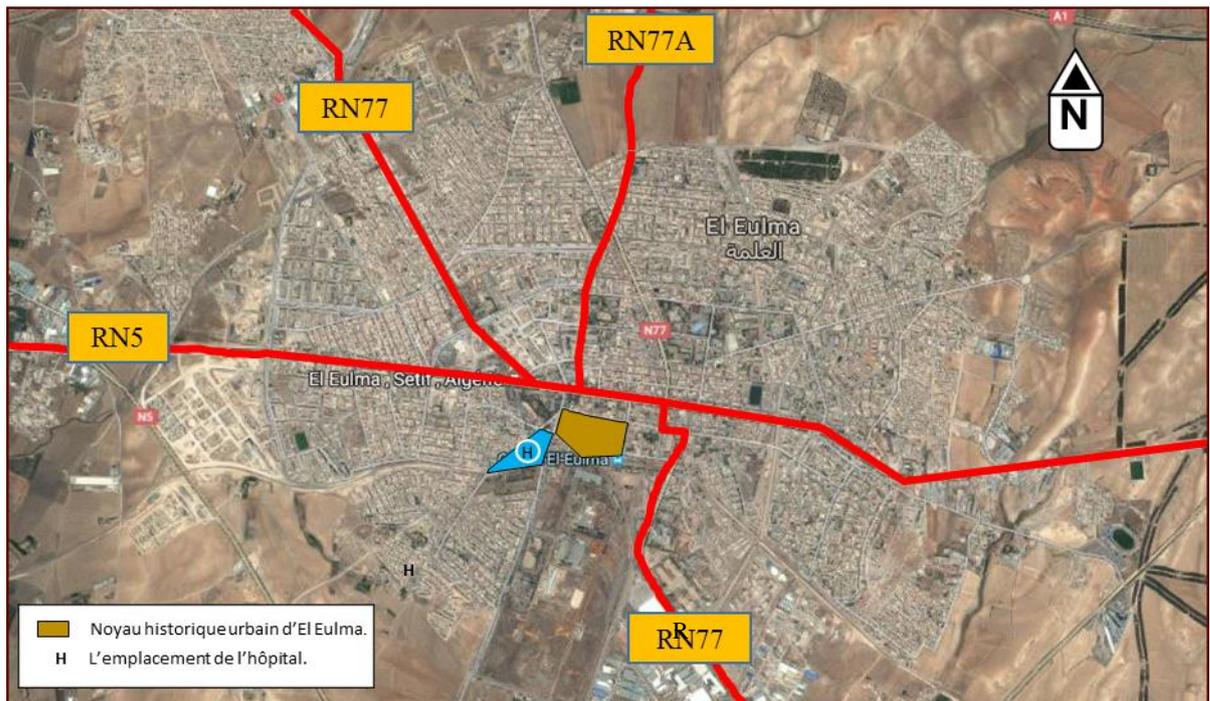


Figure III.23: Plan de situation de l’hôpital El-Eulma par rapport à la ville. Source : (Auteurs, 2017)

III.2.4.2 Accessibilité à l’hôpital « Saroub El Khouthir » à EL-Eulma :

L’accès à L’hôpital se fait en prenant la route (RN05), il est limité par le chemin de fer côté sud, et côté nord par la rue de Saïd Ayad. L’hôpital a deux accès un pour le public et le personnel (Visiteurs, administration et services), et l’autre pour les services d’urgences. On peut accéder à l’entrée principale de l’hôpital et celle des urgences par un axe principal dont tous les accès de l’hôpital donnent sur cet axe (couleur marron), ainsi par un axe secondaire (couleur jaune).

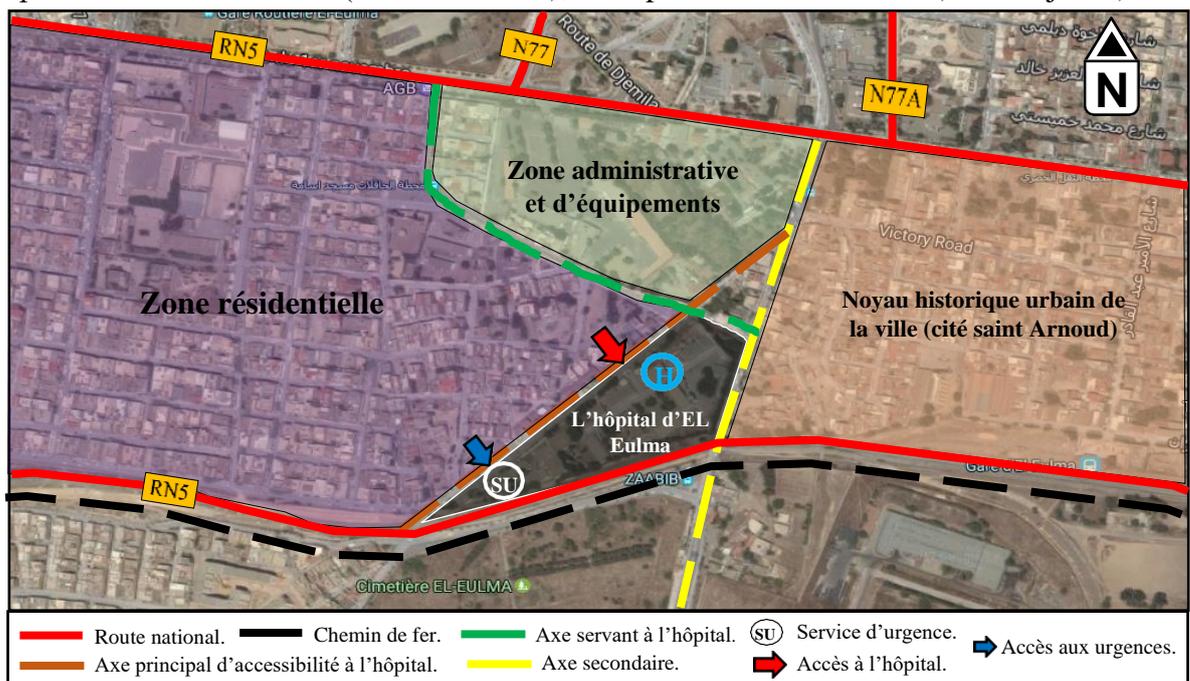


Figure III.24 : Plan de situation qui montre l’accessibilité à l’hôpital El-Eulma. Source : (Bouandes, 2012)

III.2.4.3 Typologie de l'hôpital :

L'assiette de l'hôpital d'El Eulma présente une forme triangulaire configurée suivant une typologie pavillonnaire de bâtiments modulaires bas éclatés s'élevant sur deux niveaux (R+2) maximum, et cela sa date depuis la période coloniale. L'hôpital a eu plusieurs extensions dans le temps comme celle de 1976, 1992, et celle de 2007 pour les urgences médicales. (Bouandes, 2012)

La construction de cet hôpital se caractérise ainsi par l'éparpillement de volumes de différentes dimensions, avec des passages en plein air aux malades comme aux personnels. Ainsi Cette typologie de cet hôpital ne permet pas d'accorder une facilité pour le fonctionnement et le déplacement des malades et personnels entre les différents pavillons car y a un isolement et des distances importantes entre les volumes.

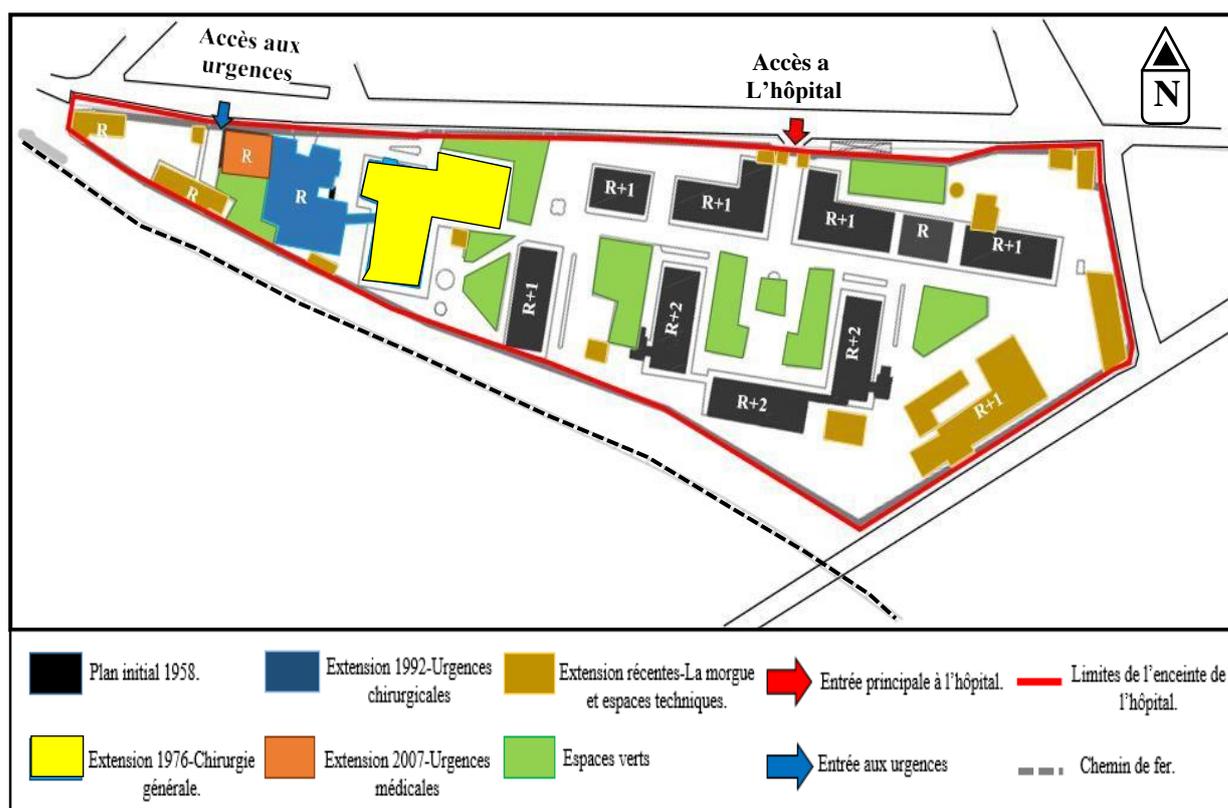


Figure III.25 : Figure illustrant la construction pavillonnaire de l'hôpital d'El-Eulma de Sétif.
Source : (BOUANDES, 2012)

III.2.5 Analyse de service d'urgence de l'hôpital d'EL-Eulma :

Dans ce titre on va analyser l'emplacement, et accessibilités des urgences de l'hôpital, ainsi analyse des plans, et le fonctionnement des espaces intérieurs.

III.2.5.1 Emplacement des urgences par rapport à l'hôpital :

Le service d'urgence de l'hôpital El-Eulma se trouve proche de l'entrée par rapport à l'enceinte de l'hôpital, mais loin de l'entrée de l'hôpital, cependant il est en relation faible avec l'entrée principale de l'hôpital, ainsi le service d'urgence est isolé par rapport aux restes des pavillons, c'est à dire il se trouve loin des autres spécialités comme : service d'orthopédie, bloc opératoire, Service de médecine interne, administration générale...ect. On remarque bien aussi que sa visibilité et sa situation pose problème Vu que ce pavillon se trouve derrière celui de la chirurgie générale.

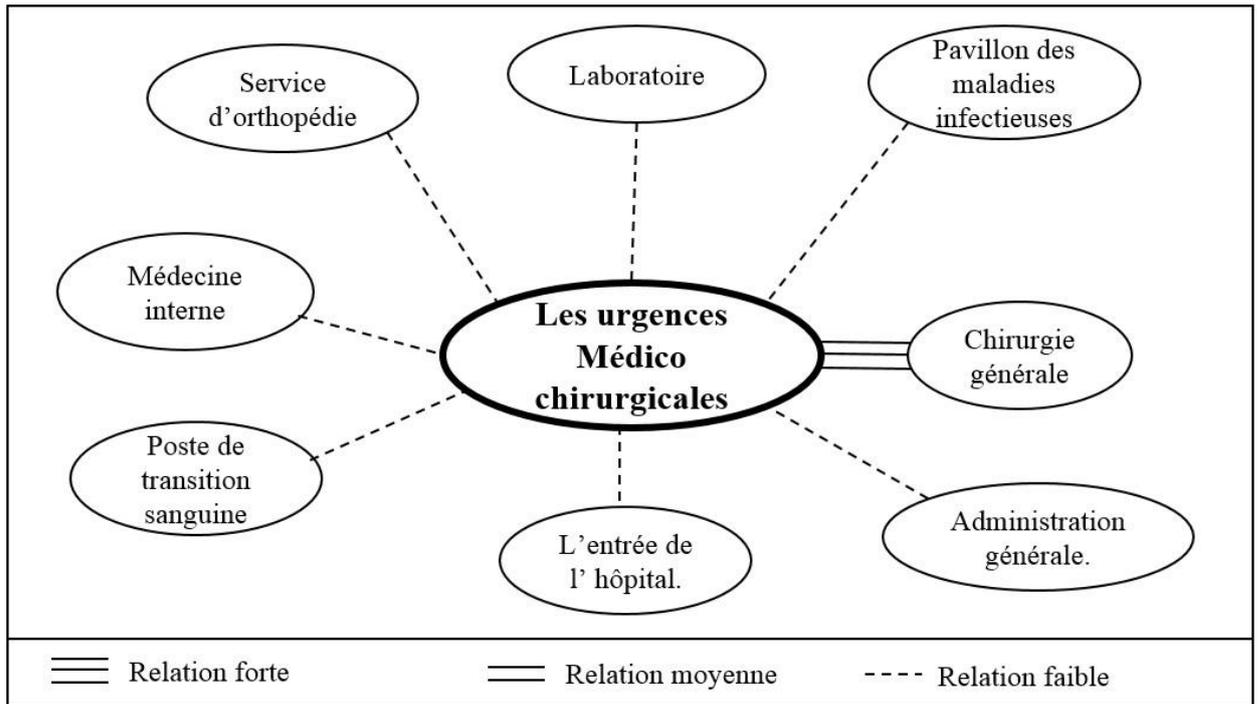


Figure III.26 : Organigramme fonctionnel des urgences par rapport à l'hôpital d'EL- Eulma. Source : (Auteurs, 2016).

III.2.5.2 Accessibilité aux urgences de l'hôpital d'EL-Eulma :

On voit que l'accès aux urgences est ouvert aux publics, malades et aux personnels. On trouve à l'entrée des urgences un agent de sécurité pour orienter les malades aux différents services dans les urgences, soit pour diriger vers les urgences médicales ou les services chirurgicales



Figure III.27 : Vue sur l'entrée des urgences de l'hôpital El-Eulma. Source : (Auteurs, 2016)

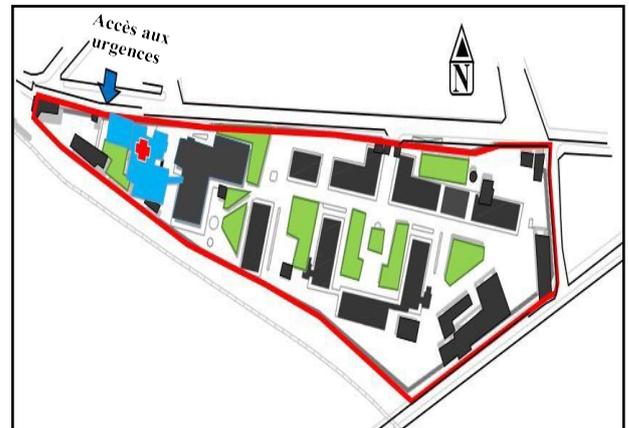


Figure III.28 : Plan de masse de l'hôpital El-Eulma montrant l'emplacement et l'accessibilité aux urgences. Source : (BOUANDES, 2012)

III.2.5.3 Analyse des plans des urgences de l'hôpital d'El Eulma :

Une fois arrivée aux urgences on trouve qu'il y a l'absence des airs de stationnements, cependant on remarque une confusion totale entre la circulation piétonne et mécanique à l'entrée.

À l'entrée du service on trouve un bureau d'orientation, mais l'agent de ce bureau a du mal à gérer le nombre important des malades, et il est juste à côté du bureau de médecin ce qui cause une pression dans le hall d'accueil. Après le passage du hall d'attente, on rentre au hall principal

du service chirurgical pour accéder aux différents espaces tels que la salle de soin et de pansement, salle de plâtre, ainsi un autre espace d'attente au fond du hall pour accéder au service de radiologie.

On remarque que dans le hall y'a l'absence totale des chaises ce qui réponds pas aux besoins de l'attente des malades, et ce qui pose problèmes aussi c'est que les accompagnateurs de malades rentrent souvent à ce grand hall alors que c'est interdit mis à part dans les cas grave du malade.

Le hall principal mène à un autre hall que ce dernier desserve vers deux patios, ainsi à la salle d'observation des malades, salle de soin et les chambres de gardes.

Le service des urgences médico-chirurgicales est relié à un pavillon de la chirurgie générale en passant par le hall de la salle d'observation pour arriver à la galerie qui mène à la chirurgie générale.

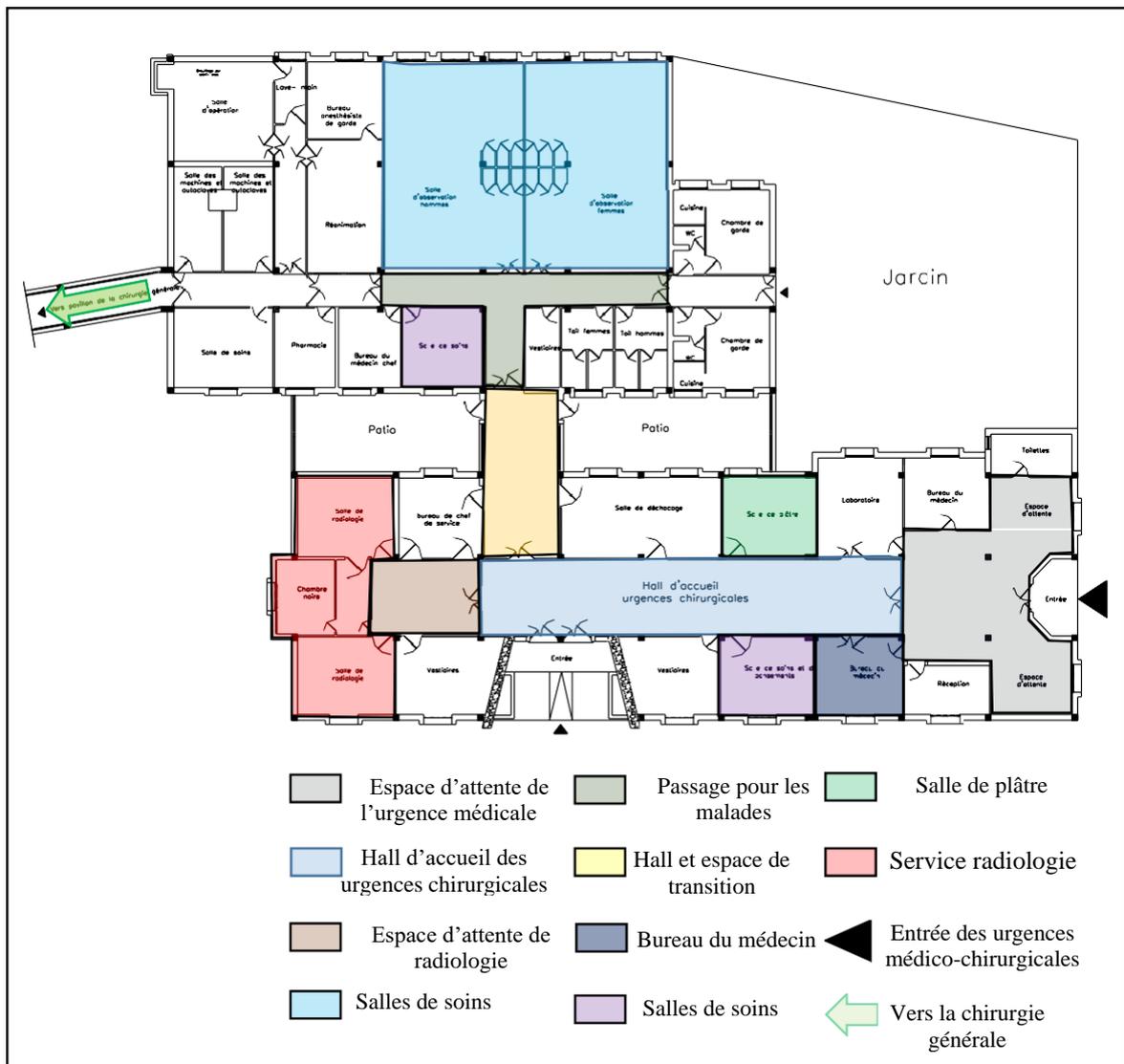


Figure III.29 : Plan des urgences médical et chirurgical de l'hôpital d'EL- Eulma.
Source : (Bouandes, 2012).

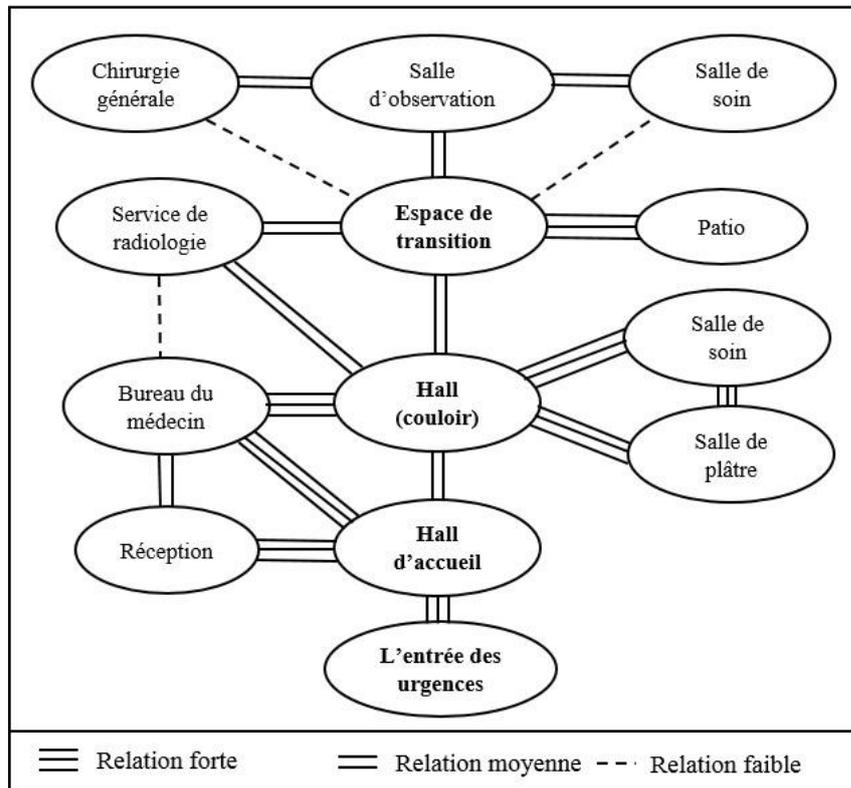


Figure III.30 : Organigramme fonctionnel entre les différentes entités des urgences chirurgicales et médicales d'El-Eulma. Source : (Auteurs, 2016).



Figure III. 31 : Vue sur le hall d'accueil des urgences de l'hôpital El-Eulma. Source : (Auteurs, 2016)



Figure III. 32 : Vue sur l'espace d'attente des urgences de l'hôpital El-Eulma. Source : (Auteurs, 2016)



Figure III. 33 : Vue sur le hall des urgences de l'hôpital El-Eulma. Source : (Auteurs, 2016)



Figure III. 34 : Vue sur le service radiologie des urgences de l'hôpital El-Eulma. Source : (Auteurs, 2016)

III.2.6.1 Les qualités spatiales de l’espace d’urgence du CHU de Sétif :

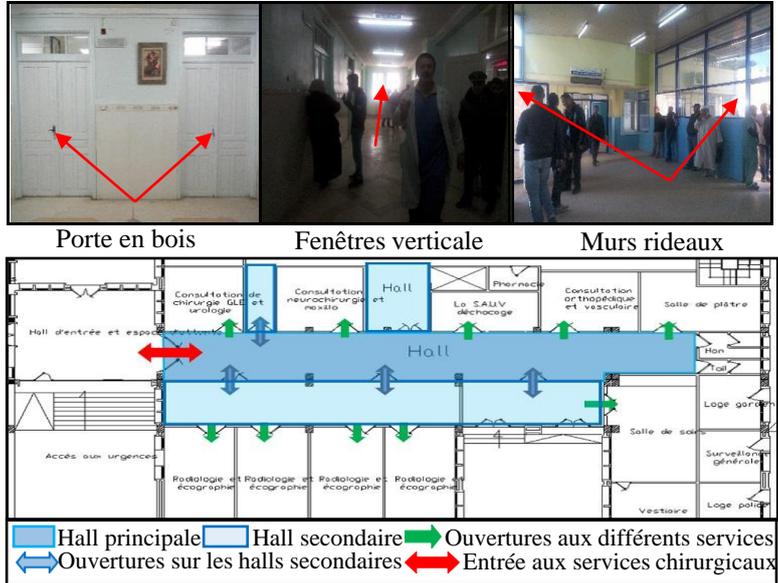
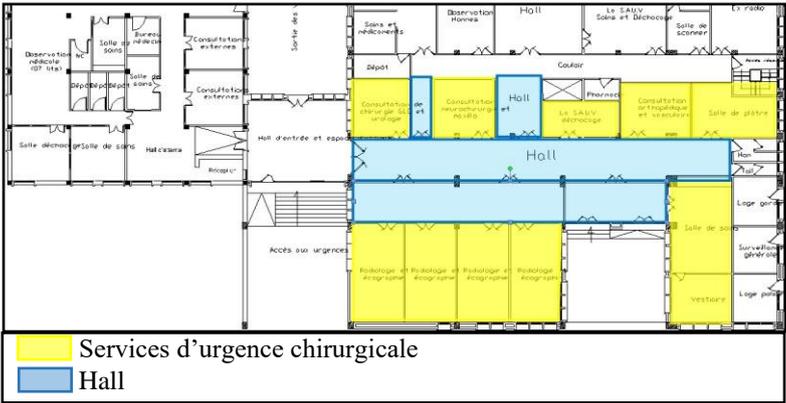
Les qualités spatiales de l’espace d’urgence :	
<p>« ouverture » :</p> <p>Trois types d’ouvertures :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Des portes en bois et en vitrages. -Des murs rideaux. -Des fenêtres verticales. <p>une porte sépare l’espace d’accueil du hall, qui ensuite dessert par le baie de portes en bois sur les différents services internes des urgences et sur un autre hall qui dessert à son tour d’autres service par le baie des portes en bois.</p>	 <p style="text-align: center;">Porte en bois Fenêtres verticale Murs rideaux</p> <p style="text-align: center;">■ Hall principale ■ Hall secondaires → Ouvertures aux différents services ← Ouvertures sur les halls secondaires → Entrée aux services chirurgicaux</p>
<p>Figure III. 35 : (Ouvertures/fermeture) entre les entités d’espace d’urgence. Source : (BOUANDES, 2012 + traitements par Auteurs, 2016) d’urgence.</p>	
<p>Echelle/proportion :</p> <p>Le rapport des grandeurs entre les différentes parties de cet espace semble être logique.</p> <p>Equilibre : on remarque un certain équilibre et une certaine harmonie entre les différents éléments qui compose le hall (les portes de part et d’autres, standardisation de la hauteur de la faïence utilisé dans les murs).</p> <p>L’unité : toutes les parties sont unies et forme un tout c’est-à-dire l’espace d’urgence.</p>	 <p style="text-align: center;">Figure III. 36 : (Echelle/proportion). Source : Auteurs, 2016</p>  <p style="text-align: center;">■ Services d’urgence chirurgicale ■ Hall</p>
<p>Figure III.37 : Échelle, équilibre, unité dans l’espace d’urgence. Source : (BOUANDES, 2012 + traitements par Auteurs, 2016)</p>	

Tableau III.2 : Les qualités spatiales de l’espace d’urgence du CHU de Sétif. Source : (Auteur, 2016)

Synthèse: on a voulu à travers ce tableau montré les qualités spatiales de l’espace d’urgence en analysant les types d’ouverture, l’échelle et proportion de l’espace d’urgence et son unité.

III.2.6.2 Les qualités visuelles de l'espace d'urgence du CHU de Sétif :

Les qualités visuelles de l'espace d'urgence.		
Lumière	<p>Deux types de lumières qui assurent l'éclairage de l'espace d'urgences :</p> <ul style="list-style-type: none"> -éclairages artificielles assuré par des néons. -éclairages naturel : Assurer par des ouvertures latéral (murs rideaux et fenêtres). 	
Texture	<p>Cet espace dispose de :</p> <ul style="list-style-type: none"> -texture lisse pour les murs (peinture bleu + faïence). -revêtement lisse et glissant pour le sol. -faux plafond <p>La texture dépend des matériaux utilisés:</p> <ul style="list-style-type: none"> -faïences. -carrelage. -bois. 	 <p style="text-align: center;">Figure III. 39 : Illustration sur le hall montrant les différentes Textures utilisés. Source : (Auteurs, 2016)</p>
couleurs	<p>Les peintures les plus utilisées dans cet espace sont : le bleu ciel, le blanc et le jaune claire avec une faïence beige.</p>	 <p style="text-align: center;">Figure III.40: Illustrations sur le hall et l'espace d'attente</p>
Aménagements	<p>On remarque l'absence totale de chaises dans l'espace d'attente. On remarque la disponibilité des chauffages qui ont l'air d'être en bon-état mais il y'a un manque de climatisation flagrant.</p>	 <p style="text-align: center;">Figure III.41 : Illustrations sur le hall et l'espace d'attente montrant l'aménagement disponible. Source : (Auteurs, 2016)</p>

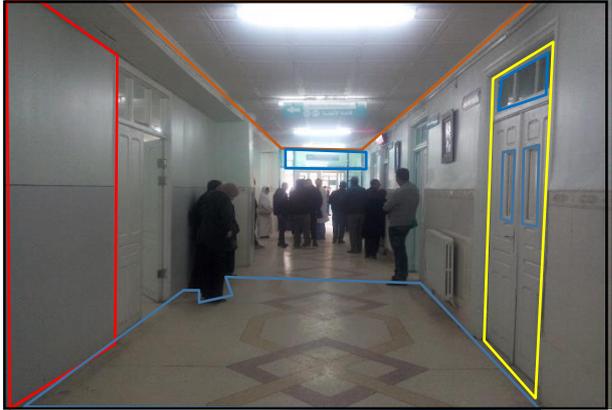
Matériaux / revêtements	<p>Les matériaux utilisés dans cet espace semblent être récents et bien entretenus.</p> <p>En ce qui concerne la conception de cet espace on remarque l'utilisation de plaque au plâtre dans la nouvelle séparation du hall chirurgicale et dans les faux plafonds, les briques creuses et les parpaings pour les murs extérieurs et pour les murs de séparation, des murs rideaux dans l'espace d'attente, le béton armé pour la structure, le carrelage pour le revêtement de sol, le bois et le verre pour les ouvertures.</p>	
--------------------------------	---	--

Figure III. 42 : Illustration sur le hall montrant les matériaux utilisés. Source : (Auteurs, 2016)

Tableau III.3 : qualités visuelles de l'espace d'urgence du CHU de Sétif. Source : (Auteur, 2016)

Synthèse: à travers ce tableau on vise à montrer les qualités visuelles de l'espace d'urgence en analysant la lumière, la texture, les couleurs, l'aménagement et les matériaux et revêtement utilisés.

III.2.6.3 Les propriétés métriques de l'espace d'urgence « CHU de SETIF »:

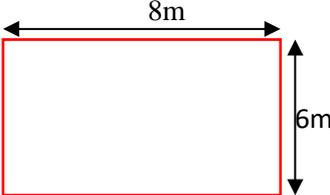
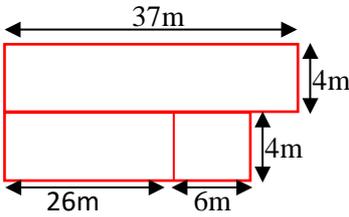
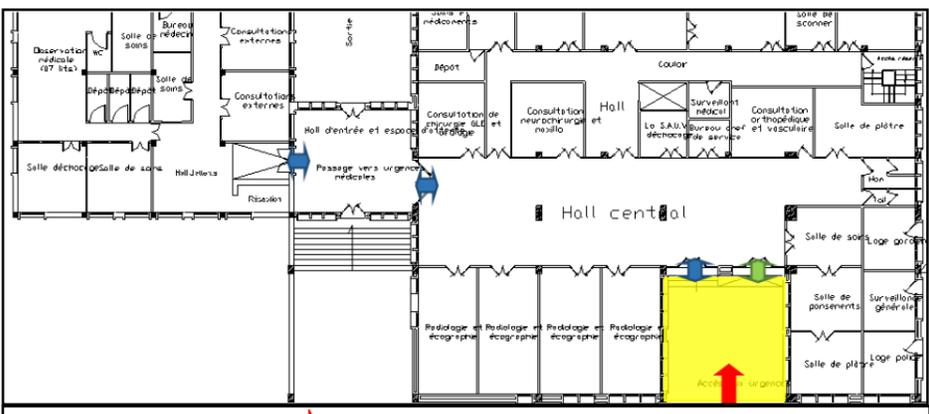
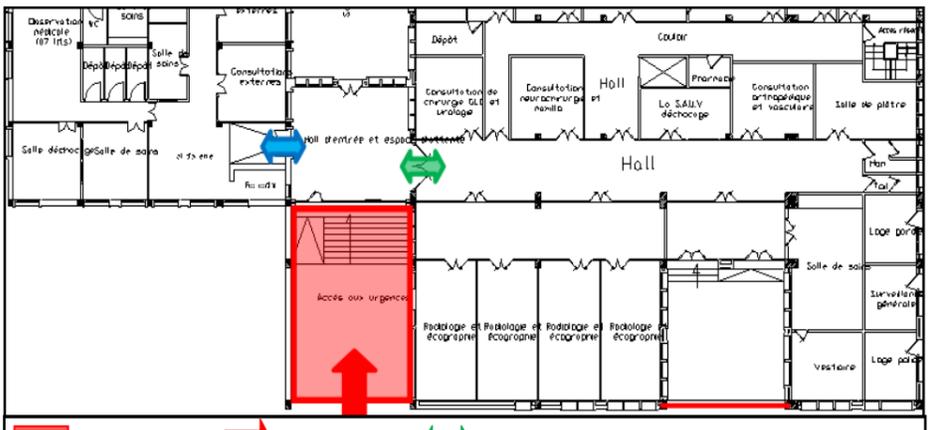
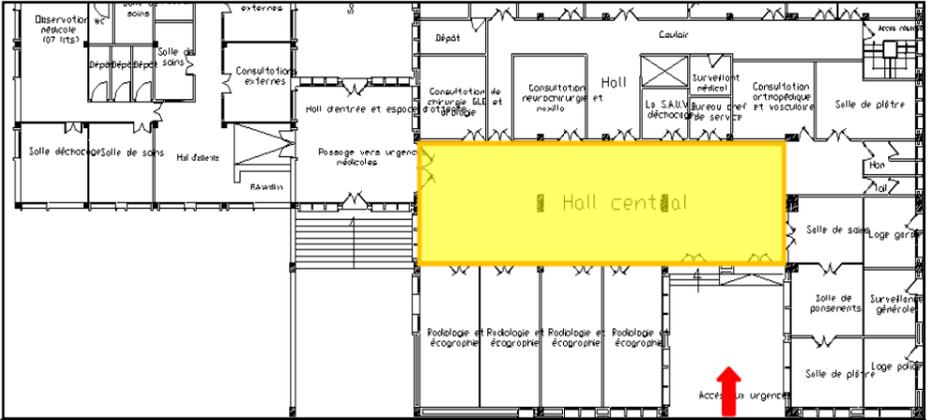
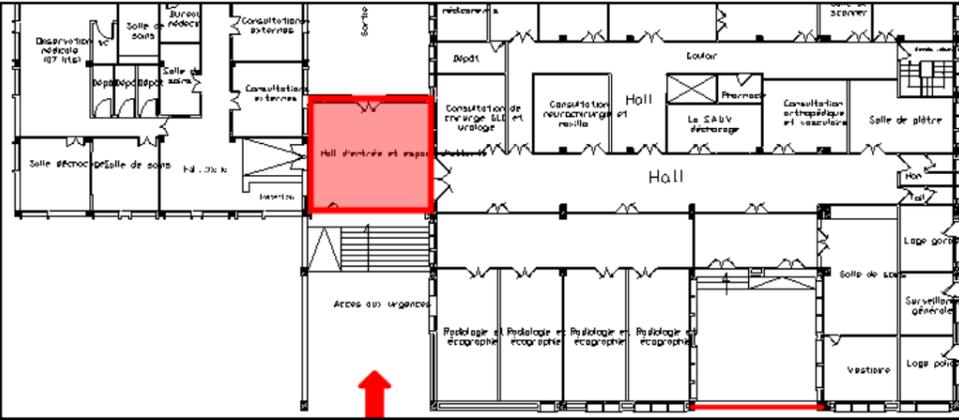
Espaces	Schémas	Illustrations
<p>Espace d'attente : cet espace est représenté par un rectangle de 48m² de surface, de 8m de long et de 6 m de largeur.</p> <p>Cet espace semble ne pas suffire au monde qu'il reçoit vu qu'il représente un espace d'attente destiné aux malades qui vont au service d'urgence médical et à tous les accompagnateurs de malades à l'entrée au deux blocs « chirurgical et médical » est interdite.</p>		
<p>Espace de transition : Hall qui sert de transition entre les différents services d'urgence chirurgicale.</p> <p>Cet espace est représenté par un assemblage de trois rectangles.</p>		

Tableau III.4 : Les propriétés métriques de l'espace d'urgence du CHU de SETIF. Source : (Auteur, 2016)

Synthèse : par notre analyse et observation sur les lieux on a pu constater que l'espace d'urgence n'est pas suffisant au monde qu'il accueille.

III.2.6.4. Analyse comparative des urgences du CHU de Sétif, avant/après modifications :

Critiques		Avant modifications.		Après modifications.	
Entrée	<p>L'accès aux urgences du CHU de SETIF a été délocalisé de son emplacement initial. Cette séparation semble logique car ça a permis de séparer le service d'urgence médicale du service d'urgence chirurgicale ce qui peut aider dans la gestion des flux et dans l'orientation des malades.</p>	Plans	 <p> Ancienne Entrée ➔ Ancien accès ➔ Ancien accès aux services chirurgicaux ➔ Ancien accès aux services médicaux </p> <p>Figure III. 45 : L'accès aux urgences du CHU avant modification. Source : (BOUANDES, 2012)</p>	Plans	 <p> ➔ Entrée actuel ➔ Accès actuel ➔ Accès aux services chirurgicaux actuel ➔ Ancien accès aux services médicaux </p> <p>Figure III. 46 : L'accès aux urgences du CHU après modification. Source : (BOUANDES, 2012)</p>
		Illustrations			
Espace d'accueil	<p>L'espace qui servait avant les modifications d'accueil et d'attente sert actuellement de hall chirurgicale, quant à l'espace d'attente actuel se trouve à l'ancien espace de transition et d'attente au service médical. C'est changement semble favoriser la gestion des flux on offrant une meilleur organisation.</p>	Plans	 <p> Espace d'accueil avant modifications ➔ Accès actuel </p> <p>Figure III. 49 : Emplacement de l'espace d'accueil avant modification. Source : (BOUANDES, 2012)</p>	Plans	 <p> Espace d'accueil après modifications ➔ Accès actuel </p> <p>Figure III. 50 : Emplacement de l'espace d'accueil après modification. Source : (BOUANDES, 2016)</p>

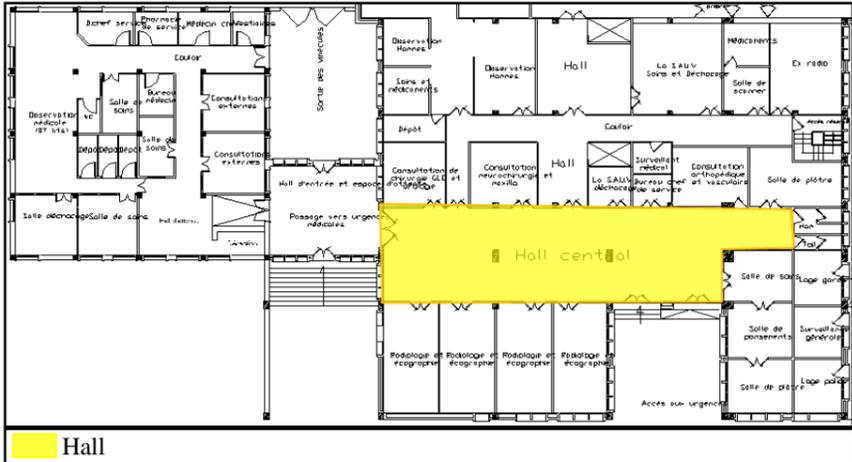
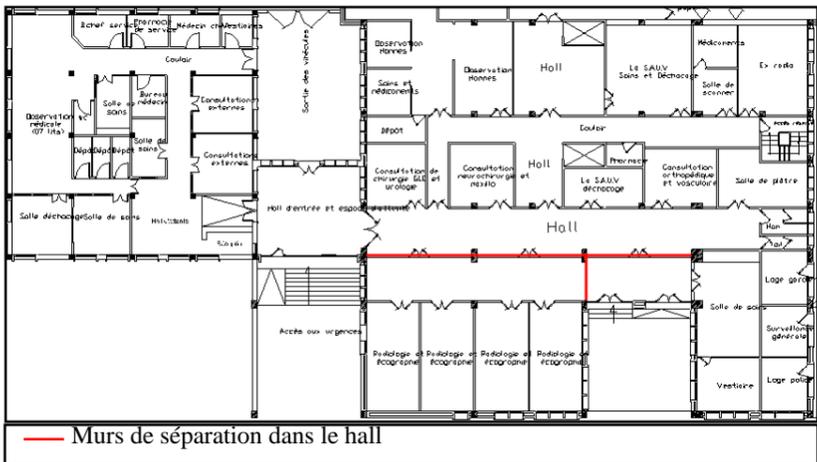
	Illustrations	 <p>Figure III. 51 : Illustration sur l'espace destiné à l'attente avant les modifications. Source : (BOUANDES, 2012)</p>  <p>Figure III. 52 : Illustration sur l'espace destiné à l'attente et la transition au service médical avant les modifications. Source : (BOUANDES, 2012)</p>	 <p>Figure III. 53 : Illustration sur l'actuel hall chirurgicale. Source : (Auteurs, 2016)</p>  <p>Figure III. 54 : Illustration sur l'actuel espace d'attente. Source : (Auteurs, 2016)</p>
<p>-On remarque total de chaise dans l'espace d'attente actuel.</p>	Plans	 <p>Figure III. 55 : Murs de séparation dans le hall avant modifications. Source : (BOUANDES, 2012)</p>	 <p>Figure III. 56 : Murs de séparation dans le hall après modifications. Source : (BOUANDES, 2012)</p>
<p>Un mur de plaque au plâtre a été mis dans le hall séparant les salles de consultations des salles de radiologie qui a leurs tour sont séparé de la salle de soin par un autre nouveau mur en plaque au plâtre.</p>	Hall	 <p>Figure III.57 : Illustration sur le hall des urgences du CHU de SETIF avant les modifications. Source : (BOUANDES, 2012)</p>	 <p>Figure III. 58 : Illustration sur le hall des urgences du CHU de SETIF avant les modifications. Source : (Auteur, 2016)</p>
	Illustrations		

Tableau III.5 : Analyse comparative des urgences du CHU de Sétif, avant/après modifications. Source : (Auteur, 2016)

III.2.6.5. Les qualités spatiales de l'espace d'urgence de l'hôpital d'El Eulma :

« ouverture » :
Trois types d'ouvertures :
-des portes en bois et en vitrages.
-des fenêtres horizontales et verticales.
-deux patios.
Les deux patios permettent l'ouverture et l'éclairage du hall de transition et aussi des salles de soins qui l'entoure. une porte sépare l'espace d'accueil du hall, qui ensuite dessert sur les différents services internes et sur les patios.



Figure III.59 : Illustrations sur les ouvertures. Source : (auteur 2016)

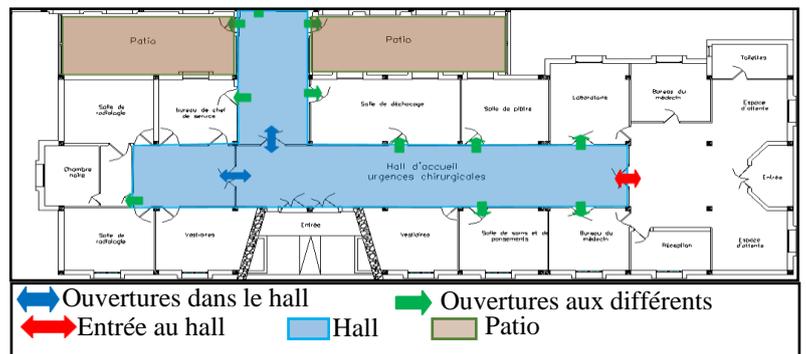


Figure III. 60 : (Ouvertures/fermeture) entre les entités d'espace d'urgence (BOUANDES, 2012)

Echelle/proportion :
Le rapport des grandeurs entre les différentes parties de cet espace semble être logique.

Equilibre : on remarque un certain équilibre et une certaine harmonie entre les différents éléments qui composent le hall, les portes de part et d'autres, standardisation de la hauteur de la faïence utilisé dans les murs.

L'unité : toutes les parties sont unies et forme un tout c'est-à-dire l'espace d'urgence.



Figure III. 61 : Illustrations sur (ECHELLE/PROPORTION) Source : Auteur, 2016)

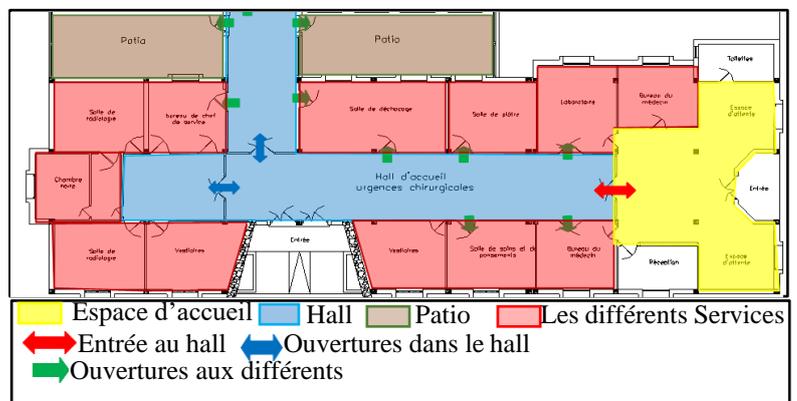


Figure III. 62 : Echelle, équilibre, unité dans l'espace d'urgence. Source : (BOUANDES, 2012)

Synthèse: on a montré à travers ce tableau les qualités spatiales de l'espace d'urgence en analysant les types d'ouverture, l'échelle et proportion de l'espace d'urgence et son unité ce qui

nous induit à comprendre que cet espace est doté par une mauvaise qualité d'espace due au manque de services.

III.2.6.6. Les qualités visuelles de l'espace d'urgence de l'hôpital d'EL-Eulma :

<p>Lumière</p>	<p>Deux types de lumières qui assurent l'éclairage de l'espace d'urgences :</p> <ul style="list-style-type: none"> -éclairage artificiel Assuré par des néons encastré dans les faux plafonds en plaque au plâtre. -éclairages naturel Assuré par des ouvertures latérales (fenêtres) et les deux patios. 	 <p>Figure III. 63 : Illustrations sur le hall montrent les types de lumières utilisés. Source : (Auteurs, 2016)</p>
<p>Texture</p>	<p>Cet espace dispose de :</p> <ul style="list-style-type: none"> -texture lisse pour les murs (peinture vert pistache + faïence blanche avec des motifs gris). -revêtement lisse et glissant pour le sol. -faux plafond <p>La texture dépend des matériaux utilisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> -faïences. -dalle de sol. -bois. 	 <p>Figure III. 64 : Illustrations sur le hall montrent les différentes Textures utilisés. Source : (Auteurs, 2016)</p>
<p>couleurs</p>	<p>Les peintures les plus utilisées dans cet espace sont : le gris, le blanc, le vert pistache, une faïence grise.</p>	 <p>Figure III. 65 : Illustrations sur le hall et l'espace d'attente montrent les couleurs et peintures utilisés. Source : (Auteurs,</p>
<p>Aménagements</p>	<p>On remarque la disponibilité des chaises dans l'espace d'attente.</p> <p>On remarque aussi la disponibilité des chauffages qui ont l'air d'être en bon-état.</p>	 <p>Figure III. 66 : Illustrations sur le hall et l'espace d'attente montrent l'aménagement disponible. Source : (Auteurs, 2016)</p>

Matériaux / revêtements	<p>Les matériaux utilisés dans cet espace semblent être en bon-état. En ce qui concerne la conception de cet espace on remarque l'utilisation de plaque au plâtre dans les faux plafonds, les briques creuse et les parpaings pour les murs, le béton armé pour la structure, la dalle de sol pour le revêtement de sol, le bois et le verre pour les ouvertures.</p>	
--------------------------------	---	--

Figure III. 67 : Illustrations sur le hall montrant les matériaux utilisés. Source : (Auteurs, 2016)

Tableau III.6 : Les qualités visuelles de l'espace d'urgence de l'hôpital d'EL-Eulma. Source : (Auteur, 2016)

Synthèse: à travers ce tableau on vise a montré les qualités visuelles de l'espace d'urgence en analysant la lumière, la texture, les couleurs, l'aménagement et les matériaux et revêtement utiliser.

III.2.6.7. Les propriétés métriques de l'espace d'urgence de l'hôpital d'El-Eulma :

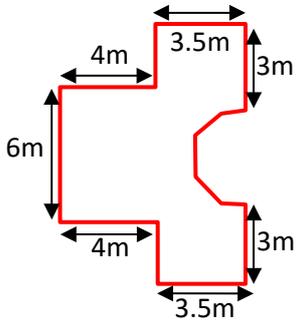
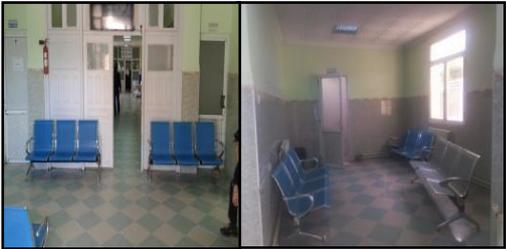
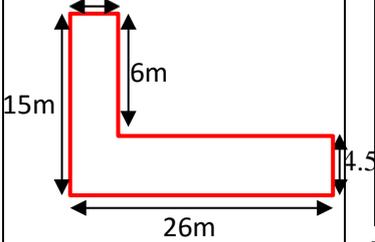
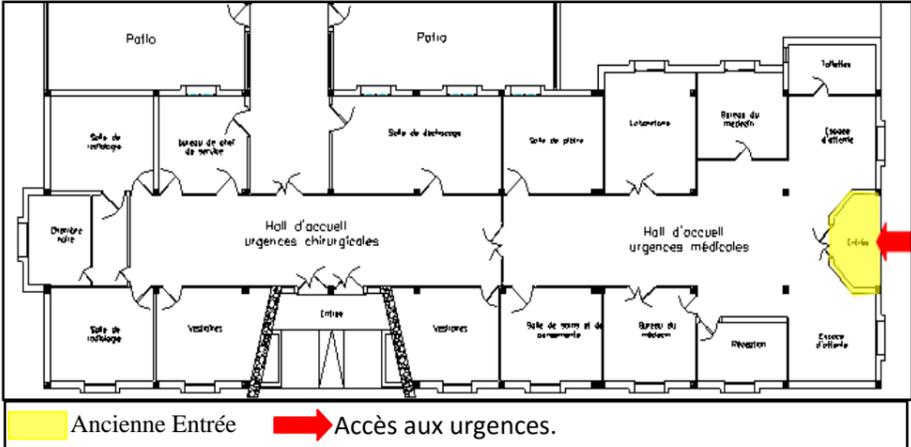
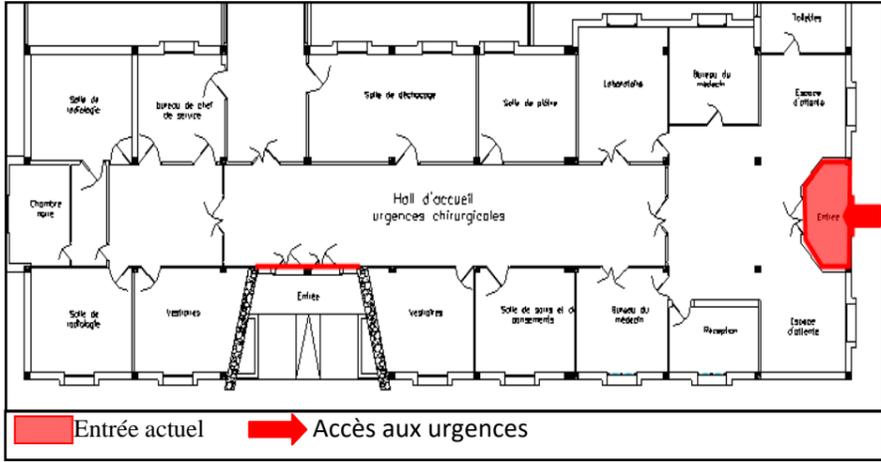
Espaces	Schémas	Illustrations
<p>Espace d'attente : cet espace est représenté par une forme irrégulière de 52m² de surface. Cet espace ne suffit pas toujours au monde qu'il reçoit vue qu'il représente un espace d'attente destiner aux malades et aux accompagnateurs de malades a qui l'entrée est interdite.</p>		
<p>Espace de transition : Hall qui sert de transition entre les différents services d'urgence. Cet espace est représenté par une forme de « L » d'une surface de 152m².</p>		

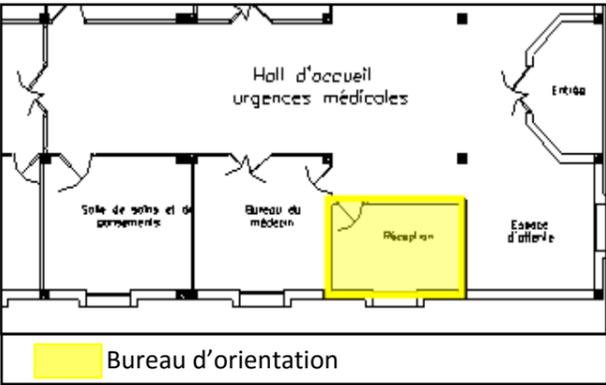
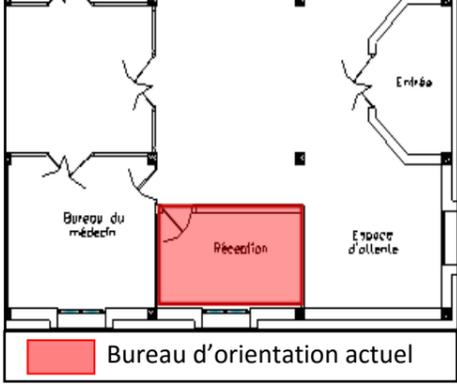
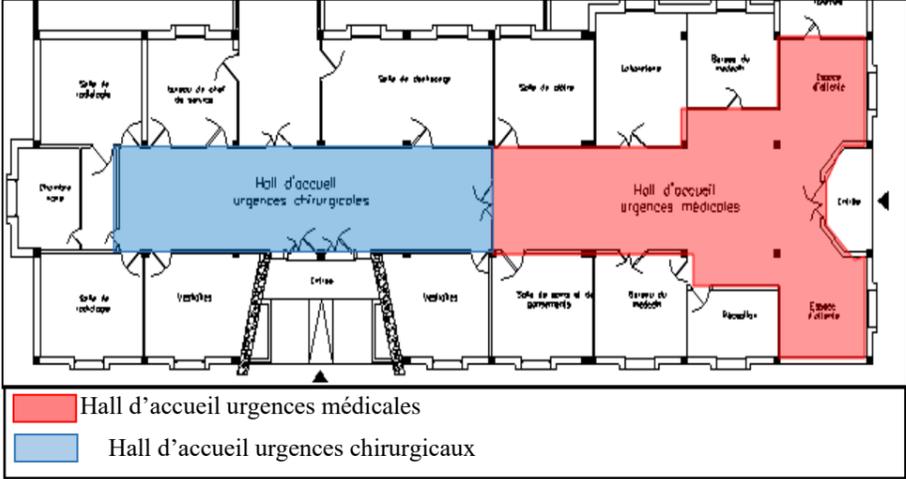
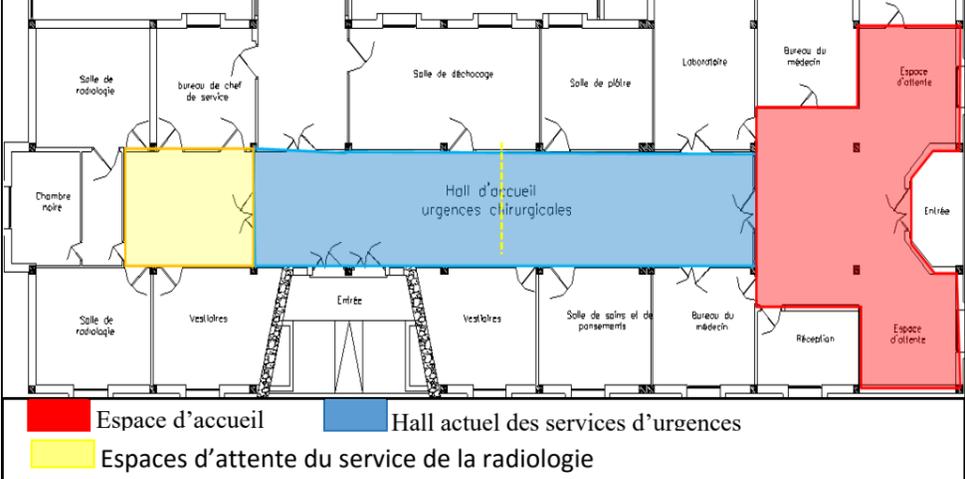
Figure III. 68 : Illustrations sur l'espace d'attente. Source : (Auteur, 2016)

Figure III. 69 : Illustrations sur les espaces de transitions. Source : (Auteur, 2016)

Tableau III.7 : Les propriétés métriques de l'espace d'urgence de l'hôpital d'El-Eulma. Source : (Auteur, 2016)

III. 2.6.8. Analyse comparative des urgences d'El-Eulma, avant/après modifications :

Critiques		Avant modifications.	Après modifications.
Entrée.	L'entrée aux urgences de l'hôpital d'El-Eulma n'a pas subi de modification.	<p>Plans</p>  <p>Figure III. 70 : Emplacement de l'entrée des urgences d'EL-Eulma avant modification. Source : (BOUANDES, 2012)</p>	 <p>Figure III. 71 : Emplacement de l'entrée des urgences d'EL-Eulma après modification. Source : (BOUANDES, 2012)</p>
		<p>Illustrations</p>  <p>Figure III. 72 : Illustration sur l'ancienne entrée. Source (BOUANDES, 2012)</p>	 <p>Figure III. 73 : Illustration sur l'entrée actuelle. Source : Auteur, 2016)</p>

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Espace d'accueil</p>	<p>L'espace d'accueil a subi une modification au niveau du bureau d'orientation qui été un espace fermé et protégé grâce à un vitrage et une porte, ce qui semble offrir plus de sécurité à l'agent d'orientation face aux agressions de certains usagers lors de l'attente devant la porte du médecin, chose qu'on a pu remarquer lors de notre observation, en effet l'enlèvement du vitrage qui protège le bureau d'orientation et de paiement peut engendré des disputes de l'agent d'orientation et les malades et les accompagnateurs qui peuvent accéder à cet espace.</p>	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Plans</p>  <p>Figure III. 74 : Emplacement de l'espace d'accueil des urgences d'EL-Eulma avant modification. Source : (BOUANDES, 2012)</p>	 <p>Figure III. 75 : Emplacement de l'espace d'accueil des urgences d'EL-Eulma après modification. Source : (BOUANDES, 2012)</p>
	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Illustrations</p>  <p>Figure III. 76 : Illustration sur le bureau d'orientation avant les modifications. Source: (BOUANDES, 201)</p>	 <p>Figure III. 77 : Illustration sur le bureau d'orientation après les modifications. Source : (auteur, 2016)</p>	
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Hall</p>	<p>On remarque que le hall a subis des modifications au niveau des ouvertures : -l'ancienne porte qui séparé les deux services « chirurgicale et médicale » a été déplacé vers l'espace d'accueil ce qui semble offrir une meilleur gestion des flux et une meilleur orientation.</p>	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Plans</p>  <p>Figure III. 78 : Le hall des urgences d'EL-Eulma avant modification. Source : (BOUANDES, 2012)</p>	 <p>Figure III. 79 : Le hall des urgences d'EL-Eulma après modification. Source : (BOUANDES, 2012)</p>

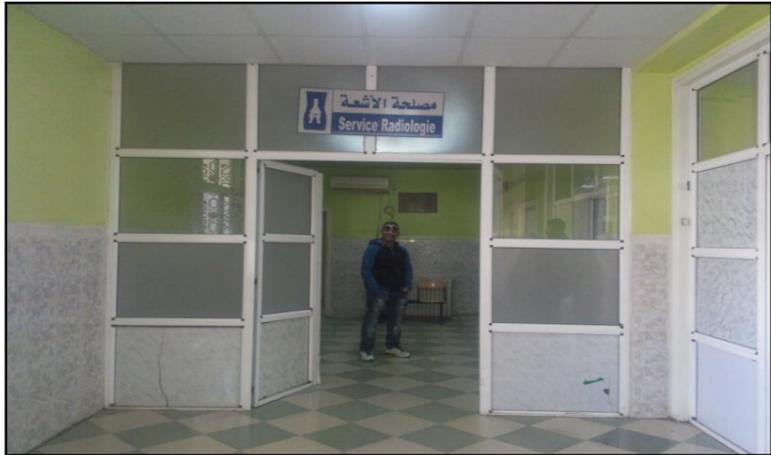
<p>-l'ancienne porte a été déplacée vers l'espace d'accueil.</p>		 <p>Figure III. 80 : Illustration sur l'espace d'attente avant les modifications. Source : (BOUANDES, 2012)</p>	 <p>Figure III. 81 : Illustration sur l'espace d'attente urgences d'EL-EULMA après les modifications. Source : (Auteur, 2012)</p>
<p>-le carrelage a été remplacé par une dalle de sol. - la lumière encastrée avec le nouveau faux plafond. -La peinture blanche des murs a été remplacée par une nouvelle peinture vert pistache.</p>	<p>Illustrations</p>	 <p>Figure III. 82 : Illustration sur le hall des urgences d'EL-EULMA avant les modifications. Source : (BOUANDES, 2012)</p>	 <p>Figure III. 83 : Illustration sur le hall des urgences d'EL-EULMA après les modifications. Source : (Auteur, 2016)</p>
<p>-une nouvelle porte a été mise pour séparer le service de radiologie du hall.</p>		 <p>Figure III. 84 : Illustration sur le service de radiologie avant les modifications. Source : (BOUANDES, 2012)</p>	 <p>Figure III. 85 : Illustration sur le service de radiologie actuel. Source : (Auteurs, 2016)</p>

Tableau III.8 : Analyse comparative des urgences d'El-Eulma, avant/après modifications. Source : (Auteur, 2016)

Conclusion :

A travers ce chapitre nous avons d'abord expliqué la méthodologie adoptée dans notre recherche, il s'agit d'une combinaison entre l'approche analytique et descriptive et comparative basé sur l'observation en situation et les photos suivie par une enquête par questionnaire entrevu.

Nous avons abordé par la suite l'analyse de notre corpus d'étude, qui a pour objectif la caractérisation de l'espace. Pour cela l'analyse s'est effectuée en commençant d'abord par la présentation de l'hôpital, puis une analyse descriptive et comparative de service d'urgence basé sur l'observation, les plans et les photos. Cette analyse faite à partir de la grille d'analyse tirée de la partie théorique, nous a permis d'arriver à la caractérisation de service d'urgence des deux hôpitaux.

Les résultats de l'enquête par questionnaire vont être discutés dans le quatrième chapitre.

Chapitre IV

Résultats et discussions

Introduction :

Ce chapitre va présenter les données de la deuxième méthodologie de notre recherche, où on va analyser les résultats obtenue de l'enquête en situation par un questionnaire qui se base essentiellement sur les critères de la grille d'analyse théorique tiré du volet théorique.

On va interpréter les résultats de traitement statistiques et les résultats de l'analyse de contenu obtenue à l'aide de Sphinx, on citera ainsi les objectifs et les synthèses, à la fin de ce chapitre on procédera à la confrontation des résultats de l'approche analytique et descriptive élaboré dans le chapitre 03, et les résultat de cette enquête par questionnaire.

IV.1. Interprétations des résultats :

Après la récolte de l'information en situation par le questionnaire, à l'aide de logiciel Sphinx. On a pu tirer des résultats statistiques et les résultats de l'analyse de contenu, ici on présentera les résultats les plus significatifs en fonction des objectifs recherchés dans notre recherche.

IV.1.1. jugement de la satisfaction de l'espace :

On va essayer à travers la satisfaction de la situation, l'accessibilité et l'organisation de service d'urgences de comparer et de déterminer les éléments nécessitant une amélioration dans les deux hôpitaux (CHU de Sétif, et l'hôpital d'El-Eulma).

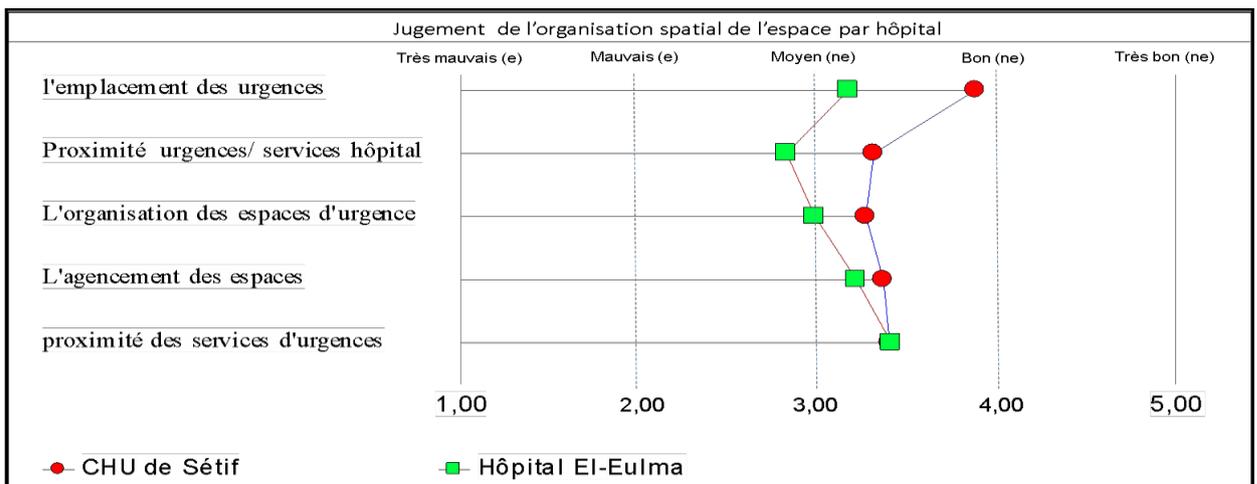


Figure IV.1: Schéma présentant la satisfaction de l'espace dans le service d'urgences des deux hôpitaux. Source : (Auteurs, 2017).

hôpital	l'emplacement des urgences	Proximité urgences/ services hôpital	L'organisation des espaces d'urgence	L'agencement des espaces	proximité des services internes d'urgences
CHU de Sétif	3,88	3,31	3,27	3,37	3,40
Hôpital El-Eulma	3,17	2,83	2,98	3,22	3,42
TOTAL	3,53	3,03	3,13	3,29	3,41

Les valeurs du tableau sont les moyennes calculées sans tenir compte des non-réponses. L'emplacement des urgences : Les paramètres sont établis sur une notation de 1 (très inadéquat) à 5 (très adéquat). Proximité urgences/ services hôpital : Les paramètres sont établis sur une notation de 1 (trop isolée) à 5 (très proche). L'organisation des espaces d'urgence : Les paramètres sont établis sur une notation de 1 (très mauvaise) à 5 (très bonne). L'agencement des espaces : Les paramètres sont établis sur une notation de 1 (très inadéquat) à 5 (très adéquat). Proximité des services d'urgences : Les paramètres sont établis sur une notation de 1 (trop éloignés) à 5 (très rapprochés).

Tableau IV.1 : Tableau présentant la satisfaction de l'espace dans le service d'urgences des deux hôpitaux. Source : (Auteurs, 2017).

Interprétation : D’après le radar et les données de tableau, on déduit que :

-la totalité de ces paramètres (situation, accessibilité, et organisation), ont une note au-dessus de la moyenne, tandis qu’à l’hôpital d’El-Eulma l’organisation des services interne d’urgence, et la proximité de ce service par rapport aux autres services de l’hôpital a eu une note au-dessus de la moyen.

-la quasi-totalité des paramètres sont plus apprécié au CHU de Sétif qu’à l’hôpital d’El-Eulma, sauf pour la proximité des services d’urgence.

-L’emplacement des urgences est le plus positive avec une note de 3.88 à Sétif et 3.17 à El-Eulma (sur une échelle de 5), tandis que les point négatif est la dimension de l’espace avec une note au-dessus de moyen (2.40 à Sétif et 1.92 à El-Eulma).

Synthèse :

Le jugement de l’emplacement des urgences, la proximité des urgences, l’organisation des espaces d’urgence, l’agencement des espaces, la proximité des services d’urgences, le déplacement au sein des urgences, et les dimensions de l’espace d’urgence, dépendent de chaque hôpital. Donc le changement de l’espace a influencé le jugement des usagers.

L’hôpital d’El-Eulma nécessite une intervention sur la relation de service d’urgence avec l’hôpital, et sur l’organisation interne de service d’urgence.

IV.1.2. jugement de la satisfaction de l’espace (propriété de l’espace) :

On va essayer de déterminé d’après la satisfaction des usagers des dimensions, qualité de l’enveloppe, et aménagement les éléments qui influence leur qualification de ces paramètres, pour chaque hôpital.

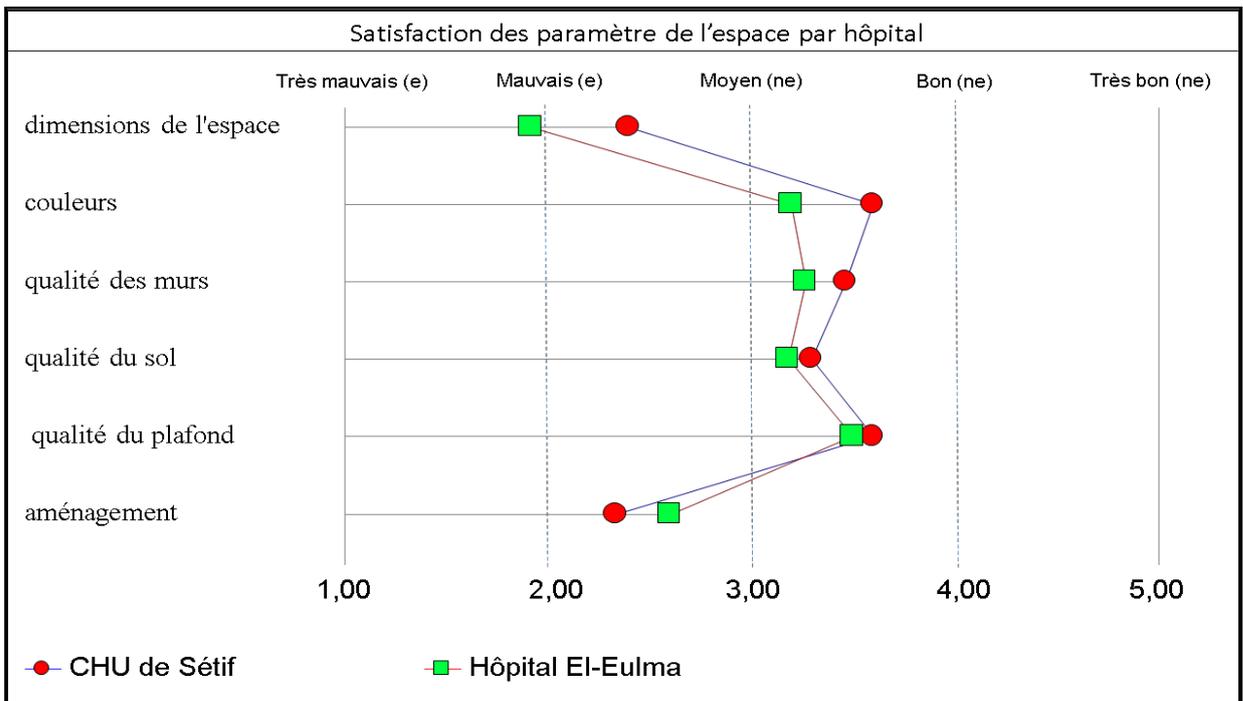


Figure IV.2 : Schéma présentant la satisfaction de l’espace dans le service d’urgences des deux hôpitaux. Source : (Auteurs, 2017).

Interprétation : D’après le profil et les données de tableau, on remarque :

une différence entre le profil de l’hôpital d’El-Eulma et celui du CHU de Sétif, avec une satisfaction des couleurs, de la qualité des murs, de sol, et de plafond, ainsi que des dimensions de l’espace au CHU qu’à El-Eulma, tandis que la satisfaction de l’aménagement à l’hôpital de El-Eulma a été plus que celle de Sétif.

Dans les deux hôpitaux (El-Eulma et Sétif), les usagers en général sont satisfaits ou moyennement satisfait (une moyen de 3.30 jusqu’à 3.60 sur une échelle de 5) des couleurs, de la qualité des murs, de sol, et de plafond, par contre l’aménagement et les dimensions procurent de l’insatisfaction chez les usagers (une moyenne de 2, 33 jusqu’à 2.87 sur une échelle de 5).

hôpital	dimensions de l'espace	couleurs	qualité des murs	qualité du sol	qualité du plafond	aménagement
CHU de Sétif	2,40	3,60	3,47	3,30	3,60	2,33
Hôpital El-Eulma	1,92	3,20	3,27	3,18	3,50	2,60
TOTAL	2,16	3,40	3,37	3,24	3,55	2,47

Tableau IV.2 : tableau présentant la satisfaction de l’espace dans le service d’urgences des deux hôpitaux.
Source : (Auteurs, 2017)

Synthèse : L’appréciation des couleurs, sol, mur, plafond, aménagement, et les dimensions de l’espace n’est pas la même dans les deux hôpitaux. Aussi, l’appréciation des usagers dans les deux hôpitaux diffère d’un paramètre à un autre.

IV.1.2.1. l’appréciation des couleurs dans l’espace d’urgence des deux hôpitaux :

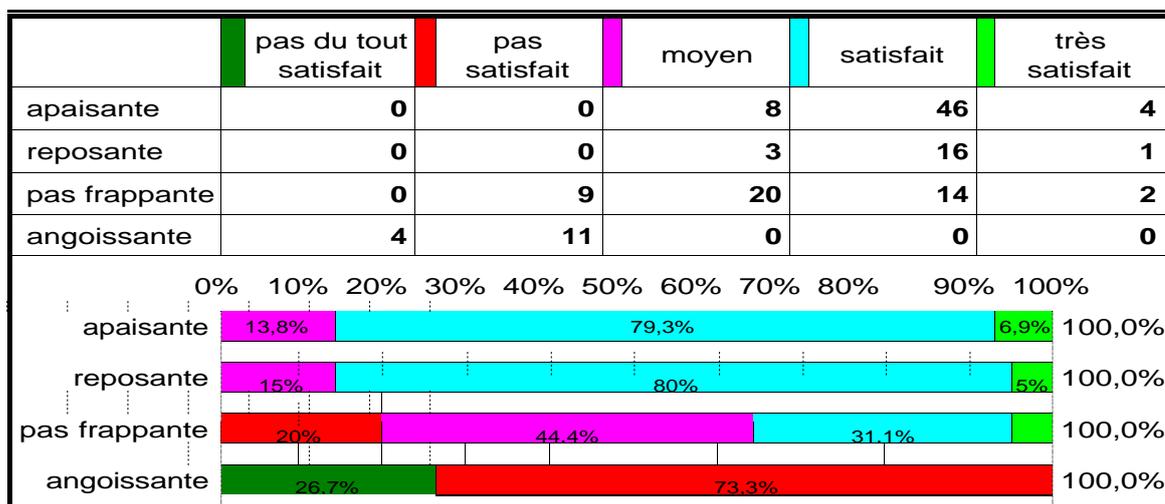


Figure IV.3 : diagramme et tableau représentant la satisfaction des couleurs en fonction leurs qualités.
Source : (Auteurs, 2017)

Interprétation : D’après le diagramme et les données de tableau, on remarque que la majorité des usagers qui trouvent les couleurs apaisante (79.3 % parmi 58) et reposant (80% parmi 20) sont satisfait, ceux qui trouvent les couleurs pas frappant sont soit satisfait (31.1%), soit moyennement

satisfait (44.4%), et même pas satisfait (20%), par contre ceux qui les trouvent angoissant sont généralement pas satisfait (73.3) ou pas de tout satisfait (26.7%).

Synthèse : Les usagers satisfait, qualifie les couleurs comme étant apaisantes et reposantes.

Couleur proposé par les usagers :

Interprétation : D’après le diagramme et les données de tableau, on déduit que :

-les couleurs claires sont les proposés par les usagers (30 personne, soit 25%), 23 ont proposé une couleur blanche, et 16 ont opté pour le bleu clair.

- les propositions de (42.7% des usagers, soit 51 personne), varie entre le vert clair, le rose, le mauve, le jaune, le bleu ciel, et le blanc cassé, mais aucune de ces couleurs n’ont été proposé par plus de 10 personne.

Synthèse: On déduit d’après les résultats que le choix des couleurs dépend de chaque personne, et la diversité des couleurs proposés ont est la preuve, néanmoins on peut recommander deux couleurs pour ce type espace, à savoir le blanc clair et le bleu clair.

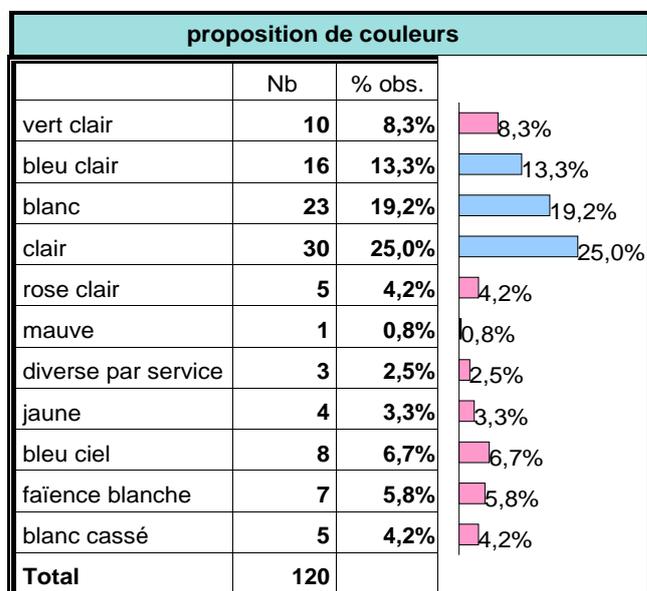


Figure IV.4: les couleurs proposées par les usagers de service d’urgence. Source: (Auteurs, 2017)

IV.1.2.2. critère d’appréciation de l’aménagement dans l’espace d’urgence des deux hôpitaux:

	hôpital CHU de Sétif	hôpital Hôpital El-Eulma
raisons jugement/aménagement d’urgences		
manque de chaises	51	34
manque de distributeurs	5	6
manque de bureaux	8	9
manque de matériels médicales	9	9
manque de poubelles	8	15
manque de lits	10	4
manque de meubles	4	5
manque de plantes	0	2
manque de chaise roulantes	6	1
manque de brancards	4	1
manque de lavabo	4	4
manque de rideaux de séparation	1	1
TOTAL	110	91

Tableau IV.4: raisons du jugement de l’aménagement de service d’urgences par hôpital. Source: (Auteurs, 2017)

Interprétation: D’après les barres et les données de tableau, on déduit que:

-(85 personne) soit la majorité des usagers ont souligné le manque de chaises dont la plupart (51 personne) sont de CHU de Sétif et le reste (34 personne) à l’hôpital de El-Eulma).

-(23 personne) souligne le manque de poubelles dont seulement (08 personne) au CHU et (15 personne) à l’hôpital de El-Eulma.

-(18 personne) ont souligné le manque de matériel médical dont (9 personne) de chaque hôpital.

-(17 personne) ont souligné le manque de bureau dont (08 personne) au CHU de Sétif et (09 personne) à l’hôpital de El-Eulma.

-(14 personne) ont souligné le manque de lits dont la majorité (10 personne) au CHU de Sétif et le reste (04 personne) à l’hôpital de El-Eulma.

- les autres éléments soulignés par les usagers sont le manque de distributeurs, de meubles, de plantes, de chaises roulantes, de brancards, de lavabo, et de rideau de séparation, ces éléments ont été signalé par pas plus de (2 à 11personne).

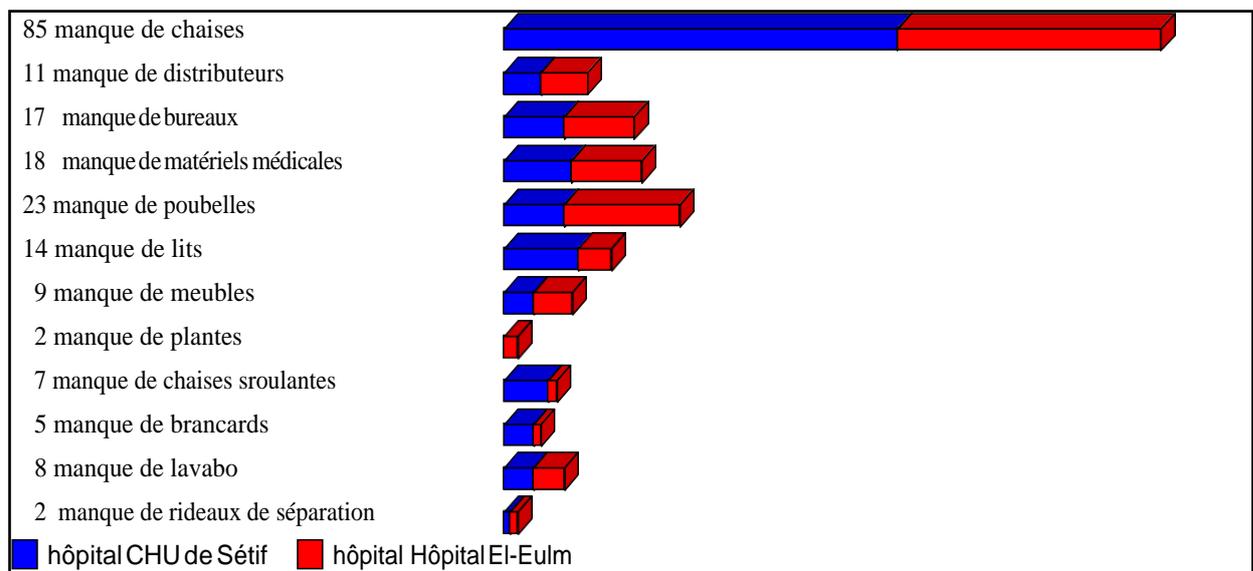


Figure IV.6 : raisons du jugement de l’aménagement de service d’urgences par hôpital. Source : (Auteurs, 2017)

Synthèse :

-(85 personne) soit 71.25% ont été marqué par le manque de chaise dans les deux hôpitaux, preuve que l’aménagement est élément de caractérisation de l’expérience et du vécu des usagers.

-L’amélioration de leurs expériences et leurs vécus peut s’effectué par une intervention sur les aménagements, à savoir l’ajout des chaises, de poubelles, de matériel médical, et de lit, on peut aussi ajouter d’autres éléments pour satisfaire la majorités des usagers comme des distributeurs, des meubles, des plantes, des chaises roulantes, des brancards, des lavabos, et des rideau de séparation.

IV.1.3. Ambiance ressentie :

hôpital	sentiment / désagréable - agréable	sentiment / dramatique-plaisante	sentiment/ angoisse-réconfort	sentiment/ tristesse-joie	sentiment/ ambiance froide - chaude
CHU de Sétif	2,25	2,55	2,12	2,53	2,63
Hôpital El-Eulma	2,07	2,43	2,02	2,24	2,50

Tableau IV.5 : sentiments ressenties. Source : (Auteur, 2017)

Interprétation:

-l'ensemble des ambiances ressenties ont une note au-dessous de la moyenne.

- Les ambiances ressenties des usagers diffèrent d'un hôpital à un autre.

Synthèse:

Les ambiances dans le service d'urgences des deux hôpitaux sont tristes, désagréable, angoissante, et froide.

L'ambiance ressentie dépend de l'espace.

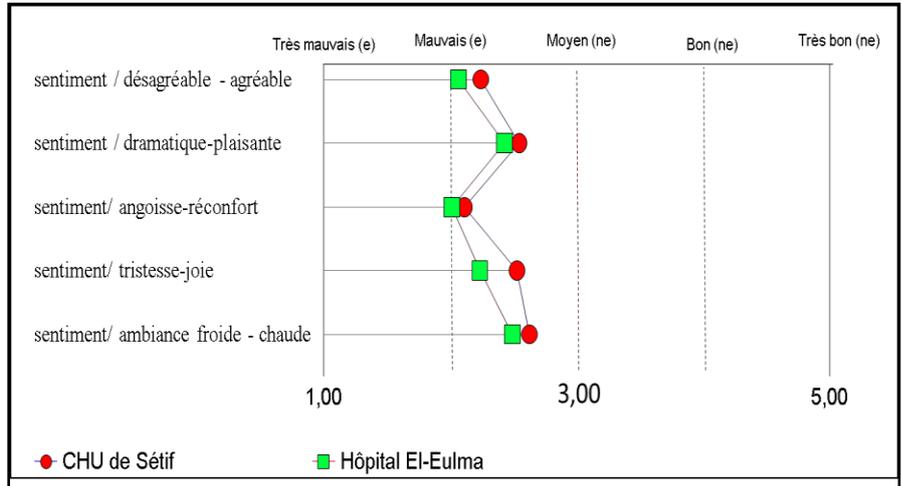


Figure IV.7: Graphe représentant la satisfaction des usagers de l'espace, l'aménagement, l'ambiance, le fonctionnement, et le déplacement en fonction de l'espace avant et après les modifications.

jugement	gravité des maladies	trop de monde	accompagnateurs	négligence du personnel	bruits	couleurs	mauvaises odeurs	dimensions des espaces	charge du travail	gestion des flux
CHU de Sétif	20	31	19	14	32	2	20	6	4	4
Hôpital El-Eulma	22	36	18	14	31	6	12	10	7	12

Tableau IV. 6 : satisfaction de l'espace avant et après les modifications dans le service d'urgence des deux hôpitaux. Source : (Auteurs, 2017)

Interprétation : D'après le graphe, on déduit que :

-(21.1% des usagers du CHU et 18.5% des usagers de l'hôpital d'EL-Eulma) jugent que leurs sentiments ressentis dépendent du bruit.

-(20.4% des usagers du CHU et 21.4% des usagers de l'hôpital d'EL-Eulma) jugent que leurs sentiments ressentis dépendent du monde.

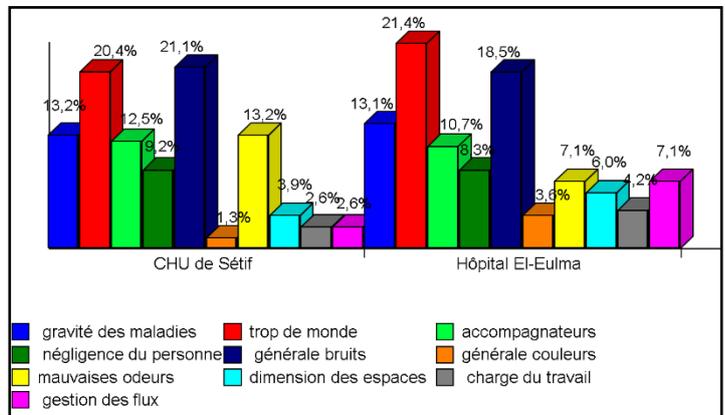


Figure IV. 8: Graphe représentant les critères de jugements des sentiments ressentis de façon générale, par hôpital. Source : (Auteurs, 2017)

-(13.2% des usagers du CHU et 13.1% des usagers de l'hôpital d'EL-Eulma) jugent que leurs sentiments ressentie dépend de la gravité des cas et des malades.

Synthèse :

-les paramètres qui ont qualifié le ressentie des usagers dans les urgences sont : le bruit, le monde que peut recevoir l'hôpital et la gravité des malades.

-pour une meilleure qualification du ressentie des usagers dans les urgences des hôpitaux il faut revoir l'isolation des murs et des ouvertures et aussi améliorer la gestion des flux.

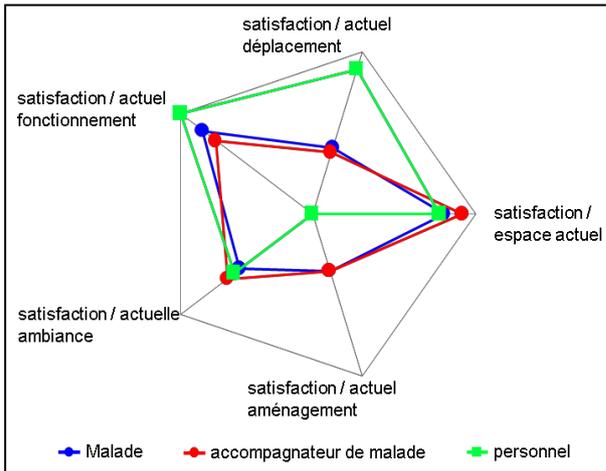


Figure IV.9 : satisfaction par catégorie d'usagers

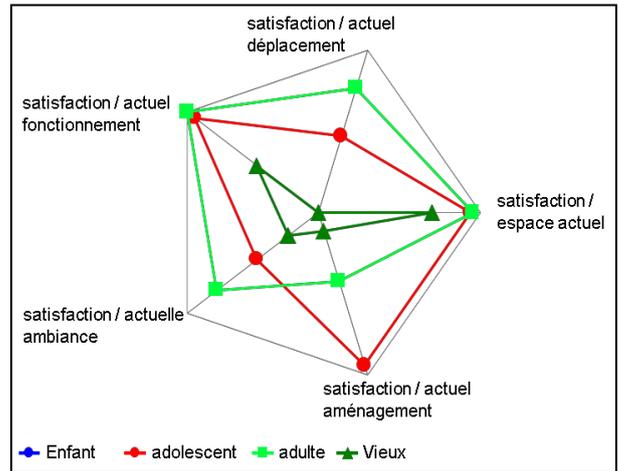


Figure IV.10 : satisfaction par tranche

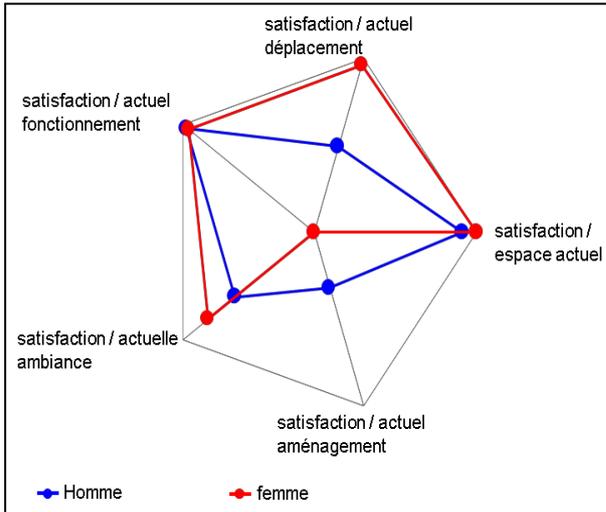


Figure IV.11 : satisfaction par sexe

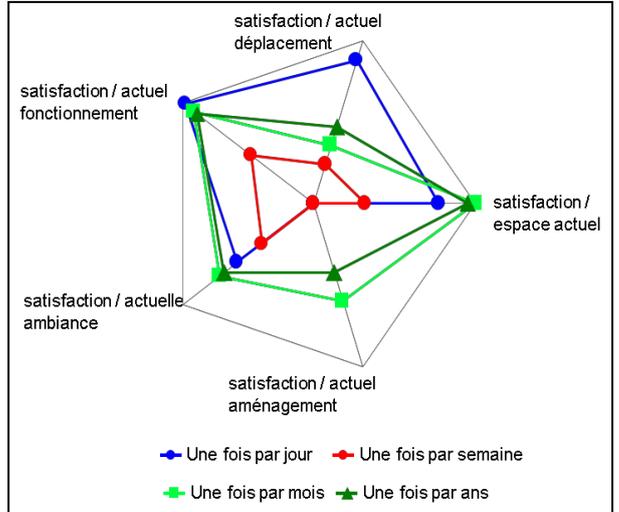


Figure IV.12 : satisfaction par nombre de fréquentation

Interprétation : on remarque d'après les figures que la satisfaction des paramètres change entre chaque type usagers, que ce soit l'âge, la fréquentation, la catégorie d'usagers ou le sexe.

Synthèse : La satisfaction des usagers donc dépend de sexe, de l'âge, de la catégorie d'usagers et même de la fréquentation.

IV.1.4. Qualification de confort de l'espace:

On va essayer de déterminé d'après la satisfaction des usagers de confort sonore, olfactif, thermique et visuel de l'espace, éléments qui influence leur qualification de ces paramètres, pour chaque hôpital, et de déterminer sur quoi faut agir afin d'amélioré leur expérience et leur vécu.

hôpital	Le confort sonore	Le confort Olfactif	Le confort thermique	le confort visuel de l'espace
CHU de Sétif	2,02	2,68	3,37	3,48
Hôpital El-Eulma	1,80	2,87	3,55	3,38
TOTAL	1,91	2,77	3,46	3,43

Tableau IV.7 : tableau présentant la satisfaction de confort dans le service d'urgences des deux hôpitaux.
Source : (Auteurs, 2017)

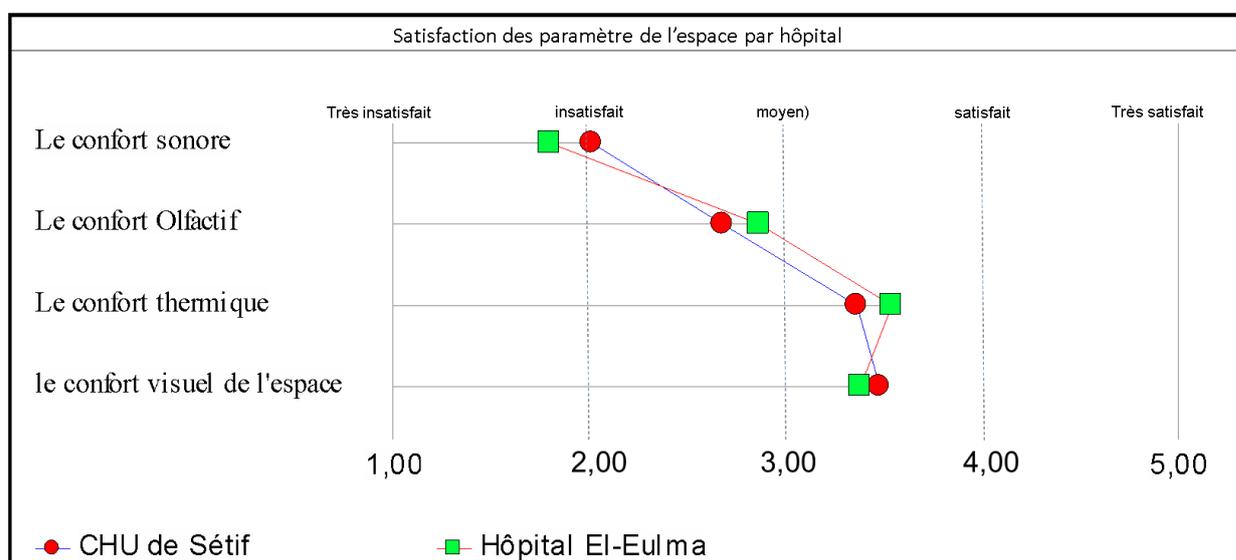


Figure IV.13 : Schéma présentant la satisfaction de confort dans le service d'urgences des deux hôpitaux.
Source : (Auteurs, 2017)

Interprétation : D'après le profil et les données de tableau, on remarque :

Une différence entre le profil de l'hôpital d'El-Eulma et celui du CHU de Sétif, avec une satisfaction de confort sonore et visuel au CHU plus qu'à El-Eulma, tandis que la satisfaction de confort olfactif et thermique à l'hôpital de El-Eulma a été plus que celle de Sétif.

Dans les deux hôpitaux (El-Eulma et Sétif), les usagers en générale sont satisfait ou moyennement satisfait (une moyen de 3.35 jusqu'à 3.48 sur une échelle de 5) confort thermique et visuel, par contre les usagers sont insatisfait vis-vis le confort sonore et olfactif de (une moyenne de 1.80 jusqu'à 2.87 sur une échelle de 5).

Synthèse : La satisfaction de confort diffère d'un des urgences d'un hôpital à un autre. Aussi, cette satisfaction des usagers dans les deux hôpitaux diffère d'un paramètre à un autre.

-La prise en charge du confort sonore et olfactif semble nécessaire dans les deux hôpitaux.

IV.1.4.1. Critère d'appréciation de confort olfactif dans l'espace d'urgence des deux hôpitaux:

Interprétation: D'après le diagramme et les données de tableau, on déduit que:

-(51% personne réparti équitablement dans les deux hôpitaux), soit 42.5% des usagers souligne la propreté de l'espace, et (09 personne) souligne bon aération dont la majorité (07 personne) sont de ceux-ci sont de l'hôpital d'El-Eulma, tandis que (02 personne) seulement de CHU de Sétif.

jugement/confort olfactif	CHU de Sétif	Hôpital El-Eulma
odeur des produits chimiques	18	27
odeur du vomis	18	10
emplacement des sanitaires	4	2
propreté	25	26
odeur du sang	3	1
odeur de certains malades	31	10
odeur de la cigarette	2	1
bonne aération	2	7
mauvaise aération	23	8
odeur des sanitaires	2	0
TOTAL	128	92

Tableau IV.8: tableau présentant le critère du jugement de confort olfactif par hôpital. Source: (Auteurs, 2017)

-(28 personne) souligne le problème de l'odeur du vomis réparti équitablement dans les deux hôpitaux, (41 personne) souligne l'odeur des malades dont la majorité (75.60%) sont du CHU de Sétif, (31 personne) souligne la mauvaise aération de l'espace dont la majorité (74.19%) sont du CHU de Sétif.

-d'autre problème ont été souligné avec une majorité au sein de CHU de Sétif, on a l'emplacement des sanitaires (06 personne), leur odeur (02 personne), ainsi celle de la cigarette (3 personne).

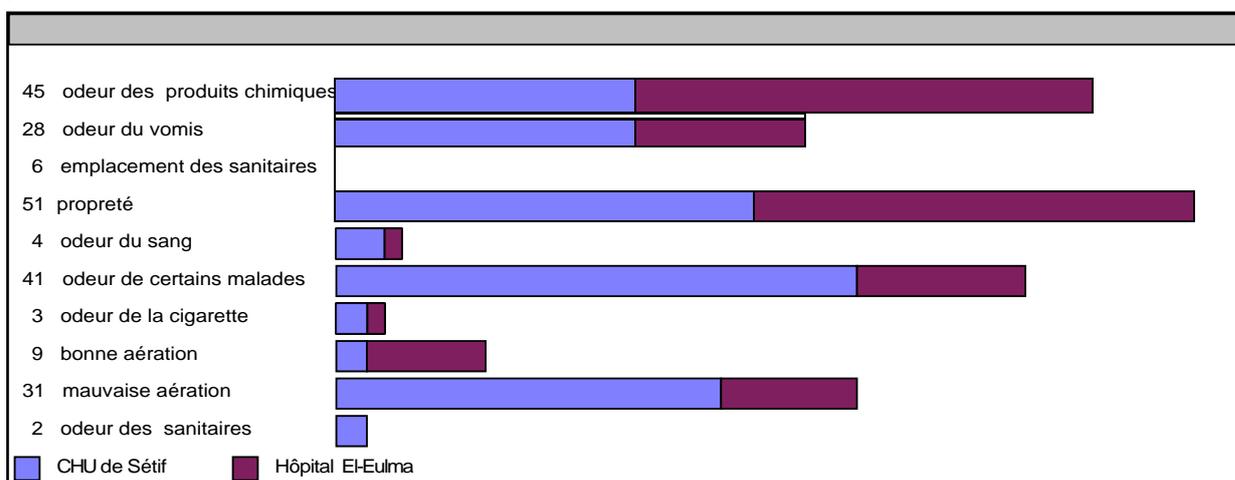


Figure IV.14: diagramme présentant le critère du jugement de confort olfactif par hôpital. Source: (Auteurs, 2017)

Synthèse: D'après les résultats on déduit que la bonne aération avait un impact sur l'appréciation de confort olfactif, en effet les problèmes souligné sont en majorité au CHU de Sétif qui dispose d'une mauvaise aération par rapport à l'hôpital de El-Eulma, ce qui explique la différence de la moyenne (2.87 et 2.68) attribué respectueusement à l'hôpital de El-Eulma et le au CHU de Sétif dans la qualification de confort olfactif (cf. Tableau IV.5).

-Malgré la propreté soulignée dans les deux hôpitaux, le problème des odeurs de tout genre (malade, produits chimiques, vomis, sang...) reste prépondérant.

-Une bonne aération est donc indispensable pour assurer un confort olfactif appréciable par les usagers.

IV.1.4.2. critère d'appréciation de confort acoustique dans l'espace d'urgence des deux hôpitaux:

On commence par déterminer d'où vient les bruits:

hôpital	la provenance des bruits De l'intérieur	la provenance des bruits De l'extérieur
CHU de Sétif	60	17
Hôpital El-Eulma	56	37
TOTAL	116	54

Tableau IV.9: la provenance de son par hôpital.
Source : (Auteurs, 2017)

Interprétation:

D'après le diagramme et les données de tableau, on déduit que:

-Au CHU de Sétif la majorité (77.9%) des bruits provient de l'intérieur, tandis que 22.1% provient de l'extérieur.

-à l'hôpital de El-Eulma 60.2% des bruits, provient de l'intérieur, et le reste 39.8% provient de l'extérieur.

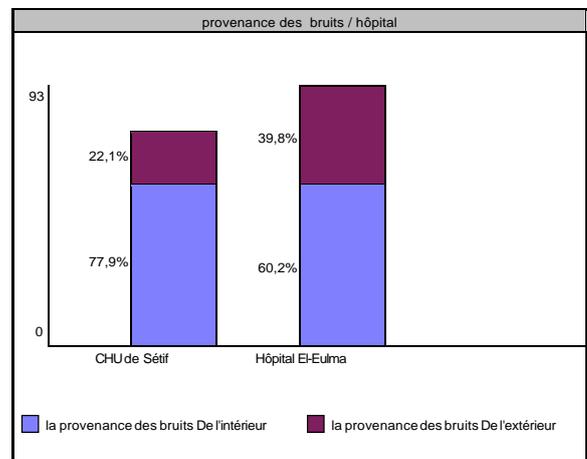


Figure IV.15 : la provenance de son par hôpital.
Source : (Auteurs, 2017)

Synthèse : Les bruits qui proviennent de l'extérieur sont plus importants à El-Eulma qu'à Sétif.

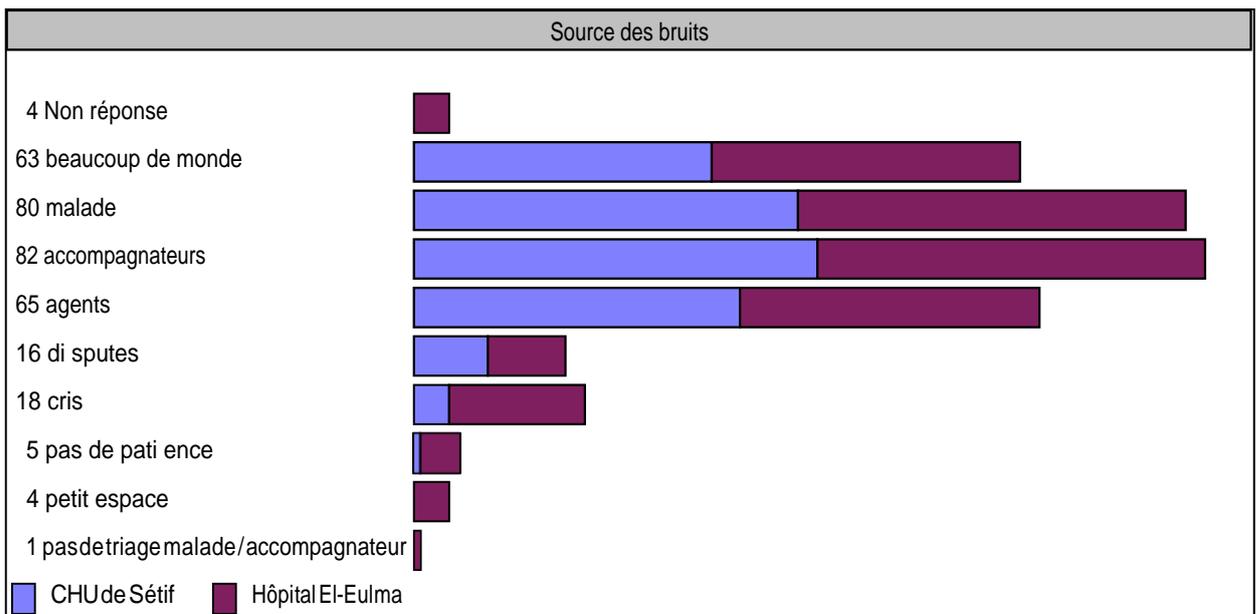


Figure IV.16 : diagramme représentant les sources des bruits intérieurs. Source : (Auteurs, 2017)

Interprétation : D’après le diagramme et les données de tableau, on déduit que :

- (82 personne) pense que les accompagnateurs de malade sont la source de bruit, (80 personne) pense qu’il vient des agents, (65 personne pense qu’il vient de la part des malades), (63 personne) pense que le problème vient nombre important des usagers.

bruit d'intérieur	CHU de Sétif	Hôpital El-Eulma
Non réponse	0	4
beaucoup de monde	31	32
malade	40	40
accompagnateurs	42	40
agents	34	31
disputes	8	8
cris	4	14
pas de patience	1	4
petit espace	0	4
pas de triage malade / accompagnateur	0	1
TOTAL	160	178

Tableau IV.10 : tableau représentant les sources des bruits intérieurs. Source : (Auteurs, 2017)

- certaines personnes (16-18) ont parlé de disputes, de crie, et même (10 personne) de manque de patience, et de triage entre les malades et les accompagnateurs de malades, tandis que (04 personne) soulève le problème de la insuffisance de l’espace.

- les sources de bruits intérieurs viennent de la même source dans les deux hôpitaux.

Synthèse :

Les bruits à l’intérieur des urgences viennent de toutes les catégories, à savoir malades, accompagnateurs de malades, et le personnel (agents en particulier), d’où une bonne gestion des flux semble être un moyen a fin de minimisé les bruits.

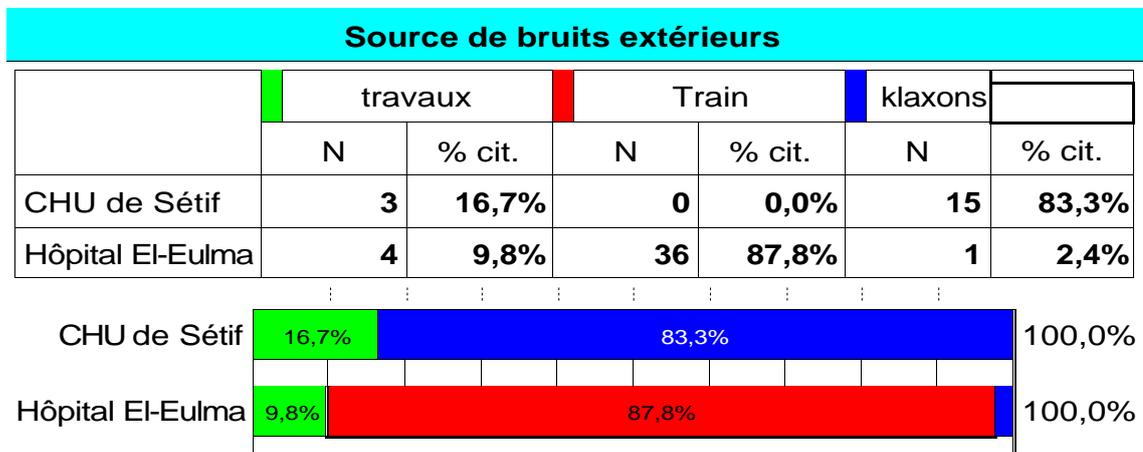


Figure IV.17 : diagramme représentant les sources des bruits intérieurs. Source : (Auteurs, 2017)

Interprétation : D’après le diagramme et les données de tableau (figure IV.17), on déduit que :

- Au CHU de Sétif, 83.3% des bruits extérieurs proviennent des klaxons des bus, tandis que le reste 16.7% provient des travaux.

- A l’hôpital d’El-Eulma, une majorité de 87.8% des bruits extérieurs provient de train, tandis 9.8% des bruits provient des travaux, une seul personne a parlé de bruit de klaxons des bus.

Synthèse :

Les bruits provenant de l'extérieur au CHU de Sétif provient des klaxons, elles peuvent être limitées grâce à une bonne isolation acoustique, tandis que le bruit de train souligné à El-Eulma pose une énorme problématique vu la densité de son et de vibration causé par son passage, donc y'a une nécessité soit de délocalisé les urgences, soit de modifié l'itinéraire de train.

Discussion :

Les bruits intérieurs sont les même dans les deux hôpitaux, tandis que les bruits extérieurs diffère d'un hôpital à un autres, et ça est dû au contexte dans lequel sont inséré ces deux hôpitaux, donc le contexte joue un rôle dans la caractérisation de qualification de l'expérience et du vécu des usagers de chaque hôpital.

IV.1.4.3. critère d'appréciation de confort visuel dans l'espace d'urgence des deux hôpitaux :

hôpital	le confort visuel de l'espace Très mauvais	le confort visuel de l'espace mauvais	le confort visuel de l'espace moyen	le confort visuel de l'espace bon	le confort visuel de l'espace très bon	luminosité très sombre	luminosité sombre	luminosité moyen	luminosité lumineux	luminosité très lumineux
CHU de Sétif	1	7	23	20	9	1	17	12	25	4
Hôpital El-Eulma	0	7	26	24	3	0	11	17	29	3
TOTAL	1	14	49	44	12	1	28	29	54	7

Tableau IV. 11 : Tableau représentant la relation entre le confort visuel de l'espace et la luminosité.
Source : (Auteurs, 2017)

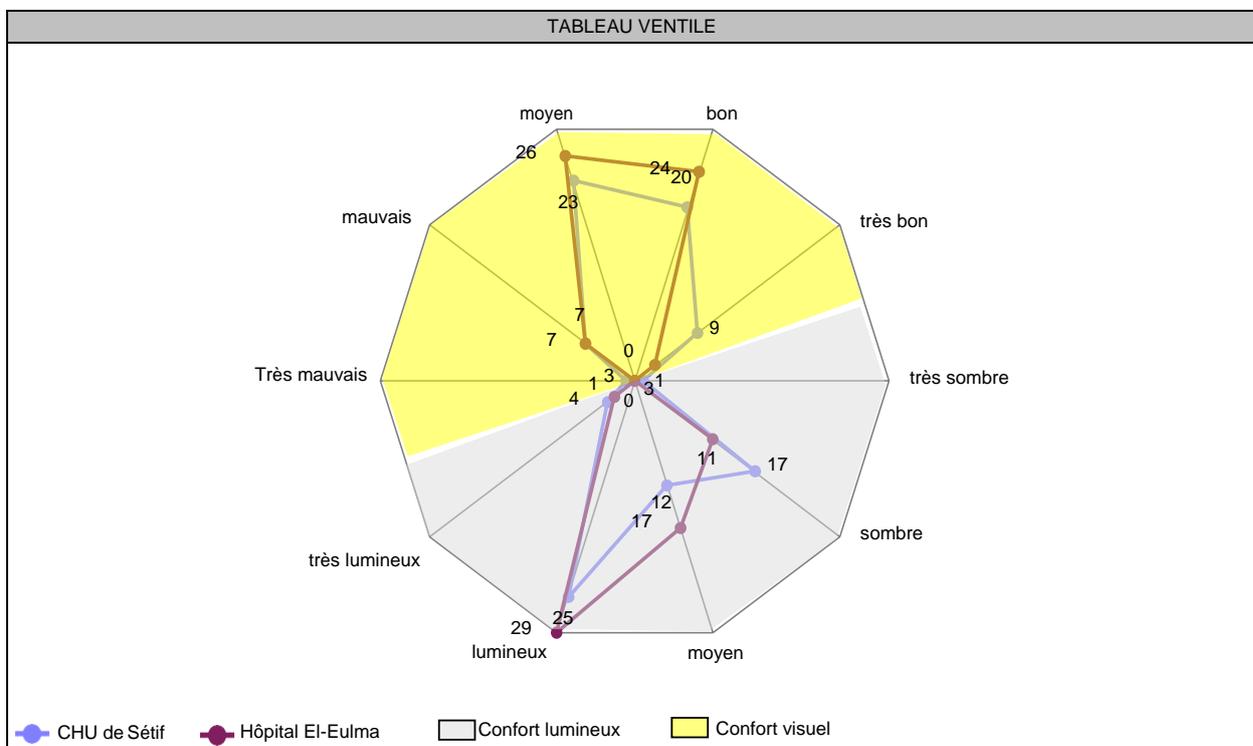


Figure IV.18: Radar représentant la relation entre le confort visuel de l'espace et la luminosité.
Source: (Auteurs, 2017)

Interprétation : D’après le diagramme et les données de tableau (tableau IV.11), on déduit que :

-Au CHU de Sétif, (25 personne) trouve l’espace lumineux, (20 personne) trouve le confort visuel bon. Et (12 personne) trouve l’espace moyennement lumineux, et (17 personne) trouve l’espace sombre, tandis que (23 personne) trouve le confort visuel moyen, et (7 personne) trouve le confort visuel mauvais.

- Au CHU de Sétif, (25 personne) trouve l’espace lumineux, (17 personne) le trouve sombre, tandis qu’une seule personne le trouve très sombre, de l’autre coté (20 personne) trouve le confort visuel bon, et (23 personne) trouve le confort visuel moyen, tandis qu’une seule personne le trouve très mauvais.

-A l’hôpital d’El-Eulma (29 personne) trouve l’espace lumineux, (17 personne) le trouve moyennement lumineux, tandis qu’aucune personne ne trouve le trouve très sombre, de l’autre coté (24 personne) trouve le confort visuel bon, et (26 personne) trouve le confort visuel moyen, tandis qu’aucune personne ne trouve le trouve très mauvais.

Synthèse :

-Plus l’espace est lumineux plus les usagers sont satisfait de confort visuel, et plus il est sombre plus les usagers sont insatisfait de confort visuel, preuve que le confort visuel dépend de la lumière ou de l’éclairage de l’espace. Néanmoins on a remarqué que cette relation n’est pas formelle, et l’incompatibilité absolue des chiffres dans le CHU de Sétif la preuve.

-Le confort visuel est plus apprécié à l’hôpital d’El-Eulma qu’au CHU de Sétif.

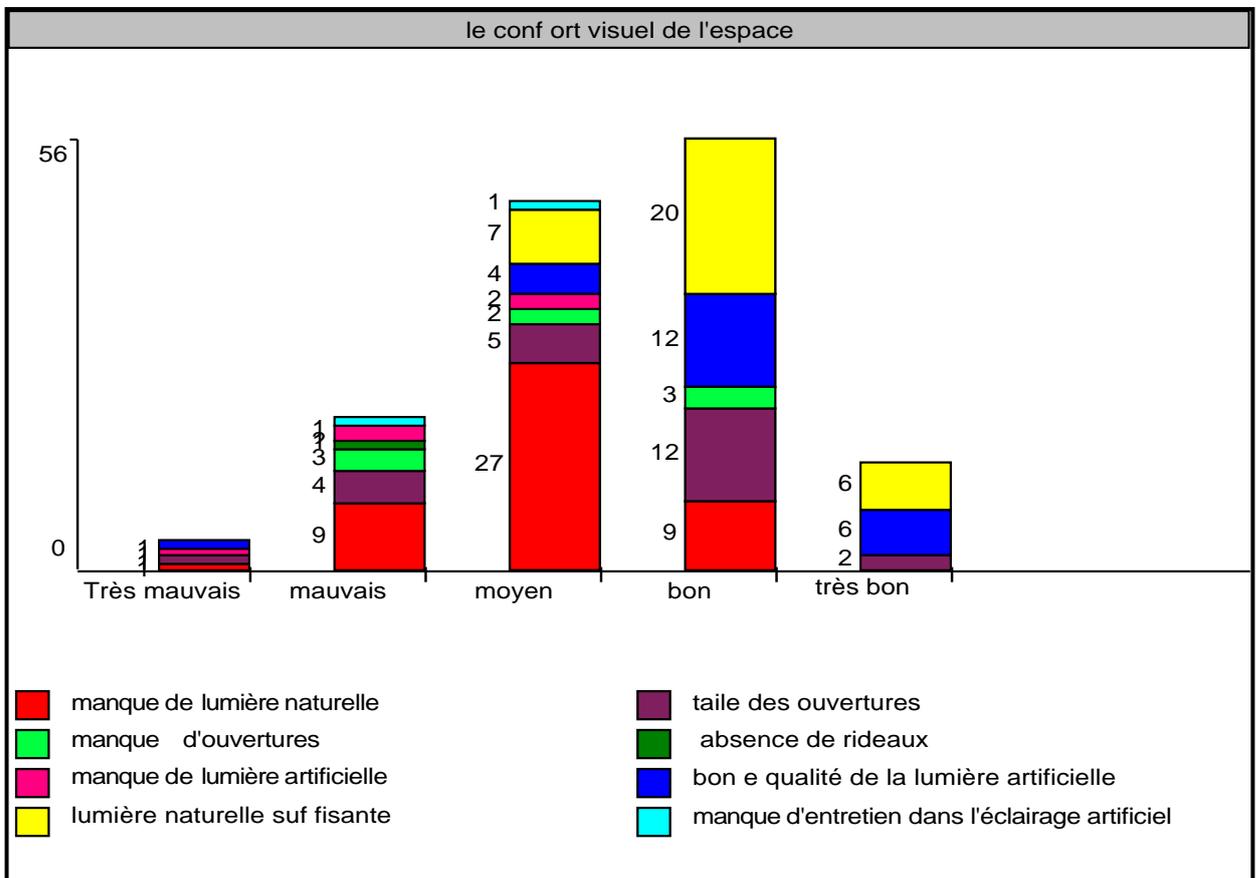


Figure IV.19: Organigramme représentant les critères de jugement de confort lumineux des deux hopitaux.
Source: (Auteurs, 2017)

jugement	lumière suffisante	manque d'éclairage	manque de lumière naturelle	lumière naturelle offerte	taille des ouvertures	manque d'ouvertures	absence de rideaux	manque de lumière artificielle	qualité de la lumière artificielle	manque d'entretien dans l'éclairage artificiel
Très mauvais	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0
mauvais	1	8	9	0	4	3	1	2	0	1
moyen	16	21	27	7	5	2	0	2	4	1
bon	38	3	9	20	12	3	0	0	12	0
très bon	12	0	0	6	2	0	0	0	6	0
TOTAL	67	32	46	33	24	8	1	5	23	2

Tableau IV.12: Tableau représentant les critères de jugement de confort lumineux. Source: (Auteurs, 2017)

Interprétation: D'après le diagramme et les données de tableau (tableau IV.12), on déduit que :

-la majorité des personnes qui trouve le confort très bon, trouve que la lumière naturel est suffisante (06 personne), et (08 personne) font référence à la bonne qualité de la lumière artificielle, et à la taille des ouvertures.

-la majorité (20 personne) qui trouve le confort bon, trouve que la lumière naturel est suffisante, (24 personne) font référence à la bonne qualité de la lumière artificielle, et à la taille des ouvertures.

-la majorité (20 personne) qui trouve le confort moyen, souligne un manque de lumière naturelle, tandis que (07 personne) seulement souligne un manque de lumière naturelle.

-la majorité (09 personne) qui trouve le confort mauvais, souligne un manque de lumière naturelle.

Synthèse: Le confort visuel donc dépend de la disponibilité de la lumière naturelle, de la qualité de la lumière artificielle, et de la taille des ouvertures. Ces élément qui ont caractérisé le confort visuel des usagers devrait être prise en considération à fin d'améliorer l'espace des urgences.

Discutions:

D'après les résultats obtenus on constate que la satisfaction des usagers du confort visuel ne dépend pas uniquement de la luminosité mais aussi de type, et de la qualité de la lumière.

Etant donné que le manque de luminosité a été remarqué au CHU de Sétif, l'intervention serait donc indispensable sur la qualité de la lumière artificielle.

IV.1.4.4. Critère d'appréciation de confort thermique dans l'espace d'urgence des deux hôpitaux:

Interprétation : D'après le diagramme et les données de tableau (tableau IV.13), on déduit que :

- Dans les deux hôpitaux, la majorité des usagers (31 personne à Sétif, 37 à El-Eulma), souligne la présence des chauffages, et (21 personne à Sétif, 16 à El-Eulma), souligne la présence des chauffages et de la climatisation, et (04 personne à Sétif, 05 à El-Eulma), - souligne la présence des de la climatisation.

- (08 personne à Sétif, et 06 à El-Eulma) affirme que les chauffages sont pas performant, tandis que le reste pense qu'ils y a pas d'intervention sur les climatiseurs et les chauffages en panne.

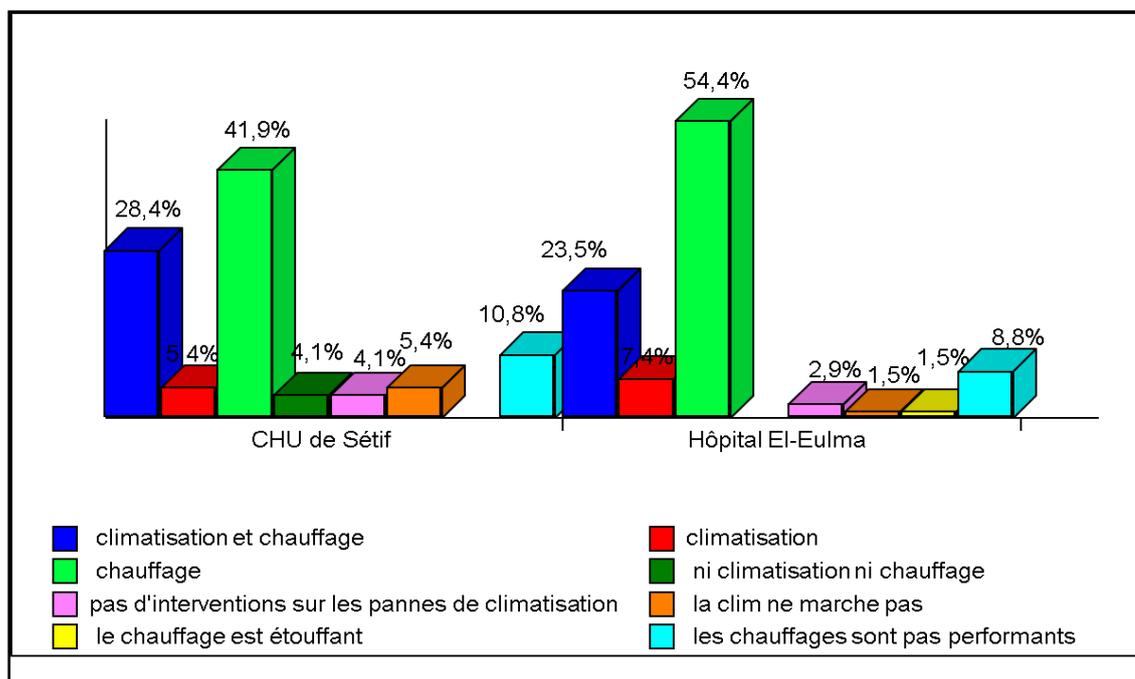


Figure IV.20 : diagramme représentant les critères influençant sur l'appréciation du confort thermique par hôpital. Source : (Auteurs, 2017)

Critère	climatisation et chauffage	climatisation	chauffage	ni climatisation ni chauffage	pas d'interventions sur les pannes de climatisation	la clim ne marche pas	le chauffage est étouffant	les chauffages ne sont pas performants
CHU de Sétif	21	4	31	3	3	4	0	8
Hôpital El-Eulma	16	5	37	0	2	1	1	6
TOTAL	37	9	68	3	5	5	1	14

Tableau IV.13 : tableau diagramme représentant les critères influençant sur l'appréciation du confort thermique par hôpital. Source : (Auteurs, 2017)

Synthèse : L'existence des chauffages et des climatiseurs assure le confort thermique (satisfaction au-dessus de moyen dans les deux hôpitaux (cf. Tableau IV.7), néanmoins l'intervention sur les pannes remarquées reste indispensable.

IV.1.5. Satisfaction des modifications apportées aux deux services d'urgences :

L'objectif est de tirer à partir des modifications apportées aux services d'urgences les éléments qui ont caractérisé leur vécu et leur expérience dans chaque hôpital, pour cela on présentera le

schéma récapitulatif, qu'on va détailler par la suite suivant chaque paramètre on commençant par le service d'urgence du CHU de Sétif puis celui de l'hôpital de El-Eulma.

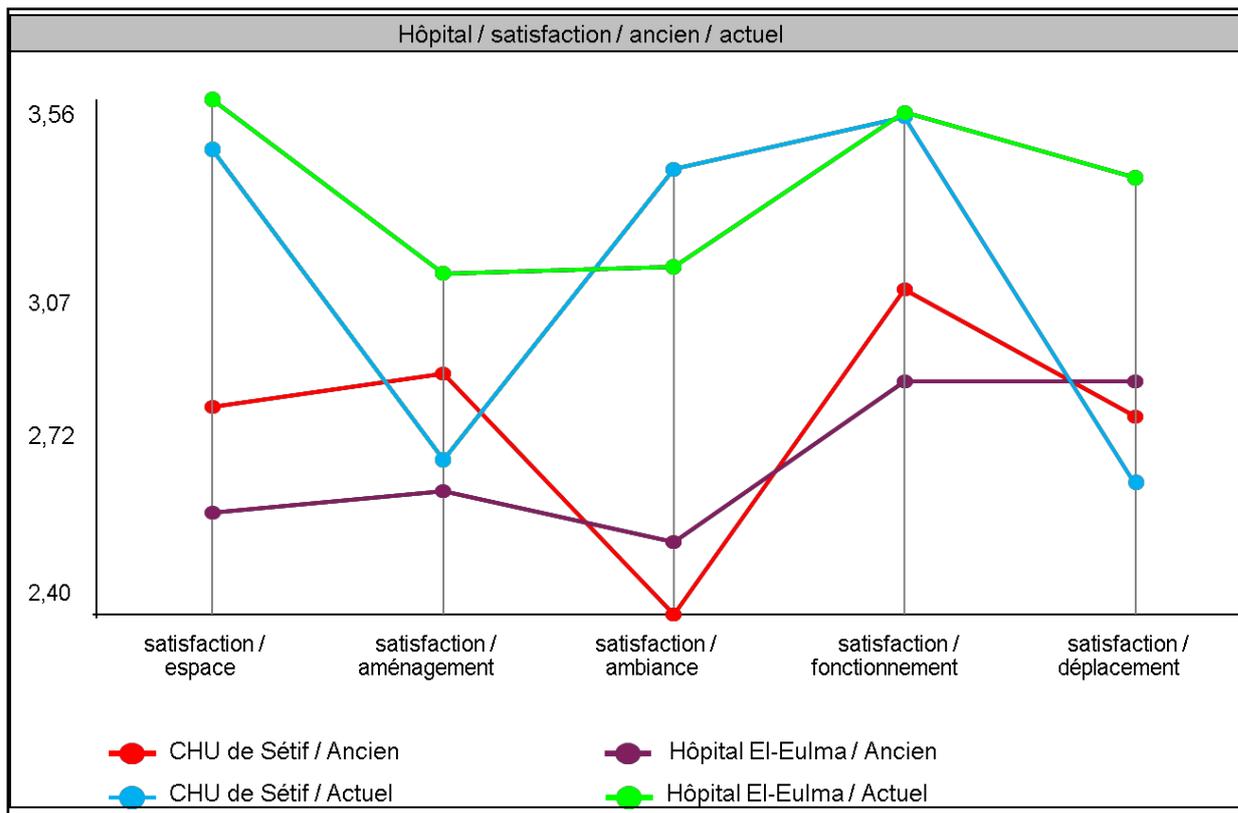


Figure IV.21 : Graphe représentant la satisfaction des usagers de l'espace, l'aménagement, l'ambiance, fonctionnement, déplacement en fonction de l'espace avant et après modification et en fonction de l'hôpital. Source : (Auteurs, 2017)

Interprétation : D'après le radar et les données de tableau, on déduit que :

-Au CHU de Sétif, les usagers sont plus satisfaits de l'état actuel de l'hôpital par rapport à l'espace, l'ambiance, et le fonctionnement, tandis que l'aménagement et le déplacement étaient plus satisfaisants dans l'état ancien.

-A l'hôpital d'El-Eulma, les usagers sont plus satisfaits de l'état actuel de l'hôpital par rapport à tous les éléments : espace, ambiance, fonctionnement, déplacement, et aménagement.

-il y a un grand écart entre la satisfaction des usagers avant et après les modifications, et ça dans les deux hôpitaux.

Satisfaction actuel et ancien		
	CHU de Sétif	Hôpital El-Eulma
satisfaction / ancien espace	2,83	2,61
satisfaction / ancien aménagement	2,89	2,66
satisfaction / ancienne ambiance	2,40	2,55
satisfaction /Ancien fonctionnement	3,07	2,88
satisfaction / ancien déplacement	2,81	2,88
satisfaction / espace actuel	3,44	3,56
satisfaction / actuel aménagement	2,72	3,15
satisfaction / actuelle ambiance	3,39	3,17
satisfaction / actuel fonctionnement	3,52	3,53
satisfaction / actuel déplacement	2,60	3,37

Tableau IV. 14 : satisfaction de l'espace avant et après les modifications dans le service d'urgence des deux hôpitaux. Source : (Auteurs, 2017)

Synthèse : Les modifications apportées aux deux hôpitaux avait un impact positif sur l'espace, le fonctionnement, et l'ambiance, tandis que celles de l'aménagement et le déplacement avaient un impact négatif au CHU de Sétif, positif à El-Eulma.

On conclut d'après l'écart entre le jugement de ces paramètres avant et après les changements que les modifications apportées sur l'espace, avaient un impact sur la qualification de l'expérience et du vécu des usagers.

IV.1.5.1. Jugement des modifications au CHU de Sétif :

a) Espace :

Interprétation : D'après les anneaux, on déduit que :

-(44% des usagers) trouve qu'il y a moins d'espace avant les modifications, (19% des usagers) souligne que l'entrée était plus proche de la salle de soin.

-(56% des usagers) trouve qu'il y a plus d'espace actuellement, (18% des usagers) trouve qu'il est devenu plus sombre.

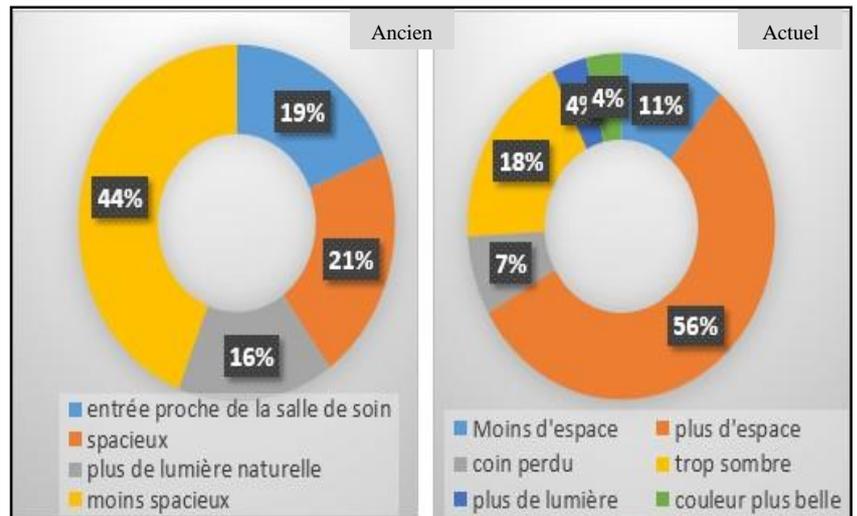


Figure IV.22 : schéma représentant les facteurs de jugement de l'espace avant et après les modifications. Source : (Auteurs, 2017)

Synthèse :

-les paramètres qui ont qualifié l'espace dans les urgences sont : la superficie perçue de l'espace, l'intensité lumineuse, l'agencement des espaces.

-pour une meilleure qualification de l'espace dans les urgences de CHU de Sétif il faut que : la lumière soit suffisante, la salle de soin proche de l'entrée.

b) L'aménagement :

Interprétation : D'après les anneaux, on déduit que :

-(28% des usagers) trouve qu'il y a un manque de confort avant les modifications, (35% des usagers) souligne le manque de matériel dans le bloc chirurgical, (27%) souligne la disponibilité des chaises.

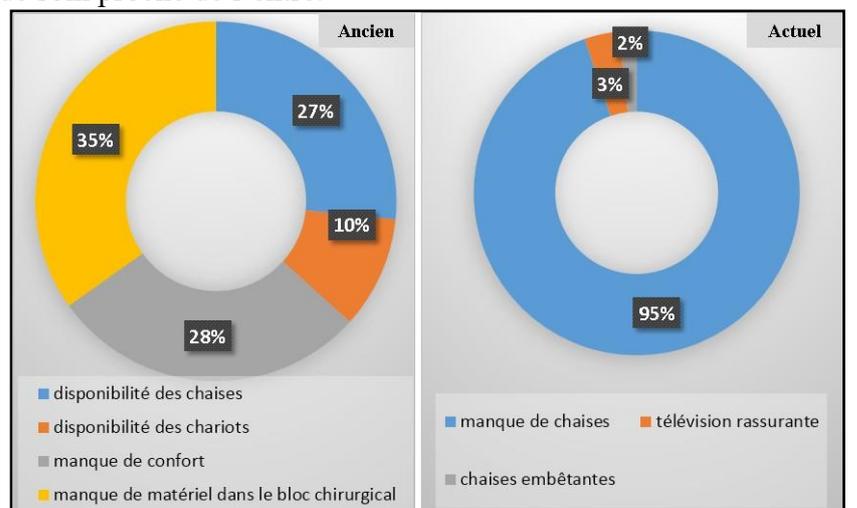


Figure IV.23 : schéma représentant l'aménagement avant et après les modifications. Source : (Auteurs, 2017)

-(95% des usagers) souligne le manque de chaise actuellement, tandis que (3% trouve la télévision ajouter est rassurante.

Synthèse :

-on déduit que l’insatisfaction des usagers de l’aménagement actuellement [figure IV.21] est due principalement au manque flagrant des chaises.

-les paramètres qui ont qualifié l’aménagement dans les urgences sont : la disponibilité des chaises et leur confort, le matériel, et les chariots.

-pour une meilleure qualification de l’aménagement dans les urgences de CHU de Sétif il faut veiller à la disponibilité des chaises, et qu’elles soient confortables, ainsi qu’à la disponibilité des chariots.

c) L’ambiance :

Interprétation : D’après les anneaux, on déduit que :

-(32% des usagers) trouve qu’il y a trop de monde avant les modifications, (28% des usagers) souligne une perturbation des usagers, (24%) trouve qu’il y a une bonne aération.

- Actuellement, deux taux de deux catégories avoisinant à (24%). Le premier souligne le problème d’intimité, le deuxième annonce qu’il y’a moins de stress, et (18%) trouve qu’il y a moins de bruit.

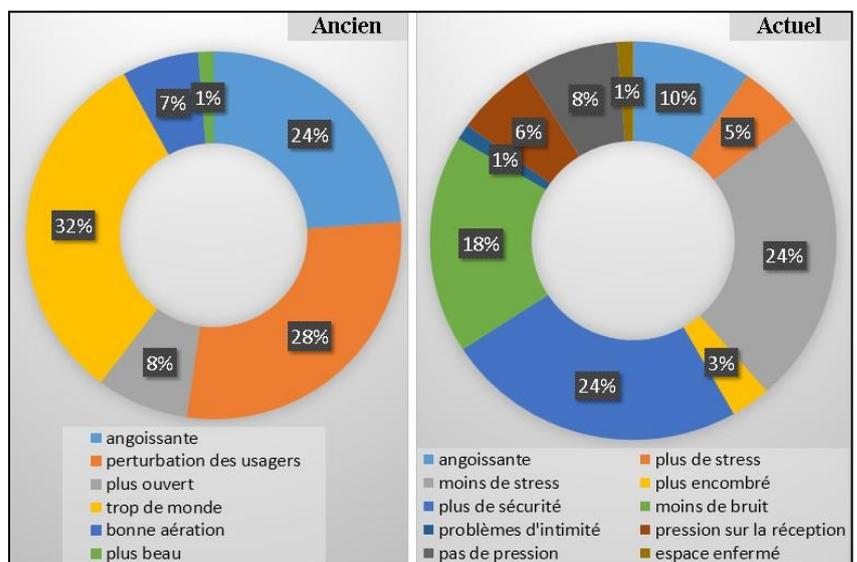


Figure IV.24 : schéma représentant l’ambiance avant et après les modifications. Source : (Auteurs, 2017)

Synthèse :

-on déduit que la satisfaction des usagers de l’ambiance actuelle [figureIV.21] est due principalement à la diminution des bruits et de stress.

-les paramètres qui ont qualifié l’ambiance dans les urgences sont : le bruit, le stress, l’angoisse, le nombre de gens, et la pression.

-pour une meilleure qualification de l’ambiance dans les urgences de CHU de Sétif il faut minimiser le bruit, l’encombrement, le stress, l’angoisse, la pression, et assurer une bonne aération.

c) Le fonctionnement :

Interprétation : D'après les anneaux, on déduit que :

-(25.8% des usagers) trouve qu'il y a trop d'encombrement avant les modifications, (17.2% des usagers) qu'il y a moins d'attente, (8.6%) trouve que l'entrée est proche de la salle de soin, que l'entrée est grande, et que l'accès est directe aux services.

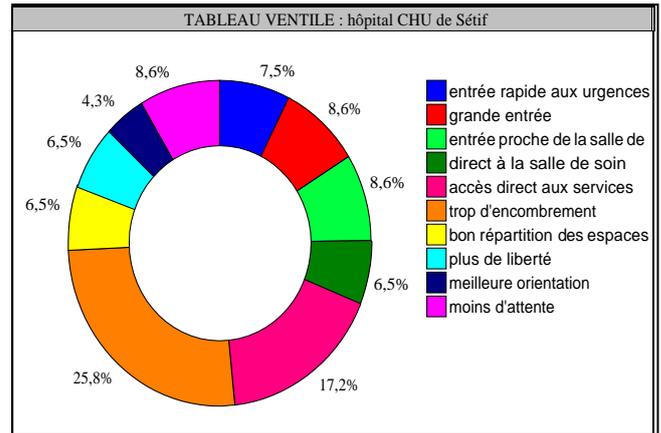


Figure IV. 25 : schéma représentant le fonctionnement les modifications. Source : (Auteurs, 2017)

Interprétation : D'après les anneaux, on déduit que :

-(36.8% des usagers) souligne la séparation des services actuellement, (24.1 % des usagers) trouve qu'il ya plus d'orientation, (21.8 %) trouve qu'il y a moins de monde.

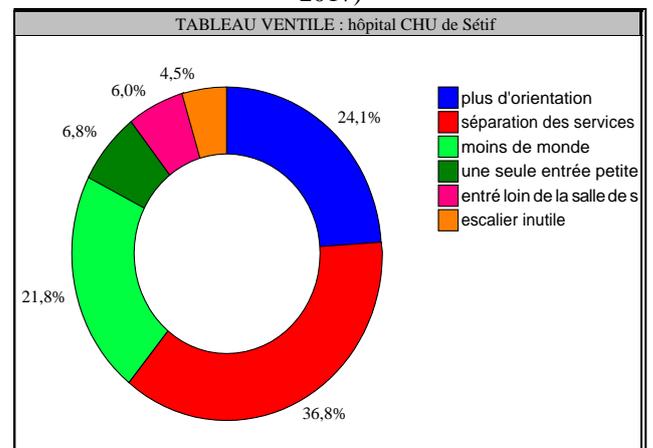


Figure IV.26 : schéma représentant les facteurs influençant sur le fonctionnement du service d'urgence. Source : (Auteurs, 2017)

Synthèse :

-on déduit que la satisfaction des usagers du fonctionnement actuelle [figure] est due principalement à la séparation des services qui a induit à une bonne orientation et une diminution d'encombrement.

-les paramètres qui ont qualifié le fonctionnement dans les urgences sont : la séparation de l'espace, le nombre et la taille des entrés, l'agencement des espaces, l'accessibilité aux services, et la gestion des flux.

-pour une meilleure qualification de fonctionnement dans les urgences de CHU de Sétif en plus de la séparation des services, veiller à bonne accessibilité aux services, ajouter une grande porte d'entrée, et faire un bon triage de flux.

d) Le déplacement :

Interprétation : D'après les anneaux, on déduit que :

-(43% des usagers) trouve que la circulation est difficile avant les

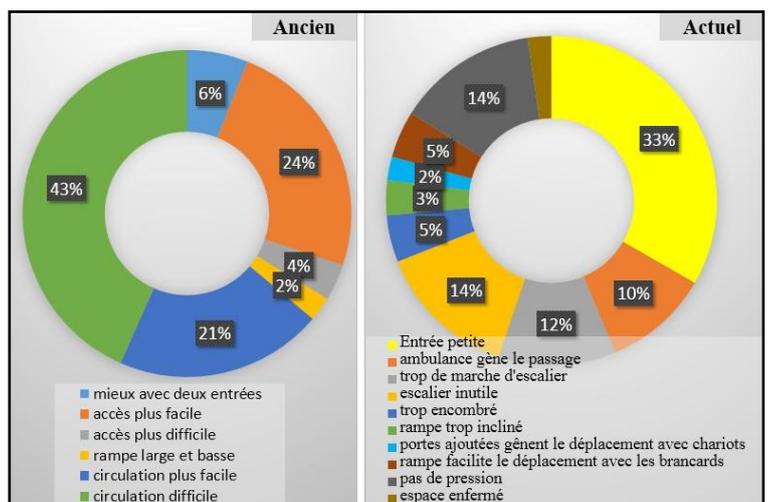


Figure IV. 27 : schéma représentant les critères de jugement du déplacement au sein du service d'urgence avant et après les modifications. Source : (Auteurs, 2017)

modifications, alors que (24% des usagers) souligne que l'accès est facile, et (21%) annonce que la circulation est plus facile.

-(33% des usagers) souligne que l'entrée est petite actuellement, et deux taux de deux catégories avoisinant à (14%). Le premier annonce que l'escalier est inutile, alors que le deuxième annonce qu'il y'a moins de pression. (12%) trouve qu'il y'a trop de marche dans les escaliers, et (10%) trouve que l'ambulance gêne le passage.

Synthèse :

-on déduit que l'insatisfaction des usagers du déplacement actuelle [figure] est due principalement à l'étroitesse de l'entrée, à la non fonctionnalité des escaliers, et à l'ambulance qui gêne leur passage.

-les paramètres qui ont qualifié le fonctionnement dans les urgences sont : la fonctionnalité des escaliers, l'emplacement de l'ambulance, et la facilité de l'accès et de circulation.

-pour une meilleure qualification de fonctionnement dans les urgences de CHU de Sétif, faut changer l'emplacement de l'ambulance, élargir les portes, réglé le problème de la pente et de l'escalier.

IV.1.5.2. Jugement des modifications à l'hôpital d'El-Eulma :

a) Espace :

Interprétation :

D'après les anneaux, on déduit que :

-(59% des usagers) trouve qu'il y a moins d'espace avant les modifications, alors que (24% des usagers) annonce qu'il était spacieux.

-(54% des usagers) trouve qu'il y a plus d'espace actuellement, (17% des usagers) trouve qu'il est devenu plus lumineux.

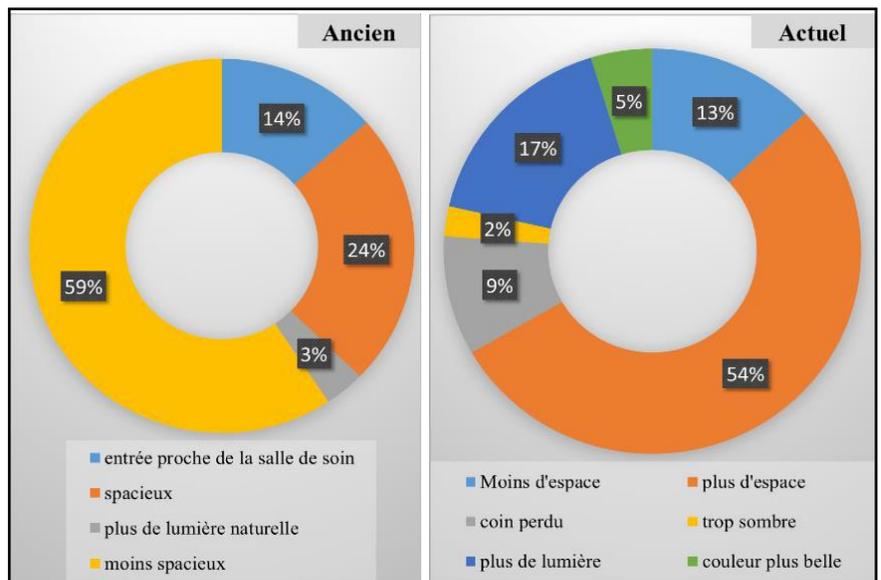


Figure IV.28 : schémas représentant les éléments de caractérisation de l'espace au sein du service d'urgence avant et après les modifications.

Source : (Auteurs, 2017)

Synthèse :

Les paramètres qui ont qualifié l'espace dans les urgences sont : la superficie perçue de l'espace, l'intensité lumineuse, l'agencement des espaces

b) L'aménagement :

Interprétation : D'après les anneaux, on déduit que :

-(38% des usagers) trouve que les aménagements sont pas confortable avant les modifications, alors que (31% des usagers) souligne un manque de matériel dans le bloc chirurgicale.

-(67% des usagers) trouve qu'il y a un manque de chaise actuellement, alors que (33% des usagers) souligne qu'elles sont embêtante.

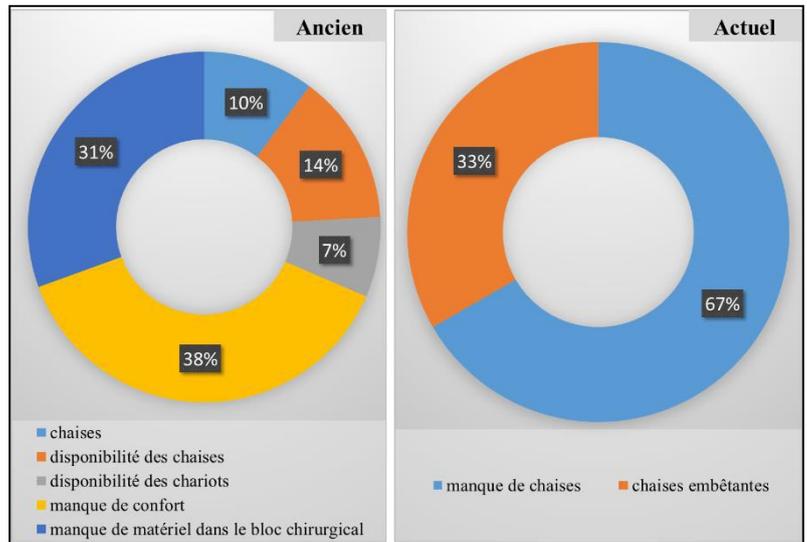


Figure IV. 29 : schémas représentant les éléments qui qualifient l'aménagement au sein du service d'urgence avant et après les modifications. Source : (Auteurs, 2017).

Synthèse :

-les paramètres qui ont qualifié l'aménagement dans les urgences sont : la disponibilité des chaises et leur confort, le matériel, et les chariots.

-pour une meilleure qualification de l'aménagement dans les urgences de l'hôpital d'Eu-Eulma il faut veiller à la disponibilité des chaises, et qu'elles soient confortables, ainsi qu'à la disponibilité des chariots.

c) L'ambiance :

Interprétation : D'après les anneaux, on déduit que :

-(29% des usagers) trouve qu'il y a trop de monde avant les modifications, et (33% des usagers) souligne une perturbation des usagers, alors que (31%) trouve qu'il y a une bonne aération.

-(21% des usagers) trouve qu'il y'a moins de stress actuellement.

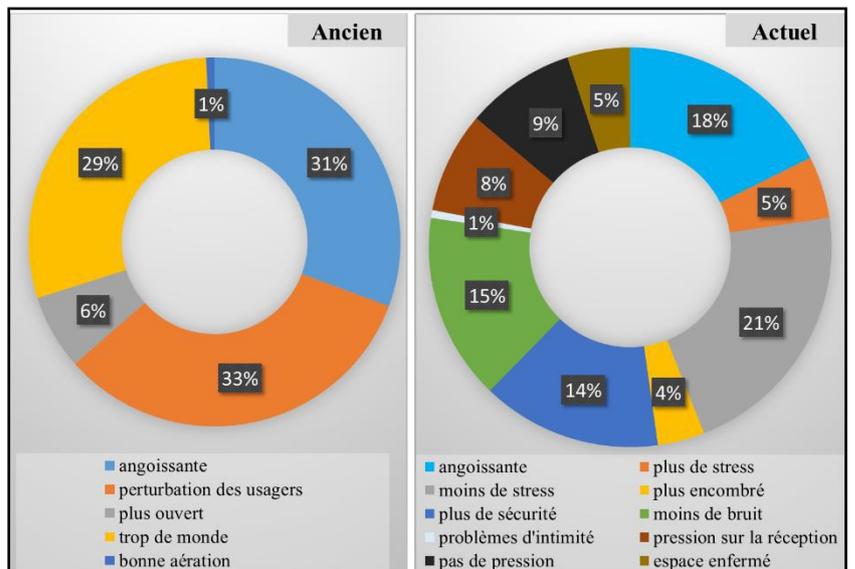


Figure IV.30 : schéma représentant l'ambiance avant et après les modifications. Source : (Auteurs, 2017)

(14% des usagers) souligne qu'il y a plus de sécurité, (15%) annonce qu'il y'a moins de bruits, tandis que (18%) affirme qu'il y a une ambiance angoissante.

Synthèse :

-on déduit que la satisfaction des usagers de l'ambiance actuelle [Tableau IV. 5] est due principalement à la diminution des bruits et de stress.

-les paramètres qui ont qualifié l'ambiance dans les urgences sont : le bruit, le stress, l'anxiété, le nombre de gens, et la pression.

-pour une meilleure qualification de l'ambiance dans les urgences à l'hôpital de El-Eulma, il faut minimiser le bruit, l'encombrement, le stress, l'anxiété, la pression, et assurer une bonne aération.

d) Le fonctionnement :

Interprétation : D'après l'anneau, on déduit que :

-(19.1% des usagers)trouve qu'il y a trop d'encombrement avant les modifications, tandis que (14.6% des usagers) l'accès était direct, et (11.2 %) annoncé qu'avant c'était plus ouvert.

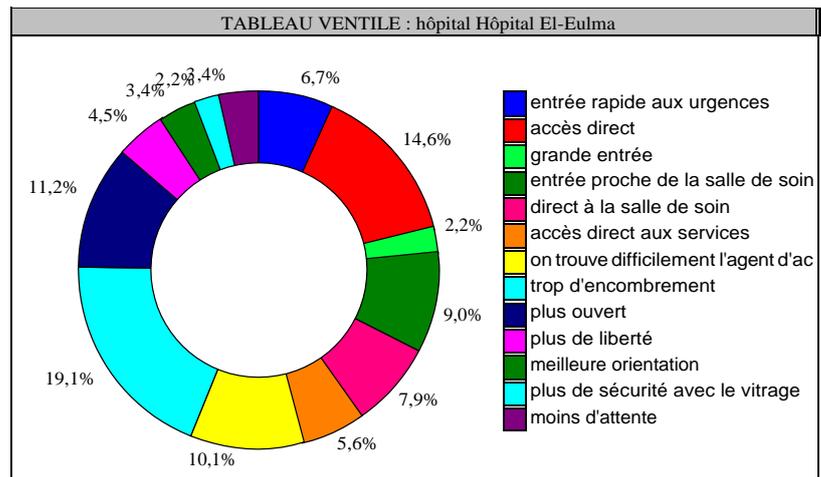


Figure IV.31 : schéma représentant le fonctionnement les modifications. Source : (Auteurs, 2017)

Interprétation : D'après l'anneau, on déduit que :

-(46.4% des usagers) souligne la séparation des services actuellement, (24.1 % des usagers) trouve qu'il y a plus d'orientation, (15.2 %) trouve qu'il y a moins de monde.

Synthèse :

-on déduit que la satisfaction des usagers de fonctionnement actuelle [figure] est due principalement à la séparation des services qui a induit à une bonne orientation et une diminution d'encombrement.

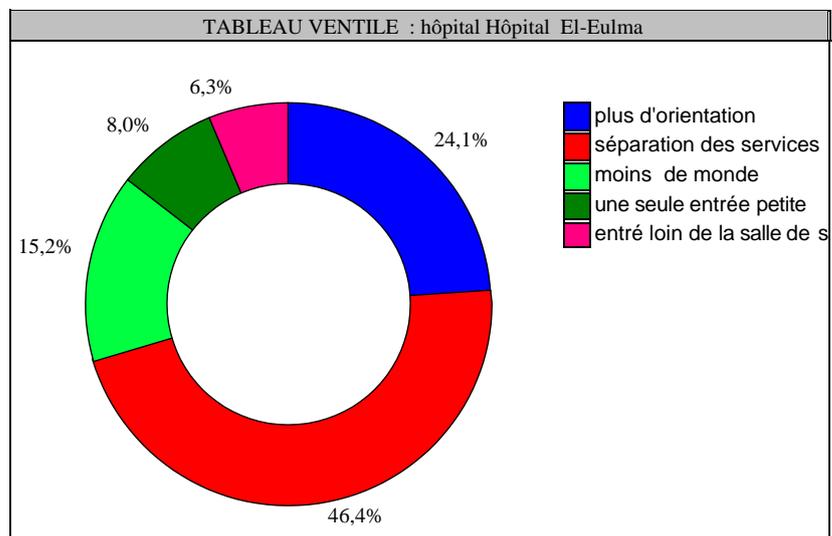


Figure IV.32 : schéma représentant les facteurs influençant sur le fonctionnement du service d'urgence. Source : (Auteurs, 2017)

-pour une meilleure qualification de fonctionnement dans les urgences de l'hôpital d'El-Eulma en plus de la séparation des services, faut veiller à une bonne orientation.

e) Le déplacement :

Interprétation : D'après les anneaux, on déduit que :

-(41% des usagers) trouve que la circulation est difficile avant les modifications, alors que (26% des usagers) souligne que l'accès est facile, et (16%) annonce que la circulation est plus facile, tandis que (17%) annonce que l'accès est plus facile.

-(56% des usagers) souligne que l'entrée est petite actuellement, (36%) trouve que c'est trop encombré, et (10 %) annonce la petitesse des porte.

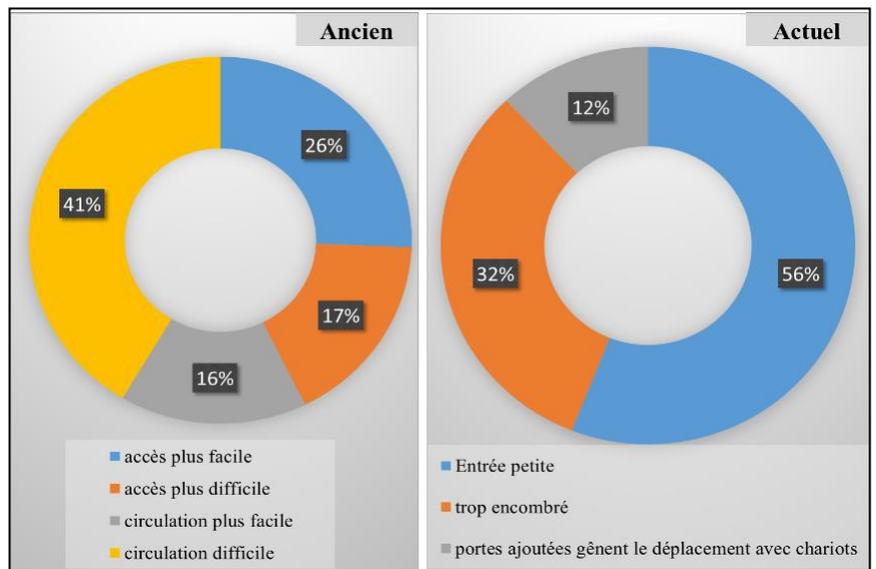


Figure IV.33 : schéma représentant les critères de jugement du déplacement au sein du service d'urgence avant et après les modifications. Source : (Auteurs, 2017)

Synthèse :

-les paramètres qui ont qualifié le fonctionnement dans les urgences sont la facilité de l'accès et de la circulation.

-pour une meilleure qualification de fonctionnement dans les urgences de l'hôpital d'El-Eulma, faut élargir les portes.

IV.2. Confrontation des résultats :

Hôpital	paramètres	Critères	Caractérisation de l'espace		Implication des usagers		Confrontation
			Elément Caractérisation	Qualification	Caractérisation	Qualification	
Hôpital d'El-Eulma	Espace	Emplacement	Loin de l'entrée de l'hôpital Proche de chemin de faire	Inconfort acoustique inadéquat	Loin des habitants Proche des maisons Proche de chemin de faire	Inconfort acoustique Adéquat	*Eléments de caractérisation retenue : D'ordre spatial : -le train -la proximité de l'entré -le nombre d'accès -la distribution des espaces -la séparation des services -les dimensions de hall -la présence des obstacles -le manque d'un espace d'attente -la couleur -le glissement du sol -l'état des matériaux / nouveauté -la dimension des ouvertures -le type de lumière -l'odeur (produits chimiques, malades...) -le bruit de train -chauffage et climatisation -l'intensité lumineuse -la disponibilité des chaises, des chariots et de matériel
		Accessibilité	Urgence proche de l'enceinte	Bonne accessibilité	deux accès loin de l'entré principal	Accès facile	
		Organisation	Mélange entre service d'urgence médical et chirurgical	Mauvaise organisation	Manque de gestion Mélange entre sexe et entre malade et accompagnateur	moyen	
		Déplacement	Grand hall	facile	Petit hall Grand hall Aucun obstacle	facile	
		Dimension	Petite salle d'attente Grand hall	Insuffisante	Manque d'espace d'attente Petit service	insuffisante	
		Couleur	Blanc, gris vert pistache, faïence grise	Bonne	clair	Apaisante Pas frappante	
		Matériaux	Plaque au plâtre, brique creuse, béton-armé, bois, verre	Bonne	Récent Sol glissant Bon état	Bon état	
		Ouverture	Grande baie. Ouverture horizontale	Suffisante	disponible	Suffisante	
		Lumière	Lumière naturelle Lumière artificielle	satisfaisant	Lumière naturelle Lumière artificielle	Satisfaisante	
		Hauteur	Proportionnel	Suffisante	Moyen	Satisfait	
	Ambiance	Ambiance visuel	/	/	Ouverture Lumière	Satisfait	
		Ambiance olfactive	/	/	Odeur des produits chimiques Odeur des malades Nettoyage Odeur des sanitaires	Insatisfait	
		Confort acoustique	/	/	Dispute Crie, train	Bruyant	
		Confort thermique	/	/	Chauffage Climatisation	Ambiante	
		Ambiance ressentie	/	/	fatigue ; stressant ; gravité des maladies ; trop de monde ; accompagnateurs ; négligence ; manque de personnels ; les cris ; les couleurs ; les blessés ; les malades ; les odeurs ; petit espace ; pression ; pas de tri d'urgence ; bagarres ; manque de moyens ; trop d'attentes ;	Triste, désagréable, angoissant, dramatique	
	Modification	Espace	Modification de l'emplacement des portes. Rétrécissement de la salle d'attente.	satisfait	la superficie perçue de l'espace, l'intensité lumineuse.	Satisfait	
		déplacement	Le hall est moins encombré. Facilité de déplacement.	satisfait	la facilité de l'accès et de circulation.	Satisfait	
		Aménagement	Manque de chaise roulante. Mauvais état des brancards. Mauvais état du bureau du personnel.	Pas satisfait	la disponibilité des chaises et leur confort, le matériel, et les chariots.	Satisfait	
		Ambiance	Stressante par moments. Par fois triste.	moyen	le bruit, le stress, l'angoisse, le nombre de gens, et la pression.	Satisfait	

		Fonctionne-ment	La radiologie devrait être moins isolée des autres espaces.	Pas satisfait	la séparation de l'espace, le nombre et la taille des entrés, l'agencement des espaces, l'accessibilité aux services, et la gestion des flux.	Satisfait	
Hôpital du CHU du Sétif	Espace	emplacement	Proche de l'entré Loin des autres services	Bonne	Proche des maisons	Bonne	*Eléments de caractérisation retenue : D'ordre spatial : -la proximité de l'entré -la fonctionnalité de l'escalier -l'inclinaison de la rampe -la largeur de la rampe -la distribution des espaces -la séparation des services -les dimensions de hall -la présence des obstacles -le manque d'un espace d'attente -les couleurs -le glissement du sol -l'état des matériaux / nouveauté -la disponibilité des ouvertures -le type de lumière -l'odeur (produits chimiques, malades...) -chauffage et climatisation -l'intensité lumineuse -la disponibilité des chaises, des chariots et de matériel - l'emplacement de l'ambulance -le nombre d'entré
		accessibilité	Accès proche de l'entré escalier pas fonctionnel rampe large mais trop incliné	Bonne accessibilité	Accès proche de l'entré escalier pas fonctionnel rampe large mais trop incliné	Mauvaise	
		Organisation	Séparation de service médical et chirurgical	Bonne organisation	Manque de gestion Salle de soin loin de l'entré	moyen	
		déplacement	Grand hall	facile	Petit hall Grand hall Aucun obstacle	facile	
		Dimension	Petite salle d'attente petit hall	insuffisante	Manque d'espace d'attente Petit service	Pas suffisante	
		Couleur	Blanc, gris vert pistache, faïence grise	Bonne	clair	Apaisante Pas frappante	
		Matériaux	Plaque au plâtre, brique creuse, béton-armé, bois, verre, mur rideau.	Bonne	Récent Sol glissant Bon état	Bon état	
		Ouverture	Manque d'ouverture. Fenêtre en mur rideau dans la salle d'attente	insuffisante	disponible	Suffisante	
		Lumière	Lumière naturelle Lumière artificielle	satisfaisant	Lumière naturelle Lumière artificielle	Satisfaisante	
		Hauteur	Proportionnel	Suffisante	moyen	Satisfait	
	Ambiance	Ambiance visuel	/	/	Ouverture Lumière	Satisfait	
		Ambiance olfactive	/	/	Odeur des produits chimiques Odeur des malades Vomissement Nettoyage Odeur des sanitaires	Pas satisfait	
		Confort acoustique	/	/	Dispute Crie	Bruyant	
		Confort thermique	/	/	Chauffage Climatisation	Ambiante	
		Ambiance ressentie	/	/	fatigue ; stressant ; gravité des maladies ; trop de monde ; accompagnateurs ; négligence ; manque de personnels ; les cris ; les couleurs ; les blessés ; les malades ; les odeurs ; petit espace ; pression ; pas de tri d'urgence ; bagarres ; manque de moyens ; trop d'attentes ;	Triste, désagréable, angoissant, dramatique	
	Modification	Espace	Bonne séparation entre le service chirurgicale et médicale.	satisfait	Superficie, l'intensité lumineuse, l'agencement des espaces.	Satisfait	
		Déplacement	proximité des services internes.	satisfait	la fonctionnalité des escaliers, l'emplacement de l'ambulance, et la facilité de l'accès et de circulation	Pas satisfait	
		Aménagement	Absence total de chaise dans l'espace d'attente. Chariot et brancard disponible	Pas satisfait	La disponibilité des chaises et leur confort, le matériel, et les chariots.	Pas satisfait	
		Ambiance	Angoissante et stressante.	Pas satisfait	le bruit, le stress, l'angoisse, le nombre de gens, et la pression.	Satisfait	

Tableau I.V.15: Tableau représentant les confrontation des résultats de l'enquête.

Conclusion :

A travers ce chapitre nous avons analysé les résultats obtenus de l'enquête in-situ faite par un questionnaire , ce dernier est tiré de la grille d'analyse tiré de la partie théorique.

Les résultats obtenus ont démontré quelques similitudes dans les deux services expérimentés, mais aussi quelques divergences dans les résultats. L'interprétation des résultats était faite suivant l'enchaînement des questions, où on a pu déterminer à partir de chaque paramètre de la grille d'analyse les éléments de caractérisation et de qualification de l'expérience et du vécu des usagers. Ainsi, nous avons déterminé l'impact des modifications sur leurs expériences et leurs vécus, et on a pu constater que la perception des usagers change non seulement en fonction de l'espace (deux services, CHU de Sétif et hôpital d'El-Eulma), mais aussi en fonction du type d'utilisateur (âge, sexe et catégorie d'utilisateur, ainsi de par son expérience).

La confrontation entre les résultats de l'approche analytique et les résultats du questionnaire, nous a permis de distinguer entre les éléments d'ordre spatial et humain qui caractérise et qualifie l'expérience et le vécu des usagers.

Conclusion générale

Conclusion générale :

Les objectifs de la présente recherche sont multiples : d'un côté, déterminer les moyens qui peuvent aider à caractériser et qualifier les expériences et le vécu des usagers, de l'autre, déterminer les éléments de caractérisation et de qualification de l'expérience et de vécu des usagers, définir et identifier les éléments qui influencent sur la perception de la qualité du vécu des usagers, caractériser le vécu et l'expérience des usagers au sein des urgences et pouvoir en tant qu'architecte trouver des pistes afin d'agir positivement sur leur expérience et leur vécu.

Afin de d'atteindre nos objectifs ciblés, nous avons énoncé que la caractérisation de l'espace et l'implication des usagers et de l'espace semblent être des moyens afin de caractériser et de qualifier leur expérience(s), et leurs vécu(s) au sein des urgences, en effet nous avons structuré notre mémoire en deux volets.

Le volet théorique est composé de deux chapitres théoriques qui traitent les différents concepts clés de la présente recherche.

Les résultats de l'analyse conceptuelle qui concerne les concepts effectués dans le premier chapitre qui a concerné: hôpital, espace hospitalier et urgence ont montré que le service d'urgence est un service qui joue un rôle clé dans le système de santé et dans la structure hospitalière d'aujourd'hui, étant le service en contact direct avec l'extérieur, il reçoit des cas critiques, nécessitant une intervention immédiate. Malgré sa spécialisation, sa diversité en termes de service, le service d'urgence reste toujours un lieu de traitement rapide de cas imprévu, un lieu où l'intervention de personnel soignant doit être immédiate, où le malade ne peut attendre, où l'accompagnateur de malade doit se trouver dans l'incapacité d'agir. À travers un aperçu historique sur l'évolution de ce service, nous avons pu déduire que chaque typologie d'hôpital a répondu à sa prédécesseur en valorisant ses points forts et en améliorant ses points faibles. Le service d'urgence, malgré sa récente intégration dans l'hôpital s'est vite adapté aux différentes typologies, prenant ainsi des services autonomes, jusqu'à en devenir des pôles spécialisés.

Le deuxième chapitre était par contre l'occasion afin de faire l'analyse conceptuelle spécifique aux concepts clés de la présente recherche (expérience, vécu, usager, espace et ambiance). Les résultats de cette analyse ont montré que l'utilisateur est à la base de son expérience, que l'utilisateur en tant qu'individu est caractérisé par son vécu ; un vécu qui donne de la particularité à son expérience. L'espace englobe les objets, les gens et les activités, devient ainsi un lieu d'interaction et d'échange de culture. La fonction de l'espace détermine son public et sa fréquentation. La forme, et l'esthétique donnent une ambiance à l'espace, provoquent ainsi des émotions et des sensations variées chez les usagers.

L'utilisateur est impliqué dans l'espace, il l'utilise, il le pense et l'imagine, donc il est au cœur de l'ambiance perçue, et sentie ; il est au cœur de la subjectivité des ambiances qui dépend elle-même de l'espace.

Conclusion générale

L'ambiance est influencée non seulement par l'utilisateur qui la conditionne et la qualifie, mais aussi par l'espace, donc liée inévitablement aux caractéristiques de milieu, ou de contexte. Ainsi les paramètres qui influencent sur l'expérience et le vécu, qui sont le contexte, l'espace, l'ambiance et l'utilisateur qui ont été développés dans le chapitre, étaient le support de la grille d'analyse théorique expérimentée dans le volet pratique. Ce dernier, est composé de deux chapitres.

Le troisième chapitre est consacré à la méthodologie et à l'analyse de corpus d'étude. La méthodologie nous a permis de présenter les méthodes sur lesquelles s'appuie notre recherche. Il s'agit d'un côté de l'analyse descriptive et comparative de notre cas d'étude (service d'urgence du CHU de Sétif et de l'hôpital d'Eulma) en fonction des critères de la grille d'analyse faite à base d'une observation en situation et une analyse des photos dans les deux services. Les résultats de l'analyse nous ont permis de discerner les paramètres qui caractérisent l'expérience et le vécu des usagers, ces paramètres sont tirés de la caractérisation de l'espace, ont pu montrer les critères sur lesquels une intervention est nécessaire afin d'améliorer l'espace.

Le quatrième chapitre était l'occasion pour la présentation et la discussion du deuxième appui de notre méthodologie qui est l'enquête in-situ par questionnaire. Les résultats de l'enquête qui avait comme but d'impliquer les usagers de l'espace d'urgence nous ont permis de discerner les paramètres qui caractérisent l'expérience et le vécu des usagers, et leur qualification.

La confrontation des résultats a montré une correspondance entre les paramètres tirés de la caractérisation de l'espace et de l'implication des usagers. Néanmoins, l'implication des usagers avec leur complexité a apporté plus de diversité de réponses.

Cette confrontation a montré que l'espace, l'utilisateur, l'ambiance et le contexte sont tous des concepts clés qui caractérisent l'expérience et le vécu des usagers, aident aussi à leur qualification.

Les deux moyens, caractérisation de l'espace et implication des usagers, utilisés dans notre recherche ont pu au final caractériser et qualifier l'expérience et le vécu des usagers, ce qui confirme l'hypothèse de notre travail de recherche.

Recommandation:

Les résultats de la recherche ont non seulement déterminé les éléments de caractérisation de l'expérience, mais aussi en donner des recommandations afin d'améliorer et d'agir positivement sur leur expérience et leur vécu, ces recommandations sont:

- Agir sur les couleurs des urgences, en introduisant des couleurs apaisantes et reposantes, à savoir le bleu et le blanc.
- Entretien de l'enveloppe de l'espace, et privilégier un sol le moins glissant que possible.
- Agir sur les aménagements de l'espace.

Conclusion générale

- agir sur le confort sonore en assurant une bonne isolation.
- prendre en compte l'hygiène comme un élément essentiel.
- assurer une bonne gestion des flux afin de minimiser les bruits.
- nécessité d'assurer une bonne isolation acoustique.
- faire un triage des malades par un personnel paramédical qualifié est indispensable.
- élargissement des portes pour assurer un bon déplacement des chariots et brancards

Recommandations pour Sétif :

- ajouter des chaises confortables pour les malades dans la salle d'attente
- assurer une bonne aération.
- rapprocher le nouvel accès de la salle du soin de service d'urgence chirurgical.
- agir sur l'accès aux urgences en intervenant sur la rampe, et l'escalier.

Recommandations pour El-Eulma :

- agir sur l'emplacement des urgences vis-à-vis de chemin de fer.
- assurer la lumière naturelle, et une bonne qualité de la lumière artificielle.
- agir sur l'organisation de l'espace.

Difficulté rencontrée :

Au cours de notre enquête in situ, nous avons rencontré certaines difficultés qui sont :

- Le refus de l'autorisation par plusieurs reprises de la part des responsables du CHU de Sétif.
- L'accès aux différents services dans le service d'urgences nous a été interdit par les responsables de l'hôpital.
- La prise des photos était faite avec une surveillance permanente d'un agent.
- La disponibilité de personnel dans les urgences était rare pour remplir et compléter notre enquête.
- Le refus quasi-total des femmes d'être interviewé.

Bibliographie

*« Un livre qu'on quitte sans en avoir
extrait quelque chose est un livre
qu'on n'a pas lu »*

Antoine Alabalat

Ouvrage :

- ANDR Epecker, *Histoire des sciences médicales*, organe officiel de la société française d'histoire de la médecine, paris, 1994, TOME XXVIII, p 147-153.
- FERMAND Catherine, *les hôpitaux et les cliniques*, architecture de la santé, édition le Moniteur, paris, 1999. 287 p.

Article :

- ANJA Crommelynck, KATELIJN Degraeve, LEFEBVRE David, « L'organisation et le financement des hôpitaux », 2013, n° 253, p 1-44.
- BRIDGMAN Robert-Frédéric. HÔPITAL, p 1-13. Encyclopédie Universalis [En ligne]. <http://www.universalis.fr/encyclopedie/hopital/3-l-organisation-hospitaliere-contemporaine/>.
- BRAUN François & al. Organisation de la médecine d'urgence en France, 2015, p 1-45.
- COLLIN Claude. La notion d'expérience humaine, 1998, p 1-3.
- DRISS Cherif. Les Petites Histoires de la médecine, *société des écrivains*, 2012, p 7-135. Disponible sur : <https://books.google.com/books?isbn=2748387473>. [Consulté le 29/11/2016].
- DENISE Jodelet. Place de l'expérience vécue dans le processus de formation des représentations sociales, 2006, p 1-33.
- KELLOU Farida. Psychologie de l'espace, 2013, n° 16, p 37-41.
- OUARD Thomas. Concevoir une ambiance en architecture. 2013, p 450-454.
- GOBAIN Saint. Introduction à l'acoustique, 2012, n° 7, 2012.
- Lassance, Guilherme, *Les configurations référentielles : un instrument conceptuel du projet d'Ambiance, Les Cahiers de la Recherche Architecturale : Ambiances architecturales et urbaines*, 1998, n° 42/43, p 36-47.

Mémoires et Thèses :

- BOUANDES Karima. *Ambiance lumineuse, visibilité et accessibilité visuelle, paramètres contribuant à l'humanisation des espaces d'accueil des hôpitaux*. Mémoire de magister en architecture. Biskra : Université Mohamed Khider, 2012, 404 p.
- BOUANDES Karima. *Un nouvel hôpital à Sétif*. Mémoire fin d'étude en architecture. Sétif : Université Ferhat Abbes, 2008, 285 p.
- BENATIA Yacine. *L'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes*. Mémoire de magister en psychologie clinique, Département de Psychologie et des Sciences de l'Education Et d'Orthophonie. Constantine : Université Mentouri, 2008, 195 p.
- BIRON Karole. *Dynamique forme/lumière Exploration du processus de création de l'espace architectural par modèles maquettes/images*. Mémoire de magister en aménagement, architecture et des arts visuels. Québec : Université de Laval, 2008, 251 p.

- HAMMOUNI Zakia. *La notion de confort en milieu hospitalier, cas de l'hôpital Mustapha Bacha et l'hôpital Kouba d'Alger*. Mémoire de magistère en Architecture et en environnement. Alger : Ecole polytechnique d'architecture et d'urbanisme (EPAU), 2007, 380 p.
- MEDOUR Samir. *impact de l'éclairage zénithal sur la présentation et la préservation des œuvres d'art dans les musées*. Mémoire de magistère en Architecture et en Urbanisme. Constantine : Université Mentouri, 2008, 224 p.
- MOHAMMEDI Louisa, SMAHI Fazia. *Architecture hospitalière entre exigences fonctionnelles et qualité environnementale des espaces Cas de l'Hôpital Cardio-Pédiatrique de Drâa Ben Khedda*. Mémoire de fin d'étude en architecture. Tizi-Ouzou : Université Mouloud Mammeri, 2015, 80 p.
- SARAOUI Selma. *A la recherche d'une typologie lumineuse de l'espace architectural*. Mémoire de magistère en Architecture. Biskra : Université Mohamed Khider, 2010.
- ZEGHICHI Hadjer. *Bien-être et santé dans les logements collectifs L'exemple de quelques cités de Batna*. Mémoire de magistère en Architecture. Biskra : Université Mohamed Khider, 2015, 304 p.

Revue :

- Revue d'architecture, Hôpital, hospitalité, technique & architecture, 2002, n°460, p 92-93.

Les cours :

- Professeur ATIENZA, Ricardo. *Introduction à l'acoustique*, Cresson. Grenoble : École Nationale Supérieure d'Architecture, 2008-2009.
- Mr. BELAKHAL Azeddine (Maitre de conférences). Les cours de théorie de projet « 2 em année ». *Habitation, forme et usages*. Biskra : Université Mouhamend Khider, 2011.
- Mme. OUARET Manel (Maitre assistante). Les cours de théorie de projet « 2 em année ». *Paysage et intégration aux sites*. Béjaia : Université Abderrahmane Mira, 2012.
- Professeur SAMAI Mustapha. Les cours d'équipement « 3 em année », Sétif ; Université de Ferhat Abbes, 2001.

Site web :

- Site web en ligne : <http://sante-medecine.journaldesfemmes.com/faq/45096-service-hospitalier-definition>. [Consulté le 02/11/2016].
- Site web en ligne : <http://www.universalis.fr>. [Consulté le 06/11/2016].
- Site web en ligne : www.hopital.fr/Droits-demarches/Vos-demarches/Les-urgences/Ce-que-vous-devez-savoir-sur-les-services-d-urgence. [Consulté le 08/11/2016].
- Site web en ligne : www.hopital.fr
- Site web en ligne : <https://www.justgreece.com/>. [Consulté le 25/11/2016].

- Site web en ligne : <http://www.chirurgie-algerie.com/content/la-chirurgie>. [Consulté le 09/12/2016].
- Site web en ligne disponible sur : <http://droit-medical.com/actualites/evolution/208-urgence-medicale>. [Consulté le 09/12/2016].
- Site web en ligne : <Http://www.infirmiers.com>. [Consulté le 15/12/2016].
- Site web en ligne : <http://www.cnrtl.fr/>, (*Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales*).
- Site web : http://www.supagro.fr/ressource/science_milieu/climat/co/_gc_le_temps_le_climat_definitions.html. [Consulté le 05/01/2016].
- Site web en ligne : <http://mathieulaferriere.com/how-nasa-builds-teams-contexte-social/>. [Consulté le 13/01/2016].
- GIFLUMIERE. *Ensemble, valorisons la lumière naturelle* [en ligne]. 2012. Disponible sur : <http://www.gif-lumiere.com/lumiere/definitions.php>. [Consulté le 19 janvier 2017].
- Site web en ligne : <http://www.dsp-setif.dz/index.php/fr/chu/presentation>. [Consulté le 24/12/2016]. (*Direction de la santé et de la population*).

Dictionnaires en ligne :

- Dictionnaire « *Le parisien* », disponible sur : <http://dictionnaire.sensagent.leparisien.fr>. [Consulté le 23/10/2016].
- Dictionnaire « LAROUSSE », 1979.

Annexes

Annexe 01:

Enquête auprès des usagers des urgences

Madame, Monsieur, nous effectuons une étude auprès des usagers des urgences dans le cadre d'une recherche en Master II en Architecture intitulée: « Eléments de caractérisation et de qualification de l'expérience et de vécu des usagers au sein des urgences des hôpitaux ». Dans le cas de service d'urgence de CHU de Sétif, et l'hôpital d'El Eulma. Par le présent formulaire de questions, Nous vous invitons à bien vouloir répondre aux questions et nous vous remercions vivement pour votre contribution.

Informations sur l'utilisateur	1	Sexe: <input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme
	2	Tranche d'âge: <input type="radio"/> Enfant <input type="radio"/> adolescent <input type="radio"/> adulte <input type="radio"/> Vieux
	3	Fonction:
	4	Catégorie d'utilisateur: <input type="radio"/> Malade <input type="radio"/> accompagnateur de malade <input type="radio"/> personnel Si personnel précisez : <input type="radio"/> administratif <input type="radio"/> paramédical <input type="radio"/> médical <input type="radio"/> Autres / précisez :
Informations sur l'espace	5	L'emplacement des urgences dans l'hôpital est : <input type="radio"/> très inadéquat <input type="radio"/> inadéquat <input type="radio"/> moyen <input type="radio"/> adéquat <input type="radio"/> très adéquat Pourquoi / Proposez :
	6	L'organisation de l'espace d'urgence est : <input type="radio"/> très mauvaise <input type="radio"/> mauvaise <input type="radio"/> moyen <input type="radio"/> bonne <input type="radio"/> très bonne Pourquoi / Proposez :
	7	L'agencement des espaces : <input type="radio"/> très inadéquat <input type="radio"/> inadéquat <input type="radio"/> moyen <input type="radio"/> adéquat <input type="radio"/> très adéquat <input type="radio"/> En chicane <input type="radio"/> continue
Informations sur l'espace	8	Votre déplacement dans les urgences est : <input type="radio"/> Très difficile <input type="radio"/> difficile <input type="radio"/> moyen <input type="radio"/> facile <input type="radio"/> très facile Pourquoi /Proposez :
	9	Les dimensions de l'espace : <input type="radio"/> Très petites <input type="radio"/> Petites <input type="radio"/> Moyennes <input type="radio"/> Grandes <input type="radio"/> Très grandes

		Pourquoi /proposez :.....	
10	La hauteur de l'espace : <input type="radio"/> Très basse <input type="radio"/> Basse <input type="radio"/> Moyen <input type="radio"/> Haute <input type="radio"/> Très haute		
11	La qualité de l'enveloppe intérieure :		
11	Mur	<input type="radio"/> Très mauvaise <input type="radio"/> mauvaise <input type="radio"/> moyenne <input type="radio"/> bonne <input type="radio"/> très bonne Pourquoi/proposez :.....	
11	Sol	<input type="radio"/> Très mauvaise <input type="radio"/> mauvaise <input type="radio"/> moyenne <input type="radio"/> bonne <input type="radio"/> très bonne Pourquoi/proposez :.....	
11	Plafond	<input type="radio"/> Très mauvaise <input type="radio"/> mauvaise <input type="radio"/> moyenne <input type="radio"/> bonne <input type="radio"/> très bonne Pourquoi/proposez :.....	
12	L'aménagement de l'espace : <input type="radio"/> Très mauvais <input type="radio"/> mauvais <input type="radio"/> moyen <input type="radio"/> bon <input type="radio"/> très bon Pourquoi :..... Proposez :.....		
13	Quelle ambiance ressentez-vous au sein de cet espace ? <input type="radio"/> Très désagréable <input type="radio"/> désagréable <input type="radio"/> moyen <input type="radio"/> agréable <input type="radio"/> très agréable Pourquoi :..... <input type="radio"/> Très dramatique <input type="radio"/> dramatique <input type="radio"/> moyen <input type="radio"/> Plaisante <input type="radio"/> très Plaisante Pourquoi :..... <input type="radio"/> Très angoissante <input type="radio"/> angoissante <input type="radio"/> moyen <input type="radio"/> réconfortante <input type="radio"/> très réconfortante Pourquoi :..... <input type="radio"/> Très triste <input type="radio"/> Triste <input type="radio"/> moyen <input type="radio"/> heureuse <input type="radio"/> très heureuse Pourquoi :.....		

.....
 Très froide froide moyen chaleureuse très chaleureuse

Pourquoi :.....
.....

Type de lumière :

Naturelle (soleil) Artificielle (lampe) Les deux

Les ouvertures sont :

Très petites petites moyennes Grandes très grandes

Pourquoi/Proposez:.....
.....
.....

14

La boiserie est :

Très mauvaise mauvaise moyenne bonne très bonne

Le confort lumineux de cet espace est :

Très mauvais mauvais moyen bon très bon

Pourquoi/Proposez:.....
.....
.....

les bruits proviennent :

Des usagers Des machines De l'extérieur autre :

Les bruits sont :

périodique temporaire----> à quel moment :.....

Le confort sonore de cet espace est :

Très bruyant bruyant moyen calme très calme

Pourquoi/Proposez:.....
.....
.....

15

Le confort Olfactif est :

Très mauvais mauvais moyen bon très bon

Pourquoi/Proposez:.....
.....
.....

16

17 Le confort Thermique est :

Très mauvais mauvais moyen bon très bon

Pourquoi/Proposez:.....

.....

.....

18 Les couleurs sont :

Très froide froide moyen chaudeuse très chaudeuse

pas du tout satisfait(e) pas satisfait(e) moyen satisfait(e) très satisfait(e)

Pourquoi/Proposez:.....

.....

.....

19 Y a-t-il une influence des autres utilisateurs de l'espace sur votre comportement :

oui Non

Si oui
laquelle :.....

.....

Types d'influences des usagers sur le comportement : Cochez la réponse qui vous convient (X)

Type d'influence	respect	Non-respect	Négligence	agression	aide	Autres
20 Malade					
Accompagnateur					
Personnel					

21 L'influence des autres utilisateurs de l'espace sur votre comportement est :

négative positive

En quoi :
.....

.....

Expérience vécue

22 Vous fréquentez cet espace :

Une fois par jour Une fois par semaine Une fois par mois Une fois par an

23 Ya-t-il des modifications au sein de cet espace?

Oui Non

24	<p>Les modifications ont touché :</p> <p> <input type="radio"/> parois (murs) <input type="radio"/> répartition des espaces <input type="radio"/> aménagements intérieurs <input type="radio"/> sol <input type="radio"/> plafond <input type="radio"/> peinture <input type="radio"/> lumière <input type="radio"/> ouvertures </p> <p>Quelle sont les modifications qu'a subit cet espace :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
25	<p>Les modifications sont :</p> <p> <input type="radio"/> pas satisfaisantes du tout <input type="radio"/> pas satisfaisantes <input type="radio"/> moyennes <input type="radio"/> satisfaisantes <input type="radio"/> très satisfaisantes </p> <p>Pourquoi / Proposez :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
26	<p>L'influence des modifications sur l'espace :</p> <p> <input type="radio"/> négative <input type="radio"/> positive </p> <p>Pourquoi :.....</p> <p>.....</p>
27	<p>L'influence des modifications sur l'usage et les comportements :</p> <p> <input type="radio"/> négative <input type="radio"/> positive </p> <p>Pourquoi :.....</p> <p>.....</p>
28	<p>L'influence des modifications sur les ambiances :</p> <p> <input type="radio"/> négative <input type="radio"/> positive </p> <p>Pourquoi :.....</p> <p>.....</p>
29	<p>Votre sensation vis-à-vis ces modifications :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
30	<p>voulez-vous ajouter quelque chose :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Annexe 02:

Facteurs	propriété	définition
propriétés métriques et géométriques	Forme	Qualité d'un objet, résultant de son organisation interne, de sa structure, concrétisée par les lignes et les surfaces qui le délimitent, susceptible d'être appréhendée par la vue et le toucher, et permettant de le distinguer des autres objets indépendamment de sa nature et de sa couleur.
	Longueur/ Longueur	La longueur est la plus grande dimension horizontale (d'un objet, d'une surface, d'un volume) ou la dimension qui est dans l'axe de son orientation à l'opposé de la largeur.
	Hauteur	Dimension verticale d'un corps physique, d'une chose.
	Profondeur	Dimension verticale, mesurée de haut en bas, d'un corps, d'un objet, d'un espace à trois dimensions.
	Surface	Deux dimensions qui peut être considéré, comme l'ensemble des points limitant une portion finie ou infinie de l'espace et jouissant d'une même propriété définie.
	Volume	Figure à trois dimensions, délimitée par plusieurs faces jointives. ¹
propriétés perceptuelles et compositionnelles	Proportion/ échelle	Rapport de grandeur entre les parties d'une chose, entre l'une d'elles et le tout ; au plur, combinaison des différents rapports, des dimensions relatives entre les parties et le tout.
	Equilibre	Attitude ou position stable (généralement verticale pour le corps humain) d'un corps ou d'un objet dont le poids est partagé également des deux côtés d'un point d'appui, de sorte que ce corps ou cet objet ne bascule ni d'un côté ni de l'autre.
	Unité	Caractère de ce qui n'est ou ne fait qu'un ; caractère de ce qui forme un tout substantiel et cohérent.
	Variété	Caractère de ce qui est varié, qualité d'un ensemble dont les éléments sont différents.
	Harmonie	Combinaison spécifique formant un ensemble dont les éléments divers et séparés se trouvent reliés dans un rapport de convenance, lequel apporte à la fois satisfaction et agrément.
	Mouvement	Ce qui, dans la configuration d'un édifice, concourt à animer, à varier ses lignes dominantes.
	Rythme	Succession des lignes, répartition des masses et des couleurs, des ornements et des motifs qui composent un dessin, une sculpture, un édifice ; ou ; Répétition périodique (d'un phénomène de nature physique, auditive ou visuelle). ²
	Couleur	Qualité de la lumière que renvoie un objet et qui permet à l'œil de le distinguer des autres objets, indépendamment de sa nature et de sa forme.

¹ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/>. [Consulté le 18/12/2016].

²Ibidem.

propriétés ou les qualités spatiaux- visuelles	Texture	Disposition et mode d'entrecroisement des fils dans un tissage ; état de ce qui est tissé, définit aussi comme étant Composition élémentaire d'un sol du point de vue granulométrique, ou même arrangement et liaison des parties d'une œuvre ou d'une opération intellectuelle.
	Matériaux/ Revêtement	Élément de nature diverse (ardoise, brique, carrelage, ciment, enduit, marbre, plâtre, peinture, stuc, etc.) dont on recouvre les murs ou les parois d'une construction à l'extérieur ou à l'intérieur pour consolider, pour protéger ou pour orner.
	Ouverture/ fermeture	Action de déplacer, d'ôter ce qui rendait un espace clos ou inaccessible ; fait pour quelque chose qui fermait cet espace de se déplacer ou d'être déplacé de manière à le mettre en communication avec l'extérieur.
	Lumière	Énergie émanant d'un corps agissant sur la rétine de manière à rendre les choses visibles.
	Ombre	Diminution plus ou moins importante de l'intensité lumineuse dans une zone soustraite au rayonnement direct par l'interposition d'une masse opaque. ³

Tableau A.1 : facteurs déterminant de l'espace. Source : (Bouandes, 2012).



Figure A.1 : les figures principales qui se manifestent dans les ouvertures latérales et zénithales.
 (Source : <http://www.ecodis.fr/fr/zoom-sur-les-voutes-declairement-naturel>. [Consulté le 06/12/2016].

³Ibidem.

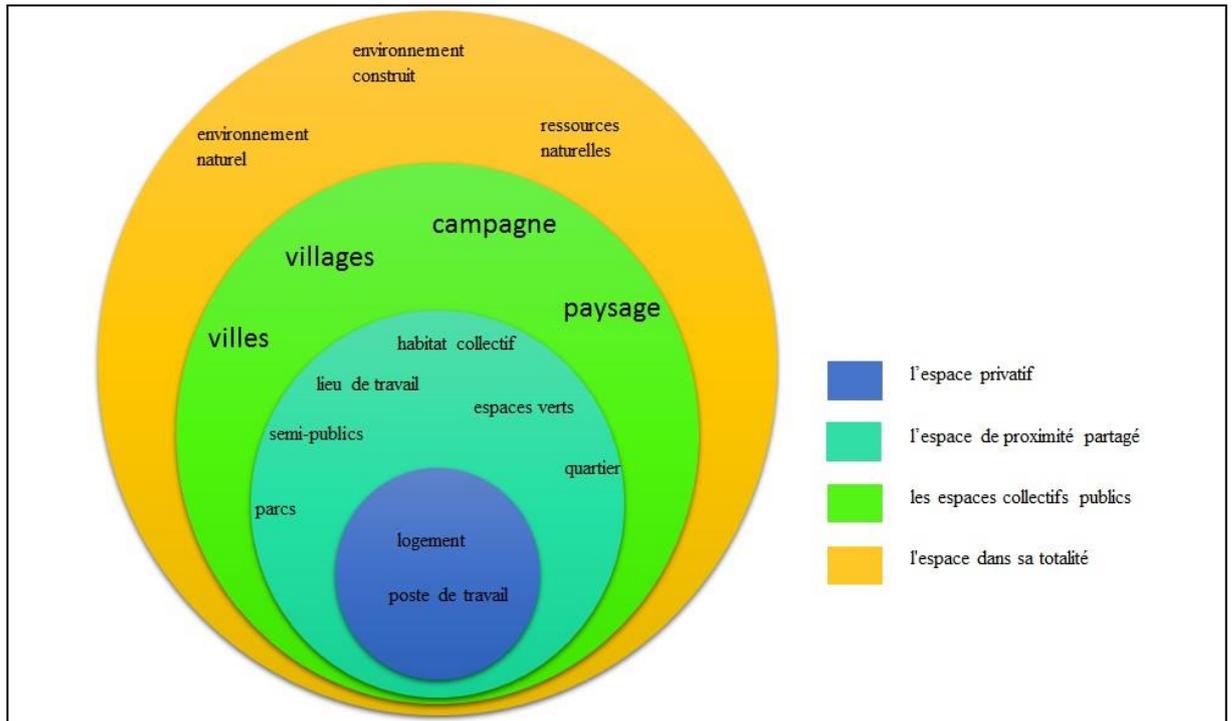


Figure A.2 : Typologies de l'espace selon le critère « social ».
Source : (Lassance, 1998 + traitement par auteurs). Décrites par Kellon.

Annexe 03:

Contexte climatique:

Le climat de la Terre est en premier lieu le résultat de l'énergie solaire qui atteint notre planète. Il dépend tout autant de l'énergie transmise par le soleil que de la position de la Terre par rapport à celui-ci. Ainsi, en fonction de l'activité du soleil, le climat sera plus ou moins chaud. Par ailleurs, les caractéristiques orbitales du globe terrestre modifient la distribution et la valeur du rayonnement solaire selon les saisons et les régions.

Le climat :

C'est un ensemble de tendances stables qui se répètent de façon plus ou moins à l'identique d'année en année. En clair, c'est la succession des types de **temps** qui dominent au-dessus d'une région. L'échelle spatiale du climat est la région naturelle ou un ensemble de régions.

Le temps :

Correspond aux conditions atmosphériques qui existent en un lieu précis à un instant donné. C'est la synthèse des phénomènes météorologiques (**température, vent, insolation, pression atmosphérique, humidité...**) telle qu'elle est ressentie par les êtres vivants.⁴

Température : État énergétique de l'air se manifestant par un échauffement plus ou moins important.

Vent : Phénomène caractérisé par un déplacement d'air plus ou moins important, de direction variable, dans les couches élevées de l'atmosphère comme à la surface du globe, ayant pour origine une différence de pression entre deux régions de l'atmosphère à laquelle peuvent s'ajouter, à la surface du globe, des causes d'ordre géographique (relief, littoral, etc.).

Insolation : Temps pendant lequel le soleil a brillé, quantité de chaleur solaire reçue par la terre.

Pression atmosphérique : Pression exercée sur les corps par la masse d'air située au-dessus d'un lieu.

Humidité : Vapeur, eau imprégnant un objet ou un lieu.⁵

¹http://www.supagro.fr/ress-tice/science_milieu/climat/co/_gc_le_temps_le_climat_definitions.html. Consulté le 13/11/2016.

² Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Consulté le 13/11/2016.