

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Dédicace

Avec joie et plaisir, fierté et respect, je dédie ce mémoire

A ma mère pour son amour et son soutien chaleureux Dont elle m'a entouré, son sacrifice, pour l'éducation Qu'elle m'a donnée.

A mon père pour son courage dont il m'a comblé, durant mes études ; que Dieu les bénisse et les garde sous sa miséricorde et qu'ils trouveront en ce mémoire l'accomplissement de leurs vœux et l'expression de ma profonde gratitude.

A mes frères et leurs femmes, et toute ma famille, les grands et les petits, pour leur soutien moral Et leur respect envers moi.

A mes collègues

A mes amies

A tous qui ont laissé une empreinte de joie dans ma voie

A tous qui connut Missi Ahlem.

Missi Ahlem



Remerciements

Nous remercions Dieu

De nous avoir accordé des connaissances de la science et de nous avoir aidés à réaliser ce travail.

Au terme de ce modeste travail Je tiens à remercier chaleureusement et respectivement tous ceux qui 'ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce modeste projet de fin d'étude

par le fruit de leur connaissance pendant toute la durée de notre parcours éducatif,

À savoir

*A mes encadreurs Mr **ALKAMA Djamel**, et Mlle **FAREH Fouzia** pour leurs conseils précieux.*

*Mes vifs remerciements vont tous d'abord à Mr **TALEB Ibrahim** qui ma à orienter et suivi durant tout le projet*

J'adresse aussi mes vifs remerciements aux membres du jury d'avoir bien voulu participer à l'évaluation et la correction de ce travail.

*Je tiens à remercier le personnel pédagogique et administratif du département d'architecture- **Université du 8 mai 1945 de Guelma**, pour leur aide précieuse et leur large disponibilité.*

Enfin, un grand merci aux étudiants de la promo 2021.

Résumé :

Notre travail de fin d'étude est pour objectif principale d'assurer l'intégration sociale des personnes en situation handicapées dans la société de la wilaya de Guelma, à travers facilite et amélioré leur qualité de vie aux différents niveaux : sociale, sanitaire, psychique, économique ...etc. qui nous avons déjà identifié à travers un diagnostic du secteur de la santé sociale de la wilaya de Guelma et déterminer les différents contraintes.

Nous pouvons atteindre ces objectifs en créant un centre de rééducation fonctionnelle et intégration sociales pour les personnes en situation handicapées, au sein de la wilaya de Guelma. Ce centre est basé sur deux fonctions principales sont :

- La rééducation fonctionnelle qui fournir des soins médicales, physiques et psychiques.
- Intégration sociale à travers des activités socioculturelles et des formations professionnelles qui aideront à enter dans le domaine du travail et à se positionner au sein de la société.

Le projet est intégré dans une zone naturelle (suburbain) dans le Sud de la wilaya « hammam Guerffa ». Le choix du site est le résultat de l'analyse de nombreux sites et de la détermination de ceux qui est le plus compatible avec les critères et les paramètres du choix qui nous avons déduits de l'analyse de divers exemples et projets.

Mots clés : santé sociale, intégration sociale, les handicapées, la rééducation physique, formations professionnelles.

Abstract

The main objective of our end-of-study is to ensure the social integration of people with disabilities in the society of the Wilaya of Guelma. Through facilitating and improving their quality of life at different levels: social, health, psychological, economic... with we have already indentified through a diagnosis of the social health sector of the Wilaya of Guelma and determine the various constraints.

We can achieve these objectives by creating a centre for functional rehabilitation and social integration for people with disabilities, within the Wilaya Guelma, this center based on two main functions:

- Functional rehabilitation that provides medical, physical and psychological care
- Social integration through socio-cultural activities and vocational training that will help to enter the field of work and position themselves in society.

The project in integrated in a natural area (suburban) in the south of the wilaya of Guelma “Hammam Guerffa”, the choice of the site is the result of the analysis of many sites and the determination of those that are more compatible with the criteria and parameters of choice that we have deduced from the analysis of various examples and project.

Key words: social health, social integration, the disabled, physical rehabilitation, professional training.

Table des matières

Remerciements.....	iv
Résumé :.....	v
Abstract.....	vi
Table des matières	vii
Liste des abréviations.....	xiii
Liste des tableaux.....	xiv
Liste des figures	xvi
Chapitre Introductif.....	1
Introduction :.....	1
Problématique :	4
Question de recherche.....	5
Hypothèses	6
Motivation de thème :	6
Objectif principale :	7
Objectifs secondaires :	7
Méthodologie de recherche :.....	7
Structure de mémoire	8
<i>Partie I : Cadre théorique</i>	1
Chapitre 1 : Présentation de thème	10
1.1 Introduction	10

1.2	Santé sociale :.....	10
1.2.1	Qu'est-ce que le social ?	10
1.2.2	La santé sociale :.....	11
1.2.3	Autres termes pour la santé sociale :.....	12
1.2.4	Cadre d'émergence de la médecine sociale : les prémisses d'une approche sur la médecine sociale :.....	13
1.2.5	Nature et portée sociale de la médecine : médecine et société, comment penser leur articulation ?	14
1.2.6	Trajectoire et développement de la médecine sociale.....	16
1.3	L'intégration sociale :.....	18
1.3.1	Intégration sociale, Soutien social et Santé : « Historique, concept et mesures » : :	18
1.3.2	Le concept de l'intégration sociale :	19
1.3.3	La définition de l'intégration sociale	20
1.3.4	L'intégration sociale et son opérationnalisation :	21
1.3.5	L'intégration sociale : avantages et désavantages:	22
1.3.6	Dimensions du problème de l'intégration des personnes handicapées :.....	23
1.4	Les handicapés :	25
1.4.1	Définition d'handicape:	25
1.4.2	Synonymes d'handicap :	25
1.4.3	Evolution socio-historique de la notion de handicap :.....	26
1.4.4	La personne handicapée à travers l'histoire :	26
1.4.5	Les causes du handicap :.....	28
1.4.6	Typologies médicales de l'handicape:	30
1.4.7	La situation des handicapés à l'échelle internationale et nationale:	34
1.5	Conclusion.....	37
Chapitre 2 : Les établissements de la santé sociale :.....		38
2.1	Introduction	38
2.2	Les établissements de service social:	38

2.3	Missions de l'action sociale et médico-sociale:	39
2.4	Détermination des besoins :	40
2.5	Procédure d'autorisation:	40
2.6	Types d'établissements:	41
2.6.1	Les établissements et services d'Aide par le travail (ESAT):.....	42
2.6.2	Les Foyers d'Hébergement pour travailleurs handicapés:.....	42
2.6.3	Les Foyers Occupationnels (FO) ou Foyers de vie :.....	42
2.6.4	Les Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) :.....	43
2.6.5	Les Maisons d'Accueil spécialisées (MAS) :	43
2.7	Classification des établissements sociale ou médico-sociale :.....	43
2.8	La rééducation:.....	47
2.8.1	La définition de la rééducation:	47
2.8.2	Les types de rééducation:.....	47
2.8.3	La rééducation physique en Algérie :	48
2.8.4	Services de MPR (médecine physique de rééducation) :.....	50
2.8.5	Définition du centre de rééducation:.....	50
2.8.6	Critères d'un centre de rééducation et de réadaptation:.....	50
2.8.7	Le rôle des centres de rééducation et de réadaptation physique :	51
2.9	Conclusion.....	52
Chapitre 3 : La durabilité sociale.....		53
3.1	Introduction	53
3.2	Le développement durable :	53
3.2.1	Les sources du concept :	53
3.2.2	Les évocations antérieures de ce concept :	53
3.2.3	Les conférences onusiennes et leurs instruments :	54
3.2.4	La définition du concept de développement durable	55
3.2.5	Les principes et les piliers du développement durable :	56
3.3	La durabilité sociale :	60
3.3.1	La notion de durabilité :	60

3.3.2	La différence entre le développement durable et la durabilité :.....	61
3.3.3	Le concept de la durabilité sociale :.....	62
3.3.4	La définition de la durabilité sociale :.....	62
3.3.5	L’aspect historique :.....	63
3.3.6	Le sens du terme « la durabilité sociale »:.....	63
3.3.7	Les variations du terme « la durabilité sociale »:	64
3.3.8	Les dimensions de la durabilité sociale :	64
3.3.9	Les aspects de la durabilité sociale :.....	65
3.4	Conclusion.....	66
Chapitre 4 : Analyse des exemples		67
4.1	Introduction :.....	67
4.2	Etude des exemples livresques :.....	67
4.2.1	REHAZENTER- centre national de rééducation fonctionnelle et réadaptation : 67	
4.2.2	Centre de Rééducation Groot klimmendaal /Koen Van Velsen :	78
4.3	Etude d’exemple existant :	89
4.3.1	Complexe Thermal Hammam Chellala Guelma :.....	89
4.4	Etude d’exemple Smart :	98
4.4.1	Park royal hôtel à Singapour :.....	98
4.5	Conclusion :.....	108
Partie II : Cadre Analytique		73
Chapitre 1 : cas d’étude et diagnostic de territoire		109
1.1	Introduction :.....	109
1.2	Cas d’étude : « présentation de la Wilaya de Guelma »:	109
1.2.1	Situation géographique et limites de la wilaya de Guelma:.....	109
1.2.2	Environnement physique et règlementaire :	110
1.2.3	Aperçu historique :.....	111
1.2.4	Evolution urbaine de la ville de Guelma:	112

1.2.5	Situation démographique :	114
1.2.6	Climatologie et ensoleillement:	115
1.2.7	Le relief:	115
1.2.8	Infrastructure de Base :	116
1.2.9	Synthèse :	120
1.3	Le diagnostic de la ville de Guelma :	121
1.3.1	Objectifs du diagnostic :	121
1.3.2	Secteur de la santé sociale a Guelma:	121
1.3.3	Synthèse :	130
1.3.4	Le scénario :	132
1.4	Conclusion :	132
Chapitre 2 : Analyses des terrains		133
2.1	Introduction :	133
2.2	Paramètres de choix :	133
2.3	Analyse des terrains :	134
2.3.1	Analyse du terrain 01 : « terrain d'olivier » Pos Sud.....	135
2.3.2	Analyse du terrain 02 : « Est du Guelma « juxtaposition du hôpital mère et enfant » :	139
2.3.3	Analyse du terrain 03 : « : nord est de Guelma « terrain intermédiaire entre Guelma et Belkhir » :	143
2.3.4	Analyse du terrain 04 : «: sud ouest de Guelma « site de Hammam Guerffa » : 148	
2.3.5	Justification du choix	153
2.3.6	Terrain « hammam Guerffa » :	155
2.4	Conclusion :	158
Chapitre 3 : La programmation.....		159
3.1	Introduction :	159
3.2	Programme retenu :	159
3.3	Programme Quantitatif :	163

3.4	Propositions d'aménagements et équipements thermaux :	167
3.5	Programme surfacique :	168
3.6	Conclusion :	176
Chapitre 4 : Conception architecturale		178
4.1	Introduction :	178
4.2	Recommandation de la conception :	178
4.3	Principes et concepts :	179
4.3.1	La perméabilité :	179
4.3.2	La fragmentation :	179
4.3.3	La centralité « articulation » :	180
4.3.4	La transparence :	180
4.4	Genèse du projet	180
4.4.1	Schéma de principe :	180
4.4.2	Evolution de la forme :	183
4.4.3	La volumétrie :	184
Conclusion générale :		178
Bibliographie		180

Liste des abréviations

DD	Développement Durable
ODD	Objectifs Du Développement Durable
OMD	Objectifs Du Millénaire Pour Le Développement
CNUED	Conférence Des Nations Unies Sur L'environnement Et Le Développement
MPR	Médecine Physique De Rééducation
ESMS	Etablissement Ou Service Social Ou Médico-social
CASF	Code De L'action Sociale Et Des Familles
ARS	l'Agences Régionale De Santé
ESAT	Etablissements Et Services d'Aide Par Le Travail
FUNESS	Fichier National Des Etablissements Sanitaires Et Sociaux
CDAPH	Commission Des Droits Et De l'Autonomie Des Personnes Handicapées
OF	Foyers Occupationnels
FAM	Foyers d'Accueil Médicalisés
MAS	Maisons d'Accueil spécialisées
OMS	Organisation Mondiale De Santé
DAS	Direction d'Activités Sociale

Liste des tableaux

Tableau 1 : loi relatives aux handicapés en Algérie	35
Tableau 2 : le nombre des handicapées en Algérie en 2018	37
Tableau 3 : classification des établissements et services sociaux et médicaux-sociaux.....	47
Tableau 4 : Aperçu historique de la rééducation physique en Algérie	49
Tableau 5 : Services de MPR en Algérie	50
Tableau 6 : aperçu historique de la Wilaya de Guelma	112
Tableau 7:l'évolution urbaine de la Wilaya de Guelma	114
Tableau 8:la population de la Wilaya de Guelma (2015)	114
Tableau 9: Le nombre des équipements hospitalier a Guelma ;	122
Tableau 10:les équipements hospitalier à Guelma et l'année de réalisation ;	122
Tableau 11:le nombre total des différentes types des personnes handicapées à 100% ;	123
Tableau 12:le nombre total des différentes types des personnes handicapées de catégorie moins de 100%,.....	124
Tableau 13:programme du centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux de Guelma ;	130
Tableau 14: Tableau AFOM ;	131
Tableau 15:les paramètres de choix du terrain ;	134
Tableau 16:tableau AFOM du terrain 01 ;	139
Tableau 17:Tableau AFOM du terrain 02 ;	143
Tableau 18 : tableau AFOM du terrain 03 ;	148
Tableau 19 : tableau AFOM ;	153
Tableau 20 : tableau d'adaptation es différents terrain avec les paramètres de choix ;	154
Tableau 21 : données climatique du terrain de Hammam Guerffa ;	156
Tableau 22 : tableau du programme retenu du projet ;	162

Tableau 23 : le nombre total de chaque type des handicapées (de catégorie 100%)	163
Tableau 24 : le nombre total de chaque type des handicapées (catégorie moins de 100%) ;	164
Tableau 25:tableau d'aménagement et équipements thermaux au niveau Hammam Guerffa ;	
Source : document technique gouvernementaux	168
Tableau 26: programme surfacique du projet ;	176

Liste des figures

Figure 1 : schéma de la loi de 08 mai 2002	35
Figure 2 : les piliers du développement durable	58
Figure 3 : 5 présentation du 3, premières dimension de DD ;	60
Figure 4 : centre Rehazenter de rééducation fonctionnelle et réadaptation ;	67
Figure 5 : accès principale du centre Rehazenter de la rééducation fonctionnelle ;	68
Figure 6 : environnement immédiat du centre Rehazenter ;	69
Figure 7 : plan de masse de centre Rehazenter ;	70
Figure 8 : l'intégration du centre dans un terrain en pente ;	71
Figure 10 : schémas d'analyse des façades du centre Rehazenter ;	72
Figure 9 : composition du centre Rehazenter ;	72
Figure 11 : façade Sud-est du centre Rehazenter ;	73
Figure 12 : Façade Nord-est du centre Rehazenter ;	73
Figure 13 : Façade Sud-ouest du centre Rehazenter ;	74
Figure 14 : schémas générale de l'organisation du projet ;	75
Figure 15 : coupe schématique de l'organisation spatiale du projet ;	77
Figure 16 : Centre Groot Klimmendaal ;	78
Figure 17 : situation du centre ;	79
Figure 18 : plan d'implantation du centre ;	80
Figure 19 : l'environnement immédiat du centre Groot Klimmendaal,	81
Figure 20: schéma d'analyse de la façade	83
Figure 21 : Façade Ouest,	84
Figure 22 : Façade Est ;	84
Figure 23 : schéma générale de l'organisation du projet ;	85
Figure 24 : Complexe Thermal Hammam Chelalla Guelma ;	89

Figure 25 : situation du complexe thermal Hammam Chelalla ;	90
Figure 26 : l'environnement immédiat du complexe ;	91
Figure 27 : schémas de circulation et l'accessibilité du complexe ;	92
Figure 28 : Façade Est du complexe Hammam Chelalla ;	94
Figure 29 : schéma générale de l'organisation du projet ;	95
Figure 30: Park royal hôtel à Singapour ;	98
Figure 31 :les grandes étapes pour smart building ;	99
Figure 32 : l'orientation du projet ;	100
Figure 33 : Façade Nord-est du Park Royal ;	102
Figure 34 : schéma générale de l'organisation du projet ;	103
Figure 35 : coupe schématique du projet ;	105
Figure 36:situation géographique de la Willaya ;	109
Figure 37:l'évolution urbaine de la ville de Guelma ;	112
Figure 38: terrains d'étude ;	134
Figure 39:situation du terrain 01 ;	135
Figure 40 : environnement immédiat du terrain;	135
Figure 41 : carte d'accessibilité du terrain 01 ;	136
Figure 42 : Carte d'environnement et mobilité du terrain ;	137
Figure 43 : schéma d'ensoleillement du terrain ;	138
Figure 44:Situation du terrain 02 ;	139
Figure 45 : carte de la limite du terrain 02	139
Figure 46: Carte d'accessibilité du terrain 02 ;	140
Figure 47:champ de visibilité du terrain 02	141
Figure 48:Carte de circulation ;	142
Figure 49:schéma d''ensoleillement du terrai 02 ;	142
Figure 50:situation du terrain 03 ;	143
Figure 51 : la disponibilité foncière et les contraintes du terrain ;	144
Figure 52: les limites du terrain 03 ;	144
Figure 53 : les points de repère du terrain 03 ;	146

Figure 54 : schéma d'ensoleillement du terrain 03 ;.....	147
Figure 55 : situation du terrain 04 ;.....	149
Figure 56:environnement immédiat di terrain,	149
Figure 57 : champ de visibilité du terrain 04 ;.....	151
Figure 58 : Catre d'accessibilité du terrain 04 ;.....	151
Figure 59 : schéma d'ensoleillement du terrain 04 ;.....	152
Figure 60 : le nombre total des personnes handicapées intégrées dans ce centre par an ;.....	165
Figure 61 : le nombre des lits de chaque catégorie selon le sexe ;	166
Figure 62:carte d'accessibilité du projet ;.....	181
Figure 63 : schéma d'implantation du projet ;.....	181
Figure 64: schémas des axes visuels du projet,.....	182
Figure 65 : schéma de principe ;.....	183
Figure 66 : la volumétrie du projet ;	185
Figure 67 : façade principale du projet ;.....	185

Chapitre Introductif

Introduction :

la santé est un état de complet bien-être, physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité, et selon L'OMS : « la santé représente d'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politique, sa condition économique ou sociale » .

Par ailleurs, la santé résulte d'une interaction constante entre l'individu et son milieu et représente donc cette capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elles font partie. Parmi les composantes principales de la santé on trouve la santé physique, la santé mentale et la santé sociale, cette dernière tient compte du contexte social, environnemental et systémique de la santé. Donc ; Le concept de Santé renvoie au bien-être physique et psychologique d'un individu. Bien que l'idée soit souvent associée à l'absence de maladie, la santé transcende ce problème social, d'autre part, est celui qui est lié à la société (le groupe d'individus vivant dans une région et partageant le même culture). La notion santé sociale est associée à l'état de bien-être qu'une personne a selon les conditions de son environnement. La santé des êtres humains, tant physique que mentale, dépend toujours du contexte socio-économique.

La santé sociale est donc concentrée dans les circonstances qui conditionnent le bien-être du sujet. Ce sont les conditions dérivées de la répartition des ressources et du pouvoir, liées aux politiques élaborées au niveau local et international. Supposons qu'une personne naisse et grandisse dans une maison instable, qui n'a pas accès à l'eau potable. Dans son voisinage, il y a des décharges à ciel ouvert et des chemins de terre qui sont inondés lorsqu'il pleut. Pour accéder à un hôpital, vous devez parcourir plusieurs Kilomètres, car il n'y a pas de centre médical dans la région.

Toutes ces conditions qui font que la santé sociale affecte le bien-être de cette personne, ainsi que celui de tous ses voisins. Ces personnes sont en situation de vulnérabilité face à diverses maladies dérivées de leurs conditions de vie. Comme on peut le constater, les déterminants de la santé sociale sont toutes les circonstances qui entourent la vie des personnes dès la naissance et qui les accompagnent tout au long de leur développement et de leur insertion dans le système.

De nombreux facteurs contribuent à la réalité de chaque individu et dépendent pour la plupart du gouvernement et des autorités, car ils doivent garantir le bien-être de tous les citoyens et l'égalité des chances.

L'un des points les plus débattus dans ce contexte est la santé publique, car dans de nombreux pays, la gratuité des soins de santé est médiocre et insuffisante pour répondre aux besoins réels des populations. Alors que dans des endroits comme l'Angleterre, il existe un réseau brillant de centres d'accès bien organisés, hygiéniques et gratuits, il y a trop d'exemples du contraire : les hôpitaux où les professionnels sont hostiles, les temps d'attente trop longs et où l'hygiène est perceptible par son absence. Les enfants sont le moment clé de notre vie, et c'est le moment où les gouvernements devraient se concentrer le plus sur le bien-être des gens. Certaines des propositions les plus répandues pour parvenir à la santé sociale sont d'offrir à tous les enfants la même qualité d'éducation jusqu'à ce qu'ils achèvent leur scolarité secondaire : si tous les individus avaient accès à niveau élevé d'éducation, de la petite enfance à la jeunesse, l'analphabétisme et, par conséquent, la pauvreté et la criminalité seraient considérablement réduits.

Il est également important d'avoir un environnement propice au développement personnel et professionnel pendant l'enfance, mais tout au long des autres stades de croissance. Des rues propres et sécuritaires, de bons parcs, des écoles et des bibliothèques avec une grande variété de genres sont quelques-unes des exigences fondamentales. Mais en plus de la sécurité, de la santé et de l'accès à l'éducation, il est très important d'offrir à la population un espace de loisirs et de divertissement, à condition qu'ils soient considérés comme des moments sporadiques qui permettent de renouveler l'énergie et de continuer à construire.

A la lumière de ces concepts, la santé sociale implique une réelle participation de la communauté à la définition de ses besoins, de ses priorités et à la réalisation des actions. Et parmi les principaux professionnels en santé sociales on trouve les travailleurs sociaux et les sociologues de la santé, et sous l'encadrement des ces professionnels apparaissent l'établissement sociaux et médico-sociaux qui jouent un rôle très important dans l'intégration sociale du individu dans la société et leur environnement et aide pour prendre place dans l'ensemble et la communauté qui devient souffrir à plusieurs phénomènes négatives et en premier lieu on a la ségrégation sociale.

Problématique :

En tout temps et en tous lieux, la différence a dérangé, soulevé des questions et entraîné des conséquences souvent désastreuses pour ceux qui en étaient porteurs. Parmi ces différences, certaines sont choisies, d'autres relatives à l'appartenance (sexuelle, ethnique, religieuse) ou encore à certaines incapacités ou déficiences, comme le handicapés.

Les personnes autrefois « infirmes », « invalides », « paralysées », « mutilées » ou encore « inadaptées » sont désormais des personnes « en situation de handicap », cette évolution du langage, en grande partie due à l'action des milieux associatifs et professionnels spécialisés a pour première volonté d'abolir la symbolique péjorative et dévalorisation de ces termes mais également de concrétiser le fait que l'environnement joue un rôle considérable dans la notion de handicap. En effet, le handicap est souvent majoré du fait de l'exclusion sociale qu'il engendre.

En 1987, Robert Francis Murphy, anthropologue et professeur à l'université de Columbia, a écrit : « les handicapés à long terme ne sont ni malades ni en bonne santé, ni vivants ni morts, ni en dehors de la société ni pleinement à l'intérieur ».

L'enjeu consistant à inclure de manière complète des personnes en situation de handicap au sein de notre société est toujours d'actualité, d'autant plus que le cadre de vie actuel et le vieillissement progressif de la population conduisent à une diminution de l'autonomie et de conservation des capacités et génèrent de nouveaux handicaps de plus en plus fréquents.

Les pays du tiers-monde sont également les plus marginalisés de cette catégorie des gens où le handicap reste aujourd'hui encore une notion très subjective, souvent mal utilisée et presque toujours connotée de façon négative. Où nous enregistrons une pénurie fatale des établissements sociaux et médico-sociaux appartenant à cette catégorie.

Et similaire à ces sociétés, il faut savoir qu'en Algérie y'a un manque incroyable en matière de ressources humaines et une carence importante concernant les établissements et les équipements de rééducation. Les personnes handicapées s'estiment victimes d'une situation de désavantage, et dans laquelle la société a une part de responsabilité : l'handicap ne résulte pas uniquement des déficiences physiques de la personne, mais aussi de sa conjugaison avec les caractéristiques inadaptées d'un environnement. C'est pourquoi, alors que la notion de

défavorisé débouche sur un droit à une aide sociale, celle de handicapé a conduit le législateur à reconnaître un droit compensation. La prise en compte des besoins de la personne handicapée ne concerne d'ailleurs pas uniquement son propre domicile, la revendication de l'accessibilité porte sur la ville en générale : circuler, accéder aux services, aux équipements, aux commerces, pouvoir rendre visite à des amis valides ...etc.

Le nombre de personnes handicapées dans la Wilaya de Guelma est 16 008 handicapé (5% de sa population), cependant, comme la plupart des wilaya du pays , la Wilaya de Guelma souffre d'une grave pénurie de leurs propres installations et les établissements sociaux et médico-sociaux , en particulier des centres de réadaptation physique et psychologique ; où il y a 02 Centres psychopédagogiques pour handicapes mentaux (centre de Guelma de capacité 122 handicapés ; et centre Ouad Znati 65 handicapé) . En plus de l'absence totale des programmes pour l'intégration sociale des personnes handicapées au sein de la société, et c'est ce qui a conduit à la détérioration de la santé et de la clarté psychologique des personnes handicapées, les marginalisant, voir les éloignant en général du cercle de préoccupation..et jusqu'à présent, cette catégorie du gens reste le côté obscure et marginalisé de nos société sans aucune attention de la part des fonctionnaires.

Question de recherche

- Comment peut réaliser le principe d'égalité entre les personnes en situation handicapées et le reste de la société et abolir la différence et la ségrégation sociale ?
- Quels sont les moyens d'améliorer la condition physique, psychologique et sociale des personnes handicapées ? et comment les intégrer dans la société ?.

Hypothèses

- La création d'un espace, équipement ou programme qui assure à la fois l'intégration sociale et culturelle des handicapés et fournir des soins médicaux, on utilisant toutes les normes et les génies de l'architecture et dans le même temps, réalisé le développement durable aux niveaux la société et l'environnement ne se fera que par le billet d'un Un centre de rééducation et de réadaptation qui gagne sur la prise en charge et la personnalisation des soins ainsi que l'intégration sociale pour une vie plus facile et plus adaptés à leur quotidien.de personne

Motivation de thème :

On a longtemps considéré l'handicapé comme quelque chose d'exceptionnel ; la société a pendant longtemps jugé inutile d'entreprendre de vaste efforts pour cette partie de la population « handicapés », de ce fait, on ne se rendait pas compte, ni de leur nombre, ni de leur conditions de vie ;malgré que Les personnes handicapés représentent une partie non négligeable plus d'un milliard de personnes de la population mondiale (15%) , et en Algérie (2millions de personne souffre d'un handicap dont 44% sont des handicapés moteurs).mais toujours , cette catégorie de personnes se trouve dans sa majorité marginalisée socialement. De nos jours, cette situation commence à changer, mais pas assez, car il faut qu'on prenne conscience de la situation souvent marginale dans la quelle la société actuelle, axée principalement sur le rendement, l'efficacité, et le développement, confine ces personnes ; et dont les établissements spécialisés destines aux personnes handicapés se font rares, à part quelques initiatives à l'occasion de la célébration de la journée des handicapés du 03 Décembre de chaque année, et la bonne volonté de quelques associations locales (pour les jeunes handicapés mentaux), aucune structure digne de ce nom n'existe.

Objectif principale :

Améliorer la santé et l'état psychologique des personnes handicapées en leur fournissant des soins physiques et psychologiques, ainsi qu'en les intégrant socialement en leur offrant des formations professionnelles et activités culturelles qui les aideront à entrer dans le domaine du travail et à se positionner au sein de la société.

Objectifs secondaires :

- Équilibrer le manque d'équipements et d'établissements pour les handicapés en général et les handicapés moteurs en particulier.
- Intégrer les normes architecturales pour les handicapés moteurs dans la conception.
- Egaliser les chances entre les personnes handicapées et les personnes valides dans les domaines de l'emploi et de l'éducation Selon P. VELTZ, « le travail reste l'activité fondamentale d'insertion dans la société »
- Intégrer les personnes en situation d'handicape dans la vie active, et améliorant leurs condition de vie et faciliter l'intégration sociale et professionnelles des personnes handicapées dans la société.
- Aider les personnes handicapées à mener leur vie de façon indépendante et autonome, et impliquez-les à la vie pratique.
- Assurer une prise en charge de la qualité de la vie des personnes en situation handicapé.
- Assurer la guidance et l'accompagnement parental.
- Participer à la satisfaction de besoins des personnes handicapées, et les aider à vivre dignement.

Méthodologie de recherche :

Afin de trouver des réponses à la problématique et aux questions soulevées, de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse prédéfinie, et concrétise nos objectifs de travail, nous avons opté pour la méthodologie suivante :

- Une étude théorique des concepts liés à notre thème.
- Une démarche d'analyse architecturale des exemples des centres de la rééducation physique à travers le monde.
- Présentation générale de la Wilaya de Guelma pour déterminer les caractéristiques de notre territoire.
- Etablir un diagnostic de territoire pour évaluer le secteur de la Santé Sociale de la Wilaya et apporter des solutions.
- La combinaison entre les programme des différentes exemples et les besoins de notre société pour définir un programme efficace répondre aux besoins des personnes en situation handicapée et les besoins du secteur de la Santé sociale en générale.
- Une synthèse des résultats des démarches précédentes pour sortir les recommandations pour la réalisation de notre projet de centre la rééducation physique et intégration sociale des personnes en situation handicapées.

Structure de mémoire

Le mémoire est réparti en trois parties :

- **Chapitre introductif :**

Qui comporte les concepts de l'étude : introduction, problématique, question de recherche, hypothèse, objectifs, méthodologie et structure de recherches.

- **Partie01 : cadre théorique**

Qui réparti en quatre chapitre :

Chapitre 01 : présentation du thème :

A travers ce chapitre, nous avons essayé de définir tous les concepts de base liés à notre thème de recherche « santé et intégration sociale » ; nous avons développé ce chapitre à trois axes sont : santé sociale, intégration sociale et les handicapés.

Chapitre 02 : les établissements de la santé sociale

Dans ce chapitre, nous avons identifié les différents types des établissements de la santé sociale, et leurs classifications selon leurs fonctions, notamment les centres la rééducation professionnelle et réadaptation pour les personnes en situation handicapées.

Chapitre 03 : la durabilité sociale

A travers ce chapitre, nous avons déterminé le concept de la durabilité sociale, et la relation entre elle et le développement durable.

Chapitre 04 : Analyse des exemples

Qui vise à donner un contexte et une assise à notre projet ceci en élaborant une analyse d'exemples de centres de rééducation professionnelles et intégration sociale.

Partie 02 : cadre analytique

Chapitre 01 : cas d'étude et diagnostic de territoire

A travers ce chapitre, nous allons faire présentation de la Wilaya de Guelma et un diagnostic de territoire selon le thème de recherche, et déterminé les problèmes de ce secteur et

Chapitre 02 : Analyse des terrains

Dans ce chapitre, on a analysé 04 terrains pour valider le plus adapté avec les paramètres du choix qui déjà produits à partir de l'analyse d'exemple

Chapitre 03 : la programmation

La combinaison entre le programme retenu, le programme quantitatif (selon le nombre des handicapés) et le programme thermal proposé ; pour conclure un résultat le programme surfacique.

Chapitre 04 : la conception architecturale

Permet de combiner toutes les données des trois étapes précédentes pour arriver à une projection architecturale et expliquer les différentes techniques utilisées dans le projet.

Et enfin, la recherche est résumée par une conclusion générale qui comprend la vérification d'hypothèse et la confirmation des objectifs posés.

Partie I : Cadre théorique

Chapitre 01 : Présentation de thème

Chapitre 1: Présentation de thème

1.1 Introduction

La santé, tant physique, mentale que sociale, est non seulement un droit universel fondamental, mais aussi une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel. Elle est la condition nécessaire pour le développement du potentiel de l'individu et une amélioration de sa qualité de vie.

Dans ce chapitre nous allons traiter et présenter des généralités sur les notions de bases qui divisé à trois partie : la santé sociale, l'intégration sociale et la situation des personnes en situation handicapées.

1.2 Santé sociale :

1.2.1 Qu'est-ce que le social ?

Le domaine du social regroupe l'ensemble des actions relevant de l'amélioration des conditions de vie d'une société. D'après le dictionnaire Larousse, il englobe les « métiers, organismes, activités s'intéressant soit aux rapports entre les individus, les groupes dans la société, soit aux conditions économiques, psychologiques des membres de la société ». On trouve souvent, sous terme de « social », des activités en rapport avec l'exclusion, l'insertion ou la réinsertion, l'enfance et la famille.

Le fait social est l'objet d'une étude sociologique.

Le concept de fait social a été forgé en 1895 par Emile Durkheim dans son livre les Règles de la méthode sociologique.

Chapitre 01 : présentation du thème

Selon lui, un fait social est un phénomène suffisamment fréquent dans une société pour être dit régulier et suffisamment étendu pour être qualifié de collectif ; c'est-à-dire qui est au-dessus des consciences individuelles et qui les contraint par sa préséance. Cette définition purement théorique fut une révolution pour l'époque, puisque le concept de « fait social » apporta une méthode empirique posant un regard nouveau sur le social et qui permet d'étudier une certaine catégorie de fait humain, les faits sociaux.

Durkheim définit un fait social comme étant : « toute manière de faire, fixée ou non, susceptible d'exercer sur l'individu une contrainte extérieure ; ou bien encore, qui est générale dans l'étendue d'une société donne tout en ayant une existence propre, indépendante de ses diverses manifestations au niveau individuel.

1.2.2 La santé sociale :

La santé sociale est une des principales composantes de santé avec la santé physique et la santé mentale. Elle tient compte du contexte social, environnemental et systémique de la santé. Ainsi, la médecine sociale est l'expression, en médecine, d'une approche éco systémique en santé humaine. Les principaux professionnels en santé sociale sont les travailleurs sociaux et les sociologues de la santé.

Conditions sociales et économiques qui influencent l'état de santé d'une population et ses individus. Systématisé notamment par l'organisation mondiale de la santé (OMS) en 1996, en 2004 puis en 2008, les déterminants sociaux de la santé incluent plusieurs concepts : le gradient social, le stress, la petite enfance, l'exclusion sociale, le travail, le chômage, le soutien social, les dépendances, l'alimentation et les transports.

Le concept de santé sociale est moins intuitif que celui de la santé physique ou mentale. Il fait malgré tout partie intégrante depuis 1947 de la définition de la santé telle que proposé par l'organisation mondiale de la santé : « *Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity* ». Cette approche holistique du concept de la santé est d'un point de vue historique une réponse par rapport à l'approche purement médicale de la santé, qui est considérée uniquement comme l'absence de maladie.

Chapitre 01 : présentation du thème

Malgré le fait que la santé sociale soit un élément essentiel, il reste un certain nombre d'incertitudes en ce qui concerne les détails et la mesure des aspects sociaux de la santé. Cela s'explique en partie par le fait que la santé sociale touche à la fois des caractéristiques de la vie en société que des caractéristiques au niveau individuel. Une vie sociale considérée comme « saine » lorsque les chances et l'accès sont les mêmes pour tous en ce qui concerne les biens et les services qui sont nécessaires pour un fonctionnement optimal en tant que citoyen. Pour mesurer la santé dans ces termes, il est possible d'évaluer dans quelles mesure la richesse est distribuée, si les individus ont accès aux services, au processus d'aide à la décision, ...la santé sociale au niveau individuel fait référence à « la façon dont personne se comporte avec les autres, la façon dont les autres réagissent à ce comportement et comment la personne réagit face aux institutions ainsi qu'aux règles et normes sociales.

Le support social a un double impact sur la santé : d'une manière directe d'abord en ce sens qu'il contribue à protéger la santé. L'intégration dans un réseau social permet de satisfaire les besoins fondamentaux en matière de sécurité, affection et contacts sociaux et/ou d'être une forme de bouclier par rapport aux sources de stress. Les études épidémiologiques ont démontré une relation directe entre la santé sociale d'une part et de la santé physique et/ou mentale d'autre part. le support social peut aussi améliorer la santé de manière indirecte, notamment en protégeant l'individu contre les conséquences possibles du stress sur la santé (buffering effect). Dans ce cas, le réseau social peut être considéré comme une « méthode externe » sur laquelle les individus peuvent compter pour mieux se défendre contre les accidents de la vie ainsi que les conséquences et le stress auxquels ils sont confrontés.¹

1.2.3 Autres termes pour la santé sociale :

1.2.3.1 La médecine sociale :

La médecine sociale est une médecine qui tient compte du contexte social et des conditions sanitaires d'une population. Elle permet, à l'échelle individuelle, de relier une maladie, par

¹ « Santé Sociale » Enquête de santé par interview, Belgique 2008

Chapitre 01 : présentation du thème

exemple la tuberculose, aux conditions sociaux-économiques de la vie du patient et au contexte dans le quel il vit.

1.2.3.2 La médico-sociale :

Le terme médico-social est relatif à la médecine sociale, c'est-à-dire qui tient compte du contexte social et des conditions sanitaires d'une population.² En contraste à la simple médecine fondée sur la biologie humaine.

L'adjectif composé médico-social s'applique à ce qui relève de la médecine sociale. L'orthographe traditionnelle est « médico-sociale », plus utilisée que l'orthographe rectifiée « médicosocial ».

Médico-social s'applique essentiellement aux vocables « établissement » et « service » : service social, établissement médico-social. Qu'ils soient publics ou privés, les établissements médico-sociaux relèvent de la politique sociale, de même que, bien entendu, les services sociaux. Ils sont régis par le code de l'action sociale et des familles, le CASF.³

1.2.4 Cadre d'émergence de la médecine sociale : les prémisses d'une approche sur la médecine sociale :

La médecine sociale prend ses racines au début du XIXe siècle, à l'époque où la révolution industrielle avait fait émerger un nombre croissant de travailleurs pauvres et malades. Ainsi, parmi les maladies, la tuberculose pulmonaire est l'illustration emblématique d'une problématique biomédicale dont la transmission est accrue par des conditions de vie défavorables et inadéquates. Plusieurs figures historiques se sont intéressées aux effets des facteurs socio-environnementaux sur la santé, en particulier des plus pauvres et démunis de la société. Villermé déclarait en 1940 que « la mort est une maladie sociale ». Rudolf Virchow, médecin allemand du XIXe siècle connu pour ses découvertes en biomédecine (ganglion de Virchow, triade de Virchow, etc.), est considéré comme l'un des fondateurs de la médecine

² <https://www.solidaire-info.org.social>

³ <https://www.vocabulaire-medical.fr>

Chapitre 01 : présentation du thème

sociale, notamment en démontrant la relation entre conditions de vie et l'incidence du typhus en Silésie en 1848. Virchow estimait que la médecine sociale était la « science sociale qui s'intéresse aux conditions sociales génératrices de maladies ». Salvador Allende a, quant à lui, rédigé en 1939 l'ouvrage *La Realidad Médico-social Chilena* qui conceptualisait la maladie «comme une perturbation de l'individu favorisée par des conditions sociales défavorables». La vision de la médecine sociale décrite dans ce livre l'accompagna dans sa carrière politique en tant que ministre de la Santé, puis président du Chili. Un des tournants historiques en médecine sociale fut la publication au Royaume-Uni du *Black Report* en 1980 qui mettait en lumière les inégalités en santé (health inequalities) observées au Royaume-Uni, et qui proposait des modèles explicatifs ainsi que de possibles solutions. Nous présenterons en annexe un tableau regroupant le lexique choisi de la médecine sociale⁴

1.2.5 Nature et portée sociale de la médecine : médecine et société, comment penser leur articulation ?

Au cœur de la Deuxième Guerre mondiale et notamment en 1942, alors que la guerre causait de grandes destructions, se développe étrangement une société dont la tâche était de garantir à ses membres non seulement la vie, mais aussi la vie en bonne santé. Aussi le « droit à la santé » se substitue-t-il au « droit à la vie ». La santé se transforme progressivement en un objet de préoccupation pour les États. « La santé, la maladie et le corps commencent à avoir leurs bases de socialisation [...] La santé devient l'objet d'une véritable lutte politique » 35 . C'est dans cette perspective que Michel Foucault déclarait dans l'une de ses conférences de Rio en 1974 que : « la médecine moderne est une médecine sociale ». D'après lui, seule une petite partie de la médecine favorise des relations individuelles et la relation entre le médecin et le patient. Foucault s'est attaqué plus précisément au problème de l'hôpital dans ses recherches de 1974/1975 avec son groupe de séminaire, recherches dont le résultat figure

⁴ Sylvain Vladimir Asse Menyengue. *La médecine sociale et ses enjeux politiques à partir de Michel Foucault*. Sciences de l'Homme et Société. 2017

Chapitre 01 : présentation du thème

en grande partie dans l'ouvrage collectif *Les Machines à guérir*. Le point essentiel réside dans le fait que la médecine soit une médecine sociale.

Dans le premier article, au début du livre, Foucault parle d'une véritable politique de santé en France à partir du XVIII^e siècle : c'est seulement dans le courant du XVII^e siècle que l'institutionnalisation de préoccupations permanentes pour la santé d'une population devient une affaire d'État, en Allemagne, d'abord, comme Foucault le montrera lors de ses conférences de 1974, puis en France, avec la création de la Société royale de médecine (1772). À cette nouvelle préoccupation, on peut trouver plusieurs causes : d'une part, l'attention croissante portée à la santé au corps et à la médecine dans les cours monarchiques, sans doute sous l'influence des Lumières, d'autre part le développement d'une administration publique ayant pour charge la collecte des impôts : en effet, la mise en place de ce dispositif mettait en lumière la difficulté à compter exactement les richesses du royaume et par là même favorisait ainsi l'émergence de la notion de population : la population définit ainsi le rapport d'un corps social particulier, doté d'une certaine forme de vie organique, à un espace géographique. On assiste là, selon Foucault, à l'ébauche d'un processus qui voit l'État chercher à étendre son autorité à la santé de la population ; la Société royale de médecine étant le meilleur exemple de ces soucis, à grande échelle, pour la santé. La médecine s'appuie sur un appareil législatif, elle devient de plus en plus sociale « quantitativement » - il y a de plus en plus de médecins et de structures d'accueil - mais aussi qualitativement. Cette notion de « politique de santé » va servir de toile de fond à la professionnalisation du corps médical et suppose plusieurs choses : d'une part la notion de prévention, il ne s'agit plus seulement de guérir mais aussi de « prévenir la maladie quelle qu'elle soit ». Autre point important, la prise en compte de la maladie comme phénomène statistique, comme étant l'observation d'un certain nombre de données (le milieu par exemple), de variables (comme le taux de mortalité) : la médecine devient « un élément pour le maintien et le développement de la société », elle va prendre place dans un système administratif ayant pour but le bien-être et la santé d'une population. Il s'agit de prendre en compte non plus la somme des individus mais aussi la manière dont ils co-existent. À la fin du XVIII^e siècle, les médecins étaient pour une part des spécialistes de l'espace. Ils posaient les problèmes fondamentaux : celui des emplacements

Chapitre 01 : présentation du thème

(climats régionaux, nature des sols, humidité et sécheresse, etc.), celui de la coexistence (soit des hommes entre eux, soit des hommes et des choses), celui de l'habitat et celui des déplacements des hommes et de la propagation des virus. Selon Foucault, ils ont été « avec les militaires, les premiers gestionnaires de l'espace collectif » ; « En fait, poursuit-il, si l'intervention des médecins a été si capitale à l'époque, c'est qu'elle était appelée par tout un ensemble de problèmes politiques et économiques nouveaux »⁵

1.2.6 Trajectoire et développement de la médecine sociale

Trois étapes historiques accompagnent le développement et le passage d'une médecine individuelle à une médecine collective et sociale chez Michel Foucault, coïncidant dans nos sociétés avec l'avènement du capitalisme et de la socialisation du corps : on note d'abord la médecine d'État en Allemagne, la médecine urbaine en France et la médecine de la force de travail ou « Health Service » en Angleterre.

S'agissant de la médecine d'État, Foucault note que « le concept de Staatwissenschaft (science d'État) est un produit de l'Allemagne ». En Allemagne, au début du XVIII^e siècle, s'est développée une pratique médicale consacrée à l'amélioration de la santé publique. Une série de programmes de « police médicale » aux tâches diverses a été ainsi instaurée, touchant aussi bien l'organisation du corps médical, que l'enseignement ou l'hygiène au niveau de l'État. Notons ici que cette police médicale faisait de la santé de la population un moyen d'accroître la puissance militaire et économique de l'État. Et selon Foucault, le médecin dépasse son rôle de soigneur, de guérisseur pour endosser la tenue d'«administrateur de santé». Il faut même dire que l'Allemagne est le véritable premier modèle de médecine sociale, jamais égalé du point de vue de l'organisation selon Foucault : « Depuis

⁵ Sylvain VladimirASSE Menyengue. La médecine sociale et ses enjeux politiques à partir de Michel Foucault. Sciences de l'Homme et Société. 2017

Chapitre 01 : présentation du thème

l'implantation de la médecine étatique en Allemagne, aucun État n'a osé proposer une médecine aussi clairement bureaucratisée, collectivisée et étatisée ».

La deuxième étape du développement de la médecine sociale correspond à l'émergence de la médecine urbaine. Mise en place en France à la fin du XVIIIe siècle, elle se différencie de la médecine d'État allemande dans le sens où, d'après Foucault, elle n'agit pas sur les mêmes endroits : « Cette médecine restait très éloignée de la médecine d'État telle qu'on pouvait la rencontrer en Allemagne, mais elle était beaucoup plus proche des petites communautés comme les villes ou les quartiers ». Emmanuel Renault souligne à cet effet que le développement de la médecine urbaine est lié aux transformations économiques et géographiques qui ont conduit à la croissance et l'unification des villes au XVIIIe siècle. D'ailleurs dès 1750, la médecine se développe parallèlement aux structures urbaines. De nombreuses mesures de quarantaine sont mises en place, par peur des épidémies, notamment à Paris. Cette mesure drastique représentait toutefois l'idéal politico-médical d'une bonne organisation sanitaire des villes au XVIIIe siècle. La médecine urbaine va se baser sur le même état d'esprit que ces mesures de quarantaine, mais avec quelques améliorations : on ne parlera plus de quarantaine mais d'hygiène publique. Les objectifs principaux de cette médecine urbaine sont d'une part l'étude de zones sensibles pouvant générer des épidémies, d'autre part le contrôle de circulation de l'air et de l'eau. À cette époque, la médecine entre ainsi en contact avec d'autres sciences comme la chimie par exemple (notamment pour les analyses de l'eau et de l'air) : Selon Foucault, la médecine s'inscrit alors dans un champ scientifique de discours et de savoir dans une optique collective, sociale et urbaine. L'hygiène publique va être surtout basée sur l'étude et le contrôle du milieu et va contribuer au développement au XIXe siècle de la médecine scientifique : « Une grande partie de la médecine scientifique du XIXe siècle trouve son origine dans l'expérience de cette médecine urbaine qui s'est développée à la fin du XVIIIe siècle. ».

Concernant le troisième moment de développement de la médecine sociale et en l'occurrence le « Health Service » en Angleterre, il faut dire que l'objectif diffère ici de celui de la France et de l'Allemagne. Il prend un tournant radicalement social. Il va s'agir de ne plus considérer le pauvre comme un élément menaçant pour la santé publique. Le contrôle

Chapitre 01 : présentation du thème

médical pour les plus nécessiteux va en même temps permettre de préserver les populations les plus aisées : « Ainsi les riches se libéraient du risque d'être victimes de phénomènes épidémiques issus de la classe défavorisée ». Fut alors mis en place le système de « Health service » qui avait des missions de localisation des lieux insalubres, la détection des épidémies et le contrôle de la vaccination. Il s'agissait d'une forme de protection de la santé de la population sans distinction : les soins n'étaient pas individualisés mais concernaient la population toute entière.

Seule la « version anglaise » de la médecine sociale a eu un impact important sur la médecine à venir, contrairement aux deux autres modèles européens. Elle a permis d'établir trois choses : l'assistance médicale du pauvre, le contrôle de la santé de la force de travail et les enquêtes générales sur la salubrité sociale. Le système anglais rendit possible selon Foucault l'organisation d'une médecine aux aspects et aux formes de pouvoirs différents.⁶

1.3 L'intégration sociale :

1.3.1 Intégration sociale, Soutien social et Santé : « Historique, concept et mesures » :

Le rôle des relations sociales et leur contribution au bien-être et à la santé fait l'objet de réflexions et d'études depuis plus d'un siècle. En 1897, Durkheim postulait déjà que les ruptures des liens sociaux produisaient des pertes en ressources sociales et un affaiblissement des normes et des rôles sociaux. Son étude sur le suicide montrait en effet sa plus grande prévalence chez les individus ayant moins de liens sociaux. Les premiers écologistes sociaux (Park et Burgess, 1926) constataient également une augmentation des problèmes comportementaux chez les populations déracinées. C'est cependant dans les décennies 1970-1980 que les études sur les relations entre les liens sociaux et la santé connaissent leur plus grand essor. À cette époque, plusieurs études signalent que les individus davantage intégrés

⁶ Sylvain Vladimir Asse Menyengue. La médecine sociale et ses enjeux politiques à partir de Michel Foucault. Sciences de l'Homme et Société. 2017

Chapitre 01 : présentation du thème

dans leur communauté et dans la société de façon plus générale avaient une meilleure santé que les personnes isolées. Berkman et Syme (1985) démontrent alors que le taux de mortalité et de morbidité était de 2 à 5 fois supérieur chez les personnes isolées socialement et ce, indépendamment de l'état de santé et des autres facteurs de risque. Des études spécifiques à la santé mentale mettent alors en évidence des liens importants entre la prévalence de la symptomatologie psychiatrique, sa sévérité et la qualité du soutien social disponible (Cohen et Wills, 1985 ; Kessler et McLeod, 1985 ; Biegel et al. 1984 ; Bell, 1981 ; Andrews et al., 1978 ; Caplan et Killilea, 1976).

L'intégration sociale provient à l'origine des travaux de Durkheim (1897) et réfère au degré avec lequel un individu participe dans le vaste champ des relations sociales. Différentes mesures se sont développées afin de saisir ce concept multidimensionnel. L'intégration peut se mesurer par le nombre de rôles socialement reconnus qu'occupe l'individu (parent, étudiant, voisin, ami, etc.), par la fréquence de ses activités sociales (participation sociale) et, également, par sa propre perception de son intégration sociale et communautaire (Brisette et al., 2000).

Le soutien social renvoie, quant à lui, à la dispensation ou à l'échange de ressources émotionnelles, instrumentales ou d'informations par des non-professionnels, dans le contexte d'une réponse à la perception que les autres en ont besoin. Il s'actualise lors des interactions avec les membres du réseau social ou encore lors de la participation à des groupes sociaux (Cohen et al. 2000).⁷

1.3.2 Le concept de l'intégration sociale :

Le concept d'intégration sociale est apparu dans le discours politique international lors du Sommet mondial pour le développement social à Copenhague en 1955. A cette occasion, l'intégration sociale a été décrite comme l'objectif visant à créer « une société pour tous », dans laquelle chaque individu, avec ses droits et ses responsabilités, a un rôle actif à jouer. L'objectif de l'intégration sociale n'est pas faire en sorte que les gens s'adaptent à la société,

⁷ Caron, J. & Guay, S. Article : « Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens ». Santé mentale au Québec, (2005). P 16-17

Chapitre 01 : présentation du thème

mais que la société accepte tous ses membres. Par conséquent, les politiques sociales ne devraient pas viser à ce que les personnes « déviantes » s'adaptent mieux aux normes acceptées des sociétés, mais à promouvoir des sociétés plus souples et plus tolérantes qui accueilleraient tous leurs membres. Les expériences de valeur égale, et chacun a le droit de contribuer à la fixation des priorités aux plans local et national et à la définition de ce qu'est l'intérêt commun. La promotion de l'intégration sociale requiert d'agir à deux niveaux : « intégrer » l'effort de sensibilisation et la prise en compte des questions des groupes sociaux dans toutes les politiques et dans tous programmes, afin que l'on reconnaisse à tous les niveaux la spécificité de la situation et des besoins des groupes, et continuer à « militer » avec et au nom des groupes afin qu'ils ne soient pas perdus de vue dans le mouvement d'intégration.

La vingt-quatrième session extraordinaire de l'Assemblée générale sur le développement social (Genève, juin 2000) a été organisée pour faire le point cinq ans après sur le Sommet social. L'Assemblée générale a reconnu que l'intégration sociale est une condition nécessaire à l'instauration de sociétés harmonieuses, pacifiques et intégratrices. Il est clair que la promotion et la protection de tous des droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales, la promotion d'une culture de paix, de la tolérance et de la non-violence, le respect de la diversité culturelle et religieuse, l'élimination de toutes les formes de discrimination, l'assurance de chances égales d'accès aux ressources productives et à une gouvernance démocratique sont importants pour l'intégration sociale.

1.3.3 La définition de l'intégration sociale

« L'intégration est la résultante d'un processus d'apprentissage et de développement qui implique:

une fonctionnalité dans l'exécution de rôles sociaux appropriés à son groupe d'âge (travailleur, étudiant, ami, partenaire amoureux, citoyen) et à ses capacités;

une appartenance à des groupes dont le fonctionnement respecte les règles, les valeurs et les normes, morales et légales,

Chapitre 01 : présentation du thème

des relations adéquates, stables et réciproques avec ces groupes (dimension objective) dans lesquelles on se sent apprécié et investi en tant qu'individu (dimension subjective) ».

- Cette définition de l'intégration sociale renvoie à plusieurs dimensions (relationnelle, professionnelle, scolaire, sociale, morale et légale) et elle rejoint la conception élargie de l'intégration sociale proposée par des sociologues français,

- Dans le modèle théorique qu'ils proposent, les différents aspects de l'intégration sociale sont organisés autour de trois dimensions : le social, l'économique et le symbolique.

- Ces trois dimensions sont conçues comme étant interdépendantes : il est possible que, chez un même individu, certaines soient tout à fait fonctionnelles alors que d'autres s'avèrent lacunaires.⁸

1.3.4 L'intégration sociale et son opérationnalisation :

Les premières tentatives d'opérationnalisation de la notion d'intégration remontent aux années 1940, coïncidant avec l'essor de la quantification et l'élaboration d'indices en sciences sociales et politiques (Angell, 1942, 1949, 1972). Ces tentatives sont loin de faire l'unanimité : elles correspondent souvent à une commande sociale extérieure au champ académique, et leur élaboration théorique apparaît souvent secondaire : c'est sur ce dernier considérer comme une avancée intéressante la proposition de W. Landecker (1965, p.47) de distinguer quatre types d'intégration : ce sociologue estime en effet que l'intégration est une notion multidimensionnelle et renonce à en donner une définition unique et générale. Ces quatre types, précise-t-il, « se réfèrent chacun à un aspect particulier de nature des groupes par rapport auxquels se définit une certaine forme d'intégration » : soit l'intégration culturelle (ou concordance entre les normes d'une culture), l'intégration normative (ou conformité de

⁸ Pierre KEABLE ; « *L'intégration Sociale, Un Cadre Conceptuel Porteur De Changements* » ; deuxième congrès international des formateurs en travail social et des professionnels francophones de l'intervention sociale.

Chapitre 01 : présentation du thème

la conduite aux normes), l'intégration communicative (ou échange de significations dans le groupe), enfin l'intégration fonctionnelle (ou interdépendance due aux échanges de services). C'est à propos de la mesure du troisième type d'intégration, l'intégration communicative, que W. Landecher s'intéresse aux efforts entrepris en matière de ségrégation sociospatiale. Il justifie ainsi sa démarche : « le développement des communications entre sous-groupes d'une population constitue un aspect particulier de ce type d'intégration. Il semble qu'on puisse le mesurer de différentes façons. Une première méthode fait porter l'accent sur les barrières opposées à la communication ». ainsi, conclut-il, « la ségrégation écologique des minorités, pour laquelle des procédures de mesure complexes ont été élaborées, est une base possible pour cette méthode », renvoyant aux premiers travaux et aux premiers débats portant sur les indices de ségrégation socio spatiale.⁹

1.3.5 L'intégration sociale : avantages et désavantages:

1.3.5.1 Les avantages :

- L'intégration peut aider réduire la quantité de la violence entre les groupes ethniques.
- L'intégration nous fournit beaucoup des avantages y compris la cuisine, les traditions et la religion.
- L'intégration peut démontre qu'il y a beaucoup de manières de vivre sa vie et qu'il a plus que seulement une manière de penser.
- L'intégration peut provoquer l'harmonie nationale par les liens du commerce par exemple.
- On peut voir que l'intégration marche en ligne où il existe une communauté créé de tout le monde.
- Une manière de protéger la solidarité des gens du monde.

⁹ Bob Huber ; Article : « *l'intégration sociale : un agenda pour la recherche et l'intervention* » ; dans Revue internationale des sciences sociales 2003/3(n° 177)

Chapitre 01 : présentation du thème

- La variété crée des communautés soudées.

1.3.5.2 Les désavantages :

- Il reste de nos jours beaucoup de violence causé par l'échec de l'intégration.
- Il ya trop de différences entre les gens de monde pour l'intégration à résoudre.
- Le gouvernement accepte que l'intégration ne marche pas.
- Il est plus d'une utopie qu'une réalité.¹⁰

1.3.6 Dimensions du problème de l'intégration des personnes handicapées :

Lorsque nous parlons d'intégration sociale, nous devons nous adresser à un groupe spécifique de la société, à savoir les personnes en situation handicapés et comment elles sont socialisées et traitées en termes de psychologie et de la santé.

L'intégration des personnes handicapées touche l'ensemble des échelles spatiales, soit l'accès et l'aménagement du site, du bâtiment et des détails de construction.

1.3.6.1 Définition de la réadaptation :

- Le mot « réadaptation » est utilisé dans le domaine médical pour qualifier le processus qui vise à amener un patient à l'état de santé le plus proche possible de celui qui était le sien avant de tomber malade.

- **La médecine physique et de réadaptation :**

La médecine physique et de réadaptation (MPR) est une spécialité médicale orientée vers la récupération de capacités fonctionnelles et de qualité de vie des patients atteints de handicap, congénital ou acquis, par accident par exemple.

Elle s'inscrit dans un contexte pluridisciplinaire qui associe médecins et personnel paramédical spécialisé tels que Kinésithérapeutes, infirmières, ergothérapeutes,

¹⁰ <https://getrevising.co.uk>

Chapitre 01 : présentation du thème

orthophonistes, assistantes sociales, podo-orthésistes...et fait souvent appel à d'autres spécialistes en fonction de la pathologie.¹¹

1.3.6.2 Les 3 fonctions de réadaptation :

La réadaptation regroupe trois fonctions : la formation professionnelle, le sport et le loisir et la restauration :

▪ **La formation professionnelle :**

Est le processus d'apprentissage qui permet à un individu d'acquérir le un savoir et un savoir-faire (capacité et aptitude) nécessaires à l'exercice d'un métier ou d'une activité professionnelle.

On peut classer en 2 types les formations professionnelles : la formation professionnelle initiale et la formation professionnelle continue.

La formation professionnelle initiale, qui englobe l'enseignement professionnel, l'enseignement supérieur et l'apprentissage, concerne les jeunes gens sous statuts scolaires, les universitaires inscrits à un enseignement supérieur professionnalisant et les apprentis.

La formation professionnelle continue concerne aussi bien les salariés que les demandeurs d'emploi.

▪ **Le sport et le loisir :**

Le sport et le loisir et l'activité physique et le sport font partie intégrante des moyens utilisés en réadaptation. Outre leurs bénéfices physiques, ils permettent de renforcer la confiance des jeunes et leurs habiletés sociales, pour une meilleure intégration dans la communauté. Et aussi il développe la confiance en eux des handicapés, favorise un travail d'intelligence, l'esprit de compétition et de camaraderie.¹²

▪ **La restauration fonctionnelle :**

La restauration fonctionnelle correspond à la réapparition partielle ou totale d'une fonction (le langage, la vision, etc...) atteinte à la suite d'une lésion cérébrale.

¹¹ <https://www.elsan.care>

¹² <https://readaptation.chusj.org>

Chapitre 01 : présentation du thème

1.4 Les handicapés :

1.4.1 Définition d'handicape:

De manière générale, le terme handicap désigne l'incapacité d'une personne à vivre et à agir dans son environnement en raison de déficiences physiques, mentales, ou sensorielles. Il se traduit la plupart du temps par des difficultés de déplacement, d'expression ou de compréhension chez la personne atteinte.

Le mot « handicap » vient du terme anglais « hand in cap » (la main dans le chapeau), en référence à un jeu pratiqué au XVI^{ème} siècle en Grande-Bretagne qui consiste à échanger des biens à l'aveugle dont la valeur est contrôlée par un arbitre qui assure l'égalité des chances entre les joueurs. Cet anglicisme a ensuite engendré le substantif « handicapé » qui apparaît officiellement dans les textes de loi français en 1957, le plus souvent accolé au mot « travailleur », puis poursuit sa métamorphose en se déclinant en « personne handicapée ». Par la suite, il s'est appliqué au monde de l'hippisme pour désigner la volonté d'imposer des difficultés supplémentaires aux meilleurs jockeys afin de, encore une fois, rétablir l'équilibre des chances entre les concurrents.¹³

L'OMS définit le handicap par :

« Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques »¹⁴.

1.4.2 Synonymes d'handicap :

Selon L'OMS :

¹³ Histoire et étymologie du handicap : <http://www.informations.handicap.fr>

¹⁴ L'OMS « l'organisation Mondiale de Santé

Chapitre 01 : présentation du thème

Déficiences : perte ou anomalie d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique.

Invalidité : toute réduction ou absence de la capacité d'exécuter une activité d'une manière normale.

1.4.3 Evolution socio-historique de la notion de handicap :

Les notions de construction sociale, de catégorisation sociale, de champ social, de représentations sociales ne sont pas évidentes à saisir. Selon HENRY JACQUES STIKER :

« La construction sociale et la façon dont la société élabore et traite un domaine de vie, une population, un type de rapports sociaux, en fonction de représentation qu'elle s'en fait, des catégories qu'elle y applique. »

La notion de handicap s'est construite à travers le temps comme d'autres champs sociaux, champs d'intervention sociale, tels que la marginalité, la jeunesse, l'enfance inadaptée, l'exclusion. Nous aborderons donc cette notion comme en construite résultant :

« Tout à la fois d'antagonismes, de luttes de catégorisations, de peurs, de stratégies politiques etc. »

C'est cette construction progressive que nous tenterons d'éclairer dans un premier temps.¹⁵

1.4.4 La personne handicapée à travers l'histoire :

A l'Antiquité, les personnes handicapées, et particulièrement les enfants, étaient totalement exclus de la société. Considérés comme impurs ou victimes d'une malédiction divine, certains étaient tués dès la naissance, ou utilisés par des mendiants qui accentuaient le handicap pour mieux attirer la compassion. Ils suscitaient la fascination d'autrui par leur relation néfaste avec le divin.

¹⁵ MIQUEL Stéphane ; « TRAVAILLEURS HANDICAPÉS MENTAUX LÉGERS ACCUEILLIS EN CENTRES D'AIDE PAR LE TRAVAIL (CAT) : QUELLE INSERTION PROFESSIONNELLE EN MILIEU ORDINAIRE ? » ; mémoire Diplôme supérieur en travail social; université Toulouse le Mirail ; mars 2006

Chapitre 01 : présentation du thème

Au Moyen-âge, les « Hôtel-Dieu » et autres hospices sont mis en place pour accueillir les infirmes, les pauvres et les miséreux de la société. Le handicap suscite la peur, c'est pourquoi la société répond au besoin de s'occuper de la différence par l'enfermement. En parallèle, la Cour des Miracles était le fief parisien des mendiants, infirmes et voleurs de multiples origines. Un lieu insalubre mais qui, à la nuit tombée, faisait disparaître par miracle les soucis de chacun. Louis XIV est un des pionniers de cette démarche en ordonnant la création l'Hôpital de la Salpêtrière pour le renfermement des mendiants, et de l'Institution des Invalides pour l'accueil des soldats invalides ou âgés. A la mort de Louis XIV, ce système d'enfermement et d'exclusion des infirmes s'affaiblit au profit de la médecine et de nouveaux courants de pensées.

Le XVIIIème siècle, ou le siècle des Lumières, prône la raison, la science et le respect de l'humanité. Plusieurs auteurs et personnalités de l'époque seront précurseurs de ces nouvelles idées sur le handicap. Parmi eux l'on peut citer :

- Diderot (1713-1784), un des plus grands philosophes de ce siècle qui publia des essais cherchant à démontrer l'égalité des esprits pourvu qu'on leur consacre suffisamment d'instruction et d'éducation
- L'Abbé de l'Epée (1712-1789), qui fonda une école pour les sourds-muets et inventa des signes méthodiques pour leur permettre de communiquer.
- Valentin Haüy (1745-1822), fonda de son côté l'institution des jeunes aveugles et inventa des caractères en relief pour leur ouvrir l'accès à la lecture.
- Philippe Pinel (1745-1826), inventa la psychiatrie et des traitements doux pour remédier aux violences dont les personnes déséquilibrées étaient victimes.

A partir du XIXème siècle, les lois concernant le handicap bougent, et des associations se créent au niveau national. Les infirmes retrouvent une place dans la société, et en particulier dans le monde du travail et de la scolarité (loi de 1898 sur la responsabilité de la collectivité, et les lois Ferry). Dans les années qui vont suivre, plusieurs lois seront également votées dont la loi d'assistance aux vieillards, infirmes et incurables en 1905. Mais le premier grand dispositif législatif sur le handicap en France date réellement de 1975 avec la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées. Cette loi stipule l'importance de la prévention et du

Chapitre 01 : présentation du thème

dépistage des handicaps, l'obligation éducative pour les jeunes personnes en situation de handicap, l'accessibilité des institutions publiques, le maintien dans un cadre ordinaire de travail et de vie chaque fois que possible. La loi 87-517 du 10 juillet 1987 vient compléter cette dimension en instaurant l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés, des mutilés de guerre et assimilés. Un taux légal d'emploi de 6% est imposé.

La loi du 11 février 2005 fait ensuite son apparition, toujours pour améliorer la prise en charge du handicap et une reconnaissance d'envergure nationale : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicapé ou d'un trouble de santé invalidant. »

Au niveau international, le 9 décembre 1975 Déclaration des droits des personnes handicapées est adoptée par l'Organisation des Nations Unies (ONU). En 1989, la Charte sociale européenne du Conseil de l'Europe engage les Etats membres à prendre les mesures nécessaires en vue de garantir aux personnes handicapées l'exercice du droit à l'autonomie, à l'intégration sociale et à la participation à la vie de la communauté (art. 15). Et en 2006, l'adoption de la nouvelle Convention sur les droits des personnes handicapées mis en place par l'ONU. En 2011, 147 pays signataires et 99 ratifications obtenues.¹⁶

1.4.5 Les causes du handicap :

Accidents, maladies génétiques et maladies chroniques sont les trois grandes causes de handicap.

- Ce sont les accidents, par leur brutalité et les handicaps très sévères qu'ils peuvent entraîner, qui frappent le plus esprits. La plupart des victimes sont des accidentés de la route. De simples chutes peuvent aussi entraîner une perte d'autonomie. Ainsi d'après l'Insee, 12% de l'ensemble des handicaps signalés étaient causés par un accident.

¹⁶ *Histoire et étymologie du handicap* : <http://www.informations.handicap.fr>

Chapitre 01 : présentation du thème

- Les accidents du travail sont également responsables de handicaps variés. Ces incapacités sont souvent liées à une atteinte de la main ou du poignet dans près de 30% des cas, à un traumatisme du membre inférieur dans 23% des cas et à des maux de dos dans 12.5% des cas. Le travail est rendu responsable d'un problème de santé sur cinq.
- Environ 18% des accidents de la vie généreraient un handicap. A ce propos, Le Ministère de la Santé définit les accidents de la vie comme « des traumatismes non intentionnels qui se répartissent usuellement selon le lieu ou l'activité ». particulièrement visés, les accidents domestiques, se produisant à la maison ou dans ses abords immédiats : jardin, cour, garage, les accidents de sport et l'ensemble des accidents extérieurs qui peuvent laisser des séquelles irréversibles à leurs victimes.
- Un autre facteur malheureusement inévitable est celui de la génétique. La plupart des maladies d'origine génétique sont rares, voire extrêmement rares. La grande majorité (80%) des 6000 et 7000 maladies rares recensées sont d'origine génétique. Ces dernières constituent une cause importante de handicap.
- Certains provoquent des handicaps précoces, mais plus de la moitié ne s'expriment qu'à l'âge adulte. Parfois, il existe un ensemble de particularités morphologiques visibles dès la naissance comme dans la trisomie 21.
- Un handicap sur quatre lié au vieillissement. La population est particulièrement touchée par les maladies chroniques pouvant devenir gênantes et handicapantes (ex : la polyarthrite rhumatoïde, qui atteint 1% de la population, peut entraîner un handicap moteur très sévère, gênant tous les gestes de la vie quotidienne).¹⁷

¹⁷ *Tpe-smc-handicap.e-monsite.com*

Chapitre 01 : présentation du thème

1.4.6 Typologies médicales de l'handicape:

1.4.6.1 L'handicap physique / moteurs :

Ou déficience physique est une atteinte (perte de substance ou altération d'une structure ou fonction, physiologique ou anatomique) de la motricité, c'est-à-dire de la capacité du corps ou d'une partie du corps à se mouvoir, quels que soient le but ou la fonction du mouvement produit : déplacement-fonction posturale-communication-alimentation-perception du monde mouvement réflexe...)

Les origines sont multiples :

- Congénitale (de naissance) = malformations,
- Maladie = Poliomyélite, sclérose en plaques...
- Acquise = accident

1.4.6.2 L'handicap mentale / intellectuel :

Est une difficulté à comprendre et une limitation dans la rapidité des fonctions mentales sur le plan de la compréhension, des connaissances; Se caractérise par une déficience mentale et une altération de comportement adaptatif (désadaptation sociale, On estime aujourd'hui à 650 000 personnes en situation de Handicap mental. Tous les ans, bien que la médecine fasse des progrès en matière de diagnostic, près de 6 000 enfants naissent avec un handicap mental.

Les origines :

- A la conception : maladies génétiques, aberrations chromosomiques, incompatibilité sanguine.....
- Pendant la grossesse : Radiation ionisante, virus, médicaments, alcool, tabac, parasites
- A la naissance : souffrance cérébrale du nouveau-né, prématurité...
- Après la naissance : maladies infectieuses, virales ou métaboliques, intoxications, traumatismes crâniens, accident de la route, noyade, asphyxies...¹⁸

¹⁸ GHISLAINE CANTAT (EDUCATRICE SPECIALISEE) ; « LES DIFFERENTS TYPES DE HANDICAPS » ; COLLEGE SPORT ET HANDICAP VILLE DE LYON

Chapitre 01 : présentation du thème

1.4.6.3 L'handicap sensoriel :

Regroupe les difficultés liées aux organes sensoriels, avec notamment le handicap visuel, ainsi que le handicap auditif.

- **Le handicap visuel** : ou déficience visuelle peut concerner : La perception (baisse de l'acuité visuelle – réduction du champ visuel- modifications de la sensibilité aux contrastes, couleurs, lumière...)

L'utilisation de la fonction visuelle (troubles de la convergence,, paralysie oculomotrice... Le traitement des informations reçues (d'origine psychologique, psychiatrique ou neurologique)

Cette déficience touche 12 000 enfants et adolescents et 65 000 adultes de moins de 65 ans (données 2005).

- **Le handicap auditif** : ou déficience auditive

C'est l'absence ou la perte de l'audition qui peut survenir à n'importe quel moment de la vie. ; Avec :

- L'ictère néo-natal (jaunisse du nouveau né) et naissance prématurée = traumatisme grave
- Maladies et toxines (médicaments-intoxications gar carbonique-arsenic antibiotiques-glycémie-cholestérol...)
- Infections, otites, méningites, oreillons...
- Rubéole, toxoplasmose

Mais aussi changement brusque de la pression (plongée, pressurisation, surdité brusque¹⁹

¹⁹ GHISLAINE CANTAT (EDUCATRICE SPECIALISEE) ; « LES DIFFERENTS TYPES DE HANDICAPS » ; COLLEGE SPORT ET HANDICAP VILLE DE LYON

Chapitre 01 : présentation du thème

1.4.6.4 Le Polyhandicapé :

Est une définition assez récente, qui regroupe des caractéristiques diverses qui associent déficience intellectuelle, sensorielle, physique, psychique, somatique de façon interactive. Les personnes atteintes d'un polyhandicapé étaient jusque dans les années 80 appelées « encéphalopathies » ou « arriérés profonds » et qualifiés « d'inéducables »

C'est en fait un handicap grave, à expression multiple avec déficience mentale sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation.

Les origines :

- Cause prénatale (environ 50% et sont dues à des malformations, accidents vasculaires cérébraux, virus du sida, des maladies génétiques
- Des causes périnatales (au moment de l'accouchement environ 15%
- Des causes post-natales (traumatismes, arrêts cardiaques...)

1.4.6.5 L'handicap psychique :

Peut être provoqué par Certaines déficiences psychiques suite à des maladies mentales.

Il faut ajouter aussi : **les personnes âgées; et l'autisme**

1.4.6.6 Les personnes âgées :

Le vieillissement des personnes, même en l'absence de maladies invalidantes ou de pertes de facultés mentales, peut devenir un handicap quand la personne ne peut plus assumer seule son quotidien, et fait le constat d'une réduction de son autonomie, et en particulier de ses capacités motrices.

Chapitre 01 : présentation du thème

Mais parmi les problématiques de l'âge citons les caractéristiques de la maladie d'Alzheimer, qui est à l'origine des grandes dépendances constatées chez les personnes âgées (70%).²⁰

1.4.6.7 L'autisme :

Les personnes atteintes d'autisme ont des difficultés à appréhender les symboles, tout comme d'autres ont des problèmes visuels ou auditifs. Le fonctionnement de la société dans son ensemble est régi par des symboles. Le langage en est un excellent exemple : les sons désignent –c'est-à-dire symbolisent – à la fois des choses, des actes, des pensées des sentiments. La société utilise constamment des symboles : signes de tête, sourires, poignées de mains... et on sait que les personnes atteintes d'autisme ont d'importants problèmes avec les contacts sociaux et toute forme de langage.

Les personnes autistes vivent dans un monde qu'elles ne comprennent pas, ou difficilement, et au sein duquel elles ne peuvent pas ou presque pas se faire comprendre. Il n'est donc pas étonnant que les autistes se retirent apparemment de ce monde, et manifestent de temps en temps leur impuissance, en se frappant la tête ou en hurlant de colère. C'est précisément cet isolement qui est la base du nom donné à la maladie : de la grecque auto = soi-même

Tout comme un handicap visuel ou auditif, les personnes atteintes d'autisme nécessite une éducation et une prise en charge adaptée à leur handicap. cette éducation et cette prise en charge sont essentielles, si on souhaite leur donner la possibilité ainsi qu'à leur entourage, de vivre une existence satisfaisante.²¹

²⁰ GHISLAINE CANTAT (EDUCATRICE SPECIALISEE) ; « LES DIFFERENTS TYPES DE HANDICAPS » ; COLLEGE SPORT ET HANDICAP VILLE DE LYON

²¹ GHISLAINE CANTAT (EDUCATRICE SPECIALISEE) ; « LES DIFFERENTS TYPES DE HANDICAPS » ; COLLEGE SPORT ET HANDICAP VILLE DE LYON

Chapitre 01 : présentation du thème

1.4.7 La situation des handicapés à l'échelle internationale et nationale:

1.4.7.1 Données et statistiques mondiales sur l'handicap:

- a) Plus d'un milliard de personnes vivent avec un handicap, sous une forme ou sous une autre, soit environ 15% de la population mondiale.
- b) 110 millions de personnes (2,2 % de la population mondiale) ont de très grandes difficultés fonctionnelles.
- c) 80% des personnes handicapées vivent dans un pays en développement.
- d) 20% (1 personne sur 5) des personnes les plus pauvres vivant dans les pays en développement vivent avec un handicap.
- e) En 2005, l'UNICEF estimait à 150 millions le nombre d'enfants handicapés de moins de 18 ans
- f) Chaque année, environ 20 millions de femmes deviennent handicapées par suite de complications durant la grossesse ou à la naissance.²²

1.4.7.2 Statistiques sur les personnes handicapées en Algérie:

- L'Algérie compte environ 2 millions de personnes en situation de handicap, selon l'Office National des Statistiques. La même source précise que le handicap moteur est le plus important (44% des personnes en situation de handicap), suivi par le handicap lié à la compréhension et la communication (32%) et le handicap visuel (24%).
- les chiffres avancés par l'Office national des statistiques qui indique qu'il y a 1,6 million de handicapés en Algérie. et ça risque d'atteindre le chiffre de 3 millions handicapés²³

²² SID MEHADJA MERIEM HANANE; BENMESSAOUD WISSEM NORELHOUDA: « MEMOIRE DE MASTER EN ARCHITECTURE » ; UNIVERSITE ABOU BEKR BELKAÏD- TLEMEN ; 2018

²³ SID MEHADJA MERIEM HANANE; BENMESSAOUD WISSEM NORELHOUDA: « MEMOIRE DE MASTER EN ARCHITECTURE » ; UNIVERSITE ABOU BEKR BELKAÏD- TLEMEN ; 2018

Chapitre 01 : présentation du thème

1.4.7.3 Loi relatives aux handicapés en Algérie:

2002	Une loi relative aux personnes handicapées a été votée
2006	Un décret fixant les modalités d'accessibilité à l'environnement physique, social, économique et culturel
2006	Le décret est renforcé par un arrêté ministériel fixant les modalités d'actions de la commission d'accessibilité.

Tableau 1 : loi relatives aux handicapés en Algérie



Figure 1 : schéma de la loi de 08 mai 2002

1.4.7.4 Loi n° 02-09 du 25 Safar 1423 correspondant au 8 mai 2002 relative à la protection et à la promotion des personnes handicapées.

VIE SOCIALE ET BIEN-ETRE DES PERSONNES HANDICAPEES

Art. 30 :

- Afin de favoriser l'insertion et l'intégration des personnes handicapées dans la vie sociale, de faciliter leur déplacement et d'améliorer leurs conditions de vie et de bien-être, des

Chapitre 01 : présentation du thème

dispositions visant la suppression des barrières entravant la vie quotidienne de ces personnes sont mises en œuvre notamment en matière ;

- de normalisation architecturale et d'aménagement des locaux d'habitation, scolaires, universitaires, de formation, de pratiques religieuses, de soins et de lieux réservés aux activités culturelles, sportives et de loisirs,
- d'accessibilité aux appareillages, accessoires et aides techniques, de simplification de leur remplacement, favorisant leur autonomie physique,
- d'accessibilité aux lieux ouverts au public,
- d'accessibilité aux moyens de transport,
- d'accessibilité aux moyens de communication et d'information,
- d'accessibilité, pour les personnes qui en expriment le désir, au logement situé au premier niveau des habitations pour les personnes handicapées ou en ayant la charge lors de l'octroi d'une décision d'affectation de logement conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

Les modalités d'application du présent article seront déterminées par voie réglementaire.²⁴

▪ Le pourcentage de chaque type de personnes handicapées en Algérie:

l'analyse des causes des handicaps en Algérie révèle que 28,5% des cas sont des atteintes congénitales ou héréditaires, 16,7% des séquelles des accidents ou de blessures, 14,2% des maladies infectieuses, 12,5% des effets de vieillesse, 7,9% des violences psychologiques ou physiques et 2% des traumatismes d'accouchement..²⁵

²⁴ JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE N° 34 : CHAPITRE 5 « VIE SOCIALE ET BIEN-ETRE DES PERSONNES HANDICAPEES » ARTICLE N°30.

²⁵ SID MEHADJA MERIEM HANANE; BENMESSAOUD WISSEM NORELHOUDA: « MEMOIRE DE MASTER EN ARCHITECTURE » ; UNIVERSITE ABOU BEKR BELKAÏD- TLEMENEN ; 2018

Chapitre 01 : présentation du thème

- **Le nombre des handicapés en Algérie :**

Selon l'office National des Statistiques:

Type d'handicap	Moteur	auditif	visuel	mental	polyhandicapé	Maladie chronique	Autres	total
Nombre	234307	61046	142966	138005	70607	517043	416946	1580921

Tableau 2 : le nombre des handicapées en Algérie en 2018

Source : l'ONS

1.5 Conclusion

La santé sociale est considérée comme l'un des domaines les plus importants de la société qui affecte la vie des individus et détermine la qualité de leur vie collective, car elle inclut tous les segments de la société, en particulier la catégorie la plus marginalisée «les personnes en situation handicapées », qui ont du mal à s'adapter et à cohabiter avec la société.

*Chapitre 02 : les établissements de la
santé sociale*

Chapitre 2: Les établissements de la santé sociale :

2.1 Introduction

Le domaine du social regroupe l'ensemble des actions relevant de l'amélioration des conditions de vie d'une société.

Le terme médico-social est relatif à la médecine sociale, c'est-à-dire qui tient compte du contexte social et des conditions sanitaires d'une population. Et sous la direction de cet domaine on trouve les établissements sociaux et médico-sociaux, qui jouent un rôle très important dans l'intégration sociale du individu dans la société et leur environnement, et aide pour prendre place dans l'ensemble.

2.2 Les établissements de service social:

Un établissement ou service social ou médico-social (ESMS) est une structure dont la vocation est accueillir et d'accompagner, dans leur enceinte ou de manière ambulatoire, pour une brève durée ou au long cours, des personnes handicapées, dépendantes ou en situation d'exclusion sociale.

Ces établissements menant l'action sociale sont soumis au code de l'action sociale et des familles (CASF). En effet, l'ouverture et l'exploitation d'un établissement ou service social ou médico-social (ESSMS) ne peuvent intervenir librement, ils sont soumis à un régime de police administrative et, plus précisément, à un régime d'autorisation qui relève des articles suivants du CASF.

En fonction des catégories de populations vulnérables auxquelles leur action est destinée (mineurs en danger, personnes handicapées, personnes âgées, adultes atteints de maladie

chronique, personnes en situation d'exclusion) et des origines des fonds servant à redistribuer les présentations qu'ils délivrent (assurance maladie, aide sociale départementale, aide sociale de l'état), ils relèvent de l'autorité soit du directeur général de l'Agences régionale de santé (ARS), soit du président du Conseil départemental, soit du préfet de région, soit de plusieurs d'entre eux s'il existe une compétence conjointe.

Ces établissements sont répertoriés dans le « fichier national des établissements sanitaires et sociaux ». Ce fichier est nommé usuellement aussi le « FINESS » ou le « répertoire FINESS ». Il a été mis au point et est géré par le Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social.

Ce fichier permet de connaître les établissements et services relevant de l'action sociale : les établissements légitimes à mener des actions sociales auprès des citoyens.²⁶

2.3 Missions de l'action sociale et médico-sociale:

Les missions d'intérêt général et d'utilité sociale des établissements sociaux et médicaux-sociaux:

- Évaluation et prévention des risques sociaux et médico-sociaux, information, investigation, conseil, orientation, formation, médiation et réparation.
- Protection administrative ou judiciaire de l'enfance et de famille, de la jeunesse, des personnes handicapées, des personnes âgées ou difficulté.
- Actions éducatives, médicaux-éducatives, médicales, thérapeutiques, pédagogiques et de formation adaptées aux besoins de personne, à son niveau de développement, à ses potentialités, à l'évolution de son état ainsi qu'à son âge.
- Actions d'intégration scolaire, d'adaptation, de réadaptation, d'insertion, de réinsertions scolaires et professionnelles, d'aide de la vie active, d'information et de conseil sur les aides techniques ainsi que d'aide au travail.

²⁶ Etablissement ou service social ou médico-social ; <https://fr.m.wikipedia.org>

Chapitre 02 : les établissements de la santé sociale

- Actions d'assistance dans les divers actes de la vie, de soutien, de soins et d'accompagnement, y compris à titre palliatif.
- Actions contribuant au développement social et culturel, et à l'insertion par l'activité économique.

Bien que la jurisprudence ne reconnaisse pas la mission de service public de ces établissements et services, certains estiment que les critères du service public sont satisfaits et que les ESSMS, de statut public ou privé, remplissent une mission de service public²⁷

2.4 Détermination des besoins :

Les besoins sont déterminés dans le cadre de procédures de planification mises en œuvre par les pouvoirs publics. Cette planification, de nature à la fois territoriale, catégorielle et financière, intervient à la fois l'échelon national, après avis du comité national de l'organisation sanitaire et sociale, par les ministres compétents, pour certains besoins ne concernant qu'un petit nombre de bénéficiaires. Dans les autres cas la besoin est déterminé à travers un schéma régional ou départemental d'organisation sociale et médico-sociale élaboré, selon le cas, par le préfet de région, par le directeur général de l'agence régionale de santé ou par le président du conseil départemental.²⁸

2.5 Procédure d'autorisation:

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux sont soumis à autorisation.

Ils doivent passer par cette procédure pour toute création, ainsi que pour certaines transformations ou extensions importantes.

²⁷ Etablissement ou service social ou médico-social ; <https://fr.m.wikipedia.org>

²⁸ Etablissement ou service social ou médico-social ; <https://fr.m.wikipedia.org>

Chapitre 02 : les établissements de la santé sociale

Cette autorisation est délivrée selon le cas, par le ministre chargé de l'action sociale ou par le préfet, par le président du conseil général ou par le directeur général de l'agence régionale de santé, ou encore conjointement par deux ou trois de ces autorités.

Les établissements et services faisant appel à un financement public ne peuvent être autorisés qu'après avoir été sélectionnés à la suite d'un appel à projet. Ces appels à projets sont lancés par les autorités compétentes dès lors que des besoins identifiés ne sont pas satisfaits. La sélection est alors faite par une commission dont la composition varie en fonction de l'autorité compétente et du type d'établissement ou de service.

Une procédure simplifiée existe pour des modifications mineures dites « extensions non importantes » (par exemple extension de moins de 30% de la capacité d'accueil ou moins de 15 places supplémentaires) n. au-delà de ces seuils, un appel à projet est nécessaire.

2.6 Types d'établissements:

Un établissement social ou médico-social est une personne morale publique ou privée telle que décrite au code de l'action sociale et des familles (CASF) et bénéficiant généralement de fonds publics pour remplir une mission de service public.

Certains établissements et services privés peuvent être qualifiés d'établissements ou services privés « d'intérêt collectif » lorsqu'ils répondent à certains critères dont une gestion désintéressée ou le signature d'une convention d'aide sociales, une action inscrite dans un projet institutionnel et la certification des comptes.

Quant aux services gérés sous forme d'établissements publics, ils entrent dans la catégorie des établissements publics sociaux ou médico-sociaux.²⁹

²⁹ Etablissement ou service social ou médico-social ; <https://fr.m.wikipedia.org>

2.6.1 Les établissements et services d'Aide par le travail (ESAT):

Ce sont des établissements médico-sociaux chargés d'offrir aux personnes accueillies différentes activités à caractère professionnel qui donnent lieu au versement d'une Rémunération garantie et à un soutien médico-social et éducatif.

Le personne est accueillie dans les établissements et Services d'Aide par Travail (ESAT) à temps complet ou à temps partiel (combiné à une section occupationnelle à temps partiel). En fonction des besoins, un hébergement en unité ou foyer d'Hébergement est également possible.

A noter:

- Le travailleur en ESAT a un statut d'usager d'établissement médico-social et non de salarié.
- L'orientation en ESAT par la commission des droits et de l'Autonomie des personnes Handicapées (CDAPH) vaut Reconnaissance de la Qualité de travailleur handicapé.³⁰

2.6.2 Les Foyers d'Hébergement pour travailleurs handicapés:

Ces établissements assurent l'hébergement et l'entretien des personnes adultes handicapées qui exercent une activité pendant la journée, dans un ESAT.

La formule d'hébergement peut varier, pouvant du bâtiment spécifique et autonome, aux petits groupes de logements.

L'encadrement peut laisser une part plus moins importante à l'autonomie sociale (participation à la vie du foyer : courses, préparation des repas...).³¹

2.6.3 Les Foyers Occupationnels (FO) ou Foyers de vie :

Ces foyers accueillent des personnes adultes dont le handicap ne permet pas ou plus d'exercer une activité professionnelle et de vivre à domicile.

³⁰ Type d'établissement médico-sociaux ; www.mdph33.fr

³¹ Type d'établissement médico-sociaux ; www.mdph33.fr

Chapitre 02 : les établissements de la santé sociale

Ces personnes disposent cependant d'une autonomie suffisante pour se livrer à des occupations quotidiennes, à des activités ludiques et éducatives. Elles peuvent également participer à une animation sociale³²

2.6.4 Les Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) :

Ces Foyers accueillent des adultes lourdement handicapés qui ont besoin d'une aide pour la plupart des actes essentiels de la vie quotidienne.

Ces personnes nécessitent des soins et un suivi médical réguliers. Des animations sociales adaptées sont également proposées.³³

2.6.5 Les Maisons d'Accueil spécialisées (MAS) :

Ces établissements ont pour mission d'accueillir des adultes handicapés en situation de « grandes dépendance », ayant besoin d'une aide humaine et technique permanente, proche et individualisée pour effectuer les actes de la vie courante. Leur état nécessite en outre une surveillance médicale et des soins constants.³⁴

2.7 Classification des établissements sociale ou médico-sociale³⁵ :

Champ de l'établissement	Nom de l'établissement	Financement	Champ de compétence
Aide sociale à l'enfance	<ul style="list-style-type: none">• Maison d'enfants à caractère sociale (MECS)• Club de prévention spécialité• Service d'action éducative en milieu ouvert (AEMO)	Aide sociale	Département

³² Type d'établissement médico-sociaux ; www.mdph33.fr

³³ Type d'établissement médico-sociaux ; www.mdph33.fr

³⁴ Type d'établissement médico-sociaux ; www.mdph33.fr

³⁵ Etablissement ou service social ou médico-social ; <https://fr.m.wikipedia.org>

Chapitre 02 : les établissements de la santé sociale

	<ul style="list-style-type: none"> • Services d'action éducative à domicile (AED) 		
Enfance handicapée et inadaptée.	<ul style="list-style-type: none"> • Centre médico-psycho- pédagogique (CMPP) • Institut d'éducation motrice (IEM) • Institut médico-éducatif (IME) • Institut médico-pédagogique (IMP) • Institut médico-professionnel (IMPRO) • Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP) • Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) 	Assurance maladie	État
Enfance handicapée (0-6 ans)	<ul style="list-style-type: none"> • Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) 	80% assurance maladie 20% aide sociale	État-département
Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)	<ul style="list-style-type: none"> • Centres et Foyers d'action éducative (CAE et FAE), • Services éducatifs auprès du tribunal (SEAT) 	État (ministère de la Justice)	État ou Etat-département
Handicap mental ou physique, adultes	<ul style="list-style-type: none"> • Établissements et services d'aide par le travail (ESAT, anciennement CAT) 	Assurance maladie depuis le 1 ^{er} janvier 2017	État + Activité commerciale
	<ul style="list-style-type: none"> • Centre de rééducation professionnelle, • Centre d'orientation professionnelle 	Assurance maladie-Etat	
Personnes âgées	<ul style="list-style-type: none"> • Établissements d'hébergement pour personne âgées dépendantes (EHPAD) 	Assurance maladie – aide sociale – allocation personnalisée	État-département

Chapitre 02 : les établissements de la santé sociale

		d'autonomie (APA)	
	• Foyers-logements, résidences autonomie, maisons de retraite pour personnes non dépendantes (EHPA)	Aide sociale éventuelle	Département
	• Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	Assurances maladie	État
	• Services de soins, d'aide et d'accompagnement	Assurance maladie – aide sociale	État-département
	• Services d'aide à domicile (SAAD)	Aide sociale – caisses de retraite (action sociale facultative)	Agrément : préfet
Handicap mental, polyhandicapé, adultes	• Foyers d'hébergement ou foyer de vie	Aide sociale	Département
	• Maison d'accueil spécialisée (MAS)	Assurance maladie – Aide sociale	État-département
	• Foyer d'accueil médicalisé (FAM)		
	• Services de soins, d'aide et d'accompagnement		
	• Services d'auxiliaires de vie	État – Aide sociale	État-département
Personnes sans domicile, errance en	• Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) et notamment centres d'aide par la vie active, accueils de jour (boutiques de solidarité..) , vielle sociale (Samu sociale, équipes mobiles, téléphonie	État + contribution le cas échéant des communes et l'aide sociale départementale	État (en partenariat le cas échéant avec le département et les communes)

Chapitre 02 : les établissements de la santé sociale

	sociale « 115 », services d'accueil et d'orientation)		
Traitement des addictions	<ul style="list-style-type: none"> Centres d'accueil pour toxicomanes Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (CAARUD). 	Assurance maladie	État
	<ul style="list-style-type: none"> Centres d'accueil pour alcooliques, Appartements de coordination thérapeutique (VIH, maladies chroniques) 	Assurances maladies	État
Autres hébergements	<ul style="list-style-type: none"> Foyers de jeunes travailleurs (FJT) 	État –aide sociale-caisse d'allocations familiales	État (conventionnellement aide personnalisée au logement, code de la construction et de l'habitation)
Centres de ressources	<ul style="list-style-type: none"> Centres de ressources, autisme, traumatismes : handicap rare, traumatisme crânien, maladie d'Alzheimer. Autres (centres locaux d'information et de coordination...) 	Assurance sociale	État
Demandeurs d'asile	<ul style="list-style-type: none"> Centres d'accueil de demandeurs d'asile 	État	État
Majeurs à protéger	<ul style="list-style-type: none"> Services mettant en œuvre le mandat spécial au profit de majeurs protégés 	État + Majeur protégé	État
	<ul style="list-style-type: none"> Services mettant en œuvre l'aide à la gestion 	État + majeur protégé	État

Chapitre 02 : les établissements de la santé sociale

	du budget familial		
--	--------------------	--	--

Tableau 3 : classification des établissements et services sociaux et médicaux-sociaux

2.8 La rééducation:

2.8.1 La définition de la rééducation:

La médecine physique et de réadaptation, aussi appelée rééducation ou physiatrie (ou réadaptation fonctionnelle), est la spécialité qui consiste à assurer la prise en charge des personnes atteintes d'un handicap ou d'une incapacité physique, dans le but d'en minimiser les conséquences physiques, psychologiques et socio-économiques. La définition de la réadaptation : processus visant à amener un patient à l'état de santé le plus proche possible de celui qui était le sien avant de tomber malade. ³⁶

2.8.2 Les types de rééducation:

La rééducation peut se référer :

- à la réhabilitation en général, physique, psychique ou sociale.
- à la rééducation fonctionnelle en médecine physique et de réadaptation.
- en kinésithérapie (rééducation par le mouvement).
- en podologie (rééducation du pied et de ses interactions avec l'appareil locomoteur).
- en ergothérapie (rééducation par l'activité).
- en psychomotricité (rééducation des fonctions motrices en lien avec la psychologie).
- en orthophonie (rééducation du langage).
- en orthoptie (rééducation de la vision) ³⁷

³⁶ ³⁷ SID MEHADJA MERIEM HANANE; BENMESSAOUD WISSEM NORELHOUDA: « MEMOIRE DE MASTER EN ARCHITECTURE » ; UNIVERSITE ABOU BEKR BELKAÏD- TLEMCEN ; 2018

Chapitre 02 : les établissements de la santé sociale

2.8.3 La rééducation physique en Algérie³⁸ :

Période	Evénements
1959	<ul style="list-style-type: none">• La PMR (rééducation fonctionnelle) en Algérie a vu le jour avant l'indépendance nationale. Le Dr. Nekkache, responsable du service de santé de l'ALN en Tunisie durant la guerre de libération, a décidé d'organiser la prise en charge des blessés de guerre entassés dans les camps de l'ALN (camp de Beja et la ferme Moussa) et ce, dès janvier 1959.
1963	<ul style="list-style-type: none">• arrivée à l'hôpital de Douéra, de la 1ère mission yougoslave composée de chirurgiens orthopédistes, de kinésithérapeutes et d'appareilleurs
1965	<ul style="list-style-type: none">• l'OMS dépêcha une équipe de médecins et de moniteurs kinésithérapeutes comprenant des anglais, des polonais et des yougoslaves pour lancer la 1ère formation d'une promotion de 12 kinésithérapeutes. Celle-ci, d'une durée de 2 ans.
1967	<ul style="list-style-type: none">• le Dr. Z. Yagoubi (devenu professeur) assisté du Dr. Gana, dirigea le centre de rééducation attaché au service de traumatologie de l'hôpital Mustapha où les soins sont dispensés à titre externe.
1970	<ul style="list-style-type: none">• la transformation d'une école par Sœur Elisabeth, en un centre d'accueil et de soins pour enfants, a permis de prendre en charge ceux, présentant des pathologies congénitales des membres et du tronc.• Cette structure devenue « centre d'orthopédie infantile de Sainte Cécile » fût dirigé par le Dr. Brahimi, assisté de Madame Darmellah kinésithérapeute confirmée et expérimentée.

³⁸ SID MEHADJA MERIEM HANANE; BENMESSAOUD WISSEM NORELHOUDA: « MEMOIRE DE MASTER EN ARCHITECTURE » ; UNIVERSITE ABOU BEKR BELKAÏD- TLEMCEM ; 2018

Chapitre 02 : les établissements de la santé sociale

	<ul style="list-style-type: none">• Cette équipe a travaillé avec l'aide précieuse de l'association des paralysés de France (APF), de la Caritas et de la Croix Rouge.
1973	<ul style="list-style-type: none">• le ministre de la santé Dr. Boudjellab, avec la collaboration du Dr. Brahimi décidèrent d'organiser et de promouvoir la rééducation en Algérie, sur le plan hospitalier et universitaire.
1974	<ul style="list-style-type: none">• Départ d'une équipe de médecins en France pour un CES dans la spécialité
1977	<ul style="list-style-type: none">• Recrutement de la 1ère promotion de résidents en rééducation fonctionnelle à l'hôpital de Tixeraine qui a un statut hospitalo-universitaire.
1978	<ul style="list-style-type: none">• Arrivée des premiers diplômés de France (CES).
1981	<ul style="list-style-type: none">• création successive de nouveaux services à Séraïdi (Annaba), Sidi Bel Abbes, Tizi ouzou, Constantine, Azur-Plage, Ben Aknoun, Blida, et dans les hôpitaux de santé militaire HCA et Bouchaoui.
1985	<ul style="list-style-type: none">• progression des carrières ayant permis l'installation des 1ers rangs magistrats dans les structures déjà citées.
Situation actuelle	<ul style="list-style-type: none">• Actuellement, la Médecine Physique et Réadaptation est une spécialité présente sur, presque, tout le territoire national au sein d'hôpitaux multidisciplinaires, mais elle reste insuffisante.

Tableau 4 : Aperçu historique de la rééducation physique en Algérie

Source : mémoire

2.8.4 Services de MPR (médecine physique de rééducation)³⁹ :

ALGER	EHS de Ben Aknoun, EHS de Douéra, *HMUS de Bouchaoui, *Hôpital Central de l'Armée (*Santé Militaire), EHS Mohand Amokrane MAOUCHE (CNMS)
Blida	CHU Frantz-Fanon
Tizi Ouzou	CHU Nédir
Setif	CHU
Oran	CHU EHU Hôpital de la Santé Militaire
Sidi Bel abbés	CHU
Tlemcen	CHU

Tableau 5 : Services de MPR en Algérie

2.8.5 Définition du centre de rééducation:

Centre qui offre aux personnes ayant des incapacités, des moyens de récupérer leurs capacités maximales, de pallier leurs incapacités et d'accomplir au plus haut degré leurs habitudes de vie.⁴⁰

2.8.6 Critères d'un centre de rééducation et de réadaptation:

Le centre devra accueillir des personnes à mobilité réduite. Il doit apporter le maximum de confort, .Cet équipement doit être adapté à sa clientèle, et ses besoins. Ils comportent :

- Des espaces pour la rééducation physique.

³⁹ SID MEHADJA MERIEM HANANE; BENMESSAOUD WISSEM NORELHOUDA: « MEMOIRE DE MASTER EN ARCHITECTURE » ; UNIVERSITE ABOU BEKR BELKAÏD- TLEMEN ; 2018

⁴⁰ SEKKAL Imane, BENHADDA Nassima: "projet de fin d'études pour l'obtention Du diplôme d'architecte d'état » ; UNIVERSITE ABOU BEKR BELKAÏD à Tlemcen; 2013.

- Des espaces réservés aux activités de consultations.
- Des ateliers de formation professionnelle.
- Des espaces de détente et de rencontre et loisir.
- Des fluides médicaux. (Oxygène, vide).
- des espaces de rangement adéquats
- un chariot d'urgence est accessible au secteur d'hospitalisation⁴¹

2.8.7 Le rôle des centres de rééducation et de réadaptation physique :

- Le but de la médecine physique est simple en théorie mais ardu dans les faits: il s'agit d'apprendre aux patients à mieux vivre avec leur handicap et leur perte d'autonomie.
- la mise en place, le suivi et /ou l'adaptation d'appareillage ou d'aides techniques tant en Hospitalisation complète qu'en hospitalisation de jour.
- Une surveillance médicale et/ou un traitement médical, en raison de facteurs de comorbidité, ou de risques cliniques/séquelles/complications de l'affection causale tant en hospitalisation complète qu'en hospitalisation de jour.
- offrir aux patients la possibilité de progresser à domicile.⁴²

⁴¹ SID MEHADJA MERIEM HANANE; BENMESSAOUD WISSEM NORELHOUDA: « MEMOIRE DE MASTER EN ARCHITECTURE » ; UNIVERSITE ABOU BEKR BELKAÏD- TLEMEN ; 2018

⁴² SID MEHADJA MERIEM HANANE; BENMESSAOUD WISSEM NORELHOUDA: « MEMOIRE DE MASTER EN ARCHITECTURE » ; UNIVERSITE ABOU BEKR BELKAÏD- TLEMEN ; 2018

2.9 Conclusion

Le domaine de la santé sociale comprend de nombreux équipements, autres que leur classification et leurs branches sociale, qui visent généralement à contenir les personnes qui rencontrent des difficultés à coexister et à s'adapter avec la société selon différents groupes ou conditions de vie et de santé, et vise également à intégrer dans la société et les amener dans le monde du travail.

Chapitre 03 : La durabilité Sociale

Chapitre 3: La durabilité sociale

3.1 Introduction

Dans ce chapitre est consacrée à la définition du concept de la durabilité sociale, Avant de rappeler cette définition, il faut reviens à le concept du développement durable et leurs piliers.

3.2 Le développement durable :

3.2.1 Les sources du concept :

Il est admis que l'expression « sustainable development », dans le sens qui lui est donné aujourd'hui, a été employée pour la première fois en 1980, par les Nations Unies, dans un rapport de l'Union internationale pour la conservation de la nature (UICN) intitulé Stratégie mondiale de la conservation (1980).⁴³

3.2.2 Les évocations antérieures de ce concept :

Sur le plan économique: L'économiste Kenneth Boulding (1966) compare l'économie du cowboy (cowboy economy) à celle du cosmonaute (spaceman economy). Selon lui, les pratiques de la première ont rompu le fragile équilibre écologique construit au fil des années, tandis que la seconde est une économie à bâtir.

⁴³ Martin Yelkouni, Cécile Duclaux-Monteil Ott, Michelle Mongo, Paul Ouédraogo, Flavien Tchapgga, Louis-Édouard Pouget, « Développement durable: Comprendre et analyser des enjeux et des actions du développement durable » ; Cours en ligne ouvert à tous pour favoriser l'analyse et les initiatives de développement durable; INSTITUT DE LA FRANCOPHONIE POUR LE DÉVELOPPEMENT DURABLE (IFDD); 2018.

Chapitre 03 : la durabilité sociale

Dans une perspective religieuse, l'historien Lynn Townsend White (1984) montre la responsabilité du christianisme occidental dans la crise écologique.

Le rapport Meadows du Club de Rome, intitulé Halte à la croissance? (Meadows, Meadows et al. [1972] 1973), dénonce un modèle économique fondé sur une croissance illimitée. Ce rapport présente le développement économique et la protection de l'environnement comme étant antinomiques et appelle à un changement radical de mode de développement.

Plusieurs études sur les pratiques traditionnelles africaines, à l'instar de celle de Dominique JuhéBeaulaton (2010), montrent l'importance de ces pratiques (jachère, bois et forêts sacrés) pour la préservation de l'environnement.

James Lovelock (1993) considère que les systèmes vivants de la Terre appartiennent à une même entité régulant l'environnement de manière à préserver les conditions favorables à la vie.⁴⁴

3.2.3 Les conférences onusiennes et leurs instruments :

- La conférence de Stockholm sur l'environnement humain (1972) reste la référence.
- En 1987, le rapport Notre avenir à tous, rendu par la Commission mondiale pour l'environnement et le développement réunie à la demande de l'ONU et présidée par Gro Harlem Brundtland, consacre le terme « sustainable development », traduit successivement en français par développement soutenable, puis développement viable et, enfin, développement durable.
- En 1992, à Rio de Janeiro, la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement (CNUED) conforte la notion de développement durable à travers la Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement et par des propositions juridiquement non contraignantes, rassemblées dans le plan Action 21.

⁴⁴ Martin Yelkouni, Cécile Duclaux-Monteil Ott, Michelle Mongo, Paul Ouédraogo, Flavien Tchapg, Louis-Édouard Pouget, « Développement durable: Comprendre et analyser des enjeux et des actions du développement durable » ; Cours en ligne ouvert à tous pour favoriser l'analyse et les initiatives de développement durable; INSTITUT DE LA FRANCOPHONIE POUR LE DÉVELOPPEMENT DURABLE (IFDD); 2018.

- En 2002, le Sommet mondial sur le développement durable (SMDD) de Johannesburg marque un tournant important pour la promotion du développement durable.
- En 2012, La Conférence des Nations Unies sur le développement durable 2012 (Rio+20) est la continuité du Sommet de Rio 1992. En 2015, les objectifs du développement durable (ODD) remplacent les objectifs du millénaire pour le développement (OMD).

D'autres conférences et sommets internationaux² marquent les grandes étapes de la construction du concept de développement durable.⁴⁵

3.2.4 La définition du concept de développement durable

Le terme développement durable connaît une pluralité de définitions.

3.2.4.1 La formule du rapport Brundtland :

Selon la formule Brundtland, universellement acceptée, le développement durable est «un développement qui permet de satisfaire les besoins du présent sans compromettre les capacités des générations futures de répondre aux leurs». Deux concepts sont inhérents à cette de notion : le concept de besoins, plus particulièrement des besoins essentiels des plus démunis, à qui il convient d'accorder la plus grande priorité, et l'idée des limitations que l'état de nos techniques et de notre organisation sociale imposent à la capacité de l'environnement à répondre aux besoins actuels et à venir.⁴⁶

⁴⁵ Martin Yelkouni, Cécile Duclaux-Monteil Ott, Michelle Mongo, Paul Ouédraogo, Flavien Tchapg, Louis-Édouard Pouget, « Développement durable: Comprendre et analyser des enjeux et des actions du développement durable » ; Cours en ligne ouvert à tous pour favoriser l'analyse et les initiatives de développement durable; INSTITUT DE LA FRANCOPHONIE POUR LE DÉVELOPPEMENT DURABLE (IFDD); 2018.

⁴⁶ Martin Yelkouni, Cécile Duclaux-Monteil Ott, Michelle Mongo, Paul Ouédraogo, Flavien Tchapg, Louis-Édouard Pouget, « Développement durable: Comprendre et analyser des enjeux et des actions du développement durable » ; Cours en ligne ouvert à tous pour favoriser l'analyse et les initiatives de développement durable; INSTITUT DE LA FRANCOPHONIE POUR LE DÉVELOPPEMENT DURABLE (IFDD); 2018.

3.2.4.2 D'autres définitions :

Le développement durable est «un type de développement qui prévoit des améliorations réelles de la qualité de la vie des hommes et en même temps conserve la vitalité et la diversité de la Terre. Le but est un développement qui soit durable. À ce jour, cette notion paraît utopique, et pourtant elle est réalisable. De plus en plus nombreux sont ceux qui sont convaincus que c'est notre seule option rationnelle » (UICN, PNUE et WWF, 1980).

Le développement durable est « une démarche visant l'amélioration continue de la qualité de vie des citoyens par la prise en compte du caractère indissociable des dimensions environnementale, sociale, économique et culturelle du développement durable dans une perspective d'équité intra- et intergénérationnelle » (OIF, 2002).⁴⁷

3.2.5 Les principes et les piliers du développement durable :

Le développement durable est conçu comme devant reposer sur des piliers interdépendants et vise à traduire dans des politiques et des pratiques un ensemble de principes.

3.2.5.1 Les principes :

- La protection de l'environnement: La protection de l'environnement doit faire partie intégrante du processus de développement.
- La production et la consommation responsables: Les modes de production et de consommation doivent évoluer en vue de réduire au minimum leurs répercussions défavorables sur les plans social et environnemental.
- La responsabilité: La responsabilité s'exerce aux niveaux individuel et collectif. À l'échelle internationale, les États ont des responsabilités communes, mais différenciées.

⁴⁷ Martin Yelkouni, Cécile Duclaux-Monteil Ott, Michelle Mongo, Paul Ouédraogo, Flavien Tchapg, Louis-Édouard Pouget, « Développement durable: Comprendre et analyser des enjeux et des actions du développement durable » ; Cours en ligne ouvert à tous pour favoriser l'analyse et les initiatives de développement durable; INSTITUT DE LA FRANCOPHONIE POUR LE DÉVELOPPEMENT DURABLE (IFDD); 2018.

Chapitre 03 : la durabilité sociale

Les pays développés admettent la responsabilité qui leur incombe dans l'effort international en faveur du développement durable.

Exemple : Les pays riches, principaux responsables du changement climatique global, s'engagent à respecter des quotas de réduction de leurs émissions de gaz à effet de serre, en faisant payer une taxe aux industries qui polluent beaucoup.

- La solidarité: La solidarité se conçoit dans le temps et dans l'espace. Dans le temps, entre les générations présentes et futures. Ainsi, les choix du présent doivent tenir compte des besoins des générations à venir.

Exemple : leur droit à vivre dans un environnement sain. Dans l'espace, entre les peuples, entre les pays, entre les régions pauvres et les régions riches, entre milieu urbain et milieu rural.

- La participation et l'engagement: Le développement durable repose sur l'engagement et la participation de tous. Ces deux principes visent à mettre en œuvre des processus d'information transparente et pluraliste, de consultation, de débat public, en intégrant tous les acteurs concernés à tous les niveaux de décision, du local à l'international.

Exemple : la mise en place de conseils de jeunes, les conférences de citoyens.

- La précaution : En cas de risque de dommages graves ou irréversibles, l'absence de certitude scientifique ne doit pas servir de prétexte pour remettre à plus tard l'adoption de mesures effectives visant à prévenir la dégradation de l'environnement.

Exemple : Limiter les émissions de CO₂ pour freiner le changement climatique.

- La subsidiarité: La prise de décision et la responsabilité doivent revenir à l'échelon administratif ou politique le plus bas en mesure d'agir efficacement.

Exemple : Une action de coopération internationale doit s'intégrer aux politiques décidées et mises en œuvre localement et non s'y substituer.⁴⁸

⁴⁸ Martin Yelkouni, Cécile Duclaux-Monteil Ott, Michelle Mongo, Paul Ouédraogo, Flavien Tchapg, Louis-Édouard Pouget, « Développement durable: Comprendre et analyser des enjeux et des actions du développement durable » ; Cours en ligne ouvert à tous pour favoriser l'analyse et les initiatives de développement durable; INSTITUT DE LA FRANCOPHONIE POUR LE DÉVELOPPEMENT DURABLE (IFDD); 2018.

3.2.5.2 Les piliers :

A travers la définition du rapport Brundtland, on retrouve la nécessité à long terme du développement économique sans toutefois y opposer l'environnement et le social. Les modes de production et de consommation doivent s'efforcer de respecter l'environnement et permettre à tous les habitants du globe de combler leurs besoins essentiels. Schématiquement, on peut illustrer le développement durable comme suit :

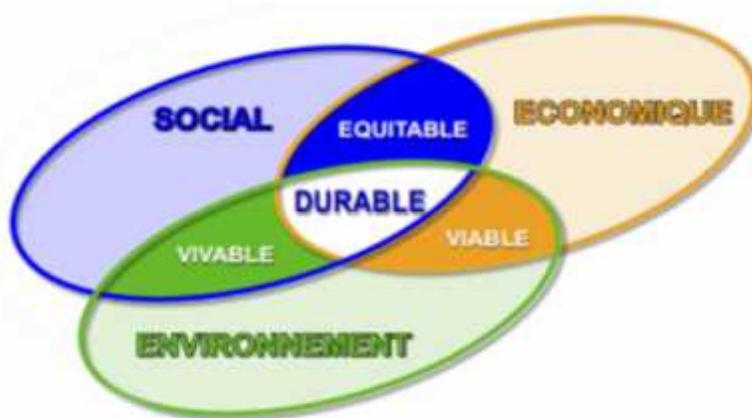


Figure 2 : les piliers du développement durable

3.2.5.2.1 Le pilier économique:

L'économie est un instrument au service du développement humain. Par conséquent, le développement durable n'exclut pas la poursuite de la croissance (l'augmentation de la production de biens et de services), pour répondre aux besoins des générations présentes et futures. Toutefois, le développement durable promet une gestion saine et durable, sans préjudice pour l'environnement et le social.⁴⁹

⁴⁹ Martin Yelkouni, Cécile Duclaux-Monteil Ott, Michelle Mongo, Paul Ouédraogo, Flavien Tchapga, Louis-Édouard Pouget, « Développement durable: Comprendre et analyser des enjeux et des actions du développement

Chapitre 03 : la durabilité sociale

3.2.5.2.2 Le pilier social et sociétal :

Le développement durable vise à assurer la cohésion sociale en veillant à la réduction de la pauvreté et des inégalités, au partage équitable des revenus et des services, à une répartition équitable de la richesse en fonction de la contribution de chacun. Le pilier social inclut aussi la dimension sociétale, qui vise les rapports de l'entreprise avec la société civile (élus, médias, administration, communauté scientifique, organismes non gouvernementaux, communautés, actionnaires, banquiers, assureurs, fournisseurs, sous-traitants, clients, consommateurs).⁵⁰

3.2.5.2.3 Le pilier environnemental :

Le développement durable vise la limitation de l'impact des activités humaines sur l'environnement naturel, mais aussi urbain. Il s'agit de préserver les ressources naturelles à long terme en réduisant leur surexploitation, les nuisances, la défiguration des paysages, l'exploitation des énergies fossiles au profit d'énergies renouvelables.

Exemples: la réduction des rejets polluants l'atmosphère, la lutte contre le déboisement et la désertification, la protection de la biodiversité et des forêts, la promotion d'une agriculture respectueuse de l'environnement et de la santé.⁵¹

3.2.5.2.4 Le pilier culturel (la culture et la diversité culturelle):

durable » ; Cours en ligne ouvert à tous pour favoriser l'analyse et les initiatives de développement durable; INSTITUT DE LA FRANCOPHONIE POUR LE DÉVELOPPEMENT DURABLE (IFDD); 2018.

⁵⁰ Martin Yelkouni, Cécile Duclaux-Monteil Ott, Michelle Mongo, Paul Ouédraogo, Flavien Tchapgga, Louis-Édouard Pouget, « Développement durable: Comprendre et analyser des enjeux et des actions du développement durable » ; Cours en ligne ouvert à tous pour favoriser l'analyse et les initiatives de développement durable; INSTITUT DE LA FRANCOPHONIE POUR LE DÉVELOPPEMENT DURABLE (IFDD); 2018.

⁵¹ Martin Yelkouni, Cécile Duclaux-Monteil Ott, Michelle Mongo, Paul Ouédraogo, Flavien Tchapgga, Louis-Édouard Pouget, « Développement durable: Comprendre et analyser des enjeux et des actions du développement durable » ; Cours en ligne ouvert à tous pour favoriser l'analyse et les initiatives de développement durable; INSTITUT DE LA FRANCOPHONIE POUR LE DÉVELOPPEMENT DURABLE (IFDD); 2018.

Chapitre 03 : la durabilité sociale

Depuis le Sommet mondial sur le développement durable de 2002, la culture est considérée comme une quatrième composante du développement durable. La culture, dans sa diversité, est une richesse. Il n'est plus possible de concevoir un développement durable qui ne respecterait pas la préservation des libertés et des droits culturels, d'identités, de savoirs, de langues, de modes et de rythmes de développement diversifiés.⁵²

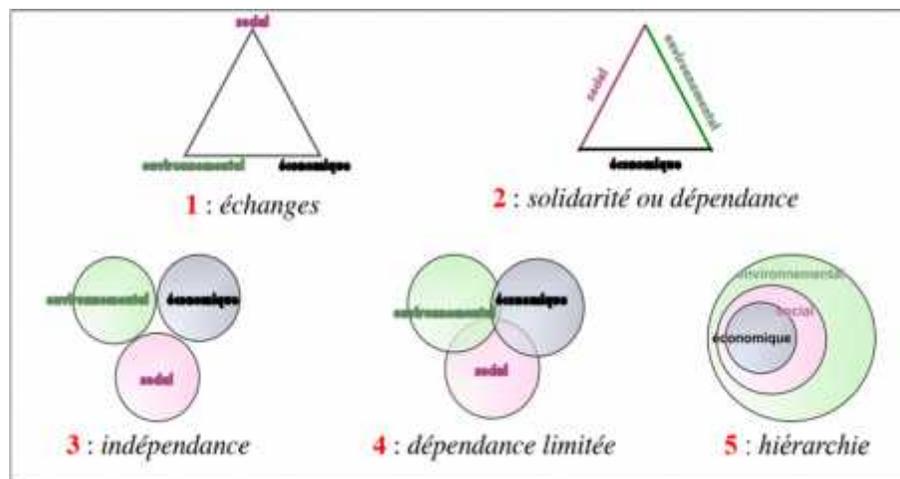


Figure 3 : 5 présentations du 3, premières dimensions de DD ;
Source : Roubert Joumard ; concept de durabilité, 2011

3.3 La durabilité sociale :

3.3.1 La notion de durabilité :

La durabilité ne doit pas être confondue avec la conservation du patrimoine naturel ou culturel. Elle se comprend, en fait, en conjugaison avec le développement, ce dernier pouvant supposer l'adaptation.

⁵² Martin Yelkouni, Cécile Duclaux-Monteil Ott, Michelle Mongo, Paul Ouédraogo, Flavien Tchapg, Louis-Édouard Pouget, « Développement durable: Comprendre et analyser des enjeux et des actions du développement durable » ; Cours en ligne ouvert à tous pour favoriser l'analyse et les initiatives de développement durable; INSTITUT DE LA FRANCOPHONIE POUR LE DÉVELOPPEMENT DURABLE (IFDD); 2018.

Chapitre 03 : la durabilité sociale

La durabilité est une notion à double sens, recouvrant celle de durée et celle soutenabilité sur le plan économique, social et environnemental.

Les processus et les institutions durables répondent à certains critères environnementaux d'ordre quantitatif, comme limiter les émissions de polluants en fonction des capacités d'autoépuration des milieux, ou d'ordre qualitatif, comme respecter les bio-rythmes humains, la diversité des écosystèmes, la beauté des sites, la qualité de la vie. Ils n'épuisent pas les ressources nécessaires aux générations futures et ils renforcent continuellement les capacités des individus et des institutions. Les responsabilités et les avantages sont ainsi largement partagés.

La durabilité sociale implique de satisfaire les besoins sociaux, économiques et culturels des communautés et de respecter l'acceptabilité sociale du système territorial. La durabilité économique suppose la capacité d'adaptation des territoires aux mutations des systèmes de production à différentes échelles.⁵³

3.3.2 La différence entre le développement durable et la durabilité :

Le développement durable est à la fois sociétal, environnemental, culturel et économique. Ces quatre dimensions sont indissociables.

La durabilité fournit un modèle de réflexion sur l'avenir qui met en balance les considérations environnementales, sociétales et économiques dans une perspective d'amélioration de la qualité de la vie. Une société prospère, par exemple, a besoin d'un environnement sain pour apporter à ses citoyens matières premières, nourriture, eau potable et air pur.

Donc on peut déterminer la différence entre le développement durable et la durabilité comme suit :

La durabilité est souvent envisagée comme un objectif à long terme (celui d'un monde plus viable). Et, le développement durable désignant les nombreuses manières et voies pour y

⁵³ Durabilité-geoconfluences.ens.lyon.fr

parvenir (agriculture, et foresterie durables, production et consommation durables, bonne gouvernance, recherche et transfert de technologies, éducation et formation, etc.).⁵⁴

3.3.3 Le concept de la durabilité sociale :

La vie sociale est la moins définie et la moins comprise des différentes manières d'aborder la durabilité et le développement durable. La durabilité sociale a beaucoup moins attiré l'attention dans le dialogue public que la durabilité économique et environnementale.

Il existe plusieurs approches de la durabilité. Le premier, qui propose une triade de durabilité environnementale, de durabilité économique et de durabilité sociale, est le modèle le plus largement accepté en matière de développement durable. Le concept de « durabilité sociale » dans cette approche englobe des thèmes tels que : équité sociale, viabilité, équité en santé, développement communautaire, capital social, soutien social, droits de la personne, droits des travailleurs, travail social, responsabilité sociale, justice sociale, compétence culturelle, résilience et adaptation humaine.

Une deuxième approche, plus récente, suggère que tous les domaines de la durabilité sont sociaux : y compris la durabilité écologique, économique, politique et culturelle. Ces domaines de la durabilité sociale dépendent tous de la relation entre le social et le naturel, le « domaine écologique » étant défini comme intégration humaine dans l'environnement. En ces termes, la durabilité sociale englobe toutes les activités humaines. Cela ne concerne pas seulement l'intersection ciblée de l'économie, de l'environnement et du social.⁵⁵

3.3.4 La définition de la durabilité sociale :

Selon le WACOSS (Western Australia Council of Social Services): “la durabilité sociale se produit lorsque les processus formels et informels, les systèmes, les structures et les relations soutiennent activement la capacité des générations actuelles et futures à créer des

⁵⁴ <https://fr.unesco.org>

⁵⁵ Durabilité sociale ; <https://www.hisour.com>

communautés saines et vivables, équitables, diversifiés, connectés et démocratiques et garantissent une bonne qualité de vie.

Une autre définition a été développée par social life, une entreprise sociale basée au Royaume-Uni spécialisée dans l'innovation basée sur le lieu. Ils définissent la durabilité sociale comme « un processus de création de lieux durables et performants qui favorisent le bien-être, en comprenant ce dont les gens ont besoin dans les lieux où ils vivent et travaillent. La durabilité sociale associe la conception du monde et la vie culturelle, les équipements sociaux, les systèmes d'engagement des citoyens et l'espace pour que les personnes et les lieux évoluent. ⁵⁶

3.3.5 L'aspect historique :

Le terme a pris le l'ampleur dans la recherche sur le développement durable dans les années 1980, lorsque des exemples tels que la catastrophe de Tchernobyl ou le réchauffement de la planète ont montré que les problèmes environnementaux revêtaient souvent une dimension internationale, capable de fonctionner. Les premières approches en matière de durabilité sociale concernent donc principalement l'institutionnalisation internationale de la protection de l'environnement. Depuis lors, la recherche sur la durabilité sociale s'est émancipée de plus en plus de ses origines écologiques et a développé des approches non écologiques de la pauvreté, de la participation et du développement en particulier. ⁵⁷

3.3.6 Le sens du terme « la durabilité sociale »:

La durabilité sociale est dans la plupart des cas considérée comme l'interdiction d'apporter au monde des changements irréversibles au présent que les générations futures ne voudraient pas. En ce sens, la justice distributive intergénérationnelle (équité intergénérationnelle) est souvent utilisée. Cette compréhension de la durabilité sociale est principalement due au rapport Brundtland. En plus de la garantie des besoins fondamentaux et de réduction de la

⁵⁶ Durabilité sociale ; <https://www.hisour.com>

⁵⁷ Durabilité sociale ; <https://www.hisour.com>

pauvreté, grâce à un accès équitable aux opportunités et à la répartition des ressources tant sociales que globales (éthique de la justice inter- et intra générative).⁵⁸

3.3.7 Les variations du terme « la durabilité sociale »:

Globalement, le terme n'a pas encore des contours complètement clairs et peut donc être compris différemment selon le contexte. Selon une conception différente de la durabilité sociale, l'équilibre écologique ne peut être atteint qu'en surmontant les problèmes sociaux. Une autre perspective provient de plus en plus de l'utilisation économique, qui utilise le terme de durabilité sociale pour expliquer des phénomènes et des effets durables dans la société, par exemple : « atteinte durable à la confiance des consommateurs ». Dans certains cas, le terme de durabilité sociale est synonyme de responsabilité sociale des entreprises.⁵⁹

3.3.8 Les dimensions de la durabilité sociale⁶⁰:

La vie sociale a développé un cadre de durabilité sociale qui comporte quatre dimensions : Les aménités et les infrastructures, la vie sociale et culturelle, la voix et l'influence, ainsi que l'espace nécessaire à la croissance.

Amartya Sen, lauréate du prix Nobel, donne les dimensions suivantes pour la durabilité sociale :

- Equité-la communauté offre des opportunités et des résultats équitables pour ses membres, en particulier les membres les plus pauvres et les plus vulnérables de la communauté.
- Diversité-la communauté encourage et encourage la diversité.
- Cohésions interconnectées / sociales-la communauté fournit des processus, des systèmes et des structures qui favorisent la connectivité au sein et en dehors de la communauté au niveau formel, informel et institutionnel.

⁵⁸ Durabilité sociale ; <https://www.hisour.com>

⁵⁹ Durabilité sociale ; <https://www.hisour.com>

⁶⁰ Durabilité sociale ; <https://www.hisour.com>

- Qualité de vie-la communauté s'assure que les besoins fondamentaux sont satisfaits et favorise une bonne qualité de vie pour tous les membres, au niveau individuel, du groupe et de la communauté (par exemple, santé, logement, éducation, emploi, sécurité).
- Démocratie et gouvernance- la communauté fournit des processus démocratique et des structures de gouvernance ouvertes et responsables.
- Maturité-individu accepte la responsabilité d'une croissance et d'une amélioration cohérentes grâce à des attributs sociaux plus larges (par exemple, style de communication, schémas comportementaux, éducation indirecte et explorations philosophiques).⁶¹

3.3.9 Les aspects de la durabilité sociale :

Les différents aspects de la durabilité sociale sont souvent pris en compte dans l'investissement socialement responsable (ISR). Les critères de la durabilité sociale couramment utilisés par les fonds et indices ISR pour évaluer les sociétés cotées sont les suivants : communauté, diversité, relations avec les employés, droits de l'homme, sécurité des produits, reporting et structure de gouvernance.

- Anthropocentrique/ biocentrique : par dimension anthropocentrique, on entend deux approches : dans la perspective anthropocentrique, la durabilité sociale est considérée comme nécessaire pour le maintien des moyens de subsistance humains, alors que dans la perspective biocentrique (et éco-centrée), la durabilité sociale ne sert qu'à préserver la nature. . dans l'approche écocentrique, la nature est donc souvent attribuée à une valeur intrinsèque, alors que dans la perspective anthropocentrique, la nature n'est qu'un moyen de garantir l'existence humaine.
- Stratégie d'efficience/ suffisance : la stratégie d'efficacité vise à surmonter les problèmes sociaux, c'est-à-dire à accroître l'efficacité technologique pour apporter des changements. La stratégie de suffisance appelle un changement de style de vie.

⁶¹ Durabilité sociale ; <https://www.hisour.com>

- Laissez-faire / interventions : les représentations du laissez-faire croient que la dynamique du marché résoudra les problèmes de manière indépendante, tandis que d'autres positions exigent une intervention modérée ou forte de l'Etat ou des changements de comportement individuels pour maîtriser les problèmes.⁶²

3.4 Conclusion

Une revue de littérature sur le concept de durabilité sociale, au sens de « développement socialement durable », Selon les économistes politiques et géographes Vallance, Perkins et Dixon (2011), le concept de durabilité sociale est perçu de trois manières différentes dans la littérature : a) le développement socialement durable visant la provision de biens tangibles (revenus) et intangibles (respect des droits) aux individus dans un objectif de développement social, b) la durabilité sociale comme pont entre les comportements citoyens et les objectifs écologiques visés (« consom'acteurs »), et enfin c) la durabilité sociale comme une préservation des préférences socio-culturelles au cours du temps (Vallance, et al. 2011).⁶³

⁶² Durabilité sociale ; <https://www.hisour.com>

⁶³ Ninon SIRDEY , Emmanuelle CHEYNS : La durabilité sociale dans les normes transnationales volontaires de développement durable : Tensions entre droits, inégalités et capacités; colloque internationale; Paris 2015

Chapitre 04 : Analyse des exemples

Chapitre 4: Analyse des exemples

4.1 Introduction :

Dans ce chapitre on va essayer d'analyser quelques exemples pour pouvoir en tirer des informations, avoir un programme officiel, des normes et des réglementations auxquels on peut se référer ; afin de nous aider dans la conception et la maîtrise de notre projet.

4.2 Etude des exemples livresques :

4.2.1 REHAZENTER- centre national de rééducation fonctionnelle et réadaptation :



Figure 4 : centre Rehazenter de rééducation fonctionnelle et réadaptation ;

Source : linkedin.cn

4.2.1.1 Motivation de choix :

On a choisi cet exemple pour :

- Un projet respectueux de l'environnement.

Chapitre 04 : Analyse des exemples

- Une intégration parfaite du complexe dans le site et d'engagement fort en termes de développement durable
- un exemple d'architecture civile qui met l'utilisateur au centre de la conception
- exemple parfait pour l'intégration sociale des personnes en situation handicapés à travers des soins médico-sociaux et activités culturelles.

4.2.1.2 Présentation du projet :

- **Fiche technique:**

Prix Luxembourgeois d'architecture 2007

Bauhärepais 2008

IAKS Sonderpreis 2009

- **Maître d'ouvrage :** Rehazenter (Etablissement Public).
- **Architecte :** Jürgen Simon.
- **Surface :** 12 900 m²
- **Programme :** centre de rééducation, 80 lits d'hospitalisation, plateaux de diagnostic, traitements ambulatoires, salle de sports, piscine, ateliers, appartements thérapeutiques.
- **Situation :** Rue André Vesale, Luxembourg-Kirchberg. ⁶⁴



Figure 5 : accès principale du centre Rehazenter de la rééducation fonctionnelle ;

Source : www.rehazenter.lu

⁶⁴ <https://www.rehazenter.lu>

- **Mission / objectives du Rehazenter- centre national de rééducation fonctionnelle et réadaptation :**

La mission principale du centre est de proposer aux personnes en situation handicapées ou bien personnes accidentées de la vie une prise en charge spécialisée dans le domaine de la rééducation fonctionnelle et de la réadaptation, selon une approche multidisciplinaire intégrant des dimensions médicales, médico-soignantes, thérapeutiques, psychique et médico-sociales en stationnaire et en ambulatoire, et s'inscrivant dans une filière de soins nationale en rééducation.

4.2.1.3 Etude du plan de masse :

- **L'environnement immédiat:**

Le projet est implanté dans un milieu forestier dans le côté Est- ouest.

La zone verte aménagée, comprenant place publique, places de stationnement et chemins piétons, située entre la voie publique et le bâtiment, sert de tampon vers l'habitat et le raccordement à la circulation.



Figure 6 : environnement immédiat du centre Rehazenter ;

Source : image Google Earth + traitement par l'auteur

▪ L'accessibilité et la circulation:



Figure 7 : plan de masse de centre Rehazenter ;

Source : image : www.archdaily.com + traitement par l'auteur

- Le centre raccordé à la ville par la « rue des Labours » au Nord.
- Il est accessible par deux voies :
 - Voie principale dans le Nord-ouest.
 - Voie secondaire dans de Sud-est avec une circulation piétonn accédée à la zone verte (vallée)

▪ L'intégration / implantation:

L'implantation suit une logique ancienne et efficace qu'on retrouve dans les anciens couvents et dans les premiers hôpitaux où le plan présentait des corps de bâtiment alternés par des cours vastes et éclairées en



Chapitre 04 : Analyse des exemples

exploitant des circulations essentielles mais magnifiées par les arcs et les voûtes.

Les différentes fonctions du bâtiment se répartissent sur quatre niveaux qui s'intègrent à la topographie en tenant compte des contraintes d'accessibilité, d'éclairage et de communication avec l'extérieur. Du point de vue fonctionne ⁶⁵



Figure 8 : l'intégration du centre dans un terrain en pente ;

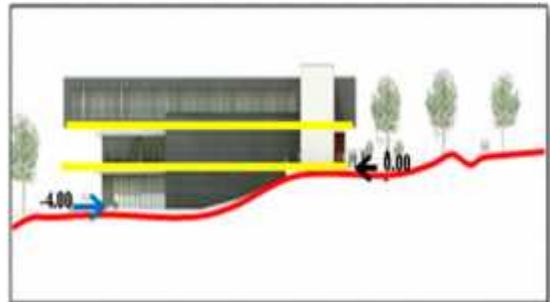
Source : Image www.archdaily.com

Le projet intégrée au site en pente en amont de la vallée ; et ça valorisée le paysage extérieure
Un exemple d'architecture civile qui met l'utilisateur au centre de la conception, la lecture des espaces est clair. Les apports de lumière naturelle construisent une ambiance sereine et permettent d'articuler les fonctions.

Les salles de thérapies et les unités d'hospitalisation peuvent être orientées du côté vallée plus tranquille.

Le projet intégré au site en pente accessible par deux entrées :

- Entrée principale par Nord-Ouest (RDC 0.00).
- Entrée secondaire par Sud-est (sous sol - 4.00)



⁶⁵ www.m3architectes.com

4.2.1.4 Forme et composition :

Le projet à une forme simple, représenté par un grand rectangle central, et trois autres rectangles superposés, cette composition non seulement pour subvenir à des besoins, mais aussi pour la recherche d'un équilibre visuel, les trois unités sont conçues comme trois boîtes posées.



Figure 9 : composition du centre Rehazenter ;
Source : Google Earth + traitement par l'auteur

Les unités d'hospitalisation sont conçues comme trois boîtes posées au niveau +1 au-dessus des plateaux thérapeutiques et médico-techniques. Ces volumes transpercent le couloir vitré principal.

4.2.1.5 Etude de la façade :

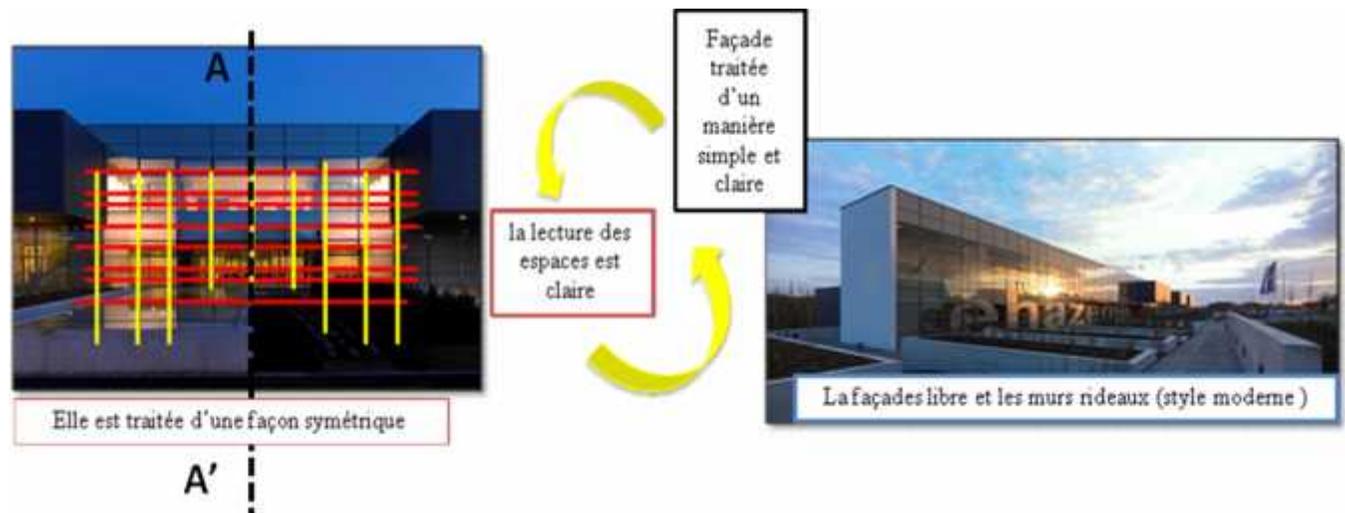


Figure 10 : schémas d'analyse des façades du centre Rehazenter ;

Source : photos « linkedin.cn » + traitement par l'auteur

- Gabarit : R+2

Chapitre 04 : Analyse des exemples

- Matériaux utilisés : le verre, le béton, l'acier.
- Toiture : plate.
- L'utilisation de baies vitrées sur les espaces qui nécessitent un maximum d'éclairage.
- L'utilisation de la répétition d'un même modèle
- Les couleurs utilisées : le blanc, le Gris, bleuet noir
- Une forme en longueur qui suit l'alignement de la voie.
- Le style architectural : architecture moderne. « Les façades libres et les murs rideaux. »
- Façade traitée d'une manière simple et claire : la lecture des espaces est claire

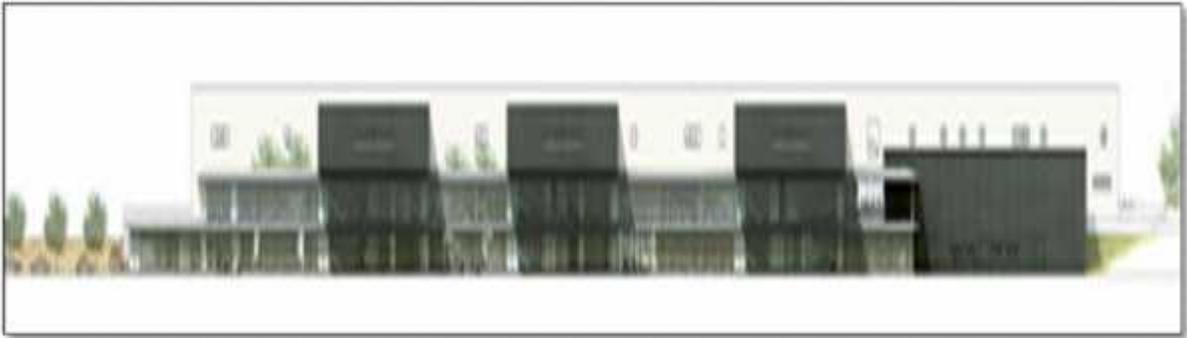


Figure 11 : façade Sud-est du centre Rehazenter ;

Source : www.archdaily.com



Figure 12 : Façade Nord-est du centre Rehazenter ;

Source : www.archdaily.com



Figure 13 : Façade Sud-ouest du centre Rehazenter ;

Source : www.in.pinterest.com

4.2.1.6 L'analyse fonctionnelle:

- **La circulation horizontale :**

La communication horizontale est assurée par le hall qui mène à tous les pièces thérapie.

- **La circulation verticale :**

La communication verticale entre les différents niveaux est assurée principalement par les escaliers et les ascenseurs qui forment la colonne dorsale du bâtiment.

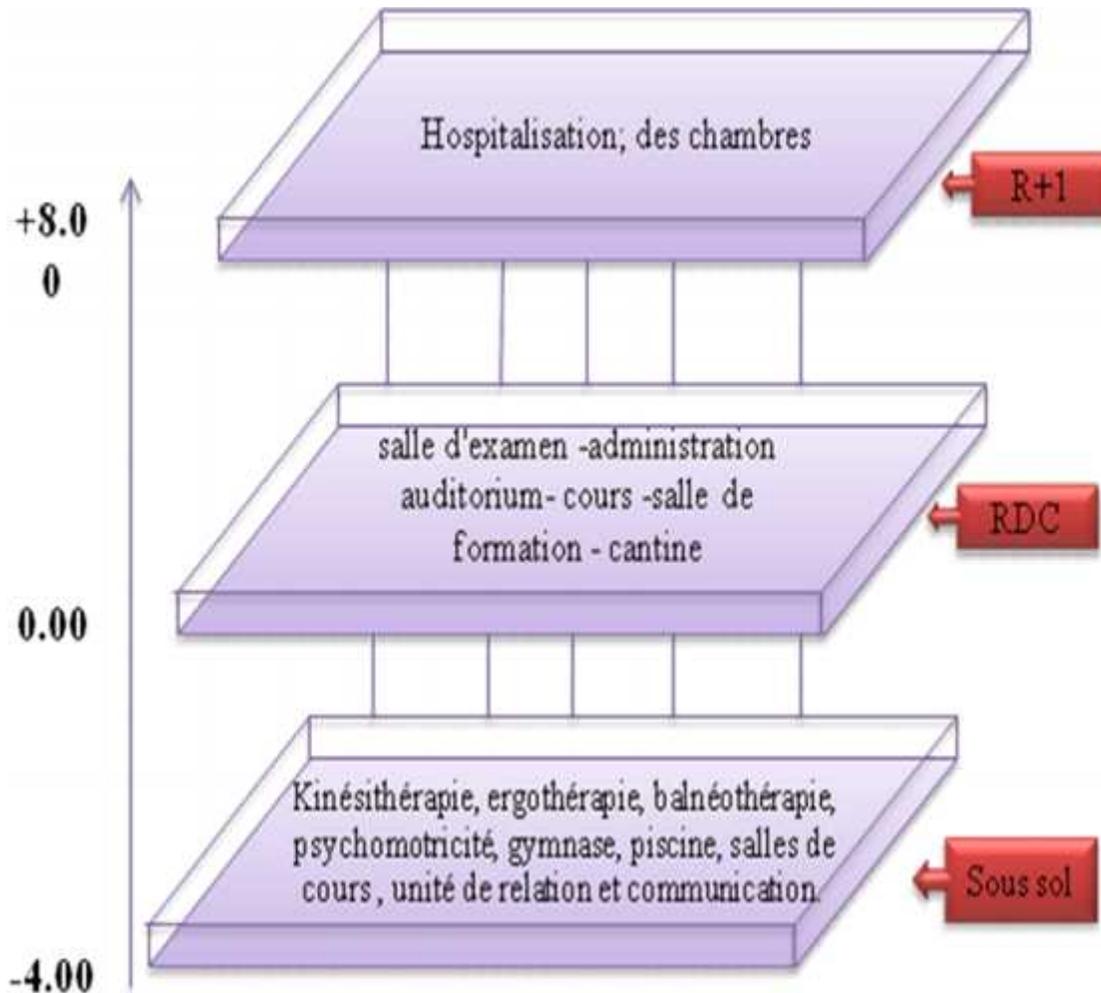


Figure 14 : schémas générale de l'organisation du projet ;

Source : traité par l'auteur

- Le niveau -1 qui est le plateau thérapeutique proprement dit, est en communication directe avec le parking souterrain et les thérapies extérieures ⁶⁶
- Un vaste parking souterrain complété par des emplacements extérieurs offre 350 places de stationnement.

⁶⁶ <https://www.rehazenter.lu>

Chapitre 04 : Analyse des exemples

- Des emplacements pour personnes handicapées sont disponibles dans chacune des aires de stationnements
- Circulation axial en T composée par :
 - Axe principale parallèle avec le voie publique.
 - Axe secondaire perpendiculaire avec le voie publique.
- La distribution des espaces publiques se fait par le hall; il s'agit en l'occurrence du restaurant avec la cuisine, du kiosque et des salles de conférence.
- Deux bassins complémentaires peuvent être utilisés dans les prises en charges des différentes pathologies
- Les unités d'hospitalisation sont conçues comme trois boîtes posées au niveau +1 au-dessus des plateaux thérapeutiques et médicotechniques.
- transparent à travers le couloir vitré principal.
- Le Rehazenter dispose de 24 chambres doubles et 24 chambres simples réparties entre les secteurs de neurologie, de traumatologie / orthopédie et de rééducation précoce.
- La communication verticale entre les différents niveaux est assurée principalement par le couloir vitré qui forme la colonne dorsale du bâtiment.
- Des cours intérieures permettent l'entrée de la lumière au sein du centre de rééducation. Elles peuvent aussi servir aux traitements en extérieur
- Un terrain de basket couplé à des aires de travail (de différentes textures) avec table et chaises vient compléter les surfaces de thérapie situées en dehors du bâtiment.
- Un parcours de réentraînement à la marche et au maniement des chaises roulantes se trouve en situation intermédiaire : il est logé sous une avancée de toit, à l'air libre mais à l'abri des intempéries.⁶⁷

⁶⁷ <https://www.rehazenter.lu>



4.2.1.7 Synthèse :

- La séparation des parkings dans le RDC et le sous-sol qui permet une bonne circulation
- L'éclairage et la ventilation naturelle des zones thérapeutiques sont assurés par l'organisation de cours intérieures
- les salles de thérapies et les unités d'hospitalisation ont été orientées du côté vallée, plus tranquille.
- l'établissement est bien occupé et dans un endroit calme

Chapitre 04 : Analyse des exemples

- L'ouverture du Centre facilite l'intégration des patients dans la vie quotidienne de la société.

4.2.2 Centre de Rééducation Groot klimmendaal /Koen Van Velsen :



Figure 16 : Centre Groot Klimmendaal ;

Source : <https://www.archdaily.com>

4.2.2.1 Motivation de choix :

On a choisi cet exemple pour :

- Un projet respectueux de l'environnement.
- Une intégration parfaite du complexe dans le site et d'engagement fort en termes de développement durable.
- la facilitation des échanges entre patients et habitants du quartier

4.2.2.2 Présentation du projet :

▪ Fiche technique:

- Ce projet a été sélectionné comme finaliste pour le prix Mies van der Roche 2011.
- Nommé bâtiment de l'année 2010 par l'association Néerlandaise des architectes.
- Lauréat du premier prix Hedy d'Ancona 2010 pour l'excellence de son architecture de soins de santé.

Chapitre 04 : Analyse des exemples

- Lauréat du prix Arnhem Heuvelink 2010 et du public prix et catégorie intérieur commercial.⁶⁸
 - *Architectes*: architecte en bureau Koen Van Velsen BV
 - *Surface* : 14 000m²
 - *Année du projet* : 2011
 - *Nombres* : chaque année, 6 600 patients (5 700 ambulatoires et 900 hospitalisées) sont traités par 800 collaborateurs. La capacité d'enregistrement est de 112 lits.⁶⁹
- **Situation :**



Le centre de Groot Klimmendaal est situé dans une forêt à l'extérieur Arnhem, il est accessible depuis la rue Heijenoordseweg.⁷⁰

⁶⁸ <https://fre.architecturaldesignschool.cn>

⁶⁹ <https://www.miesarch.com>

⁷⁰ <https://www.zorggidsnederland.nl>

▪ Principe d'implantation :

-  Centre de rééducation
Groot Klimmendaal
-  Nouveau Parking.
-  rue Heijenoordseweg.

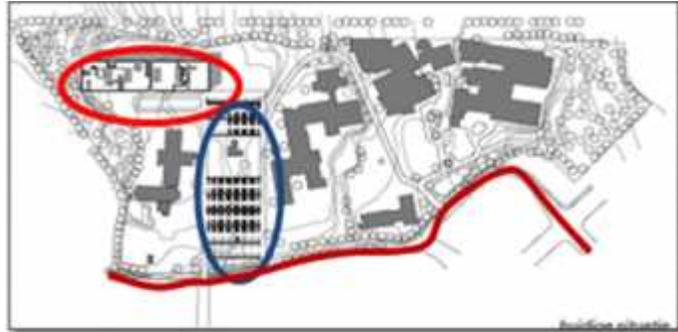


Figure 18 : plan d'implantation du centre ;

Source : <https://www.miesarch.com>

Groot Klimmendaal fait partie d'un plan directeur également conçu par Koen Van Velsen. Le plan directeur prévoit que la zone, en grand partie construite sur des bâtiments d'un et deux étages, sera progressivement transformée en un paysage de parc public.⁷¹

4.2.2.3 Etude de plan de masse :

L'environnement immédiat:

⁷¹ <https://www.miesarch.com>

Chapitre 04 : Analyse des exemples



Figure 19 : l'environnement immédiat du centre Groot Klimmendaal,

Source : Google Earth + traitement par l'auteur

- Le centre est implanté dans un milieu urbain.
- Steven Van der Heijden de la pratique dit que le centre vise à « remettre les gens dans la communauté » et dans cet esprit l'architecte a essayé de « mettre un sentiment de communauté dans le bâtiment ».
- Le centre raccordé à la ville par la «rue Heijenoordseweg» à l'est.
- La nature a une forte présence visuelle et tangible.

- **L'intégration / implantation:**

L'architecte néerlandais Koen van Velsen ont développé deux principes pour ce projet:

- l'intégration du bâti dans son environnement naturel.
- la facilitation des échanges entre patients et habitants du quartier



- Le centre est basé sur l'idée que l'empreinte au sol est réduite au minimum; Les 13.800 m² sont concentrés sur une faible empreinte au sol
- le centre déploie vers le haut et est en porte-à-faux sur une pente à l'arrière afin que « la forêt puisse monter au bâtiment et pousser en dessous ».
- Un sentiment d'émerveillement; de curiosité brûlante et d'anticipation de « l'émergence » finale de la forme derrière les arbres. ⁷²

4.2.2.4 Forme et composition :

- Le projet à une forme simple, représenté par des rectangles superposés pour créer un équilibre visuel. C'est projet monobloc (forme d'une boîte).
- Les 13.800 m² sont concentrés sur une faible empreinte au sol et développés sur six niveaux décalés les uns par rapport aux autres, pour laisser la végétation se déployer



⁷² <https://www.archdaily.com>



- Le rapport à la nature est omniprésent: en tout point du volume, des perspectives s'ouvrent sur l'extérieur, le vaste porte-à-faux au-dessus de l'entrée offre une vue imprenable depuis les chambres des patients situées au 3 e étage.

4.2.2.5 Etude de façade :

- Le principe de la transparence à travers le vitrage et le vide
- La combinaison du verre, d'acier, et de bois.
- La façade en aluminium anodisé brun-or
- Panneaux vitrés horizontaux homogènes avec le sens de forme pour forcer les sentiments du calme
- niveaux décalés les uns par rapport aux autres

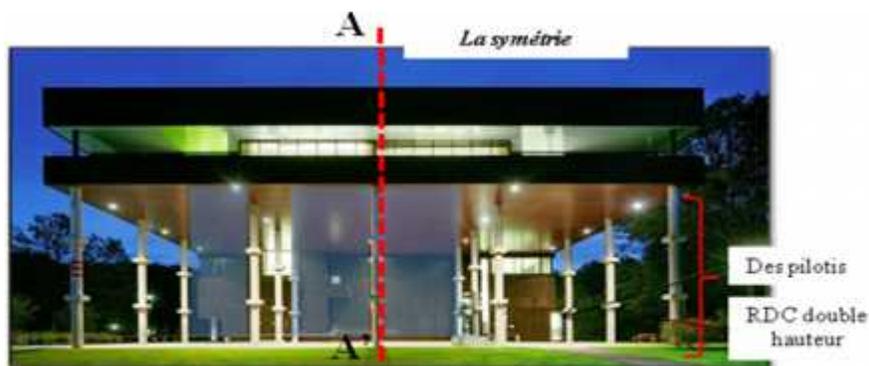


Figure 20: schéma d'analyse de la façade

Source : <https://fre.architecturaldesignschool.cn>

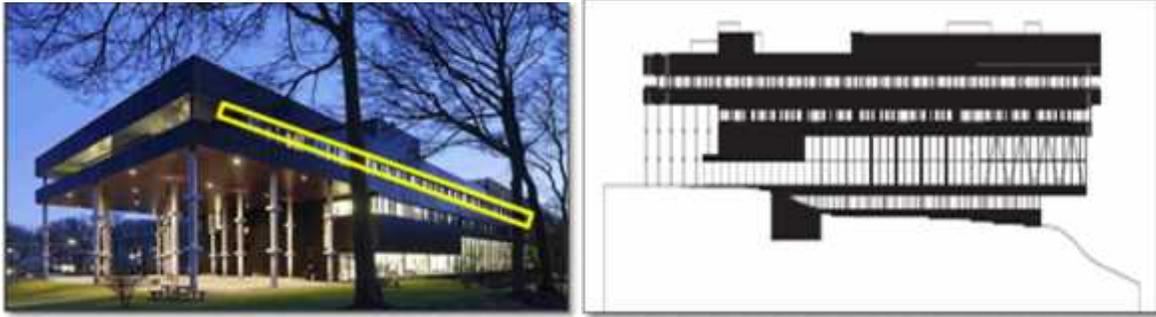


Figure 21 : Façade Ouest,
Source : <https://www.miesarch.com>

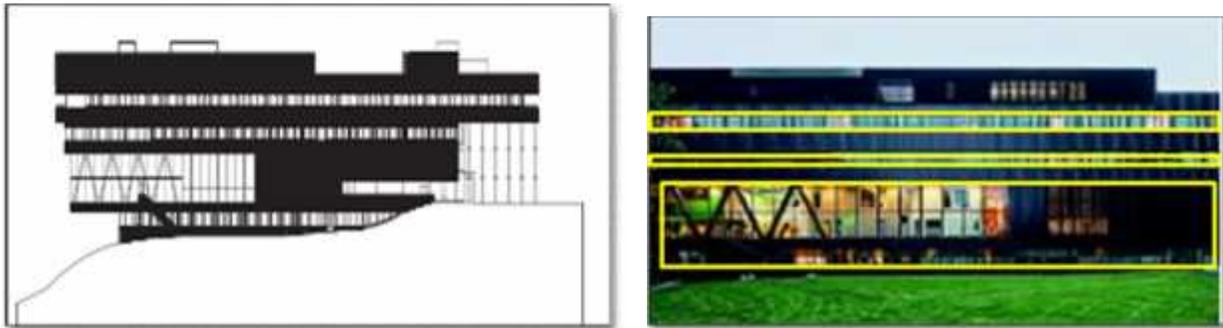


Figure 22 : Façade Est ;
Source : <https://www.miesarch.com>

4.2.2.6 Analyse fonctionnel:

La circulation horizontale :

La communication horizontale est assurée par le hall qui mène à tous les pièces thérapie.⁷³

La circulation verticale :

Représenté par les escaliers et les ascenseurs qui favorise une facilité de déplacement entre les étages.

⁷³ <https://archello.com>

Chapitre 04 : Analyse des exemples

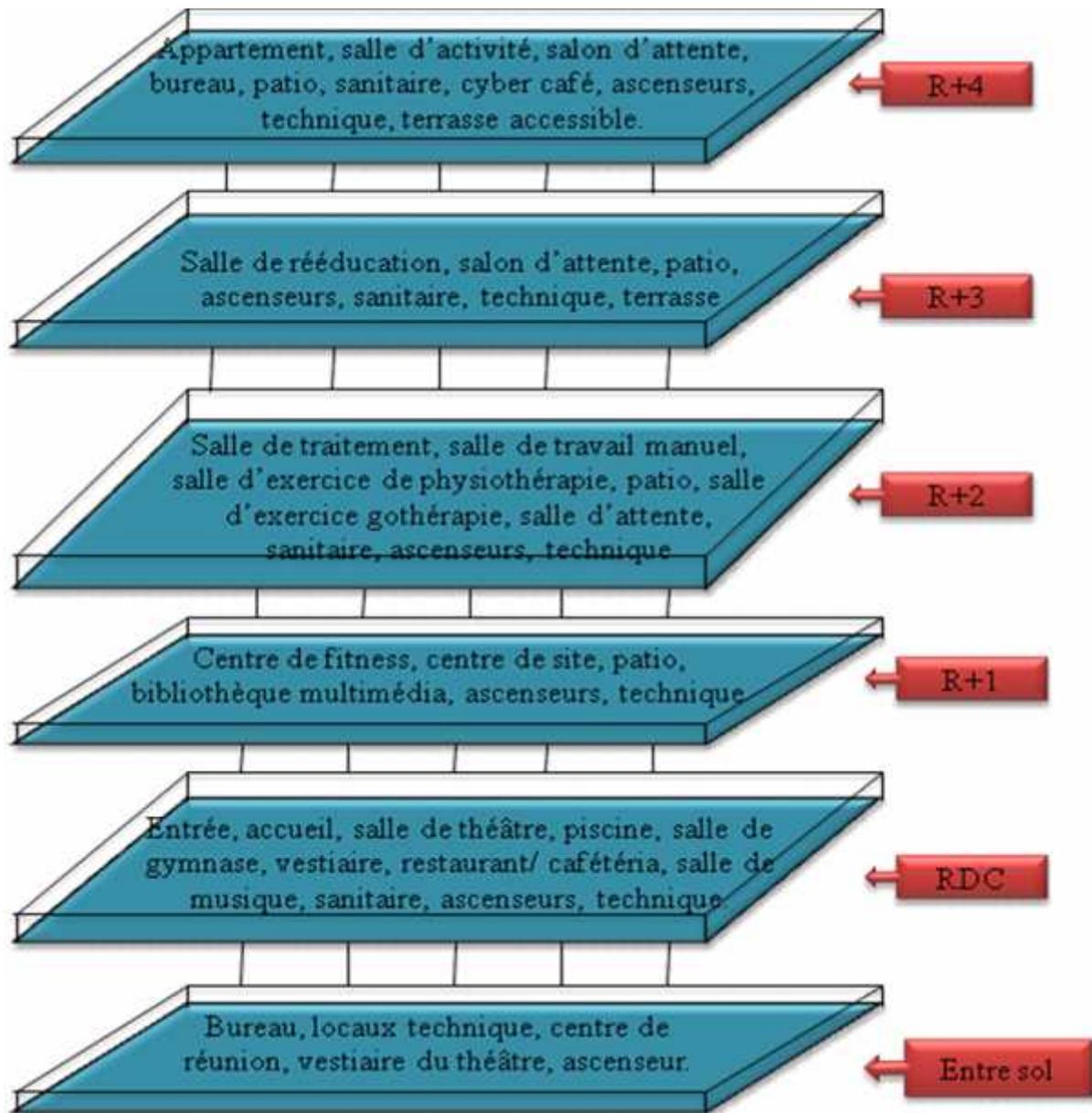


Figure 23 : schéma générale de l'organisation du projet ;

Source : traité par l'auteur

- Sous sol réservée à la fonction administrative et les locaux technique, il est accessible à travers les ascenseurs (2 au nord et 2 au sud) et circulation horizontal axiales

Chapitre 04 : Analyse des exemples

- Le rez-de-chaussée à double hauteur au niveau de l'entrée facilite les éléments spéciaux du programme tels qu'une installation sportive, un fitness, une piscine, un restaurant et un théâtre
- Non seulement les patients, mais aussi les membres de leur famille et les membres de la communauté locale (école, groupes de théâtre, etc.) utilisent ces installations régulièrement
- Une combinaison de grands et de petits vides et puits de lumière, assurent une connexion spatiale entre les différents niveaux
- L'utilisation du concept « *Ronald Mc Donald* » : *Ronald McDonald House* est une organisation américaine indépendante à but non lucratif dont la mission déclarée est de créer, trouver et soutenir des programmes qui améliorent directement la santé et bien-être des enfants. fondée le 15 octobre 1974, basé sur trois programmes : Manoir Ronald McDonald, Salle familiale Ronald McDonald et Ronald McDonald Care Mobile.
- Les puits de lumière pour assurée lumière naturelle et une connexion spatiale entre les différents niveaux

4.2.2.7 Concepts et caractéristiques :

La transparence, la continuité, la superposition, la diversité et l'expérience de la nature sont tous les ingrédients de cet environnement stimulant.⁷⁴

▪ Phénomène de couleur:

- L'utilisation de la couleur dans les espaces de circulation de Groot Klimmendaal.
- Les couleurs vives se comportent comme des stimuli.
- Permet à une personne de créer une carte mentale de l'espace.



⁷⁴ <https://archello.com>

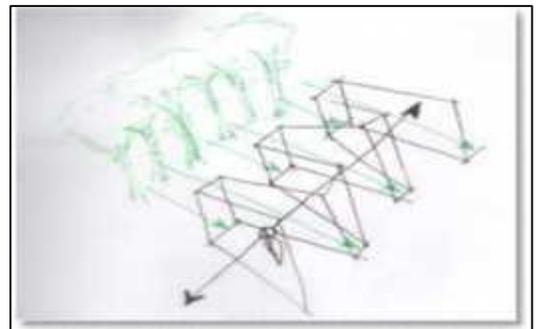
Chapitre 04 : Analyse des exemples

- Utilise des couleurs vives pour contraster les murs et les bois blancs ou gris plus froids afin de créer des invites de mémoire à chaque niveau.
- Les couleurs vives sont généralement associées à l'enfance et, en tant que telles, elles sont amusantes.
- Le bâtiment est d'un blanc stérile à l'extérieur des salles pour enfants.



- - **Transparence:**

- L'architecte a porté une attention particulière aux effets de transparence sur les occupants du centre tel que: Cafétéria, l'escalier en pente qui traverse l'ensemble bâtiments, les espaces de la physiothérapie ainsi que les couloirs et l'autres espaces de circulation.
- Il y a des vues dans toutes les directions, créant l'illusion que la forêt s'est déplacée à l'intérieur (ou, peut-être, que l'habitant s'est déplacé à l'extérieur)
- Utilise la transparence non seulement à travers le vitrage, mais également à travers l'espace vide. « espaces de transition ».
- Une combinaison de grands et de petits vides et puits de lumière, assurent une connexion spatiale entre les différents niveaux
- L'architecte a prouvé que les patients ayant une vue sur les paysages naturels guérissent plus rapidement que ceux qui ont une vue sur les paysages urbains.⁷⁵

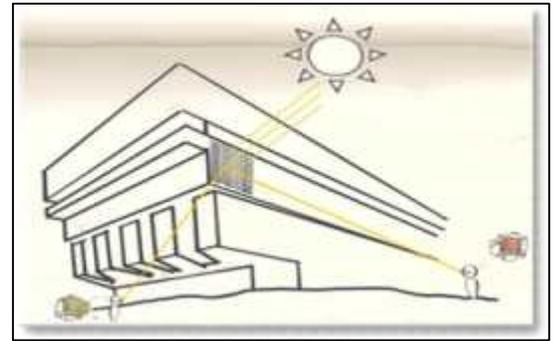


⁷⁵ <https://archello.com>

Chapitre 04 : Analyse des exemples

▪ **Lumière:**

- La façade de Groot Klimmendaal est en aluminium anodisé bronze doré; la nature de l'aluminium de renvoyer la lumière à la personne qui vit l'architecture; l'angle de pénétration de la lumière dans l'œil détermine la couleur perçue par cette personne exacte à ce moment précis dans le temps.
- Les jeux de lumière et d'ombre et de mouvement qui présentent le plus d'intérêt.
- la lumière naturelle profonde dans le cœur de la 30 mètres de large bâtiment
- Ambiance lumineuse (lumière artificiel dans la nuit)⁷⁶



▪ **La durabilité:**

- L'utilisation d'énergie est réduite par la conception compacte du bâtiment et la conception des installations mécaniques et électriques, notamment le stockage thermique (chaleur et froid).
- Le choix de matériaux de construction durables et de matériaux nécessitant peu d'entretien pour les revêtements de sol, les plafonds et les revêtements de façade donne un bâtiment facile à entretenir et à longue durée de vie.
- Le bâtiment a été conçu sur mesure pour ses utilisateurs, mais la conception offre en même temps des possibilités d'utilisation différentes du bâtiment et des transformations inévitables de différents services au sein de l'organisation du client.⁷⁷



⁷⁶ <https://archello.com>

⁷⁷ <https://fre.architecturaldesinschool.cn>

Chapitre 04 : Analyse des exemples

4.2.2.8 Synthèse :

- Le projet «Centre de rééducation Groot Klimmendaal » est un exemple idéal pour l'intégration du bâti dans son environnement naturel.
- Conception simple et humaine pour faciliter l'intégration des utilisateurs avec les différents espaces.
- Le centre assure le contact social entre les utilisateurs et les habitants de quartier (ou bien la ville)
- Les ingrédients de l'excellence de ce projet sont : La transparence, la continuité, la superposition, la diversité et l'expérience de la nature

4.3 Etude d'exemple existant :

4.3.1 Complexe Thermal Hammam Chellala Guelma :



Figure 24 : Complexe Thermal Hammam Chelalla Guelma ;

Source : Complexe Thermal Hammam Chelalla, page Fb

Chapitre 04 : Analyse des exemples

4.3.1.1 Motivation de choix :

On a choisi cet exemple pour :

- Exemple locale réussi de la rééducation et la réadaptation
- La facilitation des échanges entre patients et habitants du quartier.

4.3.1.2 Présentation du projet :

▪ Fiche technique :

Projet : complexe thermal Hammam Chellala –Guelma-

Situation : Hammam Dbagh –Guelma-

Superficie total : 21 Ha 94 ares 20 Ca .

Surface bâti : 1 Ha 9 ares 13 Ca

Gabarit : R+4 ; sous sol.

Capacité : 61 chambres d'hôtel ; 112 bungalows. ; Etablissement thermal ; Centre commercial et Loisirs.

Situation :

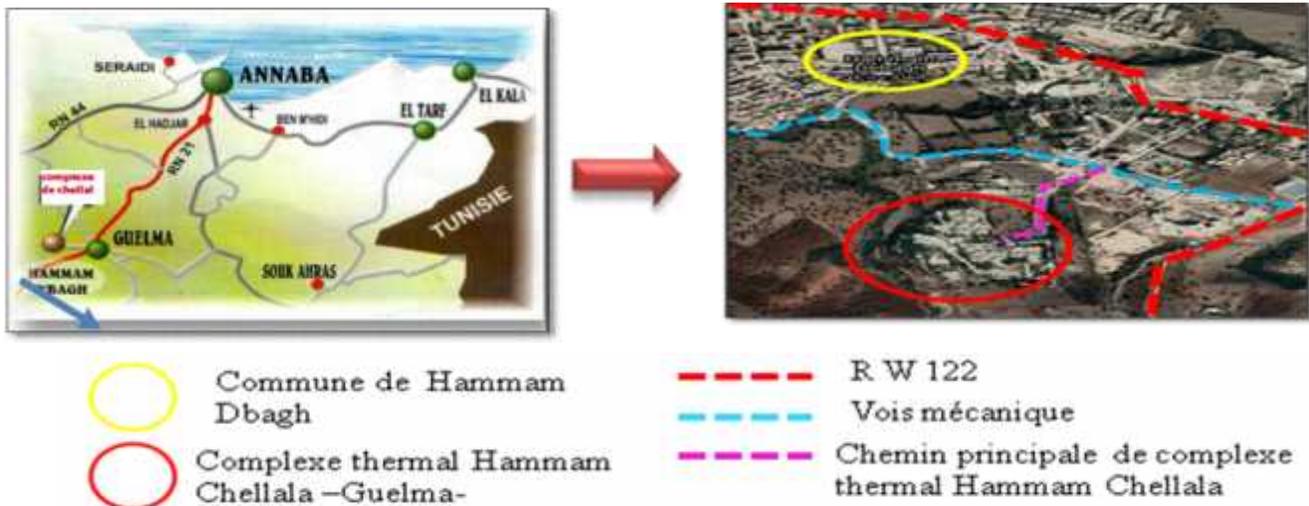


Figure 25 : situation du complexe thermal Hammam Chellala ;

Source : Google Earth + traitement par l'auteur

Chapitre 04 : Analyse des exemples

Hamam Chellala se situe dans la wilaya de Guelma à 20 kilomètres au Nord-Ouest de la wilaya de GUELMA, à une altitude 320 m sur la vallée d'Oued Bouhamdane, un microclimat doux et sec 28C°.

4.3.1.3 Etude de plan de masse :

▪ L'environnement immédiat:

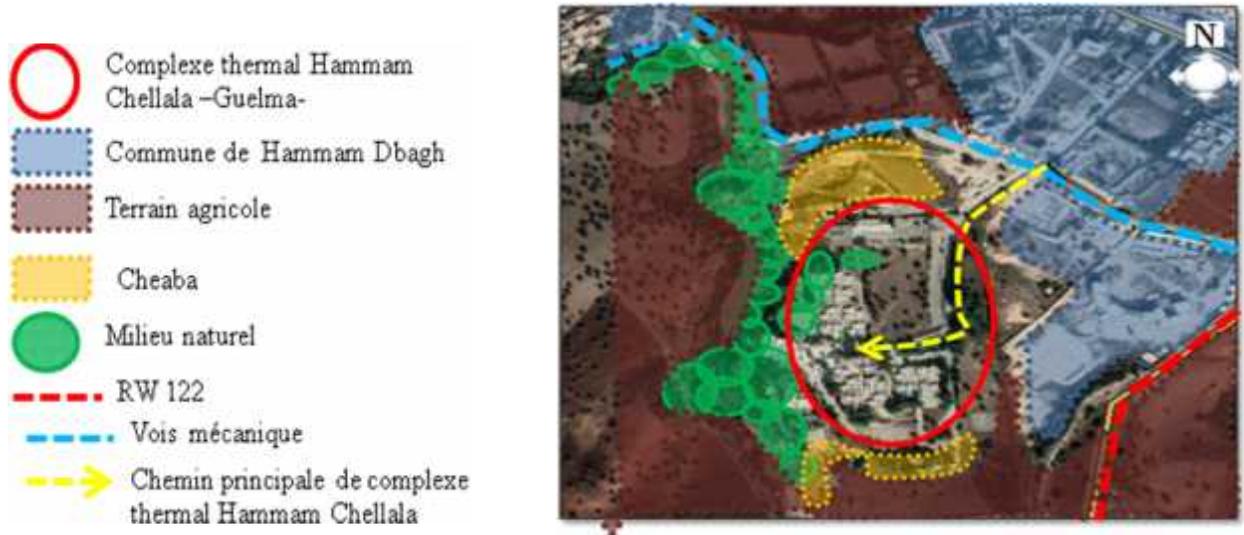


Figure 26 : l'environnement immédiat du complexe ;

Source : Google Earth + traitement par l'auteur

- Le projet est implanté dans un site offrant le maximum des vues panoramiques à proximité des sources et relié au village par l'intermédiaire d'une voie routière provenant de Guelma et Constantine⁷⁸
- La station thermale de Chellala est limitée par :
 - Oued Bouhamdane au Sud ;

⁷⁸ OUMEDDOUR Ilyes ; « Efficacité énergétique et écotourisme (pour architecture verte et intelligente) » ; Mémoire Master en architecture ; Université 08 Mai 1945 de Guelma ; 2017.

Chapitre 04 : Analyse des exemples

- La ville de Hammam Debagh au Nord ;
- Des terrains agricoles à l'Ouest et à l'Est.
- **L'accessibilité et la circulation:**

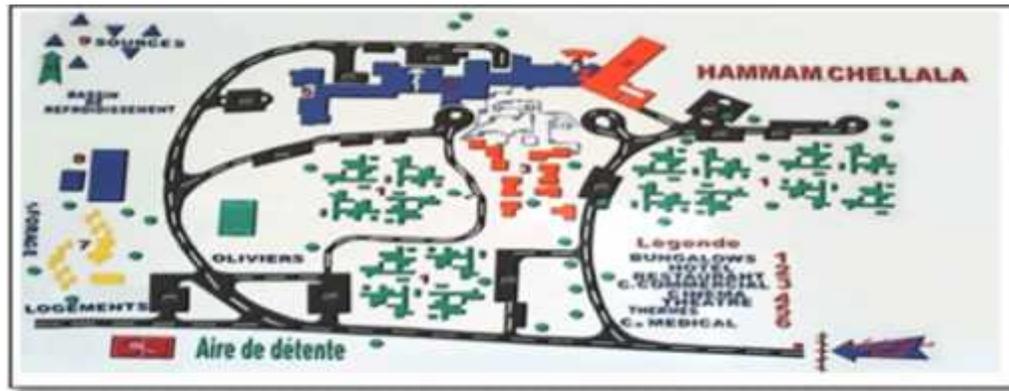


Figure 27 : schémas de circulation et l'accessibilité du complexe ;

Source : Administration du complexe

Circulation Mécanique :

L'accès au projet est assuré par une seule voie mécanique principale, qui se divise pour donner plusieurs chemins secondaires (Deux voies principales aménagées en parking qui reçoit le flux mécanique) l'un mène à l'hôtel, l'autre mène au bloc thermal.

Circulation Piétonne :

Des voies piétonnes sont aménagées à l'intérieur du complexe thermal. Elles mènent jusqu'aux bungalows qui assurent la circulation entre les bungalows et les espaces verts.

- Une circulation mécanique rejetée vers l'extérieur afin de favoriser la circulation piétonne et assure: **La sécurité des touristes- Le confort acoustique.**
- La proximité des parkings par rapport aux unités d'hébergements (Bungalow).
- La plus grande densité de circulation piétonne se trouve au niveau des bungalows
- Le complexe s'organise comme suit:
 - L'hôtel avec le restaurant.
 - L'établissement thermal.

Chapitre 04 : Analyse des exemples

- Les bungalows.
- Le centre commercial + les aires de jeux et les terrains de sport

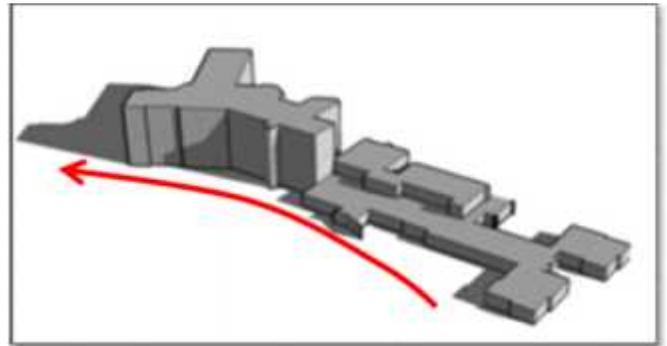
On peut conclure les points suivants:

- La station a été conçue suivant deux principes:
 - Le semi éclaté : Combinaison du monobloc dans l'ensemble hôtel et bloc thermal avec l'éclaté des bungalows et les commerces.
 - Centralisation des équipements de commerce et de loisirs autour des quels s'organisent les différentes parties de la station thermale
- Les aires de jeux et de détente ainsi que les zones d'hébergement bungalows occupent une surface importante⁷⁹

4.3.1.4 Forme et composition :

- Le projet est une composition géométrique de la forme de base (carré, cercle et rectangle)
- Il compose de 5 niveaux réservée pour : les soins thermal, l'hôtel, l'administration et restauration.
- La forme axiale en longueur de l'établissement thermal permet d'avoir une orientation Est-ouest dans la majorité des locaux.

Elle résulte d'une enveloppe destinée à répondre à un aménagement fonctionnel bien précis, de ce fait la volumétrie n'a pas été objet d'une recherche spéciale, sauf pour le bloc thermal qui présente un volume assez intéressant.⁸⁰



⁷⁹ OUMEDDOUR Ilyes ; « Efficacité énergétique et écotourisme (pour architecture verte et intelligente) » ; Mémoire Master en architecture ; Université 08 Mai 1945 de Guelma ; 2017.

⁸⁰ OUMEDDOUR Ilyes ; « Efficacité énergétique et écotourisme (pour architecture verte et intelligente) » ; Mémoire Master en architecture ; Université 08 Mai 1945 de Guelma ; 2017.

4.3.1.5 Etude de la façade :



Figure 28 : Façade Est du complexe Hammam Chelalla ;
Source : Complexe Thermal Hammam Chelalla, page Fb.

- Gabarit R+4
- Colleur blanc
- son architecture est de style moderne pour l'hôtel et le bloc thermal ; et de style mauresque pour les bungalows
- Ouverture horizontal

Donc :

Le complexe présente deux façades : Est et Ouest. La lecture de la façade principale nette; l'organisation entre le plein et le vide s'effectue par des bandes horizontales et traduisant les activités qui se passent à l'intérieur.

4.3.1.6 Analyse fonctionnel :

Les fonctions principales du complexe : Soins thermal, hébergement, commerce

- **L'espace cure:**

Rassemblé dans un monobloc différencié (L'hôtel avec le restaurant + L'établissement Thermal.)

Chapitre 04 : Analyse des exemples

- **L'espace commercial:**

Il occupe le centre de l'ensemble. Il est composé de plusieurs locaux.

- **L'espace hébergement (Bungalows):**

Les bungalows forment deux ensembles, chaque ensemble est constitué de deux sous ensembles (hiérarchisation) et chaque sous-ensemble est formé de 4 unités⁸¹

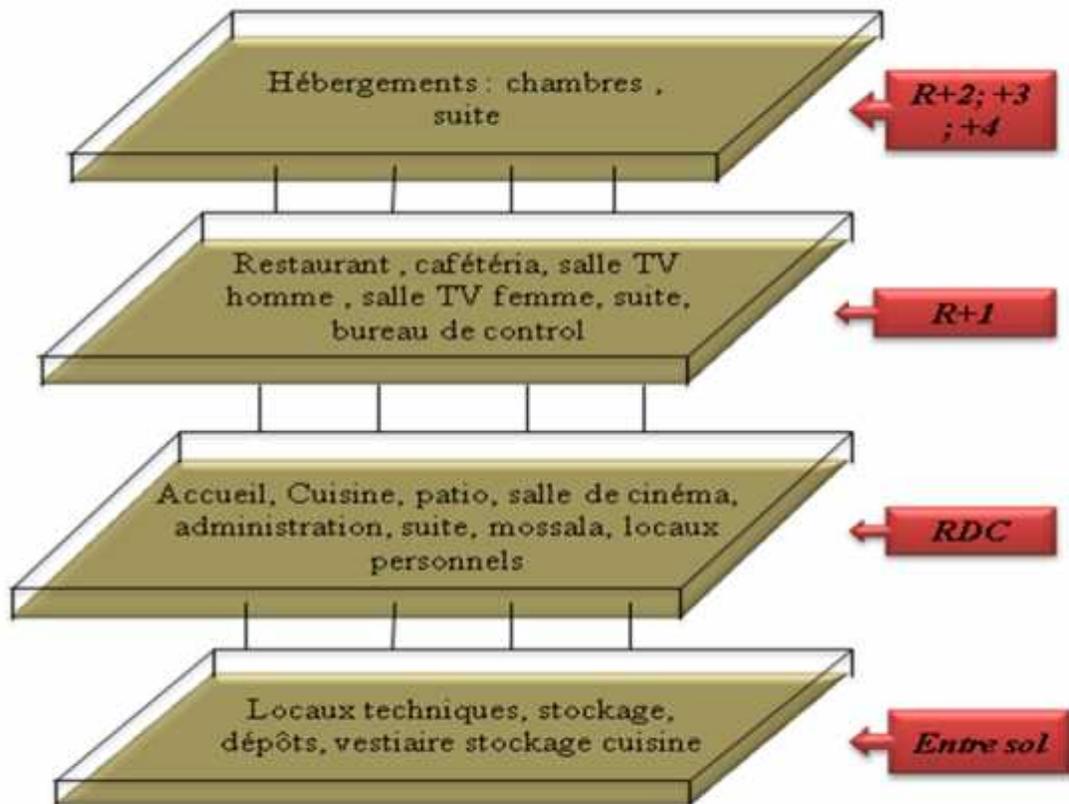


Figure 29 : schéma générale de l'organisation du projet ;

Source : traité par l'auteur

⁸¹ OUMEDDOUR Ilyes ; « Efficacité énergétique et écotourisme (pour architecture verte et intelligente) » ; Mémoire Master en architecture ; Université 08 Mai 1945 de Guelma ; 2017.

Chapitre 04 : Analyse des exemples

- Sous sol ou bien l'entre sol réservée pour les locaux techniques, les stockages du restaurant et les vestiaires personnels femmes et hommes liées avec les autres étages par les escaliers et ascenseurs avec les montes charges (pour les matériels).
- Rez-de-chaussée comporté : les suites, administration et espace de culture et loisir :
On peut marquée deux accès :
 - Accès principal mené aux réceptions d'hôtel et patio central qui mène aux suites.
 - Accès secondaire : où trouver le patio qui présente un espace central mène où trois espaces principales sont : salle de cinéma, administration et Mossala
- Le 1ère étage réservée pour la restauration :
 - L'hôtel possède deux restaurants au 1er étage (avec une capacité =158 places), ils sont articulés autour du hall d'accueil.
 - Cafétéria avec deux salles de TV, l'une pour femmes et l'autre pour hommes
 - Cafétéria: est considérée comme un point d'articulation entre l'hôtel et le bloc thermal. Capacité: 120 places.
- Hébergement:
 - Les 58 chambres d'une capacité de 155 lits, sont réparties comme suit:
32 chambres à 3 lits ; 17 chambres à 2 lits.
05 unités à 3 lits.- 05 suite à 2 lits.
 - Les chambres apparaissent aux niveaux qui s'élèvent en dégradé.
 - La répartition des chambres.
 - Une disposition linéaire des chambres
- Bloc thermal :
Les soins thérapie partagé dans trois niveaux :
 - Le Rez-de-chaussée réservée pour l'accueil, soins médical et la rééducation (kinésithérapie et physiothérapie) avec les locaux techniques.

La kinésithérapie :

Elle se trouve en RDC du bloc thermal pour faciliter l'accessibilité aux handicapés et aux curistes non hébergés. Ce service se compose de :

- Une salle de gymnastique utilisée à la fois pour la thérapie et la gymnastique.
- Une salle pour réserve matérielle en relation directe avec la salle de gymnastique.
- 2 cabines de paraffine
- cabines de massage.
- 2 salles pour l'électrothérapie.
- 2 cabines d'infra rouge.



Chapitre 04 : Analyse des exemples

- 2 cabines d'ultra-violet.
- 1ère étage réservée pour l'hydrothérapie (les bains thérapie, les piscines et les douches) pour les deux catégories hommes et femmes.

Balnéothérapie:

Se compose de deux parties : Une pour les curistes, L'autre pour passants

- 25 bains individuels
- 2 douches lombaires,
- 2 salles d'inhalation,
- 2 douches au jet.
- 14 bains individuels.
- Bains collectifs : Piscine de rééducation: Une pour femmes- Une pour hommes- Une pour enfants



4.3.1.7 Synthèse :

Points positifs :

- Son implantation dans un site archéologique qui a de merveilleux vues panoramiques.
- Ses espaces de détente sont à la fois un lieu de relaxation et de rencontre pour les curistes.
- La séparation entre le bloc thermal et l'hôtel par des espaces de détente et de loisirs.

Points négatifs

- Le manque d'aménagement des espaces verts et de loisirs.
- Le manque d'homogénéité entre le bloc thermal et l'hôtel.

4.4 Etude d'exemple Smart :

4.4.1 Park royal hôtel à Singapour :



Figure 30: Park royal hôtel à Singapour ;
(Source : re-thinkingthefuture.com)

4.4.1.1 Motivation de choix :

On a choisi cet exemple pour :

- Le Park Royal sur Pickering est un nouveau type d'architecture pour la ville de Singapour.
- Exemple idéal de la conception verte, Smart Building et la développement durable.
- La mixité entre plusieurs fonctions tels que : les de rééducation, restauration, hôtel et l'activité sportifs.

4.4.1.2 Présentation du projet :

- **Fiche technique :**
 - *Lieu* : 3 Rue Pickering supérieure, Singapour 058289
 - *Année* : 2013
 - *Architecte* : WOHA
 - *Développeur* : Pan Pacific Hôtel Group Limited

Chapitre 04 : Analyse des exemples

- **Type de projet:** - Commerce ; Hospitalité, Usage mixte, Bureaux
- **Superficie :** 29 811 m² ⁸²
- **Concept :**

« Une forêt en pleine ville »

- Créer un jardin en pleine ville n'est pas chose inhabituelle. Créer un jardin vertical qui serait de plus un hôtel, en est une autre ! Splendide réussite architecturale, le Park royal on Pickering a profondément modifié la Skyline de Singapour avec sa façade végétale faite de jardins suspendus.



- Le Park Royal sur la relation de Pickering avec la nature n'est pas seulement symbolique mais pragmatique. Des systèmes durables intégrés dans tout l'hôtel réduisent l'utilisation de ressources précieuses et offrent des avantages écologiques.

Le projet « Park Royal Hôtel à Singapour » intégré sous la politique « Singapour Smart City » reprendre aux critères du développement durable, et classée comme un Smart Building selon les procédures suivants :



Figure 31: les grandes étapes pour smart building ;

(Source : traité par l'auteur)

⁸² <https://www.archdaily.com>

4.4.1.3 Smart programmation :

La programmation du « Le Park Royal sur Pickering » est basé sur :

- La création d'une architecture sous le concept de développement durable.
- Répondre aux besoins les habitants
- Création un pôle écologique à l'intérieure du quartier d'affaire
- Le programme valorisée le principe économique a travers l'utilisation les énergies renouvelables et minimisé l'utilisation l'énergie à travers : valorisé l'éclairage naturel et la ventilation naturelles

4.4.1.4 Smart conception :

- **L'orientation :**



Figure 32 : l'orientation du projet ;

Source : dezeen.com

- Pour réduire les besoins de refroidissement du bâtiment, il est orienté au nord-est avec des vitrages haute performance, une conception auto-ombragée et l'utilisation d'une ventilation naturelle.
- La façade avant du bâtiment et les jardins du toit sont orientés vers le nord. Il prévaut dans la direction du vent. L'hôtel est conçu de telle sorte que son orientation consiste à recevoir plus de ventilation du vent dans tout le bâtiment.

Chapitre 04 : Analyse des exemples

▪ **Forme et volumétrie :**

- Le projet est aménagé selon un plan en forme de E composé d'un contrepoint intrigant entre le domaine du rectiligne et celui de la ... autre chose.
- Les auvents et les balcons s'étendent entre les découpes du E, suivant des lignes curvilignes qui ont été facettées, rapprochant formellement les deux motifs.
- Le plan E du bâtiment rend la surface du bâtiment plus grande, donc plus de lumière du soleil est apporté dans le bâtiment en raison des différents angles que la lumière peut pénétrer.
- Volume élevé avec des grandes surfaces vitrées pour réduire l'utilisation d'éclairage artificiel⁸³

▪ **La conception verte:**

- Plus de 200 pour cent de la superficie totale est constituée par des terrasse jardin et un aménagement paysager luxuriant.
- Une terrasse jardin massive avec des caractéristiques de l'eau est en porte-à-faux à chaque quatre niveau entre les blocs de chambres d'hôtes.
- La verdure du parc adjacent est aménagée sous la forme d'ouvertures, de crevasses, de ravines et de cascades, qui dissimulent également un parking hors-sol, faisant ainsi de l'hôtel un parcours urbain continu.
- L'intérieur du bâtiment comporte également de la verdure, où des murs verts sont placés dans des zones telles que le hall et l'écart de séparation entre les chambres d'hôtel.⁸⁴

▪ **La lumière naturelle:**

- Les terrasses jardins qui cantilever dehors fournissent l'ombrage partiel de soleil pour le bâtiment. Reportez les éléments de conception passive pour une élaboration ultérieure.
- Grâce à l'effet miroir des parois, les jardins se reflètent sur les murs vitrés, ce qui permet aux résidents d'avoir un lieu sans frontières entre l'intérieur et l'extérieur, à la fois lumineux et moderne.⁸⁵

⁸³ <https://www.arch2o.com>

⁸⁴ <https://www.archdaily.com>

▪ Les façades :

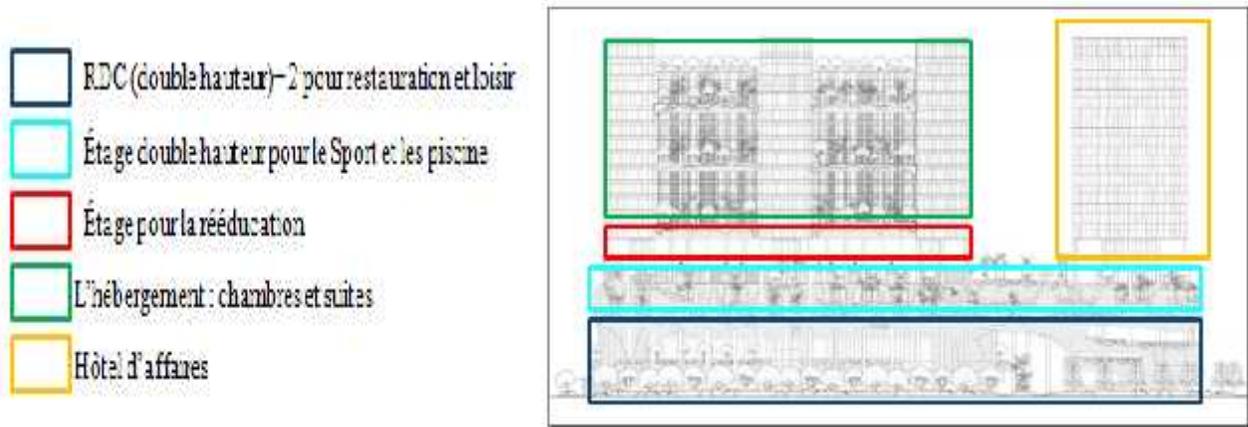


Figure 33 : Façade Nord-est du Park Royal ;

Source : <https://www.arch2o.com>

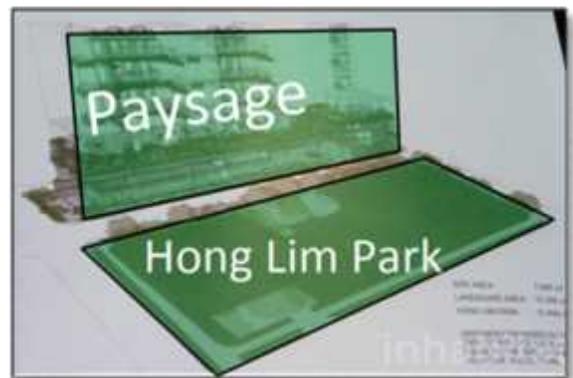
- La Park Royal crée un environnement visuel stimulant, mais pas stressant, grâce à des modèles hiérarchiques qui sont utilisés dans le bâtiment. Structure spatiale.

- Transparence à travers les grandes panneaux vitrés et les espaces vides « facilité le contacte visuelle entre l'intérieur et l'extérieur.

- Pilotis au niveau RDC et aussi 4ème étage

- Terrasse jardin : écran végétal

- Surface du site : 7000 m²
- Surface du paysage : 15000 m²
- Hong Lim Park : 15000 m²



⁸⁵ <https://archello.com>

Chapitre 04 : Analyse des exemples

La verdure fournie est supérieure à 200% de la superficie du site et égale à la taille du parc public adjacent.

- **Analyse fonctionnel :**

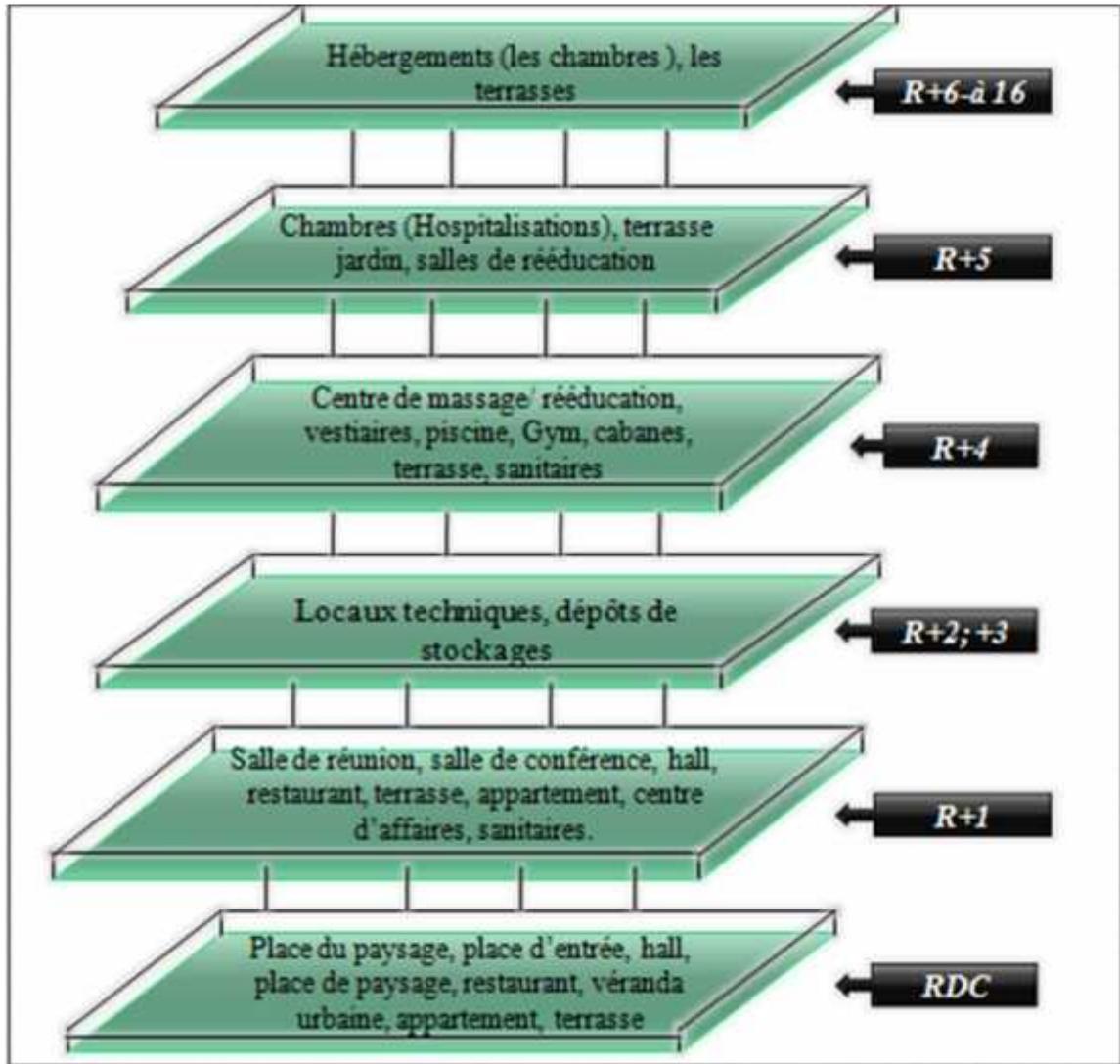


Figure 34 : schéma générale de l'organisation du projet ;

Source : traité par l'auteur

Le bâtiment est divisé en trois zones

- **Zone espaces commun :**

Chapitre 04 : Analyse des exemples

Sont les 4 premiers niveaux ; Contient : l'accueil, réception, parking, restauration et véranda urbaine ; réservée pour les espaces communs et les activités collectives.

- **Zone de rééducation :**

Contient deux étages (double hauteur) R+4 et R+5 réservé pour la rééducation et Gym.

- **Zone d'hébergement :**

Contient les onze derniers étages comprennent des chambres dotées de et des terrasses aménagées avec un forme organiques douces sont enveloppées à l'intérieur de la tour E-plan tous les quatre étages.

- Les Rez-de-chaussée contient le hall, l'entrée et parking avec le véranda urbaine et la restaurant ; présenté à travers un conception ouverte et libre (plan libre) et des grandes espace double hauteur « espace d'activité collectives », le projet entouré par des espaces vertes et verdure qui crée une circulation piéton et continuité spatial entre extérieure et l'intérieure «la transparence à travers le vide ».
- Le 1ère étage contient hall de forme L lie les espace suivantes : salles de réunion, salle de conférence, restaurant, centre d'affaires, appartements et terrasse ; on peut dire que: cet étage réservé pour les espace communs et les activités publiques.
- Les deux niveaux de cet projet sont réservé pour les espaces communs et les activités collectives intégrée avec une conception ouvertes , libre et accessible et ces dernier critères donne une intégration sociale parfaites (facilité des communication entre les habitants et les visiteurs de projets)
- La piscine au niveau 5 a un concept de toit ouvert. Il s'agit de promouvoir la ventilation naturelle sur tout le plancher. Aucune climatisation n'est utilisée sur l'ensemble du plancher, ce qui permet d'économiser beaucoup d'électricité toute l'année. ⁸⁶
- 5 ème étage est de forme E réservé pour l'hospitalisation, contient des chambres et les salle de rééducation, entourée par un couloire de ventilation (de forme E) pour facilité la

⁸⁶ OUMEDDOUR Ilyes ; « Efficacité énergétique et écotourisme (pour architecture verte et intelligente) » ; Mémoire Master en architecture ; Université 08 Mai 1945 de Guelma ; 2017.

Chapitre 04 : Analyse des exemples

- circulation d'air à l'intérieure de l'étage aussi donner un éclairage naturel suffisant , les deux façades d'étage (façade nord-est et sud-ouest) aménagée par des terrasses jardin accessible ou trouvée du petites cours d'eau pour but crée la fraîcheurs et l'aire froids aussi crée la continuité entre l'intérieure et extérieure . Les 11 derniers étages comprennent des chambres dotées de terrasses richement et aménagées.⁸⁷

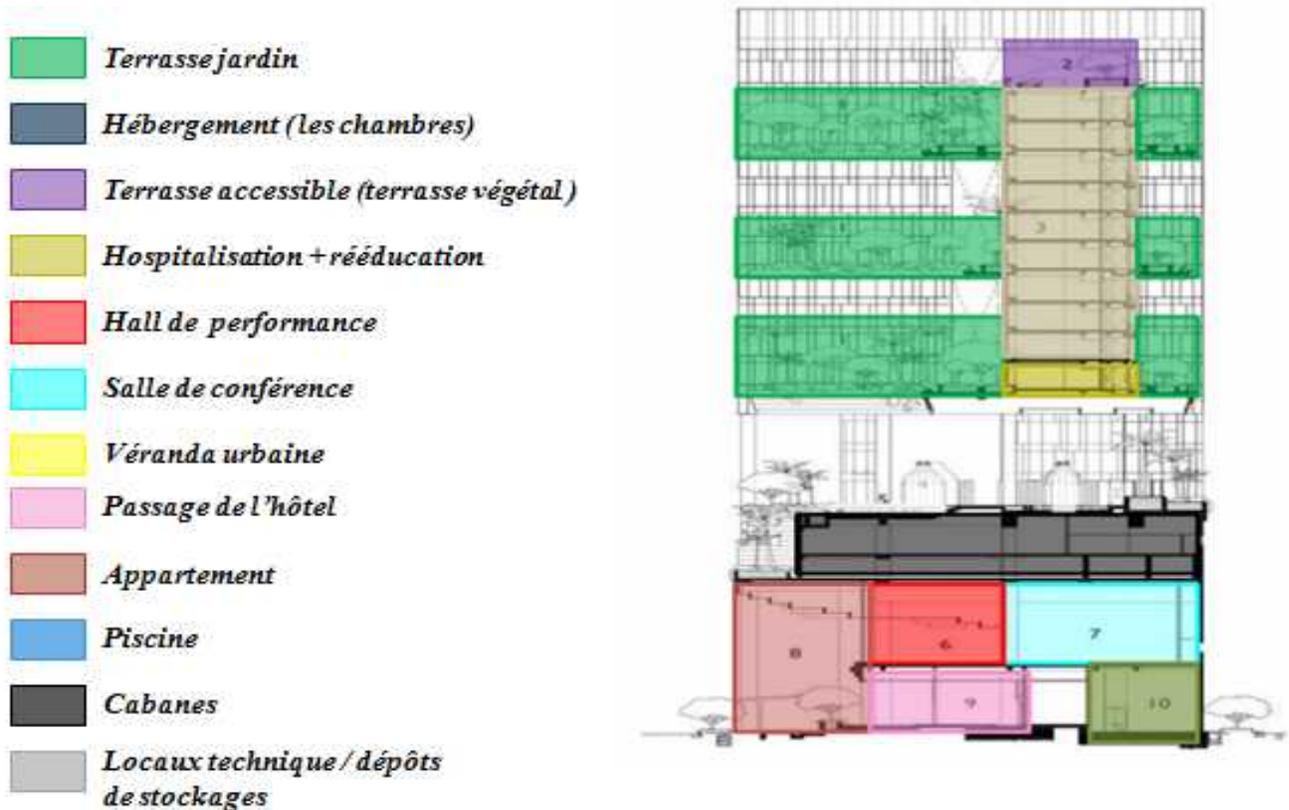


Figure 35 : coupe schématique du projet ;

Source : archdaily.com

⁸⁷ OUMEDDOUR Ilyes ; « Efficacité énergétique et écotourisme (pour architecture verte et intelligente) » ; Mémoire Master en architecture ; Université 08 Mai 1945 de Guelma ; 2017.

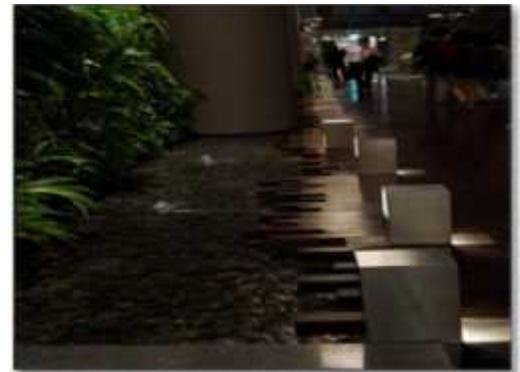
À partir de 5^{ème} étage, des formes organiques douces sont enveloppées à l'intérieure de tour E-plan tous les quatre étages. Une structure spatiale à multiples facettes est créée dans des zones verticales à travers des couches d'aménagement paysager et une combinaison de formes géométriques et biomorphiques.⁸⁸

4.4.1.5 Smart technique de construction:

▪ Récupération des eaux pluviales :

« *Un système d'exploitation de l'eau de pluie est mis en œuvre dans le bâtiment* »

- Les terrasses jardins servent également de captage d'eau et sont «d'énergie zéro» - irrigués par la collecte de l'eau de pluie, avec un système d'égouttement alimenté par gravité et par l'énergie solaire à partir de cellules photovoltaïques sur le toit.
- L'eau de pluie récoltée est utilisée dans toutes les caractéristiques de l'eau du bâtiment.
- Une des utilisations de l'eau de pluie récoltée est pour l'arrosage des plantes dans le bâtiment.
- Les murs intérieurs du bâtiment sont composés en partie de murs verts
- Les plantes sur les murs verts sont cultivées sur des litières de sol maintenues ensemble par un treillis métallique
- De petits tubes sont connectés à ces cadres de treillis



⁸⁸ OUMEDDOUR Ilyes ; « Efficacité énergétique et écotourisme (pour architecture verte et intelligente) » ; Mémoire Master en architecture ; Université 08 Mai 1945 de Guelma ; 2017.

Chapitre 04 : Analyse des exemples

métallique pour fournir un système d'arrosage des plantes par lequel des gouttelettes d'eau seront libérées sur le sol de temps en temps pour maintenir les plantes bien hydratées dans l'environnement climatisé.⁸⁹

- **Énergie renouvelable :**

- Des cellules photovoltaïques / panneaux solaires sont placés sur le toit pour tirer pleinement parti des sources d'énergie disponibles.
- La lumière du soleil est convertie en énergie électrique et les systèmes de puissance de réticulation et l'éclairage doux de l'ensemble du bâtiment.

- **Technologie de construction Cobiaz :**

Cette technologie réduit l'utilisation du béton et les émissions de carbone, améliorant les performances thermiques de l'enveloppe du bâtiment, la densité de puissance d'éclairage et l'efficacité énergétique globale.

- **Système de climatisation à haut rendement :**

L'hôtel utilise un système de climatisation haute efficacité dans certaines parties de l'hôtel où il est nécessaire. L'utilisation de ce système de climatisation à haute efficacité non seulement économise l'énergie et l'électricité, elle permet également d'économiser une somme sur les factures que les airs conditionnés sont autorégulés.⁹⁰

4.4.1.6 Recommandation :

- Conception simple et humaine pour faciliter l'intégration des utilisateurs avec les différents espaces.

⁸⁹ OUMEDDOUR Ilyes ; « Efficacité énergétique et écotourisme (pour architecture verte et intelligente) » ; Mémoire Master en architecture ; Université 08 Mai 1945 de Guelma ; 2017.

⁹⁰ OUMEDDOUR Ilyes ; « Efficacité énergétique et écotourisme (pour architecture verte et intelligente) » ; Mémoire Master en architecture ; Université 08 Mai 1945 de Guelma ; 2017.

Chapitre 04 : Analyse des exemples

- Utilisation des formes simple, horizontal et souple pour assuré la sentiment de calme et relaxation
- La distribution des espace comme suit : parking sous sol, RDC réservé pour les espace commun sport, restauration... ; la rééducation et l'hospitalisation dans les étages les plus calme.
- Utilisé les principes du mouvement moderne :
 - **Plan libre:** à travers:
 - déminer l'utilisation les parois et les clôtures et la séparation spatiale
 - créer une forte liaison spatiale avec les différents espaces
 - la continuité physique et visuelle entre les différents espaces pour facilité la circulation spatiale
 - **Façade libre:** pour but :
 - l'utilisation les panneaux vitré pour crée la continuité entre l'intérieur et l'extérieur
 - capté le maximum des lumières naturelle « déminer la lumière artificiel »
 - crée un champ visuel très important
 - valorisé les sentiments d'intégration
 - **Terrasse jardins :** à travers:
 - l'intégration les espaces verts autour du projet et le plus importants à l'intérieur de projet pour assuré la ventilation naturelle et donnée un aspect écologique.

4.5 Conclusion :

Après l'analyse des exemples, nous avons extrait les critères et les caractéristiques qui doivent être disponibles pour la réussite du projet et créé une intégration parfaite avec l'environnement, et réponde aux différentes besoins.

Partie II : Cadre Analytique

***Chapitre 01 : Cas d'étude et
Diagnostic du territoire***

Chapitre 1: cas d'étude et diagnostic de territoire

1.1 Introduction :

Dans ce chapitre, nous présentons une introduction générale de la Wilaya de Guelma, et développerons un diagnostic afin d'évaluer la santé sociale de la Wilaya de Guelma, et identifier les problèmes les plus importants auxquels le secteur est confronté afin d'apporter les solutions nécessaires.

1.2 Cas d'étude : « présentation de la Wilaya de Guelma »:

1.2.1 Situation géographique et limites de la wilaya de Guelma:

La Wilaya de Guelma se situe au Nord-est du pays et constitue, du point de vue géographique, un point de rencontre, voire un carrefour entre les pôles industriels du Nord (Annaba et Skikda) et les centres d'échanges au Sud (Oum El Bouaghi et Tébessa). Elle occupe une position médiane entre le Nord du pays, les Hauts plateaux et le Sud.⁹¹

La wilaya de Guelma s'étend sur une superficie de 3.686,84 Km².



Figure 36: situation géographique de la Wilaya ;

Source : invest in Algérie « Andi 2013 », Wilaya de Guelma

⁹¹ Invest in Algeria « Andi 2013 » wilaya de Guelma

La wilaya de Guelma est limitrophe aux Wilayas de:

- Annaba, au Nord,
- El Taref, au Nord-est,
- Souk Ahras, à l'Est,
- Oum El-Bouaghi, au Sud,
- Constantine, à l'Ouest,
- Skikda, au Nord-ouest,



1.2.2 Environnement physique et règlementaire :

La Wilaya de Guelma, créée en 1974, comprend 10 Daïras : Guelma, Khezarra, Guelat Bou Sbâa, Héliopolis, Oued Zenati, Ain Makhlouf, Hammam Debagh, Bouchegouf, Hammam N'Bails et Ain Hessaïna et 34 Communes. Elle compte une population de 524 443 habitants (2014) avec une superficie totale de 4101 km².

Localement la commune de Guelma profite d'une position géométrique centrale par rapport à ces plus importants centres (Oued Zenati et Bouchegouf), elle s'étend sur une superficie de 44 Km² entre les berges d'Oued Seybouse au nord et le mont de la Mahouna au sud.

Administrativement la commune de Guelma est limitée :

- Au nord par les communes d'El Fedjoudj et Héliopolis
- Au sud par la commune de Bendjerrah
- A l'est par la commune de Belkheir
- A l'ouest par la commune de MEDJEZ-AMAR

Elle a été érigée en commune mixte en 1854, puis en chef-lieu d'arrondissement (Daïra) en 1858, avant d'être promue chef de wilaya en 1974.⁹²

⁹² HADDADA Chama; « Le renouvellement urbain pour restructurer la ville et inverser la tendance à l'étalement urbain-Cas de la ville de Guelma »; mémoire master en architecture; université 08 Mai 1945 de Guelma; 2018

Chapitre 01 : Cas d'étude et diagnostic de territoire

1.2.3 Aperçu historique :

Avant l'arrivée des romains	<ul style="list-style-type: none">Plusieurs indices à Guelma prouvant que la région a été civilisée bien avant l'arrivée des Carthaginois ou des Romains, aux mentions latines attestant que Guelma portait déjà le nom de « Calama », bien que ce nom soit probablement d'origine phénicienne, l'histoire de Guelma est riche en événements comme son territoire est parsemé de sites d'une étonnante originalité.
Période romaine	<ul style="list-style-type: none">D'illustres historiens anciens rapportent les récits de batailles que Jugurtha y livra en 109 avant J.C aux troupes romaines, il aurait vaincu, le général romain Postinius, un de ceux qui firent de l'antique Calama un centre urbain relativement important au cours du Ier siècle de notre ère. Ne fut-elle pas avec Setifis (Sétif) et Hippo-Reggius (Annaba) un des greniers de Rome au cours des IIe et IIIe siècles après J.-C. attestant que la période du règne des Sévères fit d'elle une des régions les plus prospères
Période chrétienne	<ul style="list-style-type: none">Au cours de l'époque chrétienne (IVe et Ve siècles), Calama a eu Possiduss (qui était aussi biographe de Saint-Augustin) comme évêque et appartenait à la province ecclésiastique de Numidie. D'ailleurs Saint-Augustin et Donatus évoquent la prospérité de cette ville. Dès l'invasion vandale, Possiduss alla se réfugier à Hippo-Reggius et Calama tomba au pouvoir de Genséric. Après la reconquête de « l'Afrique du Nord » par les Byzantins, Solomon, général de Justinien, y fit construire une forteresse
période arabo-musulmane	<ul style="list-style-type: none">Vint ensuite l'époque de la civilisation arabo-musulmane qui marquera à jamais, l'histoire de Calama appelée désormais « Guelma ». Selon Ibn Khaldoun, des tribus arabes, en particulier les Banu Hilal, s'étaient déjà installées au cours du IXe siècle dans cette région attractive

Chapitre 01 : Cas d'étude et diagnostic de territoire

Période ottomane	<ul style="list-style-type: none"> L'époque ottomane, quant à elle, n'a pas effectué de changement radicaux dans le paysage socioculturel de la ville, cependant elle a bien laissé des traces elle aussi, ne serait-ce que par quelques noms de famille qu'on retrouve aujourd'hui.
Période coloniale	<ul style="list-style-type: none"> Conquise en 1834 par les Français, elle accueillit plusieurs générations de colons et de pieds-noirs, la résistance guelmoise contre le colonialisme finit par payer le prix fort, le 8 mai 1945 la ville connaîtra un massacre sans précédent dans son histoire.

Tableau 6 : aperçu historique de la Willaya de Guelma

1.2.4 Evolution urbaine de la ville de Guelma:

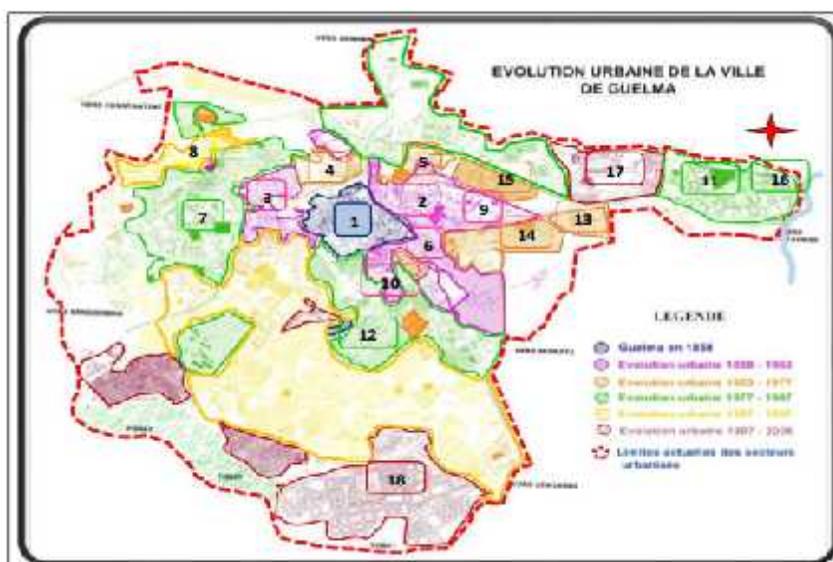


Figure 37:l'évolution urbaine de la ville de Guelma ;
source : l'archive de l'APC

La période	Urbanisation
Guelma en 1858	<ul style="list-style-type: none"> Répondant aux critères de site défensif, les vestiges romains ont servi comme assiette d'implantation pour la colonisation française

Chapitre 01 : Cas d'étude et diagnostic de territoire

	<ul style="list-style-type: none"> • Un noyau européen en damier. • Guelma ne comptait à cette même période qu'une partie du centre-ville actuel (1). et c'est vers le nord que se sont effectuées les premières extensions (Le boulevard Souidani Boujemaa et ses environs) (2)
1958-1963	<ul style="list-style-type: none"> • Une urbanisation spontanée représentée par les constructions illicites et les bidonvilles (cité Ben Cheghaieb), la politique du cantonnement et l'exclusion des ruraux de leurs campagnes ont été à l'origine de leur installation sur les berges d'oued skhoun, aux portes de la cité recherchant la sécurité (3) • Une urbanisation planifiée individuelle représentée par les lotissements. • La cité intra –muros se densifie, et de nouveaux quartiers s'édifièrent à partir de 1932 vers le côté est et sud de la ville, à savoir : <ul style="list-style-type: none"> o Le quartier des jardins, le quartier bon accueil, la cité de la nouvelle école. (6)
1963-1977	<ul style="list-style-type: none"> • le premier développement de la cité fut cependant marqué par l'extension vers le quartier des Abattoirs et le quartier de la Gare. (4 et 5).
1977-1987	<ul style="list-style-type: none"> • Une urbanisation planifiée collectif type ZUHN et les programmes de logements sociaux, socio-participatifs et promotionnels. • la construction de l'habitat à loyer modéré (HLM) où la population autochtone bénéficia des logements de la cité Benberkane Djemila, la Maouna et les cités de recasement telle que la cité de recasement d'Ain Defla crée à l'ouest de la ville. (7) • GUELMA fut érigé au rang de chef-lieu de Wilaya connu un accroissement accéléré en matière d'urbanisation : Implantation des unités industrielles (en 1970 céramique (13), motocycles 1971 (14), sucrerie en 1973) (15). • L'apparition des documents et des instruments d'urbanisme ; Les conséquences de cette politique volontariste ont conduit à : <ul style="list-style-type: none"> o La prolifération de l'habitat spontané. o L'extension sur des terres à forte potentialité agricole. (Cité frères REHABI). (16)
1987-1997	<ul style="list-style-type: none"> • La ville s'est développée uniquement dans la partie Sud et Est, et une légère extension vers le Nord –Ouest. • Devant la crise du logement, plusieurs cités ont été édifiées à savoir : Agabi (9), Champ manoeuvre (10), Rahabi (11) et Guehdour. (12)
1997-2006	<ul style="list-style-type: none"> • La création de l'habitat dans la limite Nord de la ville. (cité El Amir Abdelkader) (17)

Chapitre 01 : Cas d'étude et diagnostic de territoire

	<ul style="list-style-type: none"> • La croissance de la ville dans sa partie Sud (18) et Est, en raison de la présence du périmètre irrigué dans sa partie Nord pour éviter l'empiétement sur les terrains agricoles.
--	---

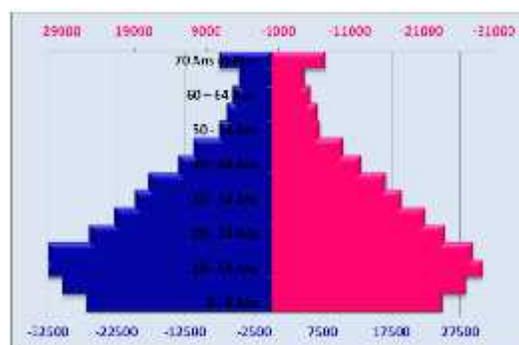
Tableau 7:l'évolution urbaine de la Wilaya de Guelma

1.2.5 Situation démographique :

1.2.5.1 Structure de la Population :

Structure de la Population La population totale de la wilaya est estimée à 506.007 habitants, soit une densité de 135 habitants Pa.

La population ayant un âge inférieur à 15 ans représentant 34% du total de la population, constitue dans les années à venir une importante ressource humaine.⁹³



Communes	Population		Pop	POP 2011	Pop
	1987	1998	2008		2015
Guelma	85209	110461	120847	126753	144000

Tableau 8:la population de la Willaya de Guelma (2015)

⁹³ Invest in Algeria « Andi 2013 » wilaya de Guelma

1.2.6 Climatologie et ensoleillement:

1.2.6.1 La climatologie :

Le territoire de la Wilaya se caractérise par un climat subhumide au centre et au Nord et semi-aride vers le Sud. Ce climat est doux et pluvieux en hiver et chaud en été. La température qui varie de 4° C en hiver à 35.4°C en été, est en moyenne de 17,3° C.

1.2.6.2 La température :

Le facteur de la température de l'air a une grande influence sur le bilan hydrique du fait qu'il conditionne l'évaporation et l'évapotranspiration réel. La courbe de température montre que le maximum des températures est atteint en Juillet 34.94C°, alors que le minimum est observé en Janvier avec une valeur de 10.08°C La température moyenne annuelle est de l'ordre de 24.07°C.

1.2.6.3 L'humidité relative de l'air :

L'humidité au niveau de la région de Guelma montre une variation rapide durant la période diurne qui chute pendant la matinée, et qui reprend entre 13 et 16h, qui s'accélèrent entre 16 et 18h.⁹⁴

1.2.7 Le relief:

La géographie de la Wilaya se caractérise par un relief diversifié dont on retient essentiellement une importante couverture forestière et le passage de la Seybouse qui constitue le principal cours d'eau.⁹⁵

⁹⁴ ACHOURI Manel; « comment Promouvoir les activités physiques et sportives (APS) comme facteur de santé dans la ville de Guelma. »; mémoire master en architecture; université 08 Mai 1945 de Guelma; 2018

⁹⁵ Invest in Algeria « Andi 2013 » wilaya de Guelma



Ce relief se décompose comme suit :

- ❑ Montagnes: 37,82 % dont les principales sont :
 - 1 – Mahouna (Ben Djerrah) : 1.411 M d'Altitude
 - 2 – Houara (Ain Ben Beidha) : 1.292 M d'Altitude
 - 3 – Taya (Bouhamdane) : 1.208 M d'Altitude
 - 4 – D'bagh (Hammam Debagh): 1.060 M d'Altitude
- ❑ Plaines et Plateaux: 27,22 %
- ❑ Collines et Piémonts: 26,29 %
- ❑ Autres: 8,67

1.2.8 Infrastructure de Base :

1.2.8.1 Réseau routier :

La wilaya de Guelma dispose d'un réseau routier important et diversifié d'une longueur de 2205,54 Km dont 299,20 Km de R.N. La densité routière (tous types confondus) est de 0,49 Km/km².



1.2.8.2 Réseau Ferroviaire :

Le réseau ferroviaire de la Wilaya de Guelma est de 37 Km seulement qui sont en service.



Chapitre 01 : Cas d'étude et diagnostic de territoire

Cet axe relie Guelma à Bouchegouf et Ain Ben Beidha (Boukamouza).⁹⁶

La Wilaya ne sera donc pas entièrement couverte et mieux désenclavée qu'avec la réfection de l'ancienne voie reliant son chef lieu à la ville de Constantine

1.2.8.3 AEP et Assainissement :

51 Million MP 3 P d'eaux mobilisables dont :

- Eaux souterraines: 4 sous bassins versants (hydriques) et 997 points d'eau opérationnels totalisant un potentiel total mobilisable de 41 Millions mP3P/an.
- Eaux superficielles: 225 millions MP 3 P se répartissant comme suit : barrage de Bouhamdane (220 millions MP 3 P), barrage de Medjez-Beggar en cours de réalisation (2,86 millions MP 3 P), un important nombre de retenues collinaires qui nécessitent un effort particulier de curage : 1,578 millions MP 3 P.



1.2.8.4 Tourisme :

La wilaya de Guelma dispose de:

- 11 hôtels dont deux avec 03 étoiles (Mermoura) à Guelma
- 4 auberges.

Les autres infrastructures existantes (hôtels privés) ne sont pas classées⁹⁷



La Wilaya de Guelma recèle d'importantes potentialités touristiques :

⁹⁶ Invest in Algeria « Andi 2013 » wilaya de Guelma

⁹⁷ Invest in Algeria « Andi 2013 » wilaya de Guelma

Chapitre 01 : Cas d'étude et diagnostic de territoire

A -Thermes : De nombreux sites notamment ceux de Hammam Debagh et de Hammam Ouled Ali.

b- Sites et monuments naturels et historiques :



- Grande cascade de Hammam Debagh.
- Sites forestiers : forêts de Mahouna et Béni Salah.
- Grottes de Taya (Bouhamdane).
- Lac souterrain (Bir Osman) à Ain Hessainia

Les investissements opportuns consisteraient à développer le tourisme Thématique décliné comme suit :

- Cures Thermales
- Battues de chasse
- Randonnées pour explorer les sites naturels



1.2.8.5 Education et Formation :

- **Enseignement primaire:** Compte 267 écoles primaires pour un effectif global de 42.361 élèves dont 20.025 sont constitués par des filles, la Wilaya offre actuellement 2.079 classes dont 1.485 salles utilisées.
- **Enseignement Moyen:** Ce stade de l'enseignement compte 79 sur un effectif de 41.087 élèves dont 20.549 filles avec 1.157 salles de classes.
- **Enseignement secondaire:** Compte actuellement 34 lycées offrent 715 salles de classes pour un effectif global de 18.427 élèves dont 10.997 filles.
- **Formation professionnelle:** Un réseau de formation professionnelle diversifié composé de 1 INSNP, 10 CFPA, 03 annexes de CFPA d'une capacité totale d'accueil de 2075 places pédagogiques.
- **Enseignement supérieure:** Un centre universitaire avec 7 facultés pour 16.500 étudiants.⁹⁸



1.2.8.6 Infrastructures sanitaires :

La Wilaya de Guelma dispose de quatre (05) établissements publics hospitaliers, 04 établissements publics de santé de proximité et 140 salles de soins.

⁹⁸ Invest in Algeria « Andi 2013 » wilaya de Guelma



1.2.9 Synthèse :

La Wilaya de Guelma est marquée par une richesse environnementale et naturelle, montagneux, forestiers très important particuliers ; peut animer la vie sociale et amélioré la qualité de vie pour tout les catégories ; et surtout les personnes en situation handicapé.

1.3 Le diagnostic de la ville de Guelma :

1.3.1 Objectifs du diagnostic :

Lardon et Piveteau expliquent que « Le diagnostic de territoire s'applique à différentes échelles et pour différents objectifs » (2005). En effet, avant de commencer tout travail de diagnostic, il est indispensable de situer ces objectifs et ce, afin d'orienter nos recherches pendant les différentes phases d'élaboration du diagnostic.

Notre objectif étant de proposer un diagnostic évaluant les possibilités d'intégrer celles-ci dans la dynamique du territoire. Nous retenons essentiellement deux objectifs généraux :

- Améliorer la santé et l'état psychologique des personnes handicapées en leur fournissant des soins physiques et psychologiques.
- Intégrer les personnes en situation handicapée dans la société; à travers, des formations professionnelles et activités culturelles qui les aideront à entrer dans le domaine du travail et à se positionner au sein de la société.

Ainsi notre travail sera de récolter tous les éléments nécessaires et de les analyser afin d'initier un programme ou bien un équipement visant à répondre à ces objectifs généraux.

1.3.2 Secteur de la santé sociale a Guelma:

La structure hospitalière de la Ville de Guelma se compose des infrastructures hospitalières et extrahospitalières (les polycliniques et les salles de consultation et de soins) qui ont été organisé en établissements publics de santé de proximité(EPSP) et établissements publics hospitalières(EPH).

Chapitre 01 : Cas d'étude et diagnostic de territoire

commune	polycliniques	Salles de soins	Maternité		Lobo publics	Pavillon urgences
			Nbr	Cap/lits		
Guelma	03	04	00	00	07	01
	01/21084 hab	01/3728 hab				

Tableau 9: Le nombre des équipements hospitalier a Guelma ;

Source : PDAU Guelma

On peut citer comme suit :

L'équipement	L'hôpital Ibn Zohr	Polyclinique Saïd Bedjaoui	Polyclinique Aïn Defla	Hôpital Dr Okbi	Polyclinique Boumahra Ahmed
L'année	1846	1982	1982	1985	1997

Tableau 10:les équipements hospitalier à Guelma et l'année de réalisation ;

Source : PDAU Guelma

Commentaire : A travers ces statistique on peut marquer une absence totale des établissements médico-sociaux ; quelque soit des établissements publics ; privés ou bien comme des services intégrés au niveau les équipements hospitaliers.

Donc :

La santé sociale au niveau de la wilaya de Guelma souffre d'une marginalisation et d'une négligence totale à tous les niveaux sociaux, sanitaires et financiers.

On distingue une absence quasi-totale d'initiatives de solidarité et d'assistance, qu'elles que soient administratives ou individuelles, qui permettraient d'améliorer la vie sociale des individus en général et des personnes en situation handicapé particulier, car elles constituent le groupe le plus touché et marginalisé. Se limitent à accorder une aide matérielle pour les personnes en situation handicapé quelle que soit leur condition sociale et financiers. Cette

Chapitre 01 : Cas d'étude et diagnostic de territoire

allocation est déterminée au niveau de la Direction de l'Activité Sociale (DAS) de la Wilaya de Guelma, selon le type et le degré de handicap.

En termes de traitement et des soins sanitaires (rééducation physique et réadaptation) , nous enregistrons une absence totales des établissements spécialisées.

1.3.2.1 Le nombre des handicapés dans la willaya de Guelma :

Selon la DAS de Guelma « 2020 » :

Le nombre total des personnes handicapées selon : le type d'handicape, l'âge et le sexe⁹⁹:

▪ Le nombre total des personnes handicapées à 100%

	De 0 à 3 ans		De 3 à 5 ans		De 5 à 18 ans		De 18 à 35 ans		De 35 à 60 ans		plus de 60 ans		total		total
	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	
Handicape mentale	91	104	277	377	370	399	505	598	420	555	510	693	2173	2726	4899
Handicape moteurs	44	39	166	200	170	302	276	318	266	279	243	323	1165	1461	2626
Handicapes visuels	8	11	58	70	68	68	70	77	76	66	96	127	376	419	795
Handicape auditif	20	26	20	58	62	40	45	49	57	53	68	14	272	240	512
polyhandicapé	10	9	57	59	58	75	80	64	65	53	52	52	322	312	634
Total (01)	173	189	578	764	728	884	976	1106	884	1006	969	1209	4308	5158	9466

Tableau 11: le nombre total des différentes types des personnes handicapées à 100% ;

Source : la DAS de Guelma « 2020 »

▪ Le nombre total des personnes handicapées moins de 100% :

⁹⁹ La DAS « direction de l'activités sociale » de la Willaya de Guelma

Chapitre 01 : Cas d'étude et diagnostic de territoire

	De 0 à 3 ans		De 3 à 5 ans		De 5 à 18 ans		De 18 à 35 ans		De 35 à 60 ans		plus de 60 ans		total		total
	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	
Handicapementale	35	43	242	237	196	286	341	338	320	324	289	276	1423	1504	2927
Handicapemoteurs	51	70	140	236	195	205	252	276	186	237	241	287	1065	1311	2376
Handicapervisuels	6	5	20	26	78	65	85	83	84	72	85	135	358	386	744
Handicapauditif	5	12	22	55	60	35	52	53	31	51	76	39	246	245	491
polyhandicapé	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4	0	4
Total (02)	100	130	424	554	529	591	731	750	621	684	691	737	3096	3446	6542
TOTAL	273	319	1002	1318	1257	1475	1707	1856	1505	1690	1660	1946	7404	8604	16008

Tableau 12:le nombre total des différents types des personnes handicapées de catégorie moins de 100%,
Source : La DAS de Guelma « 2020 »

Selon les tableaux on a :

Le nombre total des personnes en situation handicapée dans la Wilaya de Guelma de l'année 2021 est : 16 008 personnes de pourcentage : 3.16% de la population de la wilaya de Guelma (506 007 habitants).

Ce nombre a divisé en deux catégories :

1. Les personnes handicapées à 100% :

Chapitre 01 : Cas d'étude et diagnostic de territoire

Handicape mentale : 4899 personnes se divise à

- 2726 hommes
- 2173 femmes

Handicape moteurs : 2626 personnes, se divise à :

- 1461 hommes
- 1165 femmes

Handicapes visuels : 795 personnes ; se divise à

- 419 hommes
- 376 femmes

Handicape auditif : 512 personnes ; se divise à :

- 240 hommes
- 272 femmes

Polyhandicapé : 634 personnes ; se divisé à :

- 312 hommes
- 322 femmes

**9 466
Handicapés**

2. Les personnes handicapent moins de 100% :

Handicape mentale : 2927 personnes se divise à

- 1504 hommes
- 2927 femmes

Handicape moteurs : 2376 personnes, se divise à :

- 1311 hommes
- 1065 femmes

Handicapes visuels : **744** personnes ; se divise à

- 386 hommes
- 358 femmes

Handicape auditif : 491 personnes ; se divise à :

- 245 hommes
- 246 femmes

Polyhandicapé : 4 personnes ; se divisé à :

- 0 hommes
- 4 femmes

**6 542
Handicapés**

1.3.2.2 Les problèmes des handicapés et les obstacles à détecté au niveau de la Wilaya de Guelma :

a. Les obstacles et principaux points de vigilance à détecter au niveau de la structure de la ville de Guelma :

➤ *VOIES DE CIRCULATION :*

- **Jonction passage piéton trottoir :** Ressaut au niveau du bateau-trottoir trop élevé, supérieur à 2 cm ; problème de franchissement pour une personne en fauteuil ; risque de trébuchement pour une personne malvoyante ou non voyante.



- **Accès au trottoir :** Fin de trottoir avec abaissement insuffisant, supérieur à 2 cm ; problème de franchissement pour une personne en fauteuil, risque de trébuchement ; regard dangereux, poteau mal placé, empiètement privé sur la voie publique, fil de fer dangereux



- **Traversée de rue :** Bordure de trottoir trop haute ; pas d'abaissement le long du trottoir, ni en fin de trottoir ; terre-plein central infranchissable qui oblige l'utilisateur à prendre de grands risques.

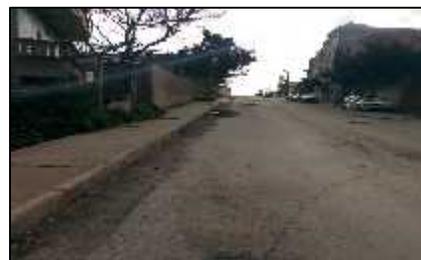
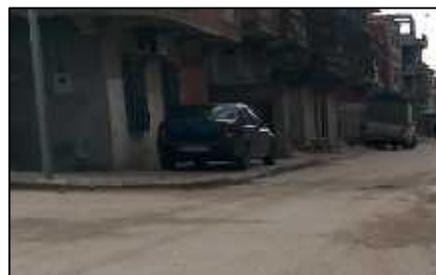
➤ *CHEMINEMENT, TROTTOIRS ET INCIVISME :*

- **Qualité du sol et mobilier urbain :** Sol non uniforme, meuble et glissant en cas de pluie ; panneaux indicateurs obstruant le trottoir ; véhicule mal garé ; difficultés de circulation ; risque de trébuchement, de chute.



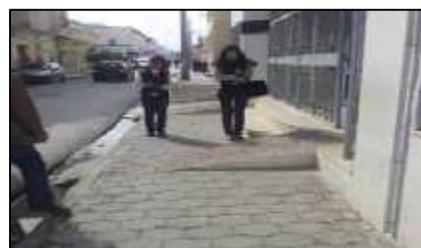
Chapitre 01 : Cas d'étude et diagnostic de territoire

- **Incivisme des automobilistes :** Incivisme des automobilistes ; passage bloqué.
- **Incivisme des riverains :** Incivisme des riverains ; cheminement impossible qui oblige l'utilisateur à emprunter la voie de circulation ; danger.
- **Ruelle de quartier :** Revêtement aléatoire du sol ; dénivelé important ; passage dangereux.



➤ DÉVERS :

- **Largeur de passage :** Cheminement encombré de mobiliers et/ou d'obstacles ; dévers largement supérieur à 2% ; risque de chute du trottoir ; danger pour personnes malvoyantes et non voyantes ; pavés auto-bloquants fatigant pour les personnes en fauteuil roulant.
- **Ressaut :** Ressaut entravant l'accès aux espaces public, les équipements et les entrées des bâtiments



- **Escalier d'accès à une mosquée :** Escalier impraticable pour les personnes à mobilité réduite ; sans main courante.



Chapitre 01 : Cas d'étude et diagnostic de territoire

b. Le manque des équipements spécialisé pour les handicapés et surtout les équipements des rééducations physiques et réadaptation :

- Types des centres spécialisés pour la prise en charge de personnes handicapées dans la wilaya de Guelma :
 - Centre psycho-pédagogique pour les enfants handicapés mentaux de Guelma. (122 handicapés)
 - Centre psycho-pédagogique pour handicapés mentaux de Oued Znati. (64 handicapés)
 - Centre d'enseignement spécialisés pour handicapés auditifs (école des jeunes sourds) de Guelma. (65 handicapés)
 - les classes spéciales aux niveaux les établissements éducatifs.

- Les centres projetés :
 - Centre pédagogique pour les handicapés mentaux.
 - Centre pédagogique pour les handicapés moteurs.
 - École d'enseignement spécialisé pour les handicapés visuels. (étape d'étude)

c. Le Centre psycho-pédagogique pour handicapés mentaux « enfants » de Guelma¹⁰⁰ :

- **Présentation du centre :**

Le centre est constitué selon le décret exécutif N°158/93 daté le 07 juillet 1993.

- **La situation :**

Situé dans le quartier de Nezar El Hadi où nord de la wilaya de Guelma; limité par :

- Est : les logements de PTT
- Ouest : la sécurité civile II
- Nord : direction de l'hydraulique
- Sud : CEM 08 mai 1945

¹⁰⁰ Visite au centre par l'auteur

Chapitre 01 : Cas d'étude et diagnostic de territoire

- **La capacité :**

Capacité théorique : 120 enfants

Capacité réel : 196 enfants

- **Le nombre total:**

196 enfant (128 garçon; 68fille)

141 enfant semi-interne: 86 garçon; 55 fille

10 enfant interne : 10 garçon; 00 fille

45 enfants externes : 32 garçons, 13 filles

- **Programme :**

Unité	Espace
Reception	Accueil Poste de sécurité hall
Adminestration	Bureau de directeur Sécritariat Bureau de responsable pédagogique 08 bureau
Pédagogique	10 classes Bureau pédagogique 02 bureaux des orthophonistes Atelier pour filles Atelier pour garçon Salle polyvalente Amphi
Soins psychologiques	Infermerie Bureau de médecin 02 salles de radaptation psychologique et physique

Chapitre 01 : Cas d'étude et diagnostic de territoire

	02 bureaux des psychologues Bureau de psychiatre
Formation	03 classes 02 ateliers Salle de réception
Autres	Hebergement Restaurant Espace des jeux et loisir Terrain de sport

Tableau 13: programme du centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux de Guelma ;
Source : l'administration du centre

1.3.3 Synthèse :

la matrice AFOM

Atouts	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens matériels mis à dispositions par le ministère des solidarités pour améliorer le secteur social. • Rédaction d'un certain nombre de décrets et de lois visant à défendre les personnes en situation handicapées , ce qui améliorerait leur niveau de vie • Octroi d'une bourse mensuelle au niveau de la Direction de l'activité sociale au profit des personnes handicapées. La loi prévoit l'octroi de 3% d'emplois pour cette catégorie « personne en situation handicapées » • L'émergence de nombreuses associations qui défendent ces groupes marginalisés et le parrainent à 	<ul style="list-style-type: none"> • L'absence total des établissements de la rééducation physique et réadaptions • Faiblesses fatal dans les programmes pédagogiques qui concernent les personnes en situation handicapent • L'absence de la formation professionnelle pour les handicapés • L'inclusion des personnes en situation handicapée dans un faible pourcentage (3%) dans le domaine du travail. • Offrir une subvention financière insuffisante pour répondre à les besoins des personnes en situation handicapées.

Chapitre 01 : Cas d'étude et diagnostic de territoire

différents niveaux.	<ul style="list-style-type: none"> • Perte dans les activités sociales et culturelles • L'absence de la notion de l'intégration sociale des personnes en situation handicapée • Inégalité sociale • Les handicapés restent une frange marginalisée de notre société. • La ville n'adapte plus avec les besoins des personnes en situation handicapées. • La difficulté de l'accessibilité aux équipements, les services et les espaces publics. (manque des rampes)
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La politique sociale et la programmation de la direction de la Wilaya de Guelma contient trois projets projetés ; sont : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Centre pédagogique pour les handicapés mentaux. ➤ Centre pédagogique pour les handicapés moteurs. ➤ École d'enseignement spécialisé pour les handicapés visuels. (étape d'étude) 	<ul style="list-style-type: none"> • le nombre d'handicapés à ville de Guelma augmente d'une manière excessive et le nombre d'établissements reste insuffisant;

Tableau 14: Tableau AFOM ;

Source : traité par l'auteur

1.3.4 Le scénario :

Afin de surmonter les obstacles rencontrés par le secteur de la santé sociale dans la Wilaya de Guelma, en particulier la catégorie des personnes en situation handicapées, et de développer des solutions à ces problèmes, nous proposons un scénario qui se compose en deux parties, il se distingue dans le sens ou :

- Aider les personnes handicapées à mener leur vie de façon indépendante et autonome ; Améliorer leurs conditions de vie et faciliter leur intégration sociale et professionnelle dans la société, à travers des activités socioculturelles et des formations professionnelles.
- Améliorer la santé et l'état psychologique des personnes en situation handicapées en leur fournissant des soins médicaux, physique et psychologiques.

La meilleure méthode Pour valider les deux axes est établir un centre de rééducation physique et intégration sociale pour les personnes en situation handicapées.

1.4 Conclusion :

Après un processus de diagnostic selon notre thème d'étude, il nous apparaît clairement que le secteur de la santé sociale est complètement marginalisé par les autorités concernées, ce qui a entraîné une détérioration notable des services sociaux, notamment ceux destinés aux personnes handicapées, qu'il s'agisse dedans le domaine urbain (l'absence de leurs moyens d'accessibilité comme les rampes) ou au niveau de leurs équipements et les programmes proposés pour leur inclusion sociale. La proposition de créer un centre de rééducation fonctionnelle et intégration sociale pour les personnes en situation handicapés est l'un des solutions les plus marquantes, qui permettrait d'améliorer la condition sociale et psychologique des personnes en situation handicapées, et de les intégrer socialement et dans le domaine de travail.

Chapitre 02 : Analyses des terrains

Chapitre 2: Analyses des terrains

2.1 Introduction :

Un édifice est un micro de la trame urbaine, c'est-à-dire qu'en plus de ses propres besoins, il doit satisfaire les exigences urbanistiques d'un tout.

Dans ce chapitre on a analysé plusieurs terrains pour voir lequel est le plus adapté avec les paramètres du choix du centre de rééducation physique et intégration sociale.

2.2 Paramètres de choix :

Critères	DESCRIPTION
Situation	<ul style="list-style-type: none">• L'intégration du centre de rééducation physique dans le suburbain (intermédiaire entre le milieu urbain et le milieu forestier « naturel »).
Nature et source	<ul style="list-style-type: none">• Zone naturelle avec l'existence des sources thermales
Propriété	<ul style="list-style-type: none">• Secteur urbanisé ou bien a urbanisation futur (court, moyen et long terme)• Évitant les terrains agricoles• Eloignement des zones industrielles
Morphologie	<ul style="list-style-type: none">• Terrain en pente
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none">• Bonne accessibilité raccordée à la ville ou bien le milieu urbain• Évitant les routes avec grands flux mécanique (l'absence de la nuisance et la pollution)

Chapitre 02 : Analyse des terrains

Surface	• Terrain avec grande surface pour les espace extérieur et la facilité d'intégrer les rampes
Visibilité	• Bonne visibilité (terrain a un grand champ visuel, vue panoramique)
Servitude	• Évitant les grandes servitudes (LHT, MT, ligne de Gaz, Oued avec grande déverse...)
Ensoleillement	• Bonne ensoleillement • Bonne orientation

Tableau 15:les paramètres de choix du terrain ;

Source : traité par l'auteur

2.3 Analyse des terrains :

Selon les paramètres du choix et des connaissances antérieures, j'ai sélectionné 04 terrains :

- **Terrain 01** : pos sud « terrain d'olivier »
- **Terrain 02** : Est du Guelma « juxtaposition du hôpital mère et enfant »
- **Terrain 03** : nord est de Guelma « terrain intermédiaire entre Guelma et Belkhir »
- **Terrain 04** : sud ouest de Guelma « site de Hammam Guerffa »

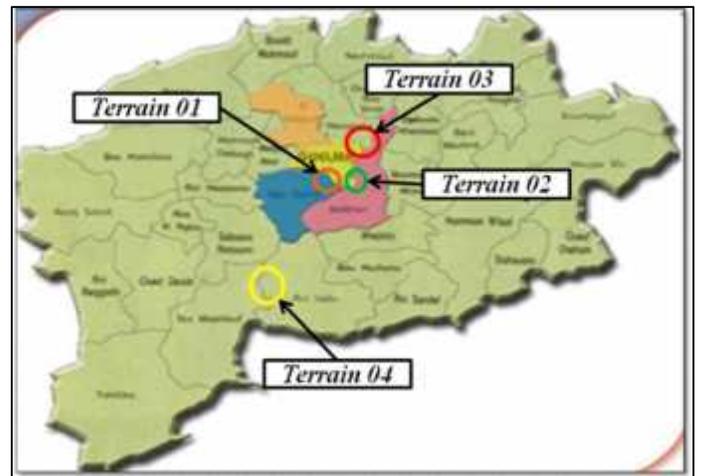


Figure 38: terrains d'étude ;

Source : image google traitement par l'auteur

2.3.1 Analyse du terrain 01 : « terrain d'olivier » Pos Sud

2.3.1.1 Présentation du site :



Figure 39: situation du terrain 01 ;

Source : Google Arth + traitement par l'auteur

Le terrain se situe dans « pos sud » de Guelma.

2.3.1.2 L'environnement immédiat :

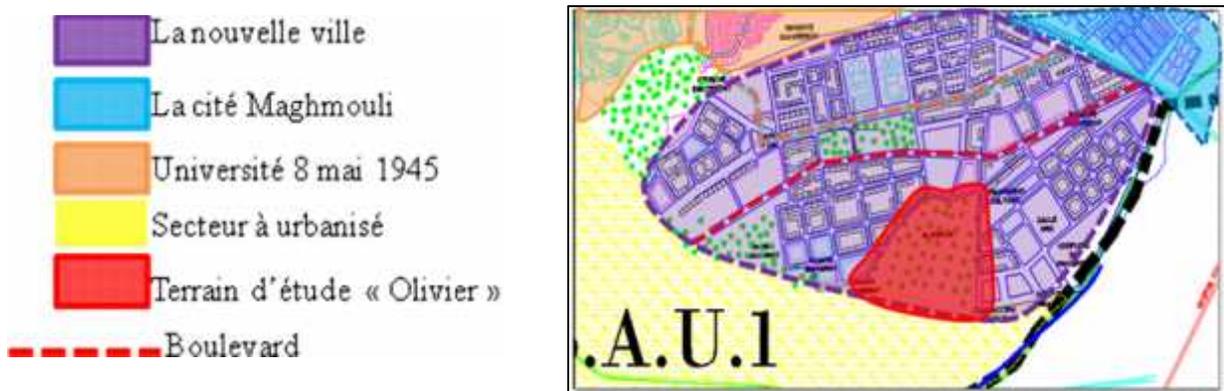


Figure 40 : environnement immédiat du terrain;

Source : traitement par l'auteur

Le terrain situé dans le Pos sud de la Wilaya de Guelma, comme un environnement immédiat le terrain entourée par une agglomération (Habitat collectives) c'est la cité de nouvelle ville ;

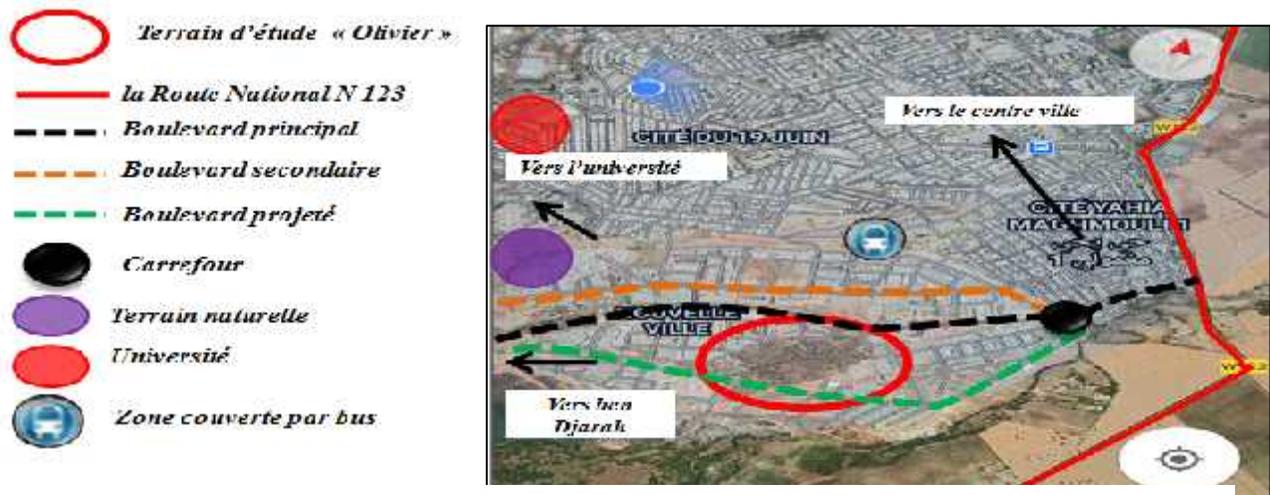
Chapitre 02 : Analyse des terrains

et comme un environnement lointain on a le pôle universitaire dans le nord ouest la cité Maghmouli dans le nord est

2.3.1.3 Approche morphologique :

- Le terrain est de forte pente : 16%
- La forme du site :
 - ***En plan*** : la forme de site d'intervention est irrégulière qui donnent une surface de: 6.67 ha.
 - ***En perspective*** : sa forme est irrégulière (terrain accidenté).

2.3.1.4 Approche paysagère :



1- Les points de repère :

Le site est riche en points de repères (l'université, boulevard, carrefour, station de bus..) ;
Donc on a la facilité d'accéder au terrain (bien repéré)

2- Accessibilité :

Chapitre 02 : Analyse des terrains

- Le site est ouvert vers les autres quartiers voisins, il est considéré comme un point de passage qui relie la nouvelle extension avec la ville ancienne.
- il est accessible par 03 boulevards
- **3- La visibilité :**
 - Le site a une bonne visibilité à cause de sa topographie qui est en légère pente et sa situation à la périphérie de la ville lui permet d'avoir un grand champ de vision et d'être visible depuis plusieurs points
 - Paysage naturelle

2.3.1.5 Approche fonctionnelle :

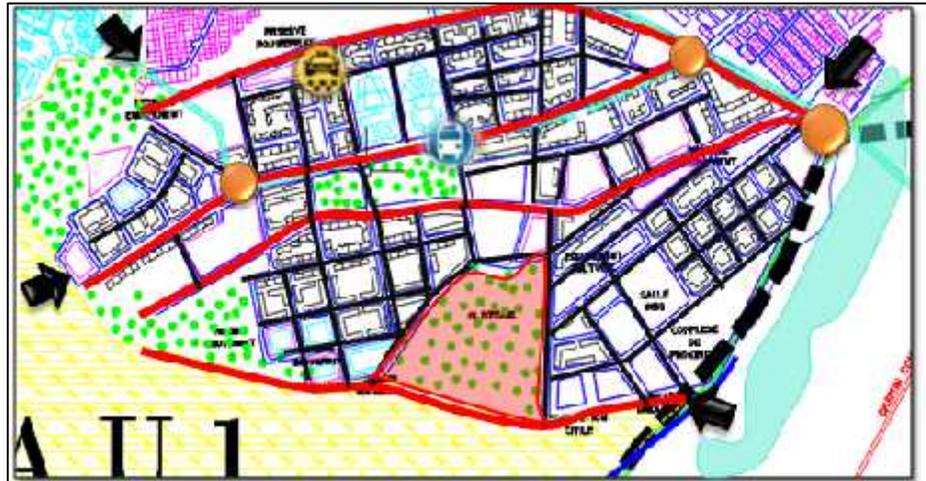


Figure 42 : Carte d'environnement et mobilité du terrain ;

Source : Traitement par l'auteur

1- La mobilité :

- La circulation mécanique concentrée sur le boulevard principale (la colonne vertébrale de l'extension sud).

Chapitre 02 : Analyse des terrains

- L'utilisation des voiries intérieures est temporaire, Donc la circulation est distribuée d'une façon irrégulière entre les voies de site.

2-Environnement naturel :

Un environnement naturel riche constitué d'un oued, forêt urbaine, forêt, olivier et autres

3- Vents et ensoleillement :

- Le site profite d'un bon ensoleillement durant la journée
- La présence d'un environnement naturel (olivier) permet de donner une fraîcheur au site.

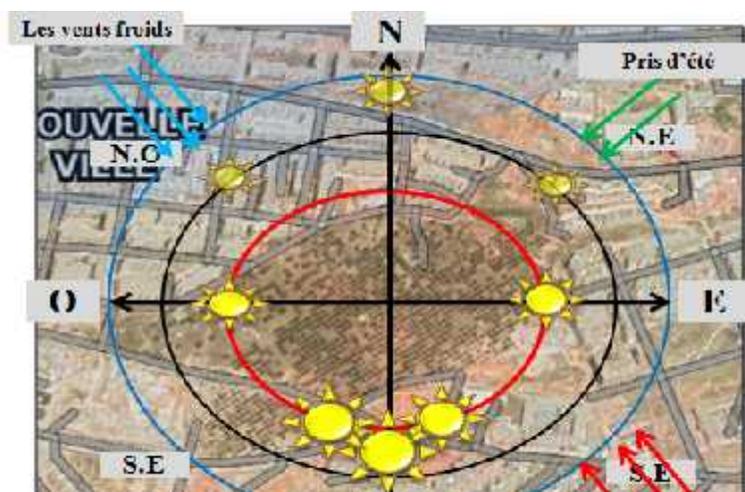


Figure 43 : schéma d'ensoleillement du terrain ;

Source : Image Google Earth + traitement par l'auteur

2.3.1.6 Synthèse :

AFOM	DESCRIPTION
Atouts	<ul style="list-style-type: none"> - Situation en périphérie qui peut accueillir un nouveau centre - Environnement naturel riche. - un site plongeant dans la nature. - avenir d'une nouvelle ville. - un nouveau visage urbain de la ville Guelma - Bonne accessibilité - un nouveau réseau routier se construit
Faiblesses	<ul style="list-style-type: none"> - réseau de servitude - Le quartier ne dispose d'aucun aménagement extérieur. - le site est Marginalisé dans le pos sud - Réseau routier dégradé qui néglige la circulation piétonne - manques des équipements juridiques et de sécurité

Chapitre 02 : Analyse des terrains

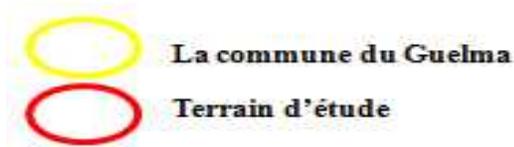
Opportunités	- positionnement unique: Proche au pôle universitaire (élément d'attractivité) - Qualité paysagère très importante - la situation en milieu semi rurale.
Menaces	- consommation des terres agricole (olivier) .

Tableau 16:tableau AFOM du terrain 01 ;

Source : Traité par l'auteur

2.3.2 Analyse du terrain 02 : « Est du Guelma « juxtaposition du hôpital mère et enfant » :

Présentation du terrain :



Le terrain se situe dans la partie Nord-est de Guelma



Figure 44:Situation du terrain 02 ;

Source : Google Earth + traitement par l'auteur

2.3.2.1 L'environnement immédiat

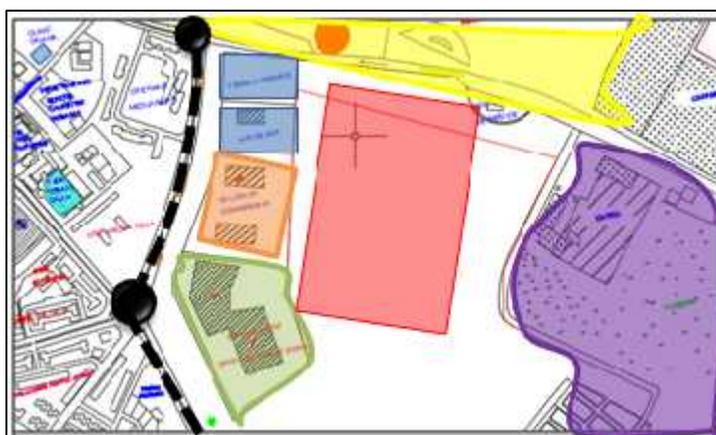


Figure 45 : carte de la limite du terrain 02

Source : traité par l'auteur

Chapitre 02 : Analyse des terrains

Le terrain est limité par :

- **Coté Nord** : par des terrains vide
- **Coté Sud** : terrain vide et rue
- **Coté Ouest** : hôpital, stade, marché, une rue et type collectif R+5.
- **Coté Est** : par terrain agricole
- **Coté Nord-ouest** : par l'école de fermier

2.3.2.2 Approche morphologique :

1. Le terrain est de faible pente :
 - **Coupe longitudinale (A-A)**: La coupe longitudinale montre que la pente moyenne du terrain est : 3 %.
 - **Coupe transversale (B-B)** : La coupe transversale montre que la pente moyenne du terrain est : 2.2 %
2. La forme :

Le terrain a une forme rectangulaire, orienté vers la partie Nord-est.

2.3.2.3 Approche paysagère :



Figure 46: Carte d'accessibilité du terrain 02 ;
Source : Google Earth + traitement par l'auteur

Chapitre 02 : Analyse des terrains

1- Les points de repère :

Le site est riche de points de repère (le complexe mère et enfant, boulevard, ferme école, habitat collectives...); Donc on a facilité d'accéder au terrain (bien repéré).

2- Accessibilité :

- Il a une surface de 13, 738,41 m².
- Délimité par équipement commercial au coté Sud, une rue au coté ouest et quartier résidentiel, et station d'essence de cotés Est.

3. La visibilité :

Ce site a deux (03) cotés ouvert, du l' Nord, Est et du Sud

Terrain ouvert sur des terrain agricole



Le site a une bonne visibilité à cause de sa situation à la périphérie de la ville lui permet d'avoir un grand champ de vision et d'être visible depuis plusieurs points



Figure 47:champ de visibilité du terrain 02

Source : Image Google Earth traitement par l'auteur

2.3.2.4 Approche fonctionnelle :

1. Le réseau viaire :

Chapitre 02 : Analyse des terrains

Mécanique :

-  Terrain d'étude
-  Boulevard Chelaghmia
-  Route National N123

- Le réseau viaire du site est composé de 2 voies principales : le boulevard avec une longueur de 92,25m, et une largeur de 20m
- Le site entouré par des voies avec un fort flux



Figure 48: Carte de circulation ;

Source : Image Google Earth + traitement par l'auteur

Piétonne :

-  accès piéton

- Il existe un trottoir de 1,20m pour accessibilité piéton

2. Vents et ensoleillement :

- Le site profite d'un bon ensoleillement durant la journée.
- Bonne orientation

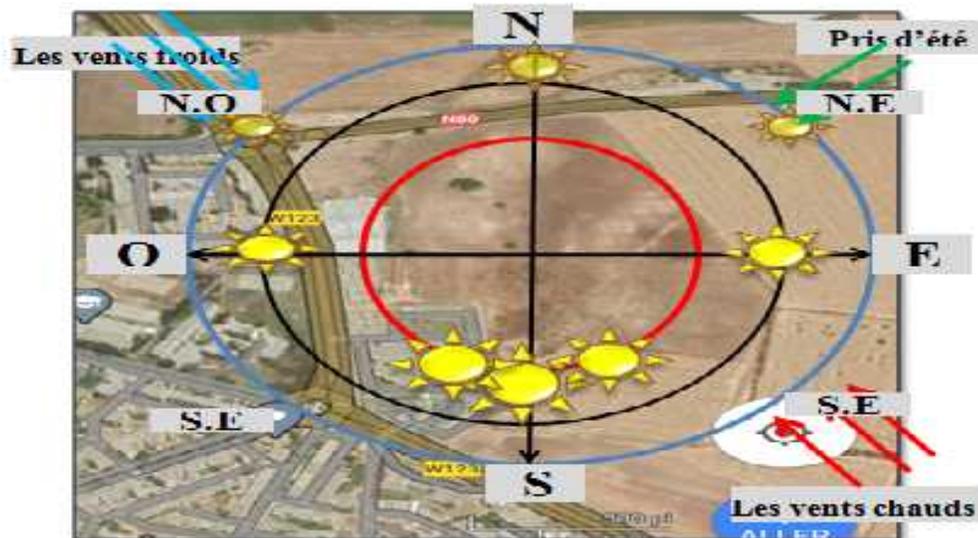


Figure 49: schéma d'ensoleillement du terrain 02 ;

Source : image Google Earth + traitement par l'auteur

Chapitre 02 : Analyse des terrains

2.3.2.5 Synthèse :

AFOM	DESCRIPTION
Atouts	<ul style="list-style-type: none">- Une localisation stratégique au nord-est de la ville.- Un potentiel foncier considérable.- Une proximité par rapport à la ville.- Accessible par trois (03) boulevard
Faiblesses	<ul style="list-style-type: none">- Un manque d'équipements.- Un manque flagrant de mobilier urbain.- Manque d'espace piétonne.- L'insécurité routière.- Terrain plat.
Opportunités	<ul style="list-style-type: none">- Le site a une bonne visibilité à cause de sa situation à la périphérie de la ville lui permet d'avoir un grand champ de vision et d'être visible depuis plusieurs points

Tableau 17:Tableau AFOM du terrain 02 ;

Source : traité par l'auteur

2.3.3 Analyse du terrain 03 : « : nord est de Guelma « terrain intermédiaire entre Guelma et Belkhir » :

2.3.3.1 Présentation de la zone d'étude :

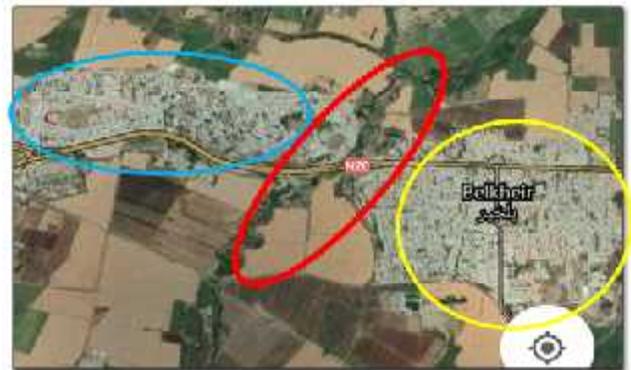
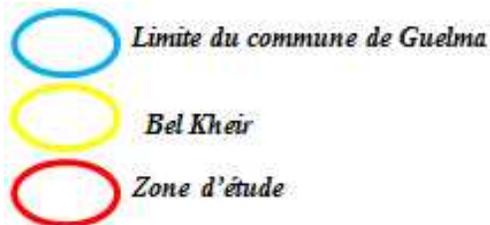


Figure 50:situation du terrain 03 ;

Source : image Google Earth +traitement par l'auteur

Chapitre 02 : Analyse des terrains

L'entrée de Guelma venant de Souk-Ahras se trouve à la périphérie Nord-est de la ville entre la ville mère Guelma et la commune de Belkhir

La zone extramuros des limites administratives est la cause principale qui a arrêté le développement urbain accéléré pendant les années 90 en raison de la présence du périmètre irrigué dans sa partie Nord pour éviter l'empiétement sur les terrains agricoles.

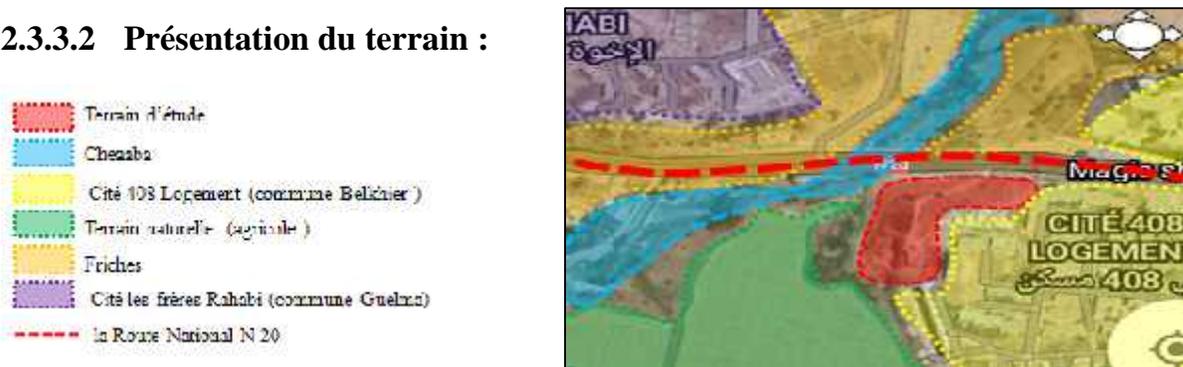
▪ La disponibilité foncière et les contraintes au niveau de l'entrée Nord-est



Source : Image Google Earth+ traitement par l'auteur

Le foncier situé sur l'axe de l'entrée Nord-est et ses abords, est un pari très important, vu que cette vitrine urbaine favorise l'implantation des programmes de développement territorial, et l'insertion de grandes infrastructures et équipements d'intérêt général.

2.3.3.2 Présentation du terrain :



Source : image Google Earth + traitement par l'auteur

Chapitre 02 : Analyse des terrains

L'environnement immédiat :

Le site d'intervention occupe une superficie d'environ 2,8 Ha, sa forme est irrégulière. Il est physiquement limité :

- *Au nord par* : La route nationale 20 et le lycée de Belkhir.
- *En est par* : La cité de 140 logements.
- *En ouest par* des terres agricoles et l'oued El M'eiz.
- *Au sud par* : des terres agricoles

2.3.3.3 Approche morphologique :

1- La topographie du site :

- Le site est légèrement accidenté, il présente une topographie avec une légère pente
- Cette topographie favorise l'implantation des équipements qu'ils vont être visible depuis l'entrée. il facilite l'écoulement des eaux.

Coupe longitudinale : La coupe longitudinale montre que la pente moyenne du terrain est : 4 %

Coupe transversale : La coupe transversale montre que la pente moyenne du terrain est : 3 %



2- La forme du site :

- *En plan* : la forme de site d'intervention est irrégulière qui donnent une surface de: 2,8 ha.
- *En perspective* : sa forme est irrégulière (terrain accidenté).

2.3.3.4 Approche paysagère :

1- Les points de repère :



Figure 53 : les points de repère du terrain 03 ;

Source : mémoire master en architecture¹⁰¹

2- La visibilité :

Le site a une bonne visibilité à cause de sa topographie qui est en légère pente et sa situation à la périphérie de la ville lui permet d'avoir un grand champ de vision et d'être visible depuis plusieurs points, la RN20 assure la visibilité pour les visiteurs qui viennent en dehors de la ville.

3- Accessibilité :

- Le site est traversé par la route nationale numéro 20 (RN20), ce qui lui donne une situation stratégique et qui va assurer la liaison routière entre le site lui-même et la ville.
- Cette liaison routière qui est assurée par cette voie principale constitue un axe d'une très grande importance nationale et régional. Elle permet la continuité physique et le non isolement du site.

2.3.3.5 Approche fonctionnelle :

1- Circulation Mécanique :

¹⁰¹ LAMARI Maryem; «L'attractivité territoriale des entrées de ville comme vecteur de développement local et support de marketing urbain.»; mémoire master en architecture; université 08 Mai 1945 de Guelma; 2019

Chapitre 02 : Analyse des terrains

- Une forte circulation au niveau de la RN20 et le seul échangeur de l'entrée de ville ceux qu'ils posent des problèmes surtout aux heures de pointe.
- La RN20 se caractérise par une circulation très forte pour toute catégorie des véhicules à une vitesse considérable, ceux qui a causé une densité du trafic.
- Une circulation moyenne : au niveau des rues secondaires (cité 140 logements).

2- Circulation Piétonne:

- L'absence des passages piétonne et des trottoirs au niveau de la RN20 a abouti d'une circulation presque est nulle

L'insécurité routière au niveau du seuil d'entrée (au niveau de l'oued) constitue un danger sur les passagers

3- Les servitudes :

Il existe plusieurs servitudes qui traversent le site ou son environnement et qu'il faut les prendre en considération tels que :

- Gazoduc.
- Ligne électrique MT.
- Oued El m'eiz

4- Vents et ensoleillement :

- Le site profite d'un bon ensoleillement durant la journée.
- La présence d'un environnement naturel

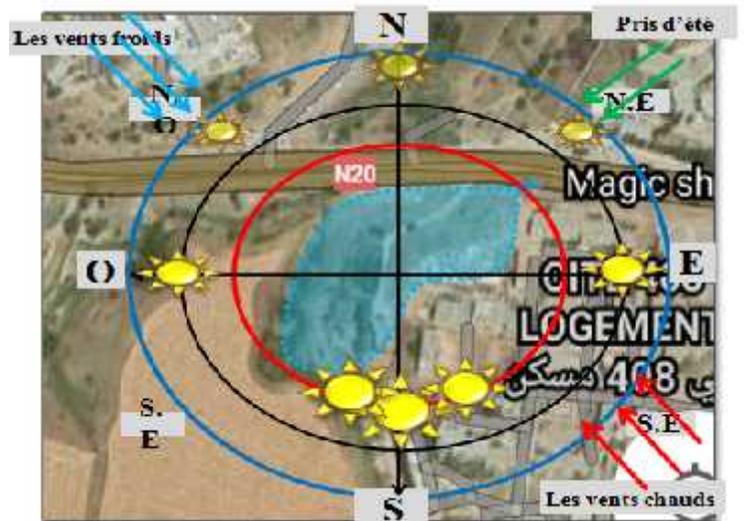


Figure 54 : schéma d'ensoleillement du terrain 03 ;
source : image Google Earth + traitement par l'auteur

Chapitre 02 : Analyse des terrains

2.3.3.6 Synthèse :

AFOM	DESCRIPTION
Atouts	<ul style="list-style-type: none">- Une localisation stratégique au nord-est de la ville. (suburbain)- Entrée de ville : un paysage porteur de message.- Des vues panoramiques.- Un potentiel foncier considérable.- Une proximité par rapport à la ville.
Faiblesses	<ul style="list-style-type: none">- Un manque d'équipements.- Des servitudes importantes : réseaux électrique M.T, el-oued... etc.- Un manque flagrant d'espaces verts et de mobilier urbain.- Manque d'espace piétonne.- L'insécurité routière
Opportunités	<ul style="list-style-type: none">- Offre de possibilité d'un grand projet d'investissement qui ouvre les portes sur une stratégie de développement durable.
Menaces	<ul style="list-style-type: none">- Disparition des espaces naturels dans le cadre d'urbanisation future- L'autoroute Est-Ouest peut dévaloriser l'entrée de la ville et le site lui-même.

Tableau 18 : tableau AFOM du terrain 03 ;

Source : traité par l'auteur

2.3.4 Analyse du terrain 04 : «: sud ouest de Guelma « site de Hammam Guerffa » :

2.3.4.1 Présentation du terrain :

Chapitre 02 : Analyse des terrains

- Wilaya : Guelma
- Daïra : Ain Makhlouf (situé où sud de la wilaya)
- Commune : Ain Arbi



Figure 55 : situation du terrain 04 ;

Source : Image Google Earth+ traitement par l'auteur

La zone d'étude située dans la commune de Ain Arbi (Sud de Guelma) ; on peut classer cette zone comme une zone thermique très importante.

L'environnement immédiat



Figure 56: environnement immédiat de terrain,

Source : Image Google Earth + traitement par l'auteur

Chapitre 02 : Analyse des terrains

La zone composée de deux sources thermales : Hammam Belhachani et Hammam Guerffa

- **Hammam Belhachani** : est une petite agglomération de surface 131.80 ha (on a 104.97 ha de cette surface réservée pour la zone d'expansion touristique proposée)
- **Hammam Guerffa** : est zone naturelle (hammam + quelque chambres pour les visiteurs du hammam)

2.3.4.2 Approche morphologique :

1- La topographie du site :

- Le site est accidenté, il présente une topographie avec une forte pente
- Cette topographie favorise l'implantation des équipements avec un dégradation et terrassement très importants



2- La forme du site :

- ***En plan*** : la forme de site d'intervention est irrégulière.
- ***En perspective*** : sa forme est irrégulière (terrain accidenté).

2.3.4.3 Approche paysagère :

1- Les points de repère :

Le site riche a un point de repère très important set la source minéral « Hammam Guerffa » roche.

Et au niveau l'environnement immédiat on a rond de point et accéder au site, aussi petit agglomération Hammam Belhachani à 1 km et la commune de Ain Arbi à 7 km

2- Accessibilité :

Chapitre 02 : Analyse des terrains

Le terrain est accessible à travers la route W 123 qui lie la commune de Ain Arbi et la daïra de Ain Makhlouf, à 07 km de Ain arbi on trouve un rond de point qui accède à le terrain à travers une piste de 600 m.

3- La visibilité :

Le site a une bonne visibilité à cause de sa topographie qui est en forte pente et sa situation dans un milieu naturel au suburbain lui permet d'avoir un grand champ de vision et d'être visible depuis plusieurs points, la RW 123 assure la visibilité pour les visiteurs (soit qui viennent de Ain arbi ou de Ain Makhlouf)



Figure 57 : champ de visibilité du terrain 04 ;

Source : image Google Earth+ traitement par l'auteur

2.3.4.4 Approche fonctionnelle :

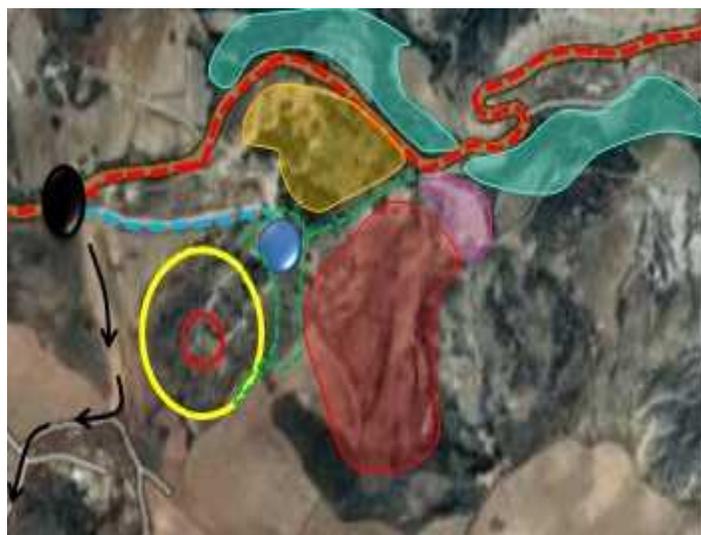
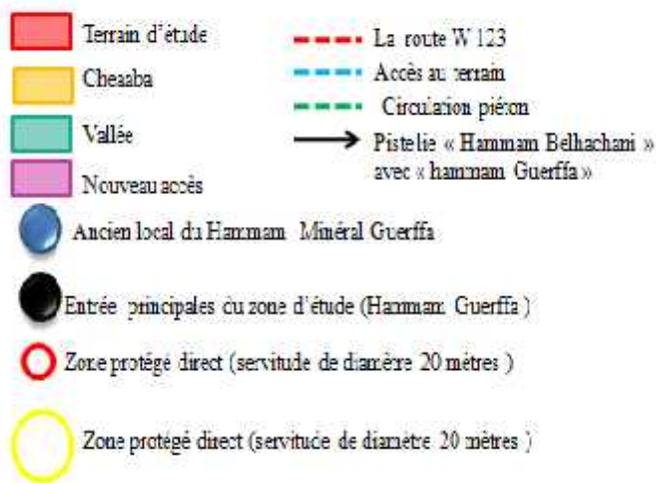


Figure 58 : Cadre d'accessibilité du terrain 04 ;

Source : Image Google Earth+ traitement par l'auteur

Chapitre 02 : Analyse des terrains

1- Circulation Mécanique :

On peut résumer la circulation et l'accessibilité du terrain dans la carte suivante :

2- Les servitudes :

Il existe deux servitudes qui traversent le site ou son environnement et qu'il faut les prendre en considération tels que :

- Vallée
- source naturel « Hammam minéral Guerffa »

3- Vents et ensoleillement :

- Le site profite d'un bon ensoleillement durant la journée.
- La présence d'un environnement naturel

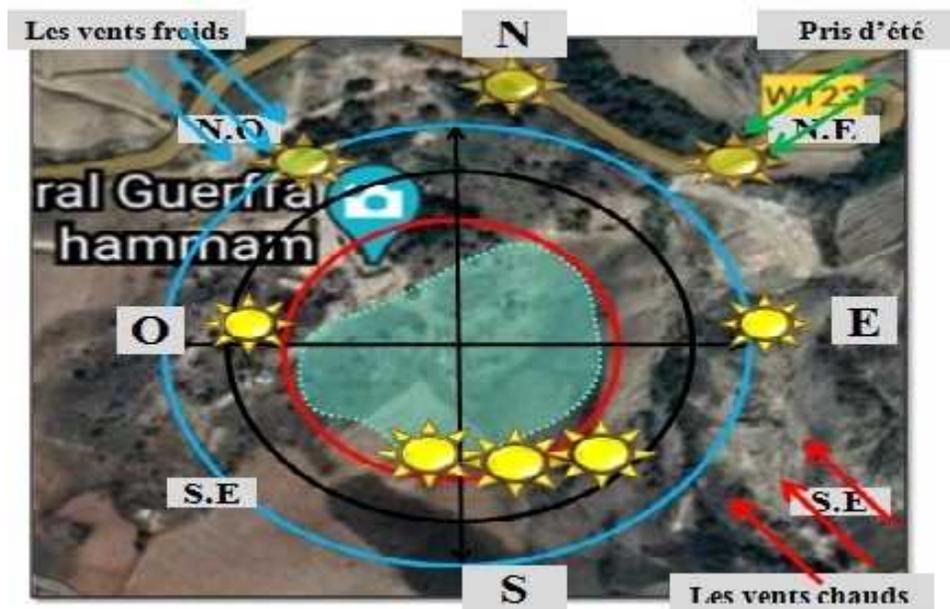


Figure 59 : schéma d'ensoleillement du terrain 04 ;
Source : Image Google Earth + traitement par l'auteur

2.3.4.5 Synthèse :

Chapitre 02 : Analyse des terrains

AFOM	DESCRIPTION
Atouts	<ul style="list-style-type: none">- Situation stratégique dans le suburbain- Terrain intermédiaire entre deux village « Ain arbi » et « Ain Makhlouf »- Environnement naturel riche.- un site plongeant dans la nature.- Contient une source thermale très important « Hammam Guerffa »- L'absence de la nuisance et la pollution (zone très calme)
Faiblesses	<ul style="list-style-type: none">- Le terrain ne dispose d'aucun aménagement extérieur.- L'absence de sécurité routière
Opportuni	<ul style="list-style-type: none">- Qualité paysagère très importante- Terrain a un bon ensoleillement- Offre de possibilité d'un grand projet d'investissement qui ouvre les portes sur une stratégie de développement durable.- Valorisée la zone d'expansion touristique

Tableau 19 : tableau AFOM ;

Source : traité par l'auteur

2.3.5 Justification du choix

Après l'analyse des différents terrains et les paramètres du choix il faut choisir le terrain le plus adapté pour réussir notre projet :

Chapitre 02 : Analyse des terrains

Critère du terrain	Situation	Nature / source	Propriété	Morphologie	Accessibilité	Surface	Visibilité	Servitude	Ensoleillement
Paramètres du choix	-Suburbain (intermédiaire entre le milieu urbain et le milieu naturel; forestier)	-Milieu naturel -Existence de la végétation -L'existence de la source thermale	-Secteur urbanisé ou bien urbanisé à future (court, moyen et long terme) -Évités les terrains agricole	-Terrain en pente	-Bonne accessibilité raccordé à la ville ou bien le milieu urbain -Évités les routes avec grandes flux mécanique (l'absence du nuisance et la pollution)	-Terrain avec grande surface pour les espace extérieur et la facilité d'intégrer les rampe	-Bonne visibilité (terrain a un grand champ visuel, vue panoramique)	-Évités les grandes servitude (LHT, MT, ligne de Gaz, Oued avec grande déverse...)	-Bonne ensoleillement -Bonne orientation
Terrain 01	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Terrain 02	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Terrain 03	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Terrain 04	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Tableau 20 : tableau d'adaptation es différents terrain avec les paramètres de choix ;

Source : traité par l'auteur

Selon les paramètres du choix et l'analyse du différents terrain qui déjà sélectionné je validés le quatrième terrain « site de Hammam Guerffa » car il est adapté avec tout les paramètres du choix (situation, nature, morphologie, accessibilité, visibilité, ensoleillement ...)

2.3.6 Terrain « hammam Guerffa » :

➤ *Situation géographique :*

- Terrain naturelle avec léger pente
- L'absence d'agglomération
- L'absence du site historique

➤ **Moyen d'accès :** piste de 600 m

➤ **Aménagement de la source :** L'existence des aménagements antérieurement et jusqu'à aujourd'hui (l'ancien local de Hammam Guerffa)

➤ **Utilisation à l'heure actuelle :** utilisation locale

➤ **Nature des aménagements thermaux actuels :** 03 bassin

➤ **Actuellement :**

- Nombre de source existant dans le même site : 06
- Débit : moyen
- Température : chaude (chiffre éventuel = 54 c°)
- Type d'utilisateurs : masculine
- Types d'affections pour lesquelles la source est fréquentée (actuellement ou dans le passé) : peau ; Rhumatisme ¹⁰²

➤ **Climatisation :**

Altitude	500 m
Température (moyenne saisonnière)	Hiver : 2 c°
	Eté : 35 c°
Pluviométrie	Moyenne annuelle plus de 200-400 mm
Ensoleillement	Eté : fort
	Automne : moyen
	Hiver : moyen

¹⁰² Document technique Gouvernementaux; service d'hydrauliques de L'APC de Ain Arbi

Chapitre 02 : Analyse des terrains

	Printemps : fort	
Environnement	Montagne	
	Masse liquide (rivière)	
Agents polluants	L'absence des usines	
	L'absence d'agglomération	
	Distance à l'agglomération	01 km à Hammam belhachani
		07 km à Ain Arbi
10 km à Ain Makhoulouf		

Tableau 21 : données climatique du terrain de Hammam Guerffa ;

Source : document technique gouvernementaux

➤ Zone de protection pour les Gites Thermaux :

Deux zones de protection sont à prévoir :

- Zone directe
- Zone indirecte

➤ **Zone de protection directe :**

Cette zone s'étendra sur un rayon de 20 mètres de la source, elle devra être clôturée, l'accès autorisé seulement pour le personnel de service. (Clôture à prévoir : 30 x 30)

➤ **Zone de protection indirecte :**

Cette zone s'étendra sur un rayon de 50 mètres en moyenne à partir de la limite de la clôture précédente.

Il doit être strictement interdit dans la zone indirecte : de rejeter des eaux usées, épurées, d'y apposer des réservoirs et conduites de tout nature (gaz, eau etc...)

L'emploi des engrais naturels et chimiques y est strictement interdit.

L'accès doit être interdit aux animaux, l'ensevelissement de toutes natures devra être de même proscrit

Chapitre 02 : Analyse des terrains

La surveillance de ces deux périmètres de protection devra être exercée en particulier par la Commune dont dépend le gîte thermal.¹⁰³

➤ Qualité de l'eau thermale de « Hammam Guerffa » :

- Les eaux thermales de Hammam Guerffa sont sulfatées calciques, moyennement minéralisées (2206 mg/l) et présentent une minéralisation secondaires bicarbonatée magnésienne.
- d'autres part ces eaux ont un léger caractère incrustant.
- les fortes concentrations des ions : SO₄, Na et Cl dénotent un lessivage des terrains gypse-salins souvent d'âge triasique.
- compte tenu de la chimie, la température (54 c°) et le contexte géologique, on peut dire que les eaux proviennent d'un profond réservoir carbonaté. Leur remontée assez rapide est facilitée par les fractures (fissures, diaclases) développées par les contraintes tectoniques.¹⁰⁴

➤ Indications thérapeutiques :

- **Affections veineuses :**
 - Phlébite (état post- phlébitique)
 - Hypodermite
 - Ulcère de jambe
 - varices
- **Affections de la peau et des muqueuses :**
 - Psoriasis
- **Affections digestives :**
 - Affection de l'estomac (gastrites)
 - Affections des voies biliaires et foie
 - Affection intestinale (colopathie)

¹⁰³ Document technique Gouvernementaux; service d'hydrauliques de L'APC de Ain Arbi

¹⁰⁴ Document technique Gouvernementaux; service d'hydrauliques de L'APC de Ain Arbi

Chapitre 02 : Analyse des terrains

- **Affections du domaine de l'oto-rhino-laryngologie :**
 - Affection allergique et inflammation non suppurée (foses nasales, sinus , pharynx , larynx, oreilles)
- ***Affections respiratoire :***
 - Bronchite chronique
 - Dilatation des branches
 - Asthme
 - Insuffisances respiratoires chroniques (séquelles)

2.4 Conclusion :

Les donnée de le terrain de Hammam Guerffa (situer où sud ouest de la ville de Guelma) sont convenable avec Les conditions de la réalisation d'un centre de rééducation physique et intégration sociale.

Chapitre 03 : La programmation

Chapitre 3 : La programmation

3.1 Introduction :

La démarche programmatique nous permet de déterminer l'organisation fonctionnelle du projet, à partir l'analyses des plusieurs exemples, c'est-à-dire réfléchir la manière d'organiser les activités et de déterminer leur corrélation, leurs besoins en surface et leur mode de distribution, ainsi que les conditions de vie et d'exploitation.

L'étude des exemples (existants et livresques) nous a permis de définir les différentes composantes du projet.

3.2 Programme retenu :

<i>Unité</i>	<i>Exemple 01</i>	<i>Exemple 02</i>	<i>Exemple 03</i>	<i>Programme retenu</i>
<i>Accueil</i>	Réception	Réception	Réception	Réception
	Hall d'entrée	Hall d'entrée	Hall d'entrée	Hall d'entrée
	Hall d'attente	Hall d'attente	Hall d'attente	Hall d'attente
<i>Administration</i>	-	Accueil	Accueil	Accueil
	Bureaux	Bureaux	Bureaux	Bureaux
	Centre de réunion	Salle de réunion	Salle de réunion	Salle de réunion
	-	-	-	Bureau social
	-	Hall d'attente	Espace d'attente	Hall d'attente
	Sanitaire	Sanitaire	Sanitaire	Sanitaire

Chapitre 03 : La programmation

Rééducation Et Médical (médico-social)	Salle de soins	Salle de traitement	Salle de consultation	Salle de soins médicaux
	Salle de kinésithérapie	Salle de rééducation (kinésithérapie)	Salle de kinésithérapie	La kinésithérapie
	Salle de psychomotricité	-	-	Psychomotrice
	-	Salle de soins infirmiers	Salle de soins infirmiers	Salle de soins infirmiers
	Salle de balnéothérapie	-	Bain de vapeur	Balnéothérapie
	Salle d'ergothérapie	-	-	Salle d'ergothérapie
	Salle d'orthopédie	-	-	Salle d'orthopédie
	Salle de neurologie	-	-	Salle de neurologie
	Salle de radiologie	-	-	Salle radiologie
	Salle de traumatologie	-	-	Salle de traumatologie
	-	Salle d'exercice de physiothérapie	Salle de physiothérapie	Salle de physiothérapie
Rééducation Et Médical (médico-social)	-	Salle d'exercice gothérapie	-	Salle d'exercice gothérapie
	Hall d'attente	Salon d'attente	Hall d'attente	Salon d'attente
	-	Salle de travail manuel	-	Salle de travail manuel
	Vestiaire	Vestiaire	Vestiaire	Vestiaire
	Bloc sanitaire	Bloc sanitaire	Bloc sanitaire	Bloc sanitaire
	-	-	Gymnastique médicale	Gymnastique médicale
	-	-	Aquagym	Aquagym

Chapitre 03 : La programmation

	Piscine thérapie	Piscine thérapie	Piscine thérapie	Piscine thérapie
<i>Sport</i>	-	-		Salle omnisport
	Piscine	Piscine		Piscine
	Vestiaire	Vestiaire		Vestiaire
	Salle de musculation	-		Salle de musculation
	Terrain de basket	-		Terrain de basket
	-	Salle de gymnase		Salle de gymnase
	-	Salle de fitness		Salle de fitness
	Bloc sanitaire	Bloc sanitaire		Bloc sanitaire
<i>Pédagogique (socio-éducatif)</i>	Salle du cours			Salle du cours
	Salle polyvalente			Salle de polyvalente
	Salle de formation			<i>Salle de formation</i>
	L'unité de relation et communication			<i>L'unité de relation et communication</i>
	Bloc sanitaire			<i>Bloc sanitaire</i>
<i>Hospitalisation</i>	Salle d'attente	Salon d'attente		Salle d'attente
	Bureau du médecins	Bureau du médecins		<i>Bureau de médecins</i>
	Infirmierie	Infirmierie		<i>Infirmierie</i>
	Pharmacie	Pharmacie		<i>Pharmacie</i>
				<i>Pharmacie</i>
	Chambre double (2 lits)	Chambre double (2 lits)		<i>Chambre double (2 lits)</i>
	Chambre simple (1 lit)	Chambre simple (1 lit)		<i>Chambre simple (1 lit)</i>
	Dépôt linge sale	Dépôt linge sale		<i>Dépôt de linge sale</i>
	Dépôt linge propre	Dépôt linge propre		<i>Dépôt de linge propre</i>
	-	-		<i>Espace de famille</i>
Bloc sanitaire	Bloc sanitaire	<i>Bloc sanitaire</i>		
	Théâtre	-		<i>Théâtre</i>

Chapitre 03 : La programmation

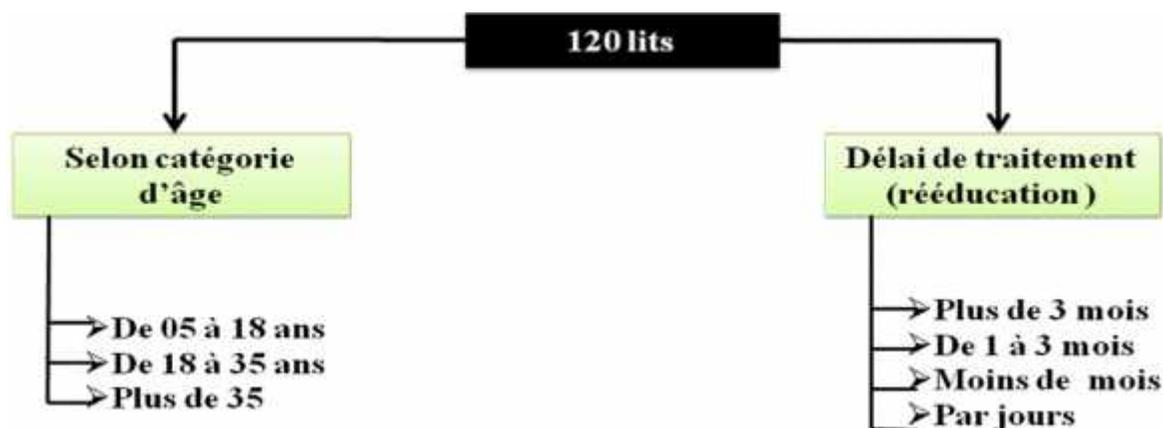
<i>Socio-culturel</i>		-	Salle de cinéma	<i>Salle de cinéma</i>
		Vestiaire	-	<i>Vestiaire</i>
		Salle de musique	-	<i>Salle de musique</i>
		Bibliothèque multimédia	-	<i>Bibliothèque multimédia</i>
		Cyber café	-	<i>Cyber café</i>
		Bloc sanitaire	-	<i>Bloc sanitaire</i>
Restauration	Cafétéria	Cafétéria	Cafétéria	Cafétéria
	Restaurant	Restaurant	Restaurant	Restaurant
	-	-	Grill-rooms	Grill-rooms
Hébergement		Salle d'attente	Salle d'attente	Salle d'attente
		Appartement	-	Appartement
		-	Chambre de 3 lits	Chambre de 3 lits
		-	Chambre double (2 lits)	Chambre double (2 lits)
		-	Chambre simple (1 lit)	Chambre simple (1 lit)
		-	Suites	Suites
			Bungalows	Bungalows
		Salle d'activité	-	Salle d'activité
		Bureaux	-	Bureaux
		Cyber café	-	Cyber café
		-	Terrasse accessible	Terrasse accessible
Autres	Locaux techniques	Locaux de techniques	Locaux techniques	Locaux techniques
	-	-	Terrain extérieurs	Terrain extérieures
	Terrain de sport	-	-	Terrain de sport
	Stockage	Stockage	Stockage	Stockage
	Aire de stationnement	Aire de stationnement	Aire de stationnement	Aire de stationnement

Tableau 22 : tableau du programme retenu du projet ;

Source : l'auteur

3.3 Programme Quantitatif :

Capacité :



Le nombre des handicapés dans la willaya de Guelma :

Selon la DAS de Guelma « 2020 » :

Le nombre total des personnes handicapées selon : le type d'handicapé, l'âge et le sexe:

	De 0 à 3 ans		De 3 à 5 ans		De 5 à 18 ans		De 18 à 35 ans		De 35 à 60 ans		plus de 60 ans		total		total
	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	
Handicapé mentale	91	104	277	377	370	399	505	598	420	555	510	693	2173	2726	4899
Handicapé moteurs	44	39	166	200	170	302	276	318	266	279	243	323	1165	1461	2626
Handicapés visuels	8	11	58	70	68	68	70	77	76	66	96	127	376	419	795
Handicapé auditif	20	26	20	58	62	40	45	49	57	53	68	14	272	240	512
polyhandicapé	10	9	57	59	58	75	80	64	65	53	52	52	322	312	634
Total (01)	173	189	578	764	728	884	976	1106	884	1006	969	1209	4308	5158	9466

Tableau 23 : le nombre total de chaque type des handicapées (de catégorie 100%)

Source : la DAS de la Wilaya de Guelma (2020)

Chapitre 03 : La programmation

	De 0 à 3 ans		De 3 à 5 ans		De 5 à 18 ans		De 18 à 35 ans		De 35 à 60 ans		plus de 60 ans		total		total
	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	
Handicape mentale	35	43	242	237	196	286	341	338	320	324	289	276	1423	1504	2927
Handicape moteurs	51	70	140	236	195	205	252	276	186	237	241	287	1065	1311	2376
Handicapes visuels	6	5	20	26	78	65	85	83	84	72	85	135	358	386	744
Handicape auditif	5	12	22	55	60	35	52	53	31	51	76	39	246	245	491
polyhandicapé	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4	0	4
Total (02)	100	130	424	554	529	591	731	750	621	684	691	737	3096	3446	6542
TOTAL	273	319	1002	1318	1257	1475	1707	1856	1506	1690	1660	1946	7404	8604	16008

Tableau 24 : le nombre total de chaque type des handicapées (catégorie moins de 100%) ;

Source : la DAS de la Wilaya de Guelma (2020)

Notre centre de rééducation physique et intégration sociale comporte trois types d'handicapés :

- Handicape mentale
- Handicape moteurs
- Polyhandicapé

et aussi ; le centre concerner trois catégorie d'âge sont :

- De 5 à 18 ans
- De 18 à 35 ans
- De 35 à 60 ans

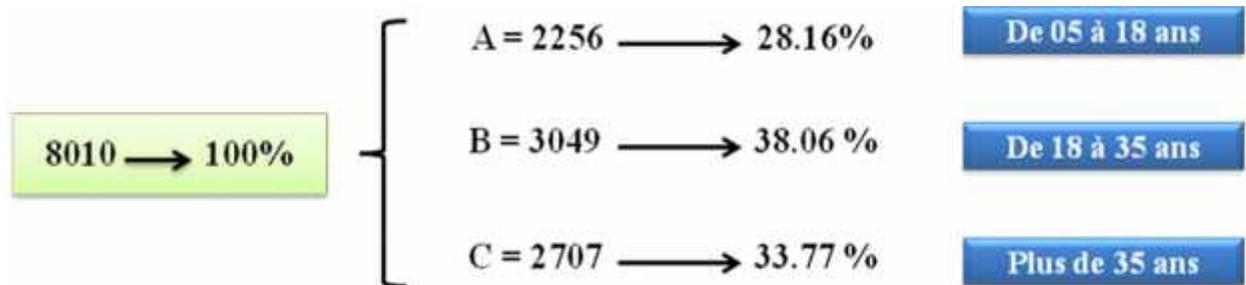
Chapitre 03 : La programmation



Figure 60 : le nombre total des personnes handicapées intégrées dans ce centre par an ;

Source : par l'auteur

Le pourcentage de chaque catégorie d'âge :



Le nombre de lits de chaque catégorie :



Alors :

La capacité de notre projet est 120 lits partagé comme suit :

- > 33 lits « de 05 à 18 ans »
- > 49 lits « de 18 à 35 ans »
- > 41 lits « plus de 35 ans »
- + 10 lits pour « moins de 5 ans » cas d'urgence

**Capacité final :
130 lits**

Le nombre des lits de chaque catégorie selon le sexe :

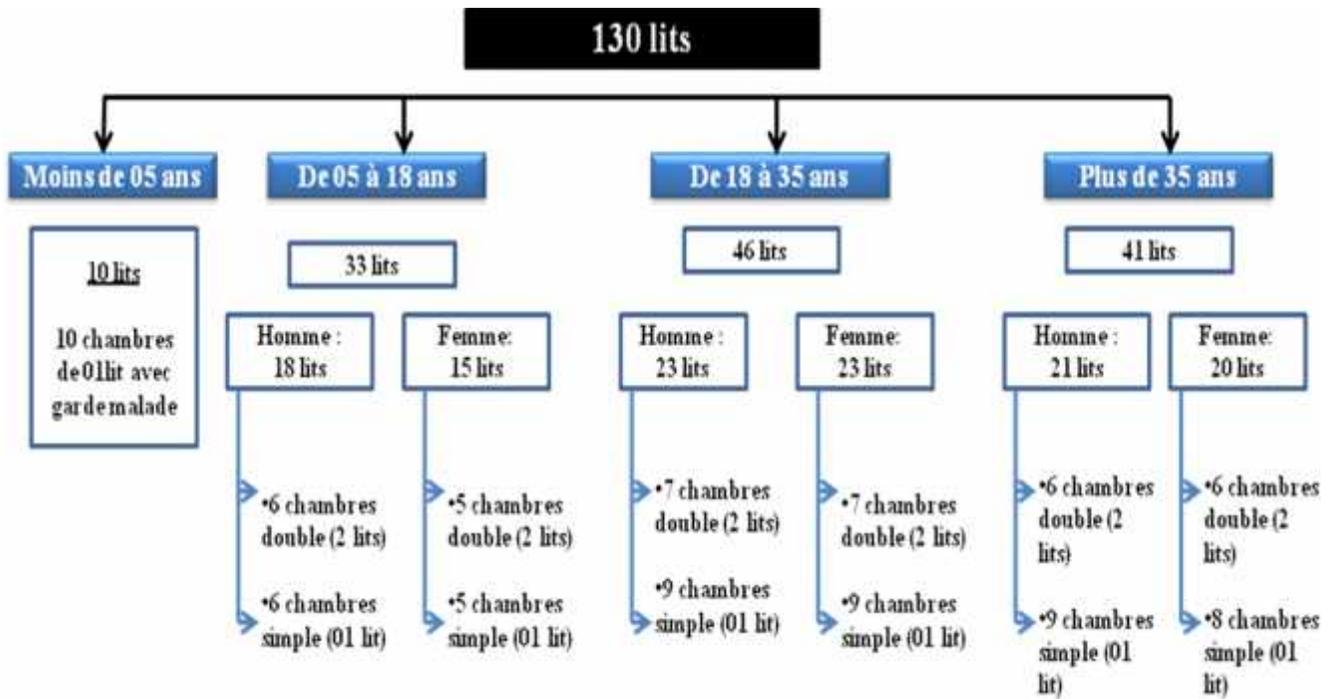


Figure 61 : le nombre des lits de chaque catégorie selon le sexe ;

Source : traité par l'auteur

3.4 Propositions d'aménagements et équipements thermaux :

Type de soins	Espaces
Soins thermaux	Bain générale semi-minéral (après dilature)
	Pédiluve
	Bain de siège
	Douche sous l'eau au jet
	Massage sous l'eau
	Douche filiforme
	Pulvérisation
	Inhalation humage
	Aérosol
	Nébulisation
	Douche nasale
	Goutte à goutte rectal
	Affusions :lombaires , hépatique , abdominale
Soins para-thermaux	Relaxation
	Electrothérapie
	Gymnastique
	Infra-rouge

Chapitre 03 : La programmation

	Ultra-violet
	Massage
	Ultra-son

Tableau 25:tableau d'aménagement et équipements thermaux au niveau Hammam Guerffa ;
Source : document technique gouvernementaux

3.5 Programme surfacique :

Unité	Espace	Surface (m ²)	Nombre	Surface total (m ²)	
Accueil	Hall d'accueil	100	01	100	
	Réception	20	01	20	
	Salle d'attente	30	02	60	
	Bloc Sanitaire	30	02	60	
	Surface d'unité			240	
	+ 15% de circulation			+ 36	
	surface total d'unité			276	
Administration	Accueil / Attente	20	01	20	
	direction	Bureau de directeur	40	01	40
		Bureau de secrétaire	30	01	30
		Bureau de communication	12	01	12
		Salle de réunion	40	01	40
	sous direction de l'administration et des moyens	Bureau de la gestion des ressources humaines et du contentieux	15	01	15
		Bureau budget et comptabilité	15	01	15
		Bureau coût de rééducation	15	01	15

Chapitre 03 : La programmation

	sous direction service économiques des infrastructures et équipements	Bureau des services économiques	15	01	15	
		Bureau des infrastructures, équipements et maintenances	15	01	15	
	Sous direction des activités de rééducation	Bureau organisation, évaluation des activités de rééducation	15	01	15	
		Bureau d'accueil, orientation des activités socio-thérapeutique	15	01	15	
	Les archives	Local des archives administratives	12	01	12	
		Bureau responsable	12	01	12	
		Secrétariat	12	01	12	
		Local de reprographie	12	01	12	
	Bureau des entrées	Admission	10	01	10	
		Facturation	20	01	20	
		Archives	20	01	20	
	Surface d'unité				342	
	+ 10% de circulation				+ 34.2	
	Surface total d'unité				376	
	Rééducation	soins humides (hydrothérapie)	Piscine de marche	180	02	360
			Piscine de relaxation	180	02	360
			Balnéothérapie	150	02	300
			Bain hydro-massant	20	04	80
			Bain de boue	20	04	80
Bain de vapeur			20	04	80	
Bain d'algue			20	04	80	
Espace de repos			30	02	60	
Douche			40	02	80	
Vestiaire			30	02	60	
Bloc sanitaire			20	02	40	

Chapitre 03 : La programmation

	soins secs	<u>A- physiothérapie :</u>			
		Salle de massage	20	04	80
		Presso thérapie	20	04	80
		Box d'infrarouge	20	04	80
		Box d'électrothérapie	20	04	80
		Box de laser	10	04	40
		Box ultrason	10	04	40
		Espace de repos	30	02	60
Rééducation	Soins secs soins secs	Vestiaire	180	02	360
		Douche	180	02	360
		Bloc sanitaire	150	02	300
		<u>B- kinésithérapie :</u>			
		Salle mécanothérapie	100	02	200
		Salle ergothérapie	80	02	160
		Salle Gymnastique médical	150	02	300
		Vestiaire	30	02	60
	Espace de repos	30	02	60	
	Bloc sanitaire	20	02	40	
	Soins mental	Salle de soins psychiatrie	40	02	80
		Salle de soins pour l'autisme	40	02	80
		Salle de surveillent psychiatrie	30	01	30
		Salle d'activités en groupe (réadaptation)	60	01	60
		Bloc sanitaire	20	02	40
	Surface d'unité				3290
+ 25% de circulation				+ 822.5	
Surfaces total d'unité				4112.5	
Médical	Hall d'accueil	20	01	20	
	Espace d'attente	20	01	20	
	Salle de consultation	15	02	30	

Chapitre 03 : La programmation

	Salle de surveillant médical		15	01	15	
	Bureau de médecin		15	01	15	
	Neurologie	Salle de consultation		15	01	15
		Salle de radio		20	01	15
		Salle d'attente		15	01	15
	orthopédie	Salle de consultation		15	01	15
		Salle de radio		20	01	20
		Salle d'attente		15	01	15
	Chirurgie d'entaine	Salle de soins		30	01	30
		Salle d'attente		15	01	15
	Laboratoire d'analyse		30	01	30	
	Pharmacie de service		30	01	30	
Infirmierie		15	01	15		
Dépôt matériel		15	01	15		
	Bloc sanitaire malades		20	02	40	
	Bloc sanitaire personnel		20	02	40	
	Surface d'unité				400	
	+25% de circulation				+ 100	
	Surface total d'unité				500	
Sport	Piscine de natation	Piscine		500	01	500
		Gradin		100	01	100
		Salle de matériel		60	01	60
		Salle de techniciens		15	01	15
		Vestiaire		40	02	80
		Douches		40	02	80
		Bloc sanitaire		20	02	40
	Salle omnisport	Salle de musculation		60	01	30
		Salle de gymnastique		60	01	60
		Vestiaire		40	02	80
		Douche		40	02	80

Chapitre 03 : La programmation

		Dépôt de matériel	60	01	60	
		Bloc sanitaire	20	02	40	
	Terrain de sport « extérieure »		400	01	400	
	Surface d'unité				1655	
	+15% de circulation				248.25	
	Surface total d'unité				1903.25	
Pédagogique	Accueil		15	01	15	
	Espace d'attente		20	01	20	
	Salle de cours		50	08	400	
	Salle de cours spécial		50	02	100	
	Vestiaire atelier pédagogique		60	02	120	
	Bureau de profs		30	02	60	
	Salle de réunion		60	01	60	
	Bureau de surveillant		20	01	20	
	Salle polyvalente		100	01	100	
	Bloc sanitaire		20	02	40	
		Surface d'unité				735
		+ 15% de <u>circulation</u>				110.25
	Surface total d'unité				845.25	
Formation professionnelle	Accueil		15	01	15	
	Atelier de dessin et peinture		40	01	40	
	Atelier de couture et tissage		40	01	40	
	Atelier de coiffure		40	01	40	
	Atelier de musique		40	01	40	
	Atelier de théâtre		40	01	40	
	Atelier de sculpture		40	01	40	
	Atelier de cuisine		60	01	60	
	Atelier d'hôtellerie		60	01	60	
	Ateliers de mécanique		40	01	40	

Chapitre 03 : La programmation

	Atelier d'informatique		40	01	40	
	Espace de repos d'informateurs		40	02	80	
	Bloc sanitaire		20	02	40	
	Surface d'unité				575	
	+ 15% de circulation				86.25	
	Surface total d'unité				661.25	
Hospitalisation	Accueil et orientation		15	01	15	
	Hall d'attente		20	01	20	
	Moins de 5 ans	Chambre de 01 lit + garde malade avec sanitaire et rangement		20	10	200
		De 05 à 18 ans	Homme	Chambre double (02 lits) avec sanitaire et rangement	28	06
	Chambre simple (01 lit) avec sanitaire et rangement			16	06	96
	Femme		Chambre double (02 lits)avec sanitaire et rangement	28	05	140
			Chambre simple (01 lit) avec sanitaire et rangement	16	05	80
	De 18 à 35 ans	Homme	Chambre double (02 lits) avec sanitaire et rangement	28	07	196
			Chambre simple (01 lit) avec sanitaire et rangement	16	09	144
		Femme	Chambre double (02 lits) avec sanitaire et rangement	28	06	196
			Chambre simple (01 lit) avec sanitaire et rangement	16	09	144
	Hospitalisation	Plus de 35 ans	Homme	Chambre double (02 lits) avec sanitaire et rangement	28	06
Chambre simple (01 lit) avec sanitaire et rangement				16	09	144
Femme			Chambre double (02 lits)avec sanitaire et rangement	28	06	168
			Chambre simple (01 lit) avec sanitaire et rangement	16	08	128

Chapitre 03 : La programmation

	Bureau de surveillant médical		12	02	24	
	Chambre de garde (infirmière de nuit)		14	02	28	
	Pharmacie de service		18	01	18	
	Local de stockage matériel		25	01	25	
	Dépôt linge sale		10	01	10	
	Dépôt linge propre		10	01	10	
	Bloc sanitaire		20	02	40	
	Surface d'unité				2162	
	+ 15% de circulation				+ 324.3	
	Surface total d'unité				2486.3	
Socioculturel	Théâtre / salle de conférence	Salle de théâtre (avec gradin)	200	01	200	
		Vestiaire	20	02	40	
		Chambre des acteurs	20	02	40	
		Sanitaire	20	02	40	
	Salle d'expositions musicales		100	01	100	
	Bibliothèque		100	01	100	
	Salle de projection / cinéma		150	01	150	
	Cyber café		50	01	50	
	Bloc sanitaire		20	02	40	
	Surface d'unité				760	
	+ 15% de circulation				+114	
	Surface total d'unité				874	
	Commerce	Boutique		30	04	120
		Salle d'exposition		150	01	150
Surface d'unité				270		
+ 10% de circulation				+ 27		
Surface total d'unité				297		
social	Bureau d'association		30	01	30	
	Bureau d'assistance social		20	02	40	
	Bureau de financier		30	01	30	

Chapitre 03 : La programmation

	Salle de réunion	40	01	40	
	Surface d'unité			140	
	+10% de circulation			+ 14	
	Surface total d'unité			154	
Restauration	1- Cafétéria : x 2				
	Espace de réparation	30	01	30	
	Espace de consommation	200	01	200	
	Vestiaire	20	02	40	
	Sanitaire	20	02	40	
	2- Restaurant : x 2				
	Cuisine	Espace de préparation	100	01	100
Chambre froide		20	01	20	
Stockage matériel		30	01	30	
	Stockage légumes et fruits	30	01	30	
Restauration	Espace de consom	Espace privé	100	01	100
		Espace public	300	01	300
	Vestiaire du personnel		20	01	20
	Bloc sanitaire personnels		20	02	40
	Boc sanitaire visiteurs		20	02	40
	3- Cantine :				
	Cuisine	Espace de préparation	30	01	30
		Chambre froide	15	01	15
		Stockage	30	01	30
		Vestiaire	20	01	20
		Espace de consommation	150	01	150
		Bloc sanitaire	20	02	40
	Surface d'unité			2265	
+ 15% de circulation			+ 339.75		
Surface total d'unité			2604.75		
	Réception + caisse	15	01	15	

Chapitre 03 : La programmation

Hébergement	Chambre double (02 lits) + WC	30	08	240
	Chambre simple (01 lit)+ WC	20	08	160
	Salle de rencontre familiale	40	02	80
	Bloc sanitaire	20	02	40
	Surface d'unité			535
	+ 10% de circulation			53.5
	Surface total d'unité			588.5
Locaux techniques	Local chaufferie	20	04	80
	Climatisation	20	04	80
	Poste transformation	20	04	80
	Salle de maintenance / entretien	20	04	80
	Électricité	20	04	80
	Stockage	20	04	80
	Surface d'unité			480
	+ 05% de circulation			24
Surface total d'unité			504	
Surface TOTAL du projet				16183

Tableau 26: programme surfacique du projet ;

Source : traité par l'auteur

3.6 Conclusion :

Nous avons orienté notre travail de recherche à partir de données théoriques ainsi que l'analyse des exemples et le terrain afin de déterminer de prime abord le programme final fonctionnel et surfacique, les différentes recommandations qu'a besoin le centre de rééducation physique et intégration sociale ; ainsi que l'organisation spatiale.

Chapitre 03 : La programmation

La phase programmatique est une phase nécessaire à la conception de centre de rééducation physique et intégration sociale ; car les aménagements, les activités et les conceptions vont donner une certaine qualité aux Projets seront programmés d'avance, et permettront de faciliter les principes de conception et d'aménagement de centre.

Chapitre 04 : conception architecturale

Chapitre 4 : Conception architecturale

4.1 Introduction :

Le projet comme moyen de connaissance et de production doit se baser sur une idée capable de mettre en interactionnel site d'intervention, le programme, et les références théoriques.

Dans ce chapitre on représentera une genèse basée sur des concepts et des principes architecturaux. Une telle démarche nous évite la gratuité du geste et assure une formalisation d'un ensemble architectural cohérent à toutes les contraintes.

4.2 Recommandation de la conception :

- Conception simple et humaine pour faciliter l'intégration des utilisateurs avec les différents espaces.
- Utilisation des formes simple, horizontal et souple pour assuré le sentiment de calme et relaxation
- La distribution des espace comme suit : parking sous sol, RDC réservé pour les espace commun sport, restauration.. ; la rééducation et l'hospitalisation dans les étages les plus calmes.
- Basé sur : **La transparence, la continuité, la superposition, la diversité et l'expérience de la nature**
- Valorisé la circulation extérieur à travers les espaces vertes et les parcours.
- Assuré L'accompagnement des familles (guidance parentale) à travers les différents pôles social
- Utilisation la conception verte pour donné une valeur écologique

Chapitre 04 : conception architecturale

- Assurer les principes du développement durable à travers :
 - **Environnement :**
 - intégrations du projet dans milieu naturel
 - l'utilisation des ressources et énergies naturelles renouvelables (éclairage naturel; ventilation naturelle, panneaux photovoltaïques...)
 - inspiré de l'architecture vernaculaire (les tours à vents, les matériaux local ...)
 - **Social :**
 - Assurer l'intégration sociale des handicapés dans la société à travers la communication et les activités sociales.
 - **Économie :**
 - les produits de la pôle de formation professionnelle offrir dans la salle d'exposition et les boutiques commerciales avec des prix différents.
 - organiser des spectacles et des fêtes charitables avec la combinaison entre des handicapés et autres compétences au niveau du théâtre pour collecte de fonds .

4.3 Principes et concepts :

4.3.1 La perméabilité :

Elle assure la relation de l'équipement avec son environnement à travers ces différents accès (piéton et mécaniques) et les relations fonctionnelles entre les différentes entités internes. Elle peut se traduire aussi à travers les relations visuelles internes de l'équipement.

4.3.2 La fragmentation :

La fragmentation permet d'avoir des entités différentes reliées entre elles, afin d'éviter l'effet de masse, et de faire les jeux entre plein et vide. Ainsi qu'assurer un bon éclairage est une meilleure aération des espaces.

4.3.3 La centralité « articulation » :

On peut définir l'aspect de la centralité comme un élément articulateur et organisateur, qui assure les différentes liaisons fonctionnelles et spatiales.

L'articulation rend le projet plus limpide et lui apporte une certaine profusion. L'espace central à pour but :

- Le regroupement des usagers
- La liberté du mouvement.
- Le dégagement visuel.
- La lecture rapide de l'espace.

4.3.4 La transparence :

C'est la continuité visuelle de la fluidité entre les différents espaces à l'intérieur et l'extérieur découlent dans l'utilisation des parois transparentes, comme les murs rideaux, les baies vitrées pour créer une continuité visuelle (intérieur/ extérieur).

4.4 Genèse du projet

4.4.1 Schéma de principe :

Dans cette étape nous allons exposer les différentes décisions prises selon des critères qui nous ont orientés vers la réalisation du projet.

- **Accessibilité :**

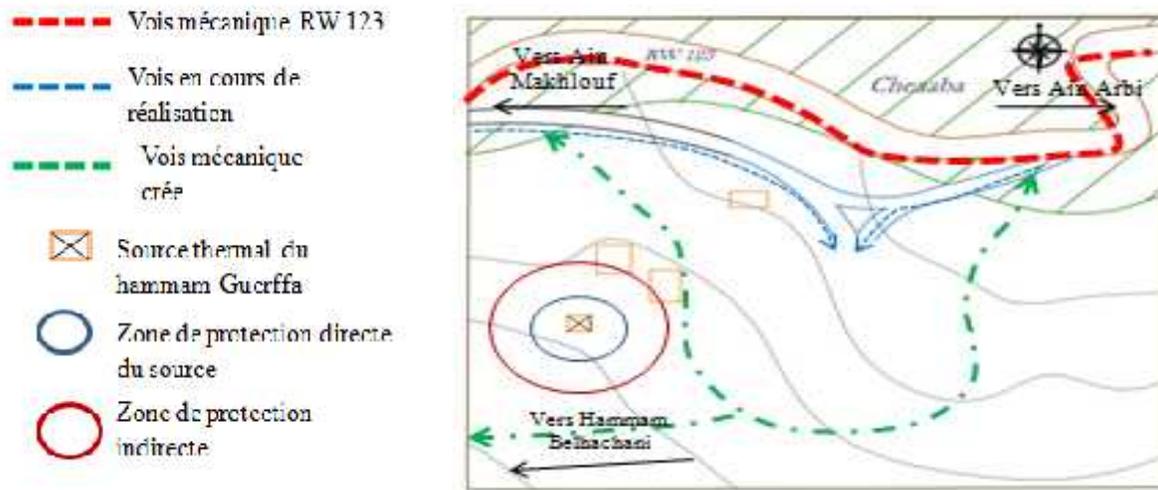


Figure 62: carte d'accessibilité du projet ;

Source : traité par l'auteur

Le terrain est accessible par le côté Nord depuis la route RW 123 qui mené au la commun de Ain Arbi dans Est ; et daïra de Ain Makhoulouf dans l'Ouest.

On a créé deux vois mécanique ; l'une entouré le projet, et l'autre au Sud-ouest accédé au Hammam Belhachani, pour mieux de circulation.

La circulation piétonne assurée par les parcours.

▪ Implantation :

Pour décidé de l'emplacement du projet on créé des axes imaginaire sont comme suit :

(O) : le ligne droite parallèle à la route (RW123) et passant par le centre de la source thermal.

(A) et (A') : tangente au cercle de la zone de protection directe.

(B) et (B') : tangente au cercle de la zone de protection indirecte.

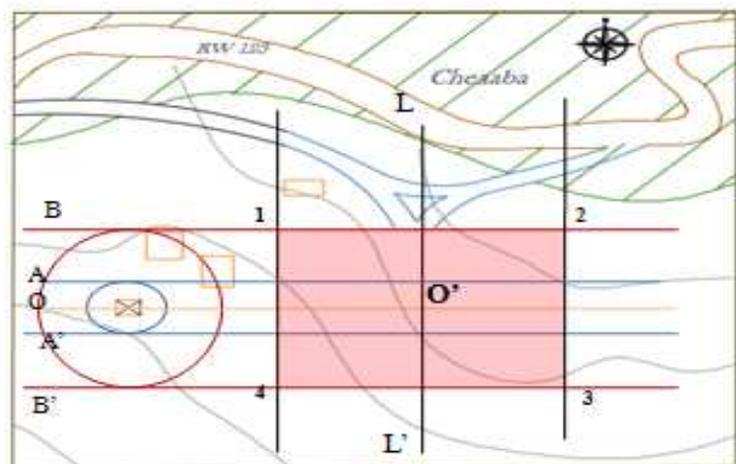


Figure 63 : schéma d'implantation du projet ;

Source : traité par l'auteur

Chapitre 04 : conception architecturale

(L' L) : ligne droite passant par le milieu du champ d'implantation

L'intersection des axes donnée le point O' qui présente le centre de gravité du projet (le point de démarche).

▪ **Visibilité :**

Le terrain dispose de deux axes visuels importants de chaque extrémité. Les deux axes fictifs se croisent au niveau du bâtiment principale « rééducation », ce qui justifie son emplacement car comme étant le centre de gravité du projet (O'), il doit disposer d'une bonne visibilité.

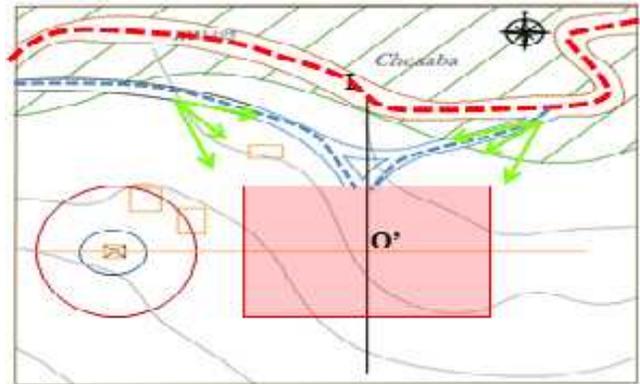


Figure 64: schémas des axes visuels du projet,

Source : traité par l'auteur

▪ **Zoning :**

Pour l'organisation du Zoning on utilise un principe de partagé les différentes entités d'une façon circulaire et crée un élément central comme un élément articulateur pour assurer les différentes liaisons fonctionnelles et spatiales, et valorisé le principe de centralité.

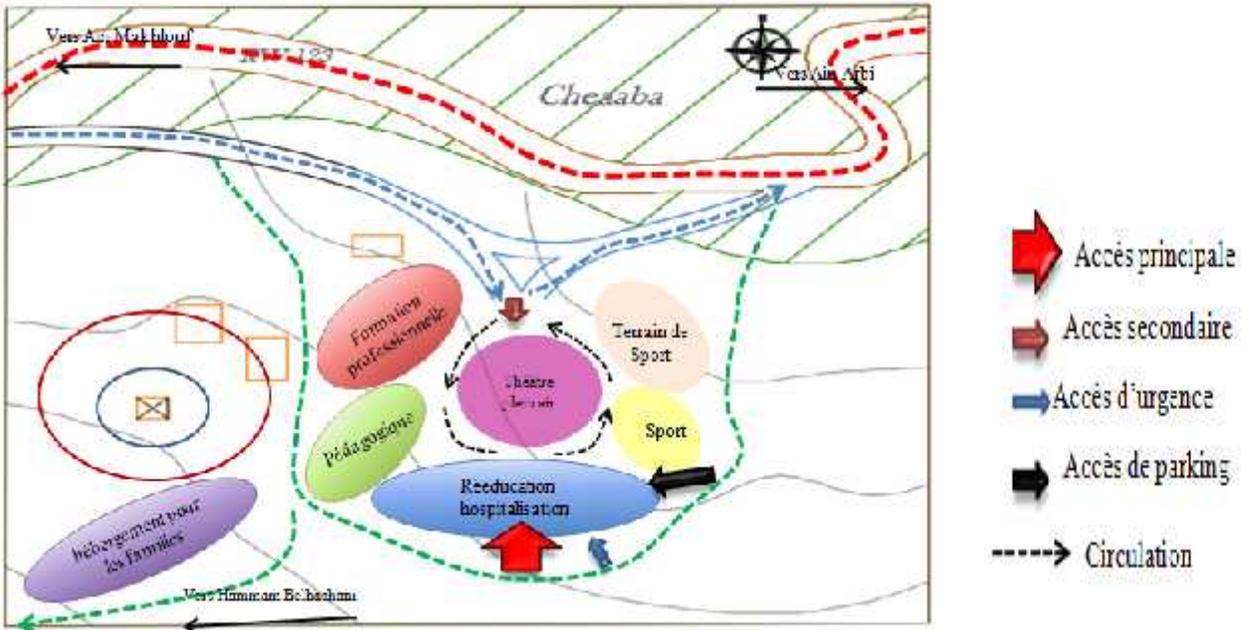


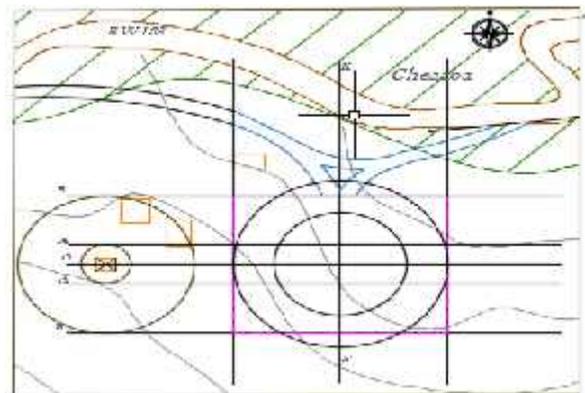
Figure 65 : schéma de principe ;

Source : l'auteur

4.4.2 Evolution de la forme :

▪ Etape 01 :

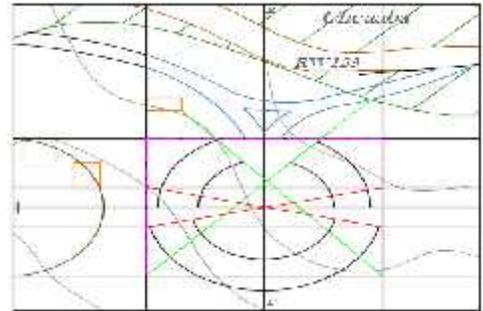
Le point de départ est le point d'intersection des axes (O) et (kk') = le point O' qui représente le centre de gravité de notre projet. Pour assuré la continuité avec l'environnement on à créé deux cercles de la même centre O'.



Chapitre 04 : conception architecturale

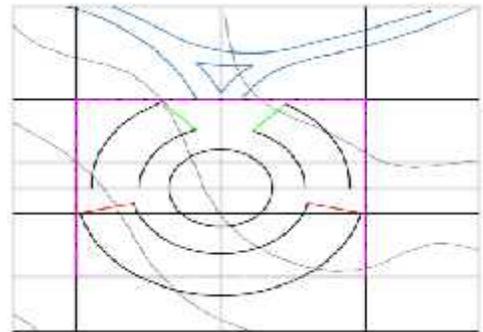
- **Etape 02 :**

La création des diagonales qui ont été produits auparavant en coupant les axes imaginaires du terrain.



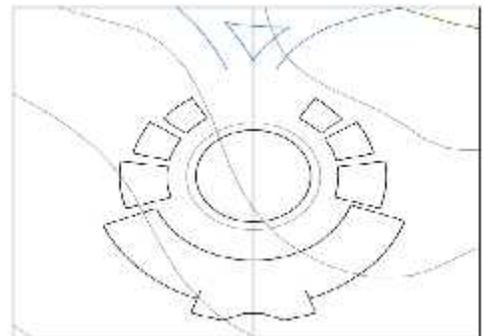
- **Etape 03 :**

l'intersection des diagonales des rectangles avec les deux cercles donnée des formes d'arc (forme courbé) de tailles différentes.



- **Etape 04 :**

Selon les différentes fonctions du projet et afin d'obtenir une harmonie entre le projet et son environnement d'une part, et entre les différentes unités et sections du projet d'autre part, nous découpons certaines parties et en ajoutons d'autres pour produire le forme final du projet.



4.4.3 La volumétrie :

En ce qui concerne la volumétrie on a toujours le principe de la simplicité.

On a développé le volume d'une façon horizontal, pour assuré la sensation du calme et la souplesse qui considéré comme l'un des critères les plus importants qui doivent être présents dans le centre de rééducation physique et intégration sociale des handicapés.



Figure 66 : la volumétrie du projet ;

Source : Auteur



Figure 67 : façade principale du projet ;

Source : Auteur

Conclusion générale :

Ce travail nous a fait réaliser que la conception du projet architecturale, avant d'être un dessin, est un processus, un diagnostique, est un travail de réflexion basé sur la recherche des réponses d'un ensemble de contraintes liées au site, climat, programme ...etc.

Notre projet de fin d'étude interroge la problématique d'intégration sociale des personnes en situation handicapées dans la société, et comment amélioré leur qualité de vie aux différentes niveaux sociales, sanitaires, économiques ...etc.

Pour répondre à la question de départ, l'approche méthodologique retenue, repose sur une approche théorique où déterminer les notions suivantes : santé sociale, intégration sociale, la durabilité sociale et les quelles sont les établissements concernées par ce domaine, une approche analytique où on commencé par diagnostic et analyse de notre cas d'étude « la ville de Guelma », pour faire ressortir le Tableau AFOM, qui en globe : les atouts, les faiblesses, les opportunités et les menaces. Après on a formulé les solutions et le scénario. Ensuite on a passé a la phase de la programmation, où on a élaboré un programme qui traduit notre objectifs et répondre aux besoins des personnes handicapées. Enfin, on passe par la phase conception architecturale où on a bien détaillé notre projet d'intervention « Centre de rééducation professionnelles et intégration sociale pour les handicapées », et assuré notre objectifs principales de projet.

A la fin, nos lectures sur le monde du handicapé, nous ont permis d'approcher une nouvelles façon de regarder l'architecture. Dès lors, il nous parait logique de trouver la juste mesure entre pratique et sensibilité pour répondre à la fois aux besoins des personnes handicapées et de ceux qui les aident au quotidien.

En espérant que ce projet attire la curiosité de certains responsables qui donneraient une attention méritée et particulière à ce type de problème social, auquel l'architecture peut contribuer à son développement positif.

Bibliographie

Sites

Durabilité sociale ; <https://www.hisour.com>

Durabilité-geoconfluences.ens.lyon.fr

Etablissement ou service social ou médico-social ; <https://fr.m.wikipedia.org>

Histoire et étymologie du handicap ; <http://www.informations.handicap.fr>

<https://archello.com>

<https://fr.unesco.org>

<https://fre.architecturaldesignschool.cn>

<https://getrevising.co.uk>

<https://readaptation.chusj.org>

<https://www.arch2o.com>

<https://www.elsan.care>

<https://www.miesarch.com>

<https://www.rehazenter.lu>

<https://www.solidaire-info.org.social>

<https://www.vocabulaire-medical.fr>

<https://www.zorggidsnederland.nl>

Tpe-smc-handicap.e-monsite.com

Type d'établissement médico-sociaux ; www.mdph33.fr

www.archdaily.com

www.in.pinterest.com

www.m3architectes.com

Articles et livres

- Bob Huber ; Article : « *l'intégration sociale : un agenda pour la recherche et l'intervention* » ; dans Revue internationale des sciences sociales 2003/3(n° 177)
- Caron, J. & Guay, S. Article : « Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens ». Santé mentale au Québec, (2005). P 16-17
- Document technique Gouvernementaux; service d'hydrauliques de L'APC de Ain Arbi
- Ghislaine CANTAT (éducatrice spécialisée) ; « Les différents types de Handicaps » ; Collège Sport et Handicap Ville de LYON
- Invest in Algeria « Andi 2013 » wilaya de Guelma
- JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE N° 34 : chapitre 5 « VIE SOCIALE ET BIEN-ETRE DES PERSONNES HANDICAPEES » article N°30.
- Martin Yelkouni, Cécile Duclaux-Monteil Ott, Michelle Mongo, Paul Ouédraogo, Flavien Tchappa, Louis-Édouard Pouget, « Développement durable: Comprendre et analyser des enjeux et des actions du développement durable » ; Cours en ligne ouvert à tous pour favoriser l'analyse et les initiatives de développement durable; INSTITUT DE LA FRANCOPHONIE POUR LE DÉVELOPPEMENT DURABLE (IFDD); 2018.
- Ninon SIRDEY, Emmanuelle CHEYNS : La durabilité sociale dans les normes transnationales volontaires de développement durable : Tensions entre droits, inégalités et capacités; colloque internationale; Paris 2015
- Pierre KEABLE ; « *L'intégration Sociale, Un Cadre Conceptuel Porteur De Changements* » ; deuxième congrès international des formateurs en travail social et des professionnels francophones de l'intervention sociale.
- Santé Sociale » Enquête de santé par interview, Belgique 2008

Mémoires et thèses

- ACHOURI Manel; « comment Promouvoir les activités physiques et sportives (APS) comme facteur de santé dans la ville de Guelma.»; mémoire master en architecture; université 08 Mai 1945 de Guelma; 2018
- HADDADA Chama; « Le renouvellement urbain pour restructurer la ville et inverser la tendance à l'étalement urbain-Cas de la ville de Guelma »; mémoire master en architecture; université 08 Mai 1945 de Guelma; 2018
- LAMARI Maryem; «L'attractivité territoriale des entrées de ville comme vecteur de développement local et support de marketing urbain.»; mémoire master en architecture; université 08 Mai 1945 de Guelma; 2019
- MIQUEL Stéphane ; « *TRAVAILLEURS HANDICAPÉS MENTAUX LÉGERS ACCUEILLIS EN CENTRES D'AIDE PAR LE TRAVAIL (CAT) : QUELLE INSERTION PROFESSIONNELLE EN MILIEU ORDINAIRE ?* » ; mémoire Diplôme supérieur en travail social; université Toulouse le Mirail ; mars 2006
- OUMEDDOUR Ilyes ; « Efficacité énergétique et écotourisme (pour architecture verte et intelligente) » ; Mémoire Master en architecture ; Université 08 Mai 1945 de Guelma ; 2017
- SEKKAL Imane, BENHADDA Nassima: *"projet de fin d'études pour l'obtention Du diplôme d'architecte d'état* » ; UNIVERSITE ABOU BEKR BELKAID à Tlemcen; 2013.
- SID MEHADJA Meriem Hanane; BENMESSAOUD Wissem Norelhouda: « Mémoire de master en Architecture » ; UNIVERSITE ABOU BEKR BELKAÏD-TLEMCEN ; 2018
- Sylvain VladimirASSE Menyengue. La médecine sociale et ses enjeux politiques à partir de Michel Foucault. Sciences de l'Homme et Société. 2017