

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE MENTOURI CONSTANTINE

FACULTE DES SCIENCES DE LA TERRE, DE LA GEOGRAPHIE ET DE
L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE

DEPARTEMENT D'ARCHITECTURE ET D'URBANISME

N° d'ordre :

Série :

MEMOIRE

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DU MAGISTER

OPTION : PROJET URBAIN

Présentée par **Mounya DAOUDI**

**STRUCTURES SANITAIRES ET ACCES AUX SOINS
POUR UN PROJET URBAIN DE SANTE PUBLIQUE
À ALGER**

Sous la direction du Docteur **Belkacem LABII**

Jury d'examen :

Président :

Rapporteur :

Membre :

Membre:

Soutenue le:

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Remerciement.

Je remercie Allah Seigneur des mondes de m'avoir donné l'inspiration, le courage et la patience pour mener à bien ce travail.

Je souhaite remercier vivement toutes les personnes grâce à qui ce travail de recherche a été mené à bien...

Je suis redevable à mon directeur du mémoire, le Docteur Belkacem LABII, qui a suivi ce travail avec grand intérêt. Son regard critique et constructif, sa rigueur et sa souplesse en même temps, son esprit ouvert mais précis, ses remarques avisées et pertinentes, ses qualités humaines que j'apprécie beaucoup m'ont éclairé tout au long de l'avancement de mon travail.

Merci au Dr Belkacem LABII qui m'a fait découvrir ce thème de recherche et m'a offert plusieurs opportunités, je lui suis particulièrement reconnaissante pour la confiance qu'il m'a accordé et la liberté scientifique qu'il m'a laissée.

Je remercie le président, ainsi que les membres de jury pour l'honneur qu'ils m'ont fait d'avoir accepté de participer à mon jury. Un grand merci d'avance pour les nombreuses remarques pertinentes et pistes de réflexion.

Un grand merci à ma famille que je pense, mes pensées vont particulièrement à mes parents, à ma chère mère Rachida, qui m'a guidé et montré la voie de la réussite, je la remercie du fond du cœur de toujours vouloir m'encourager et sans cesse me pousser au sérieux et à l'amour du travail bien soigné, à mon père Miloud, qui n'a jamais ménagé d'efforts et sacrifices pour me soutenir en tout point de vue et par tous les moyens au gré de son plus chère souhait, celui de me voir réussir dans mes études, à mes deux chères frères Toufik et Abdellatif qui ont su me soutenir et m'encourager tout au long de mon travail, ainsi qu'à mes sœurs Djaouida, Khalissa, Abla, Asma et Ibtissam pour le soutien morale et technique au près des services de la santé et des Hôpitaux, à ma sœur Noudjoud et son mari Brahim pour leurs aides et de m'avoir reçu toute au long de cette année préparatoire, à mon adorable neveu Ayoub et mes chères nièces Amina et la petite Meriem, je leur exprime donc toute mon gratitude et ma reconnaissance.

Je remercie mon fiancé Karim pour sa patience, leur compréhension et leurs sacrifices, et la mise à ma disposition des moyens nécessaires pour la finalisation de ce travail. Ma gratitude et mon profond respect vont à toute ma belle famille pour ces encouragements continus et toute la confiance et son appui.

Merci à tous mes ex. collègues du Groupe CNERU (Centre Nationale des Recherches et des Etudes appliquées en Urbanisme) avec qui j'ai partagé de bons moments au cours de ma dernière année de magister : Meriem BELKHIR, Samia, Nassima, Fatima, Nora, Dalila, Ibtissam, Hammoudi, Hakim et un grand merci à Farid de la reproduction et Nacer du transport, ainsi qu'aux responsables qui m'ont facilité l'accès à l'information dans leurs services : M^r Noui, M^{me} Haddadi, M^{me} ZAOUAGA, M^{elle} DAGHMOUM et M^{me} BOULAROUAH.

Je tiens à remercier mes enseignants de la Post-Graduation, qu'ils trouvent ici l'expression de ma vive reconnaissance : Dr AICHE, Dr BOUCHAREB, Dr CHABI, Dr KABOUCHE, Dr SAHNOUN, Dr BERRACHI, Dr FOURA, Dr ABDOU et Dr BOUCHEHAM. Je remercie aussi Mme BESTANDJI, Mme YOUCEFI et Mme FRATSSA pour ses nombreuses remarques très enrichissantes et son soutien remarquable.

Je n'aurais pu mener à bien ce mémoire sans l'aide de différents organismes et services : Ministère de la santé, de la population et de la réforme Hospitalière (spécialement Mr KACERI, Mme AOUDIA et Nassira), Office Nationale des Statistiques (spécialement Mr TABET, Mr AKROUF et Melle NOUARA), La Direction de la Santé et de la Population (spécialement Mme BENALIOUA, Mr MEDDOUR et Mr LAMERI),...

Mes remerciements vont également à mes collègues de magister avec lesquels j'ai pu enrichir ma réflexion, à ceux et à celles qui m'ont fournis références, aidé, soutenu et encourager : Karima DAKHIA, Imen CHABANE, Nadjat Aroua et Mohammed SRIR, au personnel de la Bibliothèque de l'ENSA (ex. EPAU) : Omar, Djamila, Salima, Djamel, Radhia et Sofiane, pour l'ensemble des documents mis à ma disposition.

Que soit remercié l'ensemble de mes enseignants de l'EPAU, pour leurs enseignements et les connaissances qu'ils nous ont transmises avec dévouement, ainsi que la traductrice Samira LAYEB pour l'aide qu'elle m'a apporté pour la traduction en Anglais.

Enfin, à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'achèvement de ce travail et à tous ceux qui ce sont et seront intéressés à ce mémoire, j'adresse mes très chaleureux remerciements.

SOMMAIRE.

INTRODUCTION GENERALE

- Introduction
- Problématique
- Objectifs
- Méthodologie

Première partie : FONDEMENTS THEORIQUES

Introduction de la première partie

- Chapitre 1 : ville et santé ; concepts et définitions
- Chapitre 2 : Santé publique et le système d'acteurs
- Chapitre 3 : Le projet urbain
- Chapitre 4 : Les expériences étrangères
- Chapitre 5 : Les expériences algériennes

Conclusion de la première partie

Deuxième partie : LE CAS D'ETUDE D'ALGER

Introduction de la deuxième partie

- Chapitre 6 : Les différentes expérimentations urbanistiques à Alger
- Chapitre 7 : Le Grand Projet Urbain d'Alger
- Chapitre 8 : La santé dans la wilaya d'Alger
- Chapitre 9 : **POUR UN PROJET URBAIN DE SANTE PUBLIQUE A ALGER**

Conclusion de la deuxième partie

CONCLUSION GENERALE

BIBLIOGRAPHIE

Liste des abréviations

Liste des tableaux

Liste des cartes

Liste des figures

Table des matières

Le résumé

PARTIE INTRODUCTIVE.

« Une ville en pleine santé est une ville qui améliore son environnement et développe ses ressources afin de permettre à la population de s'entraider...à chaque individu d'atteindre son potentiel maximum...Elle indique l'importance de la santé...et met tout en œuvre pour améliorer. Toute ville peut être en bonne santé si elle prend des engagements en faveur de la santé ».

L'O.M.S.

INTRODUCTION.

*« Les extensions de nos villes, les grands projets en cours « logements, villes nouvelles... » interpellent directement les architectes et les urbanistes ; ils interpellent aussi les procédures et les modalités de mise en œuvre des instruments récents « plan permanent de sauvegarde, plan de cohérence urbaine ». Dans ces procédures, **la santé semble exclue en tant qu'élément fondamental et partie prenante de toute intervention sur la ville.***

Ceci d'autant que nous vivons à l'heure de grandes réflexions sur le concept de « développement durable », et qu'en matière de recherche urbaine les débats sur la notion de « projet urbain » tendent à prendre le pas sur les théories et pratiques qui ont prévalu jusqu'aux années 80.

*Dans la réflexion contemporaine sur le projet urbain, avec tantôt la problématique de l'échelle et tantôt celle d'un choix thématique mais toujours celle de la concertation, de la négociation et de la participation de tous les acteurs, il y aurait à développer **ce rapport impératif entre les pratiques architecturales, urbanistiques et la santé**, c'est-à-dire en introduisant dans tous les projets l'opportunité ou le **projet de « ville santé »**, avec le corollaire du projet urbain qui est l'exercice de la démocratie dans l'élaboration des plans comme dans la production et la gestion de la ville »¹.*

Nous vivons une période de profondes mutations ; la ville évolue à un rythme accéléré, et d'importantes transformations sont observées. Comme nous savons que la ville est l'objet d'étude de plusieurs disciplines à savoir l'architecture, l'urbanisme, la géographie, la sociologie..., et au fur et à mesure que la ville évolue ces problèmes deviennent de plus en plus importants et diversifiés. Ce qui implique l'élargissement du champ de recherche sur la ville et l'introduction des nouvelles disciplines pour résoudre ces nouveaux problèmes même s'ils existent depuis toujours ; de proche et de loin, d'une manière directe ou indirecte, ils sont influencés ou influents dans les domaines de recherche sur la ville, tel le domaine de la santé.

¹ Labii belkacem, 2007, argumentaire du séminaire internationale « Villes et Santé », 9-10 décembre 2007, Constantine.

Les spécialistes pensent que la santé interpelle uniquement les sciences médicales, or celle-ci est un bien social qui interpelle en plus des sciences médicales, plusieurs disciplines notamment les sciences humaines (sociologie, économie, géographie,...).

Notre recherche porte sur le projet urbain en tant que nouvelle manière de penser la ville et la santé publique dans l'urbain. Le projet urbain suscite, depuis les années 1980, un intérêt indéniablement croissant dans le monde occidental, mais aussi, et plus tardivement, c'est-à-dire à la fin des années 1990 dans les pays en voie de développement comme l'Algérie¹. Son émergence par contre intervient un peu plus tôt dans le contexte de la «crise urbaine» des années 1970 qui a touché la plupart des villes européennes.

A partir de là le recours au projet urbains en tant que nouvelle pratique d'aménagement de l'espace urbain va s'intensifier, sous l'effet aussi de la mondialisation. Ce nouveau contexte de décentralisation et de mondialisation a permis l'émergence de nouveaux acteurs notamment ceux issus de la démocratie locale et participative, c'est-à-dire les élus, les habitants, les usagers, les associations, il y a aussi les nouveaux professionnels de l'urbain tels que les chargés de communication, les médiateurs, les sociologues, etc.

En effet, l'une des caractéristiques principales du projet urbain ; contrairement à la planification traditionnelle, réside dans son approche globale qui s'appuie sur une démarche transversale. L'approche globale, du fait que le projet urbain dans sa réflexion prend en considération tous les secteurs concernés par la gestion urbaine (le logement, le transport, les différents équipements de santé, de loisirs etc.), et porte sur des territoires de plus en plus grands (quartier, commune, agglomération, aire métropolitaine). La démarche transversale quand à elle, est basée sur la coordination, la participation et la concertation entre tous les acteurs urbains y compris les citoyens. Ce type d'approche, par l'adhésion de tous les acteurs urbains dans le processus décisionnel, vise en fait l'aboutissement à un projet collectif négocié.

Ainsi, nous arrivons à la question principale qui s'articule autour de la faisabilité d'un projet urbain de santé publique en tant que nouvelle pratique de la santé.

Notre travail va s'intéresser à la relation entre le projet urbain comme une nouvelle démarche dans un environnement équilibré entre le social et l'économique d'une part, et la santé à travers un

¹ Nous faisons référence au Grand Projet Urbain d'Alger lancé en 1997.

système de soins accessible aux différents acteurs d'autre part : pour un projet urbain de santé publique à Alger.

A la lumière des lectures relatives au Projet urbain, ainsi qu'à celle de l'analyse d'exemples récents de projets urbains de santé publique, il ressort que l'efficacité d'un Projet urbain de santé publique dépend de la prise en compte de deux facteurs, que nous considérons comme les plus importants, à savoir la santé publique et un système d'acteurs efficace.

Mais pourquoi la santé publique et le système d'acteurs constituent-ils, pour notre part des facteurs clés, dont dépend le succès d'un projet urbain de santé publique ? Tout d'abord, il est à noter que ces deux facteurs ne sont pas accomplis, mais dans le cadre de ce travail de recherche, ils constituent les éléments clés de notre problématique.

La santé publique et le projet urbain sont de nature à mobiliser une multitude d'acteurs dont les compétences et les intérêts sont souvent contradictoires et qu'il va falloir concilier et gérer. Ceci constitue l'un des enjeux les plus complexes au quel le projet urbain est confronté.

Pour pouvoir gérer cette complexité, le projet urbain doit s'appuyer sur un système d'acteurs efficace. Or, selon, A. REPETTI et PREAZ-DROUX¹ l'efficacité d'un système d'acteurs est conditionnée par la prise en compte effective de trois facteurs essentiels à savoir ; la participation de tous les acteurs urbains, y compris les habitants, les citoyens et les associations; la compétence individuelle que chaque acteur doit acquérir; et enfin un système de coordination efficace, basé sur la concertation et la négociation entre les différents acteurs. Ce dernier facteur est considéré comme étant une condition majeure.

Notre choix du thème de la santé est motivé par les observations personnelles et relationnelles sur la question du rapport impératif entre les pratiques architecturales, urbanistiques et de la santé. Les visites techniques guidées de la majorité des hôpitaux de la capitale durant mon cursus universitaire en architecture à l'EPAU d'Alger. En plus quatre membres de ma petite famille sont spécialisés en médecine, ainsi que je m'appartiens en tant que post-graduant en projet urbain au laboratoire « villes et santé » ont provoqué ma curiosité sur le projet « ville- santé » voir même la contextualisation de ce projet dans le cas d'Alger. Le travail va s'intéresser à la relation entre « projet urbain » et la santé publique dans le cas d'Alger.

¹A. REPETTI, R. PRELAZ-DROUX, 1994, un moniteur urbain comme support d'une gestion participative de la ville en développement: http://www.ovaf.net : Shared/Publications/moniteururbain_repetti_prelaz_droux.pdf.

PROBLEMATIQUE.

Actuellement, dans le domaine de la santé, la ville d'Alger est bien fondée sur des structures sanitaires lourdes vu l'importance de ses grands hôpitaux ; le plus grand en Algérie est l'hôpital Mustapha : « 20 000 lits, 5000 blouses blanches, 15 hectares de bâtiments au cœur de la capitale, un véritable monument historique fondé en 1854 par les français »¹.

Le reste des hôpitaux qui ne sont pas de moindre importance que Mustapha, et sont localisés dans le centre urbain (Maillot de Bab et oued, El Kattar, EPH de Ben Aknoun, EPH de Kouba,...). Chacune de ces structures est composée par un ensemble de services spécialisés en orthopédie, ophtalmologie,... D'où leur rayon d'action qui peut aller de l'échelle locale à l'échelle régionale voire nationale.

A partir de là, nous pouvons dire que notre problématique générale s'articule autour de la notion de Projet urbain, en tant que nouvelle pratique de l'urbain et de la santé, dans laquelle la santé publique et le système d'acteurs constituent les fondements.

Si cette nouvelle manière de penser la santé est assez développée dans la plupart des grandes villes des pays développés comme l'Europe et le Canada qui constituent des références et des modèles à suivre, qu'en est-il, alors, des grandes villes algériennes et tout particulièrement de la capitale Alger?

Le développement urbain, les changements et les transformations qu'à subis la capitale dans les différents domaines (construction, social, économique...), n'ont pas eu de répercussions sur les structures sanitaires qui n'ont pas été suivies d'une intervention urbaine de grande envergure permettant d'atteindre une certaine durabilité et faisabilité de ses structures sanitaires à travers le temps, à part quelques opérations ponctuelles de restauration des services dégradés.

Malgré un retard considérable, Alger à l'instar des grandes villes du monde a pris conscience de la nécessité et de l'urgence de se mettre au diapason du processus de métropolisation mis en place à partir du début des années 1990, sous l'influence de la mondialisation. Cette prise de conscience s'est traduite d'abord par la volonté des décideurs d'Alger, de relever le défi et d'entrer en compétition en vue de concurrencer avec les grandes villes du monde.

¹ <http://www.grands-reporters.com/Alger-hopital-Mustapha.html>

A cet effet, et suite à un constat alarmant établi en 1996, faisant état d'une « Métropole mal gérée, en voie d'implosion »¹, l'option d'un Grand Projet Urbain pour la capitale Alger a été retenue. Cette nouvelle option, qualifiée de « politique spécifique et novatrice », a nécessité au préalable de doter Alger d'un nouveau statut institutionnel, administratif et territorial, en cohérence avec l'ambition de hisser Alger au rang de métropole internationale. Ce nouveau statut particulier pour Alger fut le Gouvernorat du Grand Alger administré par un Ministre Gouverneur². Cette nouvelle politique avait pour objectif principal, à travers le GPU, de faire de la capitale Alger, une métropole régionale et internationale rayonnante sur le Maghreb, le continent africain, le monde arabe et le bassin méditerranéen. Dès lors, Alger s'inspire des expériences étrangères (Marseille) et s'appuie sur les différentes options et plans précédents, (POG, PUD et PDAU), y compris ceux de l'époque coloniale.

A cet effet, le PDAU qui venait à peine d'être approuvé (1995) est soumis à une révision pour tenir compte des orientations de la nouvelle stratégie d'aménagement. Cette nouvelle stratégie d'aménagement, sensée être à la hauteur des ambitions affichées par les initiateurs du projet, est basée sur un programme d'actions, s'articulant autour de six pôles de centralité. Ce programme d'actions du GPU vise en fait le renforcement des fonctions de centralité, nécessaires à la métropolisation d'Alger. Il est essentiellement focalisé sur la réalisation de projets emblématiques de niveau international ; mais quoi faire pour la fonction « santé » et du système d'accès aux soins dans ce programme d'action ?

La ville d'Alger en tant que capitale est un espace carrefour de mobilité et d'échange ; principal moteur du développement économique et culturel, elle se voit confrontée à de nouveaux phénomènes. La ville en tant que tissu de l'organisation humaine est aujourd'hui un système complexe. Le système urbain englobe plusieurs structures dont la superposition constitue la ville ; parmi ces structures, les structures sanitaires.

¹ Alger, Capitale du 21ème Siècle, Le Grand Projet Urbain, Edition URBANIS Impression ANEP, Alger, 1997, P.30.

² Voir, les Ordonnances n 97-14 relative à l'organisation territoriale de la Wilaya d'Alger et n° 97-15, fixant le statut particulier du Gouvernorat du Grand Alger, du 31 mai 1997, ainsi que le Décret présidentiel, N 97-292 du 02 Août 1997, fixant l'organisation administrative du Gouvernorat du Grand Alger.

L'accessibilité à ces structures ainsi que l'accès aux soins deviennent de plus en plus difficiles surtout avec les nouvelles mutations et les changements qu'a vécus la société Algérienne et Algéroise en particulier ces derniers temps, sans oublier que le rayon d'action des services de ces structures peut même atteindre l'échelle nationale c'est-à-dire que les malades viennent de tout le territoire pour être soignés à la capitale.

Malgré les efforts et les projets de grande envergure réalisés dans le domaine des travaux publics afin de régler la circulation sur le réseau routier (les ponts, les trémies, les ronds points...), le problème d'embouteillage reste posé au niveau de la capitale surtout au niveau des concentrations des services et des grands équipements structurants de la ville tels que les hôpitaux. A titre d'exemple, pour accéder en voiture à l'hôpital Mustapha aux heures de visite il faut au moins 30 minutes pour une distance de 100m (du portail au poste police) ; et ce n'est que le citoyen -que ce soit le malade ou autres - qui est dans cette situation ; il prend sa part de cette souffrance mais il n'a jamais été impliqué dans la prise des décisions concernant le fonctionnement de sa ville afin d'atteindre son potentiel maximum.

Cette situation nous a conduits à poser un certain nombre de questions à savoir ;

- ces structures sanitaires telles qu'elles fonctionnent arrivent-elles à satisfaire les besoins actuels de la population de manière durable ?
- ces structures sanitaires sont-elles accessibles ? Facilitent-elles l'accès aux soins ?
- est-ce que les actions menées et contrôlées à l'aide des différents outils de planification du développement durable urbain (carte sanitaire,...) inscrites dans le cadre réglementaire existant suffisent-elles ? Ou bien vu leur caractère spécifique et leur complexité, auront-elles besoin de la mise en place d'instruments nouveaux par le biais d'une démarche de projet urbain ?

Ce qui nous amène à notre question principale :

- *quel projet urbain de santé publique* dans un contexte de *durabilité* pour la ville d'Alger ?

Notre objectif est de proposer un projet urbain de santé publique pour la ville d'Alger à travers l'adhésion au projet « ville santé » auquel de nombreuses villes dans le monde ont adhéré dans le cadre de la constitution du réseau de « ville santé » de l'OMS « *A l'intérieur de ces villes, il est recherché l'implication et la participation de toute la communauté en sollicitant ses spécificités ethniques ou culturelles, facteurs d'adhésion à un projet commun... L'adhésion au projet « ville santé » requiert une volonté politique, nationale ou locale... Jusqu'en 1996, peu de pays en développement ont pu participer au réseau mondial de l'OMS « ville santé » ; 35 pays pour un peu plus de 35 villes, sur 2000 villes dans le monde et 600 pour le seul Canada* ». ¹

Les constantes des expériences de projets « villes santé » des pays développés que ce soit celui de Canada (Ottawa 1994, Métro Toronto, Vancouver...) ou bien l'Europe (Nancy en France, ville de Seraing en Belgique, ville de Saint Pierre...) sont d'assurer la participation et l'adhésion communautaire et collaboration gouvernés gouvernent ; et de donner de l'importance à la question du « lieu », « la ville » d'où les opérations d'aménagement urbain ont autant d'importance que les actions sanitaires proprement dites d'hygiène du milieu.

Les expériences des pays en développement (ville santé Huching en Malaisie, Cox's Bazar au Bangladesh,...) ont les mêmes constantes « préoccupations » que dans les pays riches à savoir l'adhésion, la participation, la communauté, les états et les conditions d'urbanisation.

Le choix du projet « ville santé » est motivé par le fait qu'il s'intègre parfaitement dans la démarche de notre option « projet urbain » ; mais comment peut-on appliquer cette expérience de « ville santé » à Alger tout en répondant à notre problématique posée auparavant ?

- est-ce à travers la restructuration de l'existant ?
- est-ce à travers sa réorganisation ?
- ou bien carrément à travers l'implantation de nouveaux équipements ?

Donc la question qui sera posée serait: **de quoi dépend un projet urbain de santé publique à Alger ?**

En définitive, l'étude et l'analyse de notre cas d'étude, le projet urbain de santé publique à Alger s'articulera autour de cette principale interrogation.

¹ Documents fondamentaux de l'O.M.S. 42^e édition Genève, 1999.

Les hypothèses formulées feront l'objet de vérification et constitueront une forme de réponse à la problématique posée et une ligne directrice à ce travail de recherche.

Le projet urbain de santé publique d'Alger est tributaire d'une restructuration, d'une réorganisation et d'une modernisation des services de santé (DDS, cliniques,...) dans un cadre et dans une démarche de projet urbain conduisant à :

- une réflexion globale sur la santé ;
- une restructuration du fonctionnement de la ville ;
- une participation des acteurs à définir.

OBJECTIFS DE LA RECHERCHE.

Cette recherche vise en premier lieu, la clarification et la compréhension de la notion de projet urbain en tant que nouvelle pratique de l'espace urbain contemporain, né dans un contexte de mutations profondes qui ont bouleversé les rapports de l'homme à l'espace.

En nous basant sur nos lectures relatives à ce sujet et à travers les expériences inédites que nous comptons développer, à savoir les expériences de « ville santé », voire même les projets urbains de santé publique à travers le monde, nous tenterons d'élucider de quelle manière les bouleversements d'ordre économique, politique, technologique et culturel survenus dans le monde occidental à partir du début des années 1980 ont influé sur le mode de « faire la ville » et par cela nous espérons dégager les facteurs clés qui concourent au succès d'un Projet urbain de santé publique à Alger.

Il s'agira à partir de là de montrer que le succès d'un projet urbain de santé publique dépend essentiellement de la prise en compte effective de la santé publique et d'un système d'acteurs efficace en tant qu'éléments fondamentaux.

Et enfin, à travers ce travail nous osons espérer apporter notre contribution à l'éclairage sur tous les acteurs urbains et aussi sur les modes de gestion de la ville contemporaine à travers le projet urbain, puis de proposer des recommandations dans ce domaine.

La concrétisation de ce processus d'opérationnalisation nous a été rendue possible grâce aux observations du terrain, aux lectures diversifiées relatives à ce sujet et aussi aux expériences étrangères et algériennes que nous considérons comme les plus inédites dans ce domaine.

METHODOLOGIE.

Pour atteindre les objectifs fixés et répondre ainsi à la problématique posée, nous avons jugé pertinent d'adopter une démarche qui repose sur des approches correspondant à la nature même du projet urbain. En effet, de par sa nature, le projet urbain recouvre et englobe toutes les dimensions de l'urbain (économique, politique, sociale, spatiale, urbanistique, architecturale, environnementale, etc.), en d'autres termes ce qu'on appelle la réalité urbaine complexe. De ce fait, le projet urbain croise des regards et des champs disciplinaires pluriels. A partir de là, il apparaît nécessaire de recourir dans un premier temps à une approche théorique pluridisciplinaire.

Le recours à cette approche nous permettra d'élaborer notre première étape de ce mémoire, qui en constitue les fondements théoriques. Ces derniers portent sur la clarification et la compréhension de la notion du projet urbain, ainsi que sur la définition des concepts qui constituent les fondements même du projet urbain de santé publique tel que la santé publique et le système d'acteurs, puis leurs interrelations.

Dans un deuxième temps, il s'agira d'approfondir la notion de projet urbain en tant que pratique récente dans le domaine de la santé, à travers des exemples relatifs à des expériences étrangères, voire même des expérimentations algériennes telles que la nouvelle démarche de « la santé de proximité » et l'expérience de « ville santé » d'El Kheroub (Constantine). Ces deux expérimentations constituent une référence et un fond théorique pour un projet urbain de santé publique à Alger. Cette première étape de notre démarche méthodologique est une approche descriptive et analytique.

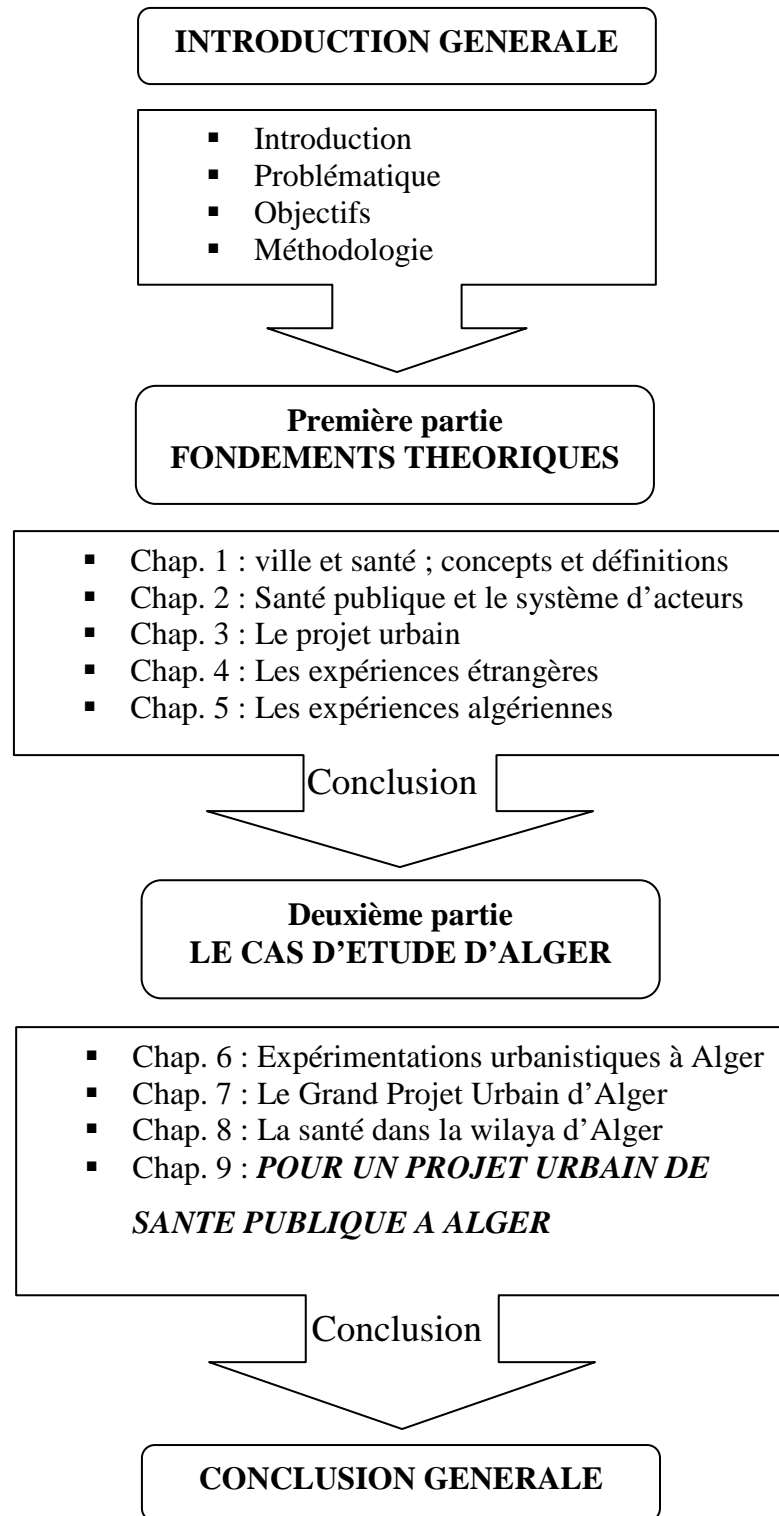
La deuxième et la dernière étape, consiste à répondre à la problématique spécifique et à vérifier les hypothèses émises. La première étape de cette démarche méthodologique, nous aura permis de nous imprégner de théories, de vocabulaire, de terminologie et de dégager les outils nécessaires, nous permettant l'étude et l'analyse du cas d'étude pour un projet urbain de santé publique à Alger.

Ainsi, nous avons structuré ce mémoire en deux parties. La première partie composée de cinq chapitres a été consacrée aux fondements théoriques. Le premier chapitre consiste à définir les concepts en matière de « ville santé » et comment ils s'intègrent dans la démarche de notre option « projet urbain ». Un deuxième chapitre traitera les concepts qui constituent les fondements du projet urbain de santé publique à savoir : la santé publique et le système d'acteurs à travers les expérimentations des Ateliers Santé Ville en Seine-Saint-Denis. Le troisième chapitre traitera de la

notion du projet urbain, son émergence, son essor, sa pratique. Les deux chapitres restants (quatre et cinq) vont expliquer la pratique de la concertation et la démarche à suivre pour un projet urbain de santé publique, à travers des expériences étrangères et des expérimentations algériennes. La synthèse de ces deux expériences (étrangères et algériennes) fort intéressantes, tentera de faire ressortir les facteurs clés qui peuvent concourir au succès d'un projet urbain de santé publique. Ceci nous aidera alors à aborder le cas d'étude d'Alger sous un angle critique.

La deuxième partie portera sur l'étude et l'analyse du cas d'Alger développé en quatre chapitres. Dans le sixième chapitre, il s'agit de retracer les différentes expérimentations en matière d'approche urbanistique et ce depuis le début de la colonisation jusqu'à 1995, date qui correspond à l'année de l'approbation du PDAU d'Alger. Le septième chapitre traite d'une approche spécifique pour Alger à travers l'expérience du Grand Projet Urbain d'Alger, lancé à partir de 1997 et stoppé 1999 ; Cette expérience, même si elle fut de courte durée, reste tout de même la seule approche spécifique en terme de projet urbain en Algérie. Le huitième chapitre explique l'état des lieux de la santé dans la capitale à travers une approche descriptive analytique. Le dernier chapitre de ce mémoire proposera une problématique de projet urbain de santé publique à Alger.

STRUCTURE DU MEMOIRE



Réalisé par l'auteur.

PREMIERE PARTIE : FONDEMENTS THEORIQUES

INTRODUCTION.

Cette première partie est composée de cinq chapitres constituant le fondement théorique de notre recherche. Dans un premier temps nous allons définir les concepts en matière de « ville santé » et comment ils s'intègrent dans la démarche de notre option « projet urbain ». Ensuite nous allons traiter les concepts qui constituent les fondements du projet urbain de santé publique, à savoir la santé publique et le système d'acteurs à travers les expérimentations des Ateliers Santé Ville en Seine-Saint-Denis. Le troisième chapitre traitera de la notion du projet urbain, son émergence, son essor et sa pratique. Nous finaliserons cette première partie par la pratique de la concertation et la démarche à suivre pour un projet urbain de santé publique, à travers des expériences étrangères voire même Algériennes ; La synthèse de ces deux expériences (étrangères et algériennes) va nous aider à faire ressortir les facteurs clés qui peuvent concourir au succès d'un projet urbain de santé publique.

Ainsi, il devient nécessaire de tenter de clarifier au préalable les trois notions clés de notre travail de recherche à savoir : le projet urbain, la santé publique et le système d'acteurs.

CHAPITRE 1 : VILLE ET SANTE ; CONCEPTS ET DEFINITIONS

INTRODUCTION.

La Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement durable, qui a eu lieu à Rio de Janeiro en 1992, s'est efforcée de s'attaquer à une très large gamme de problèmes environnementaux et sociaux liés à la croissance économique et démographique. Pour soutenir une évolution vers des politiques bien conçues en matière de développement durable des villes, la conférence a adopté le programme Agenda 21, qui est axé sur le développement durable dans la perspective du 21^{ème} siècle.

Le programme Agenda 21 mentionne la santé plus de 200 fois. Dans le chapitre d'Agenda 21 consacré à la santé, il est indiqué que la satisfaction des besoins de santé de la population mondiale fait partie intégrante de la réalisation du développement durable. Selon l'Agenda 21 : « *la santé est le produit de facteurs environnementaux, économiques et sociaux qui influent sur le développement durable* ». Pour sa part, l'OMS mène également des activités axées sur une conception analogue de la santé. Depuis 1978, la stratégie de la Santé pour tous de l'OMS a permis de concevoir toute une série d'initiatives dans les pays industrialisés et les pays en développement.

Dans ce chapitre nous allons définir les concepts en matière de « ville santé » et comment ils s'intègrent dans la démarche de notre option « projet urbain » ; d'ailleurs le concept « ville-santé » est assez significatif en lui-même pour ne pas s'encombrer de quelque définition à la limite réductrice.

Dans un premier lieu nous allons définir le thème « santé », pour pouvoir comprendre ce qu'est une « ville santé » dans un deuxième lieu.

1. La santé.

Il existe de nombreuses conceptions de la santé, l'une des définitions les plus couramment appliquées et la plus utilisée est celle de l'OMS¹: « *La santé est un état de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale* ».

Cette définition donnée par l'OMS, cependant, inclut un certain nombre de points importants qu'il ne faut pas perdre de vue. La santé est une notion complexe. Il ne s'agit pas seulement d'un état de non-maladie, mais d'un état comportant un certain nombre d'éléments ayant trait aux conditions de vie, à l'emploi ou à l'inactivité, aux services et au soutien disponibles, et aux conditions de l'environnement. Tous ces facteurs, dans un contexte économique et social donné, influent sur l'état de santé. En outre, la définition de l'OMS affirme que la santé est un droit fondamental de tout être humain sans distinction de race, de sexe, de politique ou d'économie.

1.1. L'évolution du concept santé.

La santé publique, à ses débuts, s'est appuyée avec succès sur des mesures environnementales et sociales, notamment l'amélioration des conditions de logement. Des techniques de prévention telles que la vaccination et le dépistage sont jugées primordiales pour l'acquisition et le maintien de la santé des individus.

En 1986, la Première conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, déclarait que " *les conditions et ressources préalables à la santé sont la paix, le logement, l'éducation, la nourriture, le revenu, ainsi qu'un écosystème stable, des ressources durables, la justice sociale et l'équité. Tout effort pour améliorer le niveau de santé doit nécessairement s'appuyer sur une base solide en ce qui concerne ces préalables* ".²

¹ Documents fondamentaux de l'O.M.S. 42^e édition Genève, 1999.

² Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. In: <http://www.euro.who.int/document/e82779.pdf> -

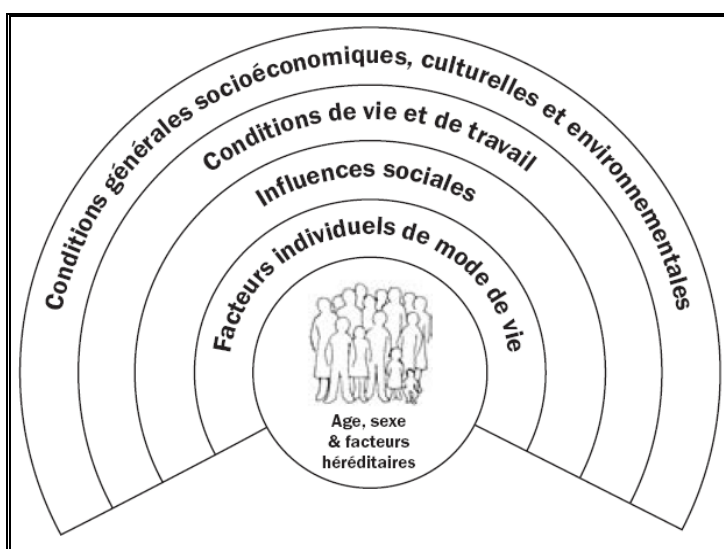
Whitehead & Dahlgren¹ (*figure 1*) décrivent ce processus comme des influences par couches concentriques. Au centre se trouvent les individus avec leur patrimoine génétique. Autour d'eux se placent les éléments ayant une influence sur la santé et qui sont modifiables.

La première couche est celle du comportement personnel et du mode de vie, qui peuvent favoriser ou mettre en danger la santé. À ce niveau, les individus subissent l'influence de leurs relations amicales et des normes du groupe social dont ils font partie.

La suivante est celle des influences sociales et de la collectivité, qui peuvent être une source de soutien mutuel pour ceux qui se trouvent dans une situation défavorable mais peuvent aussi n'être d'aucun secours voire néfastes.

La troisième couche, présente les facteurs structurels : logement, conditions de travail, accès aux services et moyens essentiels.

Figure 1 : Principaux déterminants de la santé



Source: Whitehead & Dahlgren²

D'après l'ensemble on trouve les facteurs qui touchent les sociétés dans tout leur ensemble : les conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales. Il est devenu de plus en plus évident que la durabilité de l'écosystème terrestre est un facteur essentiel du maintien de la santé. Les facteurs des

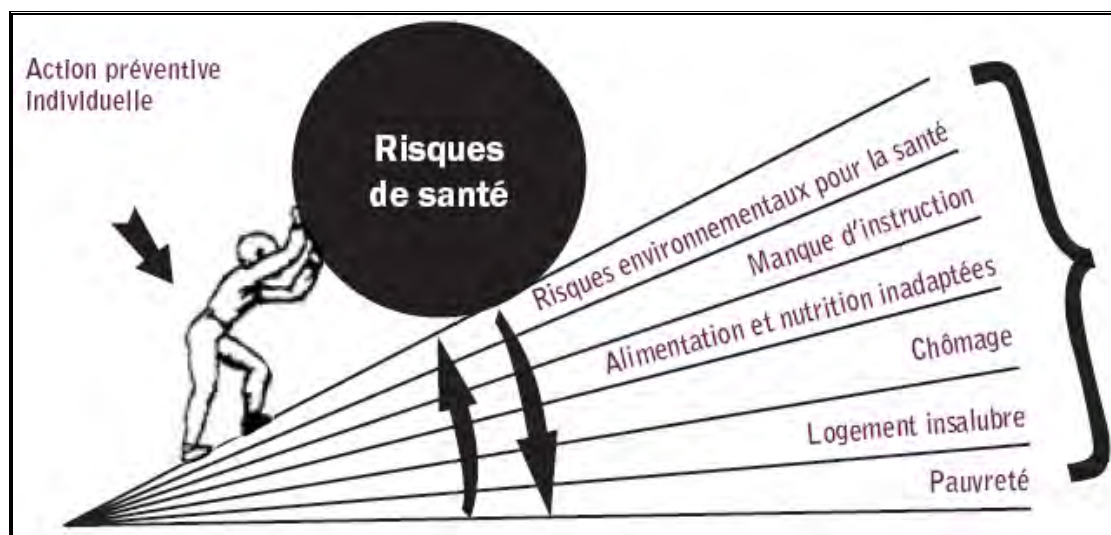
¹Whitehead, M. & Dahlgren, G. What can be done about the qualities in health? In: <http://www.euro.who.int/document/e82779.pdf>

² Idem.

différentes couches de ce modèle sont liés entre eux et s'influencent mutuellement. Tout effort systématique pour améliorer la santé doit inclure des mesures à tous les niveaux.

Un autre modèle représentant les effets de tous les facteurs ayant une influence sur la santé au sein de la société est celui du gradient de la santé (*figure 2*).

Figure 2 : Le gradient de l'action de l'individu en faveur de la santé



Source: d'après Making partners: intersectoral action for health¹

Ce modèle décrit les effets de toute une série de facteurs qui peuvent influencer de manière déterminante sur la capacité d'un individu à vivre en bonne santé, en particulier lorsqu'ils sont combinés. La pente de ce gradient diffère selon le secteur de la société considérée.

Le modèle traditionnel de la promotion de la santé, qui vise seulement à inciter les individus à modifier leur comportement, n'allège pas la charge des groupes défavorisés, qui doivent lutter contre tout un ensemble de facteurs structurels défavorables. C'est aux institutions responsables de ces facteurs qu'il survient d'agir de manière concertée pour améliorer la santé des groupes de la société ayant à supporter un fardeau accru.

Des recherches portant sur toute l'Europe ont permis de mettre en évidence un gradient important en fonction de la classe sociale des influences sur la santé, avec une répartition inégale, dans la population, des risques pour la santé et des facteurs de risque. Les groupes occupant une position sociale inférieure sont en moins bonne santé.

¹ Making partners: intersectoral action for health. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1990. In: <http://www.euro.who.int/document/e82779.pdf>

Face à ces inégalités, une des attitudes courantes a été de les attribuer à des différences de comportement personnel et non pas à des inégalités sociales. *La figure 2* montre cependant que la réduction du gradient des inégalités en matière de santé nécessite une action portant sur des facteurs généralement indépendants de la volonté des individus.

Des plans d'action efficaces en faveur de la santé au niveau local ne peuvent être mis en œuvre que si l'on a, au préalable, une idée claire des types d'actions nécessaires. Un modèle permettant de le faire de manière méthodique est celui de la pyramide des composantes de la santé (*figure 3*).

Figure 3 : la pyramide des composantes de la santé



Source : d'après Laughlin et Black¹

¹ Laughlin et Black. In: <http://www.euro.who.int/document/e82779.pdf>

Pour atteindre la bonne santé et le bien-être, il faut passer par un certain nombre d'étapes ou de résultats. Les activités axées sur le sommet de la pyramide n'aboutissent pas à un état de santé satisfaisant si l'on a négligé les échelons inférieurs de la pyramide, et l'importance relative des activités doit tenir compte des caractéristiques locales.

Les groupes les plus défavorisés, par exemple, sont parfois dépourvus même des conditions préalables à la survie physique ; pour améliorer la santé, il faut alors commencer par des efforts à ce niveau. Même dans des zones où la pauvreté est très répandue, cependant, les besoins des groupes diffèrent. C'est pourquoi la manière la plus efficace de prendre en compte les problèmes de santé d'un groupe donné est de s'efforcer d'agir simultanément à tous les niveaux ; « *La santé n'est pas le résultat d'une activité particulière. Elle ne résulte pas isolément de la pratique de l'exercice physique, d'une bonne alimentation, de l'abstention tabagique, de la vie dans un environnement salubre ou de l'occupation d'un emploi. Elle résulte en fait de l'effet global de ces activités parmi d'autres. Les individus sont plus ou moins en bonne santé selon les ressources dont ils disposent dans leur vie quotidienne. La santé est le résultat de l'effet combiné de tous ces facteurs dans la vie des individus et des collectivités* ».¹

Il y a maintenant une prise de conscience de plus en plus large des relations complexes qui existent entre les facteurs agissant sur la santé, et de l'inefficacité d'une approche purement médicale de ces facteurs. C'est pour ces raisons que le concept de la Santé pour tous a été lancé à la trentième Assemblée mondiale de la santé, à Alma-Ata, en 1977. Ce concept devait être mis en œuvre grâce à des actions fondées sur les principes de la Santé pour tous, qui mettent l'accent sur l'impératif d'équité et sur le fait que: « *... la santé se construit dans le cadre de la vie quotidienne ; elle subit les influences des actions et décisions prises dans pratiquement tous les autres secteurs* ».²

1.2. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.

La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé préconisait des actions de promotion de la santé consistant à mettre en place une politique publique favorable à la santé, à instaurer des environnements favorisant celle-ci, à renforcer l'action de la collectivité, à développer les capacités personnelles et à réorienter les services de santé à travers l'instauration des environnements favorables, le renforcement d'action de la collectivité et le développement des capacités personnelles et enfin la réorientation

¹ Working together for Glasgow's health : Glasgow city health plan.

² Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Op. cit. P16.

des services de santé c'est-à-dire établir des communications entre le secteur de la santé et les composantes de l'environnement social, politique, économique et physique.

2. Villes-Santé.

Avant de savoir qu'est ce qu'une "ville santé" nous allons passer par une citation sur ce programme afin de mieux l'apprécier « *Le programme Villes-Santé est l'un des principaux moyens utilisés par l'OMS pour donner effet à la stratégie de la Santé pour tous. Il a noué des alliances politiques, professionnelles et techniques en faveur de la santé et fait surgir d'importantes possibilités d'action au niveau local* ». ¹

2.1. Ville santé, concepts et définitions. ²

Nous allons donner dans un premier lieu quelques définitions de l'O.M.S. du concept « ville santé » à savoir ;

- une Ville-santé est une ville dans laquelle la santé et le bien-être des citoyens sont placés au cœur du processus décisionnel.
- Une Ville-santé est une ville qui s'attache à améliorer le bien-être physique, mental, social et environnemental des personnes qui y vivent et y travaillent.
- Une Ville-santé n'est pas nécessairement une ville qui a atteint un niveau de santé déterminé. Elle a conscience que la santé est un problème urbain et s'emploie à l'améliorer.
- Peut être une Ville-santé toute ville qui s'engage en faveur de la santé et dispose d'une structure et d'un mécanisme lui permettant d'œuvrer à son amélioration.

Toutes ces définitions démontre que le programme ville santé à travers sa globalité et la participation de tout un système d'acteurs dans la prise des décisions ; est un programme qui s'intègre parfaitement dans la démarche de notre option « projet urbain » ; d'où la faisabilité d'un projet urbain de santé publique.

2.2. Historique. ³

La notion de Villes-Santé a été lancée en 1984 à la Conférence de Toronto, tenue sur le thème "**Au-delà des soins de santé**". Elle s'inspirait du principe selon lequel la ville est l'échelon de

¹ Adapté de Tsouros. In : <http://www.euro.who.int/document/e82779.pdf>

² http://pmb.santenpdc.org/doc_num.php?explnum_id=7020

³Idem

gouvernement situé le plus près de la population, et donc le mieux placé pour influencer sur les déterminants de la santé.

Cette idée a suscité un vif intérêt au cours des deux années qui ont suivi, et l’OMS a soutenu un programme pilote (limité à l’origine à la période 1987–1992) prévoyant l’élaboration, pour les villes, de modèles de pratique pour la promotion de la santé et la mise en œuvre d’une politique favorable à la santé. Cette idée venait à son heure. Après la phase initiale du programme pilote, l’OMS a pu constater le succès du mouvement qu’elle avait lancé. À l’issue des cinq premières années, 35 villes membres participaient au programme en Europe. Des réseaux nationaux s’étaient établis dans 20 pays, et 12 groupes de villes s’intéressant à des questions particulières avaient été établis dans le cadre du Plan d’action multi villes.

Il convient de souligner que les villes membres du programme pilote n’avaient pas été désignées parce qu’elles avaient atteint un niveau particulier en matière de santé, mais parce qu’elles avaient une bonne perception des mécanismes à mettre en œuvre pour rendre les villes plus favorables à la santé.

Les villes qui participaient au programme ont démontré leur capacité à le faire par des actions précises ; en prenant l’engagement politique de favoriser la santé dans le cadre de la ville ; en attirant l’attention sur les questions de santé dans la ville ; en opérant les changements institutionnels favorisant les activités intersectorielles et la participation de l’ensemble du corps social ; et enfin en adoptant des mesures novatrices visant à améliorer la santé et l’environnement.

2.3. Les acteurs des projets Villes-Santé¹.

Les projets villes santé s’élaborent à travers tout un système d’acteurs à savoir ; les collectivités locales, les autorités de santé, les établissements d’enseignement, les associations, les associations de locataires, les entreprises, les responsables politiques, les groupes d’action sur des questions de santé, les associations pour la défense de l’environnement, les associations de personnes âgées et les associations d’usagers des transports.

2.4. La méthode Villes-santé.²

La méthode ville santé se base sur ces quatre étapes qui constituent les quatre éléments clés du développement durable à l’échelon local à savoir : l’engagement politique explicite au niveau le plus élevé en faveur des principes et stratégies du programme Villes-santé; la deuxième étape c’est

¹http://pmb.santenpdc.org/doc_num.php?explnum_id=7020.

²Idem.

l'établissement de nouvelles structures organisationnelles nouvelles pour gérer le changement ; la troisième étape c'est l'engagement à élaborer une vision commune de la ville se traduisant par un plan « santé » et par une action sur des thèmes précis; la dernière étape c'est l'investissement dans la création de réseaux structurés et non structurés et dans la coopération.

2.5. Les trois phases du programme Villes-Santé.¹

Chaque programme de villes santé se déroule à travers trois phases ; nous allons donner comme exemples les trois phases du programme villes santé en Europe qui est l'exemple le plus explicite :

a. la première phase du programme (1987–1992).

Au cours de la première phase l'accent a été mis sur l'établissement de structures et de mécanismes au sein des villes en vue d'établir une coopération entre organisations, départements et groupes de la population. Les villes participantes ont lancé de nombreuses initiatives permettant à différents groupes de participer efficacement à la mise en œuvre de la Santé pour tous au niveau de la ville. De nombreuses villes ont mis en place une méthode réellement globale de prise en compte de la santé dans le processus de planification locale, ce qui se faisait pour la première fois.

b. La seconde phase (1993–1998).

Au cours de sa seconde phase le programme a été axé sur l'élaboration et l'application de politiques urbaines s'inspirant de la Santé pour tous, et l'établissement de plans globaux en faveur de la santé au niveau des villes comportant des buts explicites notamment vis à vis des impératifs tels que justice sociale et développement durable. Les villes participantes, pour ce faire, ont établi de nouveaux modèles de coopération entre les organisations elles-mêmes et entre les organisations et les différents groupes de la population. Le programme Villes-Santé prévoit que les villes participantes doivent être dotées d'un bureau spécial, de personnel et d'un budget appropriés pour permettre au personnel de concevoir et de mener les différentes activités de collaboration nécessaires à la mise en place d'une action réellement coopérative de promotion de la santé à l'échelle de la ville.

¹ http://pmb.santenpdc.org/doc_num.php?explnum_id=7020

Mais il y a des conditions principales à remplir pour participer à la deuxième phase du programme Villes-Santé de l'OMS dont nous allons mentionner quelques unes¹ :

- toutes les villes membres devraient établir un comité politique intersectoriel largement représentatif, ayant des relations étroites avec le système de prise de décision politique et jouant le rôle de coordinateur et directeur du projet.
- toutes les villes membres devraient désigner une personne chargée de la responsabilité politique du projet.
- toutes les villes membres devraient mettre en place un bureau de projet visible, accessible au public et doté d'un coordonnateur, de personnel à plein temps et d'un budget d'exploitation pour l'administration et la gestion.
- toutes les villes membres devraient élaborer une politique de la Santé pour tous fondée sur les buts de l'OMS, et établir et mettre en application un plan santé municipal qui s'attaque aux problèmes de justice sociale, d'environnement, de protection sociale et de santé.
- toutes les villes membres devraient établir des mécanismes de participation du public et renforcer la mobilisation en faveur de la santé au niveau municipal en sensibilisant l'opinion publique, en favorisant le débat sur les questions de santé publique et en collaborant avec les médias.
- toutes les villes membres devraient effectuer des enquêtes sur la santé de la population et des analyses d'impact et, en particulier, prendre en compte les besoins des groupes sociaux les plus vulnérables et les plus défavorisés.

c. La troisième phase (1998–2002).

La stratégie du programme Villes-santé pour 1998–2002 vise à rassembler les 51 États membres de la Région européenne au mouvement Villes-santé en plaçant l'accent sur les besoins des villes d'Europe centrale et orientale et des nouveaux États indépendants. Au cours des cinq prochaines années, le programme Villes-santé continuera d'œuvrer activement pour promouvoir la santé en milieu urbain et, partant, dans le monde entier d'une façon qui soit à la fois novatrice et durable. Ses thèmes prioritaires seront notamment l'équité et l'exclusion sociale, les déterminants sociaux de la santé, les indicateurs sanitaires, des cadres de vie favorables à la santé, et l'intégration de la santé et de l'environnement dans l'aménagement urbain.

¹ http://pmb.santenpdc.org/doc_num.php?explnum_id=7020

2.6. L'Evolution du programme ville santé.

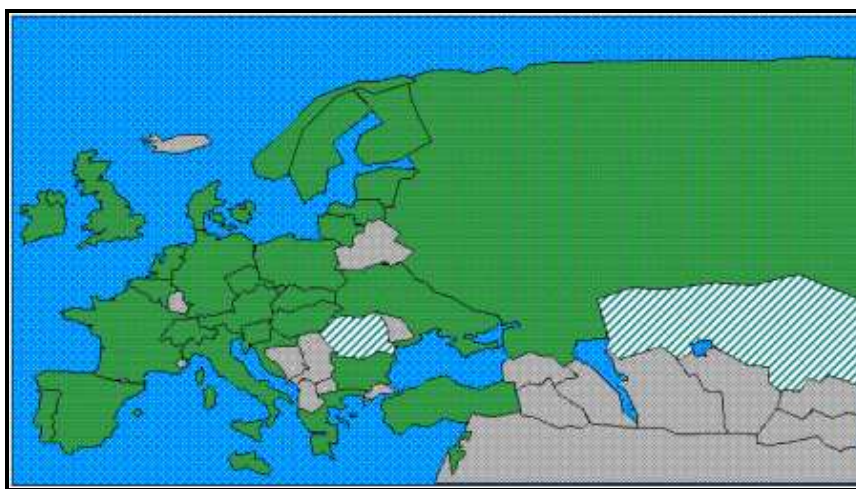
La santé en milieu urbain est un domaine d'activité de plus en plus important et stimulant. La santé des citoyens est fortement déterminée par leurs conditions de vie et de travail, par la qualité de l'environnement physique et socioéconomique et par la qualité et l'accessibilité des services de santé.

« Le programme Villes-santé offre des solutions de politique générale et de planification complètes aux problèmes de santé en milieu urbain. Il a pour vocation de changer la façon dont les individus, les collectivités, les organisations privées et bénévoles ainsi que les administrations locales pensent, comprennent et adoptent les décisions ayant trait à la santé. Enfin, il a pour vocation d'améliorer le bien-être physique, mental, social et environnemental des gens qui vivent et travaillent dans les villes »¹.

Le programme Villes-santé de l'OMS a été lancé en 1988 avec seulement 11 villes pour démontrer qu'une nouvelle approche de la santé publique fondée sur les principes de la Santé pour tous pouvait fonctionner dans la pratique.

Aujourd'hui, ce programme est devenu un vaste mouvement mondial en faveur de la santé publique à l'échelon local. En Europe seule, on recense des réseaux nationaux et régionaux regroupant plus de 1000 villes réparties dans 29 pays.

Carte n° 01 : Les Villes-santé en Europe



Source : http://pmb.santenpdc.org/doc_num.php?explnum_id=7020

Dans la carte n° 01, Les pays en vert ont des Villes-santé, les pays hachurés ont mis en place un réseau national, et les pays en gris n'ont pas de Villes-santé.

¹ http://pmb.santenpdc.org/doc_num.php?explnum_id=7020

2.7. Villes-santé : instrument à l'appui de la santé et du développement durable.

Le programme Villes-santé fournit aux administrations nationales et locales le moyen de faire face à des problèmes liés à la santé tels que la pauvreté et l'exclusion sociale, la pollution et le développement durable, les modes et les conditions de vie, les soins et la protection sociale, l'aménagement et les transports urbains, en tenant compte des besoins particuliers des groupes vulnérables.

Les autorités nationales peuvent légitimer et encourager les Villes-santé en reconnaissant explicitement l'importance de la dimension locale des stratégies nationales en faveur de la santé et de l'environnement. Elles peuvent, dans le cadre de ces stratégies, prendre en considération l'expérience et le savoir-faire des villes pour ce qui est d'analyser et d'apporter une solution aux problèmes de santé. Elles peuvent appuyer les réseaux nationaux de Villes-santé dans leur action de coordination et de mise en place de moyens. Elles peuvent également prendre conscience de l'intérêt que présente un investissement dans les initiatives Villes-santé et étudier la manière dont des ressources supplémentaires pourraient être mises à disposition à l'appui de politiques de santé et de développement durable.

2.8. Des expériences de villes-santé dans le monde¹

Aujourd'hui, la majorité des villes dans le monde ont été adhérentes au projet villes-santé. A l'intérieur de ces villes, l'implication et la participation de toute la communauté en sollicitant ses spécificités ethniques ou culturelles, facteurs d'adhésion à un projet commun font l'objectif recherché. Cependant que techniquement le projet cherche à impliquer toutes les parties, école et lieu de travail principalement, et tous les lieux de rencontre. Nous allons analyser dans ce chapitre l'impact de nombreuses expériences de villes-santé dans les pays développés ainsi que dans les pays en développement. Notons au préalable que l'adhésion au projet ville-santé requiert une volonté politique, nationale ou locale.

2.8.1. Dans les pays développés.

Dans les pays développés, l'idée de ville-santé existe avant le projet ville-santé, qui demande la mise en place de tous les déterminants pour un programme précis, c'est-à-dire la plupart des villes de ces pays sont préparées à cette « innovation ». En effet le développement urbain a fait de montrer que l'urbanisme en tant que science a vu le jour, pour apporter précisément des traitements à la ville «malade», et c'est dans ces pays qu'est né l'hygiénisme au XIX^{ème} siècle. Les entreprises médicales et de prévention

¹ L'analyse se qui suit est inspiré du travail de D^r. LABII Belkacem, Urbanisme et santé à Constantine : pour une approche de la ville-santé et de l'espace santé, UMC, 2003.

existaient donc avant l'initiation des villes-santé, quelle a trouvé en Europe et en Amérique un terrain favorable dont nous allons illustrer quelques exemples :

2.8.1.1. au Canada.

Nous commençons par le Canada, car c'est à Ottawa que la Charte de la promotion de la santé a vu le jour, un 21 novembre 1986. Charte où il était admis pour la première fois l'importance de l'environnement physique. Cette charte mettait en place les conditions de la promotion de la santé en établissant le lien entre le bien-être et l'environnement. Cependant que les débuts (l'idée, le concept, le projet) des « villes-santé » remontent à la conférence de Toronto en 1994. C'est la ville de Toronto qui a lancé le projet «villes-santé», sous l'impulsion de *Hancock et DUHL*¹ qui définissaient « *une ville-santé qui crée et améliore continuellement les milieux physiques et sociaux, et qui accroît les ressources communautaires qui permettent aux gens de s'entraider dans toutes les dimensions de leur vie et de réaliser leur plein potentiel* ».

Et c'est toujours au Canada que l'implication des urbanistes a été décisive dans la réflexion sur le projet villes-santé. Dès 1988, un bureau a été créé, garanti par l'Institut Canadien des Urbanistes, la Fédération Canadienne des Municipalités et l'Association Canadienne de Santé Publique, qui crée le projet « communautés en santé ». Innovation qui nous intéresse au plus haut point, le projet est présidé par l'Institut Canadien d'Urbanisme, et son rôle est de trouver les meilleures manières de créer des communautés en soie, par le recueil d'informations, la coordination et la diffusion de l'information et les consultations à travers tout le pays.

Les leçons que l'on peut tirer de l'expérience canadienne sont diverses selon les cas et les programmes, dont nous allons illustrer quelques uns.

L'expérience « Métro-Toronto (Ontario) l'action prend forme au sein des communautés culturelles et repose sur la présence d'organismes ethno spécifiques, qui participent aux prises de décision. C'est le propre d'un programme «villes en santé » reposant sur l'initiative des « communautés en santé ». Outre les actions proprement sanitaires, l'implication des urbanistes est capitale, puisque ce programme comporte simultanément des aménagements urbains tels la revitalisation des rues principales de la ville, l'introduction d'un processus de planification intégrée par des projets urbains pilotes, la remise en état des vieux immeubles.

¹ Hancock et DUHL, 1986. In Canada : santé et bien-être en milieu urbain. Urbanisme (revue), mars - avril 1999, n°305, numéro spécial Santé et ville. Pour mémoire, HANCOCK affirme en 1984 que le mouvement « villes en santé » remonte au 19^{ème} siècle, Avec les hygiénistes ?

Le programme de Burnaby il se préoccupe du bruit, de son origine, et de l'éducation des citoyens à ce sujet ; le bruit entre également dans l'objet du bien-être en ville, il relève de réglementations et auparavant des actions des urbanistes.

La ville de Hamilton – Wentworth s'est préoccupée des sources de pollution, de l'eau et de l'atmosphère vu qu'elle a abrité les plus importantes industries lourdes, entrepris des travaux d'aménagement urbain et l'aménagement des quartiers du centre-ville. « *Le plan de réaménagement s'est fondé sur une conception urbaine qualitative, tout en privilégiant une plus grande densité et une diversité sociale, un cadre favorable aux piétons, un accès public aux zones riveraines et la «conservation » environnementale* »¹.

Nous retiendrons du programme villes santé au Canada deux éléments majeurs à savoir ; le rôle et l'implication des urbanistes, et la participation de la communauté ainsi que le tout est dans un environnement sociopolitique très favorable, qui n'hésite pas à solliciter les professionnels autres que les médecins.

2.8.1.2. En Europe.

En Europe, il existe, tout comme au Canada, des dispositions socio-politiques pour accueillir des projets de villes-santé. L'échelle en général, est comparable à celle du Canada en matière de prédispositions de toutes sortes, une nuance peut être apportée en comparant un pays jeune et très vaste, avec le vieux continent densément peuplé et possédant de nombreuses villes historiques dont les centres sont souvent à restructurer, nous citons quelques unes dans ce qui suit.

Nancy en France est entrée dans le réseau Européen des villes pilotes en matière d'environnement et de santé le 1^{er} novembre 1989. Son thème était de promouvoir les politiques municipales de santé pour tous. Considérant la santé comme une priorité, la ville de Nancy s'est engagée dans une entreprise communautaire qui met en avant la solidarité et la participation de tous dans l'amélioration des conditions de santé, dans des actions collectives de santé publique.

La ville de Seraing en Belgique a adhéré au projet villes-santé en 1996, avec l'atout de disposer d'un important réseau d'organisations comportant d'autres profils que ceux de la prestation de soins. Ici, le projet est matérialisé par une Maison Médicale, structurée en un groupe de pilotage et un groupe expérimental. Les actions principales s'effectuent au sein d'une concertation de quartier et projet de maison

¹ Canada : santé et bien-être en milieu urbain. Op. Cit. P 26.

de quartier gérée en partenariat avec les habitants. D'autres groupes de travail s'occupent de la précarité, des écoles, mais l'œuvre la plus importante est la création de l'observatoire ; association dont l'objet est l'intégration sociale et la lutte contre l'exclusion; elle expérimente des approches nouvelles, au départ des acquis de la santé communautaire, face aux problématiques sociales nouvelles.

La ville de Saint Pierre est une île située loin de l'Europe mais en territoire Français. L'idée de départ de la municipalité, est qu'elle est bien placée pour mettre en œuvre un programme d'hygiène du milieu pour la promotion et le maintien de la santé. L'association ville-santé Saint Pierre est née en 1992 et s'est intéressée alors à la promotion de la justice sociale, misant sur l'adhésion intersectorielle et la participation des habitants et associations. Elle organise des manifestations régulières sur la santé (congrès, colloques, ...), et fonctionne avec des bénévoles pour des actions de proximité avec les écoles et les quartiers.

Nous retiendrons que les villes Européennes, capitalisent ces avantages comme ils ont les ressources, du moins le choix d'être parties prenantes de ce projet imaginaire de « villes-santé », d'où la problématique se pose en termes de moyens plus que de volonté et de capacités plus que de compétences.

Les villes développées, dans les pays riches sont les plus nombreuses à adhérer au projet et à en bénéficier. L'Amérique du Nord et l'Europe ont pu se trouver dans des programmes peu ou largement intégrés dans le projet de l'OMS. Des programmes quelquefois thématiques ou ponctuels et de toute manière en complémentarité de ce qui existe ; des programmes, dirons-nous de raffinement et qui apportent un plus, bien au-delà des préoccupations des programmes d'hygiène et de salubrité : lutte contre le bruit, contre l'exclusion, ...

En effet toutes les villes et tous leurs programmes travaillent sur deux constantes, à savoir ; d'abord la donnée participation / adhésion communautaire et la collaboration gouvernés- gouvernement, ensuite c'est la question du « lieu » qui prend de l'importance, ce lieu étant la ville, et la ville ayant montré simultanément ses vertus et ses limites en matière de bien-être. Les opérations d'aménagements urbains ont autant d'importance que les actions sanitaires proprement dites d'hygiène du milieu.

En définitive, les deux constantes mentionnées travaillent en complémentarité c'est-à-dire les actes quotidiens de l'homme se situent dans un cadre de relations sociales, et en rapport avec un cadre physique. Ces constantes ramènent naturellement à la relation dialectique entre l'homme et son milieu, pour la production d'une « communion » qui fait la ville un organisme vivant, dans une même logique de contenu et de contenant.

2.8.2. Dans les pays en développement.

Jusqu'en 1996, peu de pays en développement ont pu participer au réseau mondial OMS villes-santé : 35 pays pour un peu plus de 35 villes, sur 2000 villes dans le monde et 600 pour le seul Canada.

La ville-santé Huching en Malaisie elle est devenue ville-santé en 1994, de par la collaboration de deux municipalités mitoyennes. L'expérience de Huching, qualifiée de « poursuite d'un idéal », est exemplaire d'un démarrage médiatique sollicitant dès le départ l'adhésion de tous les habitants. C'est une véritable campagne qui a mené, avec tous les moyens pour réussir un projet ambitieux qui cible une ville-jardin, vivante et bien planifiée, dotée d'une riche culture artistique, scientifique et éducative ; une ville animée, sûre, dynamique et gérée avec efficacité.

Cox's Bazar au Bangladesh a élaboré un plan de ville-santé en avril 1995. La municipalité et les associations ont effectué un travail de préparation basé sur les rapports entre développement urbain et santé. On est arrivé à la création de cinq groupes de travail pluridisciplinaire : développement économique et environnement, aménagement du territoire et infrastructures, les services de santé, de l'éducation et de la lutte contre la pauvreté.

Manizales en Colombie une ville avec des bidonvilles en périphérie, faibles capacités de la municipalité, violences (les agressions sont la première cause de décès), elle rappelle les villes Algériennes de la dernière décennie. Ce n'est qu'après des réformes politiques dans la gestion, avec effet de décentralisation, qu'il a pu être entrepris la promotion de la santé; et c'est en 1993 que le Conseil Municipal s'est engagé dans le programme villes-santé. La promotion en revient directement au ministère et à l'Organisation Panaméricaine de la Santé. Dès lors, il a pu y avoir adhésion des habitants au programme, pour l'amélioration de l'environnement urbain et rural, le Conseil Municipal et le Ministère de la Santé travaillent en étroite collaboration pour une large représentation de la population.

La ville de Téhéran a organisé un symposium ville-santé en 1991, associant plusieurs départements et ministères, pour aboutir à un projet pilote et la mise en place d'un Comité. Ce dernier a réussi une mobilisation de la communauté et à réaliser des opérations ponctuelles relatives à l'environnement : espaces verts, centres de loisirs et de sport, ramassage et recyclage des ordures, ainsi qu'à promouvoir le rôle de la femme dans l'action de santé communautaire. Notons que ce projet a bénéficié du concours précieux des chefs religieux.

En Afrique il faut parler de l'expérience de Johannesburg qui a adhéré au projet villes-santé en 1993; ville qui a aperçut de grands problèmes d'urbanisme, et où les services élémentaires de sûreté de l'environnement ont du mal à être assurés par les autorités locales. Plusieurs projets pilotes ont cependant pu être mis en place, pour améliorer l'hygiène dans les écoles, dans les logements, dans les marchés. Projets qui, même par des interventions ponctuelles, ont surtout consisté en l'instauration d'actions communautaires et en une sensibilisation de la population. Le projet a ainsi pu évoluer, et aller vers la mise en place d'une structure administrative officielle, qui s'occupe du tout Grand Johannesburg.

Nous constatons que dans les pays en développement, les villes-santé sont donc moins nombreuses, quoique couvrant tous les continents. Les capacités d'accueil d'un projet ville-santé y sont réduites, cela tient des mêmes déterminants que précédemment : l'état de développement social et économique, les conditions politiques. C'est par conséquent, ces villes, sur lesquelles ont été développées les études qui interpellent le projet villes-santé, qui en profitent le moins.

Cependant, dans tous les programmes villes-santé des pays en développement, on retrouve, sans doute sous l'impulsion de l'OMS, les mêmes préoccupations que dans celles des pays riches à savoir ; l'adhésion, la participation, la communauté ; puis les états et les conditions d'urbanisation. Enfin, Les rapports de l'homme à son milieu sont omniprésents, dans toutes les situations sociales, économiques et politiques.

CONCLUSION.

D'après tout ce qui a été dit dans ce premier chapitre, nous pouvons conclure que le programme Villes-Santé est un instrument utile pour s'attaquer aux problèmes complexes que pose la santé dans les villes. Il a introduit le concept de développement durable dans l'activité des municipalités et en améliore la compréhension des dimensions sanitaires et sociales.

Le programme Villes-Santé prévoit que les villes doivent être dotées d'un bureau spécial, de personnel et d'un budget appropriés pour permettre au personnel de concevoir et de mener les différentes activités de collaboration nécessaires à la mise en place d'une action réellement coopérative de promotion de la santé à l'échelle de la ville.

Enfin, ces réseaux de villes santé représentent une précieuse source d'expertise, à partir de laquelle nous allons nous inspirer dans l'élaboration du reste de notre travail afin d'aboutir à un projet urbain de santé publique pour la capitale, qui dépasse toutes les frontières politiques, professionnelles, territoriales et sectorielles traditionnelles.

**CHAPITRE 2 : SANTE PUBLIQUE ET SYSTEME D'ACTEURS ; FONDEMENTS DU
PROJET URBAIN**

INTRODUCTION.

Le projet urbain de santé publique s'appuie sur deux facteurs, qui s'affirment comme étant ses fondements : la santé publique et le système d'acteurs ; qui vont faire l'objet de ce chapitre. Nous allons nous baser dans l'élaboration de ce chapitre sur les expérimentations des Ateliers Santé Ville (ASV) en Seine-Saint-Denis ; vu qu'ils s'inscrivent dans une stratégie de développement de l'interactivité entre les objectifs de lutte contre les exclusions, un programme régional d'accès à la prévention et aux soins ainsi que la mise en œuvre du volet santé des contrats de ville dans une démarche de projet urbain, comme nous l'avons déjà vu dans le chapitre précédent.

Les actions promues dans le cadre des ASV ont vocation à être innovantes, c'est-à-dire à proposer des réponses nouvelles à des questions pour lesquelles les dispositifs ou méthodes existantes n'ont pas pu donner de réponses satisfaisantes, d'où le programme établi pour les ateliers santé ville dégagent deux axes de travail ; le premier est la mobilisation des données et des indicateurs sanitaires et sociaux à travers une cartographie de référence. Il s'agit dans un premier temps de mobiliser et d'associer des données existantes; puis de suggérer et d'expérimenter des modes de recueil et des indicateurs nouveaux. Une première cartographie est présentée en comité de pilotage. Le deuxième axe c'est l'engagement d'un travail sur site auprès des villes. Puis l'animation des démarches locales en facilitant les liens avec la dynamique d'établissement des diagnostics et des suivis.

Une analyse secondaire de ces démarches est ensuite effectuée. Ces ateliers doivent réunir des professionnels et élus des villes. Cinq thèmes transversaux doivent être retenus, renvoyant aux principales orientations des ASV à savoir ; le travail de diagnostic , la participation de la population aux démarches locales de santé, la notion de territoire pertinent, et enfin les compétences requises pour la mise en œuvre de ces actions. Tous ces points et autres seront développer dans ce chapitre afin de trouver une assise pour un projet urbain de santé publique à Alger à travers l'expérimentation des ASV en Seine-Saint-Denis.

1. Les ASV ; une nouvelle démarche de santé publique.

C'est dans le cadre des échanges entre le laboratoire « Villes et Santé » de l'université de Constantine, et l'université ParisX et la délégation interministérielle de la ville que nous avons eu à nous intéresser à l'ASV, après les conférences données à El Khroub par Catherine RICHARD¹ et Laurent EL GHOZI² le 24 février 2009. Ceci nous a orientés vers des personnes ayant travaillé sur cette question, notamment Michel JOUBERT et Chantal MANNONI³.

Les ASV sont une expérience précieuse de faire progresser la pratique de la santé dans la ville ; ils ont permis des développements et des éclaircissements sur le plan, en particulier, de la faisabilité d'un projet urbain thématique sur la santé. Ils assurent la promotion d'une démarche locale de santé publique et de promotion de la santé. Un certain nombre de villes, pour développer le volet santé, ont créé des commissions de santé ou bien ils ont travaillé avec des associations pour mettre en place des actions de proximité associant les habitants et plus particulièrement les publics en difficulté.

1.1. L'articulation entre les différents acteurs de la santé.

Il s'agit de trouver une articulation entre les différents acteurs intervenant dans l'élaboration d'un projet urbain de santé publique, et de développer de l'interactivité entre les différents niveaux de réflexion et d'action. Le niveau local est reconnu aujourd'hui comme le plus pertinent pour assurer le développement d'actions pouvant réduire les logiques d'exclusion et la mobilisation des personnes et des acteurs de proximité.

1.2. Coordination et cohérence de l'action des différents acteurs.

¹ Catherine RICHARD, Chargée de mission au département cohésion sociale, Délégation interministérielle à la ville, Paris, la conférence est intitulée : Une politique de la réduction des écarts sur les inégalités sociales et territoriales de santé : Construction d'une démarche locale en santé publique, Quel impact sur la politique de santé ?

² Laurent EL GHOZI, Président de l'association « élus, santé publique et territoires », conseiller municipal délégué à l'enseignement supérieur, Paris Nanterre, la conférence est intitulée : Politiques locales de santé. Elus, Santé publique et Territoires.

³ L'analyse se qui suit est inspirée du travail de Michel JOUBERT et Chantal MANNONI, mars 2003, Les ateliers santé ville, Expérimentations en Seine-Saint-Denis, Recherches et évaluations sociologique sur le social, la santé et les actions communautaires.

Les ASV ont vocation à contribuer à l'amélioration de l'organisation et de la cohérence d'intervention des acteurs de santé, en vue de mieux répondre aux besoins de santé de la population. La dimension logistique est tout à fait centrale. Il existe souvent de nombreuses ressources de santé sur le territoire d'une ville. Il ne s'agit quelquefois que de travailler à une meilleure lisibilité et à une communication autour de ces ressources pour que des dynamiques se mettent en place et que les publics se repèrent mieux.

1.3. Concertation et opérationnalité dans la thématique santé dans la ville.

La thématique santé dans la ville constitue une base pour le développement d'actions ciblées sur la santé, suppose que les acteurs disposent d'un cadre et de méthodes leur permettant de traduire les objectifs en termes de mobilisation des ressources en santé, de coopération avec les partenaires et de capacité à travailler efficacement avec les publics en difficulté. Non seulement la santé peut trouver une place à part entière, mais aussi s'articuler efficacement avec le volet social (logement, insertion,...) et le volet urbain à travers le travail sur les accès, les équipements de rencontre, les espaces de soutien et la qualité de vie.

Pour les programmes de santé, les ASV constituent un lieu de concertation et d'amélioration locale. L'importance accordée par les ASV à la dynamique de concertation en constitue une face essentielle et permet de développer sa pertinence, sa cohérence et son efficacité.

1.4. Articulation entre la politique de la santé et la politique de la ville.

« Les ASV ont pour défi, entre autres, de réunir les conditions pour inscrire une politique locale de santé publique dans le cadre de la politique de la ville »¹. Ils devraient permettre également de faire avancer la cause de la santé publique en aidant à spécifier les conditions dans lesquelles les politiques de santé publique trouveront leur point d'articulation avec la proximité à savoir ; les ressources, les acteurs et la population.

1.4.1. Un cadre de travail partagé entre les différents acteurs.

Les ASV mettent en place une dynamique de diagnostic participatif destinée à définir les besoins prioritaires de santé pour les populations les plus en difficulté, associant les acteurs sanitaires et sociaux concernés. Ces dynamiques de diagnostic participatif, pour constituer un support efficace dans la mise en œuvre des actions, ne doivent pas être trop lourdes pour être

¹ Michel JOUBERT et Chantal MANNONI, mars 2003, Les ateliers santé ville, Expérimentations en Seine-Saint-Denis, Recherches et évaluations sociologiques sur le social, la santé et les actions communautaires.

reproductibles et intégrer en permanence de nouveaux éléments à savoir les problèmes émergents, nouvelles méthodes d'action et l'évaluation de l'effet des actions menées.

1.4.2. Participation de la population dans la prise de décision.

« Les ASV doivent créer les ouvertures permettant à la population de participer directement à la démarche, depuis le diagnostic jusqu'à la mise en œuvre des projets. La dimension de la participation des habitants est essentielle »¹. Ils doivent contribuer à la définition de priorités et à la programmation d'actions adaptées aux publics ainsi qu'aux partenaires et ressources existantes. Ils doivent également faciliter le travail de définition des priorités d'action, ainsi que leur programmation, même s'ils n'ont pas vocation à devenir ou à servir ces actions. Ils contribuent à ce que les acteurs ajustent leurs ambitions aux ressources existantes, en tenant également compte de l'apport des principaux partenaires.

1.4.3. Accès aux soins.

La participation de la population dans la prise des décisions et le travail de proximité permet de travailler les raccords nécessaires au rétablissement des accès. « Les problèmes d'accès aux soins sont de trois ordres qui sont : des questions de droit, des situations d'éloignement et des problèmes de disposition à effectuer les démarches telles que l'isolement »².

Nous savons tous que les personnes les plus démunies n'accèdent aux soins que dans les pires conditions c'est-à-dire dans l'urgence. Le travail de proximité, tant prôné aujourd'hui dans les politiques publiques, ne peut se résumer à un simple mouvement de rapprochement spatial. Les lieux de participation sont souvent éloignés de ce que les personnes concernées certaines décisions très bien intentionnées ne rencontrent pas leur public. D'où la nécessité de repenser les actions de soutien, d'accès aux soins et de prévention en allant vers les personnes en difficulté. Les acteurs qui travaillent dans cette perspective sont souvent isolés et ont besoin d'instances et d'occasions de concertation et d'échange.

¹ Michel JOUBERT et Chantal MANNONI, Op. Cit P 36.

² Idem.

2. Expériences de référence des ateliers santé ville.

Nous allons présenter comme références des ateliers santé ville, les grandes lignes des trois expériences engagées sur le département de la Seine-Saint-Denis à savoir ; Le Blanc-Mesnil - Dugny, La Courneuve, et Pierrefitte-sur-Seine.

2.1. Blanc-Mesnil-Dugny¹.

Sur cette première expérience, plusieurs choix ont été effectués dans une démarche intercommunale en premier lieu, l'engagement d'une démarche interprofessionnelle à travers les acteurs de santé, des acteurs sociaux et des acteurs de la politique de la ville, avec une trentaine de participants visant à repérer et à hiérarchiser les principales problématiques de santé mal résolues sur les deux communes, ensuite des rencontres avec les habitants visant à introduire des interrogations propres et à dégager des possibilités de participation dans la durée, avec, en particulier, une «enquête habitants» qui serait dynamisée par le repérage et l'activation de relais au sein de la population, et enfin la mise en correspondance de plusieurs démarches diagnostiques engagées sur les deux villes à travers une étude globale sur la ville de Dugny et une étude sur un foyer du Blanc-Mesnil.

2.2. Pierrefitte-sur-Seine (accès aux soins).

Cette deuxième expérience regle le problème d'accès aux soins. Il a comporté deux volets ; le premier concerne une consultation des professionnels qui a permis de consulter l'ensemble des acteurs de la ville, qu'ils interviennent sur la santé, l'éducation, le social ou l'insertion; et le deuxième volet c'est une enquête, en direction de la population.

Les difficultés d'accès aux soins sont principalement liées à la précarité c'est-à-dire ne pas avoir l'argent pour avancer les frais. Une majorité considère que le chômage constitue l'un des principaux facteurs nuisant à la santé. Les personnes qui s'expriment pour des changements souhaitent plus d'information, un accès facilité aux soins et des actions de prévention.

2.3. La Courneuve.

La démarche ASV sur La Courneuve s'est effectuée en premier lieu à travers la réalisation d'une pré-enquête de consultation en direction de l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et

¹ L'analyse se qui suit est inspirée du travail de Michel JOUBERT et Chantal MANNONI, mars 2003, Les ateliers santé ville, Expérimentations en Seine-Saint-Denis, Recherches et évaluations sociologique sur le social, la santé et les actions communautaires.

éducatifs concernés par la santé des habitants de la commune. Cette pré-enquête a fait apparaître une dominante assez nette quant aux problèmes considérés comme mal résolus pour la population telle que le déficit en actions de prévention. Dans un deuxième lieu c'est la réalisation d'un diagnostic participatif, avec intervention d'un opérateur extérieur. Ce diagnostic a comporté plusieurs phases à savoir; le recueil et l'analyse des données existantes, la consultation approfondie de tous les professionnels et autres acteurs concernés afin d'aboutir à l'élaboration d'une enquête au prît de la population, cette enquête est conçue comme la base d'un travail avec les habitants de la ville. L'aboutissement de cette démarche ASV sur La Courneuve est une synthèse des enseignements de ce diagnostic ; qui a été présentée en comité de suivi puis en assemblée plénière ouverte à la population; la mise en œuvre des préconisations sera soumise au bureau municipal de la ville et sera animée par le coordinateur ASV. Les questions d'accès aux soins sont vivement ressenties, surtout sur le plan du manque de professionnels sur la ville et des longs délais pour les rendez-vous, conduisant à retarder les soins et à exclure la prévention.

Enfin, ces trois expériences des ASV ont évolué, pour plus d'interactivité et de souplesse dans l'approche de la prévention ainsi que pour un meilleur accès aux soins. Ces expériences s'inscrivent dans une stratégie de développement de l'interactivité entre les objectifs de lutte contre les exclusions, c'est un programme régional d'accès à la prévention et aux soins ainsi que la mise en œuvre du volet santé dans une démarche de projet urbain, c'est pour ça nous les avons choisis comme expériences de référence pour notre cas d'étude.

3. Quels territoires pertinents pour les actions de santé ?

Quartiers, ville ou intercommunalité ? « *La question de la territorialisation des actions de santé est aujourd'hui inscrite sur l'agenda des politiques d'aménagement du territoire* »¹. Elle se trouve au cœur de l'implication de la politique de la ville dans le champ de la santé. « *Cette question comporte plusieurs dimensions au niveau des politiques locales ; en premier lieu, la condition de rencontre avec les publics (la plupart des populations concernées se trouvent inscrites sur un territoire où il est possible de les toucher), puis la question de l'articulation avec les ressources sanitaires et sociales, qui se trouvent elles aussi distribuées selon des modalités*

¹ Michel JOUBERT et Chantal MANNONI, Op. Cit P 36.

particulières sur les différents niveaux territoriaux (quartier, ville, agglomération, département, région) »¹.

En effet, il est toujours possible de réaliser des enquêtes (géographie de la santé, ethnologie, sociologie) : elles permettent d'explorer les pratiques de santé et les représentations à l'échelle d'un territoire. Avec des variations suivant la configuration socio-urbaine (taille de l'agglomération, type d'environnement) et leur position dans la trame sanitaire (structures hospitalières, démographie médicale), les villes restent dans tous les cas l'un des cadres les plus pertinents pour impulser une politique de santé ; elles peuvent être le cadre d'une mobilisation de ressources et d'un croisement de compétences susceptibles d'agir sur le plan de la réduction des inégalités dans le rapport à la santé (raison d'être des ASV). Mais cela suppose toujours un minimum de volonté politique.

À partir de là, il devient possible d'évaluer et de penser l'articulation entre les deux registres (adéquation de la médicale, bassins de problématiques) sur un mode écologique (distribution, cartographie) et topologique (proximités, concentrations, complémentarités, synergies, conflits...) et de dessiner un cadre pour guider les orientations des politiques territoriales.

4.1. Les territoires de la proximité.

La recherche d'une plus grande proximité se trouve à la base de la politique de la ville. « *Pour développer les raccords et les synergies pouvant aider les publics concernés à rétablir des liens au droit commun, le niveau local, celui du quotidien, des accès de base, semble bien être le niveau privilégié* »². Les schémas régionaux distinguent cinq niveaux³ sur le plan de l'offre de soins ; le premier c'est le niveau interrégional: services rares, grands CHU; le deuxième c'est le niveau régional ; le troisième c'est le niveau de référence: celui du gros CH, celui du recours hospitalier, celui des réseaux, construit à l'échelle du secteur sanitaire reconstruit selon les règles du bassin de santé, c'est-à-dire selon une logique de service à la population et de réponse aux besoins...; arrivons au quatrième niveau qui est le niveau de proximité: celui des spécialités courantes ; et en fin le dernier niveau qui est le niveau de la vie quotidienne : le premier maillon de la chaîne des soins, celui du quotidien, celui du généraliste....

¹ Vigneron E., Glatron M., Jacob J.-Y., Santé publique et aménagement du territoire, présentation dans le cadre du 11^e Festival international de géographie.

² Michel JOUBERT et Chantal MANNONI, Op. Cit P 36.

³ Vigneron E., Glatron M., Jacob J.-Y., Op. Cit P 39.

4.1.1. Des dynamiques de rapprochement.

Pour sortir des enclaves, il faut que les composantes de la situation changent et, pour cela, un travail soit engagé au plus près des conditions qui les produisent. Ce travail de proximité, pour être efficace, gagne à être engagé avec tous les acteurs présents sur le territoire considéré. *« L'établissement d'une cartographie des ressources et des accès aux soins, avec la mise au jour des circulations, des temporalités d'accès, des possibilités négligées, etc., permet de se faire une idée de la consistance locale des problèmes d'accès aux soins. Il permet également de localiser les points de blocage et les problèmes sensibles sur lesquels concentrer les efforts »*¹.

4.1.3. La communauté de résidence, un périmètre à identifier.

Il s'agit de cibler l'ensemble social que constituent les personnes résidant sur un même territoire. La « communauté » est l'objet d'un travail continu depuis l'engagement des actions relevant de la politique de la ville ; *« La communauté se définit d'abord par l'existence d'un ensemble de personnes et de groupes disposant d'un dénominateur commun. Celui-ci est constitué non seulement de besoins, c'est-à-dire de problèmes sociaux partagés, mais aussi d'intérêts communs et de valeurs communes, d'un devenir, d'un projet en perspective »*².

Le passage à des actions travaillant réellement au « niveau de la communauté » suppose que des instances de concertation et d'expression existent depuis un temps significatif et permettent réellement aux habitants de faire connaître leur point de vue et d'être partenaires dans les actions qui les concernent.

L'interrogation souvent menée autour de la notion de « quartier » (périmètre, consistance sociologique, frontières, contraintes géographiques et écologiques) est essentielle à la qualification territoriale des actions de santé. L'identification du périmètre territorial pertinent à un moment donné est essentielle pour tout ce qui relève de l'analyse des dynamiques d'utilisation du système de prévention et de soins. Enfin, il faut ajouter que la différenciation des territoires de référence ne doit pas exclure la réappropriation des dynamiques à l'échelle de la commune qui reste le cadre le plus légitime (correspondance avec la représentation politique et le cadre d'administration de la vie locale).

¹ Michel JOUBERT et Chantal MANNONI, Op. Cit P 36.

² Bélanger J.-P., 2000, Capital social, développement communautaire et santé publique, p. 155.

4.2. La carte des ressources ; un territoire à identifier.

Le territoire permet de cadrer les ressources en santé dans ce que nous appelons carte des ressources, de les rendre plus visibles, plus accessibles, plus adaptées aux publics, mais il doit aussi être considéré lui-même comme une ressource. « *La cohérence territoriale permet en effet de créer des synergies de ressources entre différents registres d'intervention qui, comme souvent avec la santé, tendent à se croiser (éducation, insertion, économie, aménagement, vie sociale...)* »¹.

4.2.1. La carte hospitalière ; bassins de circulation des usagers.

« *L'offre de soins hospitaliers possède un pouvoir structurant, mais c'est aussi un niveau où il est possible de penser la cohérence de l'ensemble des articulations territoriales* »². On tend à considérer qu'il existe plusieurs registres de proximité, de circulation. Autant tout le monde s'accorde pour reconnaître à certains équipements une vocation forte à la micro-proximité de résidence (circonscriptions de travail social), autant d'autres logiques de recours et d'action relèvent d'un autre type de territorialité. C'est évidemment le cas des hôpitaux, même si l'on pourrait imaginer de travailler sur une meilleure articulation de la carte hospitalière avec les dynamiques locales et intercommunales.

4.2.2. Augmenter la flexibilité institutionnelle.

« *L'idée d'introduire plus de flexibilité institutionnelle a été abordée dans le cadre de projets partagés sur des territoires distincts initialement, il est considéré comme important que les professionnels puissent travailler sur des territoires différents. Cette flexibilité peut contribuer à créer ou à multiplier des liens; elle permettra aussi d'assurer un repérage plus aisé par le public des différentes catégories de ressources et peut également contribuer à assurer une meilleure cohérence des services et de la politique de santé publique considérée globalement* »³. La flexibilité s'exerce à travers les comités de pilotage des projets, qui rassemblent également des acteurs intervenant à différents niveaux (région, département, État, villes, réseaux...).

¹ Michel JOUBERT et Chantal MANNONI, Op. Cit P 36.

² Idem.

³ Ibidem.

5. Le labyrinthe d'accès aux soins.

Toute une réserve de mesures et de dispositifs existe aujourd'hui sur le plan de l'accès aux soins. Cette entrée n'en reste pas moins centrale dans la mobilisation des acteurs, avec une très forte entrée territoriale, car « *une des premières actions généralement engagée consiste à dresser, à nouveau, la carte des ressources et des conditions d'accès pour des publics en difficulté déterminés. Cette carte est un peu particulière, car elle comprend plusieurs registres de recours aux soins qui se croisent à des échelles territoriales différentes à savoir ; les accès hospitaliers (facilitation par les permanences d'accès aux soins, meilleure acceptabilité pour les publics en grande difficulté et le travail sur les urgences) ; l'Accès à la médecine générale ; les accès aux prestations spécialisées (spécialistes, radios, ...); et enfin les accès aux consultations engageant des prothèses (dentaires, auditives, ...) »¹.*

Pour chacun de ces accès, il existe des circuits différenciés selon les publics, des filières uniques chez certains, des arborescences de recours chez d'autres, des accès aléatoires chez ceux qui connaissent le plus de difficultés. Un travail conduit au sein de la population pour reconstituer le système d'accès dans lequel s'inscrivent les personnes (approche ethnologique et/ou géographique) peut faciliter le positionnement des dispositifs d'aide, car, derrière la couverture sociale commune, se cachent des inégalités importantes.

Pour conclure sur les territoires de proximité, deux éléments ressortent à savoir ; le plus important pour travailler avec les publics en difficulté, c'est de rencontrer leur mode d'inscription sur le territoire et de construire avec eux des territoires de proximité appropriés à solutionner leurs problèmes ; et enfin, on ne peut négliger d'évoquer le souci de beaucoup d'acteurs face à la complexité des imbrications de compétences, de territoires et de dispositifs qui ont une traduction directe sur le plan des financements. Il faudra probablement aller vers plus de lisibilité et de facilitation pour que les efforts engagés au niveau local ne s'épuisent pas au niveau administratif.

6. Quel système d'acteurs en santé publique.

« Les acteurs en santé publique doivent être en mesure d'identifier les données accessibles ou susceptibles d'être constituées rapidement et utiles pour la conduite des actions en faveur de la

¹ Michel JOUBERT et Chantal MANNONI, Op. Cit P 36.

santé »¹. Le dispositif d'action des différents acteurs n'aura d'efficacité que s'il est en même temps en mesure de saisir l'émergence de nouvelles problématiques de santé ou l'accentuation de problèmes existants pour telle ou telle catégorie de population. Les acteurs doivent connaître les outils utilisables dans le cadre d'une nouvelle démarche de santé publique, avec comme composantes la participation des habitants et la mise en commun des informations dont disposent les différents acteurs.

6.1. Coordination et mise en cohérence des acteurs.

Coordonner les actions et les ressources sur le territoire concerné ; cette dimension suppose de bien connaître les différents acteurs, en ne se cantonnant pas à un seul type d'acteur qu'il s'agisse ; du secteur social, de l'éducation, des professionnels de santé, des associations, des services de la ville, et des acteurs de l'insertion.²

Il ne s'agit pas d'entretenir des relations avec l'ensemble de ces secteurs, mais de développer une compétence transversale qui permettra: de légitimer les démarches c'est-à-dire les faire connaître et reconnaître, de dégager les synergies partenariales appropriées, en fonction des orientations qui auront été prises c'est-à-dire « *créer les conditions d'une mobilisation, de développer les interfaces nécessaires c'est-à-dire créer un espace de travail cohérent, des référents partagés par les partenaires mobilisés, des chantiers et des coopérations réalistes correspondant aux besoins diagnostiqués* »³. Enfin, la coordination et la mise en cohérence des différents acteurs de la santé publique peuvent parfois soulever des tensions ou des conflits quand les limites créent des recouvrements de champs et d'avantages qui peuvent être vécus sur le mode de l'intervention d'où l'approche en termes de complémentarité entre les différents acteurs est bien sûr le maître mot.

6.2. Choix des acteurs dans le cadre des ASV.

Le choix des acteurs se base sur plusieurs dimensions sur lesquelles les personnes choisies seront conduites à travailler à savoir ; la connaissance du cadre politique et institutionnel dans lequel s'inscrivent les démarches ASV (politique de la ville...) ; la capacité à expliquer le jeu des acteurs sanitaires et sociaux (interactions,...), de façon à pouvoir animer des stratégies de mobilisation et de coopération qui soient appropriées à l'état des choses sur ce plan ; la compétence

¹ Idem.

² Michel JOUBERT et Chantal MANNONI, Op. Cit P 36.

³ Idem.

à l'animation et à la coordination d'un réseau d'acteurs et de professionnels et à s'intégrer dans une équipe (contribution à la mise en place d'un pilotage et d'un suivi, etc.) ; la capacité à imaginer les méthodes localement appropriées pour faire participer la population aux démarches ; et la capacité à développer une maîtrise d'ouvrage appropriée pour assurer l'initiation et le suivi des projets.

Compte tenu de la diversité des compétences recherchées, la référence au diplôme n'est pas centrale. « Généralement, il s'agit d'évaluer, à partir d'une compétence de départ les possibilités d'évolution vers une vision et une méthodologie globale intégrant les différentes dimensions »¹.

7. Les enjeux croisés pour les ateliers santé ville.

A côté des échanges portant sur les méthodologies de mise en œuvre des démarches de santé, plusieurs questions sont revenues dans la discussion posant des problèmes de fond quant aux orientations des actions engagées et à leur inscription dans une politique cohérente de santé publique.

7.1. La légitimité.

« La condition absolue de mise en place et de développement des ASV est la légitimité, une légitimité qui se trouve croisée entre la légitimité locale (engagement du ou des maires concernés, qui doivent être demandeurs), le rôle à la fois pivot et moteur, qui assure la légitimité sur le plan de la politique de l'État (projet général sur le plan de la santé publique) et la légitimité sur le plan de la politique de la ville »². C'est la présence et l'implication effective de toutes ces composantes d'une politique de santé publique qui créent les conditions d'un réel développement des ASV. Quand l'une de ces composantes est défaillante, ou présente avec une faible implication, la démarche s'en trouve automatiquement affaiblie.

La légitimité se trouve également quand il est question d'organisation (composition du comité de pilotage, de suivi, de programmation, d'évaluation). C'est cet agencement des actions qui conditionne la mise en place des dynamiques ASV, car elle facilite l'implication des habitants et des professionnels.

7.2. Prise en compte des publics en difficulté.

¹ Michel JOUBERT et Chantal MANNONI, Op. Cit P 36.

² Idem.

Cette question comporte plusieurs aspects à savoir ; la préoccupation de ne pas voir s'instaurer, puis s'ancrer, un système spécifique d'action auprès des publics défavorisés ou en grande difficulté ; et celle complémentaire de s'assurer de l'engagement d'une dialectique entre les dynamiques soutenues par les ASV et le développement du droit commun. Les ASV améliore les conditions d'accès et d'usage du système de prévention et de soins ainsi que la volonté de ne pas condamner certains publics en se concentrant sur eux.

Dans la logique de la politique de la ville, on peut imaginer que l'un des objectifs à venir sera « *d'assurer l'évolution des acteurs dans le champ sanitaire et social. Il faut être d'autant plus attentif à cet aspect qu'il n'est pas sûr que les transferts sur plusieurs dynamiques innovantes de référence pour la période précédente se soient réellement opérés : qu'il s'agisse du travail des associations assurant la prise en charge des personnes en difficulté* »¹. Cela vaut aussi pour des apports plus généralistes comme l'éducation à la santé dont l'intégration est encore loin d'être assurée dans le système éducatif.

7.3. Intégration dans les dispositifs de la politique de la ville.

Le besoin de soutenir le développement des politiques de santé peut améliorer la prise en compte des populations les plus en difficulté. Face à l'amplification des problèmes de santé liés à l'approfondissement des processus de précarisation, la mise en place des ASV a ouvert le champ à une mobilisation plus importante des acteurs de santé et plus particulièrement des acteurs locaux sur le front de la lutte contre l'exclusion.

Les ASV, dans ce contexte, peuvent constituer un puissant levier pour l'engagement et l'élargissement de ces démarches en fournissant aux villes et à leurs partenaires des outils et des guides appropriables et ajustables aux conditions locales. « *Les acteurs auraient eux vocation à s'intégrer dans les politiques de santé publique, ce qui prend un sens différent suivant la situation des villes (devenir coordinateur de santé publique au sein de la direction santé de la ville, coordinateur au niveau de l'équipe de maîtrise d'œuvre urbaine et sociale, coordinateur d'un réseau dans une logique associative, etc.)* »².

7.4. Mise en cohérence des politiques de santé publique.

¹ Michel JOUBERT et Chantal MANNONI, Op. Cit P 36.

² Idem.

Les ASV ont été pensés pour constituer un des outils pouvant faciliter la promotion des politiques de santé publique; l'enjeu dépasse ici le seul cadre des ASV. Plusieurs problèmes se posent à cet égard¹, en premier lieu, les freins multiples que rencontrent les acteurs pour mettre en place ou faire reconnaître des expériences innovantes ne disparaîtront pas du jour au lendemain : il est nécessaire d'imaginer un processus de travail sur le moyen terme, avec des financements pluriannuels et des concertations départementales et régionales qui permettront d'assurer le partenariat dans le temps d'un certain nombre d'institutions essentielles au développement d'actions efficaces. En deuxième lieu, la nécessité de se concerter à une échelle significative, les échanges entre secteurs pouvant faciliter l'engagement d'un certain nombre de professionnels et d'institutions sont essentiels à la réussite des démarches engagées ; parmi elles, plusieurs niveaux sont apparus particulièrement sensibles tels que l'éducation des citoyens par rapport à la prévention et les structures hospitalières pour l'accès aux soins.

« Les ASV sont l'occasion de préciser les articulations entre les différents niveaux de définition et de compétence sur le plan de la santé publique. Les grandes lignes d'une politique générale de santé publique sont définies par l'Etat, sur la base des outils diagnostics et de l'appareil d'action et de gestion dont il a la responsabilité »². Il ne peut être question de revenir sur cette prérogative. Par contre, il est important d'examiner les conditions nouvelles qui émergent, avec la possibilité de développer des relations interactives avec les acteurs locaux.

8. Les différents niveaux d'articulation travaillés dans les ASV.

Il existe plusieurs niveaux d'articulation travaillés dans le cadre des ateliers santé.

8.1. Articulation entre domaines d'action : sanitaire et social.

« Les effets de la fragilité sociale se font sentir à tous les niveaux, avec des conséquences qui ont souvent des effets catastrophiques pour les personnes ; agir sur une seule des composantes se révèle alors inefficace »³. Comme pour d'autres problèmes travaillés dans le cadre de la politique de la ville, les groupes de population qui peuvent se dégager d'une mobilisation et d'un partenariat transversal se trouvent ici au cœur de la démarche ASV. Ces articulations sont particulièrement fortes quand il s'agit d'accès aux soins et à la prévention.

¹ Ibidem.

² Michel JOUBERT et Chantal MANNONI, Op. Cit P 36.

³ Idem.

8.2. Articulations territoriales.

Il est clair que le travail de proximité est obligatoire pour réduire les inégalités et raccorder les personnes, « *il faut toujours rechercher les pertinences et les synergies territoriales qui peuvent -sur un problème donné- permettre d'approcher une meilleure cohérence d'action (lien à la carte hospitalière, aux trames urbaines, etc.)* »¹.

8.3. Articulation entre les compétences.

La participation des habitants suppose de penser les liens en matière de santé entre les moyens matériels et les moyens professionnelles; « *à l'intérieur du champ professionnel, les liens entre secteur public et secteur privé supposent également des conciliations appropriées ; la qualification des différents acteurs se trouve du même coup assez ouverte, mais demande à être travaillé entre compétences sanitaire, sociale,...* »².

De ce point de vue, plusieurs questions sont posées à savoir ; la cohérence d'une politique de santé publique conduite à l'échelle régionale suppose une plus grande lisibilité et plus de communication entre les différents acteurs et les décisions prises ; la possibilité également d'une planification relative à la couverture des besoins en santé ; la cohérence dans le fonctionnement des différents niveaux du comité de pilotage; enfin, cette cohérence progressera au fil du développement des actions engagées quand les conditions sont réunies à l'échelle intercommunale ou de l'agglomération: l'approche ASV sur un quartier au niveau de la ville à travers la généralisation des bonnes pratiques de la santé et l'amélioration du système de santé.

¹ Michel JOUBERT et Chantal MANNONI, Op. Cit P 36.

² Idem.

CONCLUSION.

D'après ce qui a été dit dans ce chapitre sur les Atelier Santé Ville, nous pouvons conclure qu'ils constituent une leçon d'application de la démocratie en santé publique.

La thématique santé dans la ville constitue d'une base pour le développement d'actions ciblées sur la santé, suppose que les acteurs disposent d'un cadre et de méthodes leur permettant de traduire les objectifs en termes de mobilisation des ressources en santé, de coopération avec les partenaires et de capacité à travailler efficacement avec les publics en difficulté.

Avec des variations suivant la configuration socio-urbaine (taille de l'agglomération, type d'environnement) et leur position dans la trame sanitaire (structures hospitalières, démographie médicale), les villes restent dans tous les cas l'un des cadres les plus pertinents pour impulser une politique de santé ; elles peuvent être le cadre d'une mobilisation de ressources et d'un croisement de compétences susceptibles d'agir sur le plan de la réduction des inégalités dans le rapport à la santé. Mais cela suppose toujours un minimum de volonté politique ; comme il est exigé par la démarche du Projet Urbain.

Les expérimentations des ASV en Seine-Saint-Denis vu qu'ils s'inscrivent dans une stratégie de développement de l'interactivité entre les objectifs de lutte contre les exclusions ; constituent un programme régional d'accès à la prévention et aux soins ainsi que la mise en œuvre du volet santé dans une démarche de projet urbain.

La démarche des ASV représente donc plus un « champ de compétences » au sein duquel les professionnels devront se caler tout en dégagant les synergies et les complémentarités nécessaires, d'autant que, la coopération et la participation étant les maîtres mots de la démarche ; et qui constituent eux même les fondements du projet urbain.

En fin ; les ateliers santé ville sont une expérience de faire progresser la pratique de la santé dans la ville ; ils peuvent constituer un support particulièrement précieux pour le développement de ce travail sur les structures sanitaires et l'accès aux soins pour un projet urbain de santé publique à Alger.

CHAPITRE 3: LE PROJET URBAIN

INTRODUCTION.

L'évolution de la pensée urbaine, la spécificité des méthodes conceptuelles et opérationnelles et celle du dispositif administratif, législatif et institutionnel en vigueur qui ont inévitablement des effets sur la production urbaine. Assurer la transformation des villes et leur avenir tout en assumant leur histoire, au service du plaisir d'habiter la ville pour tous leurs citoyens.

Le projet urbain est une notion à la mode aujourd'hui, mais qui demeure polysémique, ambiguë et encore en gestation. Ainsi, nous tenterons dans ce chapitre d'apporter notre contribution à éclairer cette notion à travers d'abord l'histoire de son émergence, ensuite, donner quelques éléments de définitions et les caractéristiques principales relatives à la démarche du projet urbain pour arriver enfin à déterminer les principes de la Santé pour tous et leurs liens avec le projet urbain pour la santé.

1. Histoire d'émergence du Projet Urbain.

La réflexion sur la nécessité d'introduire une nouvelle démarche urbaine en réaction à l'urbanisme fonctionnaliste, est apparue selon *David Mangin* et *Philippe Panerai*¹ tout d'abord en Italie dans les années 1950. Elle intègre dans les études urbaines les dimensions historiques et spatiales à travers des analyses typologiques et morphologiques, et renoue ainsi entre la pratique de l'architecture et de l'urbanisme. Cette nouvelle manière de faire la ville annonce en fait, les prémices d'un urbanisme de projet.

A partir de la fin des années 1960, les responsables politiques de la ville italienne prennent les devants en décidant de rompre avec l'urbanisme fonctionnaliste et engagent à cet effet, une opération de revalorisation de la ville ancienne². Cette expérience s'est illustrée alors, par l'intégration de la notion de Projet et de la dimension sociale en favorisant l'implication et la participation des citoyens³.

Elle devient ainsi, dès le début des années 1970 une référence en matière de renouvellement de la culture urbaine pour les autres responsables politique des villes européennes. Cette expérience selon *Ingallina Patrizia*⁴ « ... elle correspond à une démarche de réflexion globale et collective sur la ville... Car la ville était réfléchie dans sa globalité, aussi bien en tant que tissu urbain que comme tissu social, en prenant en compte aussi ses différentes échelles... fut une ouverture vers une approche plus démocratique de la planification en laissant s'exprimer les opinions et les désirs des usagers de la ville. Cette ouverture se basait aussi sur la considération que la ville était par définition le produit d'une collectivité que ne pouvaient remplacer des projets individuels ». Ceci revêt en fait les traits d'un véritable projet urbain.

Concernant la naissance de la notion de Projet Urbain, *François Tomas*⁵ pense que si les Italiens, tous particulièrement les architectes, furent pionniers, c'est aux urbanistes français que l'on doit d'avoir proposé le terme qui allait s'imposer dans l'ensemble des langues latines. C'est tout

¹MANGIN David & PANERAI Philippe, 1999, *Projet Urbain*, coll. eupalinos, Ed Parenthèses, Marseille, 185 pages.

²TOMAS François, 1998, *vers une nouvelle culture de l'aménagement des villes*, in TOUSSAINT Jean-Yves et ZIMMERMANN Monique (dir), *Projet Urbain, ménager les gens, aménager la ville*, (collection Architecture+ Recherche), Ed Mardaga, Belgique, PP. 15-34.

³INGALLINA Patrizia, 2003, *le projet urbain*, puf (collection : Que sais-je ?), 2ème édition, Paris 2003, 127 pages.

⁴*Idem.*

⁵TOMAS François, 1998, *op. cit.* P.51.

particulièrement *Christian Devilliers*¹ qui s'est illustré dès la fin des années 1970 en déclenchant un véritable débat sur le projet urbain et plaide pour l'adoption d'un urbanisme de projet contre une logique de programme rigide, et c'est sous sa plume que le terme "Projet urbain", entre dans les revues pour la première fois en 1978².

Cette nouvelle approche stratégique permet et favorise également le recours à d'autres échelles d'interventions : l'intercommunalité pour le développement de projet d'intérêt commun, et l'échelle de l'agglomération pour le projet urbain global. Dans ce cas, la négociation et la concertation deviennent des pratiques indispensables pour la réalisation des objectifs globaux et aboutir à une vision commune de la ville.

Selon *Ingallina Patrizia*³, cette nouvelle démarche appelée par les anglo-saxon "Urban design" est adoptée de plus en plus en planification stratégique pour inciter les autorités locales à développer des projets importants qui touche à la nature et à l'environnement.

Enfin, actuellement, en Grande Bretagne le projet urbain adopté en planification stratégique est considéré essentiellement comme démarche pour gérer et contrôler les projets dans le temps. Il s'agit en fait, de tenter d'articuler entre l'urban design process et le design control process. Ce qu'on appelle en d'autre termes le « management de projet ». Un concept nouveau et une démarche stratégique utilisée surtout par les entreprises pour devenir plus compétitives sur le marché international.

¹ Christian Devilliers, In. INGALLINA Patrizia, 2003,op. cit. P.51.

²TOMAS François, 1998, op. cit. P 51.

³ INGALLINA Patrizia, 2003,op. cit. P.51.

2. Le projet urbain : concepts et définitions.

Tout le monde s'accorde à dire que la notion "de projet urbain" est polysémique et revêt de ce fait une certaine ambiguïté, qui rend sa définition pratiquement impossible. Cette ambiguïté réside en réalité dans le fait que cette notion recouvre deux dimensions qui sont elles mêmes difficile à définir. Il s'agit de la notion de "**projet**" et de la notion de l'"**urbain**" qui relève déjà des phénomènes complexes. Nous allons tenter maintenant de cerner cette notion à travers les clarifications et les principes de définitions apportés par divers auteurs.

Nous commençons par *Christian Devillers*¹, pour avoir été le premier en France à fustiger la faillite de l'urbanisme fonctionnaliste et revendiquer par delà un urbanisme de projet et à introduire l'expression même du "**projet urbain**" en 1978 à travers ses écrits dans une revue d'urbanisme. Pour lui, le projet urbain n'est pas une procédure, mais une démarche qui suppose une culture, une ambition et une vision à long terme. Il considère, qu'il y a lieu avant tout de distinguer le projet urbain du projet architectural qui est fondé sur une pensée de l'unité, unité de lieu, de temps et de concept.²

Entre 1979 et 1982, *Paul Chemetov*³ avançait également de son côté la nécessité de cadrer le concept du projet urbain face à son utilisation abusive par notamment les maires, les architectes et les chercheurs des sciences sociales pour désigner n'importe quelle opération urbaine. Dès lors, il propose de fixer les principes sur lesquels doit se baser un projet urbain, principes que nous résumons comme suit : tout d'abord un projet urbain n'étant pas un plan figé, il doit s'inscrire dans la durée et accompagner le processus de transformation urbaine ; ensuite vue les dimensions qu'il recouvre (politique, économique, sociale, etc.), il doit mobiliser de ce fait une multitude d'acteurs de compétences diverses ; le projet urbain de part sa nature, qui le distingue de la planification traditionnelle de l'urbanisme fonctionnaliste, exige un savoir spécifique sur la ville, son histoire, son évolution ainsi que les outils d'aménagements (instruments d'urbanisme) adéquats qui permettent l'étude, l'analyse et la conception en tenant compte des différentes entités et échelles de la ville ; le

¹DEVILLERS Christian, 1996: le projet urbain, le 4 mai 1994, in Conférences Paris d'Architectes 1994 au Pavillon de l'Arsenal, 2ème Editions du Pavillon de l'Arsenal, Paris, PP. 7-47.

² L'analyse se qui suit est inspirée du travail de BELKHAMSA Belkacem, 2008, une nouvelle manière de pensé la ville à travers le projet urbain (Barcelone-Lyon-Alger), EPAU d'Alger.

³Paul Chemetov, In. INGALLINA Patrizia, 2003,op. cit. P.51.

projet urbain doit être également souple, prospectif et ouvert, imposant de ce fait «une évolution des mentalités ».

Nous proposons également pour compléter les clarifications apportées par les deux précédents architectes, le point de vue et le regard d'autres auteurs appartenant à d'autres disciplines notamment, les sciences sociales et l'anthropologie.

*Alain Hayot*¹, par exemple, plaide pour une véritable rupture épistémologique et méthodologique avec le fonctionnalisme. Partant de là, Il considère que « *le projet urbain est d'abord et avant tout une démarche politique* », dans lequel, les sciences sociales, l'architecture et d'autres disciplines doivent être impliqués « *chacune à leur manière et selon leur spécificité à donner forme et contenu à un des enjeux majeurs de cette fin de siècle : le droit à la ville* »².

*Marcel Rancayolo*³, pour sa part, le projet urbain né en réaction à l'urbanisme fonctionnaliste « *devait répondre davantage à une attente urbaine: « l'urbain », avec toute sa complexité, entendait souligner la différence entre projet architectural et projet urbain* ». Il propose de considérer la géographie « *comme une discipline du temps et non de l'espace, ou plus exactement plus du temps que de l'espace en réalité* »⁴. Ainsi, pour le géographe le projet urbain serait alors « *en quelque sorte une réflexion sur la maîtrise du temps et sur les moyens de réflexion et d'intervention qui s'y rapportent* »⁵. *M. Rancayolo*, met à cet effet, en évidence l'importance à donner à la notion de "temps" et propose ainsi, d'intégrer les multi-temporalités urbaines comme caractéristiques essentielles du projet urbain, qu'il y a lieu de distinguer : en premier lieu, le temps de la création, dans son extrême diversité, il s'agit de la période de conception qui mobilise diverses compétences (architectes, urbanistes, ingénieurs, et d'autres spécialistes de l'urbain) ; puis, le temps de la négociation entre les différents acteurs ; Et enfin, le temps des usages.

¹ HAYOT Alain, 2000, en finir avec le fonctionnalisme : les sciences sociales, l'architecture et la ville, in Alain Hayot et André Sauvage (dir), le projet urbain, enjeux, expérimentations et professions, actes du colloque : Les sciences humaines et sociales face au projet urbain organisé par l'INAMA et SHS-TEST, à Marseille, les 31 janvier et le 1er février 1997, Ed de la Villette, Paris.

² *Idem.*

³ Rancayolo Marcel, mémoires, représentations, pratiques-réflexions autour du projet urbain, in, Hayot Alain & Sauvage André.Op. cit. P.54.

⁴ *Idem.*

⁵ *Ibidem.*

Mais, le véritable problème qui se pose à ce niveau, est comment penser les relations entre ces multi-temporalités urbaines, A ceci, *M. Rancayolo*, suggère de dépasser « *cette question de temps... ainsi essentiel pour retrouver, finalement les données de cette cohérence intellectuelle qu'exigé une véritable réflexion sur le projet urbain, et sur l'urbain tout court* ». Cela sous entend enfin, que l'important est de créer un environnement de travail à même de concilier entre les différentes disciplines, qui permet d'aboutir à un véritable projet urbain commun.

*Marcus Zepf*¹, de son côté en s'appuyant sur les écrits de *Jean-Yves Toussaint & Monique Zimmermann* et *David Mangin & Philippe Panerai*, considère le projet urbain comme « *une nouvelle approche de conception urbaine* » caractérisée par notamment deux objectifs principaux : d'abord un objectif politique ; il s'agit de redéfinir les statuts des types d'acteurs du projet (élus, techniciens, experts, associations et habitants) et de mieux articuler leur interactions dans les différentes phases d'élaboration et de réalisation des projets urbains. Cet objectif vise une meilleure acceptation des projets par la majorité des acteurs et une meilleure adéquation du projet aux pratiques des usagers contemporains de l'urbain ; ensuite, un objectif procédural : il s'agit de prendre en compte à la fois les interactions dans le cadre des jeux d'acteurs et la complexité des enjeux techniques, économiques, sociaux et politiques. Cette définition, met en évidence que face à la complexité urbaine résidant dans la pluralité des enjeux correspondant aux dimensions de l'urbain (politique, économique, social, etc.), le projet urbain serait le cadre et le moyen pouvant mobiliser les acteurs habilités, ayant la compétence requise et la légitimité exigée à même de gérer le projet. Cette diversité des acteurs impose dans le cadre du projet urbain, comme nous l'avons développé précédemment la mise en place d'un système d'acteurs efficace basée sur la coordination et la concertation.

¹ZEPF Marcus, 2004, action publique, métropolisation et espaces publics - les enjeux du débat, in ZEPF Marcus (dir), *concerter, gouverner et concevoir les espaces publics urbains*, Ed, Presses polytechnique et universitaires romandes, Lausanne, PP. 3-12.

Enfin, nous proposons le point de vue donné par *Rachel Linossier* et *Virginie Jaton*¹, qui constitue en fait, la synthèse des différents regards portés sur la notion de projet urbain.

Le projet urbain, serait pour elles, une nouvelle manière de fabriquer et transformer la ville, liée au phénomène de métropolisation qui a touché depuis plusieurs décennies un grand nombre d'agglomérations Européennes. « *Il se présente comme une démarche issue de la pratique de l'urbanisme et non de sa conceptualisation, fruit d'un choix politique et culturel et non produit d'un modèle pseudo-scientifique légitimant des modes opérationnels singuliers* »².

Le projet urbain pour *R. Linossier* et *V. Jaton*, constitue « *une nouvelle approche qui se voudrait moins figée, plus ouverte aux transformations et aux débats, le projet urbain se situe dans une logique de processus, complexe, associant continuité et changement. Par-là même, il reconnaît sa relativité, dans le temps et dans l'espace. Approche dynamique, démarche de réflexion globale et collective sur la ville, il sollicite l'action du plus grand nombre, suppose la participation active de tous les acteurs urbains dans son élaboration, se caractérise par la globalité de ses finalités (logement, transport, espace public, équipement, économie, social, culture, etc.), ainsi que par la mobilisation simultanée de différents domaines de connaissance et de compétence. En d'autres termes, il en appelle à ce que nous pourrions observer comme "la croisée des chemins" : non pas l'application de dogmes, ni l'observance de recettes techniques avérées, mais au contraire la multiplication des points de vues, des interactions, le recours à la transdisciplinarité comme méthode (la confrontation de l'architecture, de l'économie, de géographie, de l'histoire, de la sociologie, des sciences de l'ingénieur, de l'urbanisme, de l'opinion publique, etc.)* »³.

Elles ajoutent également, que « *le projet urbain se caractérise également par sa multi territorialité référentielle et surtout par la globalité de sa portée. Selon son échelle, le projet urbain peut ainsi concerner le quartier, la commune, l'agglomération, l'aire métropolitaine, voire le pays ou encore le monde. En général, plusieurs niveaux scalaires sont mobilisés ou invoqués de façon simultanée. Les référents territoriaux se superposent dans un même projet, et le multi partenariat*

¹ LINOSSIER Rachel & JATON Virginie, 2004, les récipients du projet urbain, territoires et temporalités, in ZEPF Marcus (dir), concerter, gouverner et concevoir les espaces publics urbains, Ed, Presses polytechnique et universitaires romandes, Lausanne, P.P 19-30.

² *Idem.*

³ LINOSSIER Rachel & JATON Virginie, 2004, op. cit. P. 56.

dans l'action s'impose : des acteurs extraterritoriaux, étrangers au territoire, participent également, par leurs intérêts (économiques, politiques, etc.) mêmes, à la récitation du projet »¹.

Ce point de vue assez développé rend compte de la complexité de la notion de projet urbain et de la difficulté à lui donner une définition précise. Plusieurs autres auteurs ont également apporté leur contribution à la clarification de cette notion, mais nous pensons que ceux que nous venons de citer nous ont suffisamment éclairé sur la nature du projet urbain en tant que nouvelle pratique d'aménagement de l'espace urbain.

Pour notre part, nous allons tenter d'éclairer la notion de projet urbain à travers ses deux dimensions qui la compose à savoir : la notion de "**projet**" et la notion de l'"**urbain**" pour arriver enfin à définir la notion de "**projet urbain**".

2.1. La notion de l'« urbain ».

Pour mieux comprendre la notion de l'urbain, nous proposons les définitions données par Françoise CHOAY et Elisabeth DORIER-APPRILL.

Françoise Choay² avait annoncé en 1994 : « le règne de l'urbain est la mort de la ville ». Par cette expression, elle voulait signifier la disparition d'une culture des limites et non pas la mort de la ville au sens propre du terme. Elle propose ainsi d'appeler l'urbain « la nouvelle civilisation qui se met en place à l'échelle planétaire, supprimant l'ancestrale différence entre ville et campagne, et pouvant être définie comme système opératoire, valable et développable en tous lieux, constitué par des réseaux matériels et immatériels ainsi que par des objets techniques et dont la manipulation retentit dans un circuit bouclé sur les rapports que nos sociétés entretiennent avec l'espace, le temps et les hommes »³.

Elisabeth Dorier-Apprill⁴, souligne à cet effet que la déclaration de Françoise Choay, sur le règne de l'urbain et la mort de la ville au sens de disparition d'une culture des limites, elle propose de distinguer entre la "ville" et "l'urbain" à travers leurs définitions respectives: « Le terme de ville

¹ LINOSSIER Rachel & JATON Virginie, 2004, op. cit. P. 56.

² CHOAY Françoise, 1994, Le règne de l'urbain et la mort de la ville, in La ville, catalogue de l'exposition, Centre Georges Pompidou, Paris, PP. 26-38.

³ Idem.

⁴ Dorier-Apprill Elisabeth, Lexique des villes et de l'urbain, extrait de l'ouvrage : Vocabulaire de la ville, éditions du temps, Paris, 2001, P. 7-8, catalogue in : www.éditions du temps.com.

évoque encore pour nous, Européens, un phénomène ponctuel, compact, « clos et singulier » (les villes sont représentées par des points sur les cartes). Il est d'usage d'utiliser le mot « ville » pour désigner un ensemble urbain ayant une certaine unité (administrative, historique, morphologique, identitaire) »¹.

L'urbain (du lat. urbs) est sans doute un terme plus général, plus neutre. C'est tout ce qui n'est pas rural, quelle que soit sa forme. Les définitions nationales de l'urbain varient selon des critères qui font tantôt intervenir uniquement le nombre d'habitants agglomérés, tantôt des critères fonctionnels, administratifs parfois les trois. En France, est considérée comme urbaine toute commune regroupant au moins 2000 habitants agglomérés.

Pour notre part, nous considérons l'urbain comme étant un espace politique, économique, social et géographique, dont les limites ne peuvent être arrêtés d'une manière purement administrative. Il abrite à cet effet, des échelles et des temporalités, mais aussi des fonctions et des activités reliés par un réseau complexe de communication.

La complexité urbaine nécessite la mobilisation de plusieurs acteurs, de compétences et de disciplines diverses ; c'est le recours à l'interdisciplinarité car comme le souligne *Elisabeth Dorrier-Appril*, « l'urbain est un objet complexe qui nécessite le croisement de plusieurs regards ». En effet, car comme le souligne également *Patrizia Ingallina* ;« L'urbain fait référence aux contextes politique, économique, social, culturel qui doivent être pris en compte par le projet. Il revêt donc une certaine complexité difficile à restituer dans un concept unique... »². Cependant, cette complexité de l'urbain ne peut être gérée qu'avec une véritable démarche de projet, caractérisée par l'ouverture, la souplesse et la transversalité.

C'est dans le sillage de cette logique que la notion de l'urbain a été associée au concept de projet pour désigner une pratique d'aménagement urbaine et une démarche stratégique qui se décline sous le vocable de "projet urbain". Pour cela, le projet urbain constitue le cadre idéal et un moyen pouvant prendre en charge et gérer cette complexité de l'urbain par la création d'instances de concertation et l'élaboration d'une stratégie.

¹ Dorier-Appril Elisabeth.Op.Cit.P57.

² INGALLINA Patrizia, 2003,op. cit. P.51.

2.2. La notion de « projet ».

Il est impératif de distinguer le projet qui aborde l'urbain dans toute ses dimensions et sa complexité, du projet qui comme le souligne *Patrizia Ingallina* « a été considéré pendant longtemps comme l'un des fondements que l'on accorde à l'action de l'architecte sous le double aspect de conception et de projection »¹. La notion de projet ici, doit être entendue comme une nouvelle démarche issue de la planification stratégique qui s'est substitué à la notion de plan pré établi a priori de la planification traditionnelle.

Dans cette nouvelle acception, c'est-à-dire, associant l'urbain avec toute la complexité et les dimensions qu'il couvre, le projet veut dire, « processus qui accompagne une démarche de planification, de plus en plus complexe et ouverte au dialogue (concertation divers, compétences et acteurs multiples, nature et échelles des opérations), qui s'effectue dans une situation de turbulences croissantes de l'environnement. Autrement dit, dans une situation où on ne peut plus prévoir avec précision le devenir d'une ville et d'un territoire car les évolutions sociétales et économiques ne sont plus aussi stables qu'elles semblaient l'être auparavant »². Dès lors, le projet comme démarche de la planification stratégique urbaine doit avoir selon *P. Ingallina*, « une certaine idée de souplesse et d'adaptation aux réalités des attentes (dans la relation entre les échelles, les périmètres administratifs, le temps de réalisation,) »³.

2.3. La notion de "projet urbain".

Après avoir défini les deux notions « Urbain » et « Projet », nous avons constaté que le projet associé à l'urbain pour désigner « Projet Urbain » constitue une démarche de nature complexe. En effet, contrairement au projet architectural, le projet urbain doit répondre à des objectifs globaux (politique, économique, social, etc.) qui ne peuvent se réaliser dans des délais fixés au préalable comme le projet architectural. Ceci suggère la mobilisation de moyens colossaux et hétérogènes (acteurs de compétences diverses, plusieurs sources de financement, partenariat multiples, montages financier, pilotage des opérations, etc.). Dès lors, le projet urbain doit s'inscrire dans la durée, c'est-à-dire moyenne et longue terme nécessitant de ce fait, l'élaboration d'une stratégie.

¹ INGALLINA Patrizia, 2003,op. cit. P.51.

² *Idem.*

³ *Ibidem.*

3. Démarche du projet urbain.

La démarche du projet urbain tend vers plus de décentralisation d'où l'intervention des nouveaux acteurs de la ville. Les communes doivent prendre en charge les problèmes de leurs citoyens (santé, emplois, logements, loisirs, détente, problèmes inhérents à la ville : circulation, stationnement, etc.) avec une nouvelle démarche stratégique.¹

Sur le plan urbain, les actions et formes d'intervention sont variées (rénovation urbaine, requalification, créations nouvelles, etc.). Le projet urbain consiste à mettre en forme un projet social et politique. Ce qui suppose une politique urbaine fondée sur le concept de gouvernance urbaine (partenariat, concertation, implication des citoyens, etc.) comme mode de gestion. Toutes les actions doivent cependant s'inscrire dans l'esprit du développement durable c'est-à-dire répondre aux besoins des générations actuelles sans compromettre l'avenir des générations futures. Toutes les initiatives devraient se faire dans une approche globale en rapport avec la ville existante c'est-à-dire continuer son histoire urbaine et ne pas l'interrompre.

3.1. La commande.

Dans le projet urbain la maîtrise d'ouvrage est souvent partagée entre l'état et les autres acteurs de la ville. Des structures de réflexion libérées de toutes les contraintes administratives permettent de clarifier les éléments de la commande. Le rôle du maître d'œuvre est dans ce cas primordial du moment qu'il apporte conseil à la maîtrise d'ouvrage par la sensibilisation à la pertinence du projet urbain à envisager à travers un bon diagnostic et une préfiguration qui permettent une certaine anticipation de la situation future. « *Une commande est considérée comme une étape importante dans la démarche urbaine pour la maturation du projet* »². En effet la complexité croissante des problèmes urbains, impose une vision pluridisciplinaire.

3.2. La concertation et le rôle des acteurs.

¹ L'analyse se qui suit est inspirée de l'ouvrage de Frédérique de Gravelaine, 2002, Projets urbains en France, édition LE MONITEUR.

² Frédérique de Gravelaine, 2002, Projets urbains en France, édition LE MONITEUR.

Le projet urbain est une démarche globale et un acte social engageant plusieurs acteurs qui participent à la définition et à la mise en forme de la politique urbaine d'une collectivité. « *Le projet urbain demeure un exercice d'élus et des professionnels où le travail de l'urbaniste constitue la synthèse à travers les scénarios d'aménagement qu'il met à débat* »¹. C'est dans le débat et la confrontation d'idée que s'éclaircissent tous les bénéfices qui peuvent être engendrés.

Il faudrait donc inventer les mécanismes qui permettent de réunir les conditions de dialogue (avant et pendant le déroulement du projet) et la mobilisation de tous les acteurs autour du projet. Il faut donc rejeter la perception de la gestion classique qui attribue aux seuls acteurs institutionnels la compétence de produire la politique urbaine pour d'évoluer vers la gouvernance urbaine selon une approche ouverte. « *Parmi les familles d'acteurs nous distinguons : les acteurs économiques : grandes, petites et moyennes entreprises nationales et locales ; les propriétaires fonciers ; les acteurs politiques : élus, état ; les professionnels de l'espace : architectes, urbanistes, ingénieurs, etc. ; et enfin les usagers les habitants et leurs représentants (associations d'usagers)* »².

La concertation peut prendre plusieurs formes : ateliers débats, enquêtes publiques, sondages d'opinions, etc. Le rôle de la préfiguration est important et tous les dessins présentés par les maîtres d'œuvres servent de base pour la discussion en permettant l'anticipation et l'éclaircissement des caractéristiques de l'espace qui va venir. La ville est prise dans toute sa complexité systémique en privilégiant les relations de partenariat et de participation. La gouvernance renvoie à un projet collectif de société en coproduction avec les principaux acteurs de la ville. La notion est synonyme de réconciliation de l'habitant principal intéressé avec la vie de la cité. Ce dernier doit participer pleinement à la gestion et la production de son cadre bâti en prenant part dans toutes les étapes du projet.

3.3. Le temps.

La notion de projet urbain englobe des contenus et des démarches très diverses pour diverse situations locales et particulières. « *Chaque situation est un cas particulier qui fait appel à des acteurs particuliers et des modes d'intervention et de gestion particuliers voire des compétences particulières : il faut cependant noter qu'entre les intentions de départ et la réalisation, le rôle du temps demeure nécessaire dans la conception et d'avancement du projet de transformation et ses*

¹ Frédérique de Gravelaine, Op. Cit. P.61.

² Idem.

effets escomptés sur l'ensemble de l'agglomération »¹. Les acteurs du projet doivent anticiper sur les ensembles des paramètres en jeu : financiers, sociaux, techniques, environnementaux, etc. Il faudrait donc envisager un équilibre entre moyens d'action, coûts et délais qui rallient à la fois les objectifs sur le court, le moyen et le long terme. Face à la contrainte du temps, d'autres contraintes peuvent nuire au déroulement du projet : rareté des financements; d'intérêt porté à l'égard du projet et le refus de toute participation par les habitants ; difficultés de coordonner les actions des différents acteurs, etc.

3.4. Le montage des opérations et management du projet urbain.

Une fois le projet accepté par l'ensemble des acteurs, sa réalisation nécessite le recours au partenariat et aux montages financiers des opérations. C'est une étape décisive pour la concrétisation du projet. « *La sensibilisation des propriétaires terriens et les bayeurs de fonds (investisseurs, organismes financiers, etc.) à la pertinence du projet passe par une démarche qui devrait comprendre des logiques et mesures d'incitations comme les exonérations fiscales et les dérogations spéciales* »².

Pour que le projet urbain réalise les effets escomptés, la gestion devrait s'appuyer sur des structures de pilotage dont le rôle serait le suivi des différentes opérations. Ces structures se situent à plusieurs niveaux³ à savoir ; le comité de suivi politique décide de la nature et des objectifs de la commande publique. Il est aussi chargé du suivi politique, institutionnel, réglementaire et juridique du projet en conformité avec les objectifs de départ : il est composé principalement des élus et de représentants juridiques ; le comité de suivi technique coordonne les points de vue des différents acteurs : il est composé de différents départements ministériels concernés, d'acteurs potentiels relevant du secteur privé ; le comité chargé du management du projet chargé de coordonner les actions des différents acteurs, d'assurer le respect de l'application des conventions entre l'état et l'aménageur et du suivi de l'état d'avancement du projet : il est composé d'experts mandatés ; et enfin le comité consultatif et de médiation qui est chargé de mettre en exergue les aspirations, les attentes et les propositions des usagers : il est composé de consultants pluridisciplinaires.

Pour le partenariat, les logiques dépendent de l'échelle des projets envisagés à savoir ; le partenariat entre les différents acteurs publics : état, collectivités locales, etc. en premier lieu, ensuite

¹ Ibidem.

² Frédérique de Gravelaine, Op. Cit. P.61.

³ Idem.

le partenariat entre les acteurs publics et les acteurs privés : aménageurs, promoteurs, etc. et enfin le partenariat entre les acteurs publics, les acteurs privés et les habitants, usagers, riverains, associations, etc.

3.5. Matériaux et outils du projet urbain.

Dans toute situation de projet, les concepteurs opèrent à partir de matériaux qu'ils organisent à travers des outils. « *Les matériaux sont les éléments constitutifs de la ville. Il s'agit des édifices publics ou privés; des éléments qui les mettent en relation (places, rues, boulevards etc.) et des espaces non bâtis qui leur sont associés (jardins, cours, parkings, etc.)* »¹.

Ces éléments sont toujours inscrits dans des sites et sont destinés à accueillir diverse types d'usages ou de fonctions (résidence, activités, échanges, services, loisirs, circulation, etc.). Les outils sont l'ensemble des savoirs (principes, règles, etc.) qui permettent l'organisation de ces éléments. Les espaces urbains résultent donc de la combinaison d'éléments hétérogènes en fonction du contexte et de la finalité recherchée. Leurs spécificités sont liées à des facteurs d'ordre topographique, économique, politique, technique, culturel, etc. ; mais aussi au point de vue du concepteur chargé d'articuler tous ces éléments autour d'une idée.

Toute forme d'organisation a pour but de donner une cohérence et une signification à l'espace produit. Le recours à la composition et ses règles permet la réalisation de ce but et conduit par là l'architecte à s'intéresser à la dimension morphologique de la ville et de renouer avec son art.

4. Caractéristiques du projet urbain.

C'est inspiré en grande partie de l'ouvrage Projets urbains en France de Frédérique de Gravelaine en 2002. Quelles qu'en soit la diversité, des caractéristiques constantes sont repérables dans la somme des projets urbains ; les sites d'interventions concernent fréquemment des friches, les délaissés, les restructurations routières qui génèrent du terrain à bâtir ; les programmes s'organisent le plus souvent autour de l'habitat et de l'espace public avec des accents variés sur les équipements, les activités... ; les conditions de l'existence et de la réalisation du projet sont liées à la qualité des acteurs, en premier lieu celle d'élus mobilisés, courageux, entreprenants et visionnaires, et celle de concepteurs de talent impliqués dans la durée. La qualité de la « maîtrise d'ouvrage » est essentielle pour la conduite efficace des projets et la gestion des partenariats.

¹ Frédérique de Gravelaine, Op. Cit. P.61.

La pratique de la concertation devient l'élément caractéristique de la mise en œuvre de tout projet urbain. La durée est inhérente par nature du projet urbain : de dix à vingt ans, rarement moins. Il est à noter aussi le rôle prééminent des infrastructures de transports comme appui, notamment des politiques de tramway, qui montre une capacité à dépasser les logiques sectorielles autour de la notion de projet, c'est-à-dire toujours d'une ambition, à la fois politique et conceptuelle ; ainsi que le rapport au patrimoine a beaucoup évolué dans le cadre du projet urbain car mieux pris en compte par les aménageurs.

5. Le projet urbain et ses règles aujourd'hui.

Aujourd'hui, le projet urbain se base sur des règles qu'il faut les respecter pour désigner les transformations de la ville afin de répondre aux problématiques urbaines posées.¹

5.1. Le temps de la ville.

Les rapports du développement urbain et de la durée sont multiples, car coexistent concrètement le temps immédiat où se conjuguent tous les acquis antérieurs, le temps illimité des perspectives d'avenir, le temps des processus progressifs d'évolution, les temps différents des divers acteurs. Les territoires urbanisés, ainsi que leurs constituants morphologiques, anciens et nouveaux, ne se transforment ni de façon semblable, ni simultanément. *« Dans la durée, il convient de constater que les tracés des voies et infrastructures perdurent, que les découpages fonciers changent moins que les édifices, alors que les conditions d'habitation, les activités et, surtout, les usages, les ambiances et les valeurs bougent beaucoup plus rapidement »*².

5.2. Grands thèmes sensibles du projet urbain.

Dans l'élaboration des transformations urbaines, les choix prépondérants concernant des larges domaines, où se fondent les dimensions territoriales et sociales du projet urbain. C'est là que doivent être définies et codifiées ses dispositions originales et les grands thèmes sensibles les plus intéressantes.

¹ L'analyse se qui suit est inspirée de l'ouvrage de Frédérique de Gravelaine, 2002, Projets urbains en France, édition LE MONITEUR.

² Frédérique de Gravelaine, Op. Cit. P.61.

Maillage des voies, infrastructures et espaces publics : « de la promenade locale aux liaisons rapides entre agglomérations, plus que jamais, la mobilité, l'organisation des déplacements de toute nature et la mise en valeur des lieux de vie collectives est au cœur des changements de la ville contemporaine »¹. Pour de nombreuses raisons, tout projet urbain doit traiter en priorité des infrastructures, des réseaux techniques et des espaces de voie publique à créer et à mettre en valeur. En outre, ces aménagements engagent la plus lourde part des investissements publics, avec les acquisitions foncières et les ouvrages à réaliser. Sans préjuger de leurs conditions d'exploitation et de leurs traitements détaillés, les tracés essentiels sont à fixer avec précision, de manière explicite et durable dans les documents d'urbanisme.

Structure des paysages et formes urbaines : l'attrait, le devenir et l'identité même de toute ville s'inscrivent dans ses paysages globaux, existants et en projet, support géographique, espaces ouverts, présences végétales et silhouette des volumes bâtis ... Cet ensemble très complexe ne peut évidemment être le sujet de réglementation sous tous ses aspects, chargés de sens et subtils.

Mais les principes de transformation qui touchent les types de découpage fonciers, étendus ou fragmentés, « les composantes d'une trame verte, les rapports des installations privatives avec les espaces publics et l'enveloppe des hauteurs de construction doivent être définis globalement, à la mesure des sites »². Les prescriptions à fixer sur ces thèmes sensibles ont pour but de transcrire les orientations du projet urbain dans le territoire, sous ses grandes dimensions et ses images perceptibles.

Effets pervers des périmètres : le projet urbain intervient à plusieurs échelles territoriales, en particulier au-delà des aménagements envisagés. Sa conception initiale doit précéder le choix et la mise en place des procédures à engager souvent désignées prématurément. « Un même projet, au sens plein de la vue des sols (POS), ou maintenant dans le plan local d'urbanisme (PLU), comme dans une zone d'aménagement concerté (ZAC), un lotissement, plan de sauvegarde et de mise en valeur, etc. »³. Les procédures et les règlements sont de simples outils à ramener au seul service de projets urbains débattus et partagés.

¹ Frédérique de Gravelaine, Op. Cit. P.61.

² Idem.

³ Ibidem.

5.3. De multiples projets au cours du projet urbain.

« Sélectionner et limiter les dispositions réglementaires, pour mieux les affirmer, peut être regardé comme un risque d'affaiblissement ou d'incertitude pour les conditions de développement du projet urbain. Mais, dans une perspective d'ouverture, les indécisions ainsi ménagées doivent l'être volontairement, afin de laisser place de manière confiante aux apports et enrichissements constants du projet »¹. Dans chacun de ces domaines à développer, un véritable projet ou une politique sectorielle est à élaborer avec l'aide des associations compétentes, des services publics intéressés et d'experts spécialisés. Ce vaste champ de travail continu peut concerner par exemple les questions d'environnement, la programmation, les formes de vie collective, etc.

Ceci intéresse notamment les architectures, pour lesquels il convient de préserver le champ de la création qui lui revient, non sans conduire une politique de la commande. A ce propos, il peut être utile de distinguer les architectures domestiques et les œuvres exceptionnelles-on peut encore dire monumentales par leur sens et non par leur dimension, car ces dernières peuvent engager, des effets pour toute ville.

6. Les principes de la Santé pour tous et leurs liens avec le projet urbain pour la santé².

Ces principes de la santé pour tous avec le lien qu'ils constituent avec la démarche du projet urbain pour la santé vont être le fond et le support pour savoir thématiser le projet urbain en santé publique ; à savoir ;

la justice : tous les individus devraient avoir le droit et la possibilité de réaliser pleinement leur potentiel de santé.

la promotion de la santé : il doit être établi un plan santé municipal visant à promouvoir la santé selon les principes de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.

l'action intersectorielle : la santé se construit dans le cadre de la vie quotidienne ; elle subit les influences des actions et décisions prises dans pratiquement tous les autres secteurs.

¹ Frédérique de Gravelaine, Op. Cit. P.61.

² D'après City health planning: the framework, In: <http://www.euro.who.int/document/e82779.pdf> - sur le plan d'action des villes pour la santé et le développement durable.

la participation de l'ensemble du corps social : il est capital d'obtenir la participation de partenaires informés, motivés et actifs pour la fixation des priorités ainsi que pour la prise et l'application des décisions.

l'environnements favorables : un plan santé municipal devrait traiter de la création d'environnements favorables du point de vue physique et social, ce qui nécessite de prendre en compte les questions d'écologie et de durabilité ainsi que des éléments tels que réseaux sociaux, systèmes de transport, logement et autres aspects environnementaux.

la responsabilisation : la santé résulte des relations entre tous les aspects de l'environnement et des conditions de vie de l'individu. Les décisions des hommes politiques, des hauts responsables et des gestionnaires de tous les secteurs déterminent les conditions qui influent sur la santé. La responsabilité de décision à cet égard devrait être énoncée explicitement et de manière claire et compréhensible, sous une forme telle qu'elle puisse être mesurée et évaluée en temps voulu.

la paix : la paix est un préalable fondamental à la santé ; ceux qui s'efforcent d'atteindre le potentiel maximal de santé pour leur collectivité et leurs concitoyens doivent tout faire pour réaliser ces conditions.

Nous pouvons conclure que les principes de la Santé pour tous ont servi de base à l'élaboration d'une stratégie commune pour la santé.

CONCLUSION.

La notion de projet urbain revêt une pluralité de sens et plusieurs caractéristiques, qui la rendent difficile à définir d'une manière précise. Tous les théoriciens s'accordent à dire que cette notion est en gestation et en cours de formation. *Jean-Yves Toussaint* et *Monique Zimmermann*¹ vont jusqu'à s'interroger, s'il ne faut pas peut être s'interdire de tenter de la définir d'une manière exhaustive. Car, c'est sa nature « floue » qui fait que le projet urbain connaît un succès.

L'ambiguïté de cette notion réside en réalité dans le fait qu'elle recouvre en elle-même déjà deux notions qui sont très difficiles à cerner : Le « projet » en tant que nouvelle démarche de gestion du projet urbain basée sur la transversalité et qui est de nature contraire à la démarche du plan pré établi à priori de la planification centralisée et sectorielle ; l'« urbain » également qui est classé parmi les phénomènes complexes, de part les dimensions, les échelles et les temporalités qu'il recouvre.

Enfin, le projet urbain est à comprendre comme une nouvelle manière de penser l'urbain qui prend en considération la réalité urbaine complexe (économique, politique, social, etc.), et en tant que démarche de la planification stratégique. Le projet urbain de santé publique doit s'appuyer de ce fait sur deux facteurs fondamentaux et qui ont fait l'objet des deux premiers chapitres à savoir la santé publique et un système d'acteurs efficace. Les expérimentations des ateliers santé ville en Seine-Saint-Denis, développés dans le chapitre précédent sont à ce titre très révélatrices.

¹TOUSSAINT Jean-Yves, ZIMMERMANN Monique (dir), 1998, op. cit. P.51.

**CHAPITRE 04 : LES EXPERIENCES ETRANGERES DES PROJETS URBAINS DE
SANTÉ PUBLIQUE**

INTRODUCTION.

La thématique santé dans la ville constitue d'une base pour le développement d'actions ciblées sur la santé, suppose que les acteurs disposent d'un cadre et de méthodes leur permettant de traduire les objectifs en termes de mobilisation des ressources en santé, de coopération avec les partenaires et de capacité à travailler efficacement avec les publics en difficulté. Non seulement la santé peut trouver une place à part entière, mais aussi s'articuler efficacement avec le volet social (logement, insertion,...) et le volet urbain à travers le travail sur les accès, les équipements de rencontre, les espaces de soutien et la qualité de vie.

Le projet urbain de santé publique constitue le moyen et le cadre le plus efficace dans lequel la santé publique doit être pensée et gérée. La santé publique et le projet urbain sont de nature à mobiliser une multitude d'acteurs dont les compétences et les intérêts sont souvent contradictoires mais complémentaires, et qu'il va falloir concilier et gérer. Ceci constitue l'un des enjeux les plus complexes au quel le projet urbain est confronté.

Les trois expériences étrangères qui vont faire l'objet de ce chapitre ; sont développées par la mise en place d'un système d'acteurs efficace afin de garantir la pérennité du projet urbain de santé publique, ainsi il devient nécessaire de tenter de clarifier au préalable les trois notions clés de notre travail de recherche à savoir : le projet urbain, la santé publique et le système d'acteurs.

I. DRASS Haute Normandie : projets de santé publique dans les territoires de proximité¹.

Les projets de santé publique dans les territoires de proximité de DRASS Haute Normandie, date du 28 novembre 2006, ont été choisis car les trois notions clés de notre travail sont bien illustrées à savoir le projet urbain, la santé publique et Le système d'acteurs.

1. Objectifs.

Les projets de santé publique dans les territoires de proximité de DRASS Haute Normandie, doivent répondre aux cinq objectifs suivants :

1.1. répondre aux besoins de santé au plus près des populations.

Les projets locaux ou territoriaux de santé publique sont les instruments appropriés pour répondre aux besoins de santé au plus près des populations en permettant de définir des stratégies d'intervention concertées avec les ressources de proximité.

1.2. La santé, un des cinq thèmes prioritaires de la ville.

La santé est affirmée comme un des cinq thèmes prioritaires de la politique de la ville pour la cohésion sociale afin d'encourager les acteurs locaux à mieux prendre en compte la prévention et l'accès aux soins pour les habitants des quartiers en difficulté.

1.3. Une nouvelle politique de la ville.

Elle vise à réinsérer durablement dans la ville les quartiers en difficulté en mettant en œuvre dans le cadre d'un projet global de territoire, un véritable développement économique social et urbain de ces quartiers dits défavorisés où vivent cinq millions de personnes. Le comité interministériel des villes du 9 mars 2006 a posé les bases de la nouvelle politique de la ville, en prévoyant notamment l'instauration à compter de 2007 des « **contrats urbains de cohésion sociale (CUCS)** », comme cadre du projet de territoire développé au bénéfice des quartiers en difficultés.

1.4. La loi du 9 août 2004².

Cette loi impulse une meilleure prise en compte de la santé publique le pays par la poursuite de la fédération et de la coordination des institutions et de l'ensemble des acteurs de santé publique. Elle réaffirme le principe de l'égalité d'accès aux soins et pose les bases d'un accès à l'éducation à la santé pour

¹ <http://haute-normandie.sante.gouv.fr/fr/pdf/rapa0702.pdf>

² La loi du 9 août 2004. In: <http://haute-normandie.sante.gouv.fr/fr/pdf/rapa0702.pdf>

tous. La loi confirme le niveau régional comme l'échelon territorial optimal de définition et de coordination de la mise en place de cette politique. Le Plan Régional de Santé Publique (PRSP) constitue l'un des outils de cette nouvelle politique. Destiné à la fois à décliner les politiques de santé nationales et à mettre en œuvre les priorités de santé spécifiques à la région, le PRSP présente un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels.

Le PRSP de Haute Normandie a pour finalité la réduction de la mortalité prématurée et des inégalités sociales devant la santé. Il a pour vocation à fédérer les acteurs de la région autour de ses axes principaux qui sont le développement de la prévention, l'éducation pour la santé, l'amélioration du dépistage et de la prise en charge des pathologies.

1.5. La loi du 29 juillet 1998 (art. 71).¹

Relative à la lutte contre les exclusions, a mis en place les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) en faveur des personnes en situation précaire. Ces programmes sont inscrits dans la loi relative à la politique de santé publique et sont désormais obligatoires au sein des plans régionaux de santé publique (*Article L1411-11 du code de la santé publique*). Ils favorisent, au sein de chaque région, une approche globale et coordonnée des problèmes de santé des publics en difficulté, pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins et à la prévention.

2. Les acteurs locaux et les deux cadres opérationnels.

Dans cette perspective, les acteurs locaux des différents territoires à savoir ; communes, agglomérations et pays peuvent s'appuyer sur deux cadres opérationnels :

2.1. Les réseaux locaux de promotion de la santé (RLPS).²

Un des axes transversaux du PRSP de Haute Normandie est de développer des réseaux locaux de promotion de la santé sur les pays et agglomérations. L'enjeu est que la population d'un territoire puisse percevoir que tout est mis en œuvre pour améliorer sa qualité de vie et réduire les inégalités face à la santé quelque soit le territoire où il vit. Ces réseaux ont avant tout une fonction d'animation et de pilotage d'actions définies dans un programme de santé à l'échelle du territoire. Il ne s'agit pas de créer une nouvelle structure de plus sur le territoire mais de développer une véritable dynamique partenariale qui va contribuer à mettre en œuvre les objectifs suivants : promouvoir une approche partenariale de l'éducation

¹ La loi du 29 juillet 1998, art. 71. In: <http://haute-normandie.sante.gouv.fr/fr/pdf/rapa0702.pdf>

² Charte régionale des RLPS qui définit le cadre de fonctionnement. In: <http://haute-normandie.sante.gouv.fr/fr/pdf/rapa0702.pdf>

pour la santé pour apporter une cohérence d'intervention sur le territoire ; favoriser et valoriser l'implication de l'ensemble des acteurs locaux dans cette dynamique : professionnels du champ sanitaire, social et éducatif, les élus, les usagers ; définir avec l'ensemble de ces acteurs un programme local de santé sur le territoire en cohérence avec le diagnostic local et les politiques régionales de santé ; et enfin structurer l'articulation entre le programme d'éducation pour la santé et les actions d'accès aux soins.

2.2. Les ateliers santé ville¹.

La politique de santé et la politique de la ville convergent pour reconnaître la nécessité de prendre en compte la situation de certains territoires où se concentrent des difficultés sociales et urbaines , et de faire de la démarche des ASV l'une des déclinaisons territoriales des PRSP.

L'Atelier Santé Ville est défini comme le point de convergence de deux politiques, fondé à partir du volet santé de la politique de la ville et du volet santé de la loi contre les exclusions.

Il est le cadre opérationnel d'une démarche territoriale pour le développement de projets de santé publique, faisant l'interface entre les élus des villes et la politique de santé de l'Etat, chargé de décliner les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins. Ses missions sont: d'identifier au niveau local les besoins spécifiques des publics en situation de vulnérabilité et les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie : habitat, logement, santé, emploi, éducation, ressources ; la coordination des différents acteurs: création et renforcement des réseaux médico-sociaux de proximité, établissements de santé, centres de santé, santé scolaire, etc. ; d'intervenir suivant l'analyse des besoins par site (élaboration de projets) ; de rendre effectif l'accès aux services sanitaires et sociaux de droit commun ; et enfin de favoriser la participation active de la population à toutes les phases des programmes, ainsi que la concertation avec les professionnels et les institutions intervenants dans ce domaine.»

3. Stratégies de mise en œuvre proposées sur les différents territoires.

Plusieurs stratégies ont été proposées sur les différents territoires à savoir :

3.1. les réseaux locaux de promotion de la santé.

La création d'un RLPS sur un pays ou une agglomération s'appuie sur une structure déjà impliquée en santé publique sur le territoire. Dans un premier temps, cette structure anime des rencontres avec les acteurs locaux qui ont pour objectifs de présenter la démarche territoriale, de présenter des données sur

¹ Circulaire du 4/09/06 relative à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de santé publique sur les territoires de proximité et au développement des ateliers santé ville, In: <http://haute-normandie.sante.gouv.fr/fr/pdf/rapa0702.pdf>

l'état de santé de la population du territoire ciblé et d'envisager avec leurs attentes quant à la création d'un RLPS. Dans un second temps, les acteurs élaborent ensemble un projet de réseau adapté à leur territoire.

3.2. Les ateliers santé ville.¹

Ils sont réparties à travers les différentes agglomérations à savoir ;

3.2.1. L'agglomération de Rouen.

Sur le territoire de l'agglomération de Rouen, plusieurs réseaux de proximité (collectifs de santé de proximité) sont animés par l'association la Boussole dont un des réseaux est labellisé «atelier santé ville » sur les quartiers des Hauts de Rouen et de la Sablière. L'objectif de ces réseaux est de développer une politique de prévention des conduites addictives en favorisant le travail en réseau dans une démarche globale de santé et sur les champs croisés addiction-santé-citoyenneté. Issu d'une collective santé qui existait depuis plusieurs années, l'atelier santé ville a permis de poursuivre la politique de prévention initiée avec les différents acteurs. Cette démarche s'appuiera sur l'expérience et les compétences, l'animation de réseaux, soutien méthodologique et formation des acteurs.

3.2.2. Agglomération du Havre.

Deux réseaux fonctionnent déjà sous la forme d'un atelier santé ville dans les quartiers de la ville au Havre. Cependant il est proposé de développer un ASV d'agglomération concernant les quartiers SUD, centre ville. Le service santé a pour vocation de développer des actions de santé publique à l'échelle de l'agglomération. La démarche de santé publique dans le cadre de la politique de la ville pourra donc s'appuyer sur ce service : d'élaboration d'un projet commun de santé et mise en œuvre à l'échelle des quartiers et communes ; de coordination de l'ASV de l'agglomération ; d'animation d'un pôle ressources pour l'ensemble des acteurs de l'agglomération.

3.2.3. Agglomération d'Elbeuf.

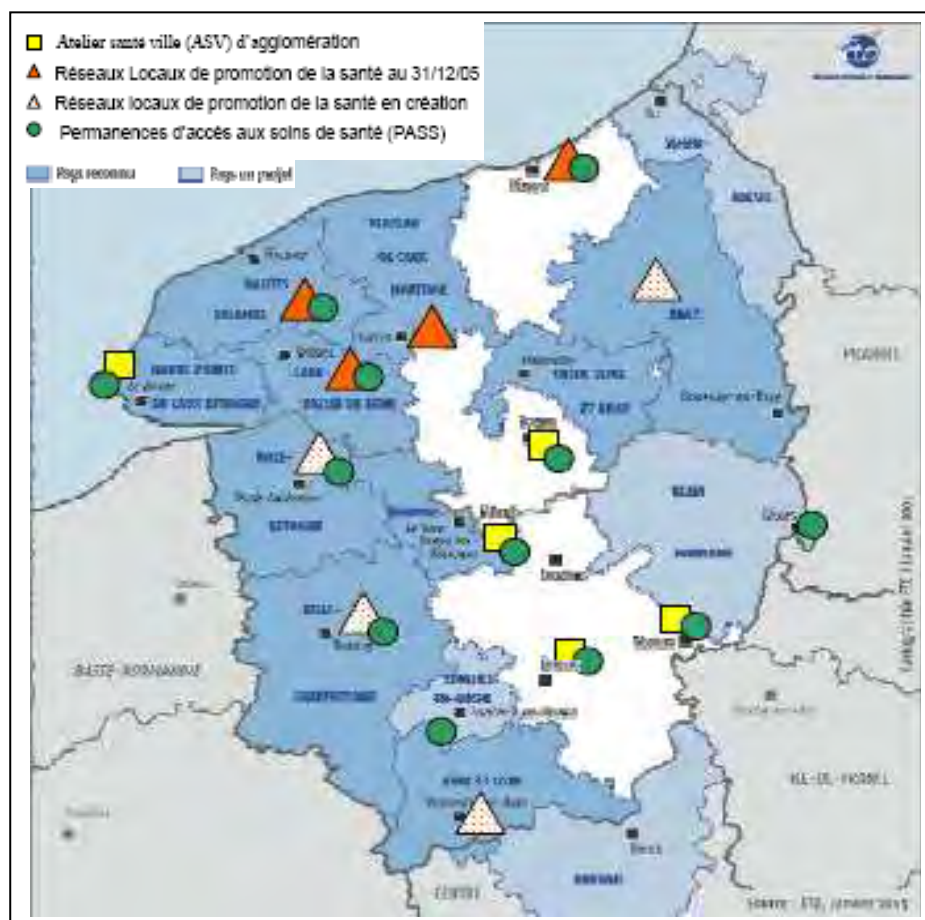
Un réseau local de promotion de la santé fonctionne depuis deux ans. Les missions de réseau, diagnostic et formation sont donc déjà initiés sur ce territoire. Le RLPS va être transformé en ASV d'agglomération ce qui va permettre de poursuivre les actions de santé et d'étendre les missions des réseaux à l'accès aux soins notamment concernant la santé mentale.

¹ L'analyse se qui suit est inspirée du <http://haute-normandie.sante.gouv.fr/fr/pdf/rapa0702.pdf>

4. Cartographie des Réseaux locaux de promotion de la santé.

A fin de mieux comprendre la localisation et la répartition des réseaux locaux de promotion de la santé ; nous allons illustrer à travers cette cartographie la localisation des différents ateliers santé ville (ASV) d'agglomération et des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) à travers les pays en Haute-Normandie.

Carte n°02 : pays en Haute-Normandie au 1^{er} janvier 2005



Source : <http://haute-normandie.sante.gouv.fr/fr/pdf/rapa0702.pdf>

Nous pouvons conclure que le projet régional de santé publique (PRSP) de Haute Normandie a pour finalité la réduction de la mortalité prématurée et des inégalités sociales devant la santé. Il a pour vocation à fédérer les acteurs de la région autour de ses axes principaux qui sont le développement de la prévention, l'éducation pour la santé, l'amélioration du dépistage et de la prise en charge des pathologies.

II. Le médipôle-grande maladiere ; un projet urbain pour Bourgoin-Jallieu.¹

Le Médipôle² est le grand projet pour Bourgoin-Jallieu et l'agglomération nord-isère, cet exemple de concertation date d'avril 2005. C'est un projet inscrit dans un schéma cohérent des projets urbains du Nord Isère : thématique Santé-Sport-Nature (espaces naturels de loisirs, équipements sportifs et Médipôle).

1. L'objectif.

L'objectif du médipole-grande maladière c'est à la fois : la modernisation du système de soins par l'amélioration de la prise en charge sanitaire de la population et un projet d'ensemble pour la commune qui englobe à la fois des équipements hospitaliers ; des espaces naturels, espaces publics ; et un secteur d'activité mixte d'accompagnement et de desserte par de nouvelles voiries.

2. La localisation.

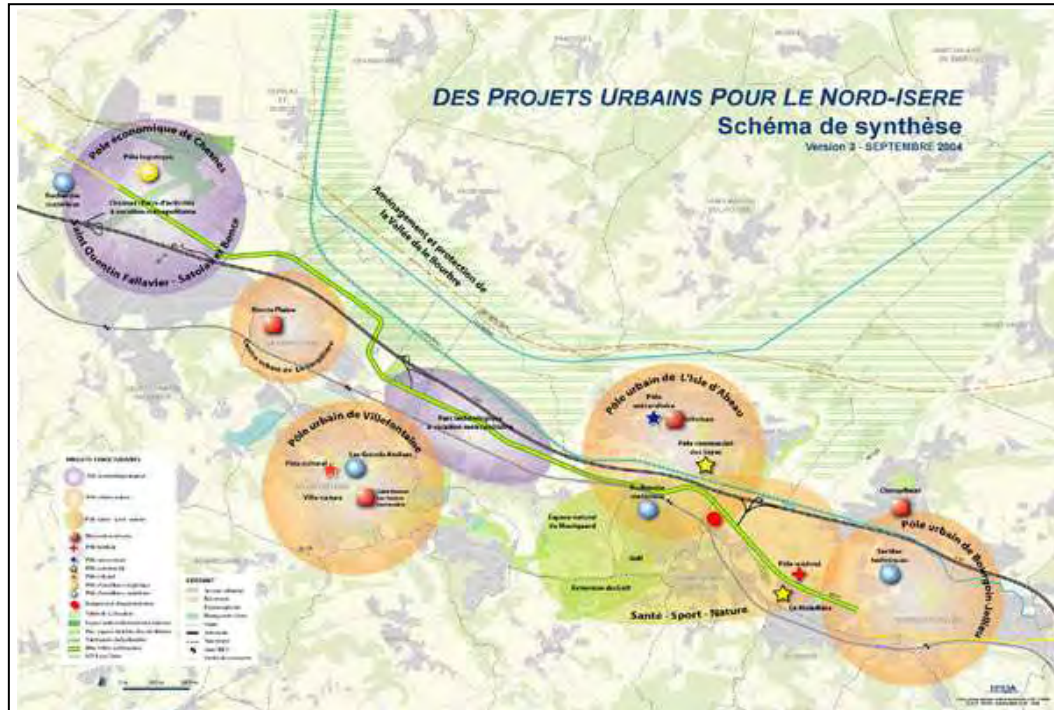
La Maladière se localise : à proximité des grands axes de desserte : rapidement et facilement accessibles ; aux points de repère du territoire dépassant l'échelle de la commune ; et les qualités paysagères du lieu.

Le projet est localisé sur la Maladière, au centre de gravité du territoire Nord-Isère, trait d'union entre Bourgoin-Jallieu et la Ville Nouvelle de l'Isle d'Abeau. Bourgoin-Jallieu participe activement à la constitution d'une agglomération Nord-Isère, en relation avec la région lyonnaise. Le Nord Isère est un des trois grands pôles de la directive territoriale d'aménagement de l'aire métropolitaine lyonnaise.

¹ <http://www.cfdt-rhone-alpes.com/isere/syndicatisere/santesociauxisere/santemedipoleepida.pdf>

² Le Médipôle est un exemple de relance de l'investissement dans les établissements de santé par un partenariat public-privé.

Carte n° 03 : Synthèse des projets urbains



Source : <http://www.cfdt-rhone-alpes.com/isere/syndicatisere/santesociauxisere/santemedipoleepida.pdf>

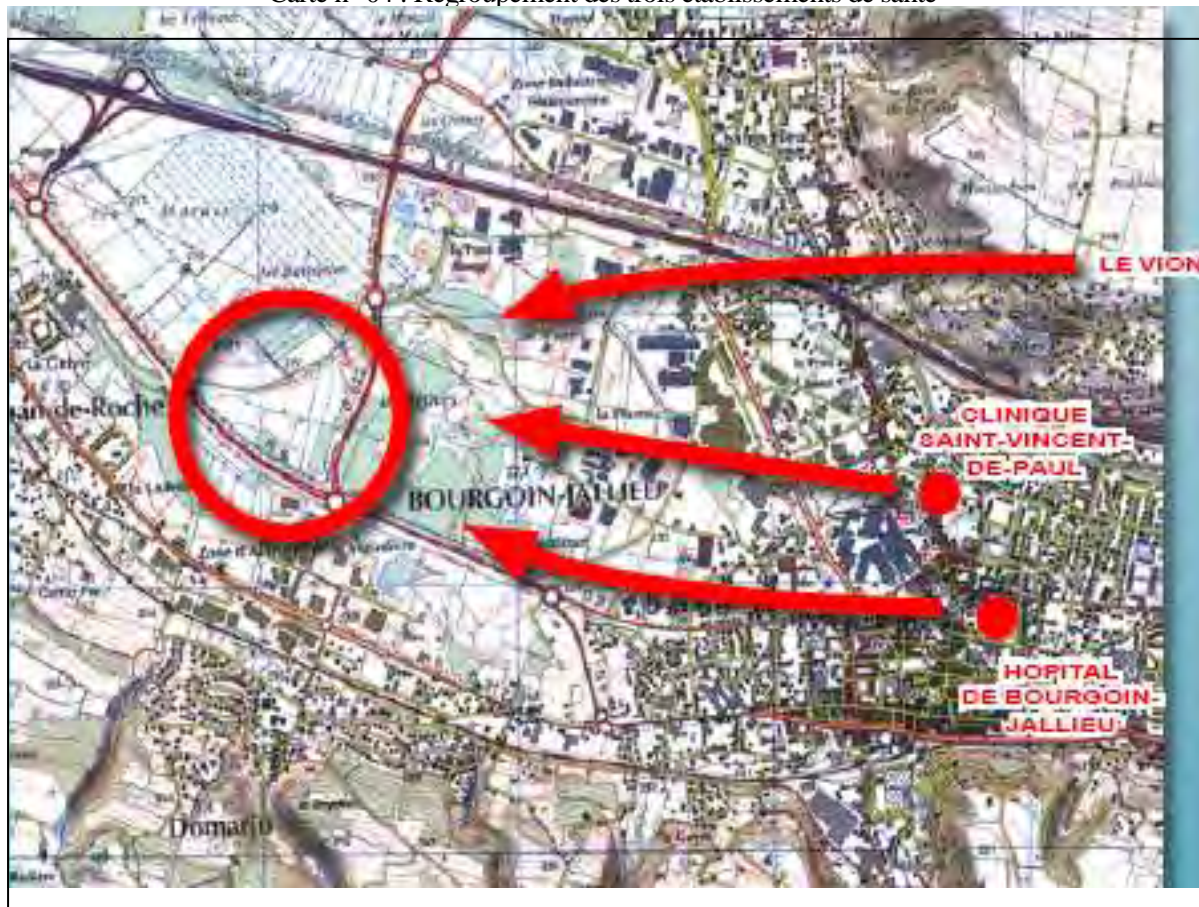
2.1. Deux enjeux majeurs.

Le premier enjeu est que ce projet est un projet national ; à travers le Plan «hôpital 2007» ; c'est-à-dire à la fois moderniser la gestion hospitalière ; alléger les contraintes qui pèsent sur l'hôpital ; et enfin faciliter le financement des établissements de santé. Le deuxième enjeu c'est le projet local.

Le rapprochement et le regroupement sur un même site de trois établissements de santé : trois établissements de santé : Centre Hospitalier de Bourgoin-Jallieu, Centre psychothérapique le Vion et Clinique Saint Vincent de Paul ; nouvelle capacité d'environ 580 lits ; et l'un des plus gros investissements de la région : environ 150 millions d'euros¹. Implication de multiples partenaires: Etat, établissements hospitaliers, bureaux d'études...à tous les niveaux : financement, foncier, droit des sols, aménagement et construction. C'est pour la mise en œuvre de ce projet de Médipôle que Bourgoin-Jallieu a adapté récemment son droit des sols.

¹ <http://www.cfdt-rhone-alpes.com/isere/syndicatisere/santesociauxisere/santemedipoleepida.pdf>

Carte n° 04 : Regroupement des trois établissements de santé



Source : <http://www.cfdt-rhone-alpes.com/isere/syndicatsisere/santesociauxisere/santemedipoleepida.pdf>

3. Le droit des sols.

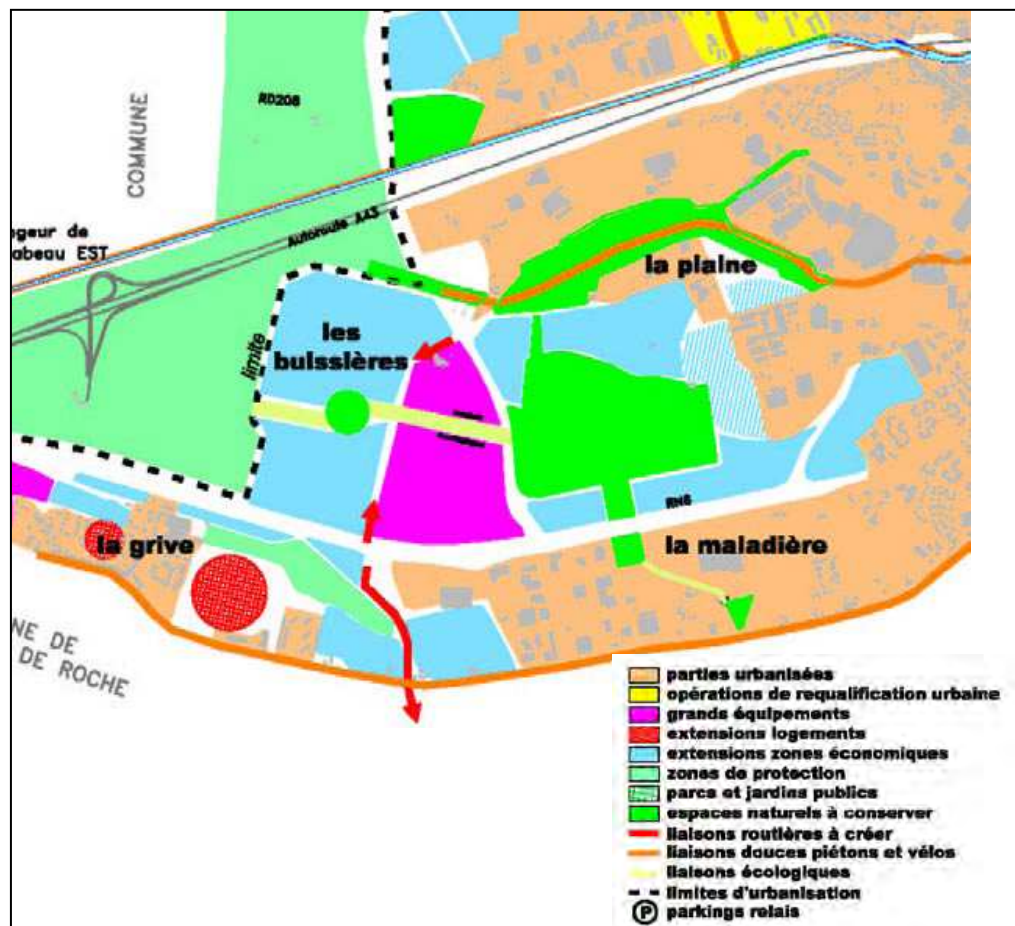
Le droit des sols est une réflexion menée très en amont sur le plan local d'urbanisme (PLU), conjointement aux études d'urbanisme sur le Médipôle : pour un droit des sols adapté à son implantation.

3.1. Projet d'aménagement et de développement durable (PADD) du PLU.

Le projet d'aménagement et de développement durable a pour objet: d'affirmer un renforcement des équipements publics dont fait partie le projet urbain du médipôle ; une cohérence avec les principes de protection de l'environnement : « *le positionnement des grands équipements est dicté par l'articulation des infrastructures et des impératifs liés à la géographie. C'est dans la vallée que ceux-ci*

vont trouver leur place »¹ ; et enfin un territoire essentiellement hors de l'expansion des eaux en périodes de crues.

Carte n° 05 : Extrait du Projet d'Aménagement et de Développement Durable (PADD)



Source : <http://www.cfdt-rhone-alpes.com/isere/syndicatisere/santesociauxisere/santemedipoleepida.pdf>

3.2. Le règlement et les documents graphiques.

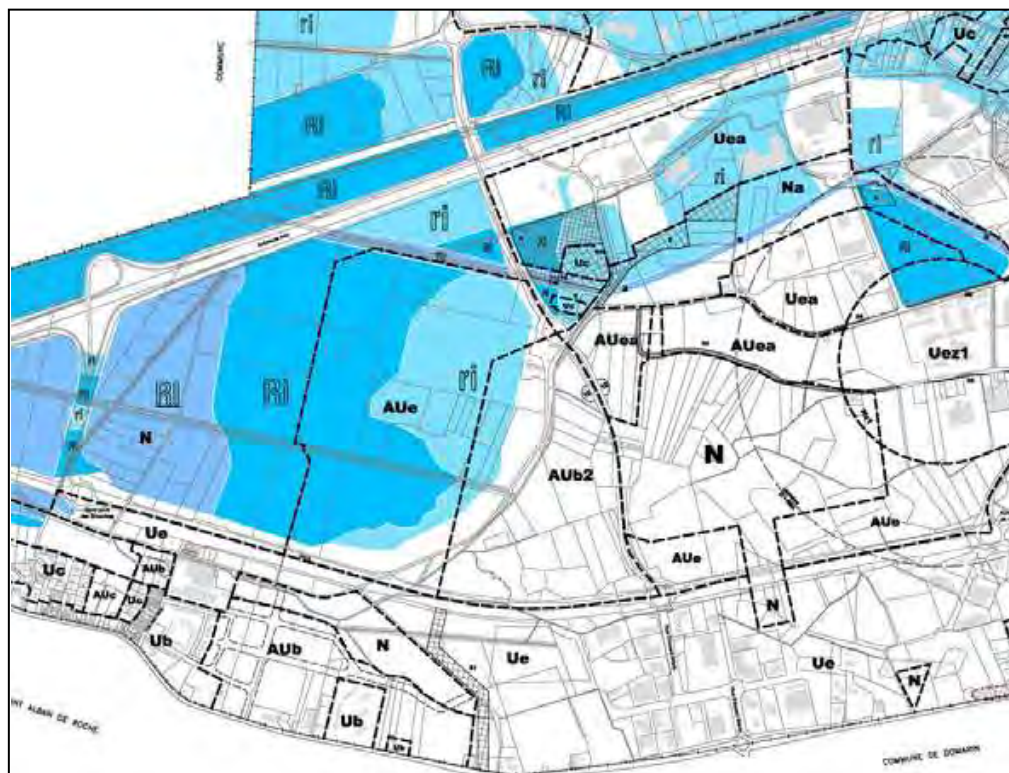
Tout le secteur du médipôle est classé en zone AUb (équipements collectifs). Les secteurs consacrés aux activités économiques d'accompagnement sont classés AUe. Le classement AU signifie² : zone à caractère naturel destinée à être ouverte à l'urbanisation : schémas d'ensemble montrant la vocation de chaque secteur et les exigences environnementales ; document réglementaire précisant les périmètres

¹ <http://www.cfdt-rhone-alpes.com/isere/syndicatisere/santesociauxisere/santemedipoleepida.pdf>

² <http://www.cfdt-rhone-alpes.com/isere/syndicatisere/santesociauxisere/santemedipoleepida.pdf>

des zones inondables et le degré des aléas (faible, moyen, fort) ; et des mesures imposées: études hydrauliques, surélévation des planchers, absence de remblais, respect de l'écoulement naturel des eaux...

Carte n° 06 : Extrait du Plan Local d'Urbanisme (PLU)



Source : <http://www.cfdt-rhone-alpes.com/isere/syndicatisere/santesociauxisere/santemedipoleepida.pdf>

Les aménagements seront conçus pour minimiser les risques dus aux inondations, protéger et valoriser les espaces de valeur écologique. Le règlement met en pratique cette prévention des risques d'inondabilité. Il concrétise le respect des exigences environnementales que représentent les zones humides, les couloirs écologiques, les liaisons hydrauliques et les ZNIEFF (Zones Naturelles d'Intérêt Écologique Faunistique et Floristique)...

Le planning prévisionnel du projet de construction du Médipôle se résume comme suit¹ : en 2002 : premières actions foncières ; en 2003 : pré-validation du site d'implantation ; en 2004 : études d'urbanisme et de programmation, révision du droit des sols ; en 2005 : validation et procédures

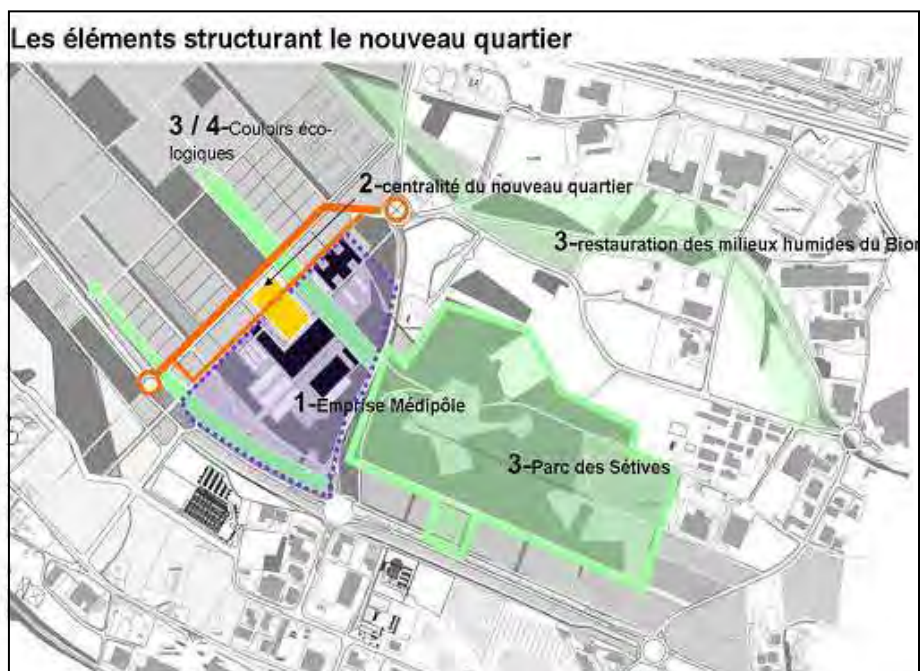
¹ <http://www.cfdt-rhone-alpes.com/isere/syndicatisere/santesociauxisere/santemedipoleepida.pdf>

administratives, dialogue avec les concepteurs ; en 2006 : permis de construire, Vente des terrains, préparation des chantiers ; entre 2007-2009 : Construction et aménagement ; pour se préparer aux ouvertures des établissements composant le médipôle entre 2008-2010.

4. Les études d'urbanisme et principes d'aménagement.

Depuis juin 2004 un important processus d'études a été mis en route. Cela a permis de comprendre les enjeux et les impacts d'un tel projet d'aménagement et de définir des principes d'aménagement.

Carte n° 07 : Les éléments structurant le nouveau quartier



Source : <http://www.cfdt-rhone-alpes.com/isere/syndicatisere/santesociauxisere/santemedipoleepida.pdf>

Le projet propose la mise en œuvre des grandes orientations suivantes¹ : en premier lieu un projet urbain intégrant l'organisation de tout un quartier : activités d'accompagnement, espaces naturels de détente, voirie, paysagement, liaison avec les autres secteurs, aménagement du Parc naturel en cohérence avec le Médipôle ; et en deuxième lieu la préservation sur le site d'un couloir écologique est-ouest, hydraulique et paysager de 50 m de largeur minimum. Sa forme pourra être celle d'une attache ou d'un

¹ <http://www.cfdt-rhone-alpes.com/isere/syndicatisere/santesociauxisere/santemedipoleepida.pdf>

cordons végétaux dont la localisation est à définir (à 50m près). Il participera à la qualité du traitement paysager du projet et pourra constituer un espace de détente.

Carte n° 08 : Schéma d'aménagement et des préconisations sur le site



Source : <http://www.cfdt-rhone-alpes.com/isere/syndicatisere/santesociauxisere/santemedipoleepida.pdf>

Nous pouvons conclure que l'originalité du schéma d'aménagement réside dans « une organisation fondée sur le principe de couloirs écologiques et hydrauliques, structurants pour tout le quartier et servant d'espace de circulation, de distribution et de détente »¹. Il y a une véritable coïncidence entre les exigences environnementales et techniques et la qualité des espaces urbains et paysagers du projet d'aménagement ; tous ces exigences sont indispensables à la mise en œuvre du

¹ <http://www.cfdt-rhone-alpes.com/isere/syndicatisere/santesociauxisere/santemedipoleepida.pdf>

projet de construction du Médipôle en lui même et à son intégration dans une démarche du projet urbain.

III. Projet d'adhésion au réseau villes-santé de l'O.M.S. de la ville de Reims.¹

Ce projet d'adhésion au réseau villes-santé de l'O.M.S. de la ville de Reims est un projet de la Direction du Contrat de Ville et des Affaires Sociales, il date du 24 aout 2005.

1. Le contexte.

Reims est une capitale économique. Reims et les communes environnantes, regroupées en Communauté d'Agglomération « Reims Métropole », s'activent autour de grands projets, tels que le T.G.V., le tramway, les opérations de renouvellement urbain dans les quartiers Z.U.S. (Zone Urbaine Sensible). Toutes ces opérations vont contribuer à améliorer le cadre et la qualité de vie des habitants, tant au niveau de la santé, de l'environnement, de l'habitat que des ressources. L'objectif est de mener une politique Santé au sens large de bien être de manière transversale, en faisant participer les habitants afin de les rendre acteurs.

2. L'objectif.

L'objectif de ce projet est d'adhérer au réseau Santé Villes O.M.S. permettra à la Municipalité de poursuivre la dynamique engagée avec la mise en œuvre des Ateliers Santé Ville en renforçant et affichant sa politique de santé « bien être » à travers ses grands projets, de renforcer le partenariat et la transversalité. Les différents services de la Ville impliqués dans ces opérations auront une vision globale du bien être apporté aux habitants. Participer au réseau, c'est un échange des expériences et des savoirs, une stimulation des énergies et en fin de compte, une plus value pour les habitants.

3. Les projets.

¹ http://www.villes-sante.com/datas/doc_som/doc_actu/dossier%20Reims.doc –

Ce projet d'adhésion au réseau villes-santé de l'O.M.S. de la ville de Reims, est le résultat de la superposition de plusieurs projets à savoir :

3.1. la Santé.

La santé est l'objectif prépondérant de ce projet d'adhésion au réseau villes-santé de l'O.M.S. de la ville de Reims. Entre la Ville, l'Etat et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (C.P.A.M.) dans le cadre du Contrat de Ville 2000 - 2006, a pour but de mettre en place une politique de prévention et d'améliorer la santé de la population. Ce volet Santé Publique a été cosigné par l'ensemble des Maires de l'agglomération. Des actions sont menées en partenariat avec le corps médical, les Institutionnels et le milieu associatif. En 2005, les priorités suivantes ont complété le dispositif mis en place : « *l'amélioration de l'accès aux soins et l'éducation nutritionnelle* »¹ : c'est une action réalisée en 2004 et reconduite en 2005 à Wilson (quartier classé en Zone Urbaine Sensible (Z.U.S.) ayant fait l'objet d'une Opération de Renouvellement Urbain. (O.R.U.).

Nous pouvons conclure que le projet d'adhésion au réseau villes-santé de l'O.M.S. de la ville de Reims vise en premier lieu le développement d'une action de proximité en mobilisant les acteurs de terrain autour d'un projet de santé publique ; et de responsabiliser les jeunes face à leur santé et celle des autres pour les rendre acteurs.

3.2. les transports.

C'est le deuxième objectif du projet d'adhésion au réseau villes-santé de l'O.M.S. de la ville de Reims. Le Tramway est le premier moyen de transport dans le projet d'adhésion au réseau villes-santé de l'O.M.S. de la ville de Reims. Le Plan de Déplacements Urbains (P.D.U.) de la Ville, issu de la loi sur l'air a été arrêté, approuvé et validé par l'Etat.

Il définit une répartition des modes de déplacements urbains. Il a pour objectif de « *rationaliser l'utilisation de la voiture, de favoriser l'insertion des piétons, des deux roues et la pratique des transports collectifs* »². Le développement de ces modes de transports doux tels que la marche et le vélo contribue à la baisse des émissions de polluants. Ainsi des pistes cyclables seront aménagées et les trottoirs seront rénovés pour qu'ils soient plus confortables pour les piétons.

¹ http://www.villes-sante.com/datas/doc_som/doc_actu/dossier%20Reims.doc –

² Idem.

Les services rendus à la population par ce mode de transport seront appréciables : une station d'échange avec la gare S.N.C.F. sera réalisée ; des parkings relais seront construits en extrémité de ligne, et la tarification sera unique entre le tramway et le bus.

Les quartiers non desservis profiteront de la réorganisation du réseau de bus. « *Le futur réseau de transports collectifs sera amélioré (27 % des emplois de l'agglomération rémoise seront desservis par le tramway)* »¹. Préalablement à cette décision de réaliser le tramway, des enquêtes participatives ont été menées dans tous les quartiers auprès des habitants, des commerçants pour présenter le projet et prendre en compte toutes les remarques des futurs usagers. Le projet a été également exposé dans les conseils de quartiers pour les trajets concernés.

3.3. l'environnement.

C'est le troisième but du projet d'adhésion au réseau villes-santé de l'O.M.S. de la ville de Reims. « *Dans le cadre de la Gestion Urbaine de Proximité, la Direction du Contrat de Ville organise des visites de locaux poubelles 3 fois par an en concertation avec les propriétaires, pour repérer les dysfonctionnements, y remédier et ainsi assurer une meilleure qualité aux habitants* »². Ce projet a été initié par le Service Gestion des Déchets de la Communauté d'Agglomération de Reims, la Maison de Quartier et la Médiathèque du quartier et soutenu par la Direction du Contrat de Ville et la Société Eco Emballages. Il a été récompensé par le label de la Semaine du Développement durable.

La Direction des Activités du Déchet organise des séances d'éducation et de sensibilisation en milieu scolaire de l'école maternelle au lycée en adaptant le matériel pédagogique à chaque classe d'âge. Elle participe aussi à des fêtes de quartier. Actuellement, les animateurs rencontrent des habitants régulièrement (l'équivalent de 500 logements) afin que le geste du tri ne s'essouffle pas. Quand la qualité du tri n'est pas assurée sur un secteur, les ambassadeurs, en partenariat avec les logeurs, visitent de nouveau les locataires.

3.4. l'habitat.

L'habitat aussi fait partie des buts de projet d'adhésion au réseau villes-santé de l'O.M.S. de la ville de Reims. Le Service Communal d'Hygiène et de Santé lutte contre l'insalubrité des logements.

¹ Ibidem.

² http://www.villes-sante.com/datas/doc_som/doc_actu/dossier%20Reims.doc –

Les inspecteurs de salubrité publique visitent les habitats et élaborent les rapports¹. Un partenariat est établi avec les circonscriptions de solidarité départementale, les organismes logeurs et la psychiatrie pour venir en aide aux familles en grande difficulté (logements très insalubres ou personnes handicapées). Il faut parfois être très réactif et très inventif pour solutionner des crises d'urgence telle que trouver un nouvel hébergement, des vêtements neufs, transporter des personnes aux bains-douches, après désinfection complète d'un logement. Quant à la participation des habitants, les conseils de quartiers sont des lieux ressources. La Ville a été divisée en 7 quartiers. Par quartier, il existe 3 réunions annuelles.

4. L'organisation.

L'organisation au niveau du projet d'adhésion au réseau villes-santé de l'O.M.S. de la ville de Reims s'observe à travers :

4.1. le Comité de Pilotage.

Le Comité de Pilotage de l'Atelier Santé ville, composé d'élus, de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, Préfecture, Caisse Primaire d'Assurance Maladie, Caisse Régionale d'Assurance Maladie, Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie, Inspection Académique, Conseil Général, A.R.H. (Agence Régionale d'Hospitalisation), U.R.M.L. (Union Régionale des Médecins Libéraux), Service Communal d'Hygiène et de Santé et Contrat de Ville pourrait servir également de Comité de Pilotage au réseau Santé Ville O.M.S. Selon la thématique abordée, cette instance serait élargie aux différents services de la Ville concernés (Urbanisme, Espaces Verts ...).

4.2. la délégation de l' élu.

La délégation de l' élu se fait par : l' adjoint au Maire chargé de la Santé et l' adjoint au Maire chargé des Affaires Sociales, de la Solidarité et de l' Emploi.

4.3. le service chargé de la Coordination.

Le service chargé de la Coordination c'est le Service Communal d'Hygiène et de Santé en partenariat avec la Direction du Contrat de Ville

4.4. le coordinateur.

Le coordinateur c'est le chef du Projet.

5. Les prospectives.

¹ Idem.

En fin nous allons conclure par les prospectives du projet d'adhésion au réseau villes-santé de l'O.M.S. de la ville de Reims d'où la volonté de la Municipalité sera « *d'étendre le dispositif Atelier Santé ville à tous les quartiers voire toute la ville* »¹ ; certaines actions de santé, circonscrites à un secteur, seront développées à l'ensemble des quartiers ; ainsi que l'acquisition d'un sonomètre qui enregistre les fréquences va permettre d'effectuer un travail plus pertinent sur le bruit, pour améliorer les conditions de vie des résidents ; enfin dans le cadre de la réhabilitation de la Maison des Associations par la Ville, un périmètre est réservé pour des animations et des expositions sur la thématique santé. Cet espace permettra d'accueillir diverses associations.

CONCLUSION.

Ces trois expériences étrangères de projet urbain de santé publique constituent des références indéniablement intéressantes en matière de nouvelle manière de penser la santé publique à travers, la pratique de projet urbain fondée sur un système d'acteurs efficace. Elles ont su faire de la santé publique l'élément central de leur politique urbaine. Cette manière novatrice de faire a permis de gérer la réalité urbaine complexe en particulier, à travers une démarche de maîtrise d'ouvrage transversale, une maîtrise d'œuvre de qualité et aussi, la définition d'un vocabulaire urbain spécifique à la santé publique.

La clef du succès de ces trois expériences réside entre autres, dans la prise en compte des attentes des usagers, des citoyens et des habitants, c'est-à-dire les destinataires du projet, en les impliquant dans le processus décisionnel. La mobilisation de compétences pluridisciplinaire, leur coordination pour aboutir à un consensus, la pratique de concertation, ont constitué des moteurs clés qui ont contribué au succès des projets urbains de santé publique développés par ces expériences. Aujourd'hui encore, la coordination et la concertation sont devenues des préalables dans toute définition d'approche sur l'urbain notamment, celle qui intègre les notions environnementales et le développement durable.

Enfin, ces trois expériences fort intéressantes nous ont permis d'acquérir et de nous imprégner suffisamment de connaissances pour aborder le cas du Projet Urbain de santé publique d'Alger.

¹ http://www.villes-sante.com/datas/doc_som/doc_actu/dossier%20Reims.doc –

CHAPITRE 5 : LES EXPERIENCES ALGERIENNES

INTRODUCTION.

Les expériences algériennes développées par l'application de la nouvelle démarche de « santé de proximité », et le cas unique de ville santé d'El Khroub (Constantine) ; constituent des cas exemplaires de projets de santé publique en Algérie. Ces deux expériences ont également brillé par l'introduction de la pratique de concertation dans le processus décisionnel en matière de santé publique. De ce fait, leur étude permettra de connaître l'approche définie et la démarche adoptée de cette nouvelle pratique sur la santé publique ainsi, les facteurs clés qui ont concourus à leurs succès.

Ces deux expériences Algériennes de projets de santé publique constituent des références intéressantes en matière de nouvelle manière de penser la santé publique en Algérie à travers, la pratique d'un projet de santé publique fondée sur un système d'acteurs efficace.

Comme nous l'avons déjà dit dans le chapitre précédent, Le projet urbain de santé publique constitue le moyen et le cadre le plus efficace dans lequel la santé publique doit être pensée et gérée. Les deux expériences Algériennes qui vont faire l'objet de ce chapitre ; sont développées par la mise en place d'un système d'acteurs efficace afin de garantir la pérennité du projet urbain de santé publique, ainsi il devient nécessaire de tenter de clarifier au préalable les trois notions clés de notre travail de recherche à savoir : Le projet urbain, La santé publique et Le système d'acteurs.

I. Santé de proximité et mise en scène d'un projet de santé publique en Algérie.

Cette première partie du chapitre (5) est élaborée sur la base des trois références ; le décret exécutif n°07-140 du 2 Joumada El Oula 1428 correspondant au 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité ; l'enquête avec des sous directeurs des ressources humaines des trois EPSP ; et enfin le cours «*la mise en scène du projet urbain* » de l'unité pédagogique (projet urbain et gouvernance) de la 1^{ère} année post graduation.

La notion de gouvernance est entrée dans les problématiques de l'aménagement du territoire, et en particulier des politiques de la ville. Le ministère de la santé et de réforme hospitalière avec l'application de la nouvelle démarche de « santé de proximité » et le nouveau découpage des établissements publics de la santé (EPSP et EPH) ; essayera de rapprocher les soins aux citoyens. Avec cette nouvelle démarche la société civile est en plein dedans dans le secteur de la santé avec une participation active et une négociation interactive avec les autres acteurs de la ville. Cette démarche est inspirée de l'idée « des équipes mobiles » appliquée en Algérie en 2005 dans le but est de rapprocher les soins au citoyen ; mais avec juste des sensibilisations et des orientations sanitaires, tout en donnant à la santé du citoyen.

1. L'influence de la nouvelle démarche sur le citoyen.

L'objectif de cette nouvelle démarche de « santé de proximité » est le partage des établissements publics de santé en (EPH et EPSP) ainsi que leur organisation et fonctionnement. Vue que nous voulons montrer dans notre travail un exemple d'application de la démarche de projet urbain de santé publique à travers un exemple de la gouvernance urbaine en Algérie nous allons parler beaucoup plus sur la santé de proximité en tant que projet urbain de santé publique ainsi que sa mise en scène à travers l'étude des établissements publics de la santé de proximité (EPSP), leur organisation, leur fonctionnement ainsi que son influence sur le citoyen.

L'EPSP ; l'établissement public de santé de proximité ; c'est la hiérarchisation des soins à travers les salles de soin, ensuite les polycliniques pour les consultations médicales, sinon l'orientation du citoyen vers les EPH. Les EPH recevra que les urgences et les hospitalisations. La création des EPSP est selon les besoins sanitaires des citoyens.

Le contrôle permanent du bon fonctionnement des EPSP pour éviter les négligences qu'elles ont été dans les secteurs sanitaires auparavant mais aussi diminuer le coût des soins pour encourager les citoyens d'aller soigner c'est pour ça avec ce nouveau découpage l'Etat verse plus d'argent sur la prévention au lieu de soigner.

Avec cette nouvelle démarche le citoyen sentira qu'il y a des efforts pour son bien être, ainsi qu'il est en plein dedans du processus décisionnel en matière de santé publique surtout avec le changement de l'administration afin de prendre en considération les besoins et le malaise des citoyens dont le directeur de l'EPSP est un médecin ; il fait les consultations au même temps la gestion de l'établissement.

2. L'efficacité de la démarche de santé de proximité.

La mise en scène du projet de « santé de proximité » et l'organisation de cette nouvelle démarche dans un système d'acteurs est appréciée selon :

2.1. L'opérationnalité du projet.

Le ministère de la santé avant d'initier cette démarche il a changé d'appellation « ministère de la santé et de réforme hospitalière » ; réforme au niveau du ministère, des services de la santé, des hôpitaux et des structures sanitaires, ainsi que l'apparition d'une nouvelle politique d'un nouveau découpage des établissements publics sanitaires (EPSP) et (EPH) ; mais :

- est-ce que ce changement est radicale ou bien juste l'appellation ?
- est-ce que juste pour éviter « la santé est malade », « la santé souffre » ...ou bien puisqu'il avait trop de problèmes dans le domaine de la santé ? et qu'elle type de problèmes ?
- est-ce qu'il est juste un découpage géographique, ou bien il est fondu sur des objectifs bien étudiés et il va aboutir à des objectifs souhaitable et durable ?
- c'est quoi l'EPSP (établissement public de santé de *proximité*) ?

Est-ce qu'à travers ce nouveau découpage arrivons-nous à donner un bon exemple de projet urbain de santé publique en Algérie ?

L'éclaircissement de toutes ces interrogations se trouve dans les différents articles suivants du décret exécutif *n° 07-140 du 19 mai 2007* ; portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité.

L'établissement public de santé de proximité est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est placé sous la tutelle du wali¹. L'établissement public de santé de proximité est constitué d'un ensemble de polycliniques et de salles de soins couvrant un bassin de population. La consistance physique de l'établissement public de santé de proximité et l'espace géo-sanitaire couvrant le bassin de population sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé².

L'établissement public de santé de proximité a pour mission de prendre en charge de manière intégrée et hiérarchisée : la prévention et les soins de base ; le diagnostic ; Les soins de proximité ; les consultations de médecine générale et les consultations de médecine spécialisée de base ; les activités liées à la santé reproductive et à la planification familiale ; et enfin la mise en œuvre des programmes nationaux de santé et de population³.

Il est chargé également : de contribuer à la promotion et à la protection de l'environnement dans les domaines relevant de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux ; et de contribuer au perfectionnement et au recyclage des personnels des services de santé.

2.2. la pérennité ou la continuité des choix des élus.

Nous trouvons ça illustré dans l'article 13 du décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007 : le conseil d'administration peut faire appel à toute personne susceptible de l'éclairer dans ses travaux.

2.3. l'évolutivité ou l'adaptabilité des options prises dans le temps.

Nous trouvons ça illustré dans les articles suivants du décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007 : le conseil d'administration délibère notamment sur : le plan de développement à court et moyen terme de l'établissement ; le projet de budget de l'établissement ; les comptes prévisionnels ; le compte administratif ; les projets d'investissement ; les projets d'organisation interne de l'établissement ; les programmes annuels d'entretien et de maintenance des bâtiments, des équipements médicaux et des équipements connexes ; les contrats relatifs aux prestations de soins

¹ Art. 6, du décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007 ; portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité.

² Art. 7, du décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007 ; op. cit. P 90.

³ Art. 8, du décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007 ; op. cit. P 90.

conclus avec les partenaires de l'établissement, notamment les organismes de sécurité sociale, les assurances économiques, les collectivités locales et autres institutions et organismes ; le règlement intérieur de l'établissement ; et enfin les marchés, contrats, conventions et accords conformément à la réglementation en vigueur.

Le conseil d'administration se réunit en session ordinaire une fois tous les six mois. Il peut se réunir en session extraordinaire sur convocation de son président ou à la demande des deux tiers de ses membres. Les délibérations du conseil d'administration font l'objet de procès-verbaux signés par le président et le secrétaire de séance et consignés sur un registre spécial coté et approuvé par le président. Le conseil d'administration élabore et adopte son règlement intérieur lors de sa première réunion¹.

Plus de détail sur le conseil d'administration, la concertation entre ces membres, la pratique de la gouvernance et de la démocratie dans le domaine de la santé, et la manière dont les décisions sont prises à la présence de la majorité de ces membres, est illustré dans les articles 16, 17, 18 du décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007.²

3. Les principes de base de la démarche de santé de proximité.

Cette démarche est fondée sur trois principes de base à savoir :

3.1. une vision élargie de la chaîne des acteurs (Le système d'acteurs).

L'établissement public hospitalier et l'établissement public de santé de proximité sont administrés chacun par un conseil d'administration et dirigés par un directeur. Ils sont dotés d'un organe consultatif dénommé " conseil médical "³.

Le conseil d'administration comprend : le représentant du wali, président ; un représentant de l'administration des finances ; un représentant des assurances économiques ; un représentant des organismes de sécurité sociale ; un représentant de l'assemblée populaire de la wilaya ; un représentant de l'assemblée populaire de la commune siège de l'établissement ; un représentant des personnels médicaux élu par ses pairs ; un représentant des personnels paramédicaux élu par ses pairs ; un représentant des associations des usagers de la santé ; un représentant des travailleurs élus en assemblée générale ; et le président du conseil médical⁴.

¹ Art. 15, du décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007 ; op. cit. P 90.

² Art. 16, 17, 18, du décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007 ; op. cit. P 90.

³ Art. 10, du décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007 ; op. cit. P 90.

⁴ Art. 11, du décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007 ; op. cit. P 90.

Le directeur de l'établissement public hospitalier et le directeur de l'établissement public de santé de proximité assistent aux délibérations du conseil d'administration avec voix consultative et en assurent le secrétariat.

3.1. une vision élargie de la chaîne verticale.

C'est la transgression de la frontière entre l'amont et l'aval, par notamment l'articulation entre projet urbain et stratégie urbaine. Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat de trois années, renouvelable, par arrêté du wali, sur proposition des autorités et organismes dont ils relèvent. En cas d'interruption du mandat d'un membre du conseil d'administration, un nouveau membre est désigné dans les mêmes formes pour lui succéder jusqu'à expiration du mandat. Les mandats des membres désignés en raison de leurs fonctions cessent avec celles-ci¹. Plus d'illustrations sur ce point aux articles 13, 14, 15 et 16 ci-dessus.

3.2. un processus global de projet élargi à sa mise en œuvre.

La conception n'est pas qu'urbaine ou limitée au design, elle doit inclure le « contenu-programme » ou la « conception-produit ». Le chemin d'accès ou faisabilité est à penser à différents niveaux. Il est nécessaire de spécifier les différentes catégories d'intervenants qui constituent des éléments récurrents. On trouve ça dans l'article 24 du décret exécutif *n° 07-140*.

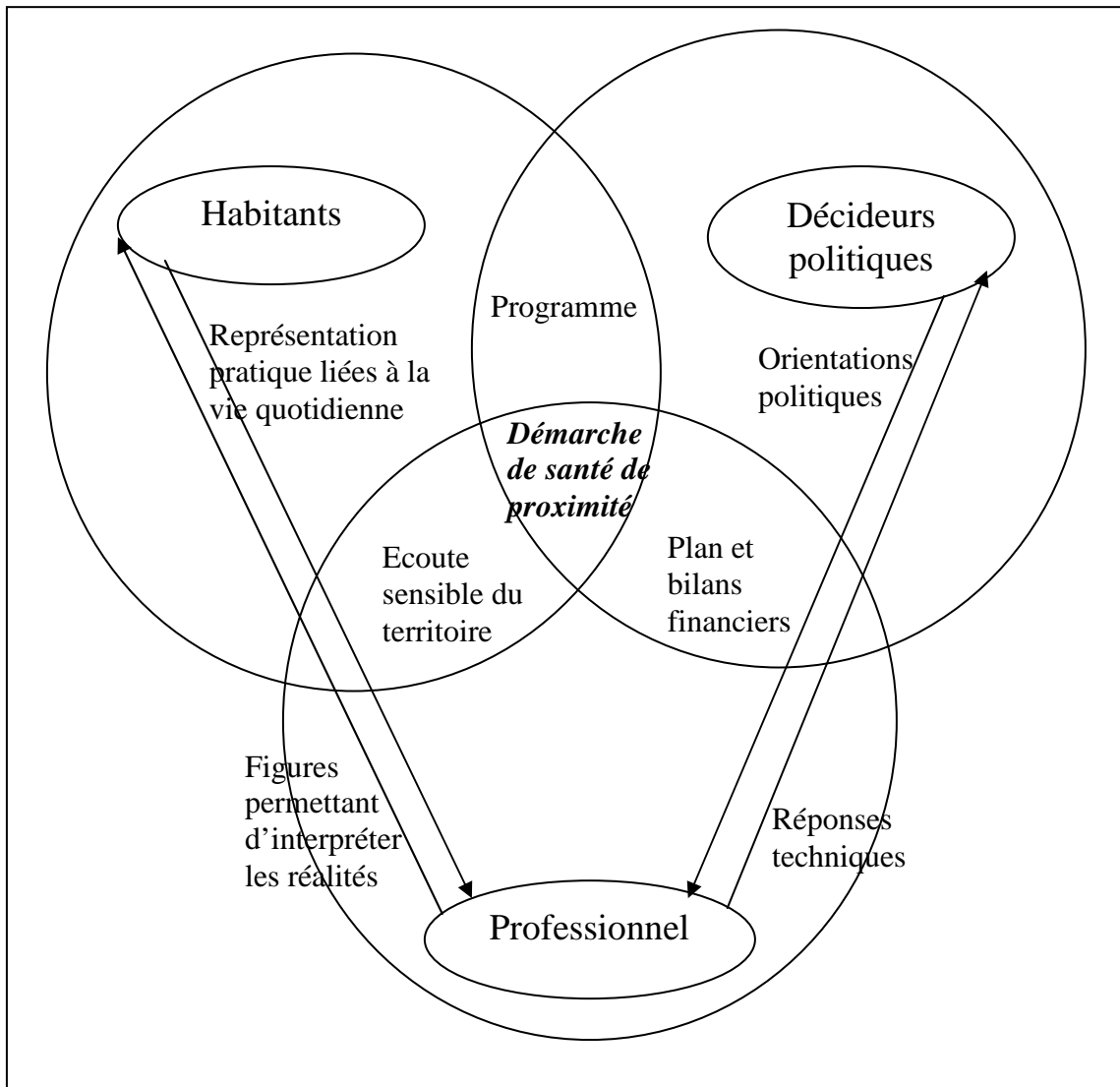
Le conseil médical est chargé d'étudier et d'émettre son avis médical et technique sur toute question intéressant l'établissement, notamment sur : l'organisation et les relations fonctionnelles entre les services médicaux ; les projets de programmes relatifs aux équipements médicaux, aux constructions et réaménagements des services médicaux ; les programmes de santé et de population ; les programmes des manifestations scientifiques et techniques ; et la création ou la suppression de structures médicales. Le conseil médical propose toutes mesures de nature à améliorer l'organisation et le fonctionnement, notamment des services de soins et de prévention².

¹ Art. 12, du décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007 ; op. cit. P 90.

² Art. 24, du décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007 ; op. cit. P 90.

Nous allons démontrer en fin à travers un schéma simplifié et synthétique l'organisation de cette nouvelle démarche de « santé de proximité » dans un système d'acteurs d'où l'entrecroisement de champs de compétences; cela consiste donc à adopter des modalités d'action et de prise de décision plus partenariales, plus interactives et plus flexibles ; c'est « *La démarche d'un projet urbain de santé publique* » tout court.

Figure 04 : La démarche d'un projet de santé publique de proximité



Source : Réalisé par l'auteur sur la base du cours (mise en scène du projet urbain)/

D^r Labbii B. / 1^{ère} année post-graduation 2007-2008 UMC.

D'après tout ce qui a été dit dans cette première expérience sur la démarche de « la santé de proximité » nous constatons : l'influence positive de cette nouvelle démarche sur le citoyen et le gestionnaire ; l'idée de cette nouvelle démarche exprimée par la bonne gouvernance dans le domaine de la santé ; elle crée une certaine continuité et liaison à proximité du citoyen ; cela ne veut pas dire qu'elle est achevée et réussie ; et enfin elle a des manques surtout dans ce qui concerne les lois et textes législatifs.

Nous concluons par ce questionnement; est-ce que cette idée de « santé de proximité » va être retenue et appliquée étape par étape jusqu'à où elle va donner des résultats et des décisions étudiées ; ou bien ce n'est qu'une décision politique qu'elle va disparaître avec la disparition des gens qui l'on établie ?

II. Ville santé d'El Khroub (CONSTANTINE).

Cette deuxième partie du chapitre (5) est élaborée sur la base de la thèse du Doctorat d'Etat « Urbanisme et santé à Constantine »¹.

Notre thématique tourne autour de la santé publique et le projet urbain, nous illustrons sur ce travail l'importance de cette thématique devenue projet. Avec cette nouvelle expérience de Ville santé d'El khroub (Constantine), la notion de gouvernance et du pratique de la démocratie en santé publique, est entrée pour la première fois en Algérie, dans les problématiques de l'aménagement du territoire, et en particulier des politiques de la ville. A l'image des pays en développement, l'Algérie a peu d'expérience en matière de villes-santé. Nous parlerons du cas unique d'El Khroub, une expérience très riche d'enseignements et porteuse de directives et d'espoir.

1. Contexte générale.

La ville d'El Khroub est le second pôle de la wilaya après Constantine, elle a adhéré au projet ville-santé en 1996. Elle s'est lancée dans cette aventure de ville-santé, sous la volonté d'une personnalité locale ; Professeur de médecine et chef du service de réanimation du CHU de Constantine, Abdelhamid ABERKANE². Il a fallu pour cela, qu'il y ait, à défaut d'une large adhésion, une audience et des collaborations pour constituer un noyau dans une structure : le centre de santé communautaire, érigé en plein intérieur des nouvelles cités, est le meilleur symbole et manifestation de cette initiative unique de ville-santé.

Nous considérons en effet que la ville-santé El Khroub est une expérience très volontaire ; elle ne fait pas partie d'un réseau, sauf qu'elle établit des relations avec le groupe de recherche du centre de collaboration d'Afrique du Sud (urban health), comme elle a tenté un jumelage et une coopération avec la ville Française de Mulhouse.

¹LABII Belkacem, Urbanisme et santé à Constantine : pour une approche de la ville-santé et de l'espace santé, UMC, 2003.

² Abdelhamid ABERKANE, il a exercé plusieurs fonctions : recteur d'université, deux fois ministre, et surtout président de l'OMS ; et encore récemment maire de sa ville El Khroub.

2. Domaines d'intervention du projet Ville sante d'El Khroub.

Plusieurs domaines d'intervention sont consterné par le projet Ville santé de Constantine à savoir : santé et information ; urbanisme et santé ; culture sportive et santé ; et enfin environnement et santé. Fonctionnant avec la municipalité sur fonds propres et sur aide de la wilaya, il a entrepris et réalisé plusieurs opérations telles que le déplacement de la décharge publique, la mise en place d'un nouveau plan de transport urbain, l'assainissement du centre et de plusieurs quartiers, ainsi qu'une campagne de rattrapage de vaccination (17000 doses) et des aménagements de l'oued Fantaria à l'Est de la ville.

L'on ne peut avoir de résultat global si on est parti d'une situation des acquis du développement, qu'on complète par des thèmes de « raffinement » comme la lutte contre le bruit par exemple ; l'efficience de cette dernière ne signifie pas qu'on a « bouclé » et réussi la ville santé, les supposés acquis ne sont jamais évidents en matière de santé et de bien-être. Ceci revient à dire que dans tous les cas la mise en place d'un projet de ville-santé requiert une stratégie globale, de laquelle découlent alors des actions divers ; spécifiques aux domaines d'intervention du projet.

3. Quel système d'acteurs pour le projet Ville santé de Constantine.

Le projet villes-santé est une nouvelle expérience de pratique de la santé dans la ville, elle est pratiquée par certains nombre de villes dans le monde, en particulier les pays développés. Différentes actions sont entreprises par les diverses villes concernées, sur la base des thèmes différents se rapportant aux priorités de tout un système d'acteurs ; prenant acte de toutes les données du concept de polarisation géographique, historique, que Constantine exerce sur sa région. Polarisation consacrée dans notre cas par les fonctions du Tertiaire Supérieur et surtout le CHU. Ces différents acteurs suggèrent que l'on parte de la construction d'une ville-santé, une agglomération bicéphale, deux entités qui comprendraient des sous-systèmes spatiaux et à la fois pathogènes et/ou à risque.

Deux superstructures (la mairie et la wilaya) pour la gestion urbaine d'un côté, et le CHU comme structure sanitaire de l'autre, s'associeraient dans le même projet urbain sanitaire, la ville-santé. Ces deux superstructures sont situées au niveau du noyau originel qui a fait la ville, laquelle en est sortie pour conquérir de nouveaux espaces au gré du site, au Sud Est et au Sud Ouest.

Un programme ville-santé procéderait par adaptation au site et aux aires de fonctionnement de l'agglomération, par une politique commune impulsée par le noyau et les superstructures de gestion

urbaine et sanitaire, associant la direction de l'environnement et toutes les associations sanitaires et de quartier. Et surtout en ouvrant à ces dernières (les associations) les perspectives dans un projet qui peut encadrer et orienter leur dynamique, la santé.

Enfin, Il ne s'agit pas ici de suggérer une ou des recettes, mais de rechercher des principes et un fil conducteur, pour une agglomération à l'urbanisation particulière, ainsi que la participation de la communauté et de tout un système d'acteurs, aussi bien que le cadre (lieu) physique et politique de son expression, dépendent de cette urbanisation.

4. L'efficacité du projet ville-santé de Constantine.

Un projet ville-santé porte l'impératif du changement voire de la création et de l'innovation, et c'est là où s'exprime son efficacité. Dès lors c'est en terme de prospective que la question se pose, et faire de la prospective, tout en considérant les chances ou les atouts que l'on a pour y parvenir.

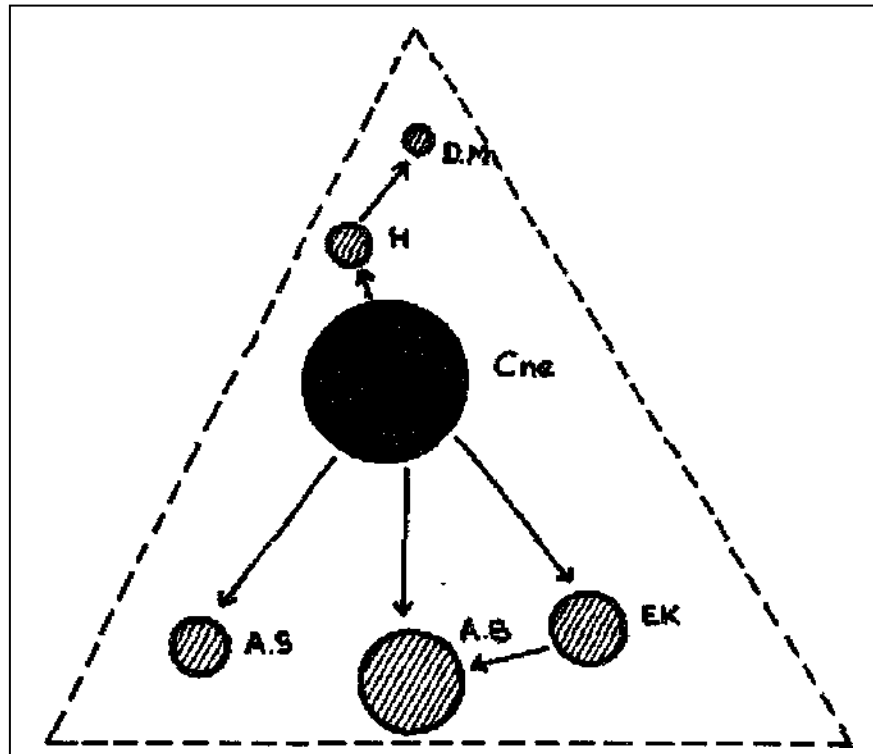
Pour ce faire, le programme ou l'action ville-santé se dirige très opportunément vers la ville-santé d'El Khroub, seconde agglomération en plein essor. El Khroub est en effet la première expérience de ville-santé en Algérie. Théoriquement, le pôle prend relais, dans la diffusion de toute chose, dans un pôle secondaire et ainsi de suite. C'est le scénario du réseau urbain.

Dans la pratique, le pôle Constantine trouve dans la ville d'El Khroub pôle relais en fait un autre pôle, prêt lui-même à participer de la diffusion pour la création d'un espace-santé. Le scénario en question ne peut en fait que prendre acte de cette situation. Il irait vers d'abord l'association de deux villes-santé, l'une disposant de moyens et l'autre d'expérience.

La théorie de la prospective (vers un espace-santé), se confond, pour sa réalisation, avec la première, en définissant les étapes et les jalons à mettre en place pour y arriver. Dans la réalisation du tout espace-santé, nous obtiendrons le schéma de dynamique spatiale suivant¹.

¹ LABII Belkacem, *op. cit.* P 96.

Figure 05: Espace santé partant du pôle



Source : thèse du Doctorat d'Etat réalisée par LABII Belkacem.

Ce schéma prend son essence dans la construction de la base du triangle d'urbanisation. Il est rendu possible par les atouts suivants : El Khroub « nouvelle ville », ville-santé et premier réceptacle de la diffusion de toute innovation de la métropole ; la ville nouvelle Massinissa (innovation) ; la ville nouvelle Ain el Bey (occasion d'innovation) ; Ain Smara « nouvelle ville » ; Didouche Mourad « nouvelle ville » et El Hamma au Nord, au sommet du triangle et reliés directement à la métropole en position centrale¹.

Nous pouvons conclure que l'efficacité d'un tel projet de ville santé, relève de fondements objectifs de l'existence et de l'évolution de l'homme, qu'ils se justifient et s'imposent de ce seul fait. Ainsi, ces deux prémisses : la ville par la santé et la santé dans la ville ne s'opposent ni ne coexistent indépendamment l'une de l'autre; elles sont parties intégrantes d'un même objet qui est le bien-être des citoyens.

¹ LABII Belkacem, *op. cit.* P 96.

5. Stratégie d'aménagement du projet Ville santé d'El Kheroub.

La ville-santé pour Constantine relève d'une stratégie spatiale. Stratégie qui concilie l'espace urbain en tant qu'entité géographique, avec le fonctionnement de cet espace urbain. L'on parlerait de « solidarité sociologique ayant une assise géographique »¹, c'est un préalable aux deux constantes suscitées d'un projet ville-santé : l'action communautaire et la gestion urbaine².

5.1. Dynamiques d'urbanisation.

L'expérience de ville santé d'El Kheroub qui se présente comme un projet pilote, en proposant à la fois des avantages du fait de l'urbanisation même, et des données à prendre en compte du fait de situations nouvelles engendrées par cette urbanisation d'un type nouveau.

Dans la même dynamique d'urbanisation qui est allée jusqu'au report de croissance urbaine et économique sur les satellites et la base du triangle renforcée par la ville nouvelle d'Ain el Bey, le Grand Constantine « ville-santé », ne peut se passer de son extension pour aller vers l'espace-santé que constitue le Triangle d'urbanisation.

L'expérience ville-santé d'El Khroub est une première en Algérie. Quels qu'en aient été la genèse, les fondements; il est irréversible du seul fait d'avoir vu le jour. Car s'il est difficile de mettre en place un projet ville-santé. La bonne volonté ne peut que s'installer structurellement et donc durablement jusqu'à devenir irréversible, malgré le manque des moyens.

Il y a des tenants pour l'initiation de toute ville-santé ; ces tenants sont le plus souvent, précisément structurels et relèvent au départ, de la prise de conscience de l'OMS de pathologies urbanisées du fait de l'urbanisation, de la réorientation des actions de santé, ou de leur recentrage, ceci en matière de santé, mais aussi en matière de disciplines concernées par la problématique de santé.

Il existe un potentiel très significatif dans cet espace en matière de prise en charge sanitaire, il persiste des problèmes structurels relatifs à la nature de l'urbanisation et encore à la gestion de Sa ville et de l'urbanisme.

¹ LABII Belkacem, op. cit. 96.

² Idem.

5.2. L'éducation sanitaire¹.

Cette entreprise vise l'amélioration de la qualité de vie des malades chroniques, par un soutien psychologique et « administratif », c'est-à-dire que le centre entreprend une prise en charge totale du patient, qui va de la gratuité des soins et des médicaments, à la confection du dossier de pension ; c'est ce qu'on appelle ici la dé bureaucratization, le but étant le suivi du patient et non pas son traitement.

L'éducation sanitaire se manifeste donc par une aide au patient à sa prise en charge par lui-même. Le centre, au-delà des actions sanitaires, s'avère être un précurseur de société civile, il n'abrite pas moins de six associations : association des diabétiques ; association des hypertendus ; association des maladies respiratoires et asthme ; association de lutte contre la toxicomanie ; association des opérés du cœur ; association Ra'fa à objectif social ; et l'association Ville-santé. Et l'on va vers la création d'une ligue des associations ; le slogan du centre est: « *Liberté et Responsabilité* ».

Nous pouvons conclure que le centre de santé communautaire réussira à instaurer un dialogue permanent avec les services d'urbanisme et à avoir un avis sanitaire sur tout aménagement urbain, quand il consolidera le projet ville-santé de manière irréversible avec la collaboration des différents acteurs de la ville : architectes, urbanistes, géographes et sociologues.

D'après tout ce qui a été dit dans cette deuxième expérience sur le projet ville santé d'El Kheroub, nous constatons qu'El Khroub ville-santé dispose de plusieurs atouts : un cadre de vie nouveau et ayant les conditions d'accueil d'idées et de programmes nouveaux, des possibilités d'aménagements urbains non encore compromis, et surtout une expérience en matière de santé communautaire. A ce niveau, l'on ne peut que se féliciter de l'envergure potentielle du projet ville-santé d'El Khroub, qui s'attaque aux problèmes prioritaires comme l'hygiène publique.

¹ LABII Belkacem, op. cit. 96.

CONCLUSION.

Nous pouvons conclure que les expériences algériennes des projets de santé publique, que ce soit la nouvelle démarche de « santé de proximité » en Algérie, ou bien le cas unique de ville santé d'El Khroub (Constantine), constituent des cas exemplaires des projets de santé publique en Algérie.

Les deux expériences algériennes ont également brillé par l'introduction de la pratique de concertation dans le processus décisionnel en matière de santé publique. De ce fait, leur étude permettra de connaître l'approche définie et la démarche adoptée de cette nouvelle pratique sur la santé publique, ainsi que les facteurs clés qui ont concouru à leur succès.

Le projet de santé publique de proximité constitue le moyen et le cadre le plus efficace dans lequel la santé publique doit être pensée et gérée. L'organisation de cette nouvelle démarche de « santé de proximité » dans un système d'acteurs, d'où l'entrecroisement de champs de compétences, cela consiste donc à adopter des modalités d'action et de prise de décision plus partenariales, plus interactives et plus flexibles ; c'est « La démarche d'un projet urbain de santé publique » tout court. El Khroub ville-santé dispose de plusieurs atouts : un cadre de vie nouveau et ayant les conditions d'accueil d'idées et de programmes nouveaux, des possibilités d'aménagements urbains non encore compromis, et surtout une expérience en matière de santé communautaire.

Enfin, ces deux expériences fortes intéressantes nous ont permis d'acquérir et de nous imprégner suffisamment de connaissances pour aborder le cas du Projet Urbain de santé publique pour Alger.

CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE.

Dans cette première partie, nous avons développé le contexte de notre problématique ainsi que le cadre conceptuel et ses différentes lectures liées à la notion de « ville santé » et comment elle s'intègre parfaitement dans la démarche de notre option « projet urbain ». Le programme Villes-Santé est un instrument utile pour s'attaquer aux problèmes complexes que pose la santé dans les villes. Les Ateliers Santé Ville constituent une leçon d'application de la démocratie en santé publique, ils sont une expérience de faire progresser la pratique de la santé dans la ville et vu qu'ils s'inscrivent dans une stratégie de développement de l'interactivité entre les objectifs de lutte contre les exclusions, ils constituent un programme régional d'accès à la prévention et aux soins.

La notion de projet urbain revêt une pluralité de sens et plusieurs caractéristiques, qui la rendaient difficile à définir d'une manière précise. Le projet urbain est à comprendre comme une nouvelle manière de penser l'urbain qui prend en considération la réalité urbaine complexe (économique, politique, social, etc.), et en tant que démarche de la planification stratégique. Le projet urbain de santé publique doit s'appuyer de ce fait sur deux facteurs fondamentaux à savoir la santé publique et un système d'acteurs efficace. La mobilisation de compétences pluridisciplinaire, leur coordination pour aboutir à un consensus, la pratique de concertation, ont constitué des moteurs clés qui ont contribué au succès des projets urbains de santé publique. Les deux expériences algériennes des projets de santé publique ; que ce soit la nouvelle démarche de « santé de proximité » en Algérie, ou bien le cas unique de ville santé d'El Khroub (Constantine) ; constituent des cas exemplaires des projets de santé publique en Algérie.

D'après tous ce qui a été dit dans cette première partie nous pouvons conclure que la thématique santé dans la ville constitue une base pour le développement d'actions ciblées sur la santé, suppose que les acteurs disposent d'un cadre et de méthodes leur permettant de traduire les objectifs en termes de mobilisation des ressources en santé, de coopération avec les partenaires et de capacité à travailler efficacement avec les citoyens. Enfin la clef du succès d'un projet urbain de santé publique réside entre autres, dans la prise en compte des attentes des usagers, des citoyens et des habitants, c'est-à-dire les destinataires du projet urbain, en les impliquant dans le processus décisionnel. Cet aspect nous intéressera particulièrement dans la partie suivante de notre recherche.

DEUXIEME PARTIE : LE CAS D'ETUDE D'ALGER

INTRODUCTION.

Cette deuxième et dernière partie de notre mémoire, porte sur l'étude et l'analyse du cas d'étude d'Alger, elle est développée en quatre chapitres. Dans un premier lieu nous allons retracer les différentes expérimentations en matière d'approche urbanistique et ce depuis le début de la colonisation jusqu'à 1995, date qui correspond à l'année de l'approbation du PDAU d'Alger.

Dans un deuxième lieu nous allons traiter de l'état des lieux de l'armature urbaine Algéroise à travers l'expérience du Grand Projet Urbain d'Alger, lancé à partir de 1997 et stoppé 1999 ; Cette expérience, même si elle fut de courte durée, reste tout de même la seule approche spécifique en matière de projet urbain en Algérie.

Ensuite dans tout un chapitre nous allons expliquer l'état des lieux de la santé dans la capitale à travers une approche descriptive analytique. Nous arriverons enfin à proposer la problématique d'un projet urbain de santé publique à Alger.

CHAPITRE 6 : DIFFERENTES EXPERIMENTATIONS URBANISTIQUES A ALGER

INTRODUCTION.

Il est indispensable au préalable de revenir sur les logiques ayant été à l'origine de la production de l'essentiel de l'espace algérois depuis le début de la colonisation française, c'est-à-dire en 1830. Ceci nous permettra de saisir le contexte et les logiques sur lesquelles les décideurs se sont appuyés pour lancer en 1997 une nouvelle stratégie d'aménagement à travers le Grand Projet Urbain.

Alger a servi depuis le début de la colonisation française en 1830 de terrain propice d'expérimentations de pratiques urbanistiques, répondant à chaque fois à des conjonctures particulières, produisant de ce fait une urbanisation spécifique ayant marqué jusqu'à aujourd'hui la physionomie de la capitale. La juxtaposition des différents plans d'urbanisme, avant et après l'indépendance ont eu pour conséquence la non maîtrise de la croissance urbaine. Une croissance urbaine qualifiée en fait d'anarchique.

Dans ce chapitre nous allons retracer les différentes expérimentations en matière d'approche urbanistique, et ce depuis le début de la colonisation jusqu'à 1995, date qui correspond à l'année de l'approbation du PDAU d'Alger.

1. Evolution historique de l'espace urbain algérois.

Le recours à l'histoire nous permet ainsi de nous éclairer sur les raisons d'échecs et les enjeux des politiques urbaines successives mises en œuvre. Il est impératif de revenir sur l'origine, des logiques et les modes de production de son espace urbain.

1.1. La période coloniale.

El Djazaïr est fondée au dixième siècle par le prince Ziride Bologhine de la tribu berbère Béni Mézghanna sur le site des ruines romaines d'Icosium.

L'espace urbain algérois actuel, est en grande partie produit par la colonisation française qui s'est étalée sur une longue période, de 1830 jusqu'au 05 Juillet 1962. De cette longue période nous avons constaté que l'urbanisation s'est effectuée selon plusieurs étapes, correspondant à chaque fois à des modes différents de production de l'espace urbain et des structures sanitaires en particulier, d'où la majorité des grands hôpitaux d'Alger datent de l'époque coloniale.

1.1.1. La période de l'urbanisme militaire.

Cette première phase de 1830 à 1870 est qualifiée d'urbanisme militaire, car les principaux acteurs qui ont dessiné et façonné la ville algérienne et Alger en particulier sont les ingénieurs du Génie militaire attachés à l'armée française. Les premières opérations de l'urbanisme militaire furent l'élargissement des rues Bab Azoun, Bab el Oued et le Quartier de la Marine. Ces voies convergent toutes vers la place d'arme, créée peu après, pour le contrôle de la ville d'Alger. Par la suite elle, sera réaménagée et prendra le nom de la Place du Gouvernement (actuel Place des Martyrs).

Carte n°09: Elargissement des trois voies convergeant vers la place d'arme



Source : André Raymond, in Cohen J.L., Oulebsir Nabila et Kanoun Youcef, 2000.

Dès lors, la ville d'Alger subit les premières destructions de l'urbanisme militaire. De nombreuses percements de plusieurs voies, et la réalisation de bâtiments le long de ces voies se développant sur 3 à 4 niveaux. Selon SAÏDOUNI M.¹ « *Le mode d'urbanisation ainsi, adopté par les ingénieurs du génie obéit à des règles simples, d'alignement et d'embellissement, qui trouve ses origines et ses fondements dans l'art urbain, mais qui est aussi régi par des règles de caractère général et des prescriptions d'hygiène* ».

Le tracé régulier et l'alignement sont choisis par les ingénieurs du génie, de façon à assurer la circulation, la salubrité, l'écoulement des eaux et l'éclairage. Ce choix répond en fait à un souci d'économie, d'efficacité et à des règles d'esthétique et défensives.

Alger se transforme alors, selon le Bulletin d'Informations Architecturales, peu à peu à travers des réalisations ponctuelles. Parcelle après parcelle et maison après maison, se constitue le réseau des voies d'une nouvelle organisation urbaine. Ainsi, un nouveau système basé sur la continuité, la hiérarchie des voies².

Les structures les plus emblématiques de cette période sont certainement : le plus grand hôpital d'Algérie « *20 000 lits, 5 000 blouses blanches, 15 hectares de bâtiments au cœur de la capitale, un véritable monument historique fondé en 1854 par les Français. L'hôpital Mustapha a reçu tous les hommes brisés pendant plus d'un siècle de turbulences... Colonisation, guerre d'indépendance, attentats du FLN et de l'OAS, émeutes de 1988, voitures piégées, assassinats et massacres* »³ ; la place d'Arme réaménagée par la suite pour prendre le nom de la place du Gouvernement (actuel place des Martyrs) ; et le fameux jardin d'Essai créé en 1832 qui s'étend sur une surface de 32 hectares où sont plantées toutes les espèces végétales du monde entier.⁴

En 1846, Alger va connaître d'autres réalisations⁵ : de nouveaux remparts au-delà des anciens ; de percement de nouvelles rues : rue de Chartes et la rue de la Lyre ; du bâti mixte et extension de la ville vers le sud (quartier d'Isly) ; et l'extension du port.

¹ SAÏDOUNI Maouia, 2000, éléments d'introduction à l'urbanisme, histoire, méthodologie, réglementation, Ed CASBAH (FAC), Alger, 271 pages.

² Un bulletin d'Informations Architecturales, Institut Français d'Architecture, supplément au n° 85, Avril 1984.

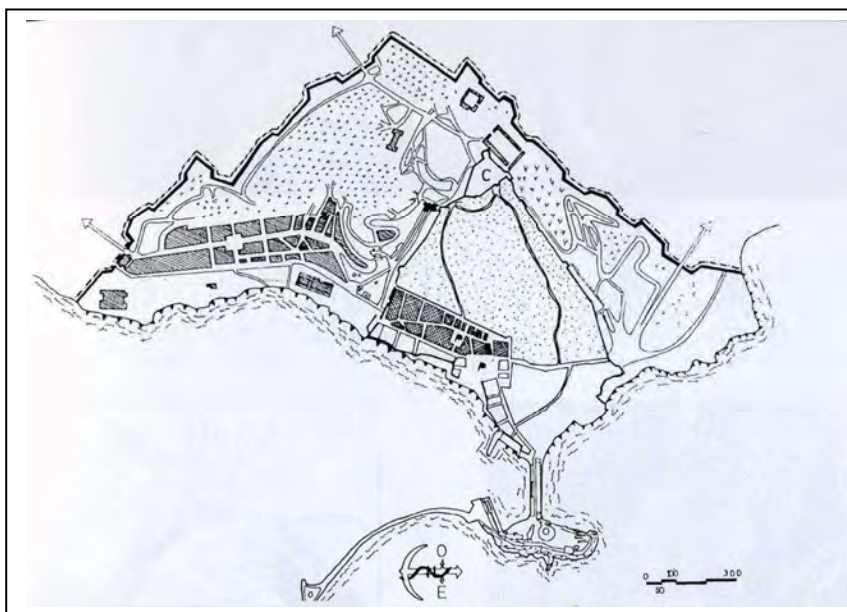
³ <http://haute-normandie.sante.gouv.fr/fr/pdf/rapa0702.pdf>

⁴ SAÏDOUNI Maouia & HADJI Lydia, Octobre 2001, évolution et actualité des espaces publics à Alger, in Revue semestrielle d'architecture et d'urbanisme, les cahiers de l'EPAU, N°9/10, PP. 28-37.

⁵ Alger métropole, région-ville-quartier, EPAU (Alger), SIAAL (Stuttgart, Institut Allemagne), 2000, P 48

Par la suite, de 1848 à 1880, l'urbanisme colonial introduit le plan d'embellissement et de mise en ordre de la croissance urbaine, pour Alger. Il s'agit du plan de Guiauchain/Delaroche qui n'est pas réalisé dans son intégralité mais les grandes directions qu'il donne seront respectées. Les réalisations de cette période marquent en fait, la première rupture morphologique avec la médina (Casbah) d'Alger.

Carte n° 10 : Alger centre en 1846



Source : Alger métropole, région-ville-quartier, 2000

1.1.2. La période de l'urbanisme spéculatif.

La deuxième phase débute en 1870, date à laquelle la troisième république confie l'administration de la colonie aux civils. Selon *le Bulletin d'Informations Architecturales*¹, Alger devient capitale administrative et connaît en même temps un grand essor économique. Beaucoup de travaux sont alors réalisés ; le port est agrandi, deux gares sont construites, le tramway (installé dès 1876) dessert en 1895 la ville depuis St Eugène (Bologhine) et Bab el Oued jusqu'au jardin d'Essai.

De 1870 à 1916 la ville d'Alger change et évolue. La décision d'annexer la commune Mustapha à Alger a renforcé les investissements privés dans le domaine de l'immobilier qui s'est traduit par la construction de nombreux quartiers ; le centre, Bab el Oued, Mustapha, puis Alger va s'étirer encore sur 7 Km le long de littoral. Les grandes rues du centre, rythmées par les places et les boulevards, filent dans les faubourgs, reprennent le tracé des routes, relient, intègrent enfin l'ensemble des quartiers à la ville.

¹ Bulletin d'Informations Architecturales, 1984, op. cit. P109.

Carte n°11 : Alger en 1889



Source : Alger capitale du 21^e siècle.

1.1.3. Période de la planification urbaine et du plan d'urbanisme.

La troisième période nous la situons juste après la première guerre mondiale, entre 1919 et 1948. Cette phase marque une mutation profonde par rapport aux précédents plans d'alignement « *Dès 1931, Alger fut dotée de son plan d'aménagement, d'embellissement et d'extension qui a conduit, en 1937, à la création d'une Région algéroise d'urbanisme* ». ¹

Nous assistons alors, selon le Bulletin d'Informations Architecturales, à la formation d'un nouveau centre autour de la Grande Poste dont l'architecture est dite « arabisante », ainsi que la réalisation d'immeubles de logements de type H.B.M (Habitat Bon Marché) afin de répondre à la crise de logements qui s'est aggravée dans les années 1920 à cause entre autres de la demande d'un nombre croissant d'employés et des petits fonctionnaires.

Cette période marque l'introduction de la planification urbaine ainsi que le plan d'urbanisme comme outil nécessaire pour la gestion d'une croissance urbaine qui devient trop rapide et à grande échelle. Elle a été marquée tout particulièrement par la célébration du centenaire de la colonisation qui s'est couronné par le lancement de plusieurs projets : « *Hôtel de ville (1935); Bureaux du Gouvernement Général (1930) ; Maison des Etudiants (1935) ; Maison de l'Agriculture (1933); Foyer Civique (1935); Musée des Beaux-Arts (1930)* » ².

1.1.4. Période de l'urbanisme fonctionnaliste.

Enfin, la dernière phase de l'urbanisation coloniale intervient après la deuxième guerre mondiale et s'achève avec l'indépendance de l'Algérie, c'est-à-dire entre 1948 et 1962.

En 1948, la nouvelle politique urbaine mise en œuvre s'est traduite par la création du « Plan Régional d'Urbanisme », suivi de la création le 15 Juin 1954 de l'Association pour l'Etude et le Développement de l'Agglomération Algéroise (l'AEDAA) connue sous le nom de « Agence du Plan d'Alger » ; cette dernière s'est faite avec l'arrivée du nouveau maire d'Alger Jacques Chevallier en 1953. ³

¹ SAIDOUNI Maouia, 2000, op. cit. P 109.

² Bulletin d'Informations Architecturales, 1984, op. cit. P109.

³ TOUSSAINT Jean-Yves, ZIMMERMANN Monique, 2000, projet urbain, technique et complexité, in Le Projet Urbain, Enjeux, expérimentations et professions, Actes du colloque, Les sciences humaines et sociales face au projet urbain organisé par l'INAMA et SHS-TEST, à Marseille, les 31 Janvier et 1er 1997, Sous la direction d'Alain Hayot et André Sauvage, Ed, De la villette, Paris, PP 183-200.

Le nouveau maire d'Alger a introduit une manière novatrice de faire la ville, qui selon *Zimmermann et Toussaint*¹, avait déjà les caractéristiques d'un vrai projet urbain. Il pense l'aménagement de sa ville comme moyen de sa politique.

Jean Jacques Delluz déclare : « je n'hésite pas à l'écrire : un plan d'aménagement, c'est un devoir nécessaire, un testament qu'on laisse à ses successeurs. Ce n'est pas une fin en soi. Selon l'usage que l'on en fait, il peut être matière vivante ou matière morte. Il ne vaut que par les opérations qui s'y insèrent. A Alger, où nous sommes avant tout orientés vers l'action, ce sont les opérations qui nous intéressent... »².

C'est sur cette expérience algéroise du temps du maire Chevallier, que *Toussaint et Zimmerman* se sont appuyés pour dire que « la finalité du projet urbain est dans la rencontre avant que d'être dans un plan, dans une forme d'espace. Le plan n'est qu'émergence, résultat d'un dialogue ; c'est-à-dire qu'il résulte de la capacité à relier ce qui tend à se séparer. C'est en quelque sorte, en opposant les points de vue, se réunir autour de ce qui sépare »³. Seulement, un vrai projet urbain doit tenir compte aussi des attentes de toutes les populations y compris celles des algériens, sans discrimination ou marginalisation. Ils doivent avoir le « droit à la ville », en d'autres termes l'accès au logement, à l'emploi, à la santé, à l'éducation etc.

Malheureusement, ce n'était pas le cas. La population algérienne était cantonnée à la Casbah et dans les bidonvilles à la périphérie d'Alger, tout au mieux et presque à la fin de la colonisation dans des cités de recasements et les H.L.M. (Diar El Mahsoul), dont la surface des logements est limitée au maximum à 35 m² selon le Bulletin d'Informations Architecturales. Cette opération a été initiée dans le cadre du Plan de Constantine à partir de 1958 par le Général de Gaulle. En fait, ce plan vise l'intégration de certaines couches de la population algérienne dans le système colonial, notamment par la création d'emplois réservés et le développement de la scolarité. Parallèlement, il inaugure une nouvelle politique d'industrialisation dont la condition préalable est la décentralisation économique au profit de 15 villes moyennes et d'une trentaine de petites villes de l'intérieur qui seront équipées pour recevoir les activités nouvelles et une part importante des excédents de population⁴.

¹TOUSSAINT Jean-Yves, ZIMMERMANN Monique, 2000, op. cit. P 112.

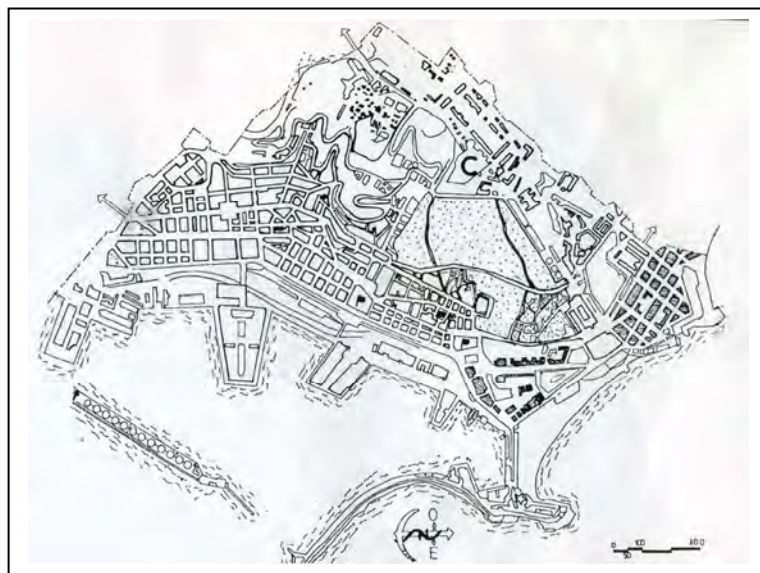
² DELUZ Jean-Jacques, 1988, l'urbanisme et l'architecture d'Alger, aperçu critique, Office des Publications Universitaires Alger, Ed Pierre Mardaga, 195 pages.

³ TOUSSAINT Jean-Yves, ZIMMERMANN Monique, op. cit. P 112.

⁴SGROÏ-DUFRESNE Maria, 1986, Alger 1830-1984 : Stratégie et enjeux urbains, Editions Recherche sur les Civilisations, Paris, 252 pages.

Toutefois, nous ne devons pas ignorer aussi un fait important qui a marqué cette période notamment à la fin des années 1950, c'est l'introduction dans la planification urbaine française des théories du mouvement moderne, dont les principes sont issus de la Charte d'Athènes, et qui définit l'espace selon les principales fonctions urbaines suivantes : habiter, travailler, se divertir, circuler et se cultiver. Les principes généraux de cette Charte, selon SAIDOUNI M. sont : « *le fonctionnalisme, le zonage, le grand ensemble, l'équipement, l'open-planning, la table rase et l'architecture clef en main* »¹.

Carte n° 12 : Alger centre en 1950



Source : Alger métropole, région-ville-quartier, 2000

A partir de là, diverses opérations sont lancées à Alger et sa périphérie, suivant ces recommandations ; les cités de recasement, et les H.L.M. (Habitations à Loyer Modéré) pour Algériens et les grands ensembles sociaux pour les européens.

De certaines de ces opérations s'inscrivant dans le cadre de l'urbanisme du mouvement moderne : Diar es Saada (1954), Diar el Mahsoul (1955), Climat de France (1957), le maire d'Alger Chevallier, voulait en faire la « vitrine de son action municipale », en les confiant à Fernand Pouillon. Ce n'est qu'à partir de 1958 et pour répondre aux exigences de la construction et de la modernisation urbaine que de nouveaux instruments réglementaires d'urbanisme définissant les grandes lignes méthodologiques du P.U.D et des instruments annexes, ont été institués par le Ministère de la Construction Français.²

¹ SAIDOUNI Maouia, 2000, op. cit. P 109.

² Idem.

Dés lors, la politique urbaine suivie en Algérie même après l'indépendance et ce jusqu'à la fin des années 1980 s'inspire largement de la législation française en matière d'urbanisme notamment à travers les instruments d'urbanismes le P.U.D et ses annexes (P.C.D, P.M.U, etc.).

En France, les opérations de réhabilitation des grands ensembles s'inscrivent dans le cadre de la politique de Développement Sociale Urbaine et Développement Social des Quartiers. L'objectif de cette politique de réhabilitation est de modifier l'image des banlieues et le cadre de vie de ses habitants. Les options adoptées par la suite, c'est-à-dire au début des années 1990, sont la valorisation économique et sociale et leur intégration dans des Grands Projets Urbains (GPU) et les Grands Projets Villes (GPV).

En effet, la planification traditionnelle fonctionnaliste a largement fait place depuis la fin des années 1970 à des politiques urbaines plus opportunistes et pragmatiques basées sur un urbanisme de projet, un urbanisme qui implique une pluralité d'acteurs s'inscrivant dans une démarche transversale.

Enfin, de cette longue période coloniale nous constatons qu'Alger a effectivement servi de terrain indéniablement riche en matière d'exploration des modes de production de l'espace urbain. La planification urbaine des dernières années de la colonisation va être continuée même après l'indépendance.

1.2. Les pratiques urbanistiques de l'Algérie indépendante (1962-1995).

L'Algérie indépendante, de 1962 à 1995, a lancé plusieurs tentatives en matière de politique urbaine avec, à chaque fois, de nouveaux instruments d'urbanisme (POG, PUD, PDAU) dans le but de parvenir à la maîtrise de la croissance urbaine dans les grandes villes du pays en particulier, Alger.

1.2.1. Les premières années d'indépendance 1962-1968 : L'option est pour la continuité.

*Nassima Dris*¹ souligne qu'après l'indépendance, le pouvoir souverain d'Alger de part la loi du 31 Décembre 1962 a opté pour la continuité en matière de gestion urbaine et de l'urbanisme en particulier et ce jusqu'à 1968. Cette continuité est assurée par la reconduction des mêmes structures d'organisation et les mêmes instruments d'urbanisme légués de l'époque coloniale ; la CADAT² (pour les zones industrielles) et les ponts et chaussées qui reconduisent fatalement aussi bien les plans d'urbanisme existants que les programmes inachevés du « plan de Constantine » et ce, jusqu'en 1968.

¹ DRIS Nassima, 2002, Préface OSTROWESTSKY Sylvia, La ville mouvementée, espace publics, centrante, mémoire urbaine à Alger, Ed L'Harmattan, UE, 345 pages.

² CADAT : Caisse Algérienne de l'Aménagement du Territoire .

Dés lors, le mode de production colonial de l'espace urbain était destiné à une population exclusivement européenne, dont le mode de vie, les usages et les pratiques sociales de l'espace sont totalement différents de la population musulmane algéroise. En effet, la colonisation a introduit de nouvelles formes spatiales qui s'inspirent largement de la ville européenne par la création de jardins publics, des places publiques, des boulevards, des avenues, des rues et des trottoirs.

Ainsi, après avoir vécu 132 ans sous la domination française, le pouvoir souverain d'Alger se retrouve d'un seul coup face à une situation qu'il n'a jamais eu à gérer. Dépourvu de moyens et de compétences nécessaires pour gérer et contrôler la croissance urbaine algéroise, il est évident qu'il n'avait d'autre choix que de reconduire les mêmes structures d'organisation et les mêmes instruments d'urbanisme du moins pour une certaine période, et ce malgré l'inadaptation du produit de l'urbanisme colonial c'est-à-dire les logements et les espaces publics aux modes de vie de la population algérienne.

Cette option pour la continuité va prendre fin du moins pour Alger dès 1968. Son nouveau statut de capitale d'un pays souverain ainsi que la volonté politique de rompre d'une manière radicale avec les méthodes pratiquées par la colonisation constituent les raisons de ce choix. Ceci, va se traduire par la création le 28-11-1968 du C.O.M.E.D.O.R¹ (Comité Permanent d'Etudes de Développement, d'Organisation et d'aménagement de l'agglomération d'Alger) et l'élaboration du P.O.G (Plan d'Orientation Général).

1.2.2. Le P.O.G d'Alger : un véritable projet urbain (1971-1979).

Ce n'est qu'à partir de 1968 qu'un tournant décisif va être pris en matière d'urbanisme et d'aménagement du territoire. Cette nouvelle politique urbaine est élaborée en cohérence avec les choix et les options politiques (algérianisation du pays et l'option socialiste) et économiques, marquant ainsi une rupture radicale avec les méthodes léguées par la colonisation française.

Ceci s'est traduit par la création de nouvelles structures techniques d'aménagement : l'E.C.O.T.E.C² (Bureau Nationale d'Etudes Economiques et Techniques) en Août 1967 sous la tutelle du ministère des finances, suivi quelques mois plus tard en Janvier 1968 de l'E.T.A.U³ (Bureau d'Etudes de Travaux publics, d'Architecture et d'Urbanisme), organisme d'étude et de réalisation qui avec son Département d'Urbanisme est chargé de l'élaboration des plans d'urbanisme de plusieurs villes algériennes.

¹ Décret n° 67-625

² Ordonnance n° 67-170 du 31 août 1967.

³ Ordonnance n° 68-12 du 13 janvier 1968.

La méthode de l'E.T.A.U, aborde l'espace urbain d'une manière rigoureuse, reflétant les décisions en matière d'urbanisme privilégiant beaucoup plus l'aspect économique puis social et ne tient pas compte des réalités concrètes urbaines et des spécificités locales.¹

Parallèlement, les hautes instances de l'Etat établissaient un constat, évoquant la nécessité et l'urgence de changement de cap en matière de politique urbaine en particulier pour la jeune capitale Alger. Parmi les raisons évoquées, alors, et qui figurent dans le rapport du C.O.M.E.D.O.R nous avons retenu les plus significatives² : au lendemain de l'indépendance, Alger faisait figure d'une ville de type colonial et ne disposait pas d'infrastructures indispensables au fonctionnement d'une capitale d'un pays indépendant et souverain ; les nombreux plans d'urbanisme élaborés précédemment, une douzaine depuis 1930, n'ont jamais été approuvés ni appliqués et, de ce fait, n'ont pu constituer un moyen de contrôle pour le développement de l'agglomération ; et enfin les plans établis durant la période coloniale, avaient des objectifs radicalement opposés à nos options et, l'application partielle des documents préparés après l'indépendance, n'ont pu constituer un moyen de contrôle efficace.

A cet état de fait, nous pouvons ajouter qu'Alger de par son nouveau statut de capitale d'un pays souverain, possédant l'héritage d'un patrimoine très riche sur le plan architectural et urbanistique, présente aussi des atouts et des potentialités non négligeables. Dès lors, elle, s'est vue doter d'un organisme spécifique : le fameux COMEDOR qui a abouti à l'élaboration du P.O.G, approuvé en 1975. L'approche du COMEDOR est l'une des plus intéressantes depuis l'indépendance à nos jours.

Chérif RAHMANI³, vingt cinq ans plus tard, confirme d'ailleurs que cette approche : « Fondé sur la maîtrise et l'organisation de la métropolisation d'Alger, ce POG constituait déjà un Grand Projet Urbain pour Alger dans la mesure où il offrait, en rapport avec les ambitions fixées à notre capitale, une stratégie d'aménagement intégré de la ville et de sa région ».

¹ZUCHELLI Alberto, 1983, Introduction à l'urbanisme opérationnel et à la composition urbaine, volumes 1, Alger, EPAU / OPU, 428 pages.

² Plan d'Orientation Générale pour le développement et l'aménagement de l'agglomération d'Alger, Direction des Etudes Techniques de la Planification et de l'Urbanisme, COMEDOR, Documents annexes à l'ordonnance n° 75-22 du 27 mars 1975, P. 7.

³ Chérif RAHMANI, Alger, Capitale du 21ème Siècle, Le Grand Projet Urbain, Edition URBANIS, Impression ANEP, Alger, 1997, P111.

En effet, si nous nous référons aux caractéristiques que nous avons développées précédemment dans le chapitre (3) portant sur le projet urbain, nous pouvons avancer que l'approche du COMEDOR et de son P.O.G constituaient effectivement déjà un véritable Grand Projet Urbain. Ces caractéristiques peuvent être présentées comme suit :

1.2.2 .1. l'ambition et la volonté politique.

Sachant qu'un projet urbain doit exprimer avant tout une volonté politique forte, le COMEDOR avait pour mission d'y répondre et de « *faire de la capitale un symbole de souveraineté nationale restaurée et une grande métropole économique d'un pays en plein développement* »¹.

1.2.2 .2. une vision stratégique.

L'Approche développée par le COMEDOR est une véritable planification stratégique et le POG en constitue son plan stratégique. En effet, le COMEDOR a défini tout d'abord un cap vers lequel se diriger. Il constitue l'objectif principal et reflète l'ambition et la volonté politique d'un Etat souverain. Pour atteindre cet objectif et sur la base d'un constat et d'un diagnostic établis au préalable sur l'état de la capitale, une stratégie, des priorités et des objectifs globaux ont été ainsi, définis. Ces objectifs globaux, qui constituent en fait, l'une des caractéristiques majeures de la démarche stratégique sont le développement économique et social de la capitale et de sa région ainsi que la limitation de l'accroissement de l'agglomération au profit d'un développement régional équilibré.

L'approche du COMEDOR s'est illustrée aussi par la définition d'un Plan de Développement et d'Aménagement de l'Agglomération d'Alger. Ce plan porte un caractère du Plan d'Orientation Générale, il est donc flexible et dynamique. Le P.O. G « *a pour objet de définir la stratégie de l'urbanisme de l'agglomération d'Alger, d'orienter et de coordonner dans leurs grandes lignes toutes les actions de l'Etat, des collectivités locales, des établissements publics et du secteur privé ayant effet d'aménagement du territoire dans le périmètre de l'agglomération. C'est en ce sens que le POG constitue un plan stratégique* »². Le P.O.G s'inscrit dans la durée par la définition des grandes lignes de développement de l'agglomération d'Alger dans l'espace et dans le temps, le court, le moyen et le long terme³.

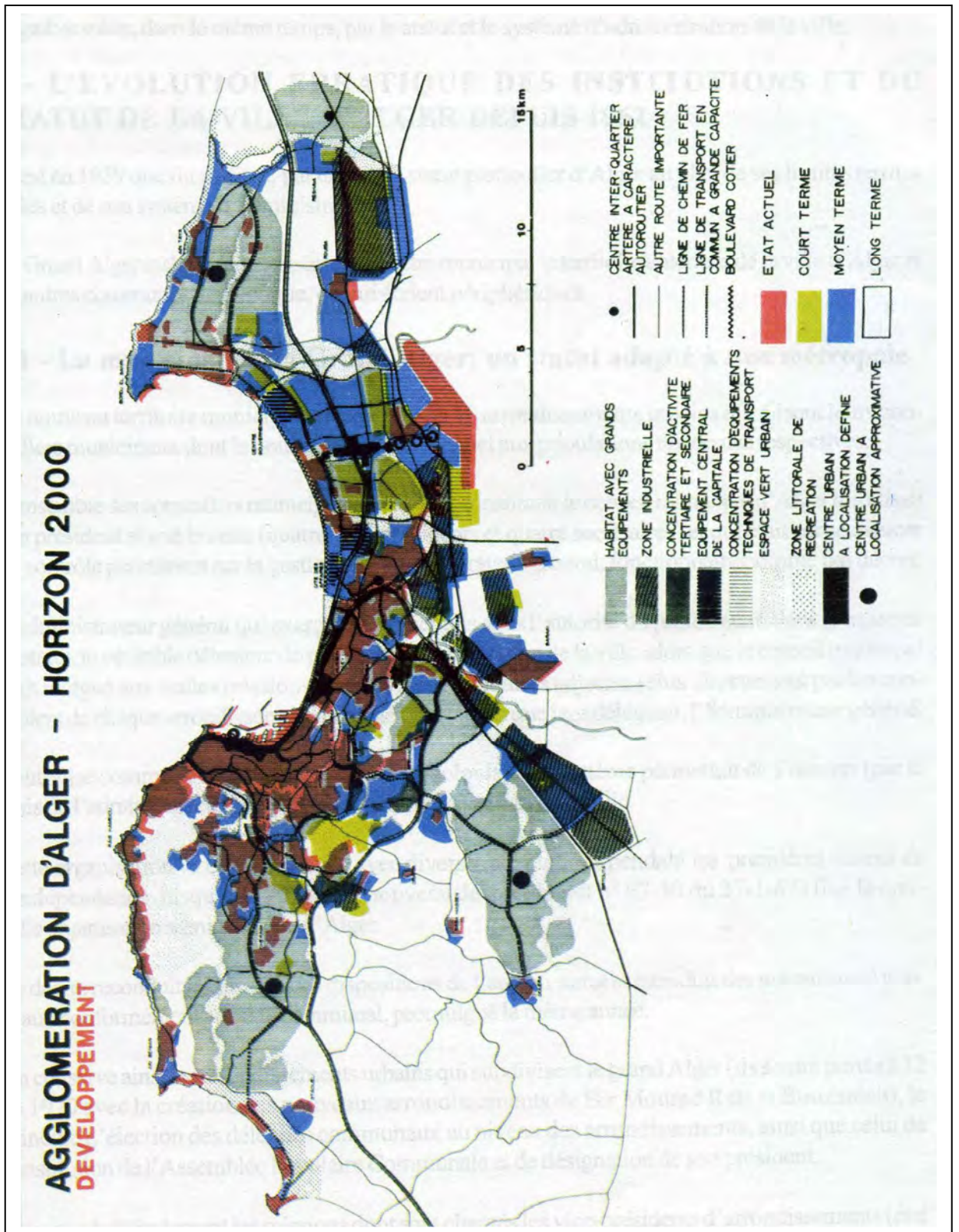
Enfin, pour la concrétisation de ce projet ambitieux, il devient nécessaire de concourir des moyens colossaux et hétérogènes, (humains, matériels, techniques et financiers). Pour toutes les raisons que nous venons d'évoquer, nous pouvons alors affirmer que l'approche du COMEDOR relève d'une stratégie.

¹ SGROÏ-DUFRESNE Maria, 1986, *op. cit.* P 113.

² Plan d'Orientation Générale pour le développement et l'aménagement de l'agglomération d'Alger, *op. cit.* P 117.

³ *Idem.* P 10.

Carte n°13 : le Plan d'Organisation Générale d'Alger horizon 2000



Source : Alger, capitale du 21^{ème} siècle.

1.2.2 .3. les échelles du P.O.G.

Nous pouvons qualifier aussi le P.O.G de projet urbain global dans le sens où il ne se limite pas uniquement à l'échelle de la capitale, mais à l'échelle de toute l'agglomération d'Alger et même au-delà, pour englober les villes satellites telle que Blida, Larbaa, Hadjout, Bordj-Menaïel. En effet, le COMEDOR avait proposé au départ un schéma d'aménagement régional. Le développement économique et social de ces villes par la création de l'emploi, de logements et divers équipements avait pour objectif le maintien des populations sur place et de freiner ainsi l'exode rural sur la capitale. L'élargissement de l'échelle territoriale de l'agglomération d'Alger, est l'un des facteurs permettant d'accéder au statut de grande métropole¹.

1.2.2.4. transversalité et le jeu d'acteurs.

Le COMEDOR avait également pour mission d'assurer la coordination et la concertation entre les nombreux acteurs mobilisés à cet effet afin de mener à bien les projets. Ces différents acteurs sont les décideurs, les planificateurs, les aménageurs et les utilisateurs. Ils représentent aussi les différents secteurs et organismes de l'Etat²: le COMEDOR en tant qu'acteur principal et coordonnateur, rattaché directement à la présidence du conseil des Ministres ; les représentants des différents ministères et organismes concernés ; les collectivités locales de l'agglomération d'Alger ; les directeurs des deux bureaux d'études ECOTEC et E.T.A.U ; ainsi que le Wali d'Alger.

A cette multitude d'acteurs nous pouvons ajouter, « *de nombreux groupes de travail internationaux, dont des groupes venus d'universités allemandes, anglaises, italiennes et françaises* »³ pour participer à l'élaboration des plans.

Le COMEDOR avait théoriquement pour principales tâches de « *coordonner et d'orienter toutes les actions inscrites au plan et assurer ainsi une coordination verticale (entre les différentes instances territoriales) et horizontale (entre les différents secteurs économiques)* »⁴. Ceci nous amène à dire que l'approche du COMEDOR est une démarche transversale totalement en rupture avec les logiques sectorielles de la planification traditionnelle fonctionnaliste.

La méthode du COMEDOR s'est illustrée également, par l'introduction de la pratique de concertation dans le processus d'élaboration du P.O.G et notamment dans la planification à court terme

¹ Plan d'Orientation Générale pour le développement et l'aménagement de l'agglomération d'Alger, *op. cit.* P 117.

² DRIS Nassima, 2002, *op. cit.* P 115.

³ Ribbek Eckhart, GANGLER Annette, Architecture et Urbanisme en Algérie, Documentation de la coopération bilatérale dans le secteur de l'éducation, recherche, consultation, Partenariat EPAU / SIAAL, Université de Stuttgart, P. 76.

⁴ Voir article présentation du P.O.G. in revue d'aménagement et d'urbanisme n° 02, Juillet 1976, P. 07.

par la mise en œuvre du plan pour la concertation des actions. La démarche transversale, la mobilisation d'une multitude d'acteurs, la coordination ainsi que la pratique de concertation exercée au sein du COMEDOR, constituent les caractéristiques d'un véritable Grand Projet Urbain.

1.2.2 .5. la flexibilité.

Les caractéristiques développées précédemment nous permettent de déduire, que le P.O.G se démarque des autres plans d'urbanisme par son dynamisme et sa flexibilité. En effet, la méthode mise en œuvre par le COMEDOR pour l'élaboration du P.O.G comme le souligne *Alberto Zucchelli*¹ : « le caractère d'un instrument urbanistique "ouvert" et au service d'une politique de programmation urbaine et de planification physique et spatiale "souple et permanente", attentive à l'évolution de la réalité urbaine et territoriale sous l'effet du développement socio-économique de la capitale et du pays ».

Malgré toutes ces caractéristiques qui, confèrent au P.O.G le statut d'un vrai projet urbain, nous avons soulevé des insuffisances en particulier dans le domaine de la pratique de concertation. En effet, celle-ci n'est pas élargie aux usagers et aux citoyens c'est-à-dire les destinataires du projet. Ceci, peut s'expliquer à notre sens par l'absence de pratiques démocratiques. Le régime totalitaire et la vision unique de l'époque, étaient à rencontre des libertés individuelles, du droit à l'expression et donc de la participation des citoyens à la gestion de leur ville.

Le POG a été remis en cause prématurément en 1979, mais pour d'autres considérations : il avait pris l'option de privilégier le développement et l'extension d'Alger vers l'Est. Le POG considérait que l'urbanisation du côté Sud-ouest serait très coûteuse à cause des difficultés liées à la topographie du site. Seulement, cette option s'est heurtée au rejet par les instances politiques et en particulier le Bureau National d'Études pour le Développement Rural (BNEDER), car jugée trop consommatrice de terres agricoles. Cet argument, à notre sens, est peu fondé, car l'urbanisation s'est quand même poursuivie sur ces mêmes terres et d'une manière spontanée, anarchique et aléatoire. Cette urbanisation chaotique, aurait pu être évitée, en maintenant ou en réorientant la politique d'urbanisation définie par le P.O.G. La remise en cause permanente des plans d'urbanisme est devenue par la suite, presque une règle de la politique urbaine en Algérie.

¹ ZUCCHELLI Alberto, 1983, op. cit. P 117.

1.2.3. Le P.U.D. (1981-1987) ; un document pour légitimer les projets des instances politiques.

Après la remise en cause du POG et la dissolution du COMEDOR en 1979, un Centre Nationale d'Etudes et de Réalisation en Urbanisme¹ (CNERU) a été créé en 1980. Ce centre a été chargé d'élaborer un Plan d'Urbanisme Directeur (PUD) pour Alger, en tenant compte des réserves émises à rencontre du POG, des recommandations politiques et les propositions du BNEDER (le Bureau National d'Etudes pour le Développement Rural). Un périmètre d'études qui inclut les communes du Sud-ouest et exclut celles de l'Est est dès lors, arrêté. Ces recommandations et orientations sont aussi les termes du Conseil des Ministres du 30 Septembre 1979 et qui se présentent comme suit²: la révision des dispositions du POG (Plan d'Orientation Générale du COMEDOR) dans le sens d'une meilleure protection des terres agricoles ; l'élaboration et lancement d'un programme d'équipements à réaliser pour répondre aux besoins immédiats de l'agglomération ; le lancement du processus de limitation de la croissance de l'agglomération d'EI Djazaïr et mise en place de moyens de contrôle de l'urbanisation.

Il est à remarquer que le PUD est apparu dans le contexte du lancement du développement quinquennal de 1980-1984 et avait donc en principe comme mission, conformément aux options du plan quinquennal de « *maîtriser la dynamique urbaine par l'affectation des sols, de tracé des grandes infrastructures, l'organisation des transports, la localisation des services et activités importantes ainsi que les zones préférentielles d'extension et de rénovation* »³.

De ce fait, l'Etat devient l'unique et principal acteur, il est à la fois décideur, aménageur, planificateur, financier et contrôleur. Dès lors, le rôle du CNERU va se limiter à légitimer les projets arrêtés en se forçant à leur trouver des justifications techniques. Les urbanistes et les architectes du CNERU sont ainsi, sommés de traduire les choix et les décisions des instances politiques dans le PUD.

¹ Décret n° 80-275 du 22 novembre 1980.

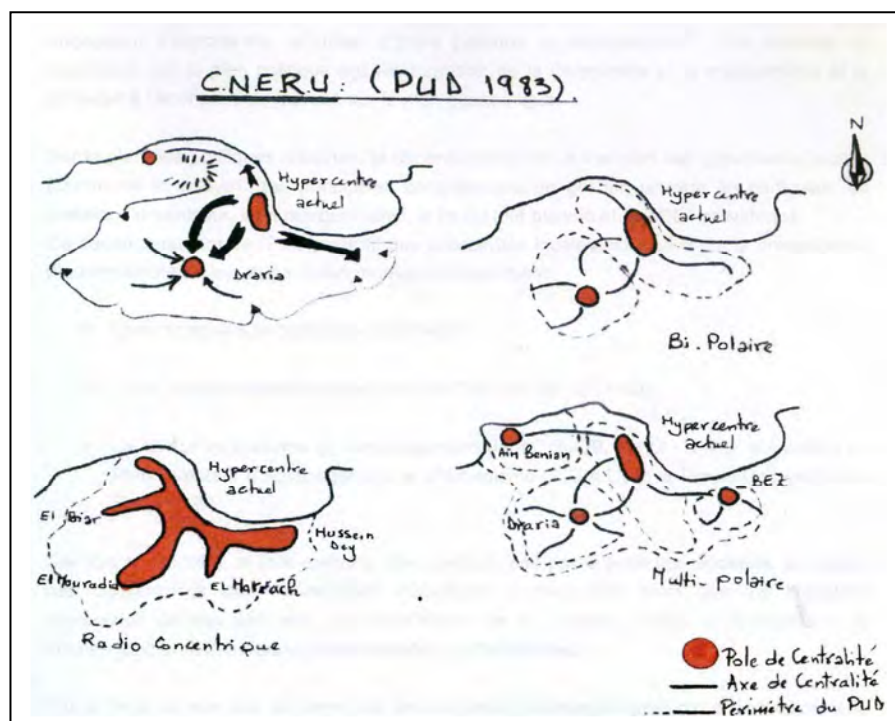
² DELUZ Jean-Jacques, (1988), l'urbanisme et l'architecture d'Alger, aperçu critique, Office des Publications Universitaires Alger, Ed Pierre Mardaga, 195 pages.

³ Extrait du rapport général du plan quinquennal (1980-1984), MPAT 1980 p.187, in, Annouche Karima, repenser la ville à la lumière des spécificités locales in, Actes du Séminaire International : « Enseignement et pratique de l'architecture, quelles perspectives? » EPAU, Alger, 2002 P 345.

Tandis que le schéma directeur qu'il a élaboré à l'échelle régionale ou de l'agglomération d'Alger pour le long terme et considéré pourtant, comme « *document stratégique pour l'organisation, la programmation et la planification du développement urbain, dont il constitue le cadre de cohérence spatiale et temporelle* »¹ avec ses trois variantes d'aménagement fondées sur le principe de centralité (Radio concentrique, Bipolaire et Polycentrique), est également rejeté pour les mêmes raisons évoquées pour le POG.

Finalement, le prétexte de la protection des riches terres agricoles est balancé à chaque fois qu'on veut remettre en cause pour une raison ou une autre un plan d'urbanisme. Le PUD est arrivé à son terme en 1987 et ne sera jamais approuvé à cause des nombreuses injonctions que lui imposèrent les administrations. Il a été reformulé sous forme du PDAU. Cette démarche ponctuelle et isolée des instances politiques, va avoir des répercussions néfastes sur le terrain en engendrant des déséquilibres flagrants non seulement entre les quartiers d'Alger, mais aussi au-delà de ses limites, c'est-à-dire, entre la capitale et le reste du pays.

Carte n°14 : Variantes d'aménagement du PUD concernant la centralité d'Alger



Source : C.N.E.R.U, PUD, 1983.

¹ Rapport du PUD, 1983, P. 231, in, Annouche Karima, repenser la ville à lumière des spécificités locales, Colloque International, EPAU, Mai 2002, P. 353.

1.2.4. Le PDAU, un instrument pour s'adapter au nouveau contexte.

Sur le plan des politiques urbaines, la décentralisation et le transfert aux collectivités locales (commune et wilaya), des principales compétences de gestion urbaine en particulier, en matière d'urbanisme, vont marquer ainsi, la fin du tout planifié et de l'Etat-providence. Ce désengagement de l'Etat au profit des collectivités locales est motivé par la promulgation d'un ensemble de lois et de textes juridiques notamment : la loi relative à la commune (loi 90-08) ; la loi portant orientation foncière (loi N° 90-29. Du 18-11-90) ; et la loi sur l'urbanisme et l'aménagement (loi N° 90-29. Du 01-12-90), qui institue un Plan Directeur d'Aménagement et d'Urbanisme (P.D.A.U) et le Plan d'Occupation au Sol (P.O.S).

Ces lois consacrent le libre exercice des compétences par la prise des décisions au moyen des délibérations des Assemblées Populaires Communales ainsi que les modalités d'exécution de ces décisions : la réhabilitation de la propriété privée, la libéralisation du marché foncier et immobilier, l'aménagement et l'urbanisme. Par la force de ces lois, la commune devient ainsi, l'acteur principal de la production et la gestion des espaces urbains, notamment pour l'élaboration et la gestion des P.O.S, documents opposable au tiers. L'opposabilité au tiers veut dire selon *OUGOUADFEL Hamid*¹ que « toute personne physique ou morale se sentant lésée par les décisions du plan peut ester le président et ordonnateur du plan ». Suite à ces nouvelles dispositions, les autorités de la Wilaya d'Alger et le Ministère de l'Equipement, chargent en décembre 1990 le CNERU d'élaborer un PDAU pour Alger conformément à la loi N° 90-29 et de corriger les erreurs du PUD.

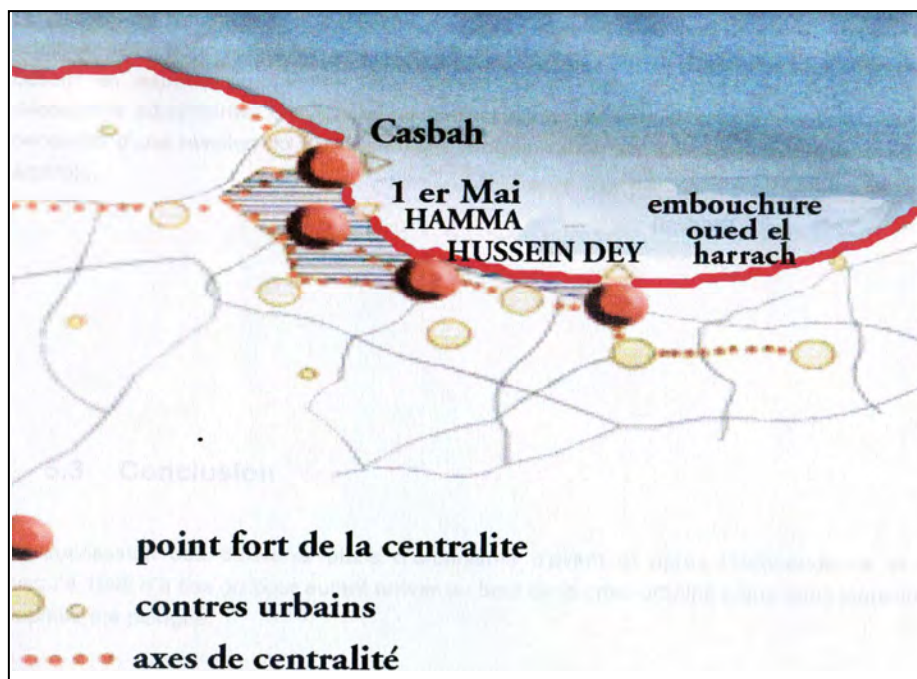
Le PDAU d'Alger qui « correspond en réalité à une mise en conformité du PUD par rapport à une nouvelle législation en matière d'urbanisme »² sera approuvé en décembre 1995³. A travers, les instruments d'urbanisme (PDAU et POS), qui s'inspirent largement des SDAU et les POS français, une nouvelle manière plus démocratique de gérer l'espace urbain est désormais lancée. Cependant, ce mode de gestion de l'espace urbain est devenue plus complexe, notamment, par l'émergence d'une multitude d'acteurs aux intérêts, le plus souvent variés et parfois complètement contradictoires.

¹OUGOUADFEL Hamid, Avril 1995, Economie de marché : La ville et l'architecture, in revue d'architecture et d'urbanisme, H.T.M. (Habitat Tradition et Modernité, n°3, La transition à l'économie de marché, La ville et l'architecture, PP. 82-92

² CNERU, Rapport du PDAU d'Alger, 1991.

³ Décret exécutif n°95-442 du 23 décembre portant approbation du PDAU.

Carte n°15 : Le P.D.A.U, Schéma d'Aménagement proposant 4 pôles de centralité



Source : P.D.A.U. / C.N.E.R.U, 1983-1995.

Enfin, la gestion et l'aménagement de l'espace urbain de la capitale s'est heurté à une difficulté additionnelle : pour répondre aux objectifs de développement économique et social, le besoin en espaces supplémentaires devient de ce fait, indispensable. Seulement, le découpage administratif en vigueur ne permet d'aller au-delà des limites d'Alger, d'où la nécessité d'une révision du PDAU et d'une réorganisation administrative de l'espace urbain algérois.

CONCLUSION.

Alger, de par son statut de capitale, possède plusieurs atouts et potentialités. Sa position géostratégique que ce soit à l'échelle du bassin méditerranéen, du Maghreb ou de l'Afrique, lui procure une place de premier rang. La succession des différents plans d'urbanisme d'avant et après l'indépendance et ce jusqu'à 1995 n'a pas pu pour autant arriver à bout de la crise urbaine aiguë dans laquelle la capitale a été plongée.

En effet, les projets pour Alger doivent se baser sur un constat et un diagnostic préalable, d'études spéciales et approfondies. Une attention particulière doit être donnée aux grandes structures publiques, dont l'aménagement doit s'inscrire dans le cadre d'une approche globale et transversale, nécessitant une approche pluridisciplinaire avec la mobilisation d'une multitude d'acteurs et le recours aux pratiques de concertation et de partenariat en impliquant également les usagers, les citoyens et les habitants.

Les différentes politiques urbaines successives précédentes, ont provoqué une nouvelle démarche du Projet Urbain pour Alger. Cette nouvelle démarche portera d'une part sur la réorganisation administrative qui donnera naissance au Gouvernorat du Grand d'Alger et d'autre part, le lancement d'un Grand Projet Urbain qui va faire l'objet du prochain chapitre.

CHAPITRE 7 : LE GRAND PROJET URBAIN D'ALGER

INTRODUCTION.

Alger, après un retard considérable, a pris conscience de la nécessité de relever le défi et d'entrer en compétition pour rivaliser les grandes villes du monde. En effet, la compétition entre les grandes villes née de la globalisation et les processus de métropolisation qui ont touché la plupart des grandes villes du monde, n'a pas laissé Alger indifférente à ce mouvement.

La prise de conscience des autorités algériennes s'est traduite par la décision de doter Alger d'une véritable autorité métropolitaine en désignant en Août 1996 un Ministre-Gouverneur en l'occurrence Monsieur Chérif RAHMANI pour une mission extraordinaire ; l'instauration d'un nouveau statut pour la capitale souveraine Alger, le Gouvernorat du Grand Alger qui se concrétisa en Juillet 1997, et le lancement d'un Grand Projet Urbain.

Cette approche initiée pour Alger a été qualifiée de politique spécifique et novatrice pour avoir notamment introduit l'interdisciplinarité comme mode de réflexion afin de parvenir à l'élaboration d'une stratégie cohérente de développement. En effet, plusieurs acteurs de compétences diverses se sont mobilisés bénévolement durant une année (1996 -1997). Les débats et travaux menés ont débouché sur des propositions d'ordre général ainsi que les premiers contours de la stratégie envisageable, le tout formulé dans le fameux document bleu intitulé «Alger capitale du 21ème siècle, le Grand Projet Urbain ». De ce fait, ce dernier a constitué le document de base pour l'élaboration du présent chapitre.

1. L'établissement d'un diagnostic stratégique.

L'analyse se qui suit est inspirée du fameux document bleu intitulé «Alger capitale du 21ème siècle, le Grand Projet Urbain » et du travail de BELKHAMSA Belkacem ; intitulé une nouvelle manière de pensé la ville à travers le projet urbain (Barcelone-Lyon-Alger), EPAU d'Alger.

L'établissement de l'état des lieux et d'un diagnostic stratégique a nécessité la mobilisation pendant une année (1996-1997) d'une multitude d'acteurs répartis en groupe de compétences en fonction des thèmes correspondant à leur compétences et spécialité. Ces acteurs sont des gestionnaires expérimentés, des universitaires, chercheurs et hommes de l'art qui se sont occupés d'Alger ou intéressés à son passé comme à son avenir.

1.1. Crise économique, sociale et dégradation du cadre urbain algérois.

« *L'économie constitue l'une des dimensions importante de la réalité urbaine, en ce sens où elle influe sur la qualité du cadre de vie et de l'environnement urbain* »¹. L'impact des différentes politiques économiques successives de l'Algérie indépendante sur l'espace urbain algérois est confirmé par plusieurs études et travaux, notamment celui de Nadia DJELAL-ASSARI² qui souligne en effet, que les politiques économiques ont toujours eu des retombées importantes sur l'urbanisation, la planification urbaine et les mutations des espaces urbains en Algérie. Dès lors, nous allons tenter de montrer comment après l'indépendance, le choix des politiques économiques adoptées ont eu des conséquences néfastes sur l'espace urbain algérois, générant ainsi, dans les années 1980 et 1990, une crise urbaine sans précédent.

Les dysfonctionnements, et la complexité des structures urbaines ont mis en évidence les limites du modèle économique algérien. En effet, à partir de 1982, l'industrie algérienne s'est engagée dans un processus de réformes articulées autour d'opérations de restructurations organiques et financières. Cependant, Cette crise financière va se généraliser et affecter tous les secteurs d'activités (habitat, le transport, l'entretien, etc.), contraignant ainsi, l'Etat dirigiste à amorcer, de nouvelles réformes à partir de 1990 en se désengageant au profit des collectivités locales, le passage à l'économie de marché et le multipartisme. Désormais, la fin de l'Etat-providence est prononcée,

¹ BELKHAMSA Belkacem, 2008, une nouvelle manière de pensé la ville à travers le projet urbain (Barcelone-Lyon-Alger), EPAU d'Alger.

² DJELAL-ASSARI Nadia, 2006, le rôle des activités de service dans l'organisation et la structuration spatiales d'Alger, Thèse de doctorat d'Etat, volume 2, EPAU, Alger.

les collectivités locales se voient ainsi hériter du pouvoir de décision en matière de gestion urbaine, dans un contexte économique très défavorable.

Les conséquences de la crise économique et financière ajoutées à la difficulté de gérer une situation nouvelle inattendue, seront d'une gravité extrême pour Alger.

En effet, cette gravité de la situation d'Alger se traduit par une détérioration de la vie sociale des habitants à travers : la précarité de l'emploi et l'augmentation du chômage vont générer un nouveau fléau : le commerce informel (le trabendo), squattant les trottoirs, les places et parfois même les voies publiques; surpeuplement des logements, notamment dans les quartiers populaires (Casbah, Bab El Oued, Belcourt, etc.) et les grands ensembles ; un déficit important en matière de logements; déficit en matière de transport ; et la vétusté du cadre bâti ancien, car mal entretenu.

Tous ce qui a été dit auparavant, nous a permet montrer l'impact de la crise économique sur la qualité du cadre de vie et de l'environnement urbain de la capitale Alger. Cependant, l'explosion démographique et la crise économique ne sont pas les seuls facteurs à avoir contribué à la crise urbaine, les dérives des politiques urbaines successives de la capitale souveraine ont aussi été en grande partie à l'origine de cette crise des années 1980 et 1990.

1.2. Défaillances des différentes politiques urbaines successives de la capitale.

Les politiques urbaines successives menées depuis le début de la colonisation et même après l'indépendance sont riches d'enseignements de part les différences et contradictions qu'elles cachent. En effet, ces politiques urbaines reflètent le contexte socio-économique et politique spécifique à chaque période. Cependant, les études effectuées sur la capitale souveraine en particulier le rapport « Alger capitale du 21ème siècle » font état d'un échec alarmant de toutes les politiques urbaines successives notamment à travers les instruments d'urbanisme que sont le P.O.G, le P.U.D et le P.D.A.U. En effet, la situation sur le terrain à la veille du lancement du G.P.U d'Alger est très révélatrice de cet échec ; une urbanisation qualifiée d'anarchique et un aspect architectural de piètre qualité. Ceci, n'est au fait que la conséquence d'un «...*développement par addition et sans instrumentation d'urbanisme intégrée et cohérente...*»¹. Pourtant, certains instruments développés

¹Gouvernorat du Grand Alger, 1997, Alger capitale du 21ème siècle (Le Grand Projet Urbain de la capitale), édition URBANIS.

après l'indépendance en particulier le P.O.G constituait déjà une planification stratégique à l'échelle de l'aire métropolitaine d'Alger.

Le pouvoir en place avait décidé de rompre d'une manière radicale avec les schémas légués par la colonisation, par la réappropriation de l'espace urbain colonial à travers la réalisation de projets et des équipements structurants et de grande envergure. L'objectif principal de l'Etat était alors, de faire de la capitale Alger un symbole de la souveraineté nationale restaurée et une grande métropole économique d'un pays en plein développement¹.

L'originalité du C.O.M.E.D.O.R. réside dans le fait qu'il a mobilisé une multitude d'acteurs et surtout les pratiques de coordination et de concertation mise en œuvre en son sein : Transversalité et interdisciplinarité, en d'autres termes les principes fondamentaux d'un vrai Grand Projet Urbain souple et prospectif. En effet, le C.N.E.R.U était créé en 1979, et opte pour une politique urbaine déjà pratiquée par la colonisation française à la fin des années 1950 au travers les instruments d'urbanismes : le P.U.D et ses corollaires, les Z.H.U.N et les Z.I. Ces instruments d'urbanisme sont à l'origine de l'ampleur de l'urbanisation accélérée des grandes villes et en particulier Alger dans les années 1980.

Malgré, les nombreuses réalisations enregistrées notamment les Z.H.U.N et les lotissements, cependant du point de vue qualitatif, l'espace urbain produit est décevant tant sur le plan de la dégradation rapide des immeubles, de la pauvreté du langage architectural, de la sous utilisation des espaces extérieurs, du sous-équipement, de la rupture avec le reste de la commune et notamment le centre ville, du cadre social (surpeuplement des logements, délinquance, insécurité), du cadre économique (sous-emploi, déficit en transports ...) et en fin du cadre environnemental (réseaux défectueux, espaces verts inexistant).

Ceci récapitule les défaillances d'une urbanisation qui se faisait à coup de programmes économiques et d'habitat et non sur la base de plans d'urbanisme tenant compte de la dimension spatiale, de l'utilisation rationnelle des sols urbains et de l'échelle mineure produisant ainsi, des expansions urbaines démesurées et anarchique. Cette approche linéaire et sectorielle sans coordination réelle, ne tient pas compte de la réalité urbaine et des spécificités locales. Le chevauchement des prérogatives induit par la multiplicité des centres de décision ne pouvait que

¹ SGROÏ-DUFRESNE Maria, 1986, Alger 1830-1984 : Stratégie et enjeux urbains, Editions Recherche sur les Civilisations, Paris, 252 pages.

conduire à une anarchie sur le terrain : l'anarchie urbaine.¹La nouvelle loi n° 90-29 du premier décembre relative à l'aménagement et à l'urbanisme confère au P.D.A.U et son corollaire le P.O.S contrairement aux précédents instruments (le P.O.G et le P.U.D) un caractère juridique du fait qu'ils sont régis par des lois et des décrets d'exécution notamment, à travers la définition des droits de construire sur les terrains urbanisables.

Un autre fait important, est le nouveau contexte d'économie de marché et du multipartisme «démocratie» qui a favorisé l'émergence de nouveaux acteurs (les élus, les promoteurs, les privés, les associations, etc.), qui vont participer à la gestion urbaine de la commune. La décentralisation a permis l'introduction de la concertation entre les différents acteurs en tant que mode démocratique de gestion urbaine notamment, à travers les assemblées de délibération municipale en vue d'approbation des P.D.A.U.

Même si, ces nouveaux instruments de gestion urbaine introduisent une nouvelle manière plus rationnelle, plus démocratique et plus soucieuse des échelles mineures, cependant, comme le reconnaît le Directeur de l'Urbanisme et de l'Architecture au prés du Ministère de l'Habitat de l'époque dans une interview accordée à la revue H.T.M : « *Le produit de cette urbanisation, de part son caractère purement réglementaire, ne permet pas l'émergence de produits formels de nature à constituer des projets urbains* »².

C'est pour cette raison que les décideurs de l'Etat algérien ont pris conscience de la nécessité de réfléchir sur une autre stratégie d'aménagement en particulier pour la capitale Alger, à même de constituer un Grand Projet Urbain. Mais, un Grand Projet Urbain nécessite aussi l'implication d'une multitude d'acteurs en particulier les citoyens dans le choix d'aménagement de leur cité. C'est ainsi donc, que le P.D.A.U d'Alger initié en 1991 et approuvé en 1995 ne connaîtra pas de suite et sera remplacé dès 1997 par une nouvelle stratégie d'aménagement: le G.P.U d'Alger.

¹DRIS Nassima, 2002, Préface OSTROWESTSKY Sylvia, La ville mouvementée, espace publics, centrante, mémoire urbaine à Alger, Ed L'Harmattan, UE, 345 pages.

² NAÏT-SAADA Makhoulouf, Avril 1995, Economie de marché : La ville et l'architecture, in La transition à l'économie de marché, La ville et l'architecture, Revue d'architecture et d'urbanisme, H.T.M. (Habitat Tradition et Modernité), n°3, PP. 53-60.

Finale­ment, ces instruments d'urbanisme (P.O.G, P.U.D, P.D.A.U) n'ont servi que pour légitimer ou remettre en cause des projets selon les rapports de force entre les différents acteurs du pouvoir (les décideurs) en place. Cette remise en cause des différents instruments d'urbanisme ne peut que produire en fait des incohérences sur le terrain et engendré ainsi une urbanisation démesurée et anarchique.

1.3. Statuts négatifs de la capitale souveraine.

Nous nous référons dans ce qui suit à l'ouvrage « *Alger, Capitale du 21ème siècle* »¹ qui rapporte que ce nouveau statut du Grand Alger intégrant plusieurs communes périphériques à l'ancien espace communal d'Alger, se fond en dix arrondissements urbains : Bab-el-Oued, Casbah - Climat de France, Alger Centre, Mustapha - Belcourt, EI-Madania - Hamma, Bologhine - Bouzaréah, EI-Biar - Air de France, Kouba - Bir Mourad Raïs, Hussein-Dey, El-Harrach – Baraki.

Ce nouveau statut qui confère aux communes trop de charges qu'elle ne peut assumer à elles seules, devient ainsi, problématique pour l'exécutif et l'administration du Grand Alger. De ce fait, la réforme du système d'organisation centralisée s'impose. En effet, l'absence d'une vision globale et d'une gestion démocratique où le citoyen devait être parti prenante. La décentralisation instaurée à partir de 1985 va au contraire produire un effet négatif qui se traduit par: chevauchements et conflits de compétences qui vont diluer les responsabilités, favoriser les égoïsmes communaux et induire des souverainetés nouvelles sur le territoire métropolitain : la stratégie métropolitaine, l'unité de gestion de capitale, la surveillance des équilibres algérois s'effacent, de plus en plus, devant les « logiques individuelles », sur un territoire morcelé.

L'évolution successive des statuts d'Alger depuis l'indépendance jusqu'à 1995 montre que ceux-ci, n'ont pas eu l'efficacité souhaitée. Ainsi, le statut d'Alger a connu depuis l'indépendance des remaniements successifs sans que pour autant, les problèmes d'organisation ne soient résolus. L'une des raisons de cette inadap­ta­tion est la parcellisation des missions et le fractionnement des moyens affectés aux diverses entités, ceci prouve que l'Etat n'avait pas de stratégie réelle globale et à long terme, tenant compte de la complexité de la réalité urbaine algéroise.

En effet, Alger offre l'image d'une capitale bien dégradée, repoussante et d'une métropole mal gérée, en voie d'implosion. Ceci est ressenti par le simple observateur, le citoyen habitant. Devant cette situation exceptionnelle et en l'absence d'une légitimité citoyenne, il est difficile de

¹ Gouvernorat du Grand Alger, 1997, Op. Cit. 132.

prétendre à une gestion urbaine cohérente et efficace. En effet, une politique urbaine qui n'associe pas les usagers, les citoyens et les habitants dans la gestion et les choix stratégiques de l'aménagement de leur cité est inéluctablement vouée à l'échec.

La capitale souveraine possède des atouts et des potentialités non négligeables que les pouvoirs publics doivent savoir exploiter avec pertinence et d'une manière judicieuse. En effet, ces atouts et potentialités comme le souligne Ewa BEREZOWSKA-AZZAG¹ se présentent comme suit: *«position géographique stratégique, richesse et beauté de son site, jeunesse de sa population, présence d'un riche patrimoine historique, présence des infrastructures d'enseignement et de production, présence d'un bassin alimentaire de la Mitidja, présence des sites touristiques exceptionnels »*. Ceci lui permettra certainement de relever le grand défi du 21ème siècle et d'accéder au rang de métropole internationale rayonnante sur le bassin méditerranéen, le monde arabe et le continent africain et de rivaliser ainsi les plus grandes métropoles du monde.

Atteindre cet objectif ambitieux mais aussi légitime et indispensable pour le développement de la capitale Alger, suggère à notre avis et avant tout la mobilisation et l'implication effective de tous les acteurs urbains y compris les citoyens et de faire appel à toutes les compétences nécessaire pour la réalisation d'un grand projet collectif négocié. Ceci permettra alors, de restaurer la confiance et la solidarité notamment, entre le citoyen et les pouvoirs publics.

En définitive, il devient nécessaire de rompre d'une manière radicale avec les pratiques d'aménagement de type sectoriel, ponctuel et isolé ainsi que l'urbanisme purement réglementaire (PDAU et POS) qui ne tient pas compte de la réalité urbaine complexe. La transversalité, la pluridisciplinarité, la coordination et la concertation entres tous les acteurs doivent être considérées comme des pratiques fondamentales et ceci dans le cadre d'une démocratie participative locale effective, afin de définir une stratégie d'aménagement cohérente, globale et adaptée qui tient compte de la spécificité du statut d'Alger, des enjeux et des défis à relever en profitant et en s'inspirant des meilleurs expériences étrangères.

¹AZZAG-BEREZOWSKA Ewa, 2000, Projet Urbain, Alger, entre le rêve et la réalité, In revue, Aménagement et Urbanisme, Habitat & Construction, N° 8, PP. 28-33.

2. Stratégie d'aménagement et réorganisation territoriale.

Dès 1996, l'état a pris conscience de la nécessité d'une nouvelle stratégie d'aménagement pour la capitale, capable de relever les défis du 21ème siècle afin de « *retrouver rapidement le lustre et les moyens de la grande métropole internationale...* »¹. Cette nouvelle stratégie d'aménagement a été définie portant sur deux actions directrices, il s'agit d'une part de la création du Gouvernorat du Grand Alger: une aire métropolitaine avec des autorités métropolitaines; et d'autre part du lancement d'un Grand Projet Urbain.

Partant du principe que l'un des aspects du processus de métropolisation défini par *Michel BASSAND*² est l'étalement suburbain et périurbain. Il était devenu ainsi, indispensable à la Wilaya d'Alger d'étendre son territoire vers d'autres territorialités et communes des Wilayas limitrophes : Boumerdès, Blida et Tipaza. Cet élargissement vers d'autres territoires a permis à Alger d'englober les zones industrielles des communes des Wilayas de Boumerdès et de Blida telles que Rouiba, Reghaia, Sidi Moussa, Baba Ali etc..., ainsi que les zones touristiques et balnéaires appartenant à la Wilaya de Tipaza. Cet élargissement a permis ainsi d'augmenter ses potentialités et ses atouts en matière de population (nombre d'habitants), de divers services et d'activités nécessaires à la métropolisation. Ce nouveau espace territorial est appelé « *Aire métropolitaine* ».

Le schéma d'organisation d'une aire métropolitaine tel que définis par E.B. AZZAG³ « *est constitué d'abord, de la ville-mère, puis les centres secondaires, viennent ensuite les pôles secondaires (villes satellites) et enfin les pôles-relais régionaux qui gravitent autour de la ville-mère, formant ainsi un réseau d'armature urbain soudé, solidaire et complémentaire* ». L'aire métropolitaine d'Alger issue de la réorganisation territoriale et administrative de 1997, dénommée le « *Gouvernorat du Grand Alger* » est constituée de communes urbaines appelées arrondissement et de communes dont vingt huit arrondissements formant « la ville d'Alger » ; et vingt neuf communes dont plusieurs détachées des Wilayas limitrophes de Boumerdès, Tipaza et Blida.

¹ Alger, Capitale du 21ème siècle, *op. cit.* P 132.

²BASSAND Michel, 1997, Métropolisation et intégralités sociales, Ed PPUR, Lausanne, 245 pages.

³ AZZAG-BEREZOWSKA Ewa, 2000, *op. cit.* P 136.

Tableau n°01 : Consistance territoriale du Gouvernement du Grand Alger

ARRONDISSEMENTS	COMMUNES
1- ALGER CENTRE	1-BIRKHADEM
2-SIDIM'HAMED	2- BARAKI
3- EL MADANIA	3- DAR EL BEIDA
4- HAMMA-ANNASSER	4- BORDJ EL KIFFAN
5- BAB EL OUED	5- OUED SMAR
6-BOLOGHINE-IBNZIRI	6- BIRTOUTA
7- CASBAH	7- TESSALA EL MERDJA
8- OUED KORICHE	8-OULED CHEBEL
9- BIR MOURAD RAIS	9- SIDI MOUSSA
10-ELBIAR	10-AINTAYA
11-BOUZAREAH	11-BORDJELBAHRI
12-ELHARRACH	12- EL MARS A
13-BOUROUBA	13-HERAOUA
14- HUSSEIN DEY	14- ROUIBA
15-KOUBA	15-REGHAIA
16-BACHDJARAH	16-AINBENIAN
17-BABEZZOUAR	17-STAOUALI
18-BENAKNOUN	18- ZERALDA
19-DELYBRAHIM	19- MAHELMA
20- HAMMAMET	20- RAHMANIA
21-RAISHAMIDOU	21- SOUIDANIA
22- DJASR KACENTINA	22- CHERAGA
23- EL MOURADIA	23- OULED FAYET
24- HYDRA	24- EL ACHOUR
25- EL MAGHARAIA	25- DRARIA
26- BENI MESSOUS	26- DOUIRA
27- LES EUCALYPTUS	27- BABA HASSEN
28- MOHAMMADIA	28- KHRAISSIA
	29- SAOULA

Source : Journal Officiel, n° 38 du 04-06-1997.

Les arrondissements et les communes sont organisés suite au décret présidentiel n° 97-292 du 02 Août 1997 en douze circonscriptions administratives (voir tableaux 3 et 4). Les communes des Wilaya limitrophes rattachées au Gouvernement du Grand Alger se présentent comme suit : Tipaza avec quatorze communes (Aïn Bénian, Chéraga, Ouled Fayet, Staouali, El Achour, Draria, Saoula, Zéralda, Rahmania, Soudania, Mahelma, Douira, Khraissia, Baba Hassen) ; Boumerdès avec six communes (Aïn Taya, Bordj El Bahri, El Marsa, Heraoua, Rouiba, Réghaïa) et Blida avec quatre communes (Birtouta, Sidi Moussa, Tassala El Mardja, Ouled Chebel).

Tableau n°02 : Organisation administrative du Gouvernorat du Grand Alger

CIRCONSCRIPTION	CONSISTANCE
1-ZERALDA	Zéralda, Staouéli, Souidania, Mahelma, Rahmania
2- CHERAGA	Chéraga, Ouled Fayet, Aïn Bénian, Dély Brahim, Hammamet
3- DRARIA	Douira, Kraïssia, Draria, Baba Hacène, El Achour
4- BIRTOUTA	Birtouta, Ouled Chebel, Tessala El Mardja
5-BIR MOURAD RAIS	Bir Mourad Raïs, Birkhadem, Djasr Kaçentina, Saoula, Hydra
6- BOUZAREAH	Bouzaréah, Béni Messous, Ben Aknoun, El Biar
7- BAB EL OUED	Bab El Oued, Oued Koriche, Bologhine, Raïs Hamidou, Casbah
8- HUSEIN DEY	Sidi M'Hamed, Hama-EI Annasser, Hussein Dey, Kouba, El
9- EL HARRACH	Bourouba, Bach Djarah, Oued Smar, El Harrach
10-BARAKI	Baraki, Eucalyptus, Sidi Moussa
11-DARELBEIDA	Bordj El Bahri, Mohammadia, Dar El Beïda, Bab Ezzouar, Bordj
12-ROUIBA	Rouiba, Réghaïa, Heraoua

Source : Alger capitale du 21^{ème} siècle.

Nous remarquons que le plus grand nombre des communes a été détaché de la Wilaya de Tipaza, comme si il y avait une volonté de privilégier l'extension d'Alger vers le Sud-Ouest (option déjà préconisée par le PUD). D'autres raisons ont également prévalu à cette décision ; notamment le fait que ces communes vont doter la nouvelle métropole des potentialités et des atouts nécessaires. Mais le motif le plus décisif selon le Ministre-Gouverneur Cherif RAHMANI, réside dans le souci de sauvegarder les riches terres agricoles de la Mitidja. De ce fait, il a annulé, dès son arrivée des milliers de permis de construire dans les 24 communes rattachées au Gouvernorat du Grand Alger.¹

Cette réorganisation territoriale de la Wilaya d'Alger en vue d'accéder au rang de métropole internationale, suggère la création de nouveaux organes de gestion et nécessitent la mobilisation et d'une multitude d'acteurs.

¹ DRIS Nassima, 2002, op. cit. P 134.

3. Les principaux acteurs mobilisés.¹

Nous entendons par acteurs, les personnes morales et les personnes physiques impliquées directement ou indirectement dans le projet du Gouvernorat du Grand Alger. Alger, pour se mettre au diapason du processus de métropolisation induit par le phénomène de mondialisation et dans le souci de mener efficacement la stratégie d'aménagement qu'elle a initié à partir de 1997, a créé de nouveaux organes de gestion qui ont permis l'émergence de nouveaux acteurs à savoir :

le *Ministre-Gouverneur* : désigné en Août 1996, par le président de la république et relayé par le chef du gouvernement pour une mission extraordinaire qui consiste en l'administration de la Wilaya d'Alger. Il représente ainsi l'Etat, administre le Gouvernorat du Grand Alger et exécute les délibérations du Conseil Populaire du Gouvernorat du Grand Alger conformément aux lois et règlement en vigueur, notamment la loi n° 90-09 du 7 Avril 1990 relative à la Wilaya.

Les *Walis délégués* : ils sont en nombre de douze et correspondent au nombre de circonscriptions administratives du GGA. Ils ont été nommés par décret présidentiel du 2 Août 1997 pour assister le Ministre-Gouverneur dans l'exercice de ses fonctions.

Le *Conseil Populaire du Gouvernorat du Grand Alger* : Il est venu en remplacement de l'ancienne Assemblée Populaire de Wilaya (APW). Ce conseil peut à l'initiative du Ministre-Gouverneur ou de son président, être élargi aux présidents des Assemblées des Arrondissements Urbains et des Assemblées Populaires Communales ou à leur représentant. A ce conseil populaire du GGA sont assignées les compétences suivantes² : les études et les travaux de réhabilitation, de restructuration, de restauration et de rénovation du tissu urbain ; les biens et les équipements communs ; l'aménagement, l'urbanisme et les réserves foncières ; le traitement et le recyclage des eaux usées et des déchets solides urbains...etc. Nous remarquons à partir de là, que par rapport à l'ancienne APW,

¹ L'analyse se qui suit est inspirée de l'ouvrage «Alger capitale du 21ème siècle, le Grand Projet Urbain » et du travaille de BELKHAMSA Belkacem ; intitulé une nouvelle manière de pensé la ville à travers le projet urbain (Barcelone-Lyon-Alger), EPAU d'Alger.

² Alger, Capitale du 21ème siècle, *op. cit.* P 132.

les prérogatives du CPGGA se voient ainsi étendues à d'autres compétences exigées par les nouvelles fonctions métropolitaines.

Le président du Conseil du Gouvernorat du Grand Alger : il est élu au vote secret et selon le mode électoral fixé par la législation en vigueur. Le Président du CPGGA est assisté dans l'exercice de ses missions, par un bureau permanent composé de six vice-présidents et par un cabinet comprenant des fonctionnaires, qu'il choisit parmi les personnels relevant de l'administration du Gouvernorat du Grand Alger.

L'Agence d'Aménagement et d'Urbanisme : sous le sigle « URBANIS », cette agence a été créée pour assurer l'unicité et la pérennité de la stratégie d'aménagement retenue et mise en œuvre pour Alger. URBANIS est considérée comme étant une structure technique particulière dont les compétences doivent correspondre aussi bien à la cohérence qu'exigé le Grand Projet Urbain de la capitale, qu'à l'ampleur des enjeux que suscite la première métropole du pays.

Une autre catégorie d'acteurs a été également mobilisée sur le terrain notamment, dans le cadre de la politique de Développement Economique et Social des Quartiers. En effet, à partir de 1997 des cellules de proximité en nombre de dix ont été installées dans les différents quartiers périphériques du Grand Alger. Ces cellules regroupent des compétences pluridisciplinaires composées de médecins, sociologues, psychologue, ingénieurs, et autres. Elles ont pour objectifs de saisir les doléances et les attentes des habitants et de traiter les poches de pauvreté et de marginalité. Ces cellules de proximité constituent en fait, dans le cadré de la politique des DESQ un instrument de réhabilitation et de réintégration des populations elles mêmes, en les réinsérant dans la communauté que fonde, la solidarité sociale¹.

Des acteurs internationaux ont aussi, pris part dans la concrétisation et la réalisation du Grand Projet Urbain de la métropole Alger. Il s'agit notamment selon DRIS Nassima²: du bureau d'étude Italien (SCI Construzioni) en signant un protocole d'accord et de partenariat le 24 février 1997 avec la Wilaya d'Alger, stipulant la création d'un groupement conjoint et solidaire ayant pour mission le développement des études du GPU et la prise en charge du suivi des travaux de réhabilitation de la capitale ; des promoteurs chinois qui se sont engagés dès 1997 à la réalisation

¹ Alger, Capitale du 21ème siècle, *op. cit.* P 132.

² DRIS Nassima, 2002, *op. cit.* P 134.

de travaux d'aménagement, de réhabilitation et de construction ; certains pays arabes ont également apporté leur contribution à travers des fonds pour le financement de quelques projets importants (les saoudiens pour le financement de 2000 logements et les qataris pour la réalisation d'un centre d'affaires international du Hamma, d'un ensemble d'habitat de standing international ainsi qu'un village de loisirs...).

Certes, pour répondre aux exigences de la métropolisation, la mobilisation d'une multitude d'acteurs est nécessaire.

4. Le programme d'actions du GPU d'Alger.

Le GPU d'Alger s'appuie sur un programme d'actions¹, fondé essentiellement sur la réhabilitation et la reconquête des espaces urbains, à travers des opérations de prestige, des projets emblématiques, monumentaux et spectaculaires ainsi que des équipements de niveau international. Ce programme d'actions vise, le renforcement des fonctions de centralité nécessaires à la métropolisation d'Alger. Il exprime en fait, la volonté de l'Etat de promouvoir l'image de la capitale et d'accroître ainsi son attractivité à l'égard des investisseurs, des entreprises, des touristes et par de là l'amélioration de la qualité du cadre de vie des habitants, que ce soit sur les plans économique social ou environnemental.

Désormais, l'objectif primordial de l'Etat, à travers ce GPU et son programme d'actions, est «*d'abord et surtout économique*»². Dès lors, un schéma de centralité s'appuyant sur les orientations du PDAU, a été envisagé. Ce schéma s'articule autour de six pôles de croissance qui se déclinent comme suit :

le premier pôle (01) : ce pôle constitue le noyau central (l'hyper centre) d'Alger. Il abrite un riche patrimoine historique, culturel, urbanistique et architectural (le centre actuel, la Casbah, le centre colonial).

Au vu, de la symbolique et l'histoire qu'il véhicule, les actions envisagées par le GPU dans ce pôle sont qualifiées d'« *interventions urgentes et spécifiques* »³ et donc prioritaires. Ces actions, visent à renforcer la centralité des lieux par des équipements de niveau supérieur ; l'établissement d'une relation forte entre la ville et la mer ; et enfin l'organisation de la circulation de transit.

¹ L'analyse qui suit est inspirée de l'ouvrage «Alger capitale du 21ème siècle, le Grand Projet Urbain » et du travail de BELKHAMSA Belkacem ; intitulé une nouvelle manière de penser la ville à travers le projet urbain (Barcelone-Lyon-Alger), EPAU d'Alger.

² Alger, Capitale du 21ème siècle, *op. cit.* P 132.

³ *Idem.*

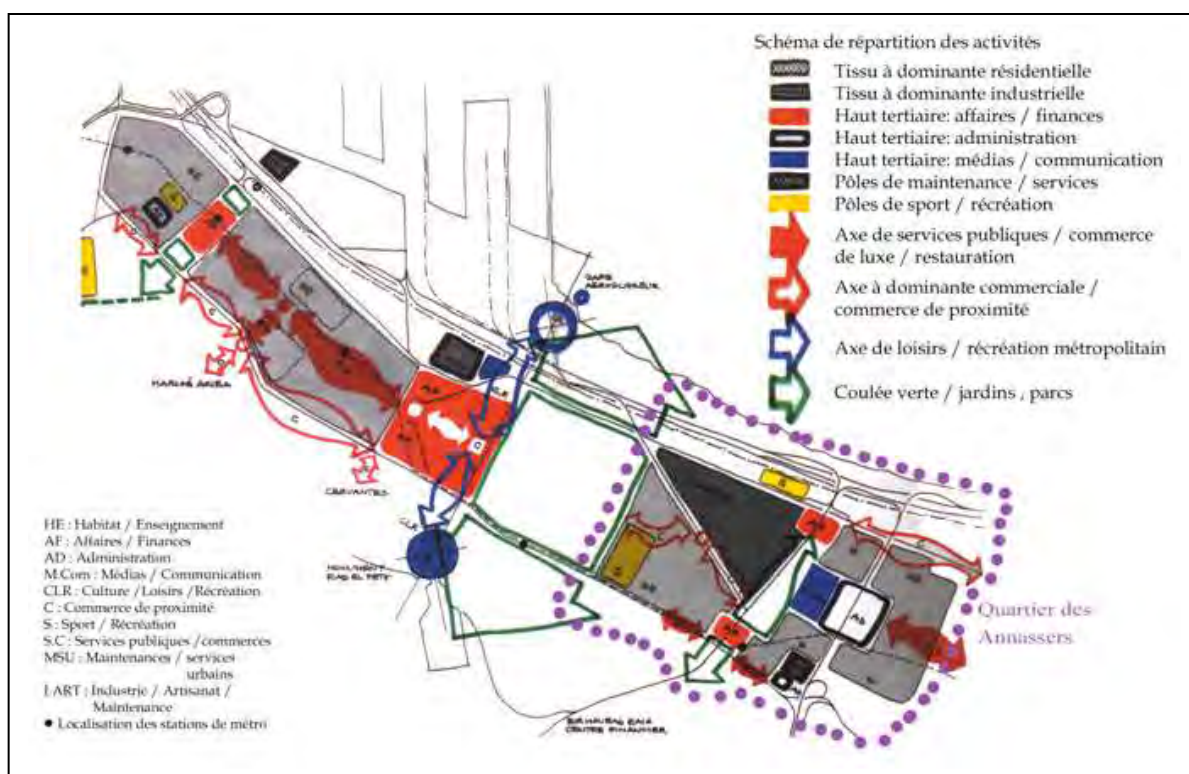
Carte n° 16 : Les pôles de croissance du GPU



Source : Alger métropole, Région-Ville-Quartier, 2000.

le deuxième pôle (02) : constitué du 1er Mai, le Quartier du Hamma et du Ravin de la Femme Sauvage. De part, sa nature topographique, sa proximité immédiate de l'hyper centre (centre Alger) ainsi que ses potentialités foncières. Le GPU confère à ce pôle la vocation d'un "centre des affaires". Ce centre devra abriter des fonctions de centralité dignes d'une métropole internationale à travers des équipements adaptés. A ce titre, le GPU a prévu un projet prestigieux ; le World Trade Center, une tour d'affaires dans le secteur du Hamma, qui abritera les sièges de banques et de sociétés internationales. Le financement et la réalisation de ce projet sont pris en charge par un groupe Qatari.

Figure 06 : proposition de restructuration du Hamma (1998)



Source : BEREZOWSKA-AZZAG Ewa, 2003.

Il y a lieu de signaler qu'une partie du programme d'actions du GPU concernant ce secteur, figurait déjà, dans les plans d'urbanisme précédents, en l'occurrence le PUD, puis confirmés par le PDAU. Certains de ces projets ont été réalisés et d'autres en cours. Il s'agit parmi d'autres, de l'hôtel

international Sofitel, la bibliothèque nationale, le palais des congrès, le siège de l'Assemblée Populaire Nationale (APN) et le centre commercial.

le troisième pôle (03) : il englobe Caroubier, El Harrach et les Pins Maritimes. Il s'inscrit dans la logique du prolongement du pôle (02) (centre des affaires) et en continuité du point de vue fonctionnel avec le quartier "Médinapolis" du pôle (01). Ce pôle présentait déjà des atouts en abritant des fonctions de centralité, que le GPU prévoit de promouvoir. Il s'agit notamment des infrastructures universitaires (Ecole nationale d'Architecture (ENSA ex. EPAU) ; Ecole National Vétérinaire: ENV ; Ecole Polytechnique...); le palais des expositions (foire internationale); la proximité de l'aéroport et les infrastructures de circulation.

Le GPU envisage de caractériser ce pôle à travers un projet à l'échelle du Grand Alger : "le grand complexe sportif et de loisir du pays", en plus de la mise en œuvre du projet de l'assainissement des berges de Oued El Harrach, le GPU a prévu dans les zones des Sablettes, des Pins Maritime et du Lido, les actions suivantes :¹ des aménagements et équipements du front de mer ; des hôtels ; un port de plaisance ; un Delphinarium ; un musée océanographique ; un parc d'attractions et de loisirs (Pins Maritime).

le quatrième pôle (04) : sont concernés, les quartiers du Lido, la Verte Rive, Stamboule et Bordj-El-Bahri. Ce pôle se développe le long de la côte Est d'Alger. Il présente des potentialités qui lui permettent d'accueillir des activités spécifiques liées à la vocation touristique et de loisirs que le GPU a prévu de lui assigner.

le cinquième pôle (05) : "le front de mer Ouest et Cap Caxine". Ce pôle regroupe les communes longeant le littoral Ouest de la baie d'Alger et traversées par la route nationale n° 11. Il s'agit de Beb El Oued, Bouloghine, Raïs Hamidou et Hammamet. Les interventions envisagées par le GPU dans ce pôle sont pratiquement similaires à celles du quatrième pôle. Il s'agit, en particulier de remédier aux graves problèmes de pollution que connaissent la plupart des plages de cette partie du littoral, causés par le déversement des eaux usées à la mer, ainsi que la pollution atmosphérique causée par la cimenterie de Raïs Hamidou et qui a été la source de maladie de plusieurs personnes de la localité (problème de respiration, Asthme, etc.). A cet effet, le GPU a prévu la réalisation d'un projet de

¹ Alger, Capitale du 21ème siècle, *op. cit.* P 132.

protection du rivage, ainsi que le transfert de la cimenterie et des activités polluantes en dehors des zones urbaines et d'habitations.

le sixième pôle (06) : A ce pôle qui réunit El Djamila, les Dunes et Zéralda, le GPU prévoit de lui assigner une double fonction. A sa fonction touristique naturelle d'origine, pour les potentialités balnéaire et paysagères de son site, un centre des affaires sera greffé pour accroître la centralité de ce pôle. Dès lors, un programme d'actions a été envisagé par le GPU.

Ce qui ressort à la première vue, à la lumière de la lecture du programme d'actions proposé par le GPU, dans le cadre du processus de métropolisation dans lequel Alger a voulu s'engager, est la prise de conscience de l'importance de la revalorisation et la réhabilitation des espaces urbains à fin d'exploiter les potentialités de chacun de ces pôles, a moins que nous remarquons que ce programme n'a pas donné la vocation sanitaire à aucun pôle, alors qu'il y a lieu de la signaler dans les pôles (2),(3) et (5). Le deuxième pôle est surtout du côté du 1er Mai, c'est la concentration des grandes structures sanitaires tel que l'hôpital Mustapha et ses extensions ainsi que les établissements publics de santé de proximité de Sidi M'hamed. Le programme d'action du GPU dans le troisième pôle propose l'assainissement des berges d'oued el Harrach comme il signale dans le cinquième pôle que des actions prioritaires et urgentes s'imposent ; il s'agit, en particulier de remédier aux graves problèmes de pollution que connaissent la plupart des plages de cette partie du littoral, causés par le déversement des eaux usées à la mer, ainsi que la pollution atmosphérique causée par la cimenterie de Raïs Hamidou et qui a été la source de maladie de plusieurs personnes de la localité (problème de respiration, Asthme, etc.).

En effet, cette stratégie d'aménagement à travers le programme d'actions du GPU, a été fondée notamment sur des actions ciblées et des projets prestigieux (le Carrefour du Millénaire, Médinapolis, le Centre des affaires, etc). Cette démarche, rompt avec la planification urbaine traditionnelle fonctionnaliste et s'inscrit en droite ligne avec les nouvelles manières de penser l'espace urbain, celle notamment, de « *refaire la ville sur elle-même* »¹.

Cependant, ce qu'il n'est pas évident à, notre sens et en dépit des bonnes intentions légitimes des initiateurs du projet, réside sans doute, dans la faisabilité technique (partenariat multiforme) et financière (montage financier) d'un projet de telle envergure. En effet, Alger a pris un retard

¹ Alger, Capitale du 21ème siècle, *op. cit.* P 132.

considérable dans plusieurs domaines et secteurs notamment, ceux liés à la gestion urbaine et à la qualité de vie quotidienne des citoyens algérois en matière d'alimentation en eau, assainissement, mobilité, transport, précarité d'emploi, prolifération de bidonvilles, sécurité, etc. Il devient ainsi urgent, d'ouvrir plusieurs chantiers à la fois. Au vue de la complexité de l'opération, due à la multitude de problèmes à régler au préalable, et à la mobilisation de moyens importants et hétérogènes que cela nécessite.

Le Grand Projet Urbain d'Alger est lancé sans faire d'études préalable en particulier, celles relative à la faisabilité et l'impact de son programme d'actions. Ceci allait conduire inévitablement, à un échec prévisible du GPU d'Alger. Pour preuve, il s'est soldé par une remise en cause dès 1999, la déposition du Ministre-Gouverneur de son poste et la dissolution du Gouvernorat du Grand Alger. Il nous semble utile de rappeler tout d'abord, les facteurs majeurs qui peuvent concourir à la réussite d'un Grand Projet Urbain. Ceci nous permettra certainement, de situer d'une manière plus précise les niveaux de défaillance du GPU d'Alger.

« Un Grand Projet Urbain par principe couvre le caractère d'une démarche globale et transversale s'appuyant sur un programme d'actions spécifiques suggérant, l'élaboration d'un plan stratégique. Il concerne un territoire de plus en plus large, pour englober des entités urbaines, sociales et économiques pertinentes en cohérence avec la logique territoriale de développement, dépassant ainsi les strictes limites des quartiers. Un Grand Projet Urbain, nécessite également, la mise en place d'une enquête de dispositif exceptionnel. Ce dispositif doit être efficace, que ce soit sur les plans d'ordre financier, organisationnel et technique, capable de mobiliser des moyens importants et hétérogènes qui permettent de réaliser les objectifs globaux ciblés »¹.

Vu la complexité de gestion d'un Grand Projet Urbain, la mise en place d'un dispositif organisationnel devient indispensable. Le succès du dispositif organisationnel dépend de la mise en œuvre d'un système d'acteurs efficace, basé sur la transversalité et la participation de plusieurs acteurs y compris les citoyens dans le cadre d'une démocratie participative effective. La compétence individuelle des acteurs, chacun dans son domaine doit être requise et enfin et surtout la coordination entre les différents acteurs, par la concertation, la négociation, la communication et l'information.

¹ Alger, Capitale du 21ème siècle, *op. cit.* P 132.

Le dispositif technique enfin, qui à son tour englobe des éléments importants tels que : un plan stratégique qui définit les priorités, et surtout la stratégie à adopter pour atteindre les objectifs ciblés ; un SDAM (Schéma Directeur d'Aménagement Métropolitain), ou un SCOT (Schéma de Cohérence Territorial) ; la création d'un service technique spécifique dont la mission principale est de gérer la complexité de l'urbain, à travers la création d'un vocabulaire urbain, la coordination entre les différents secteurs et la concertation entre tous les acteurs urbains ; la mise en place d'un comité de pilotage des opérations ; le recours au Système d'Information Géographique (SIG) en tant qu'outil d'aide à la décision et de gestion efficace du projet ; et enfin le marketing urbain sous forme d'actions basé essentiellement sur l'information et la communication dans le but d'attirer des capitaux, des investisseurs, des entreprises, des promoteurs, etc.

En définitive, c'est de la prise en compte de tous ces facteurs et en particulier de la mise en place d'un dispositif important, spécifique et efficace, d'ordre organisationnel, financier et technique que dépend le succès d'un Grand Projet Urbain. Dans le cas d'Alger, il apparaît évident que les moyens ne sont pas à la hauteur des ambitions. Promouvoir l'image de la capitale, constituait en effet, le souci majeur des décideurs, pour ces derniers, il devenait urgent de montrer, plutôt, l'image d'un Etat fort et souverain.

Le Grand Projet Urbain d'Alger, a été lancé dans la précipitation, sans que les initiateurs de ce projet prennent la mesure d'évaluer au préalable, la faisabilité d'un projet de tel envergure de nature complexe, en particulier les faisabilités financière et technique. Sans études préalables, on ne peut pas prétendre pouvoir définir, une stratégie d'aménagement cohérente et intégrée ou une stratégie pertinente, qui replace l'aménagement et le développement d'Alger, dans la dynamique globale de son aire métropolitaine, et d'assurer la pérennité des projets envisagés¹.

5. Dispositifs révélateurs des niveaux de défaillance du GPU d'Alger.

En effet, les moyens mis en œuvre à travers les dispositifs territorial, institutionnel, financier, décisionnel et technique, sont très révélateurs des niveaux de défaillances du processus de métropolisation et du GPU d'Alger² :

¹ Alger, Capitale du 21ème siècle, *op. cit.* P 132.

² L'analyse se qui suit est inspirée de l'ouvrage «Alger capitale du 21ème siècle, le Grand Projet Urbain » et du travail de BELKHAMSA Belkacem ; intitulé une nouvelle manière de pensé la ville à travers le projet urbain (Barcelone-Lyon-Alger), EPAU d'Alger.

5.1. Le dispositif territorial et institutionnel.

Ce dispositif, accordant à Alger un statut particulier, celui du Gouvernorat du Grand Alger (GGA) ainsi que le super-poste de Ministre-Gouverneur, a fait l'objet de beaucoup de critiques. Ce dispositif a en effet, engendré deux problèmes majeurs qui ont constitué les causes principales de la remise en cause du GPU d'Alger dès 1999 à savoir ; en premier lieu, le poste de Ministre-Gouverneur, dont la mission n'étant pas clairement définie, au vu des chevauchements des prérogatives que ce poste a généré au sein du Gouvernement. Avec l'arrivée d'un nouveau président à la tête de l'Etat algérien, ce poste a été remis en cause pour son inconstitutionnalité ; et en second lieu, ce dispositif, n'a fait qu'accroître le déséquilibre régional, déjà très affecté par la concentration des grands équipements et institutions d'envergure nationale et internationale (ministères, les ambassades, les directions générales, banques, infrastructure de sports et de loisirs, les pôles universitaires et scientifiques, etc.) au niveau de la capitale.

5.2. Le processus décisionnel.

Les projets sont décidés d'une manière unilatérale et ponctuelle et sans coordination réelle entre les différents acteurs urbains. La pratique de concertation et de négociation n'est pas encore rentrée dans les mœurs des systèmes de gestion des projets en Algérie. En effet, c'est l'opacité, la linéarité et la centralisation des décisions qui ont prévalu. Pourtant des réformes politiques (démocratie participative), économiques (économie de marché) ainsi que l'option de la décentralisation du pouvoir de décisions au profit des collectivités locales, en matière de gestion urbaine et en particulier de l'urbanisme ont été engagés depuis 1989. En réalité ces réformes tardent à prendre effet. Cette démarche linéaire et centralisée exclue de fait, l'implication des autres acteurs, notamment, les promoteurs privés ainsi que les citoyens dans le processus décisionnel.

De cette manière, il est donc, difficile d'espérer, obtenir le consensus et l'adhésion de tous les acteurs urbains, qui aboutiraient à une vision partagée sur l'avenir de la capitale Alger. L'absence d'une participation large des acteurs et de la pratique de concertation, nuiront certainement à la pérennité des projets en les exposant à des risques certains de rejet de la part des exclus et réduirait ainsi leurs chances de succès. Ceci nous amène à dire, que les citoyens ne sont, impliqués, que d'une manière symbolique, à travers des mouvements associatifs et à travers aussi l'organisation de festivités culturelles et sportives. En quelque sorte, juste pour donner de la crédibilité au Grand Projet Urbain d'Alger.

Alors qu'en principe un Grand Projet Urbain est sensé, avant tout, être porté par une démocratie participative effective, s'inscrivant dans le cadre d'une politique globale et transversale qui intégrerait plusieurs thématiques s'appuyant sur des approches environnementales et de développement durable, devenues, le souci majeur à l'échelle planétaire.

5.3. Le dispositif financier.

C'est à ce niveau que se situe à notre avis, la plus grande défaillance du GPU d'Alger. En effet, le mode de financement des projets est à ce titre très révélateur de cette défaillance de taille, du moment que l'Etat supportait pratiquement la totalité des investissements (100%). Selon le Ministre-Gouverneur le projet coûterait à l'Etat environ 22 milliards de dinars¹. Le montage financier n'existe pas dans les cas du GPU d'Alger. La culture de la pratique de partenariat multiple, qui associerait l'Etat, les collectivités locales, des promoteurs privés et des partenaires internationaux, pourtant nécessaire dans le cas de projets de grande envergure et complexe, n'est pas encore ancrée dans les modes de gestion des projets en Algérie.

5.4. Le dispositif technique.

Vu l'ampleur des enjeux que suscite le projet d'Alger, les décideurs ont pris conscience à cet effet de la nécessité de « *promouvoir des techniques modernes de gestion de la métropole* »². Ceci s'est traduit d'une part, par la création en Mars 1997 d'une structure technique particulière en l'occurrence l'Agence d'Aménagement et d'Urbanisme, sous le sigle "URBANIS" et d'autre part l'engagement pris pour l'installation urgente d'un Système d'Information Géographique.

Cependant, le rôle d'URBANIS s'est limité au suivi et contrôle des études et opérations d'urbanisme, ainsi que le faible budget de fonctionnement (2 Milliards de centimes)³ qui lui a été alloué est largement au delà des ambitions, des enjeux et des défis à relever pour une future capitale du 21ème siècle.

L'Agence d'Aménagement et d'urbanisme d'Alger en tant qu'établissement public agissant sous la tutelle de l'institution du Gouvernement du Grand Alger devait, compte tenu de l'ampleur des enjeux et des défis à relever, assumer une mission et des tâches plus élargies, comme par exemple :

¹ DRIS Nassima, 1998, op. cit. P 134.

² Alger, Capitale du 21ème siècle, op. cit. P 132.

³ Information obtenue auprès de l'Agence d'Aménagement URBANIS.

gérer la complexité de l'espace urbain ; assurer la coordination entre les différents secteurs impliqués dans le projet ; organiser la concertation entre les différents acteurs y compris les citoyens dans un cadre de démocratie participative ; mettre en place une équipe de pilotage des opérations est des actions du GPU ; effectuer des montages financiers ; constituer des banques de données statistiques et cartographiques (SIG) et aussi l'actualisation des cartes notamment du cadre bâtis ; l'élaboration d'un vocabulaire urbain spécifique à Alger (histoire, culture etc.) ; lancer des concours internationaux pour les études stratégiques et les plans d'urbanisme ; et enfin la création d'un observatoire des phénomènes urbains.

A ceci il y a lieu d'ajouter une autre défaillance de taille et qui réside dans l'absence d'un schéma d'aménagement stratégique souple et prospectif et d'un plan d'urbanisme en cohérence avec l'option de métropolisation et tenant compte du programme d'actions du GPU d'Alger. Car comme l'a souligné E.B.AZZAG¹: « *le GPU d'Alger n'étant pas un instrument d'urbanisme, ni même un plan ou schéma graphique* ».

De ce fait, le seul instrument dont on disposait ; le PDAU, qui venait juste d'être approuvé (1995), devenait ainsi caduc, dépassé et obsolète par cette nouvelle option en vigueur. Il ne reflétait pas donc la réalité physique du terrain. A cet effet, le PDAU a été soumis à une révision en vue d'une actualisation tenant compte des nouvelles données. Mais cette révision tardait à venir pour des raisons techniques entre autre, l'inexistence de fonds de carte reflétant la réalité physique du terrain et ce depuis 1983.

En parallèle, la réalisation des projets du GPU est mise en œuvre dans la précipitation d'une manière ponctuelle et isolée. Les répercussions de cette manière de faire vont avoir un effet néfaste sur la pérennité des projets et se traduiront très vite par l'échec et l'arrêt du GPU dès 1999.

¹AZZAG-BEREZOWSKA Ewa, 2000, op. cit. P 136.

CONCLUSION.

Le GPU d'Alger, s'est révélé être une démarche ponctuelle, isolée et une opération de prestige loin des aspirations des citoyens et ne tenant pas compte des réalités complexes du terrain. Nous pouvons déduire ainsi que la démarche adoptée ne reflète pas donc les traits d'un vrai projet urbain. Un projet urbain souple et prospectif s'inscrivant dans une démarche globale, transversale basé sur un système d'acteurs efficace impliquant pleinement les citoyens dans le cadre d'une participation démocratique effective qui permettrait d'arriver à une bonne gouvernance.

En face de ces aspects négatifs, nous ne devons pas ignorer les aspects relativement positifs que ce GPU a apporté d'une part, à l'amélioration de l'image de la capitale sur le plan sécuritaire, image « *relookée* » à travers les actions de réhabilitation des espaces urbains et les projets emblématiques réalisés, et d'autre part, cette expérience même courte, a permis de bousculer les mentalités et les mœurs quand aux nouvelles manières de faire, exigées par l'économie de marché et la globalisation. En effet, cette expérience comme les précédentes a été de courte durée. Elle n'a pas eu le temps de mûrir et de réorienter le GPU en tenant compte des erreurs et des reproches qui ont conduit à sa remise en cause prématurée.

Finalement, comme nous l'avons déjà évoqué, la pérennité et la durabilité des options d'urbanisme, en Algérie se posent toujours avec acuité. Désormais, à chaque changement de contexte politique et économique correspond l'émergence d'une nouvelle option (plan d'urbanisme) en vue de la maîtrise de la croissance urbaine et d'une redéfinition territoriale des limites administratives.

CHAPITRE 8 : ETAT DES LIEUX DE LA SANTE DANS LA WILAYA D'ALGER

INTRODUCTION.

Le système de santé algérien a connu ces vingt dernières années des mutations importantes. Le débat sur la question de la réforme des structures hospitalières initié ces deux dernières années par le ministère se déploie dans un contexte dominé par des problématiques fortement suggérées.

Le problème était celui de l'ajustement de la contribution financière des consommateurs de soins par rapport aux coûts réels couverts par le budget de l'Etat. L'absence d'un véritable débat public sur la question de santé publique, avait ouvert le champ à des jugements rapides qui procédaient de considérations beaucoup plus politiques que scientifiques.¹

On comprend bien dans ces conditions combien la mise en place du système dit de "médecine gratuite" dans les années 70 à contribué à disqualifier de manière formidable les règles d'accès par l'argent et par les avantages de proximité qui fonctionnaient auparavant et à instaurer des barrières encore plus immatérielles et complexes à dépasser.

Notre objectif est de vérifier la faisabilité d'un projet urbain de santé publique à Alger à travers un système d'offres de soins, englobant toutes les formes d'offres existantes (publique et privées). Après avoir collecter pas mal des informations et des statistiques sur le système de santé algérois ;de la part du service de planification du ministère de la santé et de la réforme hospitalière ainsi que de la direction de la santé et de la population de la wilaya d'Alger ; nous allons illustrer dans ce chapitre l'état des lieux de la santé dans la wilaya d'Alger, qui va nous permettre de dégager un certain nombre de résultats intéressants et significatifs du point de vue de notre problématique.

¹SAFAR ZITOUN Madani ; Professeur de sociologie -Université d'Alger.

1. Evolution du système de santé en Algérie.¹

La première grande entreprise de gestion de la santé en Algérie a été l'institution de la médecine gratuite. Car nous avons constaté que l'Algérie a repris, dans ses textes officiels, le concept de « *besoins de santé de la population* », largement répandu par l'OMS². Et le système de santé en Algérie a connu deux grandes périodes : la première du 1962 à 1973 relative à une politique d'assistance et qui voulait raviver les structures héritées de la colonisation, et la deuxième du 1974 à 1990 relative à l'institution de la « *médecine gratuite* » ; C'était la première grande entreprise de gestion directe et centrale de la santé, au même titre que les grandes actions de l'Algérie Révolutionnaire (Révolution Agraire, industrialisation,..).

Pour nos propos, retenons que la problématique de la santé n'était pas clairement posée : le slogan « *la santé pour tous* » signifiait surtout la « *médecine gratuite* », c'est-à-dire à l'action spécifiquement sanitaire. Le premier travers, comme le souligne P. CHAULET est « *de confondre besoins de santé et demande de soins* »³. Et cependant la *Charte Nationale de 1976* stipulait bien : « *Ainsi, l'action de santé publique doit être entendue comme étant un élément important du développement socio-économique du pays ; à cet effet, cette action doit s'appliquer à l'individu comme à son milieu environnant* »⁴.

L'Etat se dessaisit des principaux moyens de régulation. Le système entre dans une phase de pénuries et d'abandon de toute recherche de cohérence d'ensemble, « *La privatisation s'accélère sans mettre en place un nouveau système. Les débuts des années 90 ramènent l'Algérie vingt cinq ans en arrière* »⁵. Le rapport en question rappelle les progrès enregistrés par l'Algérie depuis l'indépendance, et qui sont fort éloquentes à savoir l'augmentation de l'espérance de vie passée de 51 ans en 1965 à 65 ans en 1987 ; la réduction du taux de morbidité infantile : de 170 / 1000 en 1965 à 80 / 1000 en 1986, et la réduction des maladies infectieuses telles la rougeole, la tuberculose, la poliomyélite.

¹ LABII Belkacem, *op. cit.* P 96.

²P. CHAULET, cité par B. LABII « Note méthodologique » in Les Cahiers de la Recherche, CURER, n°11 Constantine, 1980, p.49.

³ *Idem.*

⁴ Charte Nationale 1976, p. 184.

⁵ Centre International de l'Enfance, sous la direction de Miloud KADDAR, Systèmes et politiques de santé au Maghreb. Un état des lieux, CIE Editeur, Paris. 1994, p. 61.

Mais le même rapport passe à l'énumération des incohérences du système, qui en disent long, sur une crise menaçante à savoir ; la désarticulation des principales composantes du système ; la paupérisation des structures de soins primaires ; la non maîtrise des coûts de fonctionnement ; la détérioration de la qualité des soins ; la centralisation de la gestion et de la décision ; et enfin la non implication des organismes payeurs dans la gestion.

A partir de ces constats, les objectifs de réforme sont suggérés, qui restent généraux et sans référence au contexte précis Algérien. Les quatre principes fondamentaux étant : l'accessibilité, la participation, la cohérence, et l'évaluation ; ce qui donne lieu à une réforme articulée autour de cinq axes : la rationalisation du fonctionnement des structures qui implique la régionalisation de la planification sanitaire et l'autonomisation de la gestion des hôpitaux et des secteurs; la clarification des sources et des modalités de financement des différents secteurs de santé ; l'institution d'un système d'information qui s'ouvre sur un système de surveillance des indicateurs ; la responsabilisation de tous les acteurs dans les rapports de prestations ; et enfin l'évaluation fondée sur des paramètres de mesure des activités et des résultats de l'action, comme règle du jeu à respecter. Tout cela représente de bons projets de gestion de la santé mais reste dans le général.

La Carte Sanitaire.¹

C'est un outil essentiel de la politique de santé ; elle entre dans le cadre de l'aménagement du territoire et de son corollaire, l'équilibre régional. L'idée fondamentale de la carte sanitaire est de couvrir tout l'espace algérien par le système de santé. Cette régionalisation accorde sûrement une importance à la ville comme partie intégrante de la région, elle ne rend peut-être pas compte du fait urbain en lui-même et de sa croissance, de la polarisation et de la transposition de l'écologie sus citée dans l'espace urbain, sous une autre forme.

Donc la carte sanitaire, qui est une idée ancienne, elle a été consacrée dès les années 1980. Elle se base sur les problèmes de santé du pays, elle permet de concevoir une politique nationale de santé, de concert avec une politique d'aménagement du territoire. Elle a l'appui d'une régionalisation des activités de santé avec objectif de déconcentration et de centralisation.

D'après la définition de la carte sanitaire comme instrument de planification, ses objectifs qui visent l'harmonisation, la rationalisation des ressources sanitaires et ses préoccupations d'hygiène du milieu, la carte sanitaire reste l'application spatiale verticale hiérarchisée. Sans doute,

¹ LABII Belkacem, *op. cit.* P 96.

surtout, du fait que le système de santé algérien est étudié à la lumière de l'économie de la santé, non pas à la lumière du milieu urbain de la santé, d'où la ville qui concentre plus de 60 % de la population n'est pas impliqué dans les politiques et les réformes du système de santé.

2. Analyse statistique de l'état de santé dans la wilaya d'Alger.

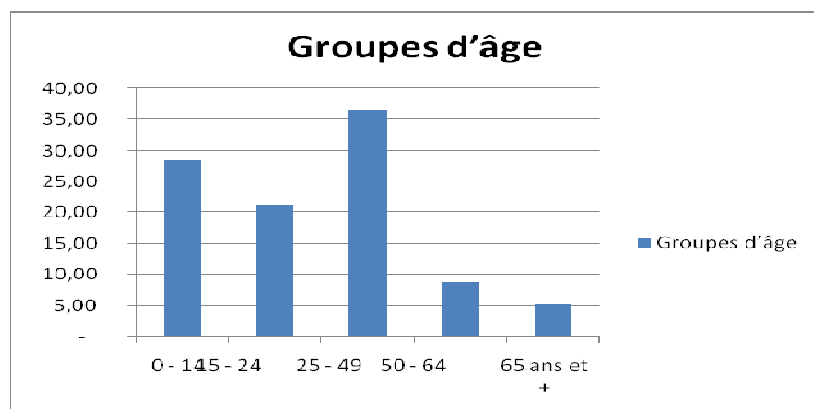
Les données statistiques utilisées dans ce chapitre sont récupérées par l'auteur de la part des services de planification et des statistiques du ministère de la santé et de la réforme hospitalière, ainsi que de la direction de la santé et de la population de la wilaya d'Alger. Elles se sont actualisées après les recensements du 2008.

2.1. Généralités.

Alger, la capitale de l'Algérie, le centre intellectuel, social, culturel, politique et économique du pays, elle présente un tissu urbains très dense surtout avec une population d'environ trois millions (2.941.659 habits), sur une superficie de 820 Km² soit une densité de (3588 habitants/Km²), ainsi que la plus importante concentration des investissements, équipements et institutions gouvernementales. Elle est composée de 57 communes regroupées dans 13 circonscriptions administratives. Les trois millions d'habitants sont réparties selon les groupes d'âge suivants :

0 – 14 ans	836.607 habitants	soit	28,44 % de la population générale
15 - 24 ans	624.808		21,14 %
25 - 49 ans	1.071.352		36,42 %
50 - 64 ans	255.925		8,7 %
65 ans et +	154.143		5,24 %

Figure 07 : Les groupes d'âge de la population Algéroise



Source : Réalisé par l'auteur selon les données de l'O.N.S, Recensements 2008.

D'après le graphe la catégorie la plus importante est celle d'entre 25 et 49 ans, ainsi que la population algéroise est majoritairement jeune jusqu'aux 49 ans, qui veut dire que les conditions de vie se sont améliorées avec cette dernière génération à travers la prévention et l'accessibilité aux soins. Il y a aussi lieu de signaler que les femmes en âge de procréer c'est-à-dire entre 15 et 49 ans sont de 705.998 soit 24% de la population générale, et les femmes mariées en âge de procréer sont de 341.232 soit 11,6% la population générale.

2.2. Indicateurs démographiques.

Le premier indicateur démographique c'est le taux brut de Natalité qui est pour la wilaya d'Alger de l'ordre de 29,44 ‰ et il est de 24‰ sans les hors wilaya, il est important et plus élevé que le taux nationale qui est de l'ordre de 20,67‰. Nous signalons ainsi un nombre important des naissances vivantes qui est de 86.598 dont 15.989 hors wilaya.

Le deuxième indicateur c'est le taux de mortalité que nous allons l'étudier à travers le classement suivant :

Le taux de mortalité infantile qui est de 19,90‰ d'où 1714 décès moins 1 an.

Le taux de Mortalité Néonatale (0- 28j), il est de 15,15‰ ; dont :

Néonatale Précoce 12,40‰.

Néonatale Tardive 2,74‰.

Le taux de Mortalité Post-Néonatale, il est de 4,75‰.

Le taux de Mortalité périnatale, il est de 33,33‰ ; Ce taux qui comptabilise le nombre de morts nés et décès des 7 premiers jours de la vie nous interpellent sur la nécessité de mesures de prise en charge du nouveau né durant cette période. (Normalisation en moyens humains et matériels).

Le taux de mortalité maternelle ; il est de 11,55 pour 100.000 naissances vivantes ; il y a lieu de signaler que 10 décès de mères enregistrées dans les maternités en 2007 dont 6 dans le public et 4 dans le privé. Considérant que ce taux doit comptabiliser le nombre de décès de cause puerpérale pendant l'année 2007, il reste **aléatoire** car des décès liés à la grossesse et l'accouchement peuvent survenir dans des services hospitaliers **autres** que la Gynécologie Obstétrique ainsi qu'à **domicile mais ne sont pas déclarés**. Arrivant enfin au dernier indicateur et le plus important qui est **l'espérance de vie à la naissance** estimé pour la wilaya d'Alger de 74 ans. C'est cet indicateur qui démontre si cette société est en bonne santé ou pas ; pour Alger ; elle est arrivée à cette espérance de

vie à la naissance après des efforts considérables dans le domaine de la prévention ainsi qu'à l'accès aux soins.

2.3. Infrastructures sanitaires.

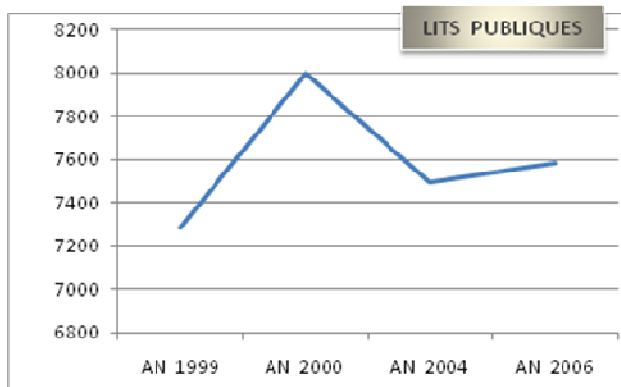
Le tableau suivant démontre l'évolution des infrastructures sanitaires dans la wilaya d'Alger ces dernières années de 1999 au 2006 c'est-à-dire avant l'application de décret exécutif n°07-140 du 2 Joumada El Oula 1428 correspondant au 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité.

Tableau n°03 : L'évolution du nombre de lits publics et privés à Alger jusqu'au 2006

	1999	2000	2004	2006
NBR de LITS dans les HOPITAUX PUBLIQUE	6501	7191	6692	6712
GYNECO-OBSTETRIQUE ET MATERNITE	786	808	805	876
TOTAL PUBLIQUE	7287	7999	7497	7588
PRIVEE	285	332	968	739
TOTAL	7572	8331	8465	8327

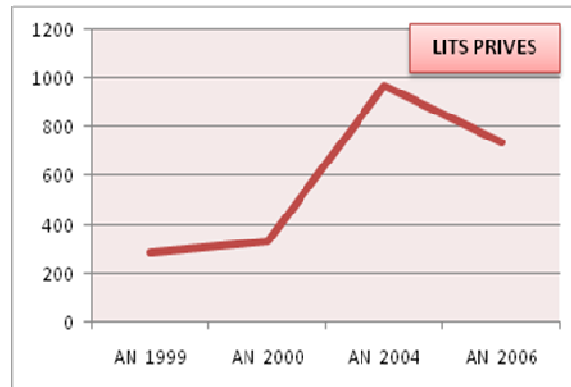
Source : Statistiques de la D.S.P D'Alger, 2007.

Figure 08 : Nombre des lits publics



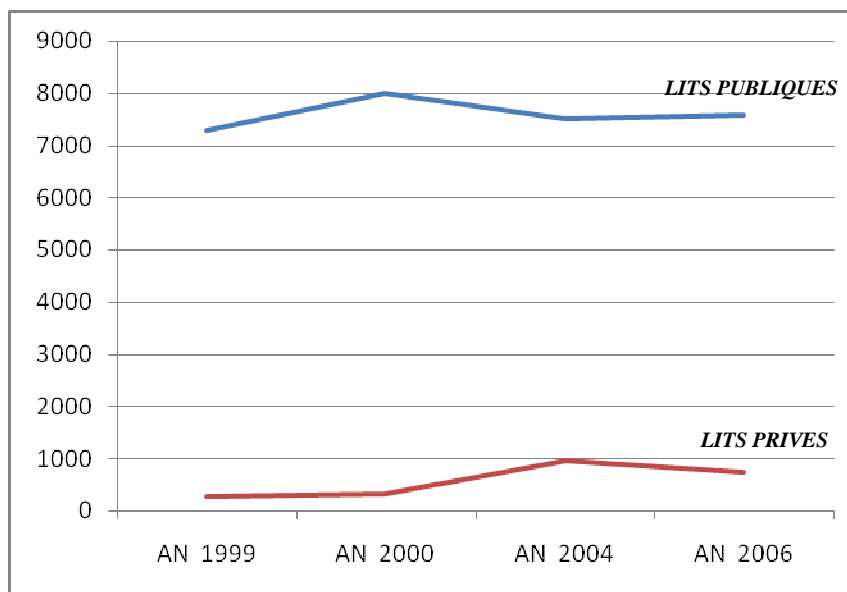
Source : Réalisé par l'auteur selon les statistiques D.S.P.

Figure 09 : Nombre des lits privés



Source : Réalisé par l'auteur selon les statistiques D.S.P.

Figure 10 : Comparaison entre l'évolution du nombre des lits publics et privés

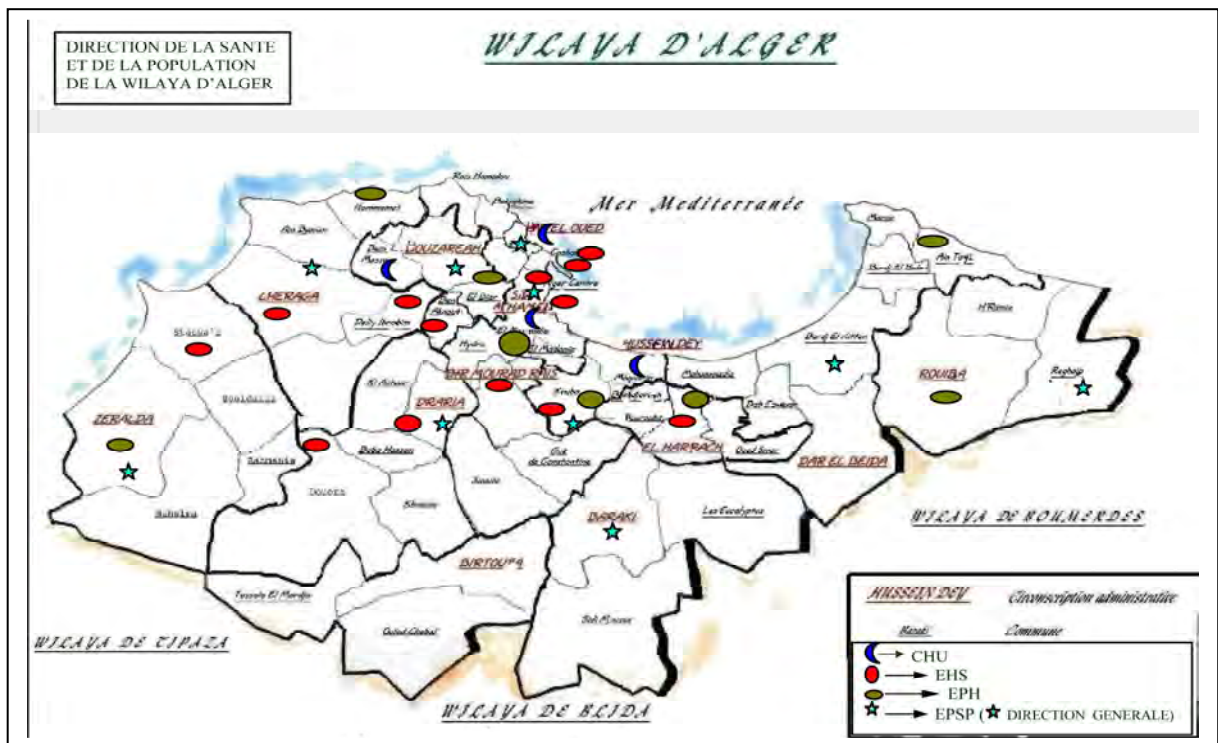


Source : Réalisé par l'auteur selon les statistiques de la D.S.P. d'Alger, 2007.

L'étude comparative des graphes démontre une augmentation du nombre de lits publics jusqu'au 2004, ensuite il y avait une diminution ; en parallèle L'augmentation du nombre de lits privés afin de Rattraper le déficit du secteur public.

2.3.1. Infrastructures sanitaires publiques.

Carte n° 17 : Répartition des infrastructures publiques de la wilaya d'Alger



Source : Reconstitué par l'auteur selon la carte sanitaire de la DSP d'Alger. Service statistiques 2009.

La wilaya d'Alger est composée d'une batterie d'infrastructures sanitaires publiques englobant **7794 lits** reparties comme suit :

Infrastructures d'hospitalisation : dont

- 04 C.H.U totalisant 3771 lits ;
- 13 E.H.S " 2465 lits;
- 08 EPH " 1558 lits.

Etablissements publics le la santé de proximité :

- 10 EPSP composés de 73 polycliniques et 149 salles de soins.

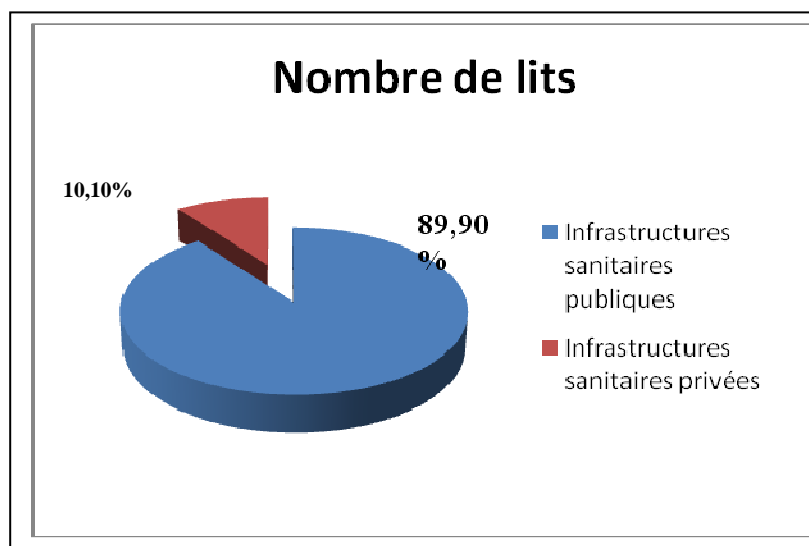
2.3.2. Infrastructures sanitaires privées.

Le nombre des lits dans les infrastructures privés est de **876 lits** réparties dans :

- 21 Cliniques médicochirurgicales ;
- 22 Cliniques d'hospitalisation de jour ;
- 17 Centres d'hémodialyse (dont 07 centres allégés de proximité) ;
- 06 Centres de Diagnostic ;
- 05 Maisons d'accouchement.

En comparant les deux types d'infrastructures publiques et privés ; nous allons constater que 90% d'hospitalisations dans la wilaya d'Alger se feront dans des infrastructures sanitaires publiques par contre la part du privé est que 10% ; comme le démontre la figure 06.

Figure 11 : Comparaison entre le nombre de lits publics et privés à Alger, 2008



Source : Réalisé par l'auteur selon les statistiques de la D.S.P. d'Alger, 2008.

Il ya lieu de signaler que le secteur privé est en pleine évolution ; d'où Sont en cours de réalisation 27 Cliniques médicochirurgicales ; 10 Cliniques en ambulatoire ; 24 Centres d'hémodialyse ; et 11 Centres de diagnostic médical. Concernant les cabinets ; ils sont comptés par le nombre du personnel médicale à savoir ; 1400 Médecins Spécialistes ; 853 Médecins Généralistes ; 1103 Chirugiens Dentistes dont 53 Spécialistes ; 852 Officines pharmaceutiques ; 101 Laboratoires d'analyses médicales ; 47 Psychologues ; et 17 Cabinets de Soins Infirmiers. Il y a aussi 233 sociétés de distribution de produits pharmaceutiques.

D'après tout ce qui a été déjà dit nous allons retirer quelques déductions :

a/ la capacité hospitalière totale : elle est de 8670 lits soit 1 lit / 339 habitants ; cela veut dire un offre de soins dense, majorité des établissements à vocation nationale et pour des pathologies budgétivores (Cancérologie, Hépatites C ..., autres maladies Orphelines....).

Les logiques statutaires (des personnels et des établissements) portées ces trois dernières années par les syndicats ont occulté les débats sur l'organisation sanitaire.

b/ le nombre de services hospitaliers : est de 234 soit:

C.H.U 113 (100% de statut hospitalo-universitaire) ;

E.H.S 75 (dont 59, soit 78%, de statut hospitalo-universitaire) ;

EPH 46 (dont 36, soit 78%, de statut hospitalo-universitaire) ;

Au total 88% des services sont de statut hospitalo-universitaire mais avec une présence importante de praticiens spécialistes de santé publique.

c/ les structures extra hospitalières :

Ils sont de l'ordre d'une unité sanitaire / 13.250 habitants. L'ensemble des communes de la wilaya d'Alger dispose d'au moins une unité sanitaire de proximité. Logique hospitalière budgétivore et discrédit des structures extra hospitalières. La priorité énoncée pour les soins de santé de base mais pas de traduction financière (absence d'approche programmatique des activités).

d/ contraintes rencontrées :

➤ Gestion du privé : à travers l'inflation d'installations privées à savoir :

06 cliniques ouvertes en 2008 et 72 autres en cours de réalisation ;

72 praticiens spécialistes dont 04 chirurgiens dentistes ;

29 chirurgiens dentistes généralistes ;

14 médecins généralistes.

➤ Augmentation du nombre de cabinets de spécialistes au détriment de celui des généralistes (en diminution) qui aura une influence négative sur la dépense Nationale de la santé.

➤ Pression induite par les demandeurs d'installation en officines pharmaceutiques.

➤ Offre de soins relativement importante mais absence de complémentarité entre le public et le privé qui ne permet pas l'utilisation publique de toute la capacité(Cas de l'obstétrique...).

➤ La difficulté de maîtrise du contrôle de l'activité complémentaire (dévoisement du système de santé).

2.4. Ressource humaine.

Les ressources humaines sont le personnel médicale, paramédicale, administrative ainsi que d'autre personnel tel que psychologues,...

2.4.1. Médicale.

➤ Médecins

Hospitaliers Universitaires	1401
Spécialistes de santé publique	979
Spécialistes Privé	1400
Généralistes (public)	2053
Généralistes (Privé)	853

Totalisant 6686 Médecins soit 1 / 440 habitants.

➤ Chirurgiens-dentistes

Hospitaliers Universitaires	109
Spécialistes de santé publique	28
Généralistes (public)	833
Privé	1103

Totalisant 2073 Chirurgiens dentistes soit 1 / 1419 habitants.

➤ Pharmaciens

Hospitaliers Universitaires	95
Spécialistes de santé publique	30
Généralistes (Public)	46
Officines	852

Totalisant 1023 Pharmaciens : soit 1 / 2882 habitants.

2.4.2. Paramédicale.

Infirmiers diplômés d'Etat	7601 dont	3383 C.H.U
Infirmiers Brevetés	1280 dont	324 C.H.U
Aides paramédicaux	678 dont	212 C.H.U

Totalisant **9559 Paramédicaux**, soient :

1 paramédical / 308 habitants

1.22 Paramédicaux / lit

1.43 Paramédicaux / praticien

La formation des paramédicaux dans la capitale est assurée par des structures de formation publiques et privées :

Structures Publiques.

01 Ecole

03 Annexes

- Capacités d'Hébergement 400 lits.
- 1355 Elèves en formation.
 - 1ère année 540 dont 410 Wilaya d'Alger
 - 2ème année 531 dont 428 " d'Alger
 - 3ème année 284 dont 161 " d'Alger

Structures Privées

03 écoles qui assurent la formation des Prothésistes dentaires et Kinésithérapeutes.

2.4.3. Administrative.

Ils sont de l'ordre de 3032 qui représentent 11% du total des personnels.

2.4.4. Autres Personnels.

234 psychologues

9004 techniques et de service.

D'après tous ce qui a été déjà dit sur les ressources humains nous allons retirer quelques déductions :

- Le ratio hospitalo-universitaire / spécialiste de santé publique est égal à 1,4.
- La couverture en médecins généralistes est satisfaisante mais leur nombre est de 1 pour 1,3 médecin spécialiste (Médecine basée essentiellement sur le spécialiste).
- Absence d'instrument de normalisation des effectifs.
- Problèmes posés par l'activité parallèle (cumul) développée par les personnels de santé et particulièrement par les médicaux et paramédicaux.
- Les personnels paramédicaux représentent 35 % des effectifs globaux qui sont de 27.581.

2.5. Activités hospitalières et extrahospitalières dans la wilaya d'Alger.

Les activités sanitaires en générales sont de deux sortes :

2.5.1. Activité hospitalière.

Dans les trois sortes d'établissements hospitaliers nous remarquons un nombre important des consultations hospitalières ; même les actes opératoires ne sont pas de moindre importance comme l'indique le tableau suivant :

Tableau n°04 : Activité hospitalière à Alger, 2008

Etablissements	Consultations hospitalières	Actes opératoires
S.S	4.065.873	23.099
E.H.S	588.742	27.455
C.H.U	1805941	64.395

Source : Statistiques de la D.S.P D'Alger, 2008.

Soit un T.O.M de 65,28% et un D.M.S de 5,66 Jrs, et si nous calculons les T.O.M. et D.M.S. par spécialité nous allons retrouver pour :

- **Les spécialités Médicales.**
 - T.O.M. : 62,82%.
 - D.M.S. : 7,81 jours.
- **Les spécialités Chirurgicales.**
 - T.O.M. : 61,81%.
 - D.M.S. : 5,85 jours.

NB : T.O.M et D.M.S d'après la définition de la DSP ; se sont les ratios les plus significatifs afin de mieux cerner le fonctionnement du système de santé dans sa composante hospitalière.

T.O.M.= c'est le taux moyen d'occupation des lits au cours de l'année d'observation. Il se définit par la formule :

$$\frac{\text{Nombre de journées d'hospitalisation} \times 100}{\text{Nombre de lits} \times 365 \text{ jours}}$$

Le taux d'occupation des lits est l'une des principales mesures de l'activité de service.

D.M.S.= c'est la durée moyenne de séjour. Elle se calcule par la formule :

$$\frac{\text{Nombre de journée d'hospitalisation}}{\text{Nombre d'admissions}}$$

Elle indique le nombre moyen de jours qu'un malade passe dans un service d'hospitalisation au cours de l'année d'observation. Cette notion de séjour moyen est importante car elle peut renseigner sur le fonctionnement de services.

En définitive nous allons préciser encore les T.O.M. et les D.M.S. par spécialité médicale et chirurgicale pour chaque établissement hospitalier comme l'indique le tableau suivant :

Tableau n°05 : Fonctionnement du système de santé à Alger, 2008

Établissements	T.O.M		D.M.S	
	Médical	Chirurgie	Médicale	Chirurgie
CHU	62,29%	64,77	8,76	5,27
EHS	64,18%	62,50	7,27	7,26
S.S	60,66%	51,41	6,63	5,65
Total	62,82%	61,81%	7,81	5,85

Source : Statistiques de la D.S.P D'Alger, 2008.

2.5.2. Activité opératoire.

L'activité opératoire dans la wilaya d'Alger se déroule dans 197 Salles opératoires soit une salle opératoire pour 15.220 habitants, le nombre d'interventions est de l'ordre de 114.949 ; soit un taux de Productivité/Salle = 1,6 interventions. Ces interventions sont réparties sur les trois sortes d'établissements hospitaliers comme suit :

64 395 interventions dans les CHU ;

23 099 interventions dans les EHS ;

Et 27 455 interventions dans les S.S.

Nous avons remarqué que le nombre d'interventions est trop important par rapport aux salles opératoires existantes à Alger, donc il faut renforcer l'activité opératoire par le rajout des nouvelles salles opératoires.

2.5.3. Les urgences.

Dans la wilaya d'Alger, il y a :

les urgences hospitalières : qui sont de l'ordre de 18 Points d'Urgence réparties comme suit :

4 Points d'Urgence CHU ;

07 Points d'Urgence EHS ;

07 Points d'Urgence E.P.H.

les urgences extra hospitalières : réparties dans 23 Polycliniques.

Le siège de **S.A.M.U.** se trouve dans le centre de régulation C.H.U Mustapha avec trois antennes (Bab El Oued, Beni- Messous et Rouiba) ; avec 09 ambulances. L'activité du **S.A.M.U.** est estimée par 3000 interventions.

2.6. La part de la prévention dans le système de sante algérois.

Les maladies à transmission hydrique (M.T.H).

La wilaya d'Alger fait des efforts considérables pour minimiser au maximum des maladies à transmission hydrique ; ces efforts s'exprime à travers les point suivants :

La surveillance de la qualité de l'eau.

Le sous comité de wilaya de suivi du programme de lutte contre les maladies à transmission hydrique se réunit 2 fois/mois au siège de la D.S.P afin d'évaluer et d'identifier les zones à risques épidémiques et de soumettre les mesures et les actions à entreprendre aux organismes identifiés comme intervenants et ce au travers l'envoi de rapports bimensuels à la Wilaya d'Alger- Secrétariat Général.

Par exemple ; durant l'année 2007, vingt cinq (25) séances de travail ont été tenues par les membres du sous comité de suivi du programme national de lutte contre les maladies à transmission hydrique au siège de la Direction de la Santé et de la Population de la Wilaya d'Alger.

Bilan des tests de chlore.

Tableau n°06 : Bilan des tests de chlore à Alger, 2008

Désignation	Total	
	Nombre	Taux
Tests positifs	34346	89%
Tests négatifs	4152	11%
Total wilaya	39412	100 %

Source : Statistiques de la D.S.P D'Alger, 2008.

Analyse Bactériologique.

Tableau n°07 : Analyse Bactériologique à Alger, 2008

Désignation	Total	
	Nombre	Taux
Bonne Qualité Bactériologique	15960	79%
Qualité Bactériologique Suspecte	304	02%
Mauvaise Qualité Bactériologique	3899	19%
Total wilaya	20163	100%

Source : Statistiques de la D.S.P D'Alger, 2008.

Surveillance épidémiologique.

Tableau n°08 : Surveillance épidémiologique à Alger, 2008

Maladies	Année 2007
Cholera	00
Fièvre typhoïde	05
Dysenteries	92
Hépatite virale A	57
Total wilaya	154

Source : Statistiques de la D.S.P D'Alger, 2008.

Programme national de lutte contre les ZOONOSES.

C'est la préoccupation majeure des services de santé. Le comité de lutte de la wilaya a pris les mesures d'identification des sites de prolifération d'animaux errants (Parc zoologique, cités universitaires Bab Ezzouar ...); l'intensification des captures des animaux errants par les services d'HURBAL; l'organisation de campagne de battues par les services des Circonscriptions Administratives au travers des associations de chasseurs; la campagne d'éducation sanitaire au travers les Médias (Radio Bahdja, Chaîne III, Quotidiens nationaux); et enfin la supervision des unités de prise en charge des personnes mordues, implantées sur le territoire de la Wilaya d'Alger a été effectuée par les services de la Direction de la Santé et de la Population et des recommandations ont été données pour une meilleure prise en charge à travers l'uniformisation de la conduite à tenir (Formation des praticiens).

La Wilaya d'Alger dispose de 19 unités de vaccination anti-rabique (toutes les unités fonctionnant en H/24 assurent la prise en charge totale des personnes mordues).

Bilan de la vaccinothérapie.

Tableau n°09 : Bilan de vaccination à Alger, 2008

Désignation		2006		2007	
		Nombre	Taux	Nombre	Taux
Nombre de personnes mordues		3037		3591	
Nombre de personnes traitées		2939	97 %	3551	99 %
Animal Mordeur	Chien	1893	62 %	2312	64 %
	Chat	600	20 %	657	18 %
	Rat	437	14 %	495	14 %
	Autres	107	04 %	127	04 %
Total		3037	100 %	3591	100 %

Source : Statistiques de la D.S.P D'Alger, 2008.

Surveillance épidémiologique des zoonoses.

Tableau n°10 : Surveillance épidémiologique des zoonoses à Alger, 2008

Maladies	ANNEE 2006	ANNEE 2007
Rage	00	00
Kyste Hydatique	27	17
Brucellose	06	06
Leishmaniose Cutanée	12	06
Leishmaniose Viscérale	01	01
Leptospirose	03	06
Fièvre Boutonneuse	10	03
Total	59	39

Source : Statistiques de la D.S.P D'Alger, 2008.

Les tableaux précédents nous démontre que le chien reste l'animal mordeur dominant avec un taux de 64 %, suivi des cas de morsures par le chat (18 %) et les morsures par chien et chat (82 %) montrent la nécessité de la lutte contre les animaux errants.

Programme de lutte anti tuberculeuse.

Le tableau suivant démontre les cas de tuberculose pulmonaire et extra pulmonaire dans les différents secteurs sanitaires de la wilaya d'Alger à savoir :

Tableau n°11 : Surveillance épidémiologique des zoonoses à Alger, 2008

Secteur Sanitaire	U.C.T.M.R	Tuberculose Pulmonaire	Tuberculose extra pulmonaire	Total
Ain taya	Hai Galloul	70	64	134
Baraki	Sidi Moussa	69	104	173
Birtraria	Château neuf	64	76	140
Bologhine	Rais Hamidou	27	8	35
	Lazerge (B.E.O)	113	74	187
Douera	Douéra	85	145	230
El harrach	Sidi M'Barek	130	136	266
Kouba	Hussein Dey	73	74	147
	Les sources	55	45	100
	Bachdjarah	45	47	92
Rouiba	Rouiba	94	49	143
	Reghaia	51	44	95
	Bab Ezzouar	83	96	179
Sidim'hamed	Hamma Anasser	27	22	49
Zeralda	Staoueli	97	66	163
C.H.U Mustapha	Léon Bernard	105	83	188
Total Wilaya		1188	1133	2321

Source : Statistiques de la D.S.P D'Alger, 2008.

D'après le tableau ; les cas de tuberculoses de toutes formes confondues déclarées dans la wilaya d'Alger sont de l'ordre de **2321 cas** ; soit incidence de 79 cas /100.000 habitants contre 88 en 2006. Cette augmentation s'est opérée en faveur des Tuberculoses Extra Pulmonaires (Ce qui s'expliquerait probablement par des déclarations sans confirmation bactériologique). La situation est relativement stationnaire (84,02 en 2005, 79,78 en 2004) ; soit le taux d'incidence des tuberculoses pulmonaires contagieuses est de 37 cas nouveaux / 100.000 habitants contre 35 en 2006.

Les Tuberculoses Pulmonaires représentent 51% des cas déclarés contre 49% des Tuberculoses Extra Pulmonaires. La Tuberculose occupe la première place parmi les maladies à déclaration obligatoire. La Wilaya d'Alger dispose de 16 Unités de Contrôle de la Tuberculose et des Maladies Respiratoires (U.C.T.M.R), intégrées dans les unités de soins de base des 10 secteurs sanitaires d'Alger.

L'objectif de la relance est de réduire l'incidence annuelle des cas de tuberculoses pulmonaires contagieuses.

Programme élargi de vaccination.

L'Algérie est reconnue par ces efforts considérables dans le domaine de vaccination d'ailleurs c'est ce que démontre le tableau suivant concernant la wilaya d'Alger :

Tableau n°12 : Programme élargi de vaccination à Alger, 2008

vaccination	Taux de couverture
B.C.G	97,6%
V.P.O	96,6 %
H.V.B1	97,1%
H.V.B2	93,9%
H.V.B3	89,8 %
D.T.C.P1	94,6 %
D.T.C.P2	93,6 %
D.T.C.P3	92,6 %
V.A.R	86,8 %

Source : Statistiques de la D.S.P D'Alger, 2008.

Ce tableau nous a permettez de retirer ce qui suit : malgré que les taux de couverture sont élevés ; ça reste toujours insuffisant du moment qu'ils ne sont pas encor arrivé à un taux de couverture de 100% ; la statistique reste incomplète par rapport aux déplacements de population et aux vaccinations effectuées dans les centres médico-sociaux et services de santé de l'Armée ; les ruptures temporaires en vaccins DTC, Indisponibilité des seringues à l'IPA ; et la campagne de rattrapage des vaccinations a été menée du 20 octobre au 7 novembre 2007 a permis de vérifier que les enfants résidant à Alger sont correctement vaccinés.

Programme d'éradication de la poliomyélite.

Onze cas de Paralysie Flasque Aigue (10 enfants, 1 adulte) recensés dont 05 hors Wilaya(Tipaza, Bouira, Médéa, M'Sila, Boumerdès). deux décès ont été enregistrés.

Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques.

Il y a 8.583 cas pris en charge dont :

Diarrhée légère	7.961	soit 92,75%
Déshydratation modérée	414	soit 4,82%
Déshydratation sévère	208	soit 2,42%

Il y a lieu de signaler que létalité hospitalière annuelle est de l'ordre de 0,42% ; soit 4 décès / 950 cas de diarrhée Hospitalisés.

Dans la wilaya d'Alger il y a 76 Unités sanitaires de base disposent de Coins de réhydratation.

Programme de lutte contre les infections respiratoires.

La wilaya d'Alger suit ce programme de lutte contre les infections respiratoire afin d'atteindre les objectifs suivants : réduire la mortalité liée aux I.R.A (qui représente 10,7% des décès en Algérie) ; réduire la mortalité des I.R.A graves (qui représente 23% des hospitalisations) ; et enfin réduire la prescription inappropriée des antibiotiques et d'autres médicaments dans le traitement des IRA.

C'est pour ça elle applique la stratégie suivante : la standardisation du diagnostic et de la prise en charge ; la formation du personnel de santé ; et enfin l'intégration du programme aux soins de santé primaire et au même temps aux autres programmes.

Evaluation du programme de lutte contre les infections respiratoires durant l'année 2007.

Il y avait 259 122 consultants pour I.R.A sur 526.540 toutes causes confondues soit 49,21% réparties en :

- I.R.A hautes 170.828 soit 65,92%.
- I.R.A basses 97.294 soit 37,54%.

Il y avait aussi 3.980 cas hospitalisés soit 19% des hospitalisations d'enfants entre 0 et 5ans. Le taux de mortalité hospitalière par IRA était de l'ordre de 0,86%° avec un taux de létalité hospitalière de 0.45% contre 2.64% en 2006.

Si nous comparons la prescription d'antibiotiques (ATB) qu'elle est de l'ordre de 54,77% contre 54,89% (en 2006) ; 60,33% (2004) et 62,07% (2003), On note une tendance à la diminution de la prescription d'ATB donc une nette amélioration de prise en charge des I.R.A., dès que l'objectif des formations rendues obligatoires par la DSP ; des séminaires locaux ont été organisés suivis et évalués à partir de 2004 ayant touché l'ensemble des praticiens généralistes et pédiatres des Unités Sanitaires de Base des secteurs sanitaires.

Programme de lutte contre la mortalité maternelle et périnatale.

Les infrastructures d'accueil pour les maternités dans la wilaya d'Alger sont de l'ordre de 34 maternités soit 1 maternité pour 9.321 Femmes Mariées en Age de Reproduction (F.M.A.R). Dans le secteur public nous avons : 10 services de gynécologie obstétrique en plus les deux services de l'H.C.A et les Rosiers) et 4 maternités publiques non dotées de bloc opératoire. Dans le secteur privé nous avons 18 cliniques privées, soit une capacité en lits de 778 lits d'obstétrique, donc nous aurons 1 lit pour 456 F.M.A.R.

Ce nombre de lits est partagé entre les deux secteurs publique et privé comme suit : le secteur public avec 448 soit 58% de la totalité des lits ; et le secteur privé avec 330 soit 42% de la totalité des lits.

Les contraintes : Mai à Octobre, le problème des urgences d'obstétrique se pose avec une grande acuité à Alger à savoir ;

- capacités d'accueil des services d'obstétrique et de néonatalogie vite dépassées du fait de flux importants de parturientes venant de tous les points du pays notamment des wilayas limitrophes (18,46% des naissances vivantes hors wilaya) induisant des dysfonctionnements ; une lourde charge de travail et de stress vécue au quotidien ; et des

problèmes sécuritaires pour le personnel de santé exposé aux invectives et aux agressions des usagers.

- les longs trajets parcourus dans de mauvaises conditions, les renvois de maternité en maternité sont autant de pertes de temps qui accentuent les retards dans la prise en charge.
- 81 682 naissances totales enregistrées dont 80,1% (65.483) en maternités publiques et 9,83% (16.199) en cliniques privées.

D'après tous ce qui a été dit sur le programme de lutte contre la mortalité maternelle et périnatale nous constatons la nécessité d'une approche régionale de prise en charge des parturientes et de l'introduction du « concept de lit d'utilisation publique ».

Programme de maîtrise de la croissance démographique.

Alger aussi effectue un programme pour maîtriser l'évolution de la population à fin de savoir planifier et que la croissance démographique ne soit pas aléatoire. A travers tout le territoire de la wilaya, nous avons 194 unités de planification pour 354.199 femmes mariées en âge de reproduction ; d'où le taux de prévalence globale de la contraception est de l'ordre de 64%, et le taux de prévalence du DIU est de 5,19%. La contraception injectable est moins demandée (512 injections effectuées en 2007).

Dans le cadre de l'application de ce programme 340 prestataires (sages-femmes, médecins généralistes coordinateurs, chefs d'unités ou médecins de PMI et gynécologues) ont bénéficié d'une formation organisée par les services de la DSP.

Programme de dépistage du cancer du COL UTERIN.

Dans le cadre de l'application de ce programme 10 unités de dépistage du cancer du COL UTERIN sont fonctionnelles dans la wilaya d'Alger. L'objectif est de réaliser un frottis cervico-vaginal à 21% des femmes enregistrées en PMI/EN (65.000). Les activités enregistrées sont de 12 174 Frottis Cervico - Vaginaux qui ont été analysés par les unités extrahospitalières ; soit 19% des femmes enregistrées en PMI/EN. Parmi les lésions graves dépistées nous avons: 30 lésions de haut grade ; 3 cancers épidermoïdes et 3 adénocarcinomes.

Contraintes : pas mal des contraintes sont enregistrées à savoir ;

- Insuffisance de personnel qualifié et de matériel pour dérouler un programme de dépistage systématique visant toutes les femmes âgées de 30 à 50 ans ou au moins les femmes qui fréquentent les centres de PMI/EN.
- 3 sessions de formation en colposcopie ont été organisées en liaison avec l'INSP : 36 gynécologues d'ALGER ont bénéficié de cette formation entre 2005,2006 et 2007

Programme de lutte contre le Rhumatisme Articulare Aigu.

Le tableau suivant illustre les cas du Rhumatisme Articulare Aigu dans la wilaya d'Alger :

Tableau n°13 : Programme de lutte contre le Rhumatisme Articulare Aigu à Alger, 2008

Secteur Sanitaire	Nouveaux cas			Rechutes			Total général		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Ain taya	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Baraki	01	01	02	00	00	00	01	01	02
Birtraria	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Bologhine	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Douera	00	00	00	00	00	00	00	00	00
El harrach	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Kouba	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Rouiba	00	00	00	00	00	00	00	00	00
S .m'hamed	01	01	02	01	01	02	02	02	04
Zeralda	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Total wilaya	02	02	04	01	01	02	03	03	06

Source : Statistiques de la D.S.P D'Alger, 2008.

D'après le tableau l'Etat fait pas mal des efforts afin que le nombre des cas soit égale à zéro.

Programme de lutte contre la Toxi-Infection Alimentaire Collective.

Le tableau suivant illustre la date et le lieu ainsi que le nombre des cas de la Toxi-Infection Alimentaire Collective dans la wilaya d'Alger.

Tableau n°14 : Programme de lutte contre la Toxi-Infection Alimentaire Collective à Alger, 2008

Secteur Sanitaire	Date de survenue	Lieu de survenue	Nombre de cas
Ain Taya	11/03/2007	Domaine SENTOUHI Cme Heuraoua	03
Rouïba	14/03/2007	Cité 100logts douar ben ziane BEK	02
Birtraria	29/04/2007	Cité 200logts bt 8 n°4 dely ibrahim	03
Douéra	25//05/2007	Lot Sidi lahcen Baba hacen	07
Baraki	01/05/2007	Hai mohamed n°136 ben talha	04
zeralda	05/05/2007	Cite bab el oued zeralda	56
Douéra	06/06/2007	Ouled mendil hadj yakoub	81
Douéra	26//06/2007	Cité Zouline n°6 baba ali birtouta	05
Baraki	25//07/2007	Cité la montagne bloc f4 Bourouba	03
Douéra	06/08/2007	Cité chaibla Ouled chebel	04
El harrach	14//08/2007	Cité Beylot eucalyptus	70
Rouïba	17/08/2007	Hai Ben Choubane Rouïba	13
Baraki	26/08/2007	Cité d'urgence bloc n°8 bourouba	04
Baraki	26/08/2007	Cité 237 logts bt V n°12 gué de constantine	04
Ain taya	05/10/2007	Bordj el Kiffan	04
Douéra	12/09/2007	Cité Bel hadj	04
Rouïba	05/10/2007	Bordj el kiffan	03
Birtraria	05/10/2007	Beau fraisier	18
El harrach	23/10/2007	20 rue abderrahman sbaa	02
TOTAL			277

Source : Statistiques de la D.S.P D'Alger, 2008.

D'après le tableau Alger fait pas mal des efforts afin de minimiser le maximum le nombre des cas de la Toxi-Infection Alimentaire Collective.

Programme de lutte contre la Rougeole.

Il y avait 103 cas de rougeole en 2007 contre 171 en 2006 ; dont la tranche d'âge entre 04 et 09 ans représente 45 % des cas. La diminution du nombre des cas entre 2006 et 2007 démontre les efforts de l'état dans l'application du programme de lutte contre la Rougeole.

Programme de lutte contre la Méningites purulentes.

165 cas de méningites purulentes ont été enregistrés. Autour de chaque cas, une enquête épidémiologique est déclenchée afin de prendre en charge les sujets contacts par une chimio prophylaxie et dans les établissements fermés (écoles, résidences universitaires ...), une vaccinothérapie instaurée. Le tableau suivant illustre les cas du Méningites purulentes enregistrés dans chaque mois de l'année.

Tableau n°15 : Programme de lutte contre la Méningites purulentes à Alger, 2008

Mois	Groupe d'âge (an)						Germe				Évolution	Total
	< 1	01-09	10-19	20-29	30-39	40 et plus	Mé	Hé	P	Ind	DCD	
Janvier	4	6	0	1	3	0	7	1	0	6	1	14
Février	0	4	1	2	1	2	2	2	1	6	0	11
Mars	2	3	0	2	0	1	3	1	0	3	1	7
Avril	2	6	2	0	1	1	2	1	1	8	0	12
Mai	4	2	3	1	0	0	3	2	1	4	1	10
Juin	3	3	0	0	1	1	1	4	1	5	0	11
Juillet	7	8	5	2	1	1	6	3	3	12	1	24
Août	8	4	2	2	2	1	1	2	1	15	1	19
Septembre	3	5	3	0	0	1	2	0	0	10	1	12
Octobre	5	5	1	0	1	1	6	2	0	5	0	13
Novembre	4	5	1	1	0	5	5	6	3	2	1	16
Décembre	4	6	3	1	1	1	7	1	2	6	0	16
Total	46	57	21	12	11	15	45	25	13	82	7	165

Source : Statistiques de la D.S.P D'Alger, 2008.

D'après le tableau ; la Méningites purulentes touche beaucoup plus les nouveau né et les enfants de moins de 9 ans, ainsi que le nombre le plus important des cas est enregistré en été entre Juillet et Août ; donc l'état dans l'application de son programme de lutte contre la Méningites purulentes est dans l'obligation de multiplier ces efforts dans la prévention afin de minimiser les cas de Méningites purulentes surtout pendant l'été et pour les enfants de moins de 9ans.

Maladies à déclaration obligatoire.

Nous allons illustrer dans un tableau récapitulatif le nombre des cas des maladies à déclaration obligatoire dans la wilaya d'Alger.

Tableau n°16 : Maladies à déclaration obligatoire à Alger, 2008

Maladies	Nombre
CHOLERA	0
FIEVRE TYPHOIDE	5
DYSENTRIES	92
HEPATITE VIRALE A	69
HEPATITE VIRALE B	-
HEPATITE VIRALE C	/
TOXI INFECTION ALIMENTAIRE	282
COQUELUCHE	16
ROUGEOLE	103
MENINGITE CEREBRO SPINALE	45
MENINGITE PURULENTE	121
MENINGITE LYMPHOCITAIRE	596
TUBERCULOSE	45
LEISHMANIOSE CUTANEE	6
LEISHMANIOSE VISCERALE	1
RAGE	0
BRUCELLOSE	6
LEPTOSPIROSE	6
FIEVRE BOUTONNEUSE	
KYSTE HYDATIQUE	17
PALUDISME	5
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	6

Source : Statistiques de la D.S.P D'Alger, 2008.

D'après le tableau ; le nombre des maladies à déclaration obligatoire dans la wilaya d'Alger est important malgré les efforts de l'état dans l'application des programmes de lutte contre ces maladies ; surtout pour la Méningites et la toxi infection alimentaire ; par contre nous remarquons la réussite de l'état de lutter contre le CHOLERA.

Programme national de santé scolaire.

Dans la wilaya d'Alger nous avons 76 UDS ; avec 252 médecins, 203 chirurgiens dentistes, 65 psychologues et 200 paramédicaux. Le tableau suivant démontre le taux de couverture du programme nationale de santé scolaire dans la wilaya d'Alger :

Tableau n°17 : Programme national de santé scolaire à Alger, 2008

Désignation	Nombre d'Elèves	Taux de Couverture
Population des élèves en classes ciblées	174.443	-
Elèves des classes cibles examinées	170.402	97,68 %
Population des élèves des classes intercalaires	398.608	-
Elèves des classes intercalaires examinés	313164	78,56 %
Effectif global des élèves inscrits	573.051	-
Effectif global des élèves examinés	481.255	83,98 %

Source : Statistiques de la D.S.P D'Alger, 2008.

L'un des indicateurs d'efficacité du programme national de sante scolaire ; c'est l'activité de vaccination des élèves. Le tableau suivant démontre les taux de vaccination des élèves de la wilaya d'Alger dans le cadre du programme national de sante scolaire.

Tableau n°18 : Programme de vaccination dans la santé scolaire à Alger, 2008

	Population cible	Population Vac DTP	Taux DTP	Pop Vac A.R	Taux A.R
1 A.F	47162	45875	97,27 %	45894	97,31 %
6 A.F	51980	49682	95,58 %	-	-
1 A.S	20044	18679	93,19 %	-	-
Total	119186	114236	95,85 %	45894	97,31 %

Source : Statistiques de la D.S.P D'Alger, 2008.

D'après le tableau ; les taux de vaccination sont considérables ; ils dépassent les 90%. Cela exprime l'efficacité du programme national de santé scolaire dans la wilaya d'Alger.

L'état fait aussi des efforts considérables concernant le suivi et prise en charge des élèves comme démontre les résultats suivants :

- | | |
|--|------------------------|
| • nombre total d'élèves examinés | 481.255 |
| • élèves convoqués pour suivi | 118.438 soit (24,61 %) |
| • élèves présentés au suivi | 96.760 soit (81,70%) |
| • élèves orientés pour prise en charge spécialisée | 63.863 soit (13,27%) |
| • élèves pris en charge en spécialité | 29.973 soit (46,93%) |

Programme national de sante bucco dentaire en sante scolaire.

Activité de dépistage : il y a lieu aussi de signaler l'effort de l'état à travers le Programme national de sante bucco dentaire en sante scolaire ; surtout que l'effectif cible dans ce programme est de 2135.63, et l'effectif examiné est de l'ordre de 188.255 soit (88,14%).

Activités de prise en charge : l'activité de prise en charge dans ce programme concerne 33.725 élèves pris en charge d'après 80.280 élèves orientés pour soins ; soit un pourcentage de 42,01 %.

- Il existe une grande carence dans la prise en charge : seulement 42,01%.

Fauteuils dentaires : il existe 44 fauteuils dentaires dans la wilaya d'Alger implantés dans les UDS dont 33 fonctionnels.

Programme national de santé universitaire.

Dans ce programme Alger dispose de 34 U.M.P. ; dans ces U.M.P. il existe 94 médecins, 35 chirurgiens-dentistes, 75 paramédicaux et 06 psychologues.

Nous allons voir l'efficacité de ce programme à travers le bilan d'activités suivant :

Bilan d'activités :

Tableau n°19 : Bilan d'activités Programme national de santé universitaire à Alger, 2008

	Nombre d'étudiants	Taux
Étudiants inscrits	157632	-
Population Cible	51014	-
Visite de Dépistage	25784	50 ,54%
Visites Systématiques	50782	47,62 %
Visites Spontanées	66598	
Total des visites	143164	-
Vaccinations DT A	6395	12 ,54%

Source : Statistiques de la D.S.P D'Alger, 2008.

Ce tableau démontre que ce programme ne fonctionne pas bien comme il faut, surtout que la population cible représente que 32% du nombre des étudiants inscrits.

Activités Bucco- dentaires : Il existe 14 fauteuils dentaires implantés dans les U.M.P dont 05 non fonctionnels ; et l'efficacité de cette activité s'exprime à travers le bilan d'activité suivant :

Bilan d'activités :

Tableau n°20 : Bilan d'activités Bucco-dentaires à Alger, 2008

	Nombre d'étudiants	Taux
Étudiants inscrits	102368	-
Population Cible	23793	-
Visite de Dépistage	16015	67 ,30%
Étudiants pris en charge	11419	73 %
Nombre de caries dentaires	13982	

Source : Statistiques de la D.S.P D'Alger, 2008.

Ce programme aussi ne fonctionne pas bien comme il faut ; d'où la population cible ne représente que 23% du totale des étudiants inscrits ; et cela reviens surtout au nombre des fauteuils dentaires fonctionnels implantés dans les U.M.P, qui est de l'ordre de 09 fauteuils.

Programme national de médecine de travail.

À travers le territoire de la wilaya d'Alger 713 entreprises couvertes, pour un effectif global de 164320 travailleurs, répartis entre :

- industrie : 2 9273
- bâtiment : 20429
- agriculture : 8075
- secteur tertiaire : 106543

Ce programme de 71 médecins spécialistes, 96 médecins généralistes, 74 résidents en médecine du travail, 31 paramédicaux et 22 secrétaires. L'effectif réel pris en charge est de l'ordre de 133832 travailleurs soit 81,44% de l'effectif global.

Les activités du programme national de médecine de travail.

Nombre de Visites Médicales.

D'embauche	: 6284
Périodique	: 95519
De reprise	: 2200
Spontanée	: 23939
Total	: 127942

Nombre d'examens.

Examens radiologiques	: 10529
Examens biologique	: 35.895

Déclaration des maladies professionnelles.

Maladies professionnelles 97 ;

Maladies à caractère professionnel 110 ;

Accident de travail 1683.

Vaccination contre l'Hépatite Virale « B » :

Population cible	: 7049
Population correctement vaccinée	: 2614
Population en cours de vaccination	: 3347
Taux de couverture vaccinale	: 37,08 %

Vaccination DT :

Population cible	: 23370
Population vaccinée DT	: 12997
Taux de couverture vaccinale DT	: 55,61 %

Surveillance des travailleurs exposés au rayonnement ionisant :

Effectif exposé : 1171
Effectif suivi sur le plan dosimétrique : 1066
Enfin d'après tous ces chiffres le programme national de médecine de travail est un programme riche d'activités.

Protection sanitaire au niveau des centres de formation professionnelle.

À travers le territoire de la wilaya d'Alger nous avons 57 centres de formation professionnelle avec un effectif total de 43472 ; les visites médicales effectuées dans ces établissements sont réparties comme suit :

13855	visites d'embauche
14849	visites systématiques
27146	visites spontanées
246	visites de reprise

Téléphone vert (DSP) : la direction de la santé et de la population de la wilaya d'Alger a mis à la disposition de la population un téléphone vert (gratuit), d'où nous enregistrons :

76	appels relatifs aux maladies chroniques ;
85	appels relatifs aux programmes nationaux ;
1782	appels relatifs aux autres pathologies.

Soit un total des appels de 1943 appels dont 1321 Féminins (67 %) et 622 Masculins (33 %).

maladies non transmissibles.

En dernier lieu nous allons voir les maladies non transmissibles ; qui représentent elles aussi un volé assez important des maladies dont souffre les algérois :

le diabète: la prévalence est estimée à 7% soit une population de 180.000 diabétiques. Il existe un pôle de prise en charge de la maladie diabétique par secteur sanitaire d'où le nombre de consultants est de l'ordre de 122134 consultants. La contrainte principale dans cette maladie c'est le manque de diététiciens.

l'hypertension artérielle (H.T.A) : la prévalence est estimée à 3% soit une population de 90.000.

l'asthme : la prévalence est estimée à 2% de la population soit 60.000 personnes sont asthmatiques, leur prise en charge est assurée au sein des 15 U.C.T.M.R et autres unités sanitaires réparties au travers Alger.

maladie Mentale : la prévalence, selon l'OMS, est de 0,5% de la population générale soit 15.000 personnes pour la wilaya d'Alger ; et la capacité hospitalière est de 452 lits soit 1 lit pour 6508 habitants. Nous avons 02 EHS et 02 unités d'urgence (CHU Mustapha et CHU Bab El Oued) rattachées fonctionnellement aux deux E.H.S. Dans l'ensemble nous avons 133 médecins psychiatres dont 54 privés soit 1 spécialiste pour 22 118 habitants, et 362 psychologues dont 41 privés. Il y a aussi des centres Intermédiaires en santé mentale.

Les activités du programme national de santé mentale: nous avons enregistré 14153 consultations de psychiatrie d'urgence ; 95910 consultations de psychiatrie externe et 129610 consultation psychologie. Concernant la prise en charge des personnes errantes : 2321 personnes ramassées sont prises en charge dont 1239 masculin soit 53.38 % ; 865 féminin soit 37.26 % et 217 enfants soit 09.34 %. Avec la mise en place d'une consultation en psychiatrie au niveau du centre SAMU Social de Dely Ibrahim (03 consultations /semaine). Concernant le placements d'office de malades mentaux, il y en a 13 au niveau de l'EHS Frantz Fanon de Blida.

Les activités réalisées par les Centres Intermédiaires en Santé Mentale : plusieurs activités ont été réalisées à savoir ; la prise en charge de 12164 malade mental dans le cadre de la poste cure ; l'accueil et soins des toxicomanes (958 cas) ; l'accueil et soins des victimes de violences (703 cas) ; l'accueil et la prise en charge et l'orientation des Personnes suicidaires (572 cas) ; l'accueil et le soins des enfants ayant des troubles de santé mentales (3494 cas) ; l'occupation à temps partiel dans

des ateliers (889 cas) ; et enfin des orientations et des conseils des usagers en matière de santé mentale (5553 cas).

Nous arriverons enfin à citer les différentes contraintes dont souffre le programme national de santé mentale :

- Le déficit (selon l'OMS 1lit pour 2000 habitants par contre nous avons à Alger 1 lit pour 6508 habitants);
- L'absence de « services fermés » au niveau des établissements psychiatriques d'Alger, induit le transfert des patients pour placement d'office à Blida ;
- Insuffisance de paramédicaux spécialisés en santé mentale ;
- La réhabilitation en cours de 02 services (Frantz Fanon à Drid Hocine et Bloc Central à Chéraga) réduit la capacité de prise en charge ;
- Restructuration de la prise en charge de la maladie psychiatrique dans la wilaya d'Alger.

maladies rénales : concernant l'activité de dialyse dans la wilaya d'Alger ; nous avons 285 Générateurs dont 74 publics et 211privés ; soit 1 générateur pour 14354 habitants. Dans tous les établissements de la wilaya nous avons 1240 patients pris en charge dont 96 hors wilaya. Les structures spécialisée sur les maladies rénales sont de l'ordre de 1240 structures dont :

- 932 en structures Privées ;
- 308 en structures Publiques.

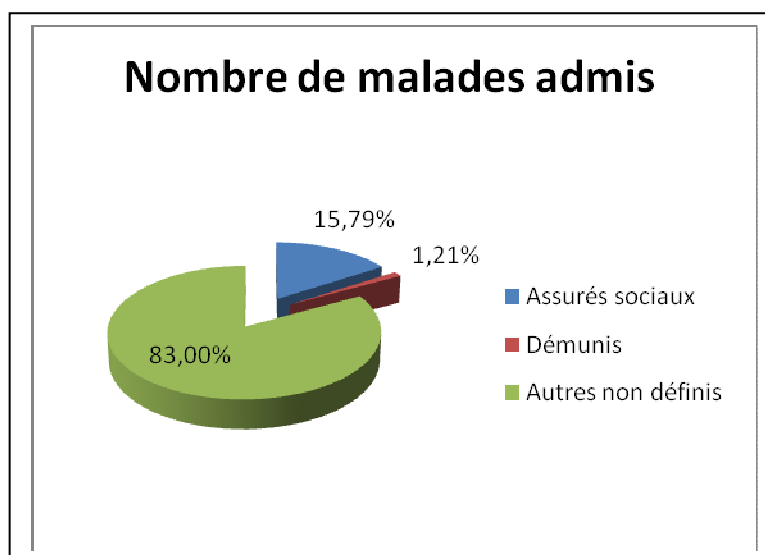
Concernant les maladies rénales et l'activité de dialyse à Alger nous pouvons dire que : le développement de la D.P.C.A et l'ouverture des Centres d'Hémodialyse privés a permis de lever la pression sur les établissements publics ; la vraie solution reste la prévention de l'insuffisance rénale et le développement de la greffe rénale dont la productivité est insuffisante ; et l'hémodialyse obère lourdement le budget de fonctionnement des établissements.

2.7. Evaluation de l'activité d'hospitalisation.

Les malades admis pour l'hospitalisation dans l'ensemble des structures sanitaires de la wilaya d'Alger sont de l'ordre de 306 911 malades réparties comme suit :

- 48 473 Assurés sociaux soit 15,79 %
- 3 716 Démunis soit 1,21 %
- 254 722 Autres non définis soit 83 %

Figure 12 : Evaluation des différents types des malades admis pour l'hospitalisation à Alger, 2008



Source : Réalisé par l'auteur selon les statistiques de la D.S.P. d'Alger, 2008.

D'après la figure 16 ; les assurés sociaux représentent une minorité par rapport à l'ensemble des malades admis.

Évaluation de l'activité d'hospitalisation 2007.

Tableau n°21 : Évaluation de l'activité d'hospitalisation à Alger, 2007

Etablissements		Nombre d'admissions		
		Assurés sociaux	Démunis	Indéfinis
E H S	AIT IDIR	1 071	344	178
	AZUR PLAGES	537	11	358
	BEN AKNOUN	706	0	4 507
	CHERAGA	41	0	434
	CNMS	2 337	282	237
	CPMC	3 106	1 956	14 462
	DOUERA	1 486	0	14 998
	DRID HOCINE	68	0	568
	EL KETTAR	218	0	2 400
	SALIM ZEMIRLI	1 609	7	4 840
	CASTORS	287	3	444
	LES BRULES	44	8	1 325
	TIXERAINES	196	0	539
TOTAL EHS		11 706	2 611	45 290

S S	ELHARRACH	194	0	17 355
	KOUBA	539	0	20 229
	SIDI M'HAMED	2 708	20	2 472
	ZERALDA	3 238	206	7 708
	AIN TAYA	1 044	3	9 559
	BARAKI	166	0	1 337
	ROUBA	616	0	12 575
	BIRTRARIA	3 798	35	4 420
	BOLOGHINE	167	1	13 940
TOTAL SS		12 470	265	89 595
C H U	MUSTAPHA	10 412	595	32 724
	BENI MESSOUS	9 924	245	23 133
	BAB EL OUED	751	0	21 862
	HUSSEIN DEY	3 210	0	42 118
TOTAL CHU		24 297	840	119 837
TOTAL GENERAL		48 473	3 716	254 722

Source : Statistiques de la D.S.P D'Alger, 2008.

D'après le tableau ; le nombre important des admissions que ce soit ; les assures sociaux, les démunis, ou bien les autres non définis dans les différents établissements (EHS, SS, et CHU) ; la capitale dispose d'une importante infrastructure sanitaire.

3. Investissements de l'Etat dans la santé.

3.1. Programme en cours.

Le programme inscrit à l'indicatif de la Direction de la Santé et de la Population de la Wilaya d'Alger est reparti sur 31 opérations d'investissement planifié.

3.1.1. Les trois grandes opérations en cours.

Tableau n°22 : Les trois grands programmes en cours d'investissement sur la santé à Alger, 2008

Intitulé de l'opération	Observations
1. Réalisation d'un centre de Cardiologie et de Chirurgie Cardio-Pédiatrique de 80 lits à Mahelma.	Entreprise retenue Marché en cours d'examen au niveau de la commission nationale des marchés.
2. Réalisation d'un complexe mère et enfant de 80 lits à Baba Hassen.	Appel d'offre en cours Ouverture des plis le 09.08.2008.
3. Etude et réalisation d'un E.H.S de Gériatrie de 100 lits à Zeralda.	Cahier des charges pour la réalisation au niveau de la commission nationale des marchés.

Source : données de la D.S.P D'Alger, 2008.

3.1.2. Etudes et réalisation des projets.

- Réalisation d'une polyclinique à Ain Naadja ;
- Réalisation d'une polyclinique à Mohammadia ;
- Réalisation d'une polyclinique à Cherarba ;
- Réalisation d'une polyclinique à Douera ;
- Réalisation d'une polyclinique à Alger Centre (Allahoum ex Tankred) ;
- Réalisation d'un centre de transfusion sanguine Cheraga ;
- Création de 03 Centres intermédiaires de soins pour toxicomanes (Borj El Kiffan, Cherga et Sidi M'Hamed) ;
- Étude et réalisation d'un Service U.M.C (Unité Médicochirurgicale) à Birtraria ;
- Réhabilitation des unités Hospitalières de l'E.H.S El Kettar ;
- Réhabilitation des unités Hospitalières de l'E.H.S Douera.

3.1.3. Travaux de confortement et réhabilitation.

- Travaux confortement de l'Hôpital Drid Hocine ;
- Réfection de l'étanchéité de l'Hôpital Ain Taya ;
- Réhabilitation de l'Hôpital Hassen Badi ;

- Réhabilitation de la station d'épuration de l'Hôpital de Kouba ;
- Réhabilitation des Unités Hospitalières et Extra Hospitalières d'El Harrach ;
- Réhabilitation des unités Hospitalières et extrahospitalières du Secteur Sanitaire de Rouiba ;
- Réhabilitation des unités hospitalières et extrahospitalières de Birtraria ;
- Réhabilitation des unités Hospitalières et extrahospitalières de Bologhine ;
- Réhabilitation des unités hospitalières et extrahospitalières de Ain Taya ;
- Réhabilitation du Bloc internat de l'Ecole de Formation Paramédicale d'Hussein Dey.

3.1.4. Acquisitions d'ambulances et d'équipements médicaux.

- Acquisition d'ambulances au profit des établissements Sanitaires ;
- Acquisition d'équipements médicaux au profit de l'E.H.S El Kettar ;
- Acquisition d'équipements médicaux au profit de l'E.H.S Douera ;
- Acquisition de montes malades au profit des E.H.S les Brûlés, Salim Zemirli et Ait Idir
- Acquisition de deux montes malades au profit du Secteur Sanitaire de Birtraria ;
- Acquisition d'équipements collectifs (cuisines et buanderie) au profit des Secteurs Sanitaires ;
- Acquisition d'équipements médicaux au profit du Secteur Sanitaire de Douera.

3.2. Programme complémentaire à l'indicatif de la Wilaya d'Alger.

(Instruction de son excellence Monsieur le Président de la République).

- Étude et réalisation d'un hôpital de pédiatrie de référence ;
- Étude et réalisation d'un institut National de Cardiologie 200lits ;
- Étude et réalisation de trois hôpitaux généraux 240 lits (Ouled Fayet –Baraki et Draria) ;
- Étude et réalisation de quatre maternités ;
- Étude et réalisation de trente (30) polycliniques.

CONCLUSION.

Nous allons conclure ce chapitre intitulé état des lieux de la santé dans la wilaya d'Alger par l'énumération des points forts et des points faibles du système de santé Algérois. Les résultats de cette analyse statistique nous a permettez de retirer pas mal des points forts dans le système de santé algérois ; et en contre partie bien sure des points faibles.

Les points forts sont : l'offre de soins conséquente (Public et Privé) ; la capacité hospitalière suffisante ; la densité très importante des structures sanitaires dont la réhabilitation est à assurer ; ressource humaine suffisante ; des équipements médicaux existent ; ainsi que des plateaux techniques performants ; sauf l'insuffisance des (I.R.M, Scanner...); mais sont en cours d'acquisition.

Concernant les points faibles nous citons l'organisation sanitaire (Faiblesse de réseaux et filière de soins) ; la forte charge sur Alger (majorité des services à vocation régionale ou Nationale) pour la prise en charge de pathologies budgétivores ; la répartition irrationnelle des moyens notamment humains et difficulté pour leur redéploiement ; la maintenance insuffisante des structures et des équipements ; des logiques de confrontation statutaires qui ont prévalu et occulté les vrais problèmes ; un système d'information sanitaire faible ; un déficit en formation particulièrement pour les gestionnaires des unités extra- hospitalières (Sous Secteurs ...) ; et enfin le transfert de responsabilité et l'initiative insuffisante au niveau local.

CHAPITRE 09 : POUR UN PROJET URBAIN DE SANTE PUBLIQUE A ALGER

INTRODUCTION.

« Dans notre pays nous accordons très peu d'importance à deux aspects importants de l'offre de soins : le développement d'un système d'offre de soins qui accompagne le processus d'étalement des agglomérations en périphérie d'une part et le fonctionnement complètement délocalisé, en réseaux, à l'échelle de toute l'agglomération que ce processus induit d'autre part ».¹

Les processus d'urbanisation qui se sont développés depuis une vingtaine d'années dans la capitale ont contribué à accentuer les barrières physiques, économiques et sociales d'accès aux soins. L'étalement urbain de l'agglomération algéroise a été accompagné d'un mouvement d'ouverture de cabinets et de cliniques privées dans ces périphéries afin de combler le déficit qu'a connu le secteur public ces dernières années surtout avec l'accroissement de la population ; c'est pour cela que la concentration de la majorité des grandes structures sanitaires est au centre ; par contre la densité de ces structures diminue en allant vers la périphérie.

Vu la complexité de la maîtrise d'un nouveau système de santé publique et d'accès aux soins pour la capitale en entier, dans ce chapitre nous allons rétrécir notre champ d'intervention à travers la sélection de quelques communes que nous allons étudier afin d'avoir la possibilité d'appréhender un projet urbain de santé publique pour Alger.

¹SAFAR ZITOUN Madani ; Professeur de sociologie -Université d'Alger, Actes du séminaire internationale « Villes et Santé », Constantine 09/10 décembre 2007, « L'offre de soins dans l'agglomération algéroise ou la tyrannie des effets de réseaux ».

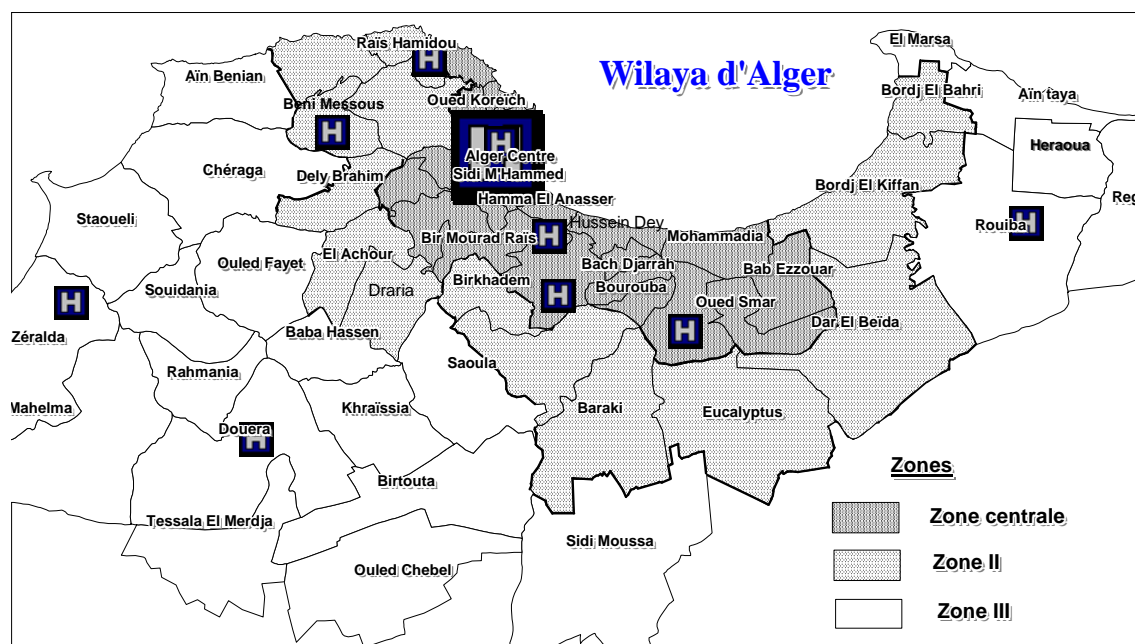
I. Projet urbain de santé publique et territorialisation.

1. Localisation fortement centralisée des grandes structures sanitaires publiques.

Notre étude s'est effectuée sur la ville d'Alger, c'est à dire dans une grande agglomération urbaine dont le statut de capitale depuis quelques siècles déjà mais surtout depuis le début du 19^{ème} siècle lui a valu le privilège de centraliser les équipements médicaux les plus nombreux et modernes du pays. C'est cette localisation géographique de ces derniers dans l'espace algérois, qui a caractérisé et qui caractérise encore la structure de l'offre de soins dans la wilaya.

Il s'agit tout d'abord d'un fait d'hyper centralisation des grands équipements sanitaires au niveau de quelques quartiers centraux de la ville. Les grands hôpitaux hospitalo-universitaires se situent d'après la classification de SAFAR ZITOUN Madani, dans la première ceinture d'urbanisation qui s'est développée depuis le début du XX^{ème} siècle : Mustapha, Bab El Oued, Parnet (Hussein Dey). Ils ont été renforcés par des hôpitaux plus périphériques à la fin des années cinquante (Beni Messous, Belfort) mais surtout par une ceinture de petits hôpitaux spécialisés dans les années quatre-vingt (Baïnem, El Harrach, Rouiba, Zeralda, etc....) situés dans la proche et lointaine périphérie qui sont venus soulager la pression sur les premiers.

Carte n°18 : Zones d'urbanisation et localisation des grandes structures sanitaires



Source : SAFAR ZITOUN Madani ; Professeur de sociologie -Université d'Alger.¹

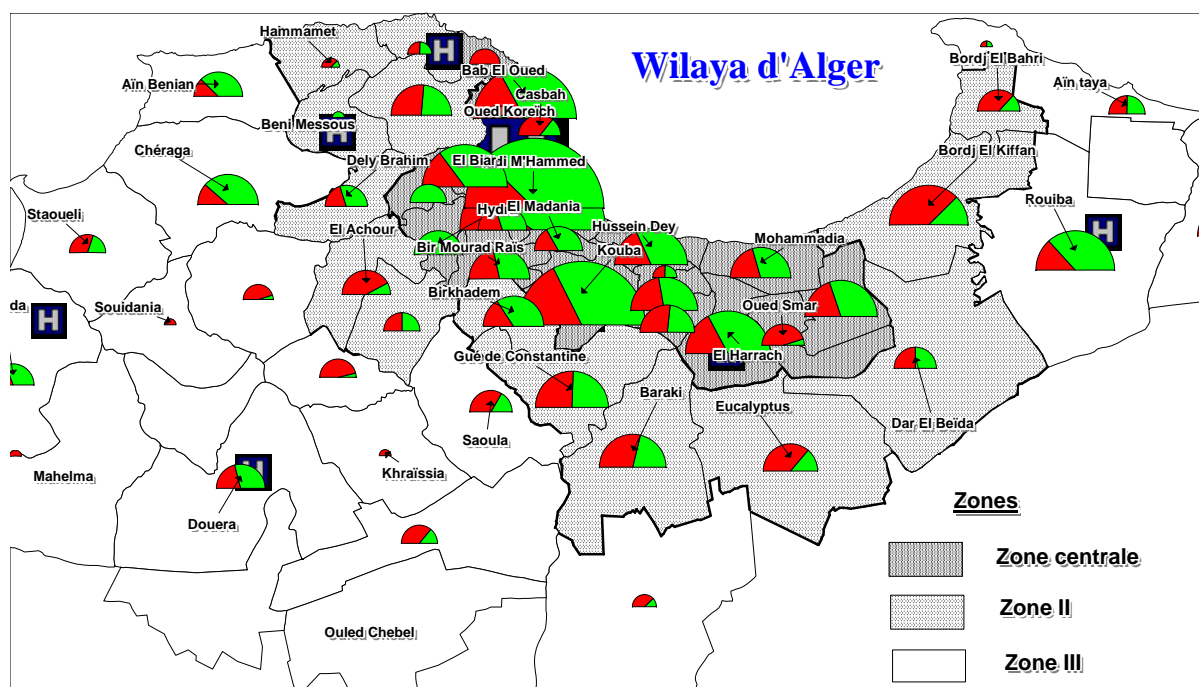
¹ SAFAR ZITOUN Madani, Op. Cit. P 196.

Cette hyper centralisation de l'offre sanitaire de niveau supérieur se double bien entendu d'une extrême concentration de l'offre de soins spécialisés privés dans ces mêmes quartiers centraux. Les effets de centralité ont joué à plein dans la concentration des potentialités scientifiques médicales de niveau supérieur dans une portion réduite du territoire algérois, favorisés en cela par un certain nombre de phénomènes urbains particuliers à l'histoire de la capitale, dont principalement la conjoncture de disponibilité d'un parc de locaux vacants et faciles d'accès pendant la période immédiatement postérieure à l'indépendance du pays.¹

2. Localisation périphérique des praticiens privés de la santé.

La carte n°20, dressée à partir des informations collectées dans le cadre d'une recherche sociologique sur « L'offre de soins dans l'agglomération algéroise ou la tyrannie des effets de réseaux » par le professeur SAFAR ZITOUN Madani va nous permettre de visualiser la sortie des médecins privés, surtout spécialistes, de la première couronne d'urbanisation historique, grâce aux opportunités d'installation surtout résidentielle.

Carte n°19 : Distribution des médecins selon le secteur d'exercice sur le territoire de la wilaya



Source : SAFAR ZITOUN Madani ; Professeur de sociologie -Université d'Alger.²

¹SAFAR ZITOUN Madani, Op. Cit. P 196.

² Idem.

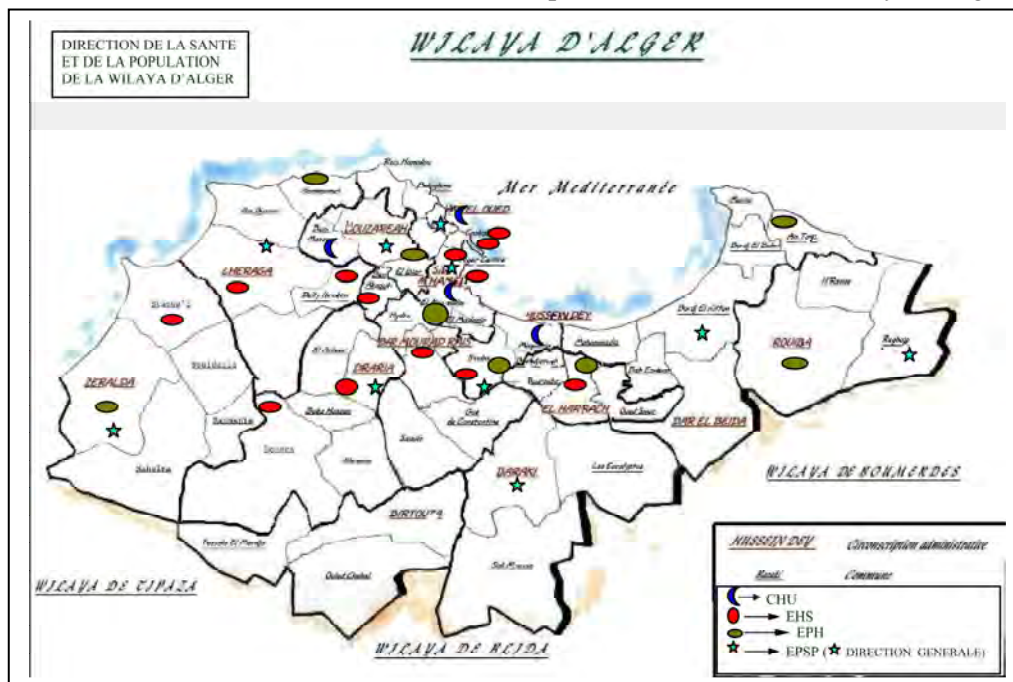
Enfin, à cette situation de concentration de l'offre dans un espace réduit se conjugue un effet de focalisation de la demande de soins pour ces mêmes structures centrales. L'attraction qu'ils exercent dépasse les frontières de la wilaya et de la région. Elle concerne l'ensemble du pays, pour ce qui est de certaines spécialités inexistantes dans les autres métropoles régionales et même pour certaines prestations bénéficiant d'une réputation particulière. D'après le professeur SAFAR ZITOUN Madani, ces facteurs ne semblent toutefois explicites que pour une faible part d'une pression assez forte sur ces mêmes structures exercée par la population algéroise qui semble procéder de facteurs plus sociologiques intrinsèques au microcosme algérois, c'est à dire qui sont liés au mode d'insertion du corps médical algérois par rapport à la société urbaine algéroise.

3. Définition de l'aire d'étude.

Vu que notre thèse est intitulée « Structures sanitaires et accès aux soins pour un projet urbain de santé publique à Alger », nous allons choisir une partie de l'agglomération algéroise où se concentre le maximum des structures sanitaires à vocation publique.

Comme nous l'avons déjà vu, les grands équipements sanitaires publics de la wilaya d'Alger sont fortement centralisés dans l'agglomération algéroise ; et la carte n°20 le confirme encore.

Carte n°20 : Localisation des établissements publics de santé dans la wilaya d'Alger



Source : Direction de la Santé et de la Population d'Alger ; Janvier 2009.

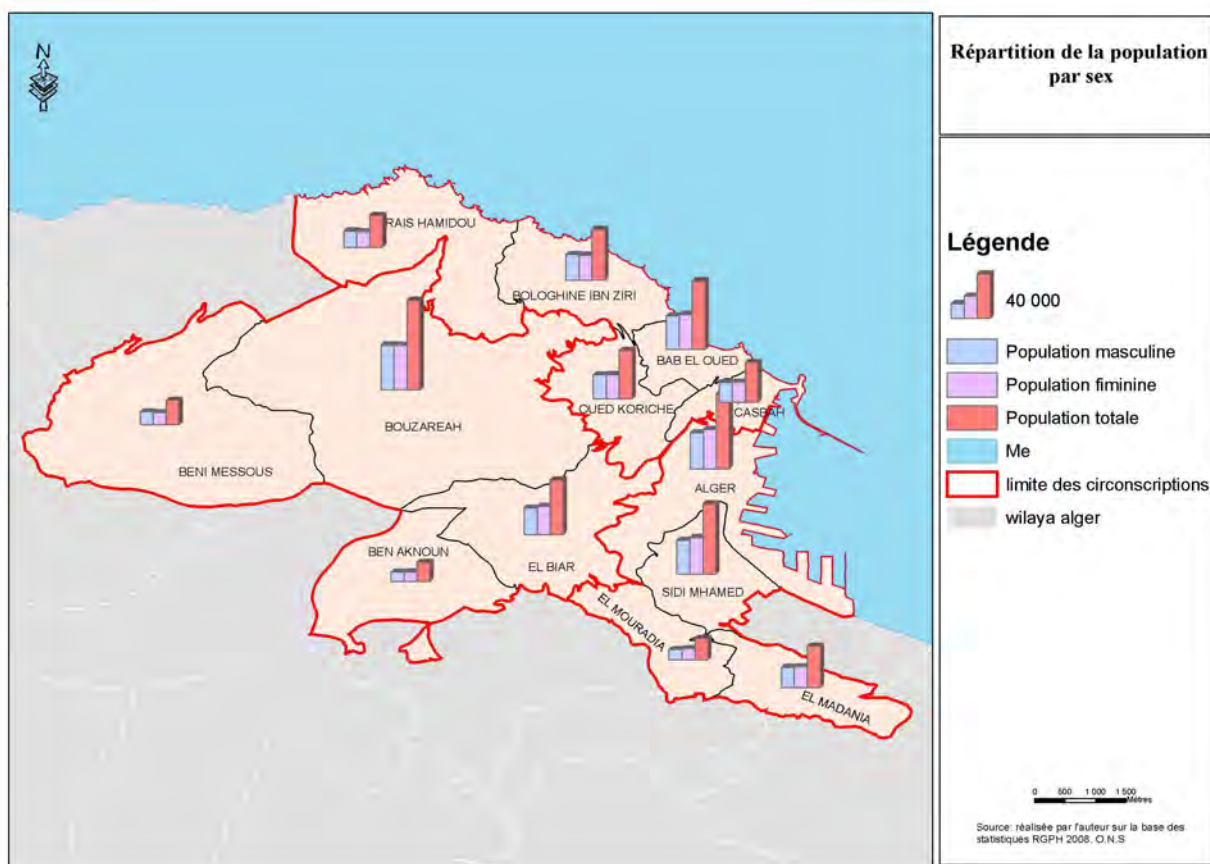
La superposition des quatre sortes d'établissements sanitaires publics dans la wilaya d'Alger (CHU, EHS, EPH, et EPSP) sur la carte fait ressortir pour une première sélection globale la zone des trois circonscriptions administratives : Sidi M'hamed, Bab El Oued et Bouzareah comme une zone de concentration du maximum d'établissements publics de santé.

3.1. Etat des lieux des trois circonscriptions choisies.

Après avoir choisi ces trois circonscriptions nous allons établir une analyse thématique, afin d'avoir le degré d'homogénéité de cette zone et la possibilité d'avoir un projet urbain de santé publique territorialisé.

3.1.1. Répartition de la population par commune et par sexe.

Carte n°21 : Répartition de la population dans les communes des trois circonscriptions



Source : réalisée par l'auteur sur la base des TRC d'Alger, RGP 2008, O.N.S.

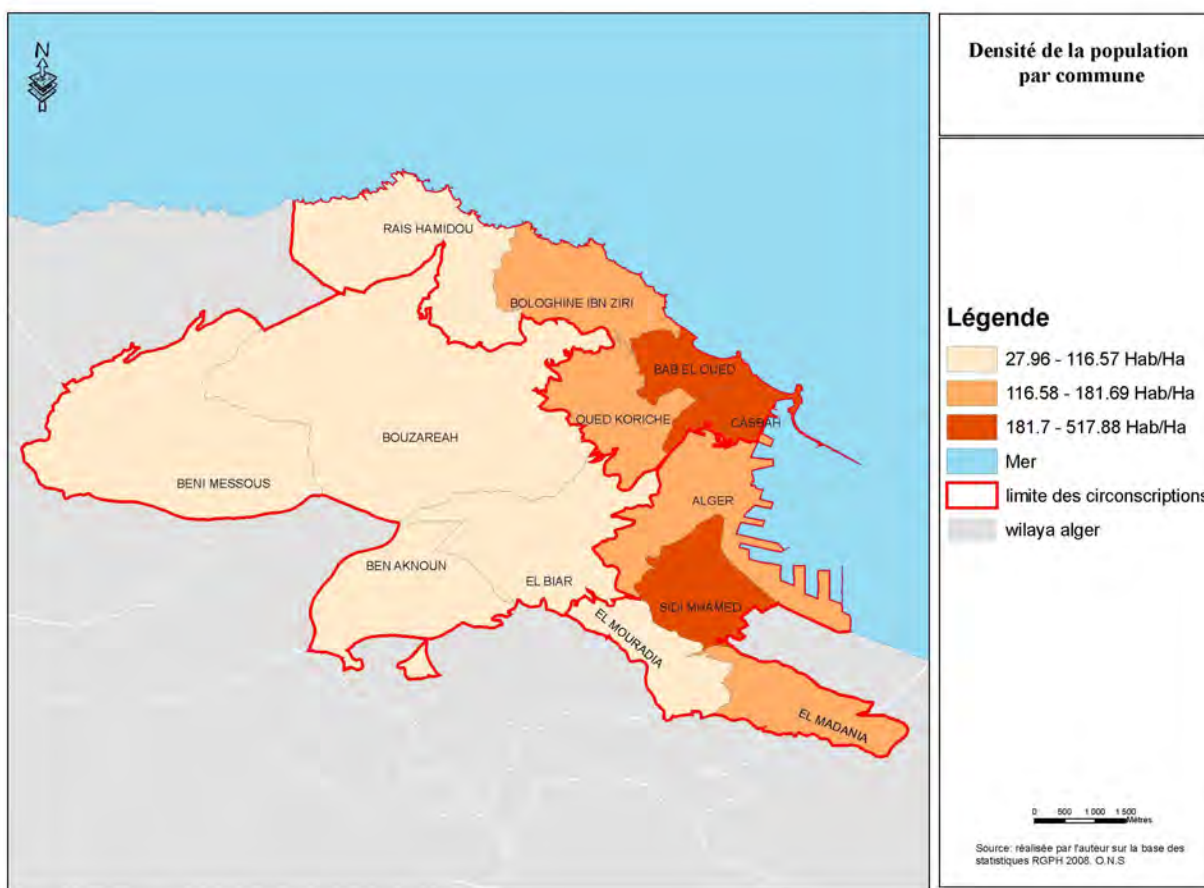
La carte n°22 nous démontre que la population la plus importante se trouve dans la commune de Bouzareah, qui est la plus grande commune du point de vue surfacique ; ensuite viennent les

trois communes d'Alger centre, Sidi M'hammed et Bab El Oued qui ont une population considérable en la comparant avec la population de Bouzareah, et pourtant la surface de chacune de ces communes n'est même pas le tiers de celle de cette dernière.

La plus faible population se trouve dans les trois communes d'El Mouradia, Ben Aknoun et Beni Messous ; mais la question qui se pose est: pourquoi le contraste de la forte et faible population entre ces deux couples de communes (Sidi M'hammed/ El Mouradia et Bouzareah/ Beni Messous) malgré leur mitoyenneté ?

3.1.2. Densité de la population par commune.

Carte n°22 : Densité de la population dans les communes des trois circonscriptions



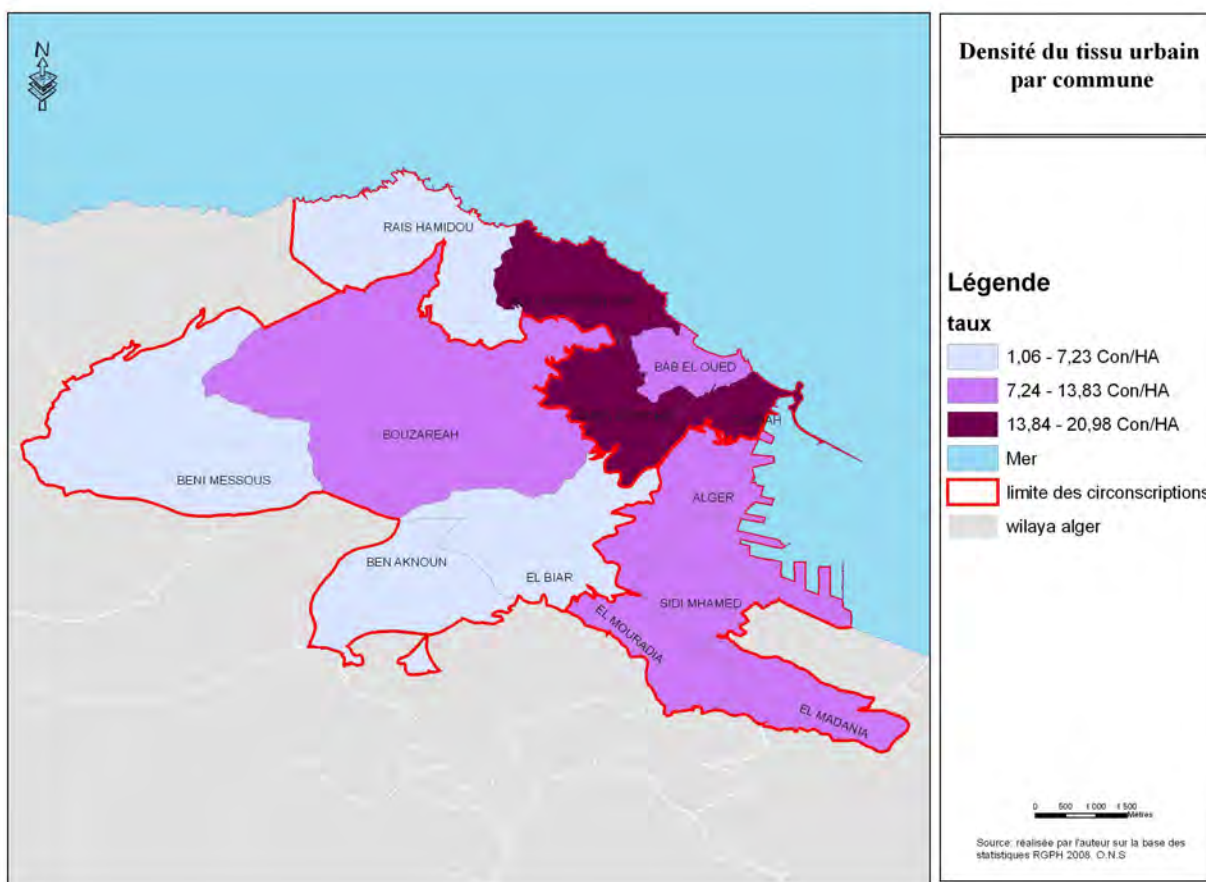
Source : réalisée par l'auteur sur la base des TRC d'Alger, RGPH 2008, ONS.

Cette carte nous démontre que les communes de forte densité de population sont Sidi M'hamed, Bab El Oued et la Casbah ; par contre les communes de la périphérie de l'agglomération algéroise telles que Bouzareah et Beni Messous sont de faible densité de population. Dans cette

carte, la hiérarchisation des densités est nette ; on passe, du centre à la périphérie, de la forte à la faible densité en passant par une bande de communes d'une densité moyenne à l'exception d'El Mouradia et Sidi M'hamed ; on passe ainsi directement de la faible à la forte densité.

3.1.3. Densité moyenne du tissu urbain de chaque commune.

Carte n°23 : Densité moyenne du tissu urbain de chaque commune des trois circonscriptions



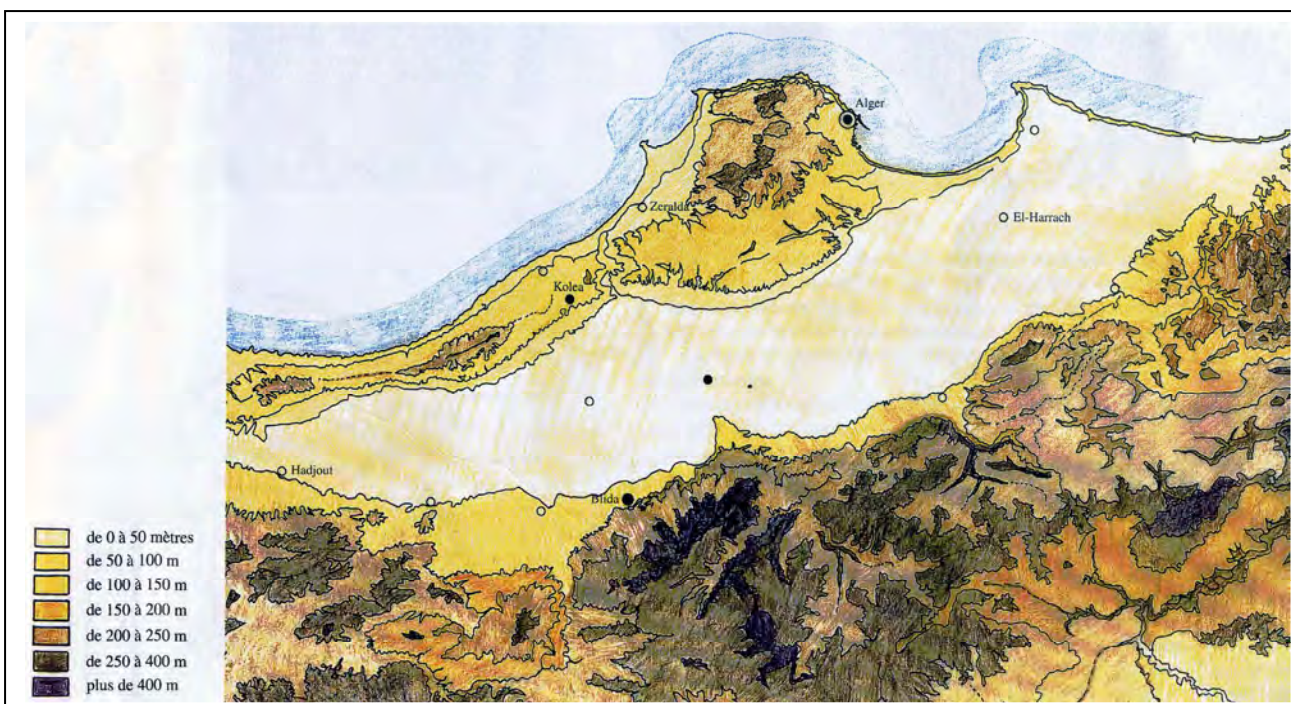
Source : réalisée par l'auteur sur la base des TRC d'Alger, RGPH 2008, ONS.

Les communes dont le tissu urbain est le plus dense sont : La Casbah, Oued Koriche et Bologhine Ibn Ziri (jusqu'à 20 constructions par hectare en moyenne) ; ces communes sont saturées, donc elles ne peuvent accueillir que des opérations de rénovation, requalification, réhabilitation... , mais pas de nouveaux projets urbains, par contre les communes périphériques (Beni Messous, Ben Aknoun, El Biar et Rais Hamidou) disposent d'un tissu urbain de faible densité (jusqu'à une construction par hectare) ; c'est-à-dire qu'il y a une disponibilité du foncier pour la projection des nouveaux projets urbains à la périphérie de l'agglomération algéroise ; il reste les communes de

moyenne densité qui sont Bouzareah, Bab El Oued, Alger Centre, Sidi M'hammed, El Mouradia et El Madania ; et là nous pouvons faire tous types d'intervention urbaine selon la disponibilité du foncier et la nature du relief.

3.1.4. La nature du relief en rapport avec les densités des constructions.

Carte n°24 : La carte du relief d'Alger

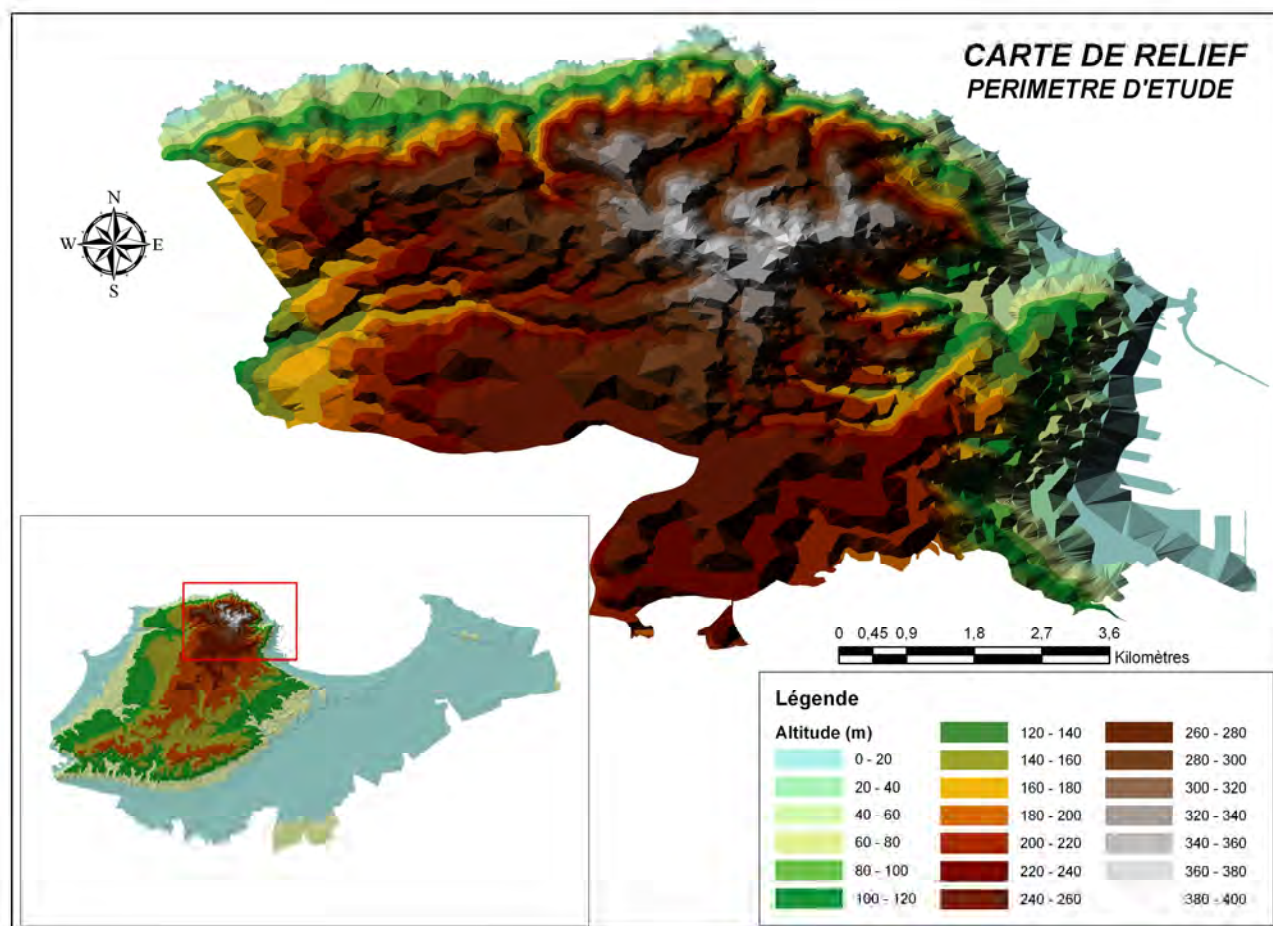


Source : Alger métropole, 2000, Région-Ville-Quartier.

La carte n°24 nous montre que la majorité des communes de notre aire d'étude se situent dans la zone d'altitude moyenne de 100 à 150 m par rapport au niveau de la mer, par contre le massif de Bouzareah dépassent les 400 m d'altitude ; ces massifs étaient dès les premier temps d'urbanisation de l'agglomération algéroise un grand obstacle naturel à l'extension urbaine d'Alger vers l'ouest et le sud ouest.

La carte suivante est un zoom dans notre périmètre d'étude pour plus de détails sur la possibilité et la nature d'intervention pour un projet urbain de santé publique à Alger.

Carte n°25 : La carte du relief du périmètre d'étude

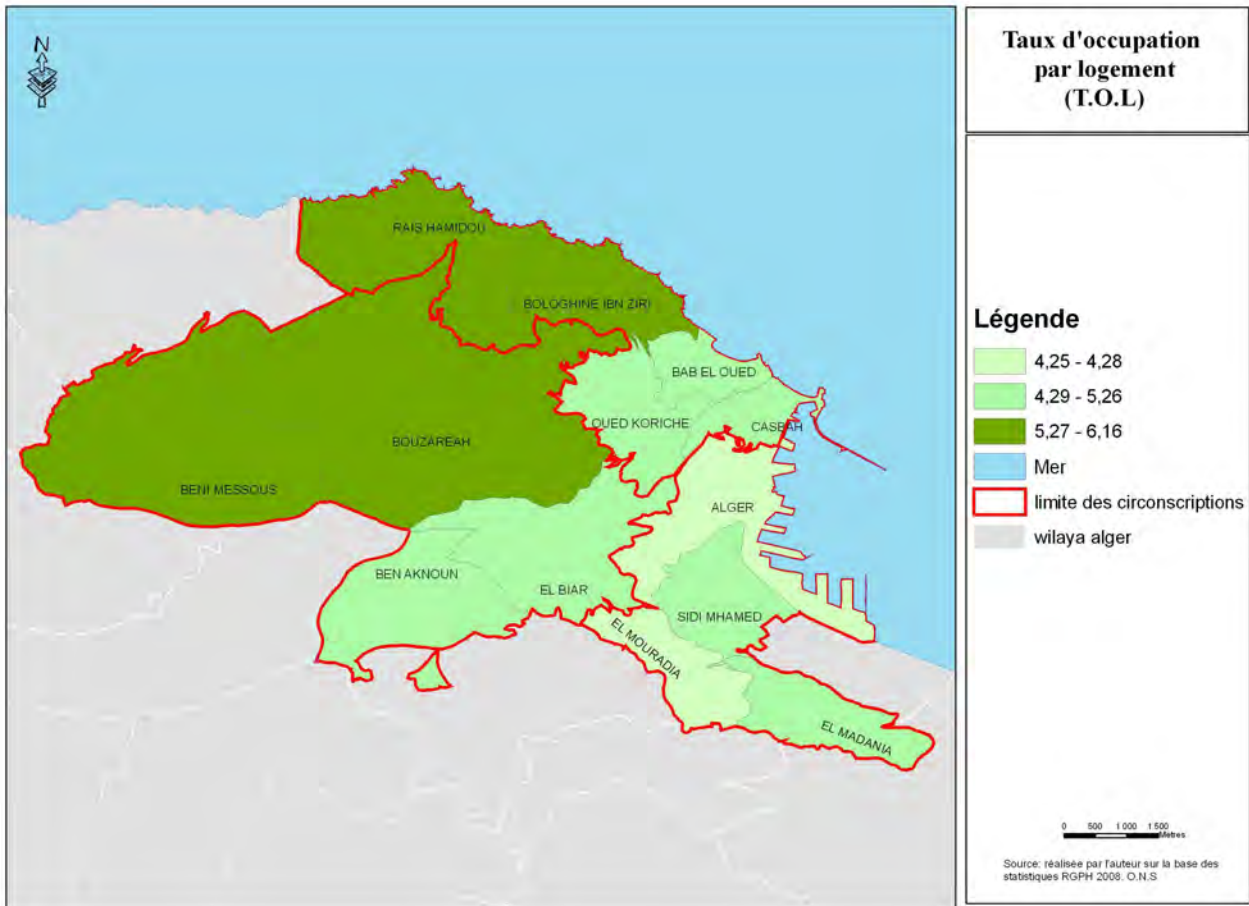


Source : Réalisé par l'auteur selon la base des données du CNERU.

D'après les trois cartes précédentes 23, 24 et 25 toute intervention urbaine nouvelle pour notre aire d'étude sera recommandée dans les communes où la densité du tissu urbain est moyenne ou faible et où la nature de relief le permet comme par exemple sidi M'hammed, El Mouradia et El Madania.

3.1.5. Taux d'occupation par logement T.O.L.

Carte n°26 : Taux d'occupation par logement T.O.L. pour chaque commune



Source : réalisée par l'auteur sur la base des TRC d'Alger, RGPH 2008, ONS.

D'après la carte n°27 nous remarquons que les taux les plus élevés sont ceux des communes périphériques, et ils diminuent en allant vers le centre ; en effet les logements des communes périphériques ont un nombre important des pièces et une surface plus importante que celles des communes du centre. Cela signifie que le foncier est plus disponible dans la périphérie que dans le centre. Pour les deux communes de Sidi M'hamed et El Madania, nous nous retrouvons avec un T.O.L. moyen par rapport au centre.

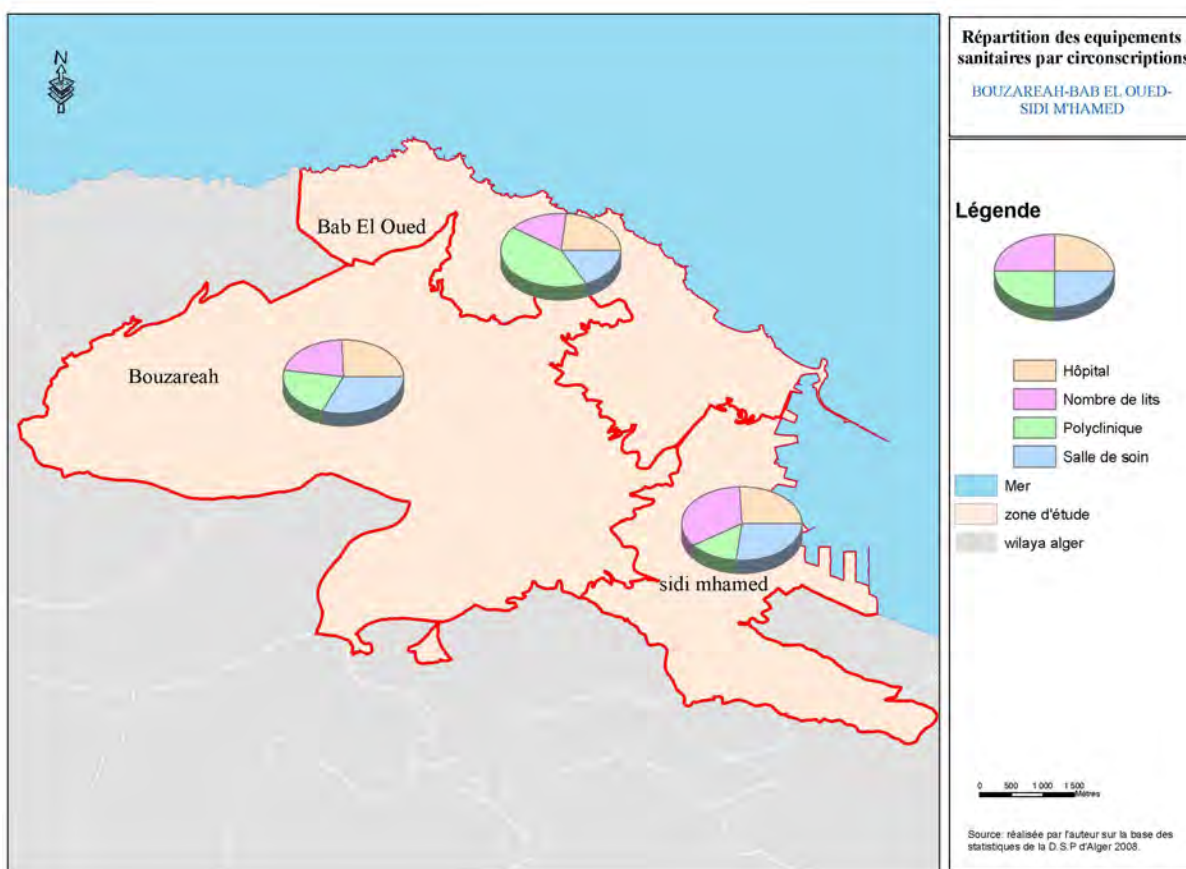
3.2. Etat de la santé publique dans l'aire d'étude.

Après avoir vu l'état des lieux des trois circonscriptions de l'aire d'étude du point de vue population, densité de tissu urbain et disponibilité du foncier, nous allons voir l'état des lieux de la santé publique dans ces trois circonscriptions à travers la manière dont les structures sanitaires sont réparties; ensuite nous verrons comment se fait l'accès aux soins dans ces structures sanitaires.

3.2.1. Répartition des structures sanitaires.

a) Répartition des équipements sanitaires par circonscription.

Carte n°27 : Répartition des équipements sanitaires par circonscription



Source : réalisée par l'auteur sur la base des statistiques de la DSP d'Alger, 2008.

Cette carte nous démontre la répartition équitable des hôpitaux dans ces trois circonscriptions, seulement la différence se trouve dans le nombre de lits ; d'où le nombre des lits dans la circonscription de Sidi M'hamed est plus important que celui des deux autres circonscriptions, et cela revient à l'existence de la grande masse hospitalière de l'hôpital Mustapha.

Dans la circonscription de Bab El Oued nous trouvons plus de polycliniques par rapport aux deux autres circonscriptions, car dans cette circonscription la population est très importante et il faut au moins une polyclinique pour 25 000 habitants d'après le circulaire n° 024 du 20 Septembre 2007 relative aux activités d'une polyclinique. *« Dans le cadre de la mise en œuvre de la nouvelle carte sanitaire et conformément aux dispositions du décret exécutif n° 07-140 du 19 Mai 2007, la polyclinique constitue l'unité de base médicalisée, essentielle en matière de soins de proximité. Elle est rattachée administrativement à un établissement public de soins de proximité (EPSP) et peut être aussi le siège technico-administratif de ce dernier. Cette entité sanitaire couvre un bassin de population, en milieu urbain, de l'ordre de 25.000 habitants. En prenant en considération la notion de distance, les besoins identifiés et de relief, ainsi que l'enclavement de certaines zones, La polyclinique peut couvrir un bassin de population de 3000 à 4000 habitants en milieu rural... »¹.*

Concernant les salles de soins, elles sont nombreuses dans les trois circonscriptions mais aussi réparties d'une manière équitable ; elles sont en moyenne d'au moins une salle de soins par quartier, comme cela est prescrit dans le circulaire interministériel n° 022 du 15 juillet 2007 relative au fonctionnement et à l'extension des salles de soins : *« Dans le cadre de la mise en place de la nouvelle carte sanitaire instituée par le décret exécutif n° 07-140 du 19 Mai 2007, portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers (EPH) et établissement public de santé de proximité (EPSP), les missions des salles de soins sont renforcées.*

La salle de soins est considérée en effet, comme l'unité médicalisée la plus proche du citoyen et le jalon primordiale de la santé publique où sont prodigués les soins dits de base ou premiers gestes. Le réseau des salles de soins doit être de ce fait densifié en vue de disposer d'au moins une salle de soins dans chaque quartier, en milieu urbain, et dans chaque déchera ou ksar en milieu rural...»².

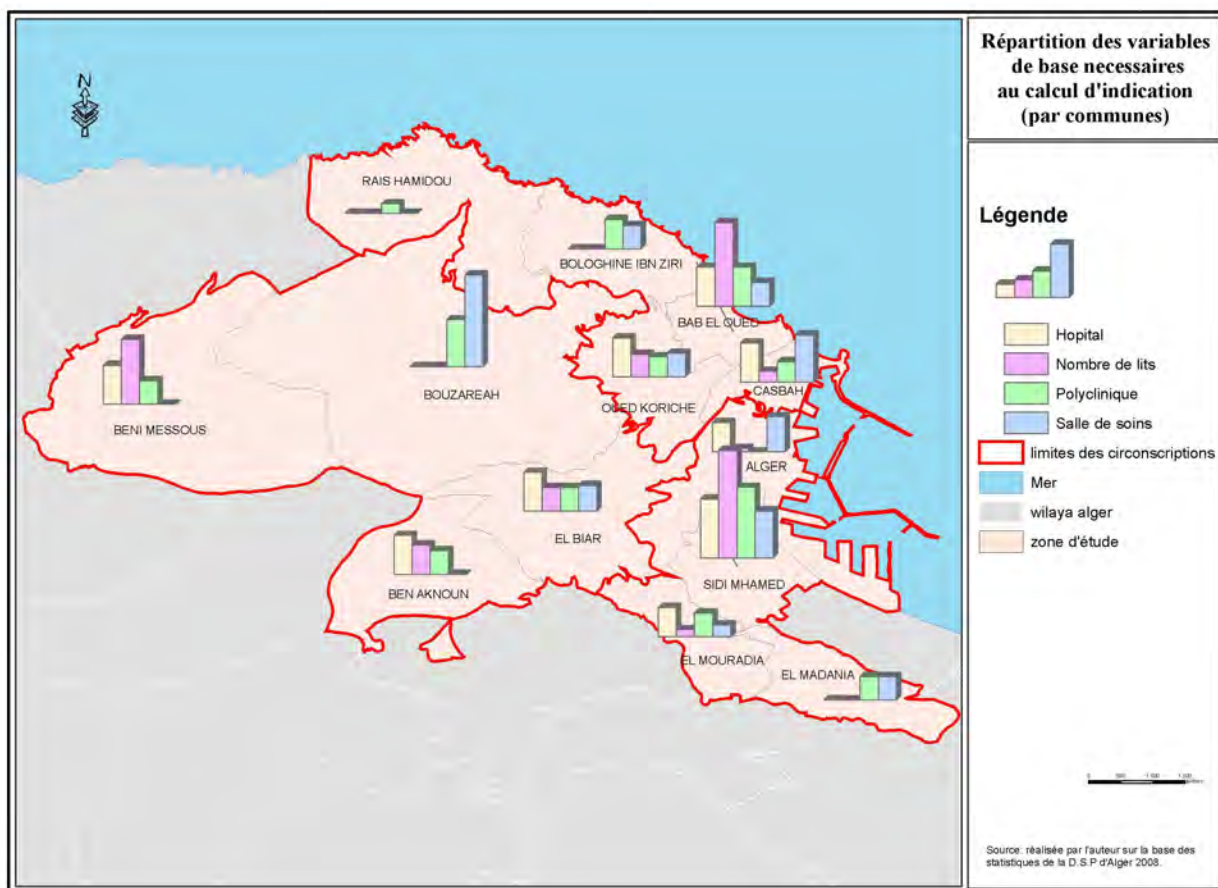
Pour être plus précis nous allons revoir la répartition de ces structures sanitaires mais cette fois ci dans chaque commune de ces trois circonscriptions afin de faire ressortir les communes bien desservies en matière de santé publique ainsi que les communes mal desservies.

¹ Le circulaire n° 024 du 20 Septembre 2007 relative aux activités d'une polyclinique.

² Circulaire interministériel n° 022 du 15 juillet 2007 relative au fonctionnement et à l'extension des salles de soins.

b) Répartition des équipements sanitaires par commune.

Carte n°28 : Répartition des équipements sanitaires par commune



Source : réalisée par l'auteur sur la base des statistiques de la DSP d'Alger, 2008.

D'après la carte, le nombre le plus important de lits se trouve dans la commune de Sidi M'Hamed et plus précisément dans l'hôpital Mustapha : « 20 000 lits, 5000 blouses blanches, 15 hectares de bâtiments au cœur de la capitale, un véritable monument historique fondé en 1854 par les français ».¹

Le nombre le plus important des polycliniques se trouve aussi dans la commune de Sidi M'hamed, et cela se justifie par la complémentarité entre ces dernières et les services de l'hôpital Mustapha ; ces extensions sont majoritaires : par exemple le service des maladies cancérogènes CPMC (Centre Pierre et Marie Curie) reçoit beaucoup plus les nouveaux patients alors que les

¹ <http://www.grands-reporters.com/Alger-hopital-Mustapha.html>

anciens malades font leurs consultations dans la polyclinique Gharmoul qui ne se situe pas très loin de l'hôpital Mustapha, et toujours dans la commune de Sidi M'hamed.

Les polycliniques sont réparties dans toutes les communes particulièrement celles qui n'ont pas d'hôpital ; même les salles de soins se trouvent dans toutes les communes sans exception ; elles se retrouvent elles aussi avec le nombre le plus important dans la commune de Sidi M'hamed vu le nombre important d'habitants dans cette commune et que les premiers soins se font à ce niveau.

Nous remarquons que les grandes structures sanitaires de la wilaya d'Alger se trouvent en plein dans le centre urbain ; mais où est la théorie de « l'hôpital en dehors de la ville » ? ; est ce que cette situation est due aux mutations urbaines qu'a connues l'agglomération algéroise ? Ou bien alors a-t-elle été choisie dès le départ ?

Si cette situation est une conséquence de la mutation urbaine, pourquoi ne pas construire de nouveaux hôpitaux dans la périphérie ? Et pourquoi la concentration des hôpitaux au centre ? Est-ce que le projet urbain de santé publique pour la wilaya d'Alger doit lui aussi n'englober que les communes centrales ou bien devons-nous aller vers la périphérie ?

Nous allons tout d'abord vérifier l'accessibilité aux soins dans ces structures avant de proposer la problématique d'un projet urbain de santé publique à Alger.

3.2.2. L'accès aux soins dans ces structures sanitaires.

Après avoir vu la manière dont ces structures sanitaires sont réparties, nous allons essayer d'expliquer comment se fait l'accès aux soins à ces dernières. Pour savoir comment se fait l'accès aux soins à ces structures, il nous faut apprécier les rayons d'actions et voir comment se font les prises en charge des malades dans ces trois circonscriptions. Les tableaux suivants vont nous démontrer le découpage administratif pour les prises en charge médicales concernant notre aire d'étude.

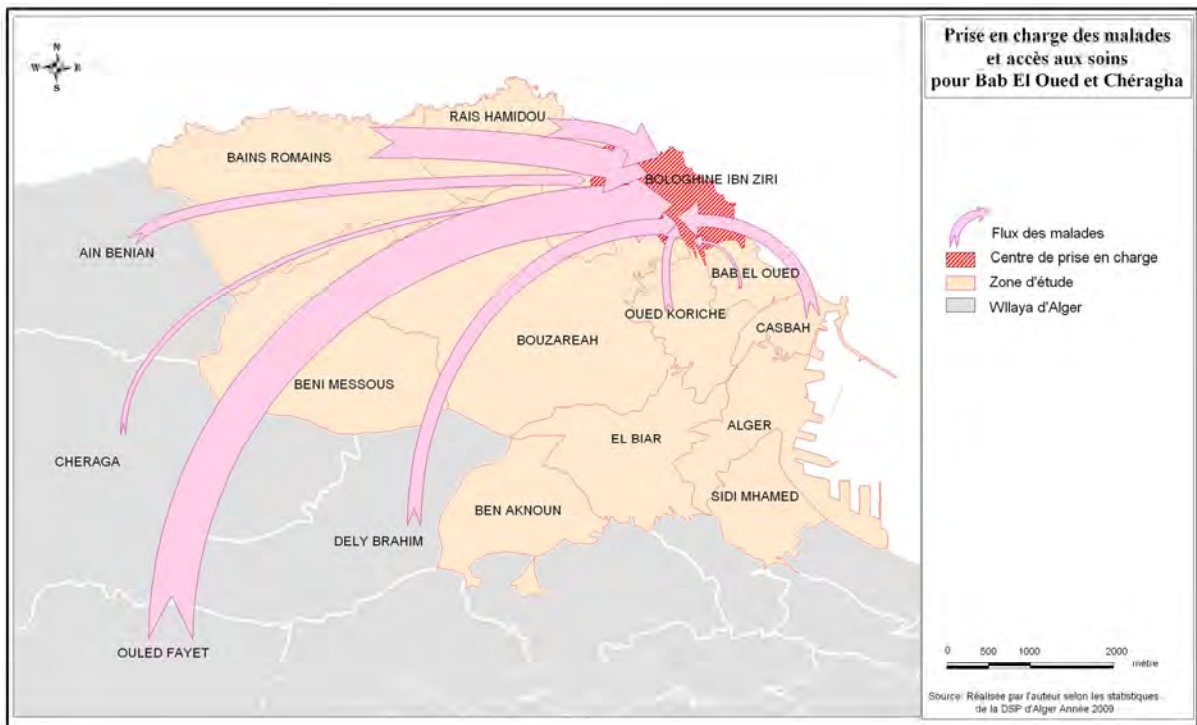
Sur la base de ces trois tableaux du découpage administratif pour les prises en charge médicales concernant notre aire d'étude, nous allons illustrer sur des cartes le rayon d'action et comment se fait l'accès aux soins dans les trois exemples d'établissements publics hospitaliers : El Mouradia / Djilali Rahmouni, Bouloghine et El Biar / Birtraria.

Tableau n°23 : Circonscription administrative de Bab El Oued et de Cheraga

Etablissement Public Hospitalier (EPH)	Communes couvertes par EPH	Population de la commune
BOLOGHINE	Bab El Oued	101762
	Oued Koriche	62038
	Bologhine	50305
	Rais Hamidou	25009
	Casbah	58638
	Cheraga	70169
	Ouled Fayet	17677
	Ain Benian	60835
	Hammamet	22839
	Dely Brahim	35537
Total	10	504809

Source : Direction de la Santé et de la Population d'Alger ; Janvier 2009

Carte n°29 : Prises en charge médicales et l'accès aux soins pour Bab El Oued et Cheraga



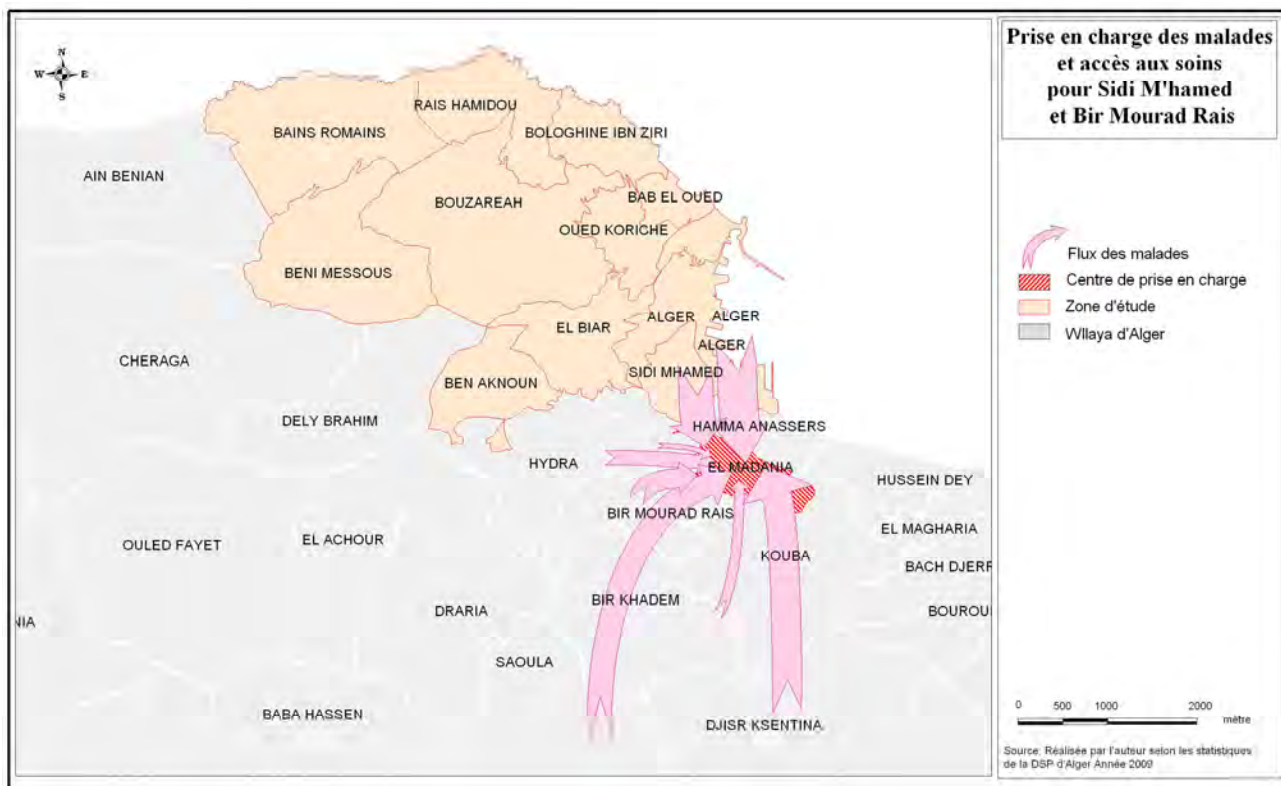
Source: Réalisée par l'auteur selon les statistiques de la DSP d'Alger Année 2009

Source : réalisée par l'auteur sur la base des statistiques de la DSP d'Alger, 2009.
Tableau n°24 : Circonscription administrative Sidi M'hamed / Bir Mourad Rais

Etablissement Public Hospitalier (EPH)	Communes couvertes par EPH	Population de la commune
EL MADANIA DJILALI RAHMOUNI	Bir Mourad Rais	50072
	Birkhadem	64021
	Djasr Kacentina	96151
	Saoula	36480
	Hydra	41523
	El Mouradia	34290
	Alger Centre	111957
	El Madania	59744
Sidi M'hamed	105130	
Total	09	599368

Source : Direction de la Santé et de la Population d'Alger ; Janvier 2009

Carte n°30 : Prises en charge médicales et l'accès aux soins pour Sidi M'hammed et Bir Mourad Rais



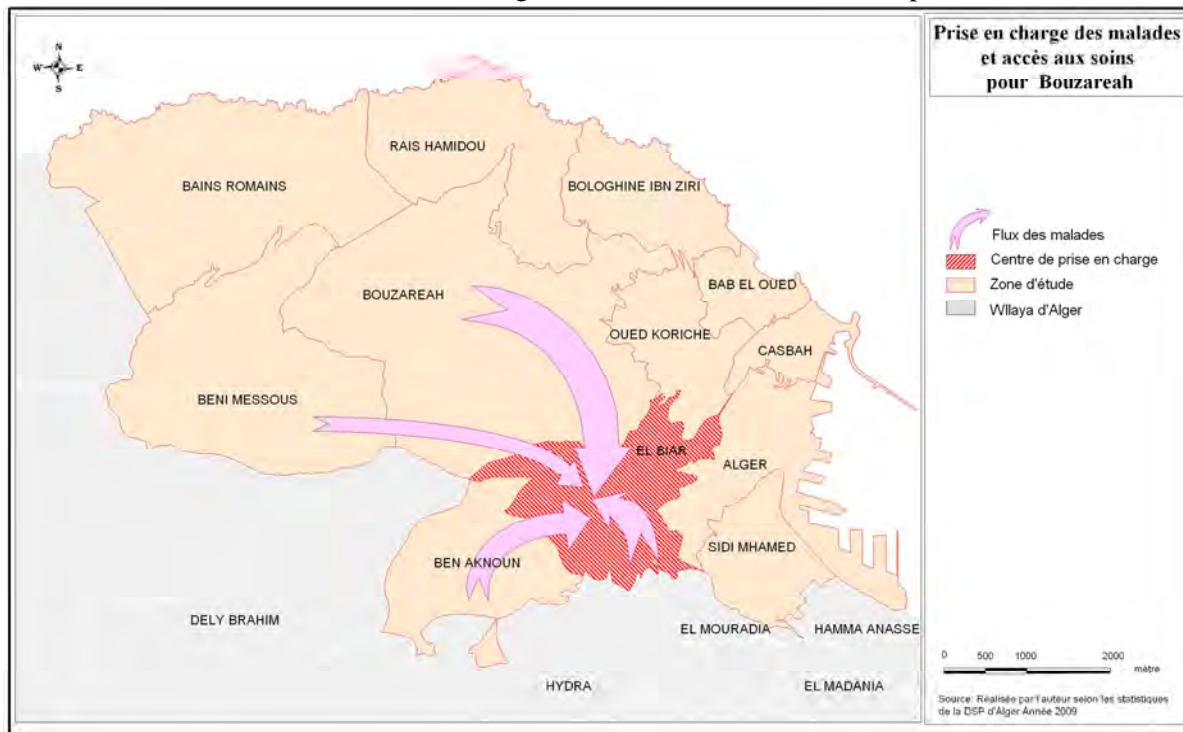
Source : réalisée par l'auteur sur la base des statistiques de la DSP d'Alger, 2009.

Tableau n°25 : Circonscription administrative de Bouzareah

Etablissement Publique Hospitalier (EPH)	Communes couvertes par EPH	Population de la commune
EL BIAR / BIRTRARI	El Biar	61113
	Ben Aknoun	22552
	Bouzareah	80372
	Beni Messous	20328
Total	04	184356

Source : Direction de la Santé et de la Population d'Alger ; Janvier 2009.

Carte n°31 : Prises en charge médicales et l'accès aux soins pour Bouzareah



Source : réalisée par l'auteur sur la base des statistiques de la DSP d'Alger, 2009.

D'après ces tableaux du découpage administratif pour les prises en charge médicales, et ces cartes des rayons d'action et des flux des malades concernant ces trois circonscriptions ; nous pouvons conclure qu'il y a un système d'accès aux soins à travers une polycentralité et une certaine hiérarchisation matérialisée par les trois établissement publique hospitalier : El Madania/ Djilali

Rahmouni, Bouloghine et El Biar / Birtraria, afin d'obtenir un accès aux soins plus ou moins équitable et bien géré.

II. Pour un projet urbain de santé publique à Alger.

Après avoir vu la manière dont sont réparties les structures sanitaires de la capitale ainsi que l'accessibilité aux soins à travers celles-ci, nous arriverons enfin dans cette dernière partie à **proposer une problématique de projet urbain de santé publique à Alger.**

Un projet urbain de santé publique doit préconiser des actions de promotion de la santé consistant à mettre en place une politique publique favorable à la santé, à instaurer des environnements favorisant celle-ci, à renforcer l'action de la collectivité, à faire participer les citoyens dans la prise des décisions, à développer les capacités personnelles et à réorienter les services de santé.

Pour un projet urbain de santé publique à Alger nous devons prendre en charge en premier lieu, la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé qui poursuivait l'élaboration de ce concept et préconisait des actions de promotion de la santé (voire chapitre 01) ; ensuite le programme ville santé de l'OMS d'où la santé et le bien-être des citoyens sont placés au cœur du processus décisionnel (voire chapitre 01) ; et pour appliquer ce programme par un projet urbain de santé publique à Alger les acteurs des projets Villes-Santé doivent être présents à savoir ; les collectivités locales, les autorités de santé, les établissements d'enseignement, les associations (représentants des citoyens), les associations de locataires, les entreprises, les responsables politiques, les groupes d'action sur des questions de santé, les associations pour la défense de l'environnement, les associations de personnes âgées et aussi les associations d'usagers des transports.

Nous devons prendre en charge aussi les expériences de villes-santé dans le monde et surtout dans les pays en développement (voir chapitre 01), ainsi que les expérimentations des ASV en Seine-Saint-Denis comme fondements du projet urbain - démocratie, santé et politique - (voire chapitre 02) surtout que ces ateliers doivent réunir des professionnels et élus des villes avec les citoyens ; mais aussi les cinq thèmes transversaux renvoyant aux principales orientations des ASV doivent être retenus à savoir ; le travail de diagnostic et la recherche d'indicateurs, la participation de la population aux démarches locales de santé, la notion du territoire pertinent, la question de l'évaluation, et enfin les compétences requises pour la mise en œuvre de ces actions.

Ce projet urbain de santé publique d'Alger doit être doté des caractéristiques des projets urbains à savoir ; les conditions de l'existence et de la réalisation de chaque projet urbain sont liées aux commandes des citoyens, en premier lieu, celles d'élus mobilisés, courageux, entreprenants et visionnaires, et celles de concepteurs et techniciens de talent impliqués dans la durée, la pratique de la concertation devient le point de passage obligé de la mise en œuvre des projets, la durée est inhérente par nature au projet urbain : de dix à vingt ans, rarement moins. Il est à noter aussi le rôle prééminent des infrastructures de transport comme levier, notamment des politiques de tramway, qui montre une capacité à dépasser les logiques sectorielles autour de la notion de projet, c'est-à-dire toujours d'une ambition, à la fois politique et conceptuelle.

Tous les théoriciens s'accordent à dire que la notion de projet urbain **est en gestation et en cours de formation** ; c'est pour cela cette notion revêt une pluralité de sens et plusieurs caractéristiques, qui la rendent difficile à définir d'une manière précise. Le projet urbain est à comprendre comme une nouvelle manière de penser l'urbain qui prend en considération la réalité urbaine complexe (économique, politique, social, etc.), et en tant que démarche de la planification stratégique; avec dans notre cas la thématisation autour de la santé. Le projet urbain de santé publique pour Alger doit s'appuyer de ce fait sur deux facteurs fondamentaux et qui ont fait l'objet des deux premiers chapitres à savoir la santé publique et un système d'acteurs efficace.

Le projet urbain de santé publique pour Alger doit s'appuyer aussi sur les trois expériences étrangères des projets urbains de santé publique à savoir ; les projets urbains de santé publique dans les territoires de proximité, le médipôle-grande maladière: un projet moteur ; un projet urbain pour bourgoin-jallieu et le projet d'adhésion au réseau ville santé de l'OMS de Reims. (Voire chapitre 04), ainsi que sur l'expérimentation algérienne de ville santé d'El Kheroub-Constantine. (Voire chapitre 05) ; mais aussi bien l'application des dispositifs du décret exécutif n°07-140 du 02 Joumada El Oula 1428 correspondant au 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité (Voire chapitre 05), qui est un véritable manuel d'un projet urbain de santé publique en Algérie à travers la mise en scène de la démarche stratégique de « santé de proximité » dans un système d'acteurs.

Revenir sur les logiques qui ont été à l'origine de la production de l'espace urbain algérois (voir chapitre 06). Ceci nous permettra de saisir le contexte et les logiques sur lesquelles les

décideurs se sont appuyés pour lancer en 1997 une nouvelle stratégie d'aménagement à travers le Grand Projet Urbain de la capitale, ensuite comment nous pouvons proposer une problématique de projet urbain de santé publique.

Alger, de par son statut de capitale possède plusieurs atouts et potentialités. Pour cela, les projets pour Alger doivent se baser sur un constat et un diagnostic préalable, des études spécifiques et approfondies. Une attention particulière doit être donnée aux grandes structures publiques, dont l'aménagement doit s'inscrire dans le cadre d'une approche globale et transversale, nécessitant une approche pluridisciplinaire avec la mobilisation d'une multitude d'acteurs et le recours aux pratiques de concertation, et en impliquant également les usagers, les citoyens et les habitants.

En proposant la problématique d'un projet urbain de santé publique à Alger nous devons tenir compte des grandes idées émises par le GPU et nous devons cependant les associer à notre thématique de santé publique. L'expérience du Grand Projet Urbain pour le Gouvernorat du Grand Alger qui a fait l'objet d'une stratégie de développement et d'une politique de l'aire métropolitaine (voir chapitre 07). Le programme d'actions tel qu'envisagé par le GPU, renferme une multitude d'interventions spécifiques et de projets emblématiques, nécessitant la mobilisation de moyens importants et de diverses natures: un système d'acteurs efficace basé sur la participation de tous les acteurs urbains, la coordination, la concertation et la négociation ; un partenariat multiforme (Etat-collectivités locales, public-privé, public-étrangers, etc.) ; des montages financiers, l'implication des investisseurs étrangers et des moyens techniques modernes et efficaces. Malheureusement cette expérience intéressante fut de courte durée puisqu'elle a été stoppée par une décision politique en 1999 sous prétexte que le poste du Ministre-Gouverneur n'était pas prévu par la constitution.

Le projet urbain de santé publique pour Alger doit s'appuyer sur l'état des lieux de la santé dans la capitale ; afin de vérifier la faisabilité d'un projet urbain de santé publique à Alger à travers un système d'offre de soins, englobant toutes les formes d'offres existantes publiques et privées (voir chapitre 08). Ce projet urbain de santé publique pour la capitale doit être compatible avec les ratios et les normes du ministère de la santé et de la réforme hospitalière afin que l'offre de soins à travers ce projet urbain de santé publique réponde à la demande.

Enfin, Pour réussir un tel projet urbain de santé publique à Alger, il faut qu'il soit bien fondé sur cette assise théorique et avec une démarche stratégique d'«un projet urbain de santé publique de

proximité » dans un système d'acteurs avec l'entrecroisement des champs de compétences à savoir : les décideurs politiques, les citoyens et les professionnels.

Comme nous l'avons indiqué dans le chapitre 05 l'Algérie avait lancé, après le décret exécutif n°07-140, un véritable projet de santé publique à travers la santé de proximité, que nous pouvons assimiler à un projet urbain de santé publique ; ce décret répond aux principes du projet urbain ainsi qu'à la gouvernance urbaine et à la concertation ; mais depuis 2007 jusqu'à nos jours, est ce que le système d'acteurs déterminé dans ce décret a été pris en charge dans la réalité ? Est ce qu'il y avait des correspondances entre ces institutions et la pratique ? Et comment ces institutions fonctionnent dans la réalité ? Est-ce qu'à travers l'application de ces institutions dans une démarche stratégique d'un projet urbain de santé publique nous aurions l'équilibre que nous cherchons entre l'offre et la demande de soins ?

Pour confirmer ces hypothèses nous allons revenir sur la carte sanitaire horizons 2025 élaborée par le ministère de la santé et de la réforme hospitalière en 2008, qui est un instrument de régulation de l'offre de soins, comme elle est un outil de détermination de la couverture sanitaire.

La carte sanitaire est un outil utilisé par les décideurs pour l'exercice de leur mission d'aménagement du territoire : « *maîtrise du territoire et répartition harmonieuse des hommes et de leur activité* »¹ et de planification : « *maîtrise du temps et encadrement de la politique de développement des ressources humaines et de l'investissement par les pouvoirs publics* »² dans le domaine de la santé ;

Les décideurs tels que les détermine la carte sanitaire horizon 2025,³ sont les départements ministériels, les professionnels de santé, les responsables des collectivités locales, les citoyens c'est-à-dire les prestataires, les gestionnaires et enfin les financiers et les usagers. Donc il ya entrecroisement de champs de compétences dans la prise de décision c'est-à-dire gouvernance et concertation, même le but de la carte sanitaire était d'assurer une couverture médicale ; c'est-à-dire que la répartition des structures sanitaires doit être le plus équitable possible, et l'accès aux soins pour l'ensemble de la population.

A cet effet et compte tenu de la situation qui prévalait à ce moment, trois objectifs étaient proposés, le premier est d'augmenter le nombre d'infrastructures extra hospitalières en respectant la

¹ La carte sanitaire horizon 2025/Service planification du ministère de la santé et de la réforme hospitalière, Alger, 2008.

² Idem.

³ Ibidem.

hiérarchisation des soins ; en effet, le résultat devait être un quadrillage de la population par les unités sanitaires que sont les polycliniques, centres de santé et salles de soins en fonction de la densité de population d'une part et de son enclavement d'autre part, le deuxième est d'augmenter le nombre de lits d'hospitalisation en organisant les établissements en trois niveaux : **Région** pour les soins de haut niveau, **Wilaya** avec 14 spécialités identifiées et **Daïra** assurant la prise en charge des malades dans quatre spécialités qui ont été identifiées comme étant de base et qui sont la pédiatrie, la gynécologie obstétrique, la chirurgie générale et la médecine interne, le troisième et le dernier objectif est d'augmenter la couverture médicale en personnel c'est à dire médecins, Pharmaciens, chirurgiens dentiste et personnel paramédical avec pour priorité, le remplacement progressif des médecins étrangers.

La carte sanitaire devra être l'expression consensuelle et motivée de la politique de santé ; nous allons par exemple donner les objectifs de la carte sanitaire 2001 horizons 2010, le premier est d'adapter l'offre de soins à la demande et substituer à une forte concentration, une répartition des moyens devant répondre aux critères d'équité et de qualité des soins, le deuxième est de prévoir l'offre de soins en fonction de l'évolution démographique et technologique et le dernier objectif est d'à terme, contenir l'offre des soins.

La carte sanitaire dans sa méthodologie passe par l'étape diagnostic avant d'arriver à l'étape prospective comme toute démarche stratégique ; l'étape diagnostic comporte les aspects démographiques, les aspects socio économiques, les aspects sanitaires et les aspects géographiques et environnementaux, et l'étape prospective va procéder à des projections à l'horizon 2010 en fonction d'objectifs à atteindre ; a cette effet, ont été pris en compte les infrastructures hospitalières (lits), les infrastructures extra hospitalières, les personnels médicaux toute spécialités et grades confondus. Cependant, la situation en 2001 n'étant pas superposable à celle de 2010, en effet, des données nouvelles ont été prises en compte telles ; le développement du secteur privé dans l'offre de soins, l'émergence de nouvelles pathologies nécessitantes des moyens coûteux ainsi que des personnels qualifiés, et enfin le développement technologique dans la pratique médicale.

Le souci de la performance ainsi que l'amélioration de la couverture sanitaire nous amènent à aborder la projection à l'horizon 2010 sous la perspective de la **consolidation de l'accessibilité aux soins et aux spécialités de base**, mais également à consolider l'organisation rationnelle des soins de haut niveau et spécifiques comme : la cancérologie, l'insuffisance rénale

terminale, la cardiologie interventionnelle, la psychiatrie, la rééducation fonctionnelle, la pédiatrie, et la prise en charge des brûlés et les équipements lourds.

Le principe de la carte sanitaire est de prévoir à l'horizon 2010 les moyens humains (effectifs médicaux, pharmaciens et chirurgiens dentistes) et matériels (infrastructures et équipement lourds) à mettre en place en vue d'une meilleure couverture sanitaire de la population. Il s'agit donc de proposer des ratios de couverture sanitaire.

La problématique consiste à identifier le "**bon ratio** " c'est à dire adapter le plus possible l'offre de soins à la demande en fonction de l'évolution attendue de la taille de la population. S'il est possible de contrôler l'offre de soins et d'estimer la population en fonction des indicateurs démographiques, il est bien plus difficile d'évaluer la demande en soins très dépendante certes de la morbidité mais aussi du comportement de la population.

La démarche méthodologique retenue pour les prévisions à l'horizon 2010 s'appuie sur les quatre hypothèses suivantes qui nous permettent d'imaginer plusieurs scénarios à l'horizon 2010 :

L'hypothèse I : qui est la plus basse, qui se traduit par le statu-quo dans les effectifs et les infrastructures ; c'est-à-dire l'évolution des ratios avec maintien des effectifs inchangés et sans nouvelles réalisations à l'horizon 2010. Les mêmes effectifs ainsi que le même nombre d'infrastructures hospitalières sont appliqués à la population estimée en 2010 ; les résultats obtenus sont des ratios.

Il s'agit dans cette première hypothèse d'observer le devenir des ratios à l'horizon 2010 en situation inchangée des effectifs médicaux et des infrastructures hospitalières et extra hospitalières.

L'hypothèse II : qui est celle de maintenir le niveau actuel de la couverture sanitaire ; c'est-à-dire l'identification des effectifs à affecter et des infrastructures à réaliser pour maintenir la couverture sanitaire actuelle et par conséquent les ratios actuels. Les ratios de l'année 2001 sont appliqués à la population estimée en 2010 ; les résultats obtenus sont donc des effectifs à affecter ainsi que des infrastructures (extra et intra hospitalière) à réaliser pour maintenir les ratios 2004.

Il s'agit dans cette deuxième hypothèse d'observer l'évolution des effectifs ainsi que des infrastructures à réaliser.

L'hypothèse III : qui envisage une amélioration de la couverture en appliquant le même rythme de croissance observé sur les cinq dernières années ; c'est-à-dire l'évolution selon le rythme de croissance constaté. Le rythme de croissance constatée est un rythme déterminé par les démographes.

Il est calculé à partir de l'observation des données statistiques enregistrées sur les cinq dernières

années c'est-à-dire l'étude de l'évolution des effectifs en médecins, chirurgiens dentistes et pharmaciens ainsi que le nombre de réalisation des structures de santé (établissement, polyclinique et centre de santé). Cette observation a permis de calculer un "rythme de croissance " c'est-à-dire une évolution.

Les ratios déterminés par cette méthode appliqués sur la population estimée en 2010 nous donnent les effectifs médicaux à affecter les infrastructures hospitalières et extra hospitalières à réaliser pour maintenir le rythme de croissance actuel.

L'hypothèse IV : qui envisage également une amélioration de la couverture sanitaire en proposant cependant des ratios plus performants que ceux de l'hypothèse III ; c'est-à-dire l'évolution des ratios en situation d'amélioration de la couverture sanitaire.

Dans cette hypothèse, le principe retenu est l'amélioration de la couverture en effectifs médicaux ainsi qu'en infrastructures sanitaires. Ainsi, tous les ratios proposés sont améliorés par rapport aux ratios de 2001, année de référence. Ceux ci, projetés sur la population estimée en 2010 permettent une prévision en personnels à affecter ainsi que les infrastructures à réaliser. Cette hypothèse est ambitieuse car les moyens humains et matériels à mettre en œuvre sont importants.

Dans le cadre de l'amélioration de la couverture en effectifs médicaux ainsi qu'en infrastructures sanitaires ; la direction de la planification et du développement propose les ratios suivant :

Effectifs médicaux

- 01 médecin pour 700 habitants ;
- 01 dentiste pour 3000 habitants ;
- 01 pharmacien pour 4000 habitants.

Infrastructures sanitaires

- 01 polyclinique pour 50 000 habitants ;
- 01 centre de santé pour 20 000 habitants ;
- 02 lits pour 1000 habitants.

En définitive ; pour notre part, l'élaboration du projet urbain de santé publique pour la capitale nécessite : d'adapter les chiffres à la période considérée (2025), d'intégrer le programme de développement 2005-2009 (réalisation de 10064 lits, 68 polycliniques et 150 centres de santé), de retenir l'hypothèse d'amélioration des ratios, de prendre en compte les données épidémiologiques et

enfin de travailler sur la base des perspectives suivantes proposées par la carte sanitaire horizons 2025 élaborée par le ministère de la santé et de la réforme hospitalière en 2008 à savoir :

- ✚ l'élargissement du réseau des centres anticancéreux aux régions non pourvues ;
- ✚ la création de services d'oncologie dans tous les hôpitaux ;
- ✚ la création de services de médecine nucléaire dans tous les chu ;
- ✚ le renforcement du réseau des autres soins spécialisés (transplantation d'organe, chirurgie cardiaque, réanimation, néonatalogie, neurochirurgie, orthopédie traumatologie...) ;
- ✚ l'alternative à l'hospitalisation :
 1. unité de soins à domicile dans tous les hôpitaux ;
 2. hôpitaux de jour.
- ✚ l'adaptation de la formation aux nouveaux besoins de santé ;
- ✚ la création de l'agence nationale d'accréditation des établissements hospitaliers publics et privés ;
- ✚ la densification des hôpitaux dans les circonscriptions importantes ;
- ✚ le remplacement progressif des centres de santé par des polycliniques ou salles de soins adaptées aux tailles de population ;
- ✚ la réhabilitation de l'existant ;
- ✚ le remplacement des hôpitaux préfabriqués ;
- ✚ le remplacement des hôpitaux vétustés ;
- ✚ la réhabilitation des structures extra hospitalières et extension pour atteindre les ratios à fixer.

CONCLUSION.

Au vu du projet du ministère de la santé et de la réforme hospitalière, et de l'évolution des idées, des corrections et des hypothèses, nous pouvons conclure qu'un projet de santé publique à Alger existe ou est en réalisation. Pour notre part, il s'agit de le capitaliser et de le réfléchir en terme de Projet Urbain qui intègre la problématique santé, et qui en applique la démarche.

CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE.

A l'issue de cette deuxième partie de notre mémoire, nous avons présenté l'étude et l'analyse du cas d'étude d'Alger qui de par son statut de capitale, possède plusieurs atouts et potentialités. Sa position géostratégique que ce soit à l'échelle du bassin méditerranéen, du Maghreb ou de l'Afrique, lui procure une place de premier rang.

Devant le constat d'échec des différentes politiques urbaines successives de la capitale, une nouvelle démarche du Projet Urbain pour Alger sera formulée. Elle portera d'une part sur la réorganisation administrative qui donnera naissance au Gouvernorat du Grand d'Alger et d'autre part, le lancement d'un Grand Projet Urbain. Le GPU d'Alger s'est révélé être une démarche ponctuelle, isolée, et une opération de prestige loin des aspirations des citoyens et ne tenant pas compte des réalités complexes du terrain, il ne reflète donc pas les traits d'un vrai projet urbain malgré les aspects relativement positifs que ce GPU a apportés à l'amélioration de l'image de la capitale. Un projet urbain souple et prospectif s'inscrivant dans une démarche globale, transversale basée sur un système d'acteurs efficace impliquant pleinement les citoyens dans le cadre d'une participation démocratique effective qui permettrait d'arriver à une bonne gouvernance.

Le système de santé algérois contient pas mal de points forts tels que la capacité hospitalière suffisante et la densité très importante des structures sanitaires avec des plateaux techniques performants ; et en contre partie bien sûr des points faibles à savoir la forte charge sur Alger d'où la majorité des services sont à vocation régionale ou Nationale pour la prise en charge de pathologies budgétivores, en plus de la maintenance insuffisante des structures et des équipements. Au vu du projet de santé de proximité du ministère de la santé et de la réforme hospitalière et de l'évolution des idées, des corrections et des hypothèses, nous pouvons conclure dans cette partie qu'un projet de santé publique à Alger existe ou est en réalisation. Pour notre part, il s'agit de le capitaliser et de le réfléchir en terme de Projet Urbain qui intègre la problématique santé, et qui en applique la démarche.

CONCLUSION GENERALE.

Dans notre recherche nous avons fixé comme objectif le développement du contexte de notre problématique ainsi que le cadre conceptuel et ses différentes lectures liées à la notion de « ville santé » et comment elle s'intègre dans la démarche de notre option « projet urbain ». Le programme Villes-Santé est un instrument utile pour s'attaquer aux problèmes complexes que pose la santé dans les villes. Il a introduit le concept de développement durable dans l'activité des municipalités et améliore leur compréhension des dimensions sanitaires et sociales du développement durable. Les Atelier Santé Ville constituent une leçon d'application de la démocratie en santé publique, ils sont une expérience pour faire progresser la pratique de la santé dans la ville vu qu'ils s'inscrivent dans une stratégie de développement de l'interactivité entre les objectifs de lutte contre les exclusions, ils constituent un programme régional d'accès à la prévention et aux soins.

Au terme de cette recherche, ce qui ressort en premier lieu est certainement la polysémie de la notion de "projet urbain". Au vu des regards des champs disciplinaires divers qu'elle croise, il est difficile, voire prétentieux de donner une définition claire et précise de cette notion.

En effet, pour les sociologues ou les spécialistes de la sociologie urbaine, le projet urbain est un projet de société, qui doit refléter les attentes urbaines et y répondre. Ces attentes s'expriment ainsi en matière d'emplois, de logements, de transports, d'éducation, de santé et surtout d'accessibilité à ces structures à tout moment. En d'autres termes, ce que Henri LEFEBVRE appelle le "droit à la ville". Le projet urbain de santé publique doit porter essentiellement sur la santé publique en tant que droit à la ville, de pratique sociale et de libre exercice de la démocratie dans le domaine de la santé.

Pour les géographes, le projet urbain serait une réorganisation territoriale. Il doit concerner des territoires de plus en plus larges, qui dépassent les limites simples d'un quartier, d'une ville ou limites administratives d'une commune. Avec l'avènement de la mondialisation, l'échelle privilégiée est l'aire métropolitaine qui englobe plusieurs territoires et communes (agglomérations ou communautés urbaines). Dans ce contexte de globalisation et de métropolisation, l'échelle de référence d'un projet urbain peut même dépasser les frontières d'un pays, et s'inscrire dans une logique de réseaux et d'échanges internationaux.

Pour les urbanistes, le projet urbain renvoie à la composition des formes urbaines, inspirées de la ville classique et de l'art urbain (de Camillo SITTE...), il réconcilie l'architecture et l'urbanisme.

Pour les élus politiques et notamment les maires le projet urbain constitue un enjeu de premier ordre (électoral notamment). L'utilisation de ce vocable dans leurs discours cherche à convaincre de leur volonté et de leur engagement à assurer le développement économique et social de leur commune. Le projet urbain est, dans ce cas, envisagé comme un moyen qui permet d'améliorer les conditions et le cadre de vie des citoyens et des habitants.

Pour les gestionnaires et les techniciens, le projet urbain serait une redéfinition des modes de travail et de gestion urbaine. Le mode préconisé est basé sur la transversalité, c'est-à-dire sur un système d'acteurs efficace s'appuyant sur la coordination entre les différents services sectoriels, la concertation et la négociation afin d'assurer une meilleure maîtrise de la gestion de l'espace urbain.

Pour les économistes, le projet urbain serait un moyen de développement économique de la ville et de la région. D'ailleurs, les projets urbains, ont de plus en plus et partout pour objectif premier, le développement économique. A cet effet le projet urbain nécessite le recours à des sources de financements diversifiées, basées essentiellement sur des montages financiers et des partenariats multiples (public-privé, et autres).

En définitive, il existe des définitions du projet urbain pour chaque spécialité ou discipline, mais dans notre cas nous cherchons à en trouver le sens dans un contexte de thématisation autour de la santé publique.

Aujourd'hui, la dimension environnementale est devenue également un souci planétaire majeur. Elle est au centre des débats sur la politique de la ville. Le projet urbain est aussi un projet environnemental et de développement durable qui, en tenant compte du passé, est destiné au présent tout en pensant également aux générations futures. De ce fait, sur le plan des temporalités et contrairement au plan pré établi, le projet urbain doit s'inscrire dans la durée et non pas dans des délais fixés au préalable.

En Algérie, la prise de conscience de l'intérêt d'intégrer la dimension environnementale et le développement durable dans la planification urbaine s'est traduite par la création au sein du ministère de l'Aménagement du Territoire et de l'Environnement d'un poste de ministre délégué à la ville (mai 2004) chargé de la politique de la ville, suivi d'une loi d'orientation sur la ville (Lois n° 06

- 2006, du 20 / 02 / 2006). En fait, cette dernière qui s'inspire largement des schémas français introduit de nouvelles modalités de gestion, notamment la pratique de concertation par l'implication des citoyens dans le choix et le suivi des programmes de gestion urbaine et cela dans le cadre d'une démarche de développement durable, de démocratie participative et de bonne gouvernance.

Cette diversité des regards et des champs disciplinaires que la notion de projet urbain croise, n'est pas exhaustive. Elle nous est cependant suffisante, pour rendre compte de la complexité et de la difficulté à donner une définition claire et précise de la notion de projet urbain. Dans ce nouveau contexte d'émergence d'une multitude d'acteurs, devenus incontournables pour le développement de projet urbain, la mise en place d'un système d'acteurs efficace devient indispensable. L'efficacité de ce système d'acteurs est conditionnée par la prise en compte de trois facteurs majeurs : il s'agit en premier lieu de l'implication effective des citoyens dans le processus décisionnel des projets ; en second lieu, la compétence individuelle doit être requise pour chaque acteur, et enfin d'un système de coordination efficace basé sur la concertation et la négociation en vue d'aboutir à un projet collectif d'intérêt commun.

Le projet urbain de santé publique doit s'appuyer de ce fait sur deux facteurs fondamentaux à savoir la santé publique et un système d'acteurs efficace. La mobilisation de compétences pluridisciplinaires, leur coordination pour aboutir à un consensus, la pratique de concertation, ont constitué des moteurs clés qui ont contribué au succès des projets urbains de santé publique. Les deux expériences algériennes des projets de santé publique, que ce soit la nouvelle démarche de « santé de proximité » en Algérie, ou bien le cas unique de ville santé d'El Khroub (Constantine), constituent des cas exemplaires des projets de santé publique en Algérie.

La thématique santé dans la ville constitue une base pour le développement d'actions ciblées sur la santé, suppose que les acteurs disposent d'un cadre et de méthodes leur permettant de traduire les objectifs en termes de mobilisation des ressources en santé, de coopération avec les partenaires et de capacité à travailler efficacement avec les citoyens. De ce fait la clef du succès d'un projet urbain de santé publique réside entre autres, dans la prise en compte des attentes des usagers, des citoyens et des habitants, c'est-à-dire les destinataires du projet urbain, en les impliquant dans le processus décisionnel.

Nous avons ensuite procédé à l'étude du cas d'Alger pour un projet urbain de santé publique pour la capitale. Nous avons présenté l'étude et l'analyse du cas d'étude d'Alger qui de par son statut de capitale, possède plusieurs atouts et potentialités. Sa position géostratégique que ce soit à l'échelle du bassin méditerranéen, du Maghreb ou de l'Afrique, lui procure une place de premier rang.

Devant le constat d'échec des différentes politiques urbaines successives de la capitale, une nouvelle démarche du Projet Urbain pour Alger sera formulée. Elle portera d'une part sur la réorganisation administrative qui donnera naissance au Gouvernorat du Grand Alger et d'autre part, le lancement d'un Grand Projet Urbain. Le GPU d'Alger s'est révélé être une démarche ponctuelle, isolée et une opération de prestige loin des aspirations des citoyens et ne tenant pas compte des réalités complexes du terrain, il ne reflète pas donc les traits d'un vrai projet urbain malgré les aspects relativement positifs qu'il a apportés à l'amélioration de l'image de la capitale.

Un projet urbain souple et prospectif s'inscrit dans une démarche globale, transversale basée sur un système d'acteurs efficace impliquant pleinement les citoyens dans le cadre d'une participation démocratique effective qui permettrait d'arriver à une bonne gouvernance. A ce propos, il faut savoir tous les niveaux de carences et de défaillances relevés quand à l'application de cette nouvelle culture urbaine du GPU d'Alger pour avoir tenté cette nouvelle approche dans un contexte politique, sécuritaire, économique et social défavorable.

Le système de santé algérois contient pas mal de points forts tels que ; la capacité hospitalière suffisante et la densité très importante des structures sanitaires avec des plateaux techniques performants ; et en contre partie bien sure des points faibles à savoir ; la forte charge sur Alger d'où la majorité des services sont à vocation régionale ou Nationale pour la prise en charge de pathologies budgétivores, en plus la maintenance insuffisante des structures et des équipements.

En définitive, le succès d'un projet urbain dépend non seulement des potentialités et des atouts que possède une ville (paysage, situation géographique, taille, etc.) mais aussi des moyens importants et hétérogènes (financier, humain, technique et matériel logistique...) potentiellement mobilisables et/ou effectivement utilisés. Au vu du projet de santé de proximité du ministère de la santé et de la réforme hospitalière, et de l'évolution des idées, des corrections et des hypothèses, nous

pouvons conclure qu'un projet de santé publique à Alger existe ou est en réalisation. Pour notre part, il s'agit de le capitaliser et de le réfléchir en termes de Projet Urbain qui intègre la problématique santé, et qui en applique la démarche. Pourtant, l'Algérie a fait le premier pas et elle ne doit pas reculer, le chemin reste long à parcourir mais notre société a le mérite, avec ses richesses, ses potentialités et ses ressources humaines tout autant qu'avec ses problèmes et ses faiblesses, de s'offrir un meilleur cadre urbain et une meilleure qualité de vie.

A ce stade de notre recherche, nous pensons avoir donné les ingrédients d'un projet urbain de santé publique après avoir mis en évidence la nécessité de thématiser le projet urbain par cette notion de santé qui signifie que toute entreprise en matière d'urbanisme vise non seulement les caractéristiques urbaines mais aussi le cadre de vie et le bien-être.

BIBLIOGRAPHIE.**Ouvrages**

1. Adrian Atkinson, Meriem Chabou et Daniel Karsch, 2008, Stratégies pour un développement durable local ; Renouveau urbain et processus de transformations informelles, Berlin.
2. Alain Avitabile, 2005, La mise en scène du projet urbain (pour une structuration des démarches), édition L'Harmattan, ISBN : 2-7475-8353-8.
3. ANGERS Maurice, 1997, initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines, Ed CASBAH, Alger, 381 pages.
4. AZZAG-BEREZOWSKA Eva, 2000/2001, le projet urbain, politiques et pratiques urbanistiques, cours de Post-graduation, Ecole Polytechnique d'Architecture et d'Urbanisme d'Alger.
5. AZZAG-BEREZOWSKA Ewa, 2000, Projet Urbain, Alger, entre le rêve et la réalité, In revue, Aménagement et Urbanisme, Habitat & Construction, N° 8.
6. BEAUPRE André, 1963, « Introduction à la stratégie », Ed Armand. Colin, Paris, 192 pages.
7. BENISSAD Hocine, 1994, Algérie : Restructurations et réformes économiques (1979-1993), Office des Publications Universitaires, Alger, 224 pages.
8. CHALINE Claude, 2003, les politiques de la ville, put (collection : Que sais-je ?), 3ème édition, Paris, 125 pages.
9. CHARBONNEAU Jean Pierre, 2000, transformation des villes, mode d'emploi, Editions de L'Épure, Paris, 152 pages.
10. CHOAY Françoise, 1965, L'urbanisme, utopies et réalités, une anthologie, Le Seuil (points), (1ère édition) Paris, 445 pages.
11. CHOAY Françoise, 1994, Le règne de l'urbain et la mort de la ville, in La ville, catalogue de l'exposition, Centre Georges Pompidou, Paris.
12. CUIILLIER Francis (dir), 2000, Les débats sur la ville 2, Agence d'Urbanisme Bordeaux Métropole Aquitaine, éditions Confluences, 248 pages.

13. CUILIER Francis (dir), 2000, Les débats sur la ville 3, Agence d'Urbanisme Bordeaux Métropole Aquitaine, éditions Confluences, 219 pages.
14. CUILIER Francis (dir), 2002, les débats sur la ville 4, Solidarité et Renouveau Urbains : propos sur la loi SRU, Agence d'urbanisme Bordeaux métropole Aquitaine, éditions confluences, 283 pages.
15. David Magin et Philippe Panerai, 1999, Projet urbain, édition Parenthèse, ISBN 2-86364-604-4.
16. DELUZ Jean-Jacques, 1988, l'urbanisme et l'architecture d'Alger, aperçu critique, Office des Publications Universitaires Alger, Ed Pierre Mardaga, 195 pages.
17. Démarches urbaines, (presses de l'école nationale des ponts et chaussées), *aftrp*-Agence Foncière et Techniques de la Région Parisienne).
18. DEVILLERS Christian, 1996, le projet urbain, le 4 mai 1994, in Conférences Paris d'Architectes 1994 au Pavillon de l'Arsenal, 2ème Editions du Pavillon de l'Arsenal, Paris.
19. DEVILLERS Christian, Barcelone, Décembre 1995 : des infrastructures au service de la ville, in projet urbain, les infrastructures comme architecture urbaine, Ministère de l'Équipement, du Logement, des Transports et du Tourisme, Direction de l'Architecture et de l'Urbanisme, N° 6, Paris.
20. DIAB Youcef, 2003, pratiques du développement urbain durable, faisabilité mise en œuvre suivi, plan local d'urbanisme, agenda 21, maintenance urbaine, complément, éditions WEKA.
21. Frédérique de Gravelaine, 2002, Projets urbains en France, édition LE MONITEUR, ISBN : 2-281-19155-9.
22. Gouvernance locale et développement territorial (le cas des pays du sud).
23. GRAFMEYER Yves, 2000, sociologie urbaine, Ed Nathan, Paris, 124 pages.
24. HAROUEL Jean-Louis, 1981, histoire de l'urbanisme, Ed P.U.F (Que sais-je ?), Paris, 126 pages.
25. Jean Jacques Deluz, novembre 2001, Alger chronique urbaine, éditions Bouchène.
26. Jean Labasse, 1980, L'hôpital et la ville (Géographie Hospitalière), édition Hermann.

27. Jean Pierre TETARD, 2002, La nécessaire reconquête du projet urbain, édition L'Harmattan, ISBN:2-7475-1981-3.
28. Jean-Pierre Gaudin, Pourquoi la gouvernance ?
29. LEFEBVRE Henri, 1968, le droit à la ville, coll. Points, éd. Anthropos, Paris, 165 pages.
30. LEVY Jean-Paul, 1987, centres villes en mutation, Editions du Centre National de la Recherche Scientifique, Paris, 242 pages.
31. MANGIN David & PANERAI Philippe, 1999, Projet Urbain, coll. eupalinos, Ed Parenthèses, Marseille, 185 pages.
32. MERLIN pierre et CHOAY Françoise, 1988 Dictionnaire de l'urbanisme, PUF, Paris, 435 pages.
33. Michel Jean Bertrand, Paris, 1978, Pratique de la ville, édition Masson.
34. Michel JOUBERT et Chantal MANNONI, Mars 2003, Les ateliers santé ville (Expérimentations en Seine-Saint-Denis, éditions PROFESSION BANLIEUE.
35. NEUSCHWANDER Claude, 1991, l'acteur et le changement, essai sur les réseaux, Ed, du Seuil, Paris, 243 pages.
36. Patrizia Ingallina, 2001, Le projet urbain (Que sais-je), édition puf.
37. Paul boury, 1980, Comprendre l'urbanisme, deuxième édition mis à jour, éditions du moniteur.
38. Philippe CADENE, 2004, Le commentaire de cartes et de documents géographiques, édition BELLIN atouts.
39. SAIDOUNI Maouia, 2000, élément d'introduction à l'urbanisme, histoire, méthodologie, réglementation, Ed CASBAH (FAC), Alger, 271 pages.
40. SGROÏ-DUFRESNE Maria, 1986, Alger 1830-1984 : Stratégie et enjeux urbains, Editions Recherche sur les Civilisations, Paris, 252 pages.
41. SITTE Camille, 1980, L'art de bâtir les villes, L'urbanisme selon ses fondements artistiques, nouvelle traduction de D. WIECZOREK, Paris, Ed L'Equerre, 188 pages.
42. SOLER-COUTEAUX Pierre, 2002, le droit de l'urbanisme après la loi SRU : ni tout à fait le même, ni tout à fait un autre, in CUILIER Francis (dir), les débats sur la ville 4, Solidarité

- et Renouveau Urbains : propos sur la loi SRU, éditions confluences, Agence d'urbanisme Bordeaux métropole Aquitaine.
43. Sous la direction d'Alain Hayot et André Sauvage, 2003, Le projet urbain ; enjeux, expérimentations et professions (actes du colloque les sciences humaines et sociales face au projet urbain organisé par l'INAMA et SHS-TEST, à Marseille, les 31 janvier et 1^{er} février 1997. édition la villette.
 44. Sous la direction d'ERIC CHEVALLIER, octobre 1993, L'enfant et la ville (Urbanisme, Santé et Socialisation), éditions SYROS.
 45. Sous la direction de Michel Bonnet ; la documentation française, 2005, La conduite des projets architecturaux et urbains : tendances d'évolution, édition PUCA, ISBN : 2-11-00-5988-5.
 46. Sous la direction de Thérèse Evette et Jean Jacques Terrin cahier Raman 4) Projets urbains (Expertises, concertation et conception).
 47. Sous la direction de : Jean-Yves Toussaint et Monique Zimmermann, Projet urbain; ménager les gens, aménager la ville, ISBN 2-87009-687-9, 201 pages.
 48. Suzanne et Pierre DEOUX, 1998, L'Ecologie c'est la santé, édition Frison-Roche, ISBN 2-87671-129-X.
 49. TOMAS François, 1998, vers une nouvelle culture de l'aménagement des villes, in TOUSSAINT Jean-Yves et ZIMMERMANN Monique (dir), Projet Urbain, ménager les gens, aménager la ville, (collection Architecture + Recherche), Ed Mardaga, Belgique.
 50. TOUSSAINT Jean-Yves & ZIMMERMANN Monique, 1998, point de vue croisés, le projet urbain en discussion, in TOUSSAINT Jean-Yves, ZIMMERMANN Monique (dir), Projet urbain, ménager les gens, aménager la ville, Ed Mardaga, Collection «Architecture + Recherches ».
 51. ZUCHELLI Alberto, 1983, Introduction à l'urbanisme opérationnel et à la composition urbaine, volumes 1, Alger, EPAU / OPU, 428 pages.

Revues

1. Bulletin d'Informations Architecturales, Avril 1984, Institut Français d'Architecture, supplément au n° 85.
2. CAHIER de l'institut d'aménagement et d'urbanisme de la région de l'île de France ; Grands projets urbains en Europe ; conduire le changement dans les métropoles, n° 146 – Mars 2007, ISSN 0153-6184.

3. Cahiers pratiques, septembre 2008- Hors-série, Observation locale et politique de la ville (Note stratégique & Guide méthodologique), les éditions de la DIV.
4. DAVOINE Gille & CRISTOFARO Florence, Août 2000, in revue, amc, Marseille, une métropole Euro-méditerranéenne, le Moniteur Architecture.
5. DEVILLERS Christian, Septembre 1978, in revue Urbanisme, n°165-166, le projet urbain.
6. Guide à l'usage des constructeurs, 1979, L'accessibilité des lieux publics aux personnes handicapées, éditions du MONITEUR.
7. Hancock et DUHL, 1986. In Canada : santé et bien-être en milieu urbain. Urbanisme (revue), mars - avril 1999, n°305, numéro spécial Santé et ville.
8. KACIMI M'hand, Mars 1998, Alger entre deux Etats : de la Wilaya au Gouvernorat, in, Revue Réflexions, ouvrage collectif, la ville dans tous ses états, Ed Casbah, Alger, PP. 127-134.
9. L'architecture d'aujourd'hui, Avril 1981- n°214, SANTÉ (Handicapé- Personnes âgées- Hôpitaux- Petits équipements).
10. Les Cahiers de la Recherche, CURER, 1980, n°11, Université Mentouri Constantine (UMC).
11. NAÏT-SAADA Makhoul, Avril 1995, Economie de marché : La ville et l'architecture, in La transition à l'économie de marché, La ville et l'architecture, Revue d'architecture et d'urbanisme, H.T.M. (Habitat Tradition et Modernité), n°3.
12. Revue Urbanisme, mars-avril 1999- n° 305, Santé et ville.
13. Revue URBANISME, Montpellier ; cœur d'agglomération n° 26.
14. ROSET. M, Avril 1984, Voyage dans la régence d'Alger, Paris, 1833, in Bulletin d'Informations Architecturales, Institut Français d'Architecture, supplément au n° 85.
15. SYMES Martin, Septembre/Octobre 1997, projets urbains en Grande-Bretagne, trois formules de rénovation urbaine, in revue URBANISME, n° 296.
16. Villes européennes, novembre 2008, Réussir un programme de développement urbain (expériences issues de neufs pays européens), les éditions de la DIV.

Documents ministériels

1. Alger métropole, 2000, Région-Ville-Quartier, EPAU, Alger, SIAAL (Stuttgart, Institut Allemagne), 114 pages.

2. Direction de la santé et de la population, Contribution à l'élaboration du schéma directeur de la santé ; Estimation des paramètres démographiques à l'horizon 2025 (Indicateurs nécessaires et méthodologie adoptée).
3. Document de l'OMS sur les différentes expériences du projet « ville santé » dans le monde.
4. Gouvernorat du Grand Alger, 1997, Alger capitale du 21^{ème} siècle (Le Grand Projet Urbain de la capitale), édition URBANIS.
5. Institut Nationale de Santé publique (INSP), novembre 2006, Enquête sur les urgences médico chirurgicales (Principaux résultats et recommandations).
6. la Charte Nationale de 1976.
7. Laboratoires de surveillance des maladies à transmission hydrique, Schéma directeur décrivant le choix et le fonctionnement des antennes de l'Institut Pasteur d'Algérie.
8. Ministère de l'aménagement du territoire et de l'environnement, mars 2004, Glossaire de l'environnement et du développement durable.
9. Ministère de la santé et de la réforme hospitalière, Direction de la planification et du développement, 2008, Carte sanitaire de l'Algérie.
10. Ministère de la santé et de la réforme hospitalière, Direction des services de santé, 2008, Schéma sectoriel de la santé.
11. Plan d'Orientation Générale pour le développement et l'aménagement de l'agglomération d'Alger, Direction des Etudes Techniques de la Planification et de l'Urbanisme, COMEDOR, Documents annexes à l'ordonnance n° 75-22 du 27 mars 1975, 281 pages.

Textes et lois officielles

1. Décret n°07-140 du 19 mai 2007, portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité.
2. Décret n° 67-625 portant création du COMEDOR.
3. Décret n° 67-30 du 27-01-67, portant sur la création de deux arrondissements supplémentaires à savoir Bir Mourad Raïs et Bouzaréah ainsi que la restitution à l'Assemblée Populaire Communale d'Alger et à son exécutif.

4. Décret n° 80-275 du 22 novembre 1980 portant création du CNERU.
5. Décret n° 85.04, portant organisation administrative de la ville d'Alger.
6. Loi 90-08 du 7 avril 1990 relatives à la commune.
7. Loi n° 90-09 du 7 Avril 1990 relative à la Wilaya portant sur l'exécution des délibérations du Conseil Populaire du Gouvernorat du Grand Alger.
8. Loi N° 90-29. Du 18-11-90 portant sur l'orientation foncière.
9. Loi N° 90-29. Du 01-12-90 sur l'urbanisme et l'aménagement qui institut un Plan Directeur d'Aménagement et d'Urbanisme (P.D.A.U) et le Plan d'Occupation au Sol (P.O.S).
10. Loi N° 97-14 du 31 mai 1997 est relative à l'organisation territoriale de la Wilaya d'Alger
11. Loi N° 97-15 du 31 mai 1997, fixe le statut particulier du Gouvernorat du Grand Alger.
12. Ordonnance n° 97-15, du 31 mai 1997 fixant le statut particulier du Gouvernorat du Grand Alger.
13. Journal Officiel, n° 38 du 04-06-1997 portant réorganisation territoriale du Gouvernorat du Grand Alger.
14. Décret présidentiel, N° 97-292 du 02 Août 1997, fixant l'organisation administrative du Gouvernorat du Grand Alger.
15. Décret présidentiel n° 97-292 du 02 Août 1997 portant création de douze circonscriptions administratives.
16. Décret présidentiel du 2 Août 1997 pour assister le Ministre-Gouverneur dans l'exercice de ses fonctions.
17. Circulaire DIV-DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des ateliers santé ville.
18. Lois n° 06 - 2006, du 20 I 02 / 2006 : Lois d'orientation sur la ville Ordonnance, n° 97-14 relatives à l'organisation territoriale de la Wilaya d'Alger.
19. Circulaire interministériel n° 022 du 15 juillet 2007 relative au fonctionnement et à l'extension des salles de soins.

20. Circulaire n° 024 du 20 Septembre 2007 relative aux activités d'une polyclinique.
21. Décret exécutif n°95-442 du 23 décembre portant approbation du PDAU.
22. Loi n° 90.08 d'Avril 1990 et du décret n° 90.207 du 14 Juillet 1990. Ils stipulent, que la nouvelle organisation affecte l'ensemble de la Wilaya d'Alger, dont 33 communes sont regroupées en ensembles intercommunaux dotés de Conseil Urbains de Coordination (C.U.C).

Actes des séminaires et colloques

1. Actes du séminaire internationale « Villes et Santé », Constantine 09/10 décembre 2007.
2. ANNOUCHE Karima, 2002, repenser la ville à la lumière des spécificités locales, in Actes du Séminaire International : « Enseignement et pratique de l'architecture, quelles perspectives ? », EPAU, Alger, PP. 345-357.
3. DJEDOUANI - RAKEM Sahar, Mai 2002, Marseille et Alger, espaces portuaires en mutation et nouvelle centralité, in Colloque International, Alger : lumières sur la ville, EPAU, Alger, PP. 495-501.
4. HAYOT Alain, 2000, en finir avec le fonctionnalisme : les sciences sociales, l'architecture et la ville, in Alain Hayot et André Sauvage (dir), le projet urbain, enjeux, expérimentations et professions, actes du colloque : Les sciences humaines et sociales face au projet urbain organisé par l'INAMA et SHS-TEST, à Marseille, les 31 janvier et le 1er février 1997, Ed de la Villette, Paris.
5. JUYENT Rosa , Novembre 1993, la participation des citoyens dans le projet urbain : le cas de Barcelone, in planification territoriale et réseaux, nouveaux enjeux, nouveaux savoir-faire, LATTI-LESEC, IV° Colloque international, Paris-Barcelone, Paris.
6. La réalisation d'un document scientifique (mémoire de DEA, thèse, article...)/séminaire méthodologique de l'école doctorale de sciences économiques et sociales (université de Lille I).
7. PICARD A, 1995, "la colonie, la Méditerranée et la ville", in, Actes du colloque de Montpellier du 18-19-20 Novembre 1993, Identité de la ville méditerranéenne, EALR-Montpellier, Editions de l'Espérou, 1995, PP173-183.

8. RANCAYOLO Marcel, 2000, mémoires, représentations, pratiques-réflexions autour du projet urbain, in HAYOT Alain & SAUVAGE André (dir), le projet urbain, enjeux, expérimentations et professions, actes du colloque : Les sciences humaines et sociales face au projet urbain organisé par l'INAMA et SHS-TEST, à Marseille, les 31 janvier et le 1er février 1997, Ed de la Villette, Paris, PP. 25-30.
9. SIDI BOUMEDINE Rachid, Mai 2002, Alger : Limites fluctuantes pour un projet précis, In Actes du séminaire International, Alger : lumières sur la ville, EPAU, Alger, PP. 332-344.
10. TOUSSAINT Jean-Yves, ZIMMERMANN Monique, 2000, projet urbain, technique et complexité, in Le Projet Urbain, Enjeux, expérimentations et professions, Actes du colloque, Les sciences humaines et sociales face au projet urbain organisé par l'INAMA et SHS-TEST, à Marseille, les 31 Janvier et 1er février 1997, Sous la direction d'Alain Hayot et André Sauvage, Ed, De la villette, Paris, PP 183-200.

Les thèses

1. Thèse du Doctorat d'Etat, LABII Belkacem, 2003, urbanisme et santé à Constantine : pour une approche de la ville-santé et de l'espace santé, UMC.
2. Thèse du Doctorat d'Etat, AICHE Messaoud, 2006, analyse des pratiques pédagogiques d'enseignement du projet architecturale au département d'architecture et d'urbanisme de Constantine à la lumière des méthodes pédagogiques actives ; pour un meilleur développement des compétences des étudiants de fin de cycle UMC.
3. Thèse du Doctorat d'Etat en architecture et urbanisme, Nadia DJELLAL-ASSARI, 2004, Le rôle des activités de service dans l'organisation et la structuration spatiale d'Alger-Vol I et II, Alger, EPAU.
4. Mémoire de Magister, BELKHAMSA Belkacem, 2008, une nouvelle manière de pensé la ville à travers le projet urbain (Barcelone-Lyon-Alger), EPAU d'Alger.
5. Mémoire de Magister, GHERZOULI Lazhar, 2007, renouvellement du centre ancien de la ville de Tébessa. Un projet urbain de référence UMC.
6. Mémoire de Magister, HADEF Rachid, 2008, Quel projet urbain pour un retour de la ville vers la mer ? Cas de Skikda UMC.
7. Mémoire de Magister, BOUFENNARA Karima, 2008, la réhabilitation comme processus du projet urbain ; cas de Constantine UMC.

8. Mémoire de Magister, BENBOUHADJA Asma, 2008, processus technopolitain et métropolisation, condition d'émergence : cas de Constantine UMC.
9. Mémoire de Magister, BOUSSOUF Chihab-Eddin, 2008, les acteurs de la mise en œuvre de la ville nouvelle Ali mendjeli, Constantine, UMC.
10. Mémoire de Magister en Urbanisme, Nassima DRIS, 1993, Le centre d'Alger : évolution ; significations et présupposés de l'organisation spatiale, Alger, EPAU.
11. Mémoire de Magister en Urbanisme, Abderrahmane FEINANE, 2004, De la dynamique du centre ville cas du centre d'Alger, Alger, EPAU.

Cours et études

1. Cours de la 1^{ère} année poste graduation, option « projet urbain », 2007-2008, laboratoire villes et santé UMC.
2. Cours de géographie urbaine, 4^{ème} année architecture, D^r Belkacem LABII, édition de l'UMC 2004-2005.

Les sites Internet

1. plan d'action des villes pour la santé et le développement durable in : <http://www.euro.who.int/document/e82779.pdf> -
2. Dossier Reims projet d'adhésion au réseau ville santé de l'OMS in: http://www.villes-sante.com/datas/doc_som/doc_actu/dossier%20Reims.doc –
3. les villes santé créent la différence in : http://pmb.santenpdc.org/doc_num.php?explnum_id=7020
4. Grande maladiere; un projet urbain pour Bourgoin in : <http://www.cfdt-rhone-alpes.com/isere/syndicatisere/santesociauxisere/santemedipoleepida.pdf>
5. DRASS Haute Normandie ; projets de santé publique dans les territoires de proximité (réf. : DRASS Haute Normandie 28 novembre 2006) in : <http://haute-normandie.sante.gouv.fr/fr/pdf/rapa0702.pdf>
6. L'hôpital Mustapha ; la plus grande structure sanitaire d'Alger in : <http://www.grands-reporters.com/Alger-hopital-Mustapha.html>
7. REPETTI, R. PRELAZ-DROUX, un moniteur urbain comme support d'une gestion participative de la ville en développement, Swiss Fédéral institute of Technology Lausanne

-
- EPFL, Switzerland, Governance and Development. World Bank, Washington. World Bank, 1994. Adjustment in Africa. Oxford University Press, New York :
- http://www.ovaf.net : Shared/Publications/moniteurbain_repetti_prelaz_droux.pdf.
8. DESCHAU Roger, Juillet 1997, Directeur de l'équipe du GPU de Marseille, La gestion urbaine: une approche territoriale, le Grand Projet Urbain de Marseille, in, Politique de la Ville et gestion urbaine, P. 5, in :
- http://www.crvp-paca.org/6-documentation/pdf/arr_pdfs/22gestion-urbaine.pdf.
9. DORIER-APPRILL Elisabeth, 2001, Lexique des villes et de l'urbain, extrait de l'ouvrage : Vocabulaire de la ville, éditions du temps, Paris, P. 7-8, catalogue :
- http://www.editions_du_temps.com
10. GAGNE Serge, Qu'est-ce qu'un processus de planification stratégique ? in :
- <http://www.ville.Saint-jean-sur-richelieu.qc.ca/cgi-bin/index.cgi?>
11. GAYRAUD Emmanuel, Janvier 2003, la planification stratégique du développement local, BDPA, in :
- <http://www.developpement-local.com>
12. GOTLIEB Carlos, la remise en question des outils d'urbanisme, les plans d'aménagement des années 1980, in Architecture et projet urbain en Espagne, in:
- <http://www.urbanisme.equipement.gouv.fr/cdu/acceuil/biblioaraphies/espaane/questio...>
13. GOTLIEB Carlos, la ville constituée, politiques et projets dans les centres anciens, in, architecture et projet urbain en Espagne, in :
- <http://www.urbanisme.equipement.gouv.fr/cdu/acceuil/biblioaraphies/espaane/ville.htrn>.
14. INGALLINA Patrizia, Projet urbain et paysage. Le projet de Bercy et les jardins partagés à Paris ou comment conjuguer attractivité et citoyenneté, Université Paris XII, institut d'Urbanisme de Paris, Laboratoire de recherche C.R.E.T.E.I.L :
- http://www.Paris.fr/economie/tourisnrie_congres_salons/aperçu.asp.
15. Le Grand Projet Urbain de Marseille, in :
- <http://www.i.ville.gouv.fr/Data/inserhitlien.php?id=31>

Liste des abréviations.

A.P.C :	Assemblées Populaires Communales
A.P.N :	Assemblée Populaire National
A.P.W :	Assemblée Populaire de Wilaya
A.R.H :	Agence Régionale d'Hospitalisation
A.S.V :	Ateliers Santé Ville
AEDAA :	Association pour l'Etude et le Développement de l'Agglomération Algéroise
B.N.E.D.E.R :	Bureau National d'Etudes pour le Développement Rural
C.A.D.A.T :	Caisse Algérienne de l'Aménagement du Territoire
C.C.N :	Conseil Consultatif National
C.H :	Centre Hospitalier
C.O.M.E.D.O.R :	Comité Permanent d'Etudes de Développement, d'Organisation et d'aménagement de l'agglomération d'Alger
C.P.A.M :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
C.P.V.A :	Comité Populaire de la Ville d'Alger
C.U.C :	Conseil Urbain de Coordination
CHU :	Centre Hospitalo-Universitaire
CNERU :	Centre Nationale d'Etudes et de Réalisation en Urbanisme
CNT :	Conseil National de Transition
CPGGA :	Conseil Populaire du Gouvernorat du Grand Alger
CUCS :	Contrats Urbains de Cohésion Sociale
DAEI :	Direction des Affaires Economiques Internationales
DAEI :	Direction des Affaires Economiques Internationales
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DEC :	Délégation Exécutive Communal
DESQ :	Développement Economique et Social des Quartiers
DRASS :	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
E.C.O.T.E.C :	Bureau Nationale d'Etudes Economiques et Techniques
E.T.A.U :	Bureau d'Etudes de Travaux publics, d'Architecture et d'Urbanisme
EPH :	Etablissement Public Hospitalier
EPSP :	Etablissement Public de Santé de Proximité
GGA :	Gouvernorat du Grand Alger
GPU :	Grand Projet Urbain
GPV :	Grands Projets Villes
H.B.M :	Habitat Bon Marché
HCE :	Haut Comité d'Etat
HLM :	Habitations à Loyer Modéré
HVS :	Habitats et Vies Sociales
HVS :	Habitats et Vies Sociales

O.R.U :	Opération de Renouveau Urbain
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisations Non Gouvernementales
ONS :	Office Nationale des Statistiques
OPAH :	Opérations Programmées d'Amélioration de l'Habitat
P.C.D :	Plan Communal de Développement
P.M.E :	Programme d'Équipement Urbain
P.M.U :	Plan de Modernisation Urbaine
PADD :	Projet d'Aménagement et de Développement Durable
PASS :	Permanences d'Accès aux Soins de Santé
PDAU :	Plan Directeur d'Aménagement et d'Urbanisme
PIB :	Produit Intérieur Brute
PLU :	Plan Local d'Urbanisme
POG :	Plan d'Orientation Général
POS :	Plan d'Occupation au Sol
PRAPS :	Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRS :	Plan Régional de Santé
PRSP :	Plan Régional de Santé Publique
PU :	Projet Urbain
PUD :	Plan d'Urbanisme Directeur
RLPS :	Réseaux Locaux de Promotion de la Santé
SCOT :	Schéma de Cohérence Territoriale
SD :	Schéma Directeur
SDAU :	Schéma Directeur d'Aménagement et d'Urbanisme
SRU :	Solidarité et Renouveau Urbain
T.G.V :	Train à Grande Vitesse
TRC :	Tableau Récapitulatif Communal
U.F.S.B.D :	Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire
U.R.M.L :	Union Régionale des Médecins Libéraux
Z.E.P :	Zone d'Éducation Prioritaire
Z.H.U.N :	Zone d'Habitat Urbaine Nouvelle
Z.I :	Zones Industrielles
Z.U.S :	Zone Urbaine Sensible
ZNIEFF :	Zones Naturelles d'Intérêt Écologique Faunistique et Floristique

Liste des tableaux.

Tableau n°01 : Consistance territoriale du Gouvernorat du Grand Alger.....	138
Tableau n°02 : Organisation administrative du Gouvernorat du Grand Alger.....	139
Tableau n°03 : L'évolution du nombre de lits publics et privés à Alger jusqu'au 2006.....	160
Tableau n°04 : Activité hospitalière à Alger, 2008.....	167
Tableau n°05 : Fonctionnement du système de santé à Alger, 2008.....	168
Tableau n°06 : Bilan des tests de chlore à Alger, 2008.....	170
Tableau n°07 : Analyse Bactériologique à Alger, 2008.....	170
Tableau n°08 : Surveillance épidémiologique à Alger, 2008.....	171
Tableau n°09 : Bilan de vaccination à Alger, 2008.....	172
Tableau n°10 : Surveillance épidémiologique des zoonoses à Alger, 2008.....	172
Tableau n°11 : Surveillance épidémiologique des zoonoses à Alger, 2008.....	173
Tableau n°12 : Programme élargi de vaccination à Alger, 2008.....	174
Tableau n°13 : Programme de lutte contre le Rhumatisme Articulaire Aigu à Alger, 2008.....	178
Tableau n°14 : Programme de lutte contre la Toxi-Infection Alimentaire Collective à Alger, 2008.....	179
Tableau n°15 : Programme de lutte contre la Méningites purulentes à Alger, 2008.....	180
Tableau n°16 : Maladies à déclaration obligatoire à Alger, 2008.....	182
Tableau n°17 : Programme national de santé scolaire à Alger, 2008.....	183
Tableau n°18 : Programme de vaccination dans la santé scolaire à Alger, 2008.....	183
Tableau n°19 : Bilan d'activités Programme national de santé universitaire à Alger, 2008.....	185
Tableau n°20 : Bilan d'activités Bucco-dentaires à Alger, 2008.....	185
Tableau n°21 : Évaluation de l'activité d'hospitalisation à Alger, 2007.....	190
Tableau n°22 : Les trois grands programmes en cours d'investissement sur la santé à Alger, 2008.....	192
Tableau n°23 : Circonscription administrative de Bab El Oued et de Cheraga.....	210
Tableau n°24 : Circonscription administrative Sidi M'hamed / Bir Mourad Rais.....	211
Tableau n°25 : Circonscription administrative de Bouzareah.....	212

Liste des cartes.

Carte n° 01 : Les Villes-santé en Europe.....	25
Carte n°02 : pays en Haute-Normandie au 1 ^{er} janvier 2005.....	76
Carte n° 03 : Synthèse des projets urbains.....	78
Carte n° 04 : Regroupement des trois établissements de santé.....	79
Carte n° 05 : Extrait du Projet d'Aménagement et de Développement Durable (PADD).....	80
Carte n° 06 : Extrait du Plan Local d'Urbanisme (PLU).....	81
Carte n° 07 : Les éléments structurant le nouveau quartier.....	82
Carte n° 08 : Schéma d'aménagement et des préconisations sur le site.....	83
Carte n°09: Elargissement des trois voies convergeant vers la place d'arme.....	110
Carte n° 10 : Alger centre en 1846.....	112
Carte n°11 : Alger en 1889.....	113
Carte n° 12 : Alger centre en 1950.....	116
Carte n°13 : le Plan d'Organisation Générale d'Alger horizon 2000.....	121
Carte n°14 : Variantes d'aménagement du PUD concernant la centralité d'Alger.....	125
Carte n°15 : Le P.D.A.U, Schéma d'Aménagement proposant 4 pôles de centralité.....	127
Carte n°15 : Gouvernorat du Grand Alger.....	140
Carte ° 16 : Les pôles de croissance du GP.....	144
Carte n° 17 : Répartition des infrastructures publiques de la wilaya d'Alger.....	162
Carte n°18 : Zones d'urbanisation et localisation des grandes structures sanitaires.....	197
Carte n°19 : Distribution des médecins selon le secteur d'exercice sur le territoire de la wilaya.....	198
Carte n°20 : Localisation des établissements publics de santé dans la wilaya d'Alger.....	199
Carte n°21 : Répartition de la population dans les communes des trois circonscriptions.....	200
Carte n°22 : Densité de la population dans les communes des trois circonscriptions.....	201
Carte n°23 : Densité moyenne du tissu urbain de chaque commune des trois circonscriptions.....	202
Carte n°24 : La carte du relief d'Alger.....	203
Carte n°25 : La carte du relief du périmètre d'étude.....	204
Carte n°26 : Taux d'occupation par logement T.O.L. pour chaque commune.....	205
Carte n°27 : Répartition es équipements sanitaires par circonscription.....	206
Carte n°28 : Répartition des équipements sanitaires par commune.....	208
Carte n°29 : Prises en charge médicales et l'accès aux soins pour Bab El Oued et Cheraga.....	210
Carte n°30 : Prises en charge médicales et l'accès aux soins pour Sidi M'hammed et Bir Mourad Rais.....	211
Carte n°31 : Prises en charge médicales et l'accès aux soins pour Bouzareah.....	212

Table des figures.

Figure 1 : Principaux déterminants de la santé.....	17
Figure 2 : Le gradient de l'action de l'individu en faveur de la santé.....	18
Figure 3 : la pyramide des composantes de la santé.....	19
Figure 04 : La démarche d'un projet de santé publique de proximité.....	96
Figure 05: Espace santé partant du pôle.....	101
Figure 06 : proposition de restructuration du Hamma (1998).....	145
Figure 07 : Les groupes d'âge de la population Algéroise.....	158
Figure 08 : Nombre des lits publics.....	160
Figure 09 : Nombre des lits privés.....	160
Figure 10 : Comparaison entre l'évolution du nombre des lits publics et privés.....	161
Figure 11 : Comparaison entre le nombre de lits publics et privés à Alger, 2008.....	163
Figure 12 : Evaluation des différents types des malades admis pour l'hospitalisation à Alger, 2008.....	190

Table des matières

Remerciement.....	0
SOMMAIRE.....	0
PARTIE INTRODUCTIVE.....	0
INTRODUCTION.....	1
PROBLEMATIQUE.....	4
OBJECTIFS DE LA RECHERCHE.....	8
METHODOLOGIE.....	9
PREMIERE PARTIE : FONDEMENTS THEORIQUES.....	12
INTRODUCTION.....	13
CHAPITRE 1 : VILLE ET SANTE ; CONCEPTS ET DEFINITIONS	14
INTRODUCTION.....	15
1. La santé.....	16
1.1. L'évolution du concept santé.....	16
1.2. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.....	20
2. Villes-Santé.....	21
2.1. Ville santé, concepts et définitions.....	21
2.2. Historique.....	21
2.3. Les acteurs des projets Villes-Santé.....	22
2.4. La méthode Villes-santé.....	22
2.5. Les trois phases du programme Villes-Santé.....	23
2.6. L'Evolution du programme ville santé.....	25
2.7. Villes-santé : instrument à l'appui de la santé et du développement durable.....	26
2.8. Des expériences de villes-santé dans le monde.....	26
2.8.1. Dans les pays développés.....	26
2.8.2. Dans les pays en développement.....	30
CONCLUSION.....	32
CHAPITRE 2 : SANTE PUBLIQUE ET SYSTEME D'ACTEURS ; FONDEMENTS DU PROJET URBAIN.....	33
INTRODUCTION.....	34
1. Les ASV ; une nouvelle démarche de santé publique.....	35
1.1. L'articulation entre les différents acteurs de la santé.....	35
1.2. Coordination et cohérence de l'action des différents acteurs.....	35

1.3.	Concertation et opérationnalité dans la thématique santé dans la ville.....	36
1.4.	Articulation entre la politique de la santé et la politique de la ville.....	36
1.4.1.	Un cadre de travail partagé entre les différents acteurs.....	36
1.4.2.	Participation de la population dans la prise de décision.....	37
1.4.3.	Accès aux soins.....	37
2.	Expériences de référence des ateliers santé ville.....	38
2.1.	Blanc-Mesnil-Dugny.....	38
2.2.	Pierrefitte-sur-Seine (accès aux soins).....	38
2.3.	La Courneuve.....	38
3.	Quels territoires pertinents pour les actions de santé ?.....	39
4.1.	Les territoires de la proximité.....	40
4.1.1.	Des dynamiques de rapprochement.....	41
4.1.3.	La communauté de résidence, un périmètre à identifier.....	41
4.2.	La carte des ressources ; un territoire à identifier.....	42
4.2.1.	La carte hospitalière ; bassins de circulation des usagers.....	42
4.2.2.	Augmenter la flexibilité institutionnelle.....	42
5.	Le labyrinthe d'accès aux soins.....	43
6.	Quel système d'acteurs en santé publique.....	43
6.1.	Coordination et mise en cohérence des acteurs.....	44
6.2.	Choix des acteurs dans le cadre des ASV.....	44
7.	Les enjeux croisés pour les ateliers santé ville.....	45
7.1.	La légitimité.....	45
7.2.	Prise en compte des publics en difficulté.....	45
7.3.	Intégration dans les dispositifs de la politique de la ville.....	46
7.4.	Mise en cohérence des politiques de santé publique.....	46
	CONCLUSION.....	49
	CHAPITRE 3: LE PROJET URBAIN.....	51
	INTRODUCTION.....	52
1.	Histoire d'émergence du Projet Urbain.....	53
2.	Le projet urbain : concepts et définitions.....	55
2.1.	La notion de l'« urbain ».....	59
2.2.	La notion de « projet ».....	61
2.3.	La notion de "projet urbain".....	61
3.	Démarche du projet urbain.....	62
3.1.	La commande.....	62

3.2.	La concertation et le rôle des acteurs.	62
3.3.	Le temps.	63
3.4.	Le montage des opérations et management du projet urbain.	64
3.5.	Matériaux et outils du projet urbain.	65
4.	Caractéristiques du projet urbain.	65
5.	Le projet urbain et ses règles aujourd’hui.	66
5.1.	Le temps de la ville.	66
5.2.	Grands thèmes sensibles du projet urbain.	66
5.3.	De multiples projets au cours du projet urbain.	68
6.	Les principes de la Santé pour tous et leurs liens avec le projet urbain pour la santé.	68
	CONCLUSION.	70
	CHAPITRE 04 : LES EXPERIENCES ETRANGERES DES PROJETS URBAINS DE SANTE PUBLIQUE	71
	INTRODUCTION.	72
I.	DRASS Haute Normandie : projets de santé publique dans les territoires de proximité.	73
1.	Objectifs.	73
1.1.	répondre aux besoins de santé au plus près des populations.	73
1.2.	La santé, un des cinq thèmes prioritaires de la ville.	73
1.3.	Une nouvelle politique de la ville.	73
1.4.	La loi du 9 août 2004.	73
1.5.	La loi du 29 juillet 1998 (art. 71).	74
2.	Les acteurs locaux et les deux cadres opérationnels.	74
2.1.	Les réseaux locaux de promotion de la santé (RLPS).	74
2.2.	Les ateliers santé ville.	75
3.	Stratégies de mise en œuvre proposées sur les différents territoires.	75
3.1.	les réseaux locaux de promotion de la santé.	75
3.2.	Les ateliers santé ville.	76
3.2.1.	l’agglomération de Rouen.	76
3.2.2.	Agglomération du Havre.	76
3.2.3.	Agglomération d’Elbeuf.	76
4.	Cartographie des Réseaux locaux de promotion de la santé.	77
II.	Le médipôle-grande maladiere ; un projet urbain pour Bourgoin-Jallieu.	78
1.	L’objectif.	78

2.	La localisation.....	78
2.1.	Deux enjeux majeurs.	79
3.	Le droit des sols.	80
3.1.	Projet d'aménagement et de développement durable (PADD) du PLU.....	80
3.2.	Le règlement et les documents graphiques.....	81
4.	Les études d'urbanisme et principes d'aménagement.....	83
III.	Projet d'adhésion au réseau villes-santé de l'O.M.S. de la ville de Reims.	85
1.	Le contexte.	85
2.	L'objectif.	85
3.	Les projets.....	85
3.1.	la Santé.	86
3.2.	les transports.....	86
3.3.	l'environnement.....	87
3.4.	l'habitat.....	87
4.	L'organisation.....	88
4.1.	le Comité de Pilotage.....	88
4.2.	la délégation de l' élu.	88
4.3.	le service chargé de la Coordination.	88
4.4.	le coordinateur.	88
5.	Les perspectives.	88
	CONCLUSION.	89
	CHAPITRE 5 : LES EXPERIENCES ALGERIENNES.....	91
I.	Santé de proximité et mise en scène d'un projet de santé publique en Algérie.	93
1.	L'influence de la nouvelle démarche sur le citoyen.	93
2.	L'efficacité de la démarche de santé de proximité.	94
2.1.	l'opérationnalité du projet.	94
2.2.	la pérennité ou la continuité des choix des élus.	95
2.3.	l'évolutivité ou l'adaptabilité des options prises dans le temps.	95
3.	Les principes de base de la démarche de santé de proximité.....	96
3.1.	une vision élargie de la chaîne des acteurs (Le système d'acteurs).	96
3.1.	une vision élargie de la chaîne verticale.....	97
3.2.	un processus global de projet élargi à sa mise en œuvre.....	97

II. Ville santé d'El Khroub (CONSTANTINE).....	100
3. Quel système d'acteurs pour le projet Ville santé de Constantine.....	101
5. Stratégie d'aménagement du projet Ville santé d'El Kheroub.	104
5.1. Dynamiques d'urbanisation.	104
5.2. L'éducation sanitaire.....	105
CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE.....	107
DEUXIEME PARTIE : LE CAS D'ETUDE D'ALGER.....	108
INTRODUCTION.....	109
CHAPITRE 6 : DIFFERENTES EXPERIMENTATIONS URBANISTIQUES A ALGER.....	110
INTRODUCTION.....	111
1. Evolution historique de l'espace urbain algérois.	112
1.1. La période coloniale.	112
1.1.1. La période de l'urbanisme militaire.	112
1.1.2. La période de l'urbanisme spéculatif.	114
1.1.3. Période de la planification urbaine et du plan d'urbanisme.	116
1.1.4. Période de l'urbanisme fonctionnaliste.	116
1.2. Les pratiques urbanistiques de l'Algérie indépendante (1962-1995).	119
1.2.1. Les premières années d'indépendance 1962-1968 : L'option est pour la continuité.....	119
1.2.2. Le P.O.G d'Alger : un véritable projet urbain (1971-1979).....	120
1.2.3. Le P.U.D. (1981-1987) ; un document pour légitimer les projets des instances politiques.....	126
1.2.4. Le PDAU, un instrument pour s'adapter au nouveau contexte.....	128
CONCLUSION.....	130
CHAPITRE 7 : LE GRAND PROJET URBAIN D'ALGER.....	131
INTRODUCTION.....	132
1. L'établissement d'un diagnostic stratégique.	133
1.1. Crise économique, sociale et dégradation du cadre urbain algérois.....	133
1.2. Défaillances des différentes politiques urbaines successives de la capitale.....	134
1.3. Statuts négatifs de la capitale souveraine.	137
2. Stratégie d'aménagement et réorganisation territoriale.	139
3. Les principaux acteurs mobilisés.	143
4. Le programme d'actions du GPU d'Alger.....	145
CONCLUSION.....	155
CHAPITRE 8 : ETAT DES LIEUX DE LA SANTE DANS LA WILAYA D'ALGER	157
INTRODUCTION.....	158
1. Evolution du système de santé en Algérie.....	159

2.	Analyse statistique de l'état de santé dans la wilaya d'Alger.	161
2.1.	Généralités.	161
2.2.	Indicateurs démographiques.	162
2.3.	Infrastructures sanitaires.	163
2.3.1.	Infrastructures sanitaires publiques.	165
2.3.2.	Infrastructures sanitaires privées.	166
2.4.	Ressource humaine.	168
2.4.1.	Médicale.	168
2.4.2.	Paramédicale.	168
2.4.3.	Administrative.	169
2.4.4.	Autres Personnels.	169
2.5.	Activités hospitalières et extrahospitalières dans la wilaya d'Alger.	169
2.5.1.	Activité hospitalière.	170
2.5.2.	Activité opératoire.	171
2.5.3.	Les urgences.	172
2.6.	La part de la prévention dans le système de sante algérois.	172
3.	Investissements de l'Etat dans la santé.	194
3.1.	Programme en cours.	194
3.1.1.	Les trois grandes opérations en cours.	195
3.1.2.	Etudes et réalisation des projets.	195
3.1.3.	Travaux de confortement et réhabilitation.	195
3.1.4.	Acquisitions d'ambulances et d'équipements médicaux.	196
3.2.	Programme complémentaire à l'indicatif de la Wilaya d'Alger.	196
	CONCLUSION.	197
	CHAPITRE 09 : POUR UN PROJET URBAIN DE SANTE PUBLIQUE A ALGER	198
	INTRODUCTION.	199
I.	Projet urbain de santé publique et territorialisation.	200
1.	Localisation fortement centralisée des grandes structures sanitaires publiques.	200
2.	Localisation périphérique des praticiens privés de la santé.	201
3.	Définition de l'aire d'étude.	202
3.1.	Etat des lieux des trois circonscriptions choisies.	203
3.2.	Etat de la santé publique dans l'aire d'étude.	209
3.2.1.	Répartition des structures sanitaires.	209
3.2.2.	L'accès aux soins dans ces structures sanitaires.	212
	II. Pour un projet urbain de santé publique à Alger	216
	CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE.	224
	CONCLUSION GENERALE.	225
	BIBLIOGRAPHIE.	230
	Liste des abréviations.	241

Liste des tableaux.....243

Liste des cartes.....244

Table des figures.....245