

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Université 8 Mai 1945 - Guelma
Faculté des Sciences et de Technologie
Département : **Architecture**



Projet de Mémoire de Master

Option : ARCHITECTURE PROJET URBAIN ET DURABILITE

Thématique : VILLE ET SANTE

Thème : QUEL PROJET SANITAIRE POUR LA PRISE EN CHARGE DES MALADES CANCEREUX POUR LA VILLE DE GUELMA

Projet : Centre hospitalier anti Cancéreux au Pos sud wilaya de Guelma

Présenté par : **ANTOURI ASSIA**

Sous la direction de : **MR. RAHMOUN**

Année universitaire 2018/2019

Dédicace :

Du profond de mon cœur, je dédie ce travail à tous ceux qui me sont chers ;

À MES CHERS PARENTS

À MON CHER MARI AZZEDDINE

A MA BELLE FILLE SIRINE

À MES FILS DHIAA ET BAHA EDDINE

A MA SCEUR ET MES FRERES

À toute personne que j'aime beaucoup et qui m'a soutenu tout au long de la réalisation de ce mémoire et dans tous les moments durs.

Assia

Remerciement:

*Je remercie mon dieu qui m'a donné la volonté, le courage
et la puissance d'achever ce travail.*

*Ainsi que ma famille de m'avoir soutenu et supporté pendant
Toute l'année.*

*Je tiens à remercier mon encadreur : Mr. RAHMOUNE SAID
de m'avoir orienté, conseillé, et critiqué*

*Mes remerciements s'adressent aussi aux membres du jury
Qui m'ont fait l'honneur d'accepter d'évaluer ce travail.*

*Enfin, je remercie toutes les personnes, qui m'ont aidé de près ou de loin
à concrétiser ce projet.*

Mes Respects

Table des matières :

Dédicace	
Remerciement	
Table des matières.....	I
Table des illustrations.....	V
Chapitre introductif	
Introduction générale.....	1
Problématique.....	2
Hypothèses.....	3
Objectifs.....	3
Méthodologie de travail.....	3
Partie01 : Théorico-conceptuelle	
Introduction de la première partie.....	4
Chapitre I :	
Introduction chapitre I :.....	5
I Chapitre I : Ville et Santé	6
I.1 La dimension sociale et environnementale de la santé :.....	6
I.1.1 Définitions de la sante :.....	6
I.1.2 Les types de la santé :.....	6
I.1.3 Les déterminants de la santé :.....	7
I.1.4 Historique :.....	9
I.1.4.1 XIXème Urbanisme hygiéniste :.....	10
I.1.4.2 Début XXème Urbanisme fonctionnaliste et de planification :.....	11
I.1.4.3 Début XXIème Urbanisme durable :.....	12
I.1.5 Environnement et santé :.....	13
I.1.6 Un urbanisme pour la santé :.....	13
I.1.7 Urbanisme et santé :-quel rôle pour les collectivités locales ?.....	13
I.2 Ville-Santé :.....	14
I.2.1 Concepts et définitions :.....	14
I.2.2 Historique :.....	14
I.2.3 Les acteurs des projets Ville-Santé :.....	15
I.2.4 Membres d'un groupe de pilotage travaillant sur un projet "Ville-Santé" :.....	15
I.2.5 Démarche Villes-Santé :.....	16
I.2.6 Les objectifs de la Ville-Santé :.....	17

Conclusion Chapitre I:	18
Chapitre II:	
Introduction Chapitre II:	19
II Chapitre II : Santé et projet urbain durable	20
II.1 La santé durable :.....	20
II.1.1 Aperçu sur la notion du développement durable :	20
II.1.2 L'objectif du développement durable :	20
II.1.3 Liens entre santé et développement durable :	20
II.2 Projet urbain :.....	21
II.2.1 Histoire d'émergence du Projet Urbain :	21
II.2.2 Le projet urbain : concepts et définitions :	23
II.2.2.1 La notion de l'« urbain » :	24
II.2.2.2 La notion de « projet » :	25
II.2.2.3 La notion de "projet urbain" :	26
II.2.3 Démarche du projet urbain :	26
II.2.3.1 La commande.....	27
II.2.3.2 La concertation et le rôle des acteurs :	27
II.2.3.3 Le temps :.....	28
II.2.3.4 Le montage des opérations et management du projet urbain :	28
II.2.3.5 Matériaux et outils du projet urbain :	29
II.2.4 Caractéristiques du projet urbain :	30
II.2.5 Les principes de la Santé pour tous et leurs liens avec le projet urbain pour la santé :	31
II.2.6 Exemple du projet urbain :	32
II.3 Situation de la santé en Algérie :	34
II.3.1 LES REGIONS SANITAIRES :	34
II.3.2 Réforme hospitalière :	34
II.3.3 Le système de santé en Algérie :	36
II.3.4 Les Infrastructures sanitaires « Statistiques 2015 » :	37
II.3.5 Cadre législatif et réglementaire du système de santé :	39
II.3.6 Infrastructures et ressources humaines anti-cancer :	40
Conclusion chapitre II:.....	43
Conclusion de la première partie.....	44

Partie02 : Opérationnelle

Introduction de la deuxième partie.....	45
Chapitre I:	
Introduction Chapitre I:.....	46
III Chapitre I : Approche contextuelle.....	46
III.1 Les orientation et directives du PDAU :.....	47
III.2 Évolution de la ville de Guelma :.....	48
III.3 Situation de la ville de Guelma :.....	54
III.4 Le secteur de la santé à Guelma :.....	55
III.5 Les statistiques de la maladie du cancer à Guelma :.....	57
Conclusion chapitre I:.....	59
Chapitre II:	
IV Chapitre II: Le cas d'étude POS SUD:.....	60
IV.1 Présentation de l'air d'étude:	60
IV.2 Les limites du pos sud :	60
IV.3 Accessibilité :.....	61
IV.4 Analyse AFOM de l'extension sud de Guelma :	61
IV.5 Diagnostic :.....	62
IV.6 Les enjeux :.....	67
IV.7 Scénario :.....	69
IV.8 Analyse des exemples :	71
IV.8.1 Centre anti Cancer Draa Ben Khedda -Tisi ouzou- :	71
IV.8.2 Institut Universitaire de Cancer de Toulouse :	78
IV.8.2.1 Présentation du projet :.....	78
IV.8.2.2 Le plan de masse :.....	79
IV.8.2.3 Les accès :.....	79
IV.8.2.4 Principe d'organisation :.....	80
IV.8.2.5 Les façades :.....	80
IV.8.2.6 La volumétrie :.....	82
IV.8.2.7 L'organisation spatiale :.....	83
IV.8.3 Synthèse :.....	88
IV.9 Analyse du programme :	89
IV.10 Programme retenu :.....	94

Organigramme globale:.....	102
Conclusion de la deuxième partie.....	103
Conclusion générale	104
Bibliographie.....	106
ANNEXE I:	VII
Analyse du terrain	VII
Organigramme fonctionnel.....	XII
Relation verticale.....	XII
Schéma de principe.....	XIII
Plan de masse.....	XIII
ANNEXE II:	XIV
Exemple architectural	XIV
Résumé.....	XXXI

Table des illustrations :

Figure 1: les types de la santé.....	7
Figure 2: Les déterminants de la santé	8
Figure 3: La pyramide des composantes de la santé	9
Figure 4: L'évolution historique d'un urbanisme favorable à la santé	10
Figure 5: Comité politique (directeur).....	15
Figure 6: Comité technique	16
Figure 7: Démarche Villes-Santé	16
Figure 8: Les objectifs de la ville-santé.....	17
Figure 9: schéma de synthèse des projets urbain du nord-Isère	32
Figure 10: Regroupement des trois établissements de santé	33
Figure 11: Schéma d'aménagement et des préconisations sur le site	33
Figure 12: les régions sanitaires en Algérie.....	34
Figure 13: Centres Anti Cancer fonctionnel-2014, Personnel de Radiothérapie dans le secteur public.....	41
Figure 14: Cliniques Radiothérapie et Oncologie dans le secteur privé.....	41
Figure 15: Prévision de CAC à réceptionner dans le secteur public 2015-2018. Source : Pr M. Zitouni	42
Figure 16: évolution urbaine de la ville de Guelma en 1858	48
Figure 17: Les traces (remparts) romaines.	49
Figure 18: Évolution urbaine de la ville de Guelma en 1963.....	50
Figure 19: Évolution urbaine de la ville de Guelma en 1977.....	51
Figure 20: Évolution urbaine de la ville de Guelma en 1987.....	52
Figure 21: Évolution urbaine de la ville de Guelma en 1997.....	53
Figure 22: situation de la ville de GUELMA	54
Figure 23: la situation de la commune de Guelma.....	54
Figure 24: Carte sanitaire de la wilaya de Guelma	55
Figure 25: Hôpital Ibn Zohr	55
Figure 26: Hôpital Ali El Okbi	56
Figure 27: ratios préconisés pour les programmes à venir	57
Figure 28: les limites du Pos SUD	60
Figure 29: Cas actuel du pos sud	61
Figure 30: Grille des équipements de l'extension sud de Guelma	62
Figure 31: Récapitulatif des équipements par secteur	63
Figure 32: Programme des équipements sanitaires	63
Figure 33: Équipements sanitaires du pos sud	64
Figure 34: Les équipements par secteur	64
Figure 35: La trame viaire	65

Figure 36: Image du boulevard pos sud.....	66
Figure 37: Images habitat pos sud.....	66
Figure 38: Images Pos sud	67
Figure 39: zoning (pôle de santé et de bien-être)	69
Figure 40: Scénario	69
Figure 41 : Centre Anti Cancer Draa ben khedda	71
Figure 42 : Plan de situation	71
Figure 43: Voiries.....	72
Figure 44: Plan de masse	73
Figure 45: Plan du sous-sol.....	74
Figure 46: Plan du RDC	74
Figure 47: Plan 1er étage.....	75
Figure 48: IUCT de Toulouse.....	78
Figure 49: Le plan de masse	79
Figure 50 : Plan des accès.....	79
Figure 51: Les façades.....	81
Figure 52: Les porte-à-faux du centre de recherche de Toulouse.....	82
Figure 53: Les passerelles du centre de recherche de Toulouse	82
Figure 54: Plan RDC - IUCT-.....	83
Figure 55: Plan 1er étage.....	84
Figure 56 : Plan 2ème étage	85
Figure 57: Plan 3ème étage	86
Figure 58: situation du terrain.....	VII
Figure 59: Plan des accès.....	VIII
Figure 60: l'environnement immédiat.....	VIII
Figure 61: La forme du terrain.....	IX
Figure 62:l'ensoleillement de terrain	X
Figure 63: les vents dominants du terrain.....	XI
Figure 64: CAC de Constantine	XIV
Figure 65: Plan de situation CAC Constantine	XIV
Figure 66: Plan des accès CAC Constantine.....	XV
Figure 67: Les Façades CAC Constantine	XVI
Figure 68: Plan sous-sol	XVII
Figure 69: Plan RDC	XVIII
Figure 70: Plan 1er étage.....	XX
Figure 71: Plan 2ème étage	XXII
Figure 72: Plan 3ème étage	XXIV
Figure 73: Plan 4ème étage	XXVI
Figure 74: Plan 5ème étage	XXVIII

CHAPITRE INTRODUCTIF

Introduction générale :

La santé se trouve actuellement au cœur des débats sur la ville et l'environnement, elle est intimement liée au pilier social et environnemental du développement durable, devenu un des thèmes de la politique urbaine.

La ville ou l'architecture sur une autre échelle, pensée dans sa globalité, est en mesure de participer au bien être de l'homme, et donc de sa santé. En dehors de toute considération médicale, les architectes et les urbanistes pourraient, dans une certaine mesure, être perçus comme des acteurs de la santé.

La santé est non seulement un droit universel, mais aussi une ressource majeure pour déterminer le développement social, économique et scientifique de chaque pays, où le monde de nos jours passe par d'innombrables changements et affectations dus au jaillissement de la technologie et son influence sur la vie de l'homme. « *Un quart des décès annuel dus à des maladies cardiovasculaires, un quart aussi des morts liés à des maladies pulmonaires chroniques ou encore 16 % des cancers du poumon : tel est le lourd tribut payé par l'humanité à la pollution¹.* » Cependant, dans la société moderne, notre vie devenue complexe, subit les effets du stress, de la sédentarité et du manque d'activité liée au développement des modes de transport et avec les aliments déséquilibrés, ainsi la maladie s'installe peu à peu et l'apparence de différentes pathologies actuelles (cancers, diabète, hypertension...). Les activités humaines ont, de façon générale, des répercussions sur l'environnement, et en retour des effets sur le bien-être et donc sur la santé des générations actuelles et pourrait peser encore plus lourd sur les générations futures.

¹ Derniers chiffres publiés par l'Organisation mondiale de la santé(OMS), mercredi 2 mai2018.

Problématique :

L'état de santé de la population ne dépend pas seulement de la qualité du système de la santé qui lui est proposé, mais aussi de ses conditions de vie, de déterminants sociaux, environnementaux et économiques.

Il est aujourd'hui largement reconnu que les choix de planification et d'aménagement du territoire influence la santé, la qualité de vie et le bien-être des populations. De nombreuses études apportent des éléments communiquant de l'impact de ces choix sur certains déterminants de santé. Ainsi, les problématiques de santé telles que l'exposition aux agents délétères, substances nocives (maladies infectieuses, cancéreuses ...) constituent autant d'enjeux contemporains de santé publique étroitement conditionnés par la qualité de l'environnement urbain.

Depuis l'indépendance, il ne fait aucun doute que l'Algérie a des principes fondamentaux sur sa politique de santé, afin de concrétiser le droit des citoyens aux soins, comme prévu par la constitution, ceci est considéré comme un acquis révolutionnaire. La prise en charge de manière intégrée et hiérarchisée des problèmes de santé de la population est assurée au niveau des différentes structures de santé de proximité du secteur public. Lorsqu'on entend parler d'hôpitaux en Algérie, malheureusement le concept hôpitaux est synonyme d'attente, de mauvais accueil, de manque de convivialité, d'hygiène déplorable, services désorganisés, manque de prise en charge et bien d'autres critiques.

Dans la ville de Guelma on remarque que malgré l'existence d'un grand nombre d'infrastructures de la santé, le secteur rencontre d'énormes difficultés pour assurer une prise en charge convenable d'une demande en constante évolution, du fait de la vétusté de la majorité de ces infrastructures, et le manque de spécialités de certaines pathologies, dont les malades ont souvent évacués vers les hôpitaux de Annaba et Constantine.

Divers pathologies croître de plus en plus chaque année comme les différents types des maladies cancéreuses. Actuellement en Algérie, on compte « 42 à 45 mille nouveaux cas cancéreux². » sont enregistrés chaque année et affectent tous les âges et les deux sexes, les tumeurs malignes qui causes 2 pour cent des décès sont classées 2^{ème} parmi les maladies les plus mortelles en Algérie. À Guelma, « 65 hommes pour 100000 habitants et 86 femmes pour 100000 habitant ont un cancer³. » Face à ce grand nombre il existe seulement un service d'oncologie du cancer à l'EPH Ibn Zohr disposant d'une douzaine de lits dont l'incapacité d'accueillir, sinon le déplacement vers d'autres wilayas. Des milliers de cancéreux attendent dans l'angoisse, plusieurs semaines dans les meilleurs des cas, plusieurs mois dans le pire, un rendez-vous pour recevoir leur radiothérapie, souvent leur seule chance de survie.

En effet ;

- Quel équipement sanitaire pourrait répondre au déficit de pathologies existantes ?
- Quelle serait la configuration adéquate du projet sanitaire capable de prendre en charge les malades du cancer de Guelma et sa région en assurant tous les éléments du bien-être et de santé ?

² Le plan national de cancer 2015-2019.

³ Premier atlas cancer 2014-2016.

Hypothèses :

Un équipement sanitaire spécialisé (Centre Anti Cancéreux) pouvait être une réponse à ce déficit on limitant ainsi le déplacement des malades vers les wilayas limitrophes.

Objectifs:

- Définir les indices qui offrent une qualité de vie saine des villes.
- Définir les déterminants rendant la ville durable et introduire le confort et le bien être des riverains.
- Avoir un équipement sanitaire à Guelma d'une capacité suffisante et adéquate.
- Une prise en charge complète des patients atteints d'un cancer.
- Réduire le temps d'attente pour les patients et proposer de meilleures pratiques thérapeutiques.
- Développer la prospective en cancérologie.
- favoriser l'attractivité du site.

Méthodologie de travail :

Notre travail est structuré en deux parties et quatre chapitres :

L'étude consistera donc à définir dans une première partie le cadre conceptuel qui recouvre toute la partie théorique. Il sera question de développer le sens des concepts relatifs au thème de recherche ainsi qu'aux différentes dimensions et autres critères y afférents. Deux chapitres seront consacrés aux concepts : la ville et la santé, santé et projet urbain durable.

Dans la seconde partie, il sera question de l'analyse du cas d'étude à savoir la ville de Guelma comme périmètre élargi, et le POS SUD comme périmètre restreint.

L'analyse des périmètres pertinents sera traité dans le quatrième chapitre par la méthode AFOM, elle nous fait aboutir à définir des enjeux.

Précisément, ces enjeux qui seront identifiés précédemment, correspondent à des points sur lesquels les divers acteurs vont accepter de miser. Ça sera le soubassement ou la plateforme sur laquelle va se baser tout le processus de concertation des acteurs de la ville.

Enfin, Pour pouvoir comprendre le fonctionnement d'un CAC, on a eu recours à une méthodologie qui s'appuie sur l'analyse des exemples architecturaux.

Partie 01 : Approche théorico-conceptuelle

Introduction de la partie 01 :

Tout au long de la partie théorico-conceptuelle, nous présenterons les différentes définitions pour bien éclairer tous les concepts et toutes les notions y afférents.

Cette partie est structurée en deux chapitres :

- Le premier chapitre, on définit les concepts en matière de « ville santé » et comment ils s'intègrent dans la démarche de notre option « projet urbain ».
- Dans le second chapitre, on traite les concepts qui constituent les fondements du projet urbain de santé, à savoir la santé durable. Ainsi, il devient nécessaire de clarifier au préalable la situation de la santé en Algérie.

CHAPITRE I : Ville et Santé

Introduction Chapitre I :

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.

I Chapitre I : Ville et Santé

I.1 La dimension sociale et environnementale de la santé :

I.1.1 Définitions de la santé :

Il existe plusieurs définitions de la santé celle de Larousse le définit comme un résultat d'une harmonie et interaction biologique et psychologique :

« La santé est l'équilibre et l'harmonie de toutes les possibilités de la personne humaine, biologiques, psychologiques et sociale, cet équilibre exige d'une part la satisfaction des besoins fondamentaux de l'homme qui sont qualitativement les mêmes pour tous les êtres humains (besoins affectifs, nutritionnels, sanitaires, éducatifs et sociaux), d'autre part une adaptation sans cesse remise en question de l'homme à un environnement en perpétuelle mutation. Là, donc, la santé c'est l'état de fonctionnement normal de l'organisme en l'absence des maladies, c'est ce qu'on pourrait qualifier de bien-être physique, moral et social de l'être humain⁴. »

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité⁵. »

- La santé physique : elle dépend de plusieurs facteurs d'hygiène et de vie et de la santé dès la naissance.

- La santé publique : c'est l'ensemble des moyens et des protections visant à améliorer et à maintenir la santé au sein d'une collectivité humaine, par des actions issues de programmes politiques visant l'intérêt public.

I.1.2 Les types de la santé :

a- La santé publique :

Un ensemble de protection et de moyens visant à améliorer et à maintenir la santé au sein d'une collectivité humaine ; par les actions conduites sous l'égide de programmes politiques prenant en charge l'intérêt du groupe.

b- La santé physique : La santé physique dépend de plusieurs facteurs dont surtout : l'hygiène et la surveillance médicale dès les premiers de la naissance.

c- La santé mentale : Afin de préserver sa santé mentale, il faut reconnaître ses limites, comme ses aptitudes positives et organiser sa vie de manière efficace.

⁴ Dictionnaire Larousse.

⁵ Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la santé tel qu'adopté par la conférence internationale sur la santé.

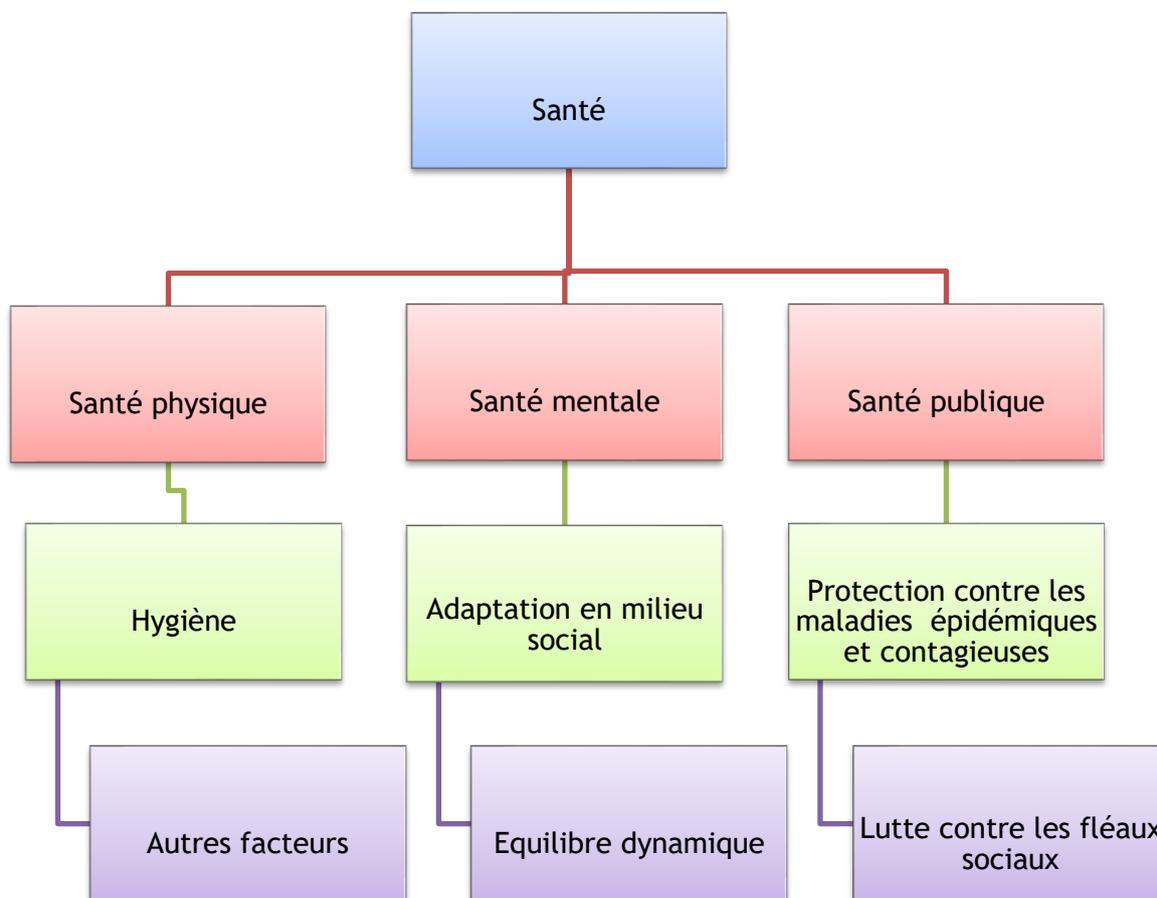


Figure 1: les types de la santé

Source : Auteur

I.1.3 Les déterminants de la santé :

Les chercheurs Dahlgren et Withehead (DAHLGREN, WITHEHEAD, 1991)⁶ proposent en 1991 de synthétiser les champs permettant d'évaluer le niveau de santé de la population sous la forme d'un arc en ciel en quatre niveaux sont :

- Le premier niveau « facteurs liés au style de vie personnel »
- Le second niveau « réseaux sociaux et communautaires »
 - Le troisième niveau « facteurs liés aux conditions de vie et de travail »

⁶ Whitehead, M. & Dahlgren, G. What can be done about the qualities in health ? In : <http://www.euro.who.int/document/e82779.pdf>

- Le quatrième niveau « conditions socio-économiques, culturelles et environnementales ».

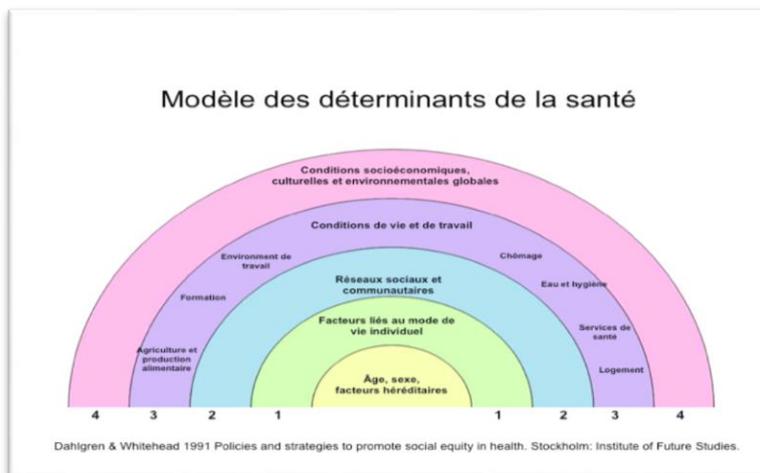


Figure 2: Les déterminants de la santé

Source : Whitehead and Dahlgren

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: La pyramide des composantes de la santé

Source : Laughlin et Black⁷

I.1.4 Historique :

Un type d'urbanisme favorable à la santé implique des aménagements qui tendent à promouvoir la santé et le bien-être des populations tout en respectant les trois piliers du développement durable. Il porte également les valeurs d'égalité, de coopération intersectorielle et de participation, valeurs clés de la politique de l'OMS « la santé pour tous ».

Le schéma suivant représente l'évolution historique d'urbanisme vers l'urbanisme favorable à la santé :

⁷ Laughlin et Black. In : <http://www.euro.who.int/document/e82779.pdf>

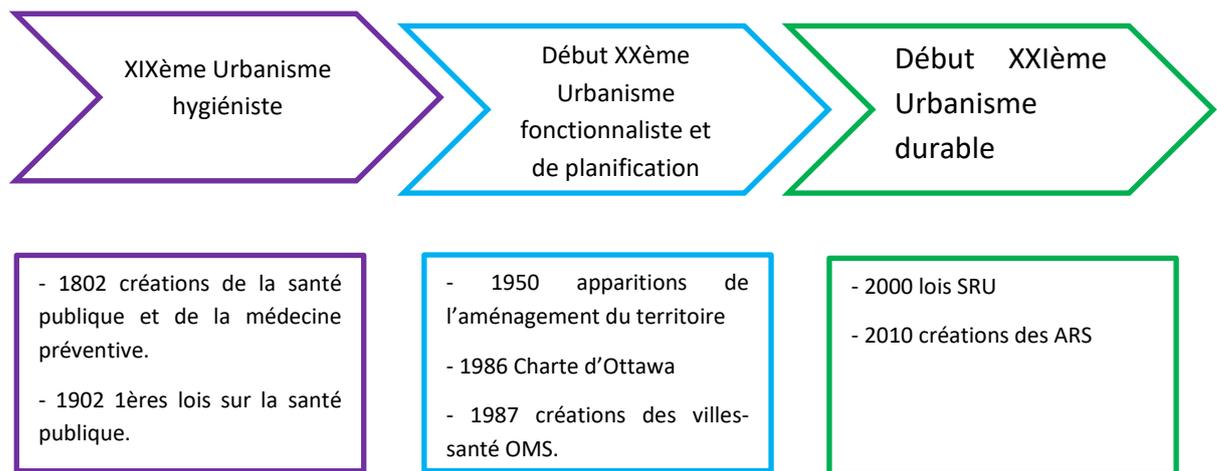


Figure 4: L'évolution historique d'un urbanisme favorable à la santé

Source : Auteur

1.1.4.1 XIXème Urbanisme hygiéniste :

- En 1802 création de la santé publique et de la médecine préventive :

L'histoire de la santé publique plonge ses racines dans la plus haute antiquité, car de tout temps l'homme a tenté de se prémunir collectivement contre les maladies et le décès prématuré, et ceci, notamment en luttant contre les diverses épidémies et les agressions de l'environnement. L'approvisionnement en eau potable et l'évacuation des déchets appartiennent à cet ancien passé où histoire de la santé publique, histoire de la médecine et histoire de l'hygiène se confondent. En Europe, la santé publique relève d'abord des œuvres charitables d'individus ou établissements et congrégations religieuses.

Au cours du XIVème siècle, pendant les grandes épidémies comme celle de la peste noire en Europe, les médecins pensent que la suppression des cadavres peut empêcher la propagation des miasmes (théorie des miasmes). De même, le développement de la quarantaine à l'époque médiévale et plus particulièrement à partir de 1377 à Raguse permet d'atténuer les effets d'autres maladies infectieuses. En 1485, la République de Venise établit une Cour permanente de superviseurs de la santé, dédiée particulièrement à la prévention d'épidémies en provenance de l'étranger. Initialement les trois surveillants sont nommés par le Sénat vénitien. En 1537, il est assumé par le Grand Conseil ; en 1556, il compte deux magistrats de plus, consacrés au contrôle, au nom de la république, des efforts déployés par les superviseurs.

Au XVIIème siècle, les états commencent à encadrer l'hygiène et, à la suite de l'épidémie de choléra qui a touché Londres en 1848, le Royaume-Uni crée le premier *Ministère de la santé publique*.

- En 1902 1ère loi sur la santé publique :

« La loi signe la compétition entre des élites administratives et des experts de la santé publique et de l'épidémiologie sur ce que signifie une politique de santé publique ; elle vise également à responsabiliser les individus ; les enjoignant d'adopter des comportements bénéfiques à leur santé ; elle est ; enfin l'instrument par lequel un nouveau ministre de la santé entend se distinguer d'initiatives ministérielle précédentes. Finalement ; les processus sociopolitiques de conception de cette loi ; par un réseau élitare resserré ; dessinent une morphologie typique des processus d'inscription sur l'agenda des questions de santé publique en France. Nous discutons en conclusion la question des modes de légitimation de l'action publique contemporaine⁸. »

1.1.4.2 Début XXème Urbanisme fonctionnaliste et de planification :

- 1950 Apparition de l'aménagement du territoire :

L'aménagement du territoire « se propose de substituer un nouvel ordre à l'ancien, de créer une meilleure disposition, une meilleure répartition dans l'espace de ce qui constitue les éléments de fonctionnement d'une société ; meilleure par rapport aux buts, c'est-à-dire non seulement à des fins économiques, mais d'avantage encore pour le bien-être et l'épanouissement de la population ; termes vagues mais qui définissent néanmoins clairement la finalité sociale, humaine, de l'aménagement du territoire⁹. »

L'aménagement du territoire est une action géographique au sens fort du terme, c'est-à-dire qu'il contribue à modifier la géographie d'un certain territoire en agissant sur une ou plusieurs de composantes-réseaux de communication, développement urbain ou localisations industrielles. Mais toute action géographique est une action d'aménagement. L'aménagement du territoire est apparu comme un domaine d'action autonome, Identifié dans les politiques globale des états développés au cours des années 1930 et il s'est généralisé dans les années 1950. C'est par leurs politiques d'aménagement du territoire que les acteurs publics agissent pour corriger les déséquilibres et orienter les développements spatiaux à partir d'une appréhension d'ensemble et d'un projet global et prospectif.

- 1986 La charte d'Ottawa :

La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé a été établie à l'issue de la première Conférence internationale sur la promotion de la santé, Ottawa (Canada), du 17 au 21 novembre 1986. Une bonne santé est une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel, tout en constituant un aspect important de la qualité de la vie. Les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé. La démarche de promotion de la santé tente de rendre ces conditions favorables par le biais de la promotion des idées.

⁸ Henri Bergeron sociologue Chaire santé constance Nathanson sociologue.

⁹ Organisation Mondiale de la Santé.

- 1987 La création des villes santé :

Promouvoir la santé, c'est une dynamique, et cette dynamique, les villes la possèdent, même si elles ne l'exploitent pas toujours au mieux. Les responsables urbains, dans leur très grande majorité, œuvrent pour le bien-être, la qualité, la santé de leur ville. Les moyens dont ils disposent leur donnent des atouts particulièrement favorables pour agir dans ce sens et développer la santé urbaine ; ils sont proches des habitants et connaissent bien les conditions de leur vie quotidienne. Le programme Villes-Santé propose donc aux villes considérées comme des organismes vivants, de décider d'agir pour améliorer leur santé et celle de leurs habitants, en envisageant l'environnement comme une ressource fondamentale à protéger et à enrichir de manière solidaire, dans une perspective aussi bien locale que mondiale. ' Penser globalement, agir localement ' slogan bien connu, retenu dès l'origine par le projet Villes-Santé et repris pour la journée mondiale de l'OMS consacrée au thème 'Santé-Environnement'. Le développement du mouvement Villes-santé, à travers les réseaux, permet d'évoluer en commun dans ce sens.

1.1.4.3 Début XXIème Urbanisme durable :

- En 2000 la loi relative à la solidarité et au renouvellement urbain :

La loi solidarité et renouvellement urbain (SRU) impose aux communes de disposer d'au moins 20% de logements sociaux. Dans le cadre de cette loi, le logement social est considéré à la fois comme un service d'intérêt général et un instrument efficace de la mixité sociale. Pourtant, nombre de communes, redoutant une dégradation de leur image avec l'arrivée de populations à faible revenus, préfèrent payer une amende plutôt que de construire des logements sociaux. L'imparfaite application de la loi SRU ne permet pas de résoudre les problèmes des logements et, malgré l'adoption du Plan de cohésion sociale en 2004 avec un programme d'urgence en matière de construction de logements locatifs sociaux, les élus et intervenants sociaux constatent que le nombre de personnes connaissant des difficultés de logement s'accroît. Pour y répondre, la loi du 5 mars 2007 institue le droit au logement opposable et désigne l'État comme le garant du droit au logement. Néanmoins, face au fort de déficit de logements en France, la mise en application de ce nouveau droit rencontre de nombreuses difficultés.

- En 2010 création des ARS :

Une agence régionale de santé (ARS) est un établissement public administratif de l'Etat français chargé de la mise en œuvre de la politique de santé dans sa région. Créées le 1^{er} avril 2010, les agences régionales de santé sont régies par le titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique. Concrètement, un des rôles des ARS est de

moderniser et rationaliser l'offre de soins et de veiller à la bonne gestion des dépenses hospitalières et médicales.

I.1.5 Environnement et santé :

L'organisation mondiale de la santé est considérée l'environnement comme l'un des piliers fondamentaux de la santé :

«L'environnement est l'un des quatre déterminants de santé avec la génétique ; les comportements individuels et les systèmes de soins. Les enjeux de santé environnementale et de qualité de vie sont liés aux facteurs chimiques ; physiques ; biologiques ; architecturaux et sociaux des milieux de vie qui peuvent affecter de manière adverse le bien être des générations présentes et futures¹⁰. » La santé humaine dépend essentiellement de la capacité de la société à gérer l'interaction entre les activités humaines et leur environnement biologique de manière à sauvegarder et favoriser la santé sans compromettre l'intégrité des systèmes naturels sur lesquels repose l'environnement physique et biologique. Cela nécessite le maintien d'un climat stable et la disponibilité durable des ressources environnementales (sol, eau potable, air pur) et aussi le bon fonctionnement des systèmes naturels qui reçoivent les déchets produits par les sociétés humaines.¹¹

I.1.6 Un urbanisme pour la santé :

C'est un urbanisme pour les habitants. Il met en valeur l'idée que la ville c'est autre chose que des constructions, des rues et des espaces publics, c'est un organisme qui vit, qui respire ; son état de santé est étroitement lié à celui de ses habitants.

Il est reconnu depuis longtemps que l'état actuel des villes, souvent déterminé par l'urbanisme peut être nuisible à la santé. L'ouvrage Urbanisme et santé est centré sur les effets de l'urbanisme qui peuvent être positifs pour la santé, le bien-être et la qualité de vie. Il s'inspire de la définition de la santé, prise dans son sens large qui est celle de l'OMS. Les concepts et principes en sont expliqués et des expériences de villes et localités de la Région Europe de l'OMS dont beaucoup participent au mouvement.

I.1.7 Urbanisme et santé :-quel rôle pour les collectivités locales ?

L'aménagement du territoire entre en interaction forte avec la santé des populations. L'état de santé d'une population ne dépend pas seulement de la qualité du système de soins qui lui est proposé, mais d'abord et avant tout de ses conditions de vie. L'article premier de la loi 2016-41 de modernisation de notre système de santé définit la promotion de la santé comme étant « la coordination de l'ensemble des politiques publiques pour favoriser la création d'environnements physiques, sociaux et économiques favorables à la santé ».

¹⁰ Bâtir pour la santé des enfants/ Suzanne Déoux/MedicoEdition P05.

¹¹ Organisation mondiale de la santé, 1992, p6

I.2 Ville-Santé :

I.2.1 Concepts et définitions :

«Le programme Villes-Santé est l'un des principaux moyens utilisés par l'O.M.S 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 local¹². »

Quelques définitions de l'O.M.S. du concept « ville santé »¹³;

- 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.

I.2.2 Historique :¹⁴

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 gouvernement site 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'O.M.S 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'O.M.S 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

¹² Adapté de Tsouros. In : <http://www.euro.who.int/document/e82779.pdf>

¹³ http://pmb.santenpdc.org/doc_num.php?explnum_id=7020

¹⁴ Idem.

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.

I.2.3 Les acteurs des projets Ville-Santé :¹⁵

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'utilisateurs des transports.

I.2.4 Membres d'un groupe de pilotage travaillant sur un projet "Ville-Santé" :

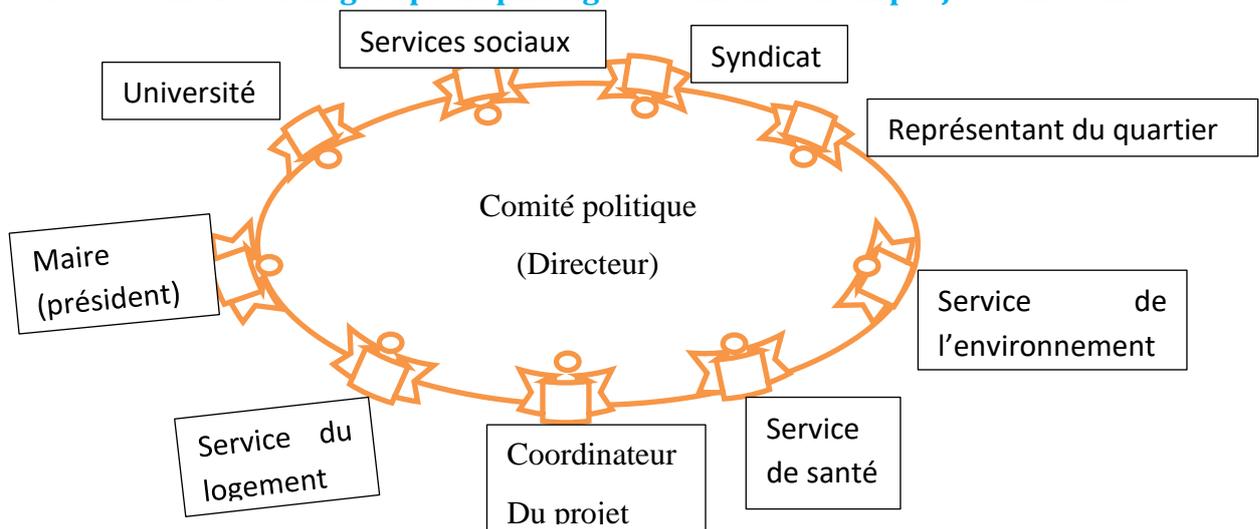


Figure 5: Comité politique (directeur)

Source : whitehead and Dahlgren

¹⁵ Thèse de master Daoudi Constantine.

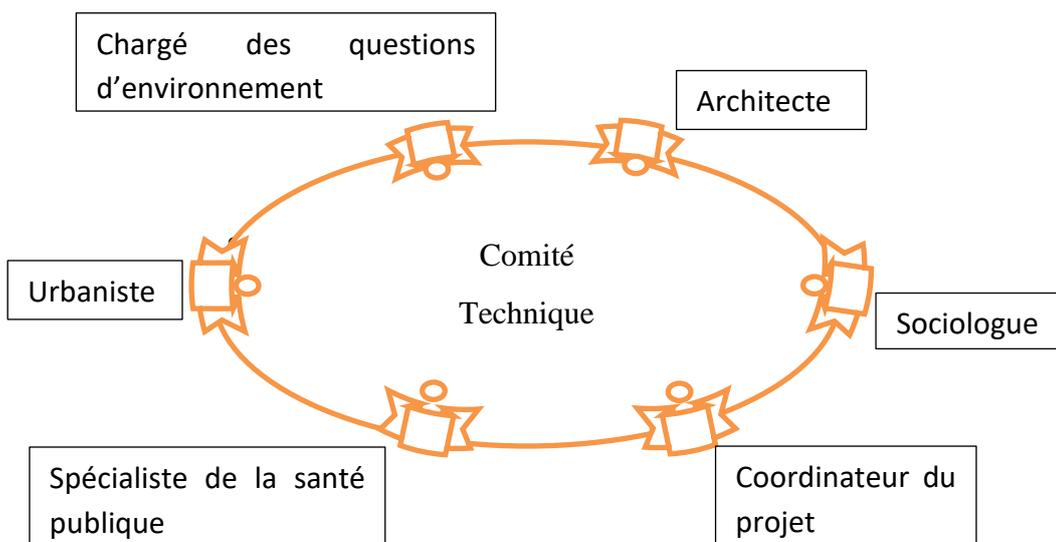


Figure 6: Comité technique

Source: whitehead and Dahlgren

I.2.5 Démarche Villes-Santé :

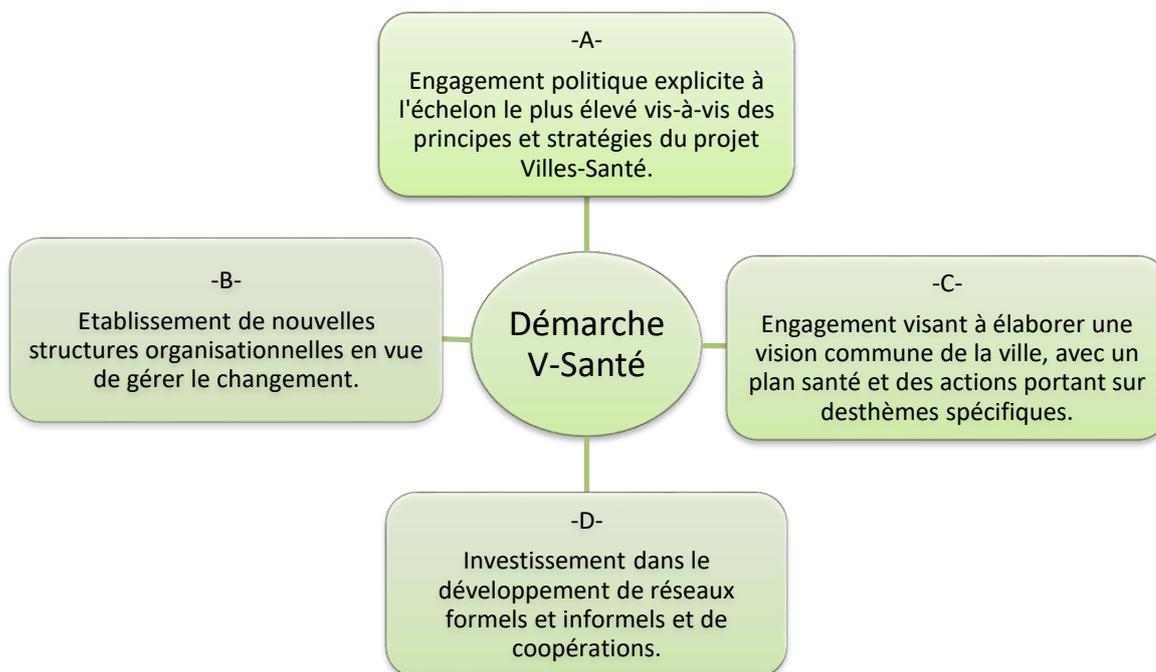


Figure 7: Démarche Villes-Santé

Source: Auteur

I.2.6 Les objectifs de la Ville-Santé :

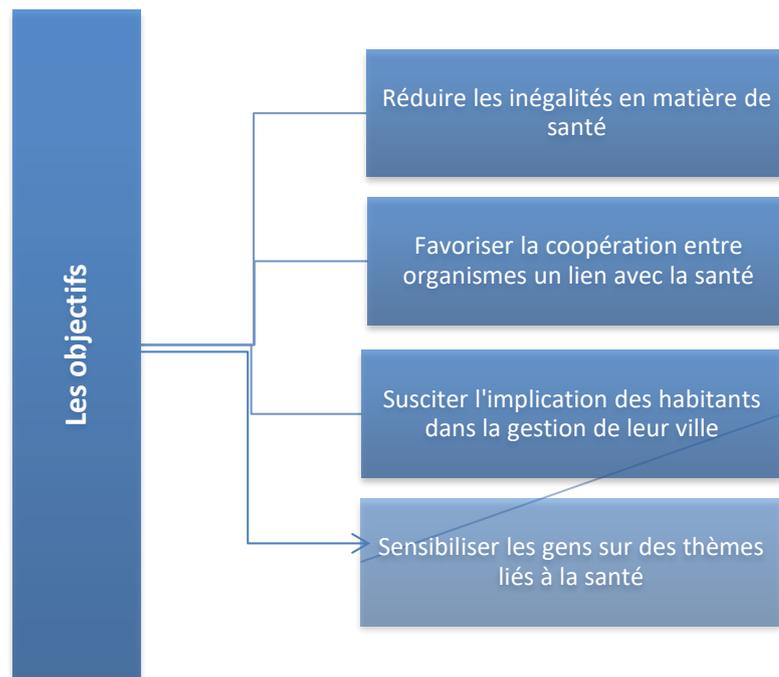


Figure 8: Les objectifs de la ville-santé

Source : Auteur

Conclusion Chapitre I :

D'après tout ce qui a été développé dans ce premier chapitre, nous pouvons conclure que le programme Villes-Santé est un thème et outil utile pour la prise en charge 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 pour aboutir à un projet urbain, qui prend en charge les besoins de la santé à l'échelle de Guelma et son environnement.

II Chapitre II : Santé et projet urbain durable

II.1 La santé durable :

est un état de santé qui se maintient dans le temps aux travers des générations en tenant compte d'une utilisation responsable des ressources financières, sociales et environnementales. Ce concept est basé sur les principes du développement durable et fait échos au concept d'alimentation durable.

II.1.1 Aperçu sur la notion du développement durable :

La définition du développement durable la plus couramment employée est celle qui figure dans le rapport de la Commission mondiale sur l'environnement et le développement durable(1987) : « répondre aux besoins du présent sans compromettre la possibilité pour les générations futures de satisfaire les leurs ».

II.1.2 L'objectif du développement durable :

Est donc de créer une vie meilleure pour tous les êtres humains par des moyens qui soient aussi viables dans l'avenir qu'aujourd'hui.

En d'autres termes, le développement durable est basé sur le principe d'une gestion rationnelle des ressources du monde et de l'équité dans leur utilisation et dans la répartition des bénéfices qui en découlent.

Depuis la conférence de Rio 1992, le concept de développement durable est entré dans les usages. Il propose des réponses à la question suivante, comment satisfaire nos besoins actuels sans compromettre la qualité de vie des générations futures ? Quatre principes sont proposés afin d'y répondre, la préservation de l'environnement, le développement économique, le développement socioculturel et enfin la bonne gouvernance. (Jean Pierre Palet, 2005).

II.1.3 Liens entre santé et développement durable :

La santé et le développement durable sont intimement liés l'un à l'autre, l'absence de développement peut affecter lourdement la santé de nombreuses personnes.

Toutefois, le développement peut être préjudiciable à l'environnement social et physique qui, à son tour, peut venir affecter de manière négative la santé.

Le programme SANTE 21 qui tire son origine du secteur de la santé, s'inscrit donc dans la perspective de la santé de l'homme. Il considère le développement durable comme un mécanisme permettant d'améliorer la santé, le bien-être et la qualité de vie des êtres humains. Les préoccupations liées à l'environnement, à l'économie et aux problèmes

sociaux sont nés de ce programme 'humaniste'. L'agenda 21 tire son origine d'une préoccupation concernant la relation mutuelle existant entre développement et environnement, chacun pouvant affecter l'autre de manière positive ou négative.

Ce qui touche à la santé de l'homme est une préoccupation majeure. La santé est, par conséquent, l'une des nombreuses idées forces qui se cachent derrière l'Agenda 21. Peut-être la différence la plus importante entre le concept de santé et celui de développement durable est-elle une question de représentation ? Beaucoup de personnes perçoivent à tort le développement durable comme traitant uniquement des problèmes d'environnement et de leurs implications mondiales globales.

Par conséquent, ils éprouvent des difficultés à identifier les termes utilisés et à établir un rapport entre le concept et ses implications pratiques. La santé, à l'opposé, est une chose que chacun perçoit de manière intuitive et à laquelle il peut s'identifier : c'est là un concept intrinsèquement lié à l'humain.

II.2 Projet urbain :

II.2.1 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*¹⁶ 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 critique de l'architecture et de l'urbanisme. Cette nouvelle manière de faire la ville annonce en fait, les prémices d'un urbanisme de projet.

À 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 ancienne¹⁷. 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 citoyens¹⁸.

Elle devient ainsi, dès le début des années 1970 une référence en matière de renouvellement de la culture urbaine pour les autres responsables politiques des villes

¹⁶ MANGIN David & PANERAI Philippe, 1999, *Projet Urbain*, coll. eupalinos, Ed Parenthèses, Marseille, 185 pages.

¹⁷ 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, PP. 15-34.

¹⁸ INGALLINA Patrizia, 2003, *le projet urbain*, puf (collection : Que sais-je ?), 2ème édition, Paris 2003, 127 pages.

européennes. Cette expérience selon *Ingallina Patrizia*¹⁹ « ... 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*²⁰ 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 particulièrement *Christian Devilliers*²¹ 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 1978²².

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*²³, cette nouvelle démarche appelée par les anglo-saxon "Urban design" est adoptée de plus en plus en planification stratégiques pour inciter les auto rites 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 appel en d'autre termes le « management de projet ». Un

¹⁹ *Idem.*

²⁰ TOMAS François, 1998, op.cit. P.51.

²¹ Christian Devilliers, In. INGALLINA Patrizia, 2003, op.cit. P.51.

²² TOMAS François, 1998, op.cit. P 51.

²³ INGALLINA Patrizia, 2003, op.cit. P.51.

concept nouveau et une démarche stratégique utilisée surtout par les entreprises pour devenir plus compétitives sur le marché international.

II.2.2 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*²⁴, 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.²⁵

Entre 1979 et 1982, *Paul Chemetov*²⁶ 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 par sa nature, qui le distingue de la planification traditionnelle de l'urbanisme fonctionnaliste, exige un savoir spécifique sur

²⁴ DEVILLERS Christian, 1996 : le projet urbain, le 4 mai 1994, in Conférences Paris d'Architectes 1994 au Pavillon de l'Arsenal, 2ème Éditions du Pavillon de l'Arsenal, Paris, PP. 7-47.

²⁵ L'analyse ce 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.

²⁶ Paul Chemetov, In. INGALLINA Patrizia, 2003, Op.cit. P.51.

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

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.)* »²⁷.

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 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* ».²⁸

II.2.2.1 La notion de l'« urbain » :

²⁷ LINOSSIER Rachel & JATON Verginie, 2004, les récitants 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.56.

²⁸ LINOSSIER Rachel & JATON Verginie, 2004, op. Cit. P. 56.

L'urbain 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.

L'urbain est un espace politique, économique, social et géographique, dont les limites ne peuvent être arrêtées 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...* »²⁹. 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.

II.2.2.2 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* »³⁰. 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.

²⁹INGALLINA Patrizia, 2003, op. Cit. P.51.

³⁰ Loc.cit.

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* »³¹. 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,)* »³².

II.2.2.3 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.

II.2.3 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.³³

³¹ Loc.cit.

³² Loc.cit.

³³ L'analyse ce qui suit est inspirée de l'ouvrage de Frédérique de Gravelaine, 2002, Projets urbains en France, édition LE MONITEUR.

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.

II.2.3.1 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 »³⁴. En effet la complexité croissante des problèmes urbains, impose une vision pluridisciplinaire.

II.2.3.2 La concertation et le rôle des acteurs :

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 »³⁵. 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

³⁴Frédérique de Gravelaine, 2002, Projets urbains en France, édition LE MONITEUR.

³⁵Frédérique de Gravelaine, Op. Cit. P.61.

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) »³⁶.

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.

II.2.3.3 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 effets escomptés sur l'ensemble de l'agglomération* »³⁷. 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.

II.2.3.4 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 bailleurs de fonds (investisseurs, organismes financiers, etc.) à la pertinence du projet*

³⁶ Loc.cit.

³⁷ Loc.cit.

« passe par une démarche qui devrait comprendre des logiques et mesures d'incitations comme les exonérations fiscales et les dérogations spéciales »³⁸.

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 niveaux³⁹ 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 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.

II.2.3.5 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.) »⁴⁰.*

Ces éléments sont toujours inscrits dans des sites et sont destinés à accueillir diverses types d'usages ou de fonctions (résidence, activités, échanges, services, loisirs,

³⁸ Loc.cit.

³⁹ Loc.cit.

⁴⁰ Loc.cit.

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.

II.2.4 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.

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.

II.2.5 Les principes de la Santé pour tous et leurs liens avec le projet urbain pour la santé ⁴¹

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 thématiquer 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.

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'environnement favorable : 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

⁴¹D'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.

l'élaboration d'une stratégie commune pour la santé.

II.2.6 Exemple du projet urbain :

Le médipôle-grande maladière; un projet urbain pour Bourgoin-Jallieu:

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).

L'objectif:

- La modernisation du système de soins par l'amélioration de la prise en charge sanitaire de la population.
- Projet d'ensemble pour la commune qui englobe à la fois des équipements hospitaliers; des espaces naturels, espaces publics.

Localisation :

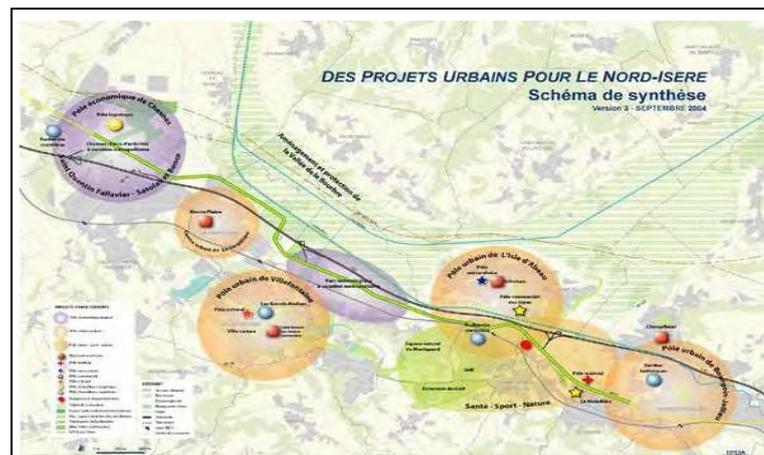


Figure 9: schéma de synthèse des projets urbains du nord-Isère

source : <http://www.cfdt-rhonealpes.com/isere/syndicatsisere/santesociauxisere/santemedipoleepida.pdf>

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.

*Le rapprochement et le regroupement sur un même site de trois établissements de santé: Centre Hospitalier de Bourgoin-Jallieu, Centre psychothérapeutique le Vion et Clinique Saint Vincent de Paul; nouvelle capacité d'environ 580 lits.

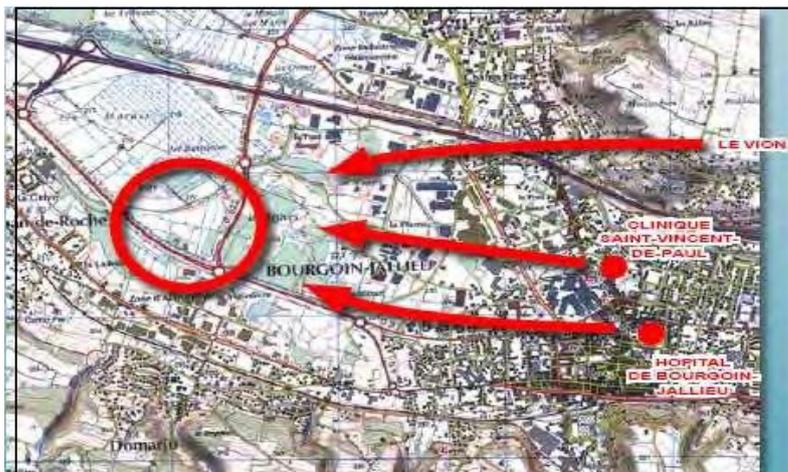


Figure 10: Regroupement des trois établissements de santé

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

Les enjeux:

- 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
- La préservation sur le site d'un couloir écologique est-ouest.



Figure 11: Schéma d'aménagement et des préconisations sur le site

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

II.3 Situation de la santé en Algérie :

II.3.1 LES REGIONS SANITAIRES :

Sièges des conseils régionaux	Wilaya couvert
Région sanitaire de centre :	Alger, Blida, Boumerdès, Tipaza, Tiziouzou, Béjaïa, Bouira, Médéa, Djelfa, Bordj bouarreridj, Ain defla.
Région sanitaire de l'ouest :	Oran, Rélizaine, chlef, mascar, Ain timouchent, Sidi bel abbès, tlemcen, Saida, Mostaghanem, Tissemsilt, Tiaret.
Région sanitaire de l'est :	Constantine, Guelma, Annaba, Skikda, El taref, Tébessa, khenchela, Mila, Souk ahras, Oume el bouaghi, Sétif, Jijel, Batna, M'sila
Région sanitaire de Sud-Ouest :	Bechar, Téndouf, Adrar, Naama, El bayaddh.
Région sanitaire du Sud :	Ouergla, Ghardaïa, Illizi, Tamenrast, El oued, Biskra, Laghouat.

Figure 12: les régions sanitaires en Algérie

Source : L'offre de soins dans les différentes régions d'Algérie en 2014, Pr. Larbi ABID, MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

II.3.2 Réforme hospitalière :⁴²

La réforme de santé est un processus qui vise à ajuster le Système National de Santé (SNS) : à l'évolution des déterminants économiques, sociaux, démographiques et épidémiologiques, aux contraintes de fonctionnement des structures et de prise en charge de la santé des citoyens, et à l'évolution de la technologie et des techniques médicales. Quatre périodes essentielles ont marqué l'évolution de notre système de santé.

➤ **La période 1962-1972 :** Elle est marquée par :

- Une pénurie en personnels de santé. Le premier état des lieux établi par le ministère de la santé en 1966 sur les personnels de santé, comptabilisait 1 378 médecins, dont 364 Algériens, 216 pharmaciens, dont 186 Algériens, 171 chirurgiens-dentistes, dont 86 algériens, et 4 834 agents paramédicaux. Cet effectif très réduit devait faire face aux besoins de soins de santé de base de la population et de prévention vis-à-vis des maladies

⁴² Pr M. ZITOUNI, Plan National Cancer 2015.2019. [Document électronique]. Alger, Edition & Publication – ANDS, Octobre 2014, Plan National Cancer.pdf.

transmissibles prévalent es, ainsi qu'aux carences nutritionnelles notamment des mères et des enfants.

➤ **La période 1973-1986** : Elle est marquée par des mesures très importantes :

- L'ordonnance présidentielle instituant la gratuité des soins.
- L'ordonnance instituant le code de la santé
- La mise en œuvre de la réforme de l'enseignement universitaire de médecine, pharmacie et chirurgie dentaire.
- La création par décret du "secteur sanitaire" et des "sous-secteurs sanitaires".
- La construction de plus de quarante hôpitaux qui a amélioré la couverture nationale en lits,

mais a pêché malheureusement par l'absence d'une étude sérieuse quant à l'implantation géographique de ces unités et, parfois par leur architecture inadaptée au milieu environnant.

- La publication de la loi sanitaire 85-05.

➤ **La période 1987-2003** : Elle est marquée par l'essor du secteur libéral, qui accapare de plus en plus les soins ambulatoires sans que ce secteur soit soumis à un encadrement juridique approprié ni à une programmation nationale des investissements, et il n'existe pas de coordination avec le secteur public.

La période, des années 90 a été marquée par la mise en place d'un "Conseil National de la Réforme Hospitalière" dont malheureusement les recommandations figurant dans un rapport n'ont pas été suivies d'effet.

➤ **La période 2004 - 2014** : Elle a été marquée par :

Une modification de l'organisation sanitaire par le décret exécutif 07-140 du 19 mai 2007 et son application depuis janvier 2008 transformant :

- Les Secteurs Sanitaires en Établissements Publics Hospitaliers (EPH) et Établissements Publics de Santé de Proximité (EPSP).

Un certain nombre d'Établissements Hospitaliers Spécialisés (EHS) appelés Centres Anti Cancéreux (CAC) prennent en charge les patients cancéreux.

- D'autres EHS spécialisés dans certains organes sont également susceptibles de prendre en charge les cancers tout comme les Centres Hospitalo-universitaires (CHU), Les Établissements hospitaliers (EH), les Établissements Publics Hospitaliers (EPH) et L'Établissement Hospitalier Universitaire d'Oran (EHU).

- Un consensus général concernant la nécessité de mettre rapidement en application certaines actions telles que :
 - La rentabilisation d'un certain nombre de structures qui ne disposant pas de tous les moyens nécessaires en vue de la prise en charge du cancer, par exemple comment doter un CHU d'un service de radiothérapie performant.
 - L'identification de toutes les ressources d'une aire géographique pour être exploitées à bon escient dans le cadre d'une approche régionale « comment mettre en œuvre un programme de lutte contre le cancer à un échelon régional et local avec la perspective d'initier la mise en place de pôles régionaux de développement du système de santé ».
 - L'identification des postes de travail dans une équipe et les nouveaux métiers susceptibles d'améliorer la prise en charge des patients cancéreux et veiller à la revalorisation de certains postes de travail et à l'amélioration des carrières.
 - L'engagement d'une profonde réflexion sur la réforme des programmes d'enseignement vu l'urgence dans le domaine du cancer.

À partir des années 2006, plusieurs groupes de travail ont élaboré des documents relatifs à la problématique du cancer et de nombreux investissements notamment en ce qui concerne les équipements ont été mis en œuvre. Toutefois, peu d'attention a été accordée aux problèmes de la maintenance des équipements et des axes stratégiques tels que la formation, la recherche, l'évaluation et la prévention n'ont pas été pris en considération.

Actuellement, le système public de santé doit répondre à une demande de plus en plus exigeante par une classe moyenne en expansion continue en même temps qu'il doit s'adapter à la nouvelle donne des MNT dont le cancer, qui exigent quant à elles des ressources plus importantes et une organisation sanitaire mieux adaptée.

II.3.3 Le système de santé en Algérie : ⁴³

- L'organisation du système de santé algérien repose sur un regroupement de structures. Ces dernières sont administratives, scientifiques et techniques. Ainsi, on note :
 - L'administration centrale du ministère de la Santé,
 - Les structures spécialisées autonomes,
 - 5 régions sanitaires dotées de 5 Conseils Régionaux de la Santé (CRS)
 - Observatoires Régionaux de la Santé (ORS),

⁴³ [http:// La santé en Algérie, Santé en Algérie.html](http://La_santé_en_Algérie_Santé_en_Algérie.html)

- 48 directions de la santé et de la population (DRS) – une par département – ;
- Centres hospitalo-universitaire (CHU)
- L'Établissement hospitalier universitaire (EHU)
- Établissements hospitaliers spécialisés (EHS)
- Comités médicaux nationaux,
- le conseil de déontologie médicale,
- le conseil national de l'Éthique en sciences de la santé,
- des sociétés savantes
- les syndicats et associations de professionnels de la santé.
 - Établissements dépendant du ministère de la Santé : Outre l'ensemble de structures sur lequel repose le système national de santé, il existe également d'autres institutions dépendantes du ministère de la Santé. Il s'agit de :
 - l'Agence Nationale de Documentation de la Santé (ANDS),
 - l'Agence Nationale du Sang (ANS),
 - le Centre National de Toxicologie (CNT),
 - l'école nationale de Santé publique (ENSP),
 - l'institut national pédagogique de formation paramédicale (INPFP),
 - l'institut national de Santé publique (INSP),
 - l'institut Pasteur d'Algérie (IPA),
 - la pharmacie centrale des hôpitaux (PCH),
 - les sociétés savantes, écoles paramédicales.

II.3.4 Les Infrastructures sanitaires « Statistiques 2015 » :⁴⁴

1. Le Secteur Public de la Santé dispose de :

- 15 Centres hospitalo-universitaire (CHU) renfermant une capacité de 13 050 lits ;
- 01 Établissement hospitalier universitaire (EHU d'Oran) avec une capacité en lit de 810
- 76 Établissements hospitaliers spécialisés (EHS) disposant de 11 637 lits ;

Répartis selon les spécialités suivantes :

- 30 en mères et enfants ;
- 19 en psychiatries ;

⁴⁴ Mokrane.AGRANIOU. Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière Direction des études et de la planification. SANTE EN CHIFFRES 2015. [Document électronique]. Alger. Edition Juillet 2016. Sante en chiffres 2015.pdf

- 07 en rééducations fonctionnelles ;
- 03 en ophtalmologies ;
- 04 en chirurgies cardiaques ;
- 11 en centres anti cancer (y compris le CAC de Annaba) ;
- 01 en chirurgie plastique ;
- 01 en neurochirurgie ;
- 01 en infectiologie ;
- 01 en ortho-traumatologie ;
- 01 en urgence médico-chirurgicale ;
- 01 en néphrologie ;
- 01 en pédiatrie ;
- 09 établissements hospitaliers à gestion spécifique (EH) dont 05 sont des hôpitaux Généraux et 04 spécialisés en ophtalmologie avec une capacité en lit de 960 ;
- 200 établissements publics hospitaliers (EPH) d'une capacité en lit d'hospitalisation de 36 684 ;
- 271 établissements publics de santé de proximité (EPSP) disposant des structures de proximité ci-après :
 - 1 659 polycliniques dont 402 polycliniques avec maternité intégrée disposant de 3028 lits de maternité ; et 3 889 lits d'urgence.
 - 13 maternités rurales et autonomes comptabilisant 147 lits de maternité ;
 - 5 762 salles de soins.

2. Secteur privé :

Les infrastructures privées de soins commencent à occuper une place importante dans le secteur de la santé. Ces infrastructures se répartissent comme suit :

- 23 cliniques médicales ;
- 237 cliniques médico-chirurgicales ;
- 32 cliniques de diagnostic ;
- 145 centre d'hémodialyse avec 1 741 reins disponibles ;
- 600 cabinets de groupe ;
- 8 352 cabinets de spécialistes ;
- 6 910 cabinets de généralistes ;
- 6 144 cabinets de chirurgie dentaire ;
- Et 9 962 officines pharmaceutiques.

II.3.5 Cadre législatif et réglementaire du système de santé :⁴⁵

Le secteur de la santé est régi par la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, et par un certain nombre de textes réglementaires organisant les institutions publiques sous-tutelle, les établissements publics et privés, ainsi que certaines activités de prévention et de soins. Il existe deux sortes de textes avec lesquels la lutte contre le cancer a une relation : d'une part, les conventions internationales et d'autre part, la réglementation nationale.

➤ **Les conventions internationales ratifiées** par notre pays sont la convention des droits de l'enfant ratifiée en 1992, les Objectifs du Millénaire pour le Développement, la convention Cadre de Lutte contre le Tabac, et la déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée Générale des Nations Unies, concernant la mise en place d'un cadre de coordination multisectoriel de prévention et de lutte contre les facteurs de risques communs des maladies non transmissibles

- **La réglementation nationale** entre 2002 et 2013. Il s'agit notamment de :
- **La loi de finances pour 2002** qui a créé le compte d'affectation spéciale n° 302-096 intitulé "fonds pour les urgences et les activités de soins médicaux" et ses textes d'application dont les recettes sont destinées, entre autres, à la prévention et à la prise en charge des soins relatifs aux maladies liées à la consommation de produits tabagiques.
 - **La loi de finances pour 2011** qui a créé le compte d'affectation spéciale n° 302-138 intitulé « fonds de lutte contre le cancer » et ses textes d'application dont les recettes sont destinées aux dépenses pour la prévention, le dépistage et certains traitements du cancer.
 - **L'arrêté ministériel du 06 février 2013** fixant les programmes de prévention et plans nationaux nécessitant une subvention à allouer à la Pharmacie Centrale des Hôpitaux pour l'achat des produits pharmaceutiques y afférents. Parmi ces programmes et plans figure le plan cancer.
 - Enfin, **Plan National Cancer 2015-2019** ce plan pourrait être le terrain de la relance de la contractualisation et des relations avec la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNAS-CASNOS). Celle-ci est par ailleurs partie prenante dans la lutte contre le

⁴⁵Pr M. ZITOUNI, Plan National Cancer 2015.2019. [Document électronique]. Alger, Edition & Publication – ANDS, Octobre 2014, Plan National Cancer.pdf.

cancer à travers certaines de ses missions et actions (remboursement de médicaments, transfert pour soins à l'étranger, actions de dépistage du cancer du sein...).

II.3.6 Infrastructures et ressources humaines anti-cancer :⁴⁶

Un nombre important des établissements participent à la prise en charge des patients Cancéreux pour le diagnostic et le traitement (excepté la radiothérapie) avec un personnel qualifié. Les traitements sont réalisés dans de bonnes conditions et sans problèmes particuliers, sauf pour les délais des rendez-vous de la Radiothérapie.

- La radiothérapie est pratiquée dans des structures publiques spécialisées -CAC- au Nombre de 11 qui ont le statut d'EHS. D'autres EHS spécialisés dans certains organes sont également susceptibles de prendre en charge les cancers.
- Des conventions entre les hôpitaux du nord du pays et les établissements moins privilégiés ont été signées en vue de prendre en charge les patients notamment en chirurgie spécialisée et en cancérologie. Cette pratique qui est d'un grand intérêt pour rééquilibrer l'offre de soins régionale dans un sens plus égalitaire doit être évaluée pour y introduire les compléments et les correctifs.

⁴⁶ Pr M. ZITOUNI, Plan National Cancer 2015.2019. [Document électronique]. Alger, Edition & Publication – ANDS, Octobre 2014, Plan National Cancer.pdf.

<i>Etablissements</i>	<i>Equipements</i>	<i>Nombre de lits</i>	<i>Personnel Médical</i>	<i>Personnel Paramédical</i>
CPMC	01 accélérateur (AC), 02 télé cobalts (TC), et 03 sources de curiethérapie (SC)	484	27	201
CAC Blida	01 accélérateur (AC), 02 télé cobalts (TC), 03 sources de curiethérapie (SC), et 01 M3 pour la radiothérapie stéréotaxique	238	24	59
CAC Messerghine (Oran)	02 accélérateurs linéaires (AC)	62	25	35
CHU Oran	02 télé cobalts (TC)	173	27	16
CHU Constantine	01 accélérateur (AC), 02 télé cobalts (TC), et 03 sources de curiethérapie (SC)	40	45	27
Hôpital Central de l'Armée	02 accélérateurs (AC)	600	25	30
CAC Ouargla	01 accélérateur (AC) en cours d'installation et 01 télé cobalts (TC)	120	7	17
CAC Sétif	03 accélérateurs (AC)	140	8	11
CAC Batna	03 accélérateurs (AC)	240	8	7

Figure 13: Centres Anti Cancer fonctionnel-2014, Personnel de Radiothérapie dans le secteur public

Source : Pr M. ZITOUNI, Plan National Cancer 2015.2019. [Document électronique].

Alger, Edition & Publication – ANDS, Octobre 2014, Plan National Cancer.pdf.

- Le **secteur privé**, qui dispose de la clinique Athéna de Constantine et la clinique Bergueul de Blida, est renforcé par deux Cliniques Radiothérapie et Oncologie multidisciplinaires. Ils sont bien équipés en matériel moderne de radiothérapie : Clinique El Azhar (Dr Khodjabache) à Dely Brahim et Clinique de Tizi Ouzou (Dr Mahmoudi)

<i>Etablissements</i>	<i>Nombre de lits</i>	<i>Radiothérapie Equipement</i>	<i>Chimiothérapie Hôpital de jour</i>	<i>Personnel</i>
Constantine Clinique ATHENA	30	Accélérateur 02		Radiothérapeutes 03 Physiciens 04 Manipulateurs 04
Blida Clinique Bergueul	25	Accélérateur 02 Curiethérapie 01	15 lits	Radiothérapeutes 02 Radio physiciens 02 Manipulateurs 08 Médecins 02

Figure 14: Cliniques Radiothérapie et Oncologie dans le secteur privé

Source : Pr M. ZITOUNI, Plan National Cancer 2015.2019. [Document électronique].

<i>Localisation</i>	<i>Nombre de lits</i>	<i>Appareils radiothérapie</i>	<i>Date prévue de mise en service</i>	<i>Observations</i>
Tizi-Ouzou	140	03	2016	Phase de réalisation et d'équipement
Chlef	120	02	2016	Phase des gros œuvres
Médéa	150	02	2018	Phase des études
Bejaia	140	03	2018	Phase des études
Annaba	150	03	2015	En phase d'équipement
Jijel	-	-	-	Projet inscrit en 2013
Tlemcen	150	03	2016	
Sidi Bel Abbes	120	03	2016	
Laghouat	140	02	2016	Phase de réalisation
Djelfa	-	-	-	Projet inscrit en 2013
Tiaret	120	02	2018	
El Bayedh	-	-	-	Projet inscrit en 2013
Adrar	120	02	2016	En phase de réalisation TCE
Béchar	140	02	2016	En phase réalisation des gros œuvres
El Oued	150	02	2017	Phase de terrassements

Figure 15: Prévion de CAC à réceptionner dans le secteur public 2015-2018.

Source : Pr M. Zitouni

- Le personnel médical et paramédical correspond à des normes de fonctionnement suffisant, sauf pour certaines spécialités ou certaines régions. L'Algérie dispose d'une densité médicale d'un médecin pour moins de 600 habitants.

Sur le plan quantitatif, le nombre de physiciens médicaux à former pour les 05 prochaines années, estimé sur la base de la carte sanitaire pour la cancérologie et le développement des techniques d'Imagerie Médicale et des techniques de traitement en radiothérapie est de 50 à 100 physiciens. Actuellement le nombre de physiciens médicaux en fonction est de 34 dont 28 dans le secteur public et 6 dans le secteur privé. Le nombre de physiciens médicaux en formation est de 47 dont 32 en Master et 15 en Magister.

Conclusion Chapitre II :

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.

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.

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.

Nous avons examiné la stratégie des institutions de l'état algérien pour la lutte contre le cancer et pour répondre au déficit des établissements spécialisés pour cancéreux.

Conclusion de la partie I :

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.

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.

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.

On a vu la stratégie de la république Algérienne pour la lutte contre le cancer et pour répondre au déficit des établissements spécialisés pour cancéreux.

La lutte contre le cancer a été érigée comme une grande priorité nationale et l'a inscrite en tant que chantier présidentiel à un niveau de mobilisation sans précédent. C'est dans le cadre de cette mobilisation, que se sont inscrits les deux rapports d'évaluation de 2013 dont les recommandations ont conduit tout naturellement à l'élaboration d'un « Plan National Cancer 2015-2019 ».

Partie 02 : Opérationnelle

Introduction de la partie 02 :

Dans la deuxième partie, nous allons présenter l'approche opérationnelle qui consiste à vérifier l'hypothèse émise au début de notre recherche.

Cette partie s'articule aussi en deux chapitres :

- Le premier chapitre abordera l'évolution urbaine de la ville de Guelma, le secteur de la santé à Guelma, les statistiques du cancer à Guelma.
- Le deuxième chapitre, on se limite dans notre analyse du POS SUD, on identifiant ses atouts, faiblesses, opportunités, menaces, et une proposition urbaine pour répondre à cette analyse. Ensuite la démarche programmatique.

III Chapitre I : Approche contextuelle

Introduction :

Si Guelma parlait, elle dit :

« Je fus une terre de batailles et de passions. Tout au long des siècles, les eaux de la Seybouse ont rougi du sang de mes braves..... j'ai vécu les guerres puniques, connu la colonisation romaine, et côtoyé Byzance avant de rentrer dans la sérénité spirituelle de l'Islam ». ⁴⁷

Guelma est une ville historique par excellence, l'on partira des conclusions du SRAT et du PAW qui donnent une importance particulière à la ville de Guelma en raison de sa situation stratégique sur les grands axes de communication inter-régionale. Ces déterminations donnent un rôle évident à Guelma dans l'armature urbaine du NORD-EST, qu'il faudra identifier et que la ville aura à assumer. Le rôle du POS Sud devra prendre en considération ces données pour ne point être qu'une zone d'extension de la ville. ⁴⁸

⁴⁷ Monographie de Guelma.

⁴⁸ PDAU INTERCOMUNAL (Guelma, El Fdjoudj, Ben Djerah, Belkheir).

III.1 Les orientations et directives du PDAU :

Dans la documentation et le règlement on constate une grande évolution, le fait que l'étude du PDAU dépasse le périmètre de la commune de Guelma par un PDAU intercommunal (4communes), pour essayer de résoudre et faire face au problème de l'étalement de la ville et des congestions est un grand pas. Cette procédure est utilisée dans la démarche du projet urbain dans les pays développés sous l'appellation de solidarité territoriale pour assurer : une société de la connaissance porteuse d'emplois, des territoires attractifs organisés en réseau, une mobilité et une accessibilité favorisée.

L'objectif de cette étude (l'étude de PDAU intercommunal) réside en une réflexion pour la maîtrise de la croissance urbaine de la ville de Guelma et de ses satellites représentés par les localités urbaines des communes de : Belkheir, El Fedjoudj, Ben Djerrah.

L'extension Sud de Guelma ou comme l'appelle certain habitants la nouvelle ville, de par sa superficie (POS SUD : 116 ha/ POS SUD extension : 122 ha), de par sa situation en périphérie et en continuité de la ville dans sa zone d'extension virtuelle, présente l'intérêt d'une opportunité d'étude urbaine globale et d'intégration.

L'extension sud de Guelma (POS SUD/ POS SUD extension), arrivant après le POS Guelma Nord et le POS de restructuration du boulevard du volontariat, est-il à même de compléter la prise en charge et la maîtrise de l'espace urbain par une urbanisation de qualité qui fasse la ville de Guelma. Tout ça rentre dans le cadre de valorisation du « paysage urbain » existant et projeté qui à commencer l'environ 2004 par le programme présidentiel de l'amélioration urbaine.

La concrétisation des orientations du PAW tendra à faire aboutir les objectifs de planification spatiale tant souhaités⁴⁹:

- Préservation des terres à haut potentiel agricole et mise en valeur appropriée ainsi que la tentative de reconversion des zones d'aptitudes particulières
- Désenclavement total des zones retardataires et rééquilibrage des espaces centraux et périphériques pour l'harmonisation des entités homogènes et la mise en place effective d'espaces transitoires où se développeront les agglomérations d'appui
- Contribution de la wilaya à l'effort de développement national et régional et à la concrétisation des objectifs d'intégration spatiale et de redéploiement socio-économique

⁴⁹ Plan d'occupation des sols P.O.S « UC1 » Guelma Sud.

- Inflexion des tendances à effets néfastes telles : les piétinements des espaces naturels (agricoles, forestiers et réserves) le dépérissement des milieux ruraux à vocation primaire, la marginalisation des montagnes, aliénation des activités touristiques et artisanales etc.

Parmi les principaux éléments qu'il faut aborder c'est la préservation des potentialités naturel et forestière de la ville de Guelma et notamment la montagne de : Djebel Halouf et Mahouna qui est classé comme patrimoine naturel et qui est l'un des éléments fondateurs de création du pos pour contrôler l'étalement urbain anarchique vers la direction de cette montagne. À ce propos, le foret existant sera pris en charge afin qu'elle ne soit pas élément de rupture mais plutôt intégrée dans le tout espace urbain.

III.2 Évolution de la ville de Guelma :

Dans l'ensemble, la ville de Guelma apparait comme bicéphale avec l'opposition d'une grande masse d'habitat dit spontanée à la grande masse d'habitat coloniale historique.

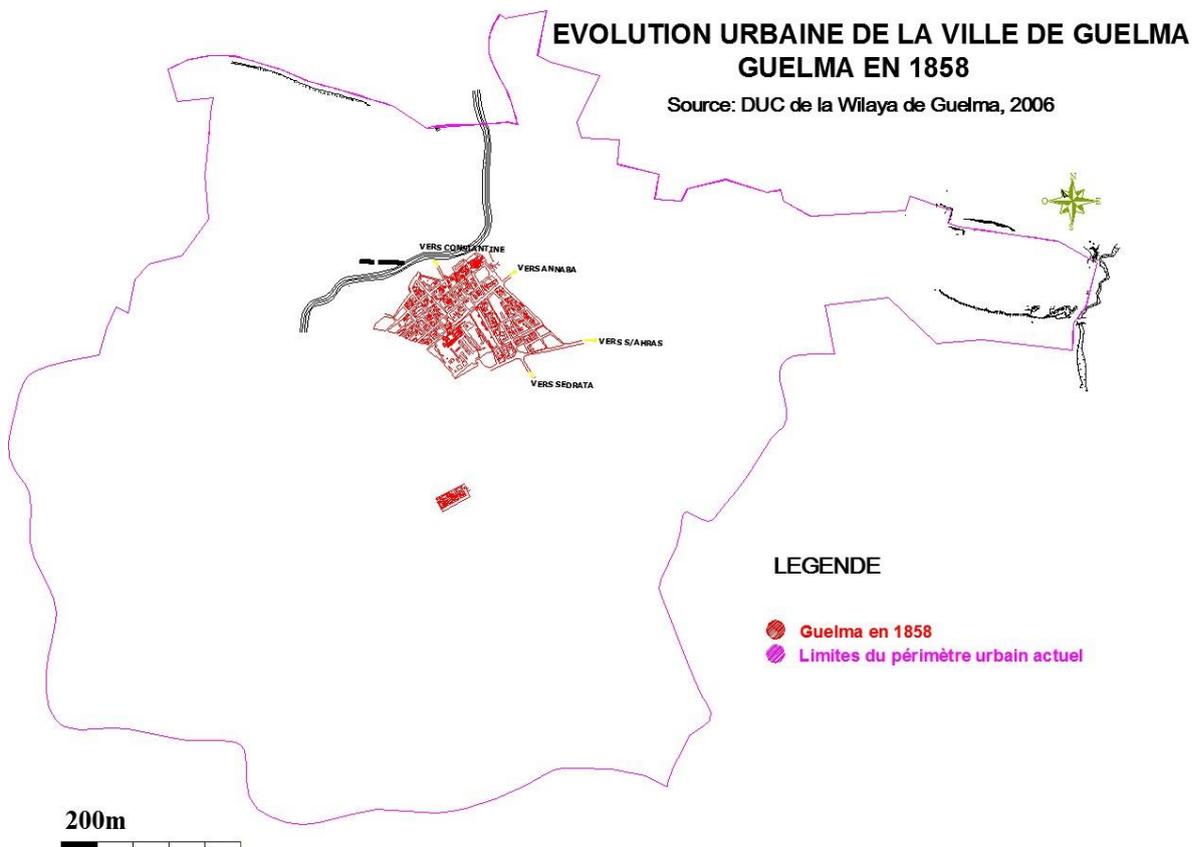


Figure 16: évolution urbaine de la ville de Guelma en 1858

Source : DUC de la wilaya de Guelma, 2006

Avant 1858 ; Répondant aux critères de site défensif, les vestiges romains ont servi comme assiette d'implantation pour la colonisation française. Les remparts ont assuré la sécurité de la ville naissante.

Un plan échiquier, urbanisation orthogonale, Les grands traits de la cité militaire ont largement repris ceux de la cité romaine. Son plan, tracé au cordeau, ses vastes rues droites et longues, du centre desquelles la vue s'étend jusqu'à l'enceinte de la ville, et qui se coupent à angles rigoureusement droits. Tout atteste l'origine militaire.

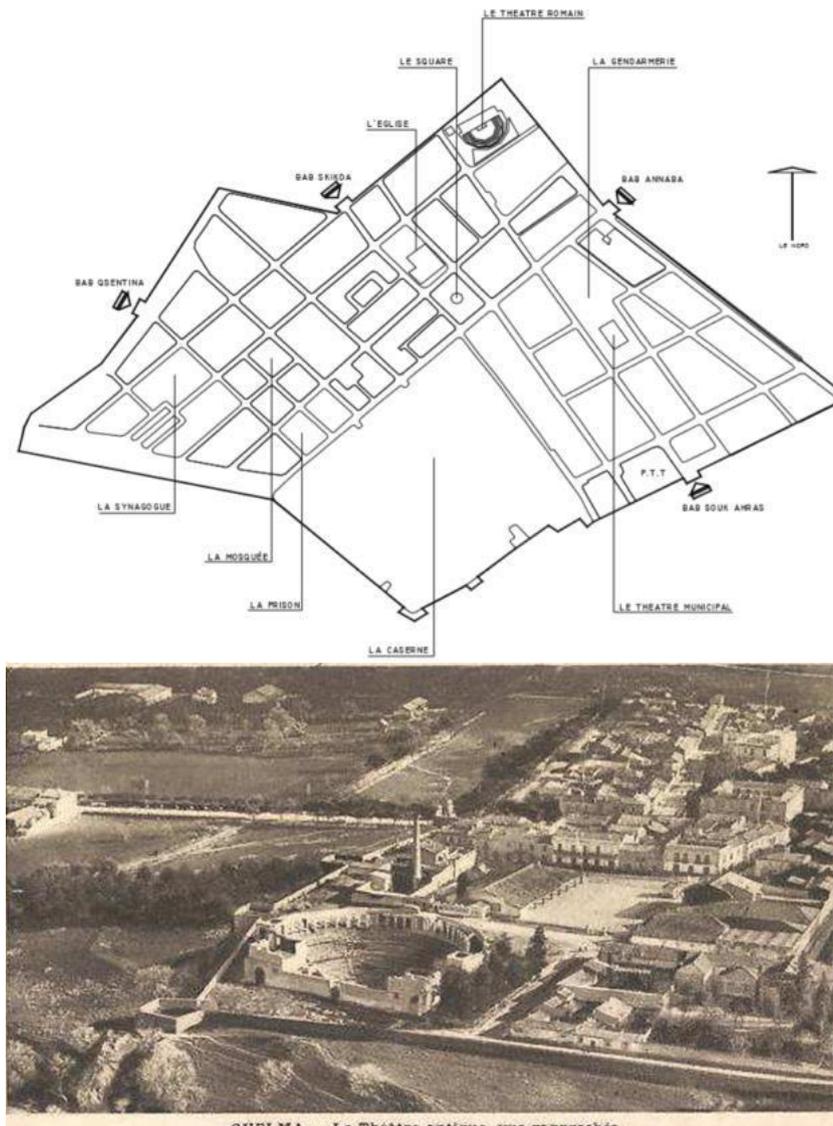


Figure 17: Les traces (remparts) romaines.

Source: DUC de la Wilaya de Guelma et Mémoire d'obtention de magister :RENOUVELLEMENT DU CENTRE ORIGINEL DE LA VILLE DE GULMA E PAR LA DEMARCHE DU PROJET URBAIN, Boudraa Messaoud.P.121.

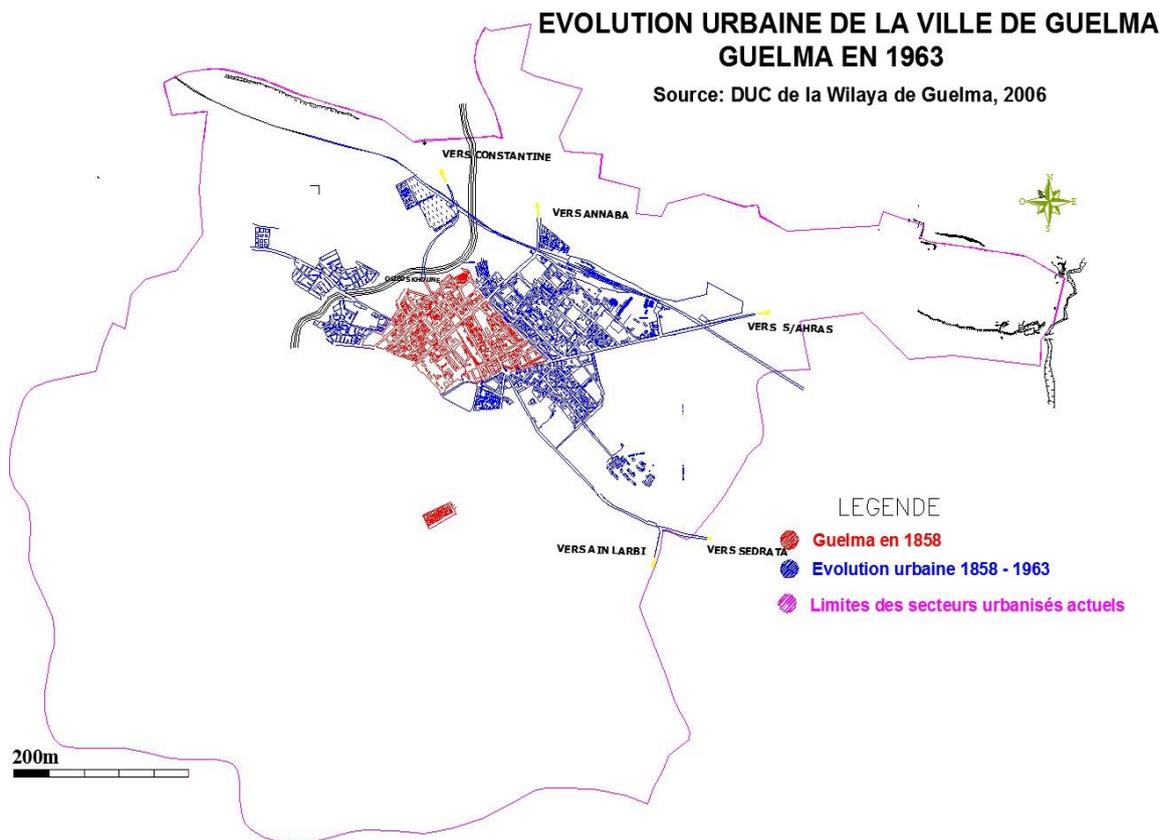


Figure 18: Évolution urbaine de la ville de Guelma en 1963.

Source : DUC de la wilaya de Guelma, 2006

En 1963; les derniers trace de la période coloniale en continuer dans le même tracé orthogonal et toujours basé sur la centralité autour de la placette Saint Augustin où se trouve l'église et le centre commerciale et administrative. Les nouvelles constructions qui ont succédé la caserne militaire et l'église ainsi que les blocs administratifs sont les villas de prestige connu sur les quartiers de bonne accueil et 7^{eme} et au-dessus du Boulevard Suidani Boudjemaa. Mais aussi l'apparition d'une grande masse d'habitat spontané résultat de l'exode rurale (cité Hamlaoui et cité Hannachi).

La construction de la Gare et la création du chemin de fer qui va jouer un rôle important dans la déformation dans l'urbanisme et l'économie de la ville de Guelma. Ainsi la réception des œuvres de L'architecte Philippon et de l'architecte Naze qui ont marqués la ville de Guelma : Lycée Mahmoud Ben Mahmoud, la ferme école, le stade Ali Abda et la grande poste.

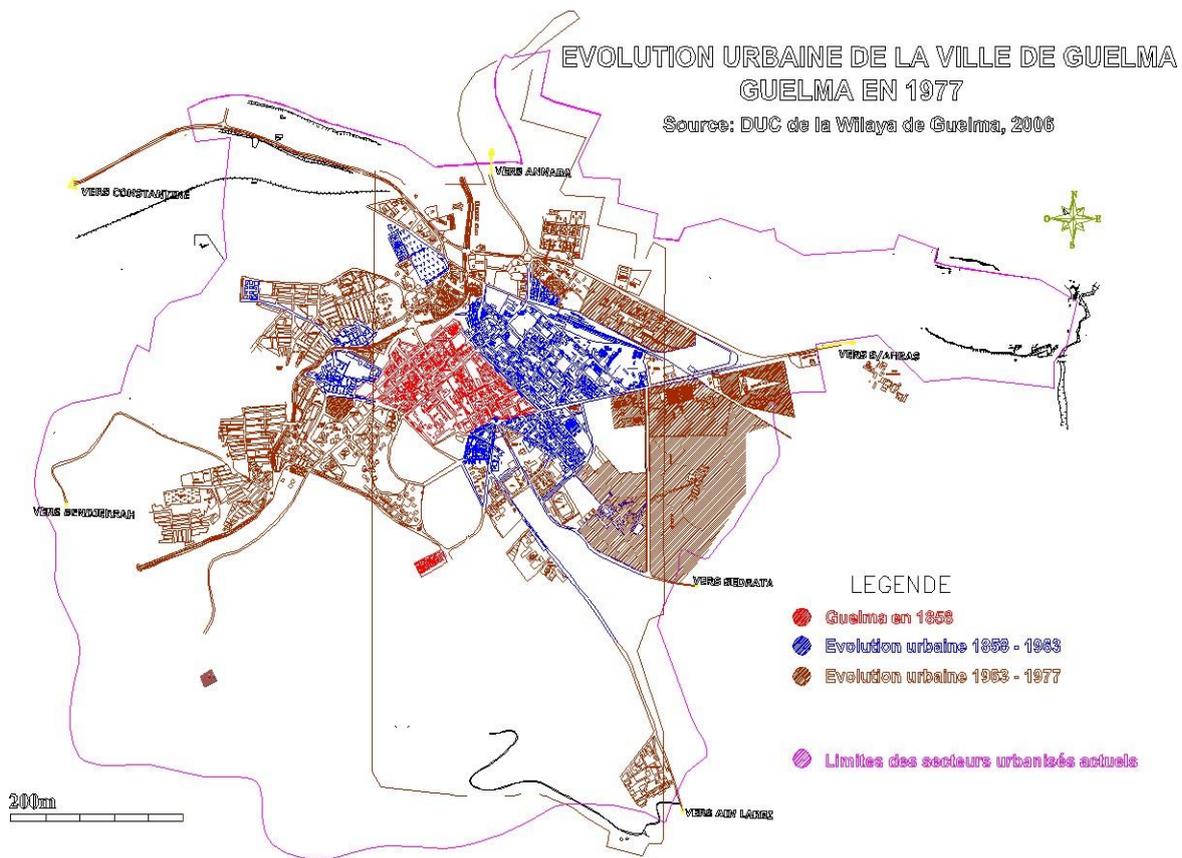


Figure19: Évolution urbaine de la ville de Guelma en 1977.

Source : DUC de la wilaya de Guelma, 2006

Ente la période 1963-1977: la ville de Guelma ce devise en 2 parties le NORD et l’EST caractérisé par l’urbanisme anarchique et spontané (auto-construction) qui représente l’habitat individuel auto construction. Le SUD et l’OUEST qui se caractérise par la création de la 1^{ere} ZHUN de la cité Guehdour (habitat collectif) et la création des équipements avec un style architecturale moderne par des architectes connus comme l’hôtel de Murmura par Fernard Pullion.

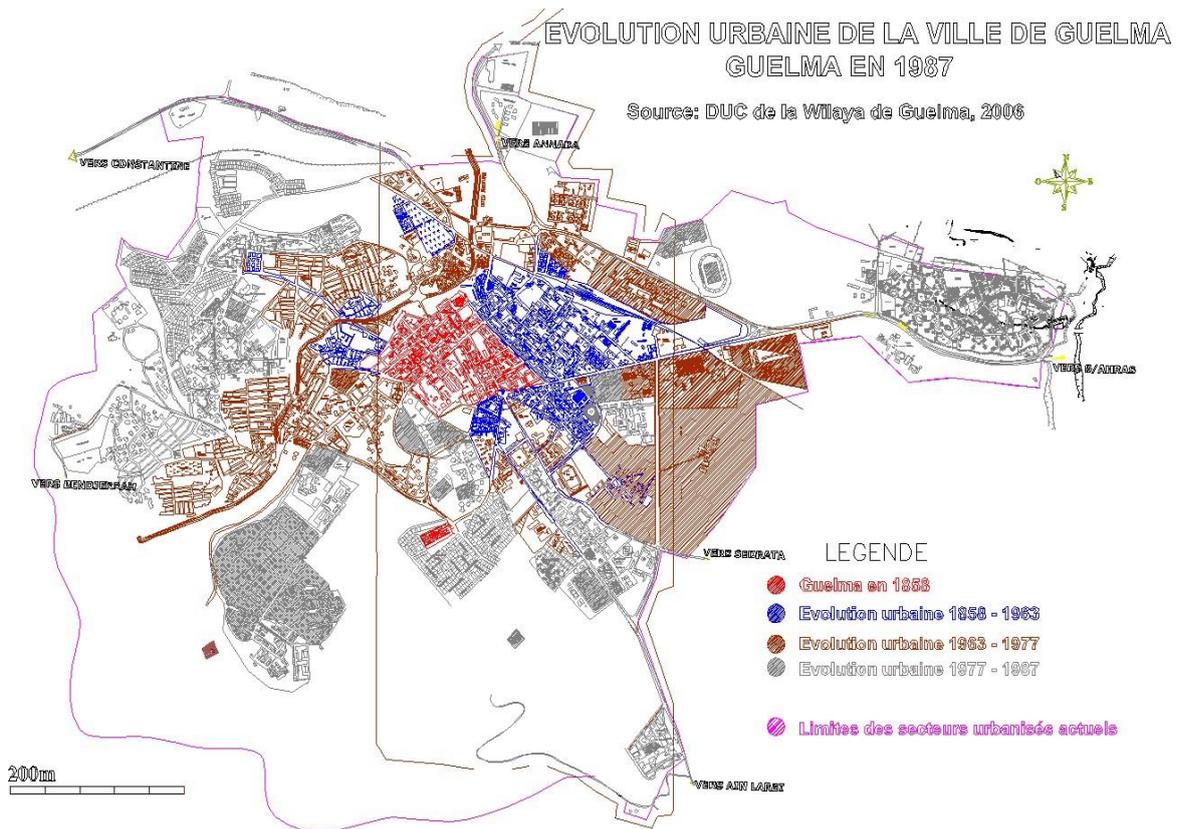


Figure 20: Évolution urbaine de la ville de Guelma en 1987.

Source : DUC de la wilaya de Guelma, 2006

Entre 1977-1987: au-delà du site historique marqué éminemment par la ville coloniale et ses extensions raisonnables, l’habitat collectif planifié algérien de type Z.H.U.N est venu occuper les hauteurs Sud et Ouest de la ville (cité Ain Defla/ FOUJROL, cité champs manoeuvre) des bâtiments préfabriqués, relayés par d’immenses masses d’habitat individuel planifié du type lotissements.

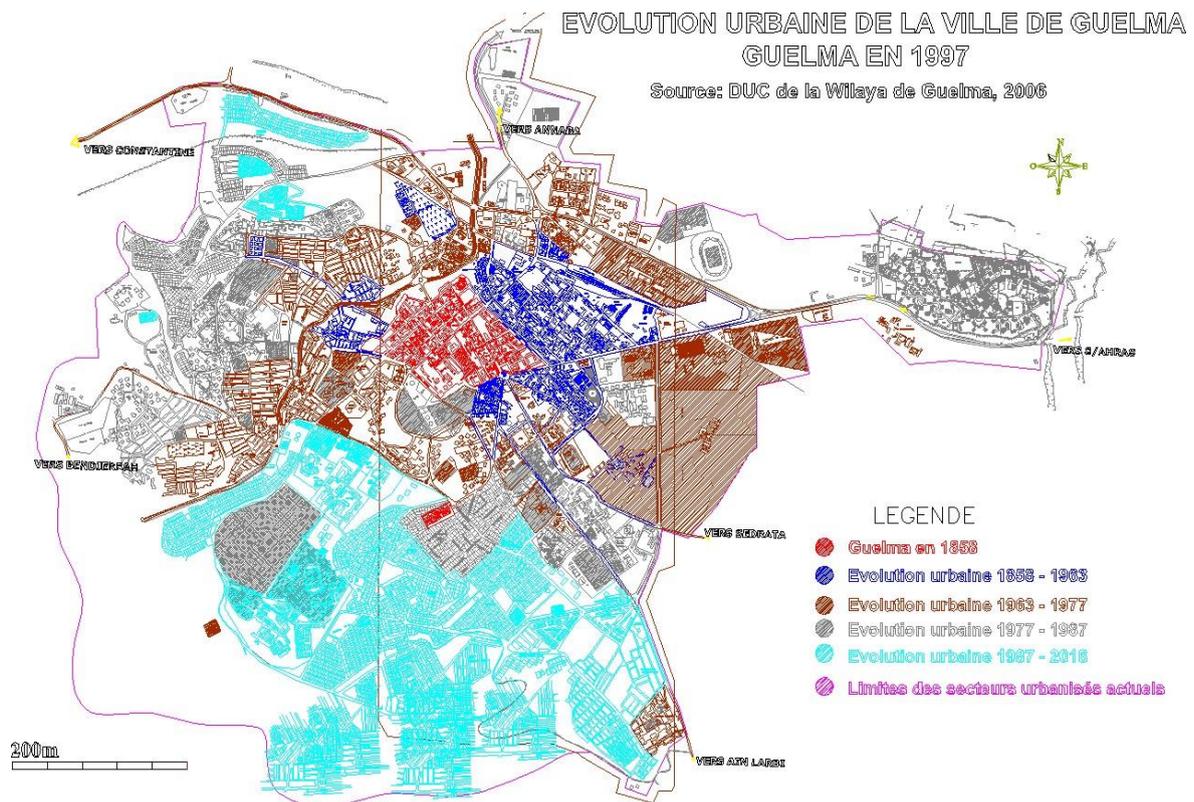


Figure 21: Évolution urbaine de la ville de Guelma en 1997.

Source : DUC de la wilaya de Guelma, 2006

1987- 2016:

Toujours vers le SUD, intervient le POS SUD « UC1 » et le POS SUS extension qui tentent, après cette urbanisation « sans urbanisme », de redonner à la ville un caractère urbain, et dans un processus de planification.

III.3 Situation de la ville de Guelma :

Guelma se situe au Nord-est de l'Algérie, entre la 39° et la 40° parallèle de latitude Nord à 60 Km de la Méditerranée, à 110 Km de la métropole Constantine et à 150 Km de la frontière tunisienne.

Elle occupe une position géographique stratégique limitée par six wilayas : Au nord par Annaba, Skikda et Taref.

Au sud par Oum El-Bouaghi.

À l'est par Souk Ahras. À l'ouest par la métropole Constantine.

La commune de Guelma profite d'une position géométrique centrale par rapport à ses plus importants centres (Oued Zénati et Bouchegouf).

Elle s'étend sur une superficie de 4101Km².

Elle abrite une population (Estimée à la fin 2011) à 506 007 Habitants dont 25 % sont concentrés au niveau du Chef-Lieu de Wilaya.

La Wilaya de Guelma, créée en 1974, comprend 10 D'airât et 34 Communes.

Le climat :

Guelma est exposée à un climat continental, avec une température moyenne de 17°. elle est comprise dans l'étape bioclimatique subhumide, l'hiver y est froid et humide, l'été est chaud et sec.



Figure 22: situation de la ville de GUELMA

Source : Wikipédia

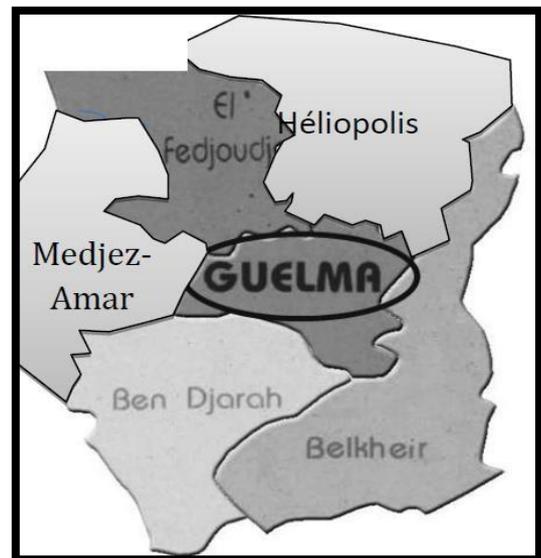


Figure 23: la situation de la commune de Guelma

Source : PDAU Guelma, 1998

III.4 Le secteur de la santé à Guelma :

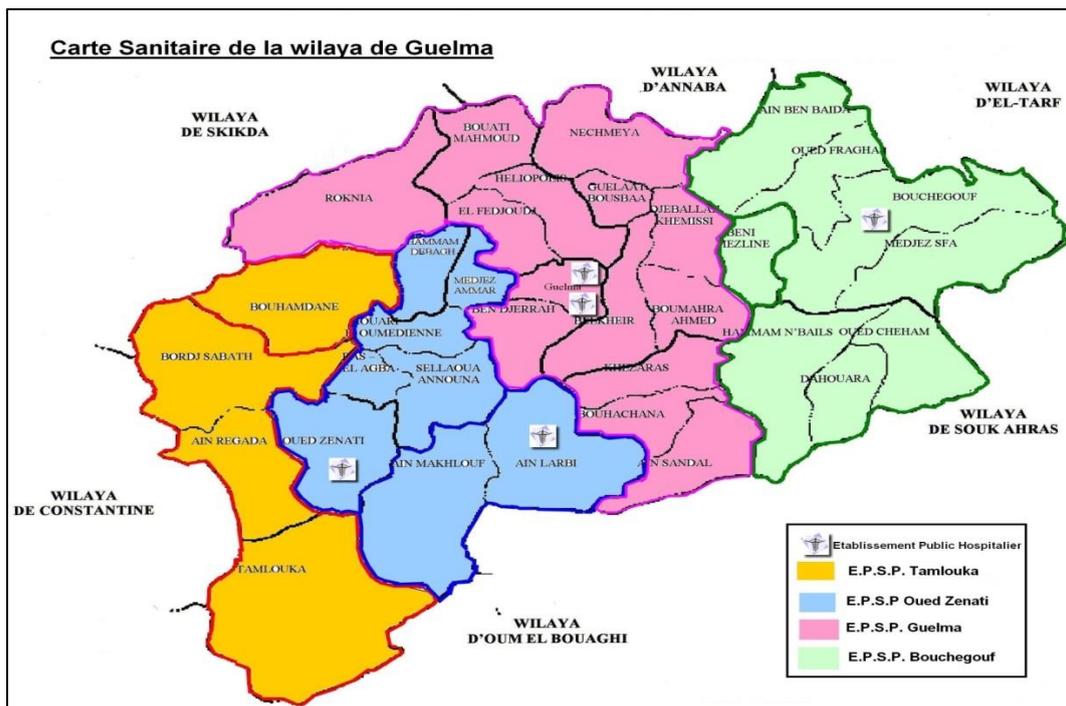


Figure 24: Carte sanitaire de la wilaya de Guelma

Source : La direction de la santé et de la population –Guelma-

Le secteur de la santé à Guelma compte 5 hôpitaux, 24 polycliniques et 139 salles de soins :

05 hôpitaux généraux totalisant 804 lits mais seulement 640 fonctionnels :

- 02 hôpitaux au chef-lieu de wilaya ;
- Hôpital Ibn Zohr (120 lits mais seulement 102 organisés)



Figure 25: Hôpital Ibn Zohr

- Hôpital Ali El Okbi (306 lits mais seulement 297 organisés)



Figure 26: Hôpital Ali El Okbi

- 01 hôpital à Oued Zenati (188 lits mais seulement 136 organisés) ;
- 01 hôpital à Bouchegouf (100 lits mais seulement 68 organisés) ;
- 01 hôpital à Ain Larbi (90 lits mais seulement 37 organisés).
- 24 polycliniques dont 08 assurant une activité de garde h24 et 04 dotées d'une maternité ;
- 139 salles de soins ;
- 19 Unités de dépistage et de suivi en milieu scolaire ;
- 04 Centres intermédiaires de Santé mentale ;
- 04 Unités de contrôle de la Tuberculose et des maladies Respiratoires ;
- 01 Institut de Formation Paramédicale.

En projet :

- 01 hôpital Mère-Enfant à Guelma ;
- 01 hôpital de 60 lits à Hammam Debagh ;
- 02 Polycliniques à Khezara et Tamlouka;
- 01 école de Formation paramédicale à Guelma.

Le secteur privé est représenté par :

- 02 cliniques médico-chirurgicales ;
- 05 Laboratoires d'analyses médicales
- 72 cabinets de médecins spécialistes ;
- 81 cabinets de médecine générale ;
- 63 cabinets de chirurgie dentaire ;
- 126 officines pharmaceutiques.

Ratios préconisés pour les programmes à venir :

Fiche technique :

<u>1 lit pour 500 habitants</u> <u>1 salle de soins pour 6000h</u> <u>1 polyclinique pour 25000 h</u>	<u>1 médecin pour 1200 hab.</u> <u>1 dentiste pour 6000 hab.</u> <u>1 pharmacien pour 6000 hab.</u> <u>1 paramédical pour 300 hab.</u>
---	---

Figure 27: ratios préconisés pour les programmes à venir

Source : La direction de la santé et de la population –Guelma-

Le ratio :

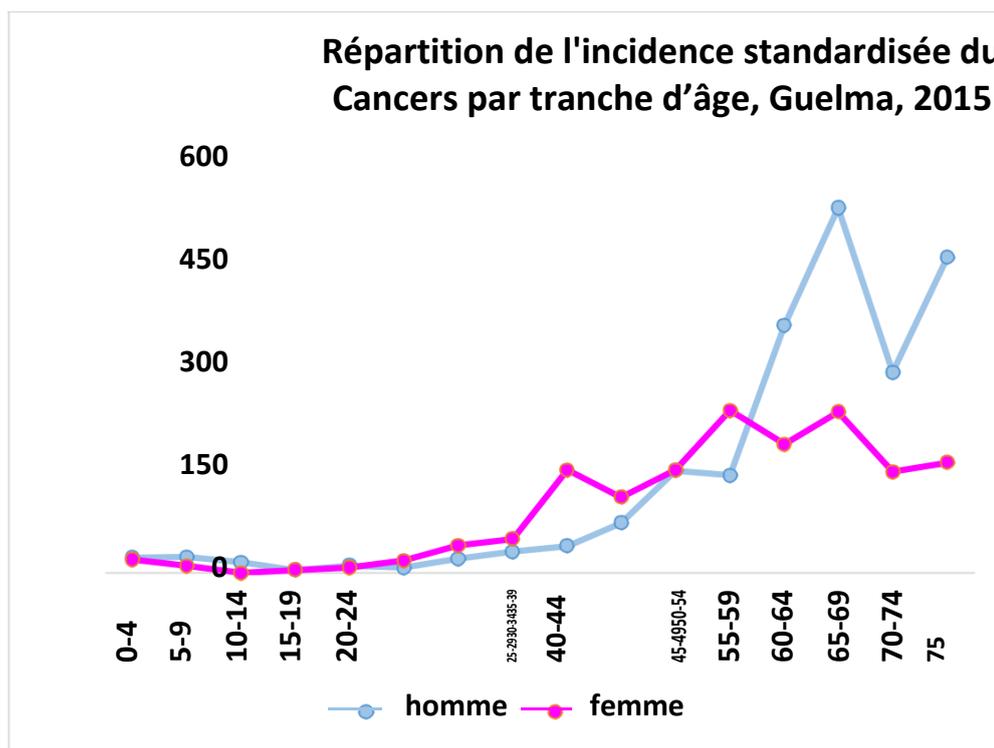
- 1 lit /804 habitants
- 1 polyclinique / 21852 habitants
- 1 salle de soins / 3773 habitants

III.5 Les statistiques de la maladie du cancer à Guelma :

Données d’incidences 2015-2016 : (PREMIER ATLAS CANCER 2014-2016) :

	2015		2016	
				
Nombre de nouveaux cas	172	190	160§	141§
Taux Brut/100 000	63.2	69,0	57,2§	51,0§
Taux Standardisé /100 000 Pop. Réf. Mondiale	64.4	76,7	60,5§	53,1§

Répartition de l'incidence standardisée du Cancers par tranche d'âge(PREMIER ATLAS CANCER 2014-2016) :



Fréquences des principales localisations 2015(PREMIER ATLAS CANCER 2014-2016) :



Localisation	°/°	Localisation	°/°
Sein	34.8	Prostate	13.6
Thyroïde	7.3	Bronches et poumon	12.4
Colon rectum	6.7	Vessie	10.1
Leucémie	5.4	Colon rectum	8.9
Lymphome non hodgkinien	4.3	Leucémie	7.1
Myélome multiple	4.3	Nasopharynx	6.5
Estomac	3	Myélome multiple	4.7
Col de l'utérus	2.4	Larynx	4.1

Conclusion chapitre I :

Dans ce chapitre on a basé sur l'identification des problèmes de l'extension d'étude pour rendre la ville de Guelma plus saine, plus dynamique et plus économique, et sur le secteur de la santé à Guelma et le déficit de la prise en charge des malades cancéreux pour cette wilaya.

On conclure que malgré l'accroissement de nombre des malades cancéreux à la wilaya de Guelma, il n'existe aucun établissement spécialisé au secteur de la santé au niveau de la wilaya pour répondre à leurs besoins de traitement et de la prise en charge psychique.

IV Chapitre II: Le cas d'étude POS SUD:

IV.1 Présentation de l'air d'étude:

Le POS« U.C.1 » est un POS d'extension limite vers le SUD à long terme sur 116 hectares, et le POS SUD extension vient par la suite définir d'autres limites et en continuité de UC1 avec une surface de 122 hectares. Caractérisé par une dominance de 5 grandes axes parallèles. Tout en préconisant une population de plus de 30 000 habitants.

Principe de création :

- La centralité secondaire.
- Contrepoids à la centralité principale.
- Soulager la ville de Guelma.

IV.2 Les limites du pos sud :

Le périmètre d'intervention est ainsi délimité :

- À l'Est par Oued el Maiz (cité Maghmouli) ;
- Au Sud par Chaâbet Oued el Maiz et la nouvelle rocade ;
- Au Nord par le canal de protection et son extension en cours ;
- À l'Ouest par les limites communales de Bendjerrah.

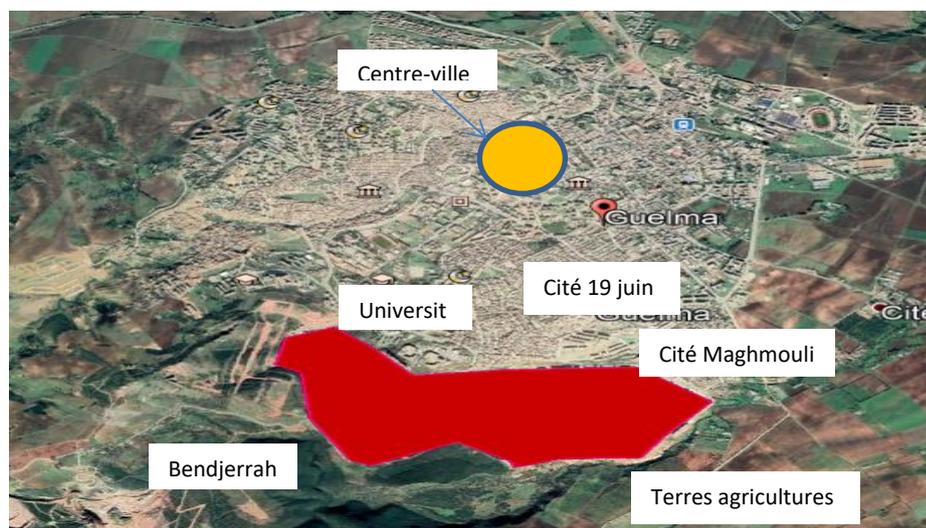


Figure 28: les limites du Pos SUD

SOURCE : Google Earth + traitement personnel

IV.3 Accessibilité :

L'extension Sud de Guelma est accessible par plusieurs points :

- ❖ Accès Nord-Ouest : coté université et cité 19 juin 03.
- ❖ Accès Nord : Cité 140 logements (quartiers d'habitat collectifs).
- ❖ Coté est : Cité Maghmouli et chemin communal vers Ain Larbi.
- ❖ Côté Ouest : vers Bendjerrah et contournement ouest de Guelma.

IV.4 Analyse AFOM de l'extension sud de Guelma :

Les points forts	Les points faibles
<ul style="list-style-type: none"> -Surface= 116+122= 238 hectares. -Pente 14%: déclivité varie entre 325 et 580m. -D'un point de vue du site urbain : -Fait suite à de grands équipements à l'Ouest (casernes et université), -Le boulevard principal est en continuité et relation directe avec le boulevard Volontariat. -S'inscrit dans une zone qui domine avec un panorama qui va jusqu'à la Sybouse et Héliopolis. -C'est un POS Sud qui regarde au Nord. -Il est offert un panorama où le POS sera encadré par un paysage forestier. -Population= destiné à accueillir plus de 40000 habitants. -Crée pour finir la ville au sud, il s'agit d'un POS périphérique. 	<ul style="list-style-type: none"> -Manque d'attractivité et des points d'appels. -Structure et limite contrainte : À l'Est par Oued el Maiz (cité Maghmouli) ; Au Sud par Chaâbet Oued el Maiz et la nouvelle rocade ; Au Nord par le canal de protection et son extension en cours ; À l'Ouest par les limites communales de Bendjerrah. -Difficulté d'accessibilité. -Le manque de transport en commun lui rend un quartier périphérique en isolement du reste de la ville. -Avancement de travaux approximativement 60% -Étalement anarchique de la ville vers le sud et perturbation de paysage naturel et de la montagne.

Le cas actuel du Pos sud :

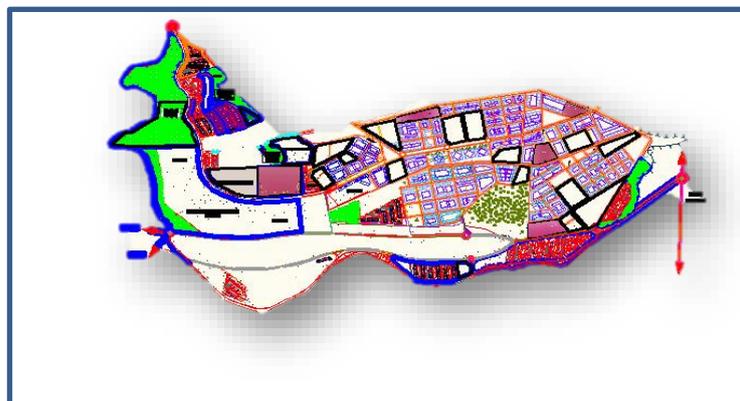
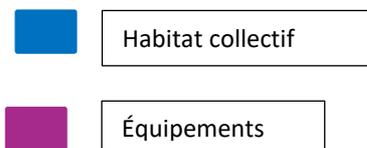


Figure 29: Cas actuel du pos sud

Source : POS SUD, traitement AUTEUR

IV.5 Diagnostic :

Les équipements :



Figure 30: Grille des équipements de l'extension sud de Guelma

Source : POS SUD, traitement Auteur

Identification	Surface foncière	CES	COS	Bâti	Plancher
Éducation %	126900 / 12,69 ha	0,63	1,65	80480 / 8,05 ha	210280
	49,96% des équipements				
	14,1% du POS				
Santé %	20200 / 2,02 ha	0,52	1,57	10620 / 1,06 ha	31860
	7,95% des équipements				
	2,24% du POS				
Culture %	9200 / 0,92 ha	0,7	0,8	6240 / 0,62 ha	7140
	3,62% des équipements				
	1,02% du POS				
Administration et services %	7500 / 0,75 ha	0,73	1,45	5450 / 0,54 ha	10900
	2,95% des équipements				
	0,83% du POS				
Sport et loisirs %	68170 / 6,81 ha			18043,64 / 1,80 ha	9206,64
	26,81% des équipements				
	7,56% du POS				
Services économiques %	22074,8 / 2,21 ha			16000 / 1,6 ha	16000
	8,70% des équipements				
	2,45% du POS				
Total %	254044,8 / 25,40 ha	0,54	1,12	136833,64 / 13,68 ha	285386,64
	100% des équipements				
	28,22% du POS				

Figure 31: Récapitulatif des équipements par secteur

Source : PDAU

Les équipements sanitaires :

01. Hôpital 240 lits	CT	15000	7500	22500
02. École de jeunes sourds II	MT	5200	3120	9360
Sous-total		20200 2,02 ha	10620 1,06 ha	31860

Figure 32: Programme des équipements sanitaires du POS Sud Extension

Source : PDAU

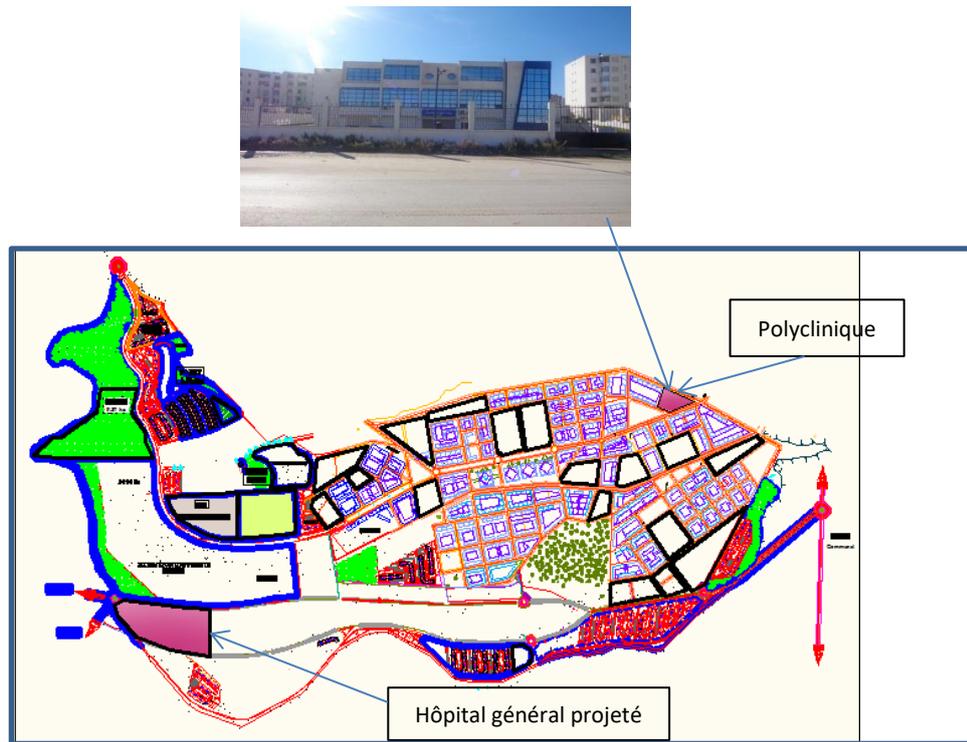


Figure 33: Équipements sanitaires du pos sud

Source :POS SUD, traitement Auteur

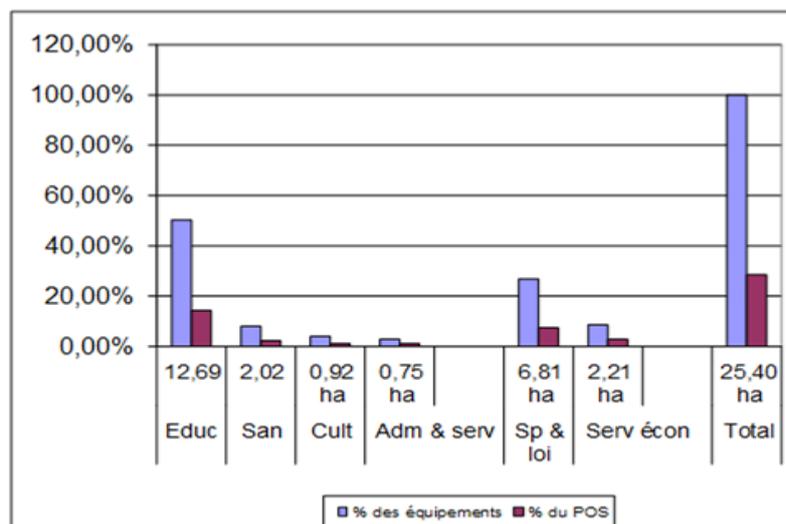


Figure 34: Les équipements par secteur

Source : PDAU

Les voiries :

Figure 35: La trame viaire

Source : POS SUD, traitement Auteur

La zone d'étude est limitée par 2 servitudes naturelles (Canales de préservation et châabet Oued El Maiz), basé sur une organisation linéaire en fausse résille.

Cette trame est représenté par 5 principaux axes parallèles définit comme suit :

- Les 3 premiers axes : situés au POS SUD :

Les 2 rocares périphériques, la dernière assure la connexion directe entre l'ancien centre et le centre

secondaire du POS-SUD. Le boulevard central du POS SUD représente l'axe de l'activité et d'interaction des fonctions, contenant un nombre important des Nœuds.

- Les 2 nouveaux axes : situés au POS SUD Extension :

Une nouvelle rocade parallèle au châaba d'Oued El Maiz, limitant donc l'étalement de Guelma vers le

Sud. Le nouveau Boulevard. Il reliait la cité Magh mouli et Bendjerah passant de l'extension POS SUD.

- Principe d'organisation des boulevards :
Présence toujours d'un axe centrale de symétrie, où les 2 parois du boulevard se compose de bâtiments en R+5 et présence dans certain segment des arcades abritant des couloirs de commerces.
- Les voiries sont en mauvaise état.



Figure 36: Image du boulevard pos sud

Source : Auteur

L'habitat :



Figure 37: Images habitat pos sud

Source : Auteur

- Monotonie et banalisation de typologie architecturale.
- La répétitions des mêmes cellules et volume.
- Manque de traitement vertical et horizontal.
- Les types d'habitat ;

Zone d'habitat collectif central : ZHCC.

Zone d'habitat collectif périphérique : ZHCP.

Zone d'habitat individuel : Z.H.I.

L'environnement :**Figure 38:** Images Pos sud**Source :** Auteur

- un manque clair du mobilier urbain que ce soit les abris de Bus, banc de repos.....etc.
- la végétalisation est marginaliser d'une manière remarquable.
- Manque de parking.
- l'espace public n'est pas un élément de structuration du POS mais le résultat des projections des bâtiments d'habitations.
- On ne trouve pas des parcelles claires destiné pour la création des jardins et
- espace public et vert.

IV.6 Les enjeux :

Après le diagnostic qu'on a fait on rencontre assez de problème dans le site. On arrive à miser sur des enjeux pour résoudre ces problèmes et rendre le site plus fonctionnel, vivant et durable :

- Amélioration de l'environnement du site : aménagement des places et placettes, les espaces verts, les airs des jeux, intégration du mobilier urbain.
- Construction d'établissements et de services de santé.

- Renforcer l'attractivité du pos par la création d'un point de repère pour la wilaya (Pôle de santé et de bien-être).
- revitalisation urbaine : la création d'un équipement sanitaire CAC qui répond au déficit de toute la wilaya.

Tableau AFOM :

Atout	Faiblesse	Opportunité	Menace
<ul style="list-style-type: none"> • Site calme, entouré d'une ceinture forestière. • Plusieurs poches vides: possibilité de créer des airs de jeux • Proximité à l'université (point d'appel) • Possibilité d'accessibilité directement des différentes communes et régions. • Le boulevard principal est en continuité et relation directe avec le boulevard Volontariat. • C'est un POS Sud qui regarde au Nord 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque des équipements et particulièrement les équipements sanitaires. • Manque d'airs de jeux et espaces publiques et verts. • Manque de Parkings. • Absence de mobilité urbaine. • Manque de point de repère. • Manque des placettes et des espaces de rencontre. • Manque d'attractivité. 	<ul style="list-style-type: none"> • un territoire d'articulation et de continuité de l'urbanisation vers le Sud-Ouest. • Opportunité foncière. • Créé pour finir la ville au sud, il s'agit d'un POS périphérique. 	<p>penne assez importante rendant l'urbanisation très coûteuse.</p>

IV.7 Scénario :

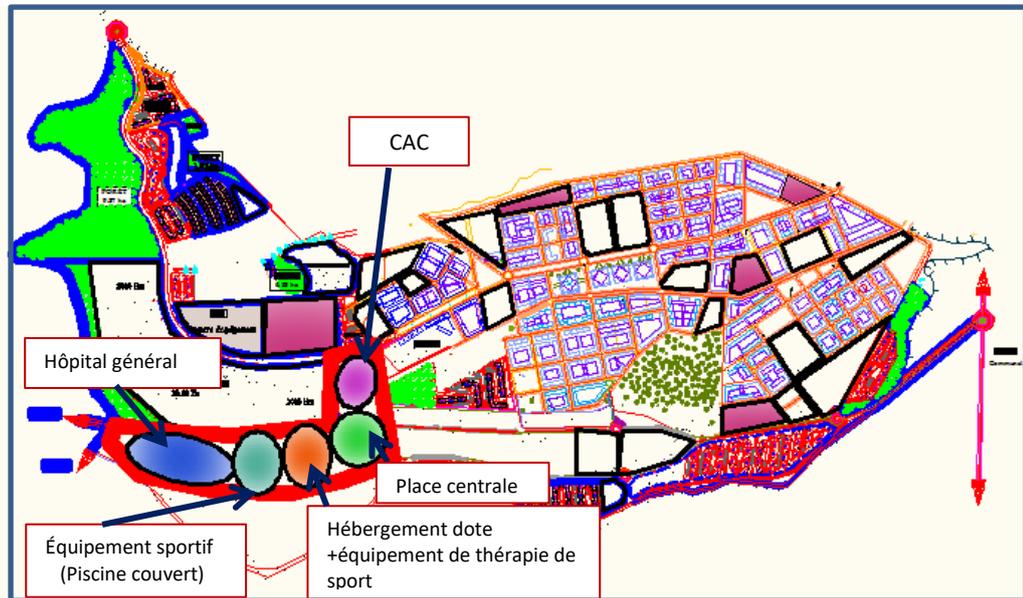


Figure 39: zoning (pôle de santé et de bien-être)

Source : POS sud , traitement Auteur

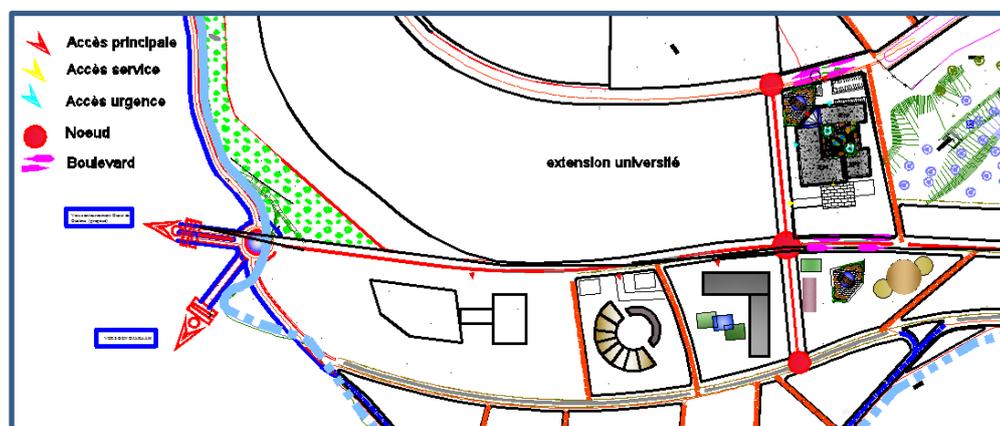


Figure 40: Scénario

Source : Auteur

Création d'un pôle de santé et de bien-être au côté sud-ouest du POS SUD EXTENSION :

- Hôpital général de 240 lits projeté ;

- Centre de cancer de capacité de 120 lits ;
 - Service oncologie
 - Chimiothérapie
 - Radiothérapie
- Équipements de sport et de bien-être ;
 - Clinique de thérapie de sport (kinésithérapie, massage, piqûres)
 - Piscine couverte
- Espace naturel de détente et de loisirs (place centrale).
- Hébergement dote pour proches (les accompagnants).

D'après le scénario urbain, on a opté pour le centre anti cancer comme projet architectural pourrait provoquer le développement du pôle de santé.

Définition d'un centre anti cancer :

Les centres anticancéreux sont des établissements de santé participant au service public hospitalier ; leur fonctionnement assure :

- Le dépistage, l'examen, l'hospitalisation et le traitement des malades ;
- La surveillance prolongée des résultats thérapeutiques, l'établissement et la tenue à jour des dossiers médicaux, l'organisation d'une action médico-légale ;
- Les recherches sur l'étiologie, la prophylaxie et la thérapeutique du cancer.

IV.8 Analyse des exemples :

IV.8.1 Centre anti Cancer Draa Ben Khedda -Tisi ouzou- :



Figure 41 : Centre Anti Cancer Draa ben khedda

Source : Wikipédia

Situation :

Ce projet de 140 lits est situé en périphérie immédiate de la ville, elle est d'une superficie de 57023 m² et est entouré par un tissu urbain qui consiste en : Au nord : ONLAIT, forêt, clinique. Au sud lotissement A.A.D.L « TOUARES 2 ». À l'est lotissement TOUARES « individuel » à l'ouest siège ARRACC. Le CAC suivre la maille de site où le quel est situé.



Figure 42 : Plan de situation

Source : mémoire de fin d'étude 2010«Mr R.chouiter »

La volumétrie :

La forme CAC est traitée par des formes géométriques simples sauf quelques exceptions comme la forme en demi-sphère de l'administration qui la rend un édifice visible et met plus en valeur, avec un accueil au centre du projet ce qui facilite l'orientation.



Figure 44: Plan de masse

Les ouvertures sont en simples formes (carré ou rectangle) placées soit verticalement ou horizontalement.

Système constructif : Système poteau poutre.

-Principe de conception : Le projet est conçu selon une architecture moderne simple caractérisée généralement par les équipements sanitaires par l'utilisation de volumes simples, des ouvertures en bande....

L'organisation spatiale :

Le concepteur a profité de la déclivité du terrain pour l'installation de tout le service d'annexe au rez-de-jardin. Comme au rez-de-chaussée tous les espaces de l'annexe sont reliés par un long couloir au milieu.

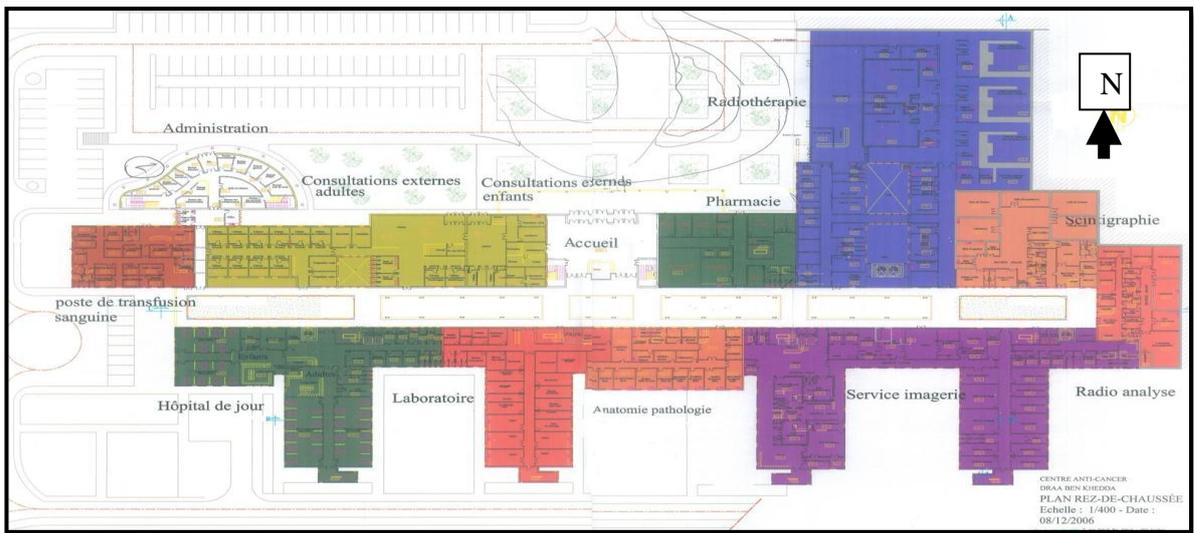


Figure 45: Plan du sous-sol

Dans le plan de rez-de-chaussée, pour une plus de facilité dans l'orientation met tous ce qui concerne la médecine nucléaire (radiothérapie, scintigraphie, radio analyse, service imagerie médicale) dans le même coté à droite de l'accueil, dans l'autre côté on trouve les autres services comme la pharmacie, l'admission le poste de transfusion sanguine les deux consultations externe avec leur hospitalisation du jour, laboratoire, l'anatomie pathologique.

Pour règle le problème de circulation crée un couloir intérieur du genre d'une galerie intérieur qui sert à tous les services donc tout le projet est organisé autour de cette galerie.

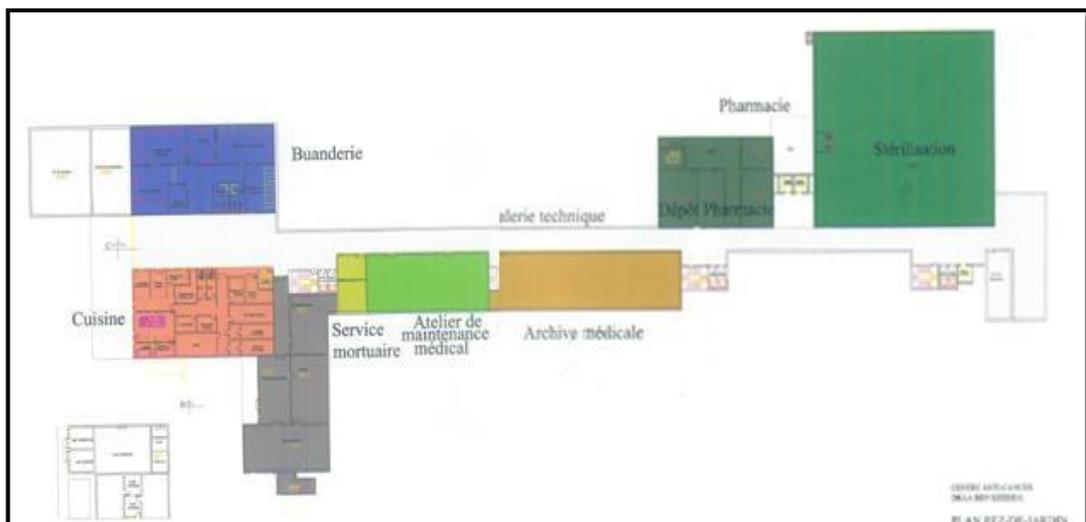


Figure 46: Plan du RDC

Dans l'étage rassemble tous les hospitalisations (chirurgie, radiothérapie, les deux oncologies médicale) et le bloc opératoire et les soins intensifs la curiethérapie, la

curiethérapie métabolique, et l'unité pédagogique qui sont toujours reliés par une galerie au milieu de la forme générale.

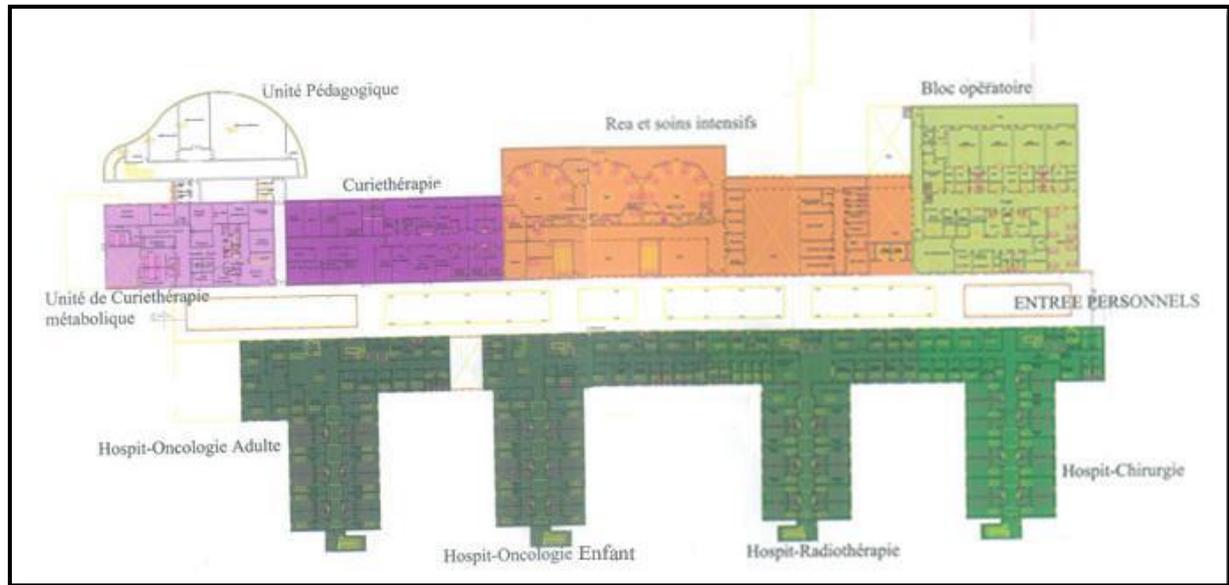
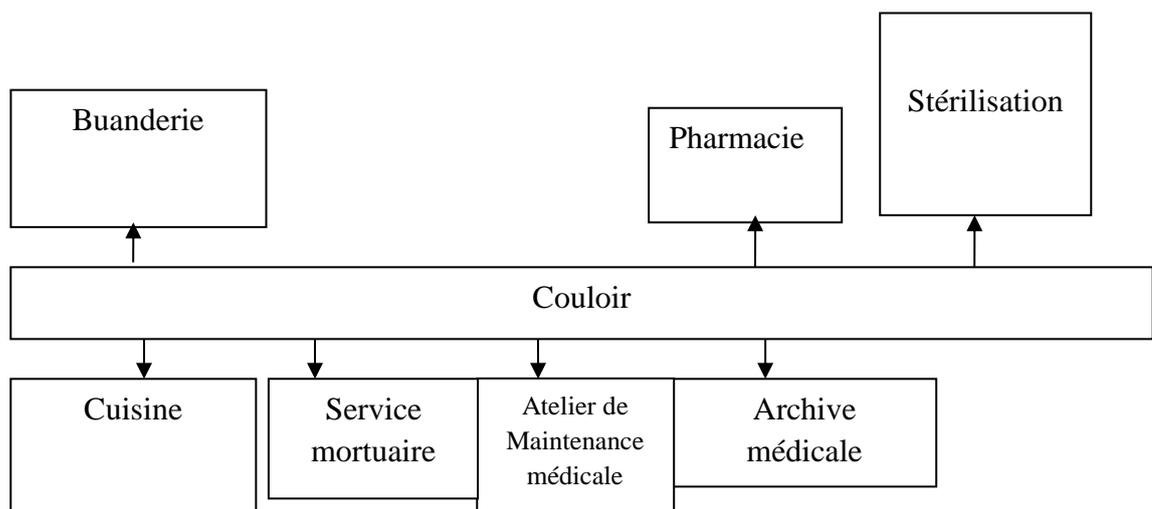


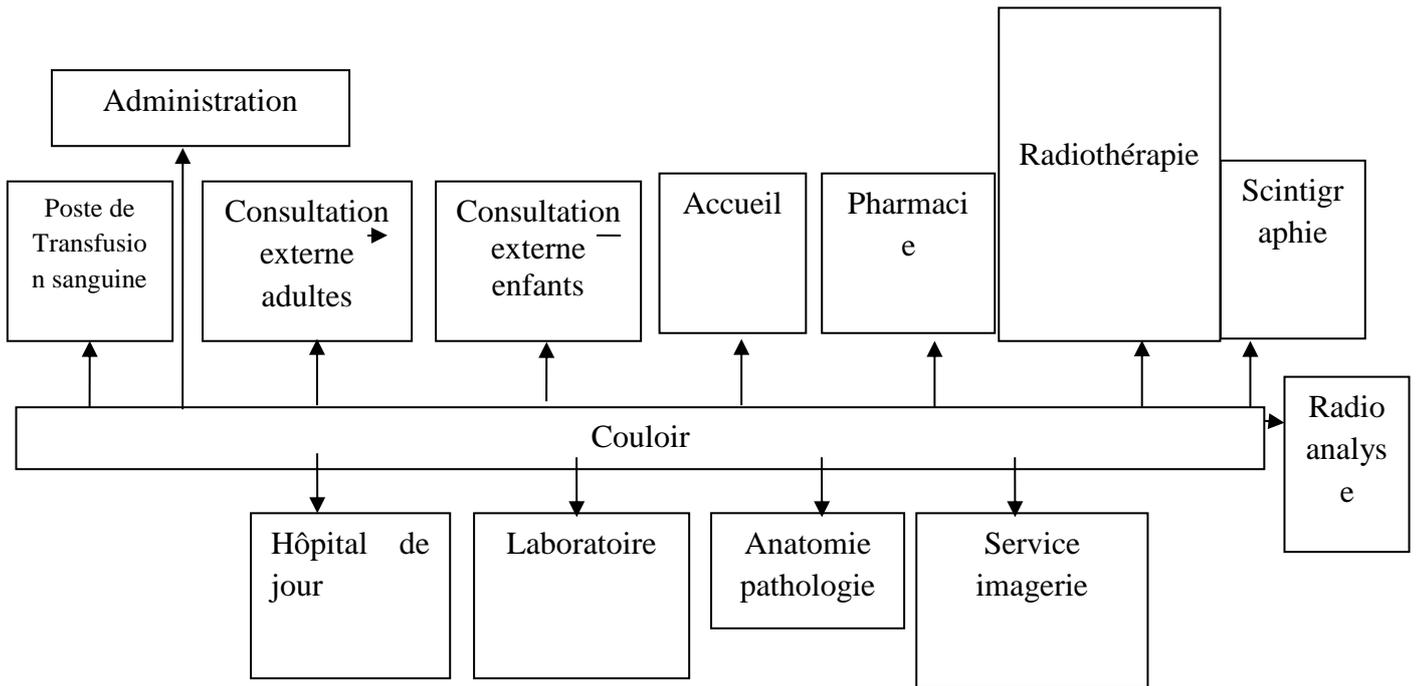
Figure 47: Plan 1er étage

Les organigrammes spatiaux :

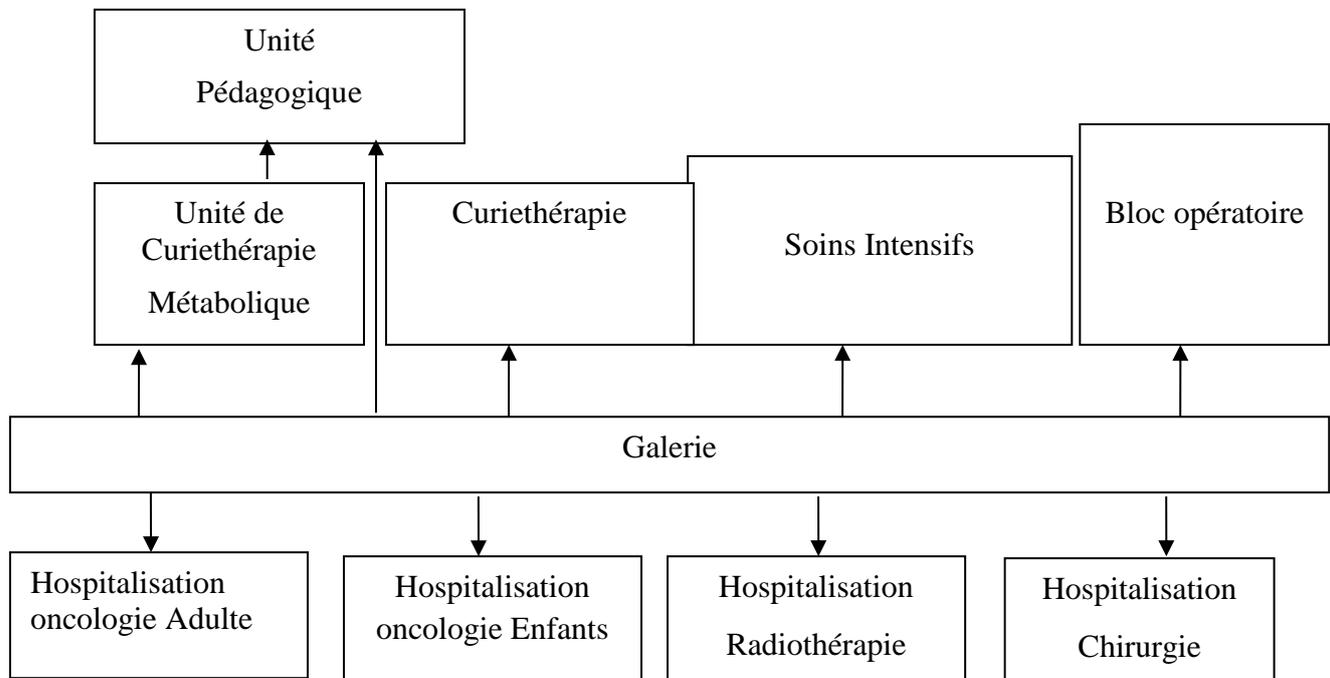
A- Sous-sol

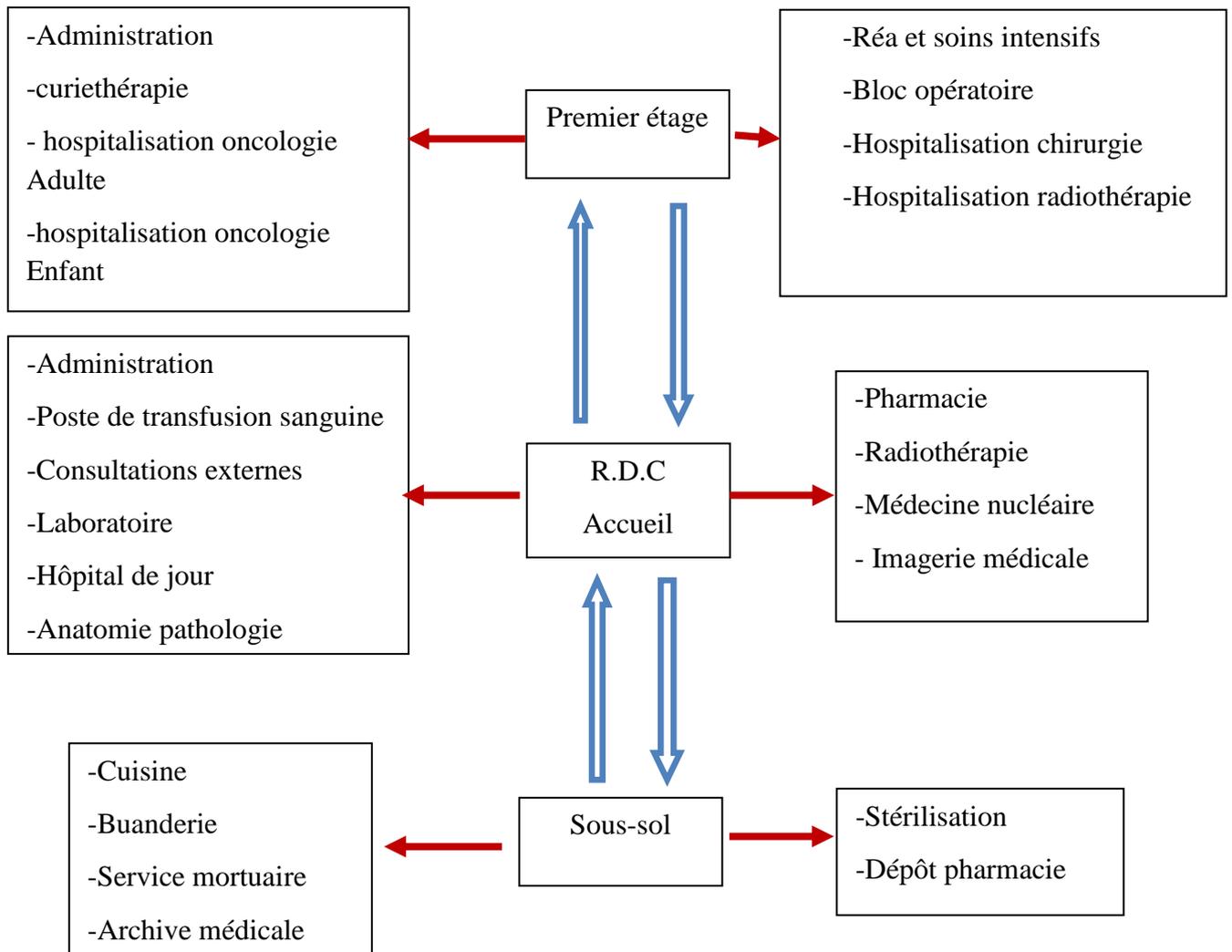


B- Rez de chaussé :



C- Premier étage :



Organigramme globale :**Synthèse :**

- Intégration dans la trame urbaine.
- Une bonne accessibilité.
- IL y a une diversité dans les entrées.
- Le groupement des volumes simples.
- Tous les espaces de projet organisé autour d'une galerie pour une plus de fluidité dans les circuits.

IV.8.2 Institut Universitaire de Cancer de Toulouse :

IV.8.2.1 Présentation du projet :



Figure 48: IUCT de Toulouse

Source : Google Image

Le campus de cancérologie de Toulouse, Oncopole, est un pôle de recherche sur le cancer à dimension européenne. Situé dans le sud de la ville, sur le site symbolique de

l'explosion de l'usine AZF en 2001, le campus représente un site où différents acteurs privés et publics se rencontrent afin d'harmoniser collectivement leur recherche pour la lutte contre le cancer.

L'une des composantes de l'Oncopole, **l'Institut Universitaire du Cancer**, est un assemblage complexe de services puisqu'il va réunir des personnes actuellement éloignées les unes des autres. L'hôpital sera de très haute technologie et il concentrera toutes les techniques de soins, d'analyse et de traitement de pointes, a ouvert ses portes et accueille ses patients depuis mai 2014. Le site pourra accueillir à terme près de 4000 patients.

IV.8.2.2 Le plan de masse :



Figure 49: Le plan de masse

Source : Google Image

L'institut est intégré dans un site caractérisé par une richesse des équipements sanitaire (Centre de recherche PIERRE FABRE, Les laboratoires SANOFI-AVENTIS) ce que donne à ce dernier une continuité avec son environnement immédiate.

IV.8.2.3 Les accès :

Deux accès : -accès principale -accès secondaire pour services.

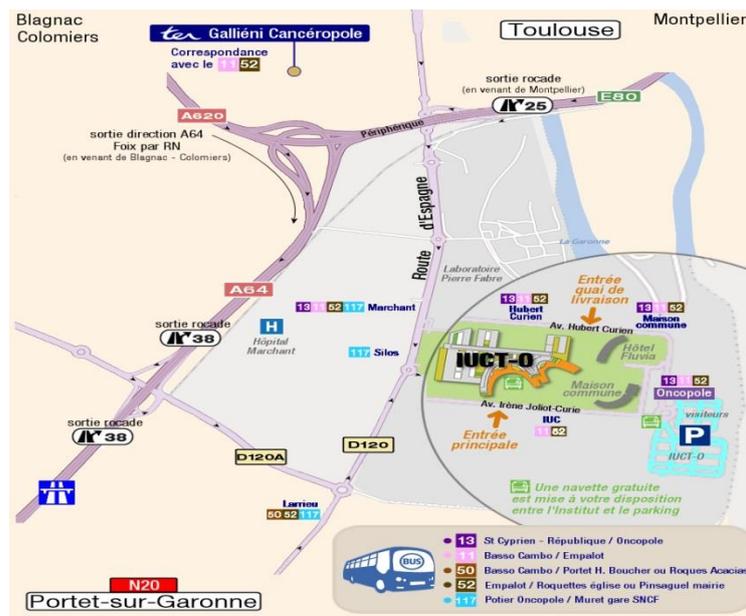


Figure 50 : Plan des accès

Source : iuct-oncopole_plan_detaille_etage_par_etage_version_patients.pdf

IV.8.2.4 Principe d'organisation :

L'Institut Universitaire du Cancer, est un assemblage complexe de services puisqu'il va réunir des personnes actuellement éloignées les unes des autres. L'hôpital sera de très haute technologie et il concentrera toutes les techniques de soins, d'analyse et de traitement de pointes. La forme caractéristique du bâtiment est liée à la recherche de la qualité hospitalière et du design architectural par rapport à la problématique de la maladie et au stress engendré habituellement par ce type de bâtiment. Les espaces, quels qu'ils soient, créent une ambiance favorable aux traitements selon deux principes distincts : d'un côté, deux anneaux de chambres accueillent dans leur courbe la végétation ; de l'autre côté, les soins et les consultations sont organisés sur un plan orthogonal percé de patios. Entre les deux, une grande nef en verre de cent trente mètres de long traverse tout le bâtiment : une plateforme d'échange et d'évaluation, axe majeur du projet, qui abrite les salles de réunions, les laboratoires, les locaux de consultations et répond à la recherche d'efficacité médicale par l'échange.

IV.8.2.5 Les façades :

« Une maille métallique de couleur claire, d'aspect anodisé lui permettant de vibrer à la lumière, de la capter, devrait donner à l'ensemble, qui s'étendra sur 100 m de large et 21 m de haut, un aspect un peu vaporeux, évanescent, magique », explique l'architecte, déjà remarqué en 2005 pour son laboratoire en imagerie cérébrale à Caen ou pour un monument à la Mémoire et à la Paix à Val de Rueil.

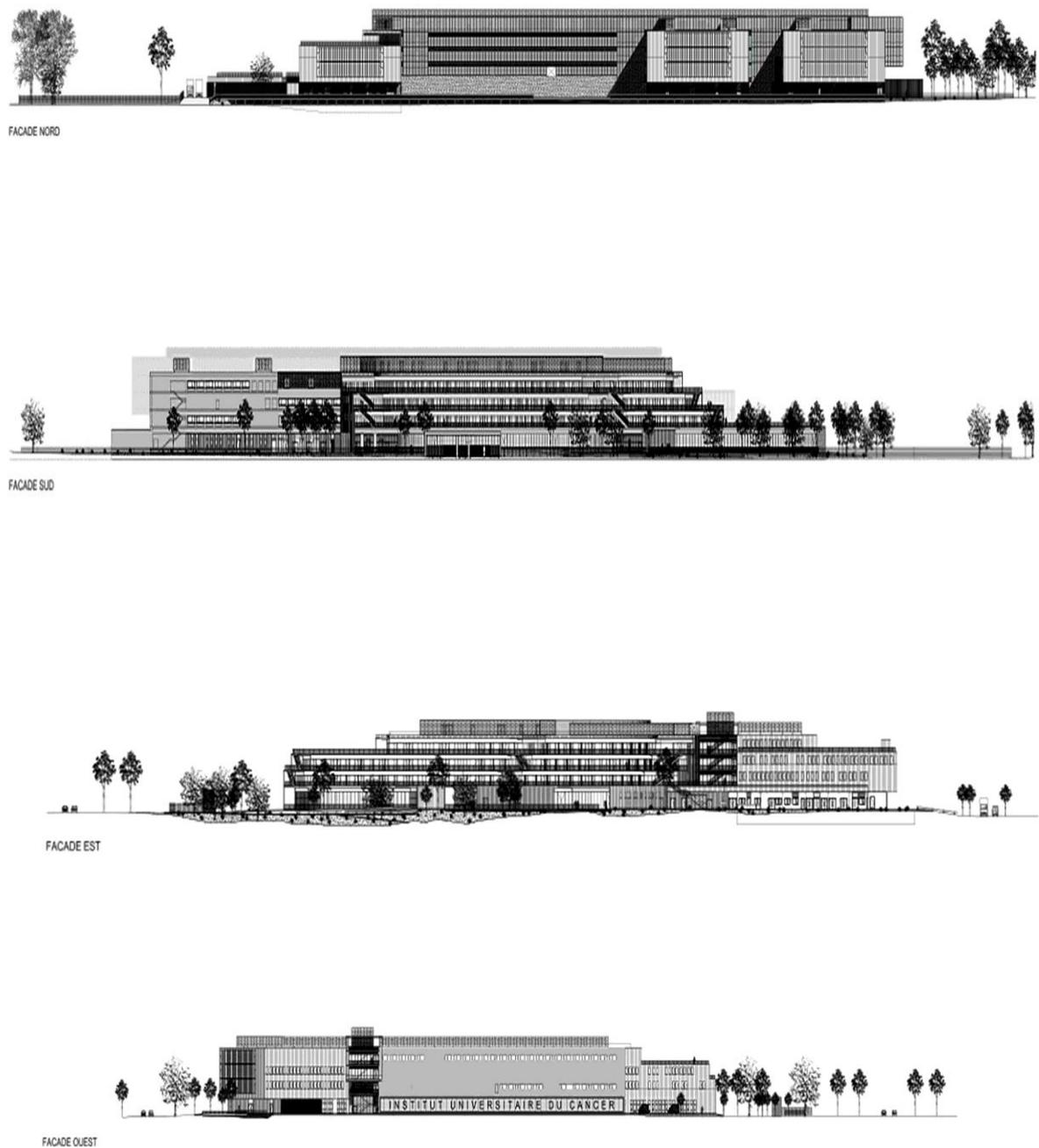


Figure 51: Les façades

Source : iuct-oncopole_plan_detaille_etage_par_etage_version_patients.pdf

IV.8.2.6 La volumétrie :

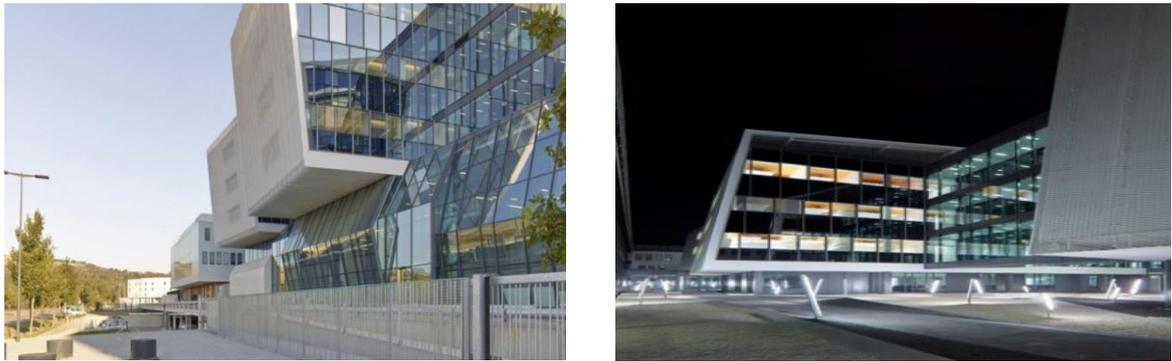


Figure 52: Les porte-à-faux du centre de recherche de Toulouse

Source : Google Image

Le centre de recherche en Cancérologie de Toulouse s'articule en 3 bâtiments surélevés, translés en porte-à-faux sur la rue, pour dégager des espaces et du soleil au sud. Le projet, choisi à l'unanimité du jury, propose un socle sur pilotis (la zone issue de l'ancien site AZF et DGA, dépolluée, est inondable) surmonté de trois ailes de verre et de métal, reliées entre elles par des passerelles vitrées. L'ensemble devrait s'intégrer harmonieusement dans le complexe de la clinique universitaire qui l'entourera, face au laboratoire Pierre-Fabre déjà existant.

Les volumes sont reliés entre eux par des passerelles, laissant filtrer une lumière généreuse et permettant au paysage de venir au plus profond du projet, jusque dans les lieux d'échange et de convivialité, que nous pensons indispensables pour conduire une recherche de qualité.

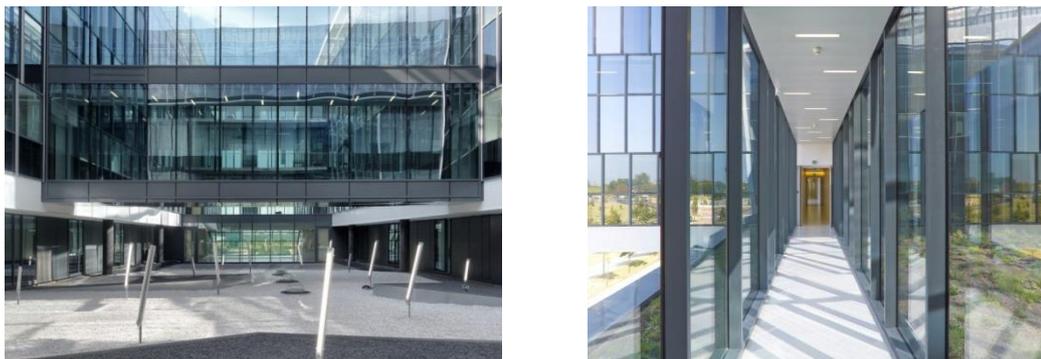


Figure 53: Les passerelles du centre de recherche de Toulouse

Source : Google Image

IV.8.2.7 L'organisation spatiale :

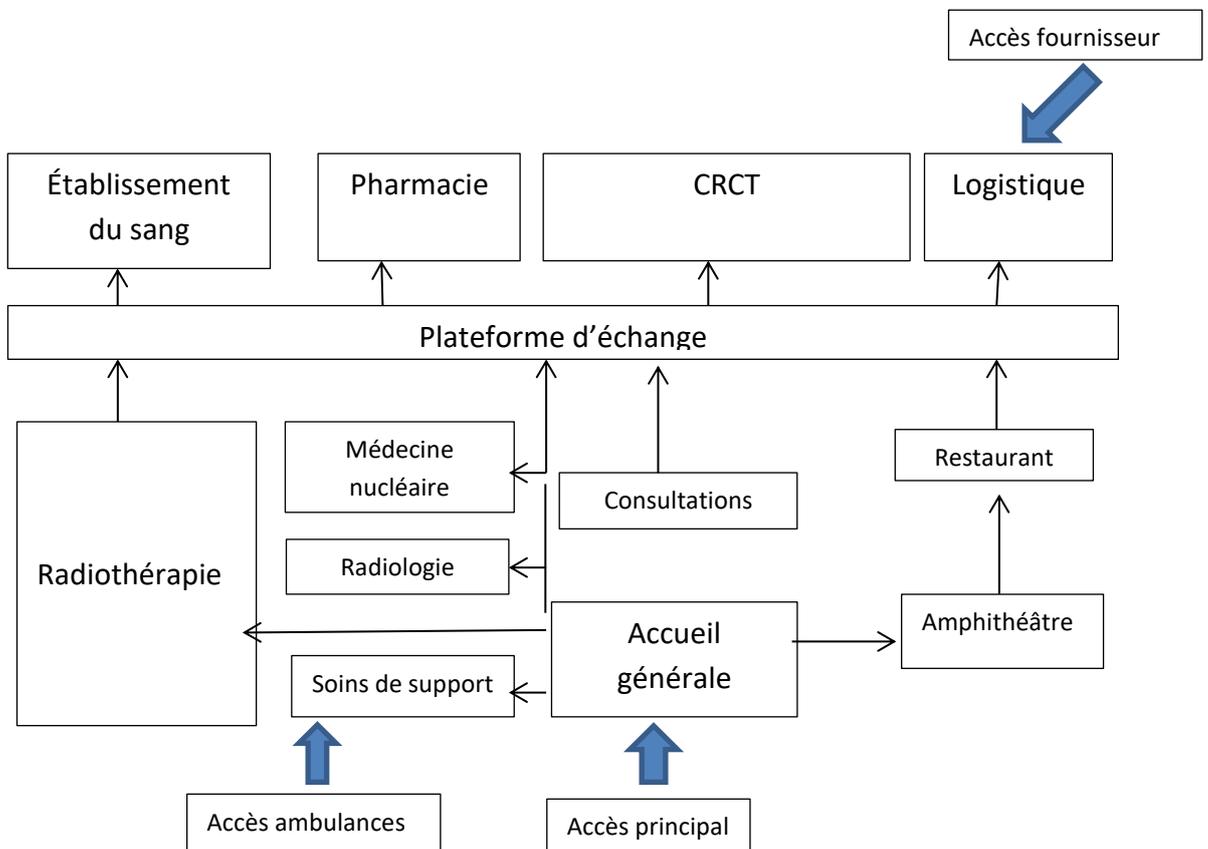
Rez de chaussée :



Figure 54: Plan RDC - IUCT-

Source : iuct-oncopole_plan_detaille_etage_par_etage_version_patients.pdf

Organigramme RDC :

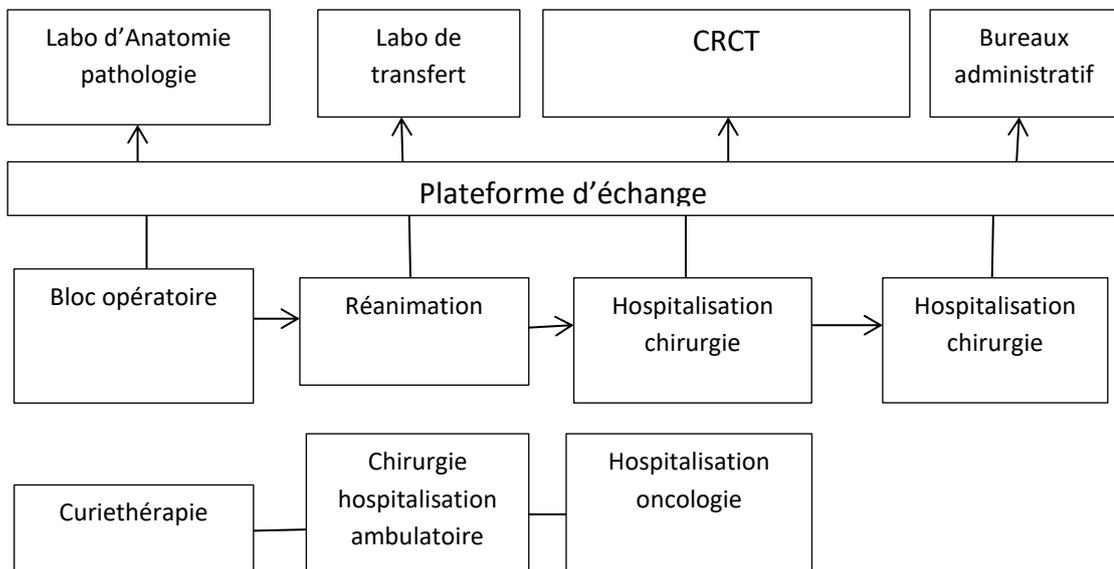


1^{er} étage :



Figure 55: Plan 1er étage

Organigramme 1^{er} étage :



2^{ème} étage :

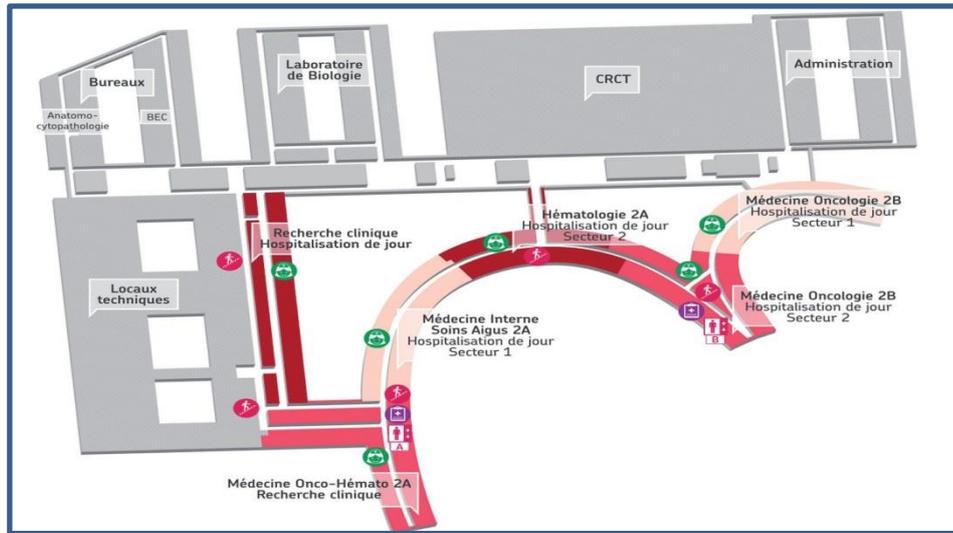
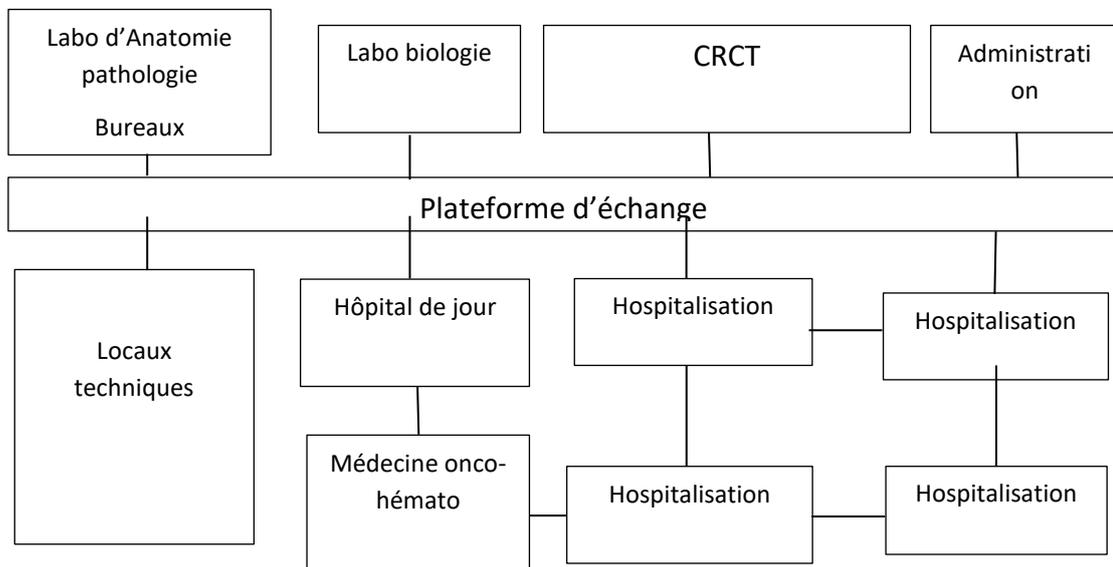


Figure 56 : Plan 2ème étage

Organigramme 2^{ème} étage :



3^{ème} étage :

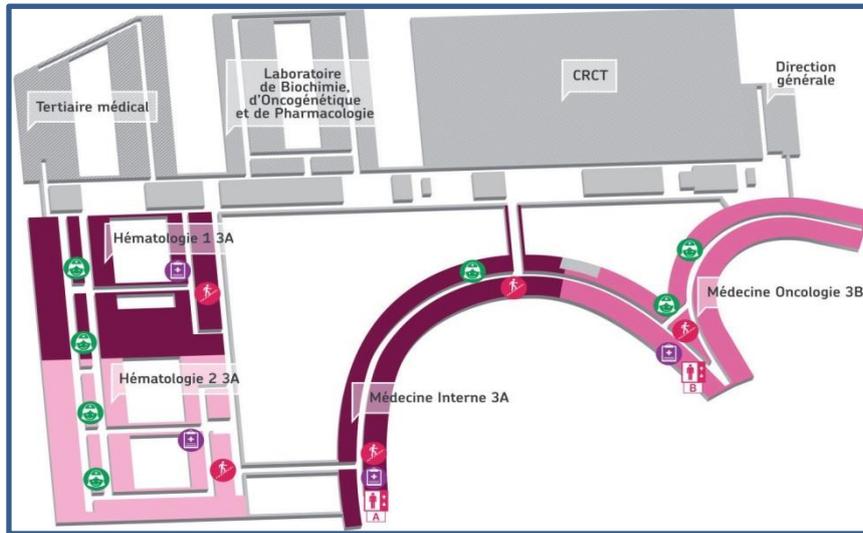
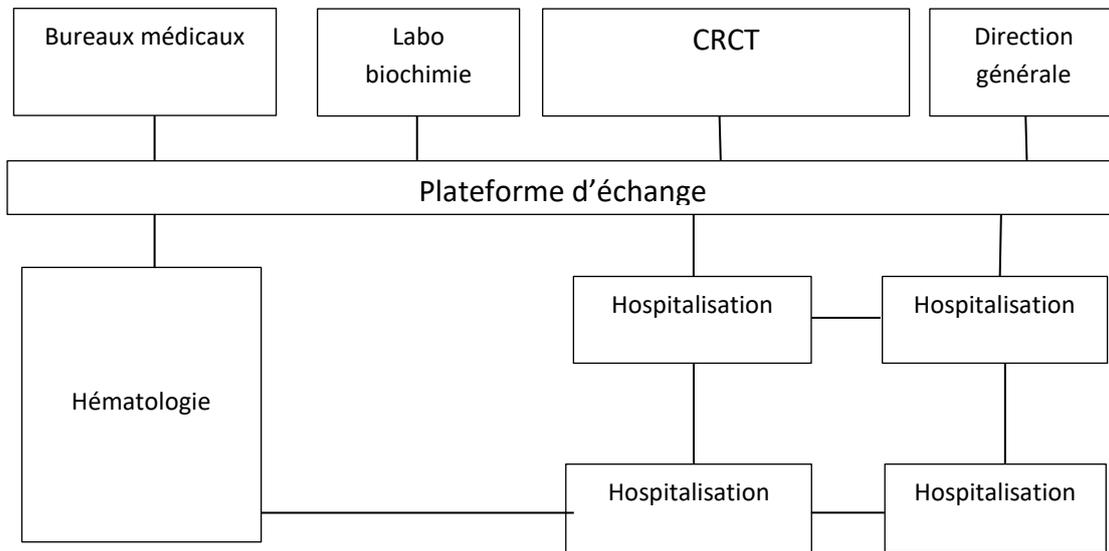
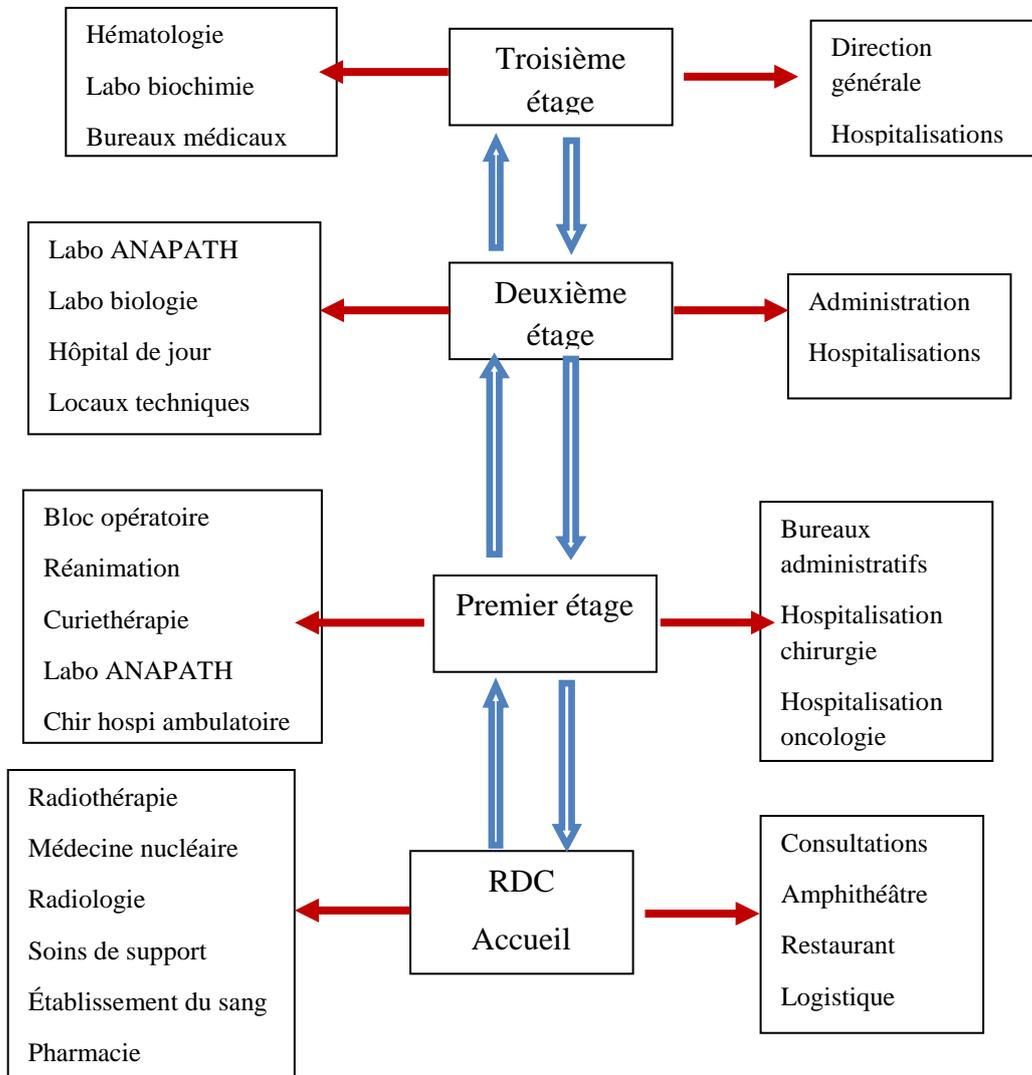


Figure 57: Plan 3ème étage

Organigramme 3^{ème} étage :



Organigramme global :

IV.8.3 Synthèse :

- La volumétrie soit éclaté ou mono bloque.
- Utilisation des formes simples.
- Des façades simples de style architecture moderne traitées par des ouvertures qui ont des formes simples.
- une volumétrie simple mais avec un habillage qui vise à donner une image architecturale forte et adaptée à la destination de l'ouvrage.
- Architecture contemporaine confère homogénéité, et lisibilité des différents volumes.
- Diversité des entrées selon les fonctions.
- On a trois accès distincts :
 - * accès principal
 - *accès logistique (service)
 - *accès urgences
- Pour la circulation :
 - circulation public et circulation médical sont complètement séparées.
 - on distingue des galeries et des articulations réservées uniquement au personnel médical et aux malades ces 2 circulations ne se croisent jamais à la circulation logistique.
 - l'hôpital du jour à proximité des consultations externes .il y a une juxtaposition de l'hôpital du jour et les consultations externes.
- *Juxtaposition de :
 - Bloc opératoire et soin intensifs.
 - Urgences et réanimation médicale.
 - Urgences et imagerie médicale.
 - Stérilisation et bloc opératoire.
- *proximité de :
 - hall général et l'admission.

- bloc opératoire et urgence.
- urgences et imagerie médicale.
- bloc opératoire et laboratoires.
- laboratoires et consultations externes.

« Quatre principes de base déterminant la conception des circuits de circulation de personne ».

*la protection du malade : la préservation de son repos, la protection contre les risques de contamination lors de son déplacement entre les services et surtout au bloc opératoires.

*le raccourcissement des circuits : assurer une économie de déplacement du personnel.

*la séparation des circuits : il s'agit de plusieurs de différents types de circulation entre services, circulation interne et externe.

*la lisibilité des circulations : au même temps le corps médical, le malade, et le visiteur.

Et de cela on distingue trois types de circulations :

- circulation: personnel, malades, visiteurs.
- circulation technique : fluides, air et gaz, circuit logistique et technique.
- circulation des objets et produits : circuits des médicaments, circuits du matériel stériles et produits stériles, les échantillons de laboratoires, circuit du linge et literie, les déchets et les repas.

IV.9 Analyse du programme :

Tout hôpital doit, pour être fonctionnel disposer des unités suivantes :

- Le hall d'accueil général.
- Le secteur externe.
- Le plateau technique.
- L'hébergement.
- Les services de logistique.

Néanmoins, les services et les fonctions au sein de ces unités varient d'un hôpital à l'autre selon la spécialité.

Une bonne compréhension de la dynamique des flux doit précéder toute définition du programme pour bien déterminer les circuits entre les unités, que ce soit à l'intérieur (dégagements, ascenseurs, escaliers,.....) ou à l'extérieur (accès, parkings, cour de services,.....).

I/ le hall général :

- **L'accueil :** C'est l'espace public de l'hôpital, un lieu d'accueil, et c'est le centre de gestion des flux. Il a pour fonctions essentielles de recevoir, d'orienter, d'informer le public dans un univers accueillant et sécurisant. La conception du hall doit favoriser la perception immédiate des accès aux différents services.

- **L'admission :**

-l'admission en dehors des cas d'urgences

-l'admission en urgences

- **L'attente**

II/ le secteur externe :

Il comprend essentiellement, les consultations externes, les urgences et les hôpitaux de jour, la prise en charge des patients externes devient de plus en plus importantes dans les hôpitaux, elle s'organise autour du plateau technique en corrélation avec le développement des hôpitaux de jours.

a. Les consultations externes :

Dans un centre anti-cancer, les consultations se font en deux parties, les consultations générales, où le patient vient pour la première fois, le soutien psychologique, les explications, le type de traitement,...et les consultations spécifiques pour chaque service : médecine nucléaire, chirurgie, radiothérapie, oncologie médicale, pour assurer les suivis et les contrôles des malades après ou en cours de traitement.

b. Les urgences :

Dans un centre anti cancer les urgences ont pour rôle d'offrir les soins du support au malade afin de lui soulager la douleur (service antidouleur) dans ce service, un médecin urgentiste, une équipe du paramédical et un médecin anesthésiste, doivent être présents, c'est une prise en charge médicale d'un cancéreux qui souffre de la douleur.

Et les soins du support c'est l'ensemble des soins autres que les traitements anticancéreux spécifiques + Le soutien nécessaire aux personnes atteintes de cancer et à leurs proches.

C'est un concept récent qui concerne le bien être du patient quel que soit le stade de la maladie.

Ils impliquent une prise en charge globale et coordonnée. C'est une conception multi-référentielle de la prise en charge du patient.

Ce service contient, des soins médicaux, de la kinésithérapie, du soutien psychologique un suivi diététique un accompagnement social des soins esthétiques de l'orthophonie

Il concerne :

Le contrôle de la douleur, Le contrôle de l'infection, L'aide psychologique, spirituelle.

c. L'hôpital de jour :

Dans un centre anti cancer l'hôpital de jour offre le traitement de la chimiothérapie, dit le service d'oncologie médicale.

Ce service accueille les patients recevant une chimiothérapie de courte durée et pouvant être réalisé en ambulatoire.

III/ le plateau technique :

a. Le plateau technique léger :

a1. L'imagerie médicale :

C'est l'ensemble de techniques ayant pour objet d'obtenir un diagnostic en décrivant généralement un phénomène physiologique.

(Radiographie, échographie, endoscopie, IRM, mammographie, scanner)

a2. La médecine nucléaire :

C'est l'ensemble des applications médicales des radios traceurs, ou sources radioactives non scellées.

(Scintigraphie, les salles de gamma-camera-, la radiothérapie, la curiethérapie « C'est une unité du plateau technique qui a la particularité de fonctionner en unité d'hospitalisation.

La curiethérapie est souvent effectuée lors d'une période d'hospitalisation allant de 2 à 8 jours dans un service spécialisé. Le traitement est non douloureux et se fait dans une chambre radio-protégée....).

b- Le plateau technique lourd :

b1. Le bloc opératoire :

Pour qu'un bloc opératoire soit fonctionnel, il doit avoir trois zones :

La zone de douane :

- accueil du patient, son transfert et sa préparation.
- entrée et sortie des personnels.
- réception du matériel.

Zone opératoire :

elles rassemblent salles opératoires

Zone poste opératoire : qui comprend la salle de réveil, post infirmière de surveillance avec petites pièces avec éviers.

Le bloc opératoire est organisé suivant les circuits qui s'y trouvent :

- principe du double couloir :
 - modèle à isolement du sale
 - modèle de la marche en avant
 - modèle à isolement du stérile.
- Le circuit unique :
Se définit par trois zones :
 - zone de douane
 - zone propre
 - zone stérile.

b2. Les soins intensifs :

Par définition, les soins intensifs postopératoires doivent être situés à proximité du bloc opératoire (décharge de la salle de réveil, prise en charge des opérés lourds sous surveillance intensive).

Relations avec les laboratoires centraux, la pharmacie, le service d'anesthésiologie, la banque du sang et les urgences.

IV/ l'hébergement :

Il est composé d'unité de soins, abrite les malades hospitalisés ainsi que les services de suivi et de soins qui lui sont directement rattachés.

V/ les services logistiques :

a- La logistique médicale :

a1.Laboratoire d'analyses :

Il assure le diagnostic des malades hospitalisés et ambulatoire. Il est constitué d'un ensemble de laboratoires où chacun prend en charge une spécialité.

-Salle de Prélèvement - Salle d'examen - Laverie et stock stérile - Laboratoire de microbiologie - Laboratoire de toxicologie- Laboratoire de sérologie - Laboratoire de biochimie - Laboratoire de parasitologie - Laboratoire d'hématologie-

- Les laboratoires sont aménagés dans des locaux destinés exclusivement à cet effet. Ils doivent être largement ventilés.
- Il est préférable de les implanter sur un même niveau que les éléments médicaux du plateau technique.
- **a2.La pharmacie :**
 - Un accès sur l'extérieur pour l'approvisionnement de la distribution.
 - La proximité entre la zone de livraison et le laboratoire de contrôle.

(Magasin général, Salle de contrôle des produits pharmaceutiques, Dépôt chariots médicaments, Chambre froide, Salle de distribution, Unité de stockage,

a3.Poste de transfusion sanguine : (Banque de sang)

a4.La morgue (Réception, Salle d'ablution, Salle d'autopsie, Salle de reconnaissance, Chambre froide).

b- La logistique hôtelière :

b1.La cuisine centrale :

c-La logistique technique :

c1.La centrale des fluides (Oxygène, Vide, Air comprimé, - Protoxyde d'azote,)

c2.Chaufferie et climatisation :

c3. Groupe électrogène :

c4.générateur électrique :

c5.Incinérateur :

Les espaces extérieurs :

a- Les accès : dans un hôpital on doit prévoir un :

- Accès mécanique : pour le personnel et les visiteurs.
- Accès piéton : pour les visiteurs et les malades.
- Accès d'urgence : accès court, loin de la route principale, et à l'écart de la circulation générale.
- Access d'approvisionnement : par deux voies, l'arrivage et le départ (livraison pour la cuisine, laverie, centrale énergétique et gaz).

- **b - Les parkings**

- **c- les espaces verts** : 10m² pour un lit

d-Les entrées : Le flux est dirigé généralement vers une seule entrée, pour les visiteurs et les malades.

-entrée des malades couchés : à proximité, visible depuis l'entrée principale.

- entrée par les consultations externe.

-entrée d'urgence.

-entrée pour la morgue.

IV.10 Programme retenu :

HALL D'ENTREE PUBLIC : 168 m² (140+28)			
Réception	20 m ²	Attente	40 m ²
Admission	2*14 m ²	Archives	20 m ²
Bureau des entrées	25m ²		
CONSULTATIONS EXTERNES : 596 m² (496+100)			
Accueil-réception	12m ²	Bureau d'assistance sociale	2* 12 m ²
Attente	2*40 m ²	Bureau psychologue	2* 14 m ²
b. d'admission	16 m ²	B .chef service	22 m ²
Consultation pédiatrie	2*20 m ²	B. Surveillants médicaux	20m ²
Consultation gynécologie	20 m ²	Secrétariat médicale	15 m ²
Consultation pneumologie	20 m ²	Infirmier	12m ²
Consultation hématologie	20 m ²	Pharmacie	09 m ²
Consultation radiothérapie	20 m ²	Sanitaire h/f (patients)	2* 12 m ²
Consultation psychologie	20 m ²	Sanitaire H/F personnels	2* 6 m ²
Consultation urologie	20 m ²	Dépôts	12 m ²
Consultation oncologie	20 m ²	Dépôts chariots	30 m ²
CENTRE ANTIDOULEUR : 697 m² (581+116)			
Réception –accueil	12 m ²	Salle de détente « personnel »	20 m ²
Attente	2*30 m ²	Vestiaires h/f personnel	2*6 m ²
Admission	14 m ²	Sanitaire h/f	2*12 m ²
Salles de soins	3*25 m ²	Office d'alimentation	20 m ²
Chambres à 6 lits	2*60 m ²	Stock matériel et mobilier	30 m ²
Bureaux médecins	3*14 m ²	Pharmacie	20 m ²
B. Surveillants médicaux	20 m ²	Dépôt Linges propres	10 m ²
Bureau d'assistance sociale	2*12 m ²	Dépôt linges sales	10 m ²

Bureau psychologue	2*14 m ²	Local d'ordure	6 m ²
Dépôt produits pharmaceutiques	12 m ²	B .chef service	22 m ²
HOPITAL DE JOUR (30lits) : 734 m² (612+122)			
Réception –accueil	12	Dépôts « fauteuils roulants »	12 m ²
Admission	2*14	Sanitaire h/f (patients)	2*12 m ²
Attente	2*40	Vestiaire h/f (patients)	2*15 m ²
Consultation	5*14	Salle de travail	20 m ²
Salle à 14 lits F	90 m ²	Secrétariat médicale	12 m ²
Salle à 10 lits H	70 m ²	Réception du médicament	30 m ²
Salle à 6 lits enfants	50 m ²	Bureau psychologue	14 m ²
Salle de prélèvement	20 m ²	B .chef service	22 m ²
B. Surveillants médicaux	16 m ²	Sanitaire H/F personnels	2*6m ²
MEDECINE NUCLEAIRE : 769 m² (641+128)			
Réception –accueil	15 m ²	B .médecin	14m ²
attente	2*25 m ²	Salle de travail	25m ²
admission	2*14 m ²	Salle de détente « personnel »	2*20 m ²
B. Surveillants médicaux	16 m ²	Bureau de chef service	14 m ²
Consultations	3*14 m ²	Archives	20m ²
Salle d'attente avant injection	2*20 m ²	Labo chaud	30m ²
Salle d'injection + repos	4*12 m ²	Labo tiède	20m ²
Salle de TEP-Scan	40 m ²	Sanitaire H/F personnels	2*6 m ²
Salle de scintigraphie	35 m ²	Vestiaires +WC H/F personnel	2*10 m ²
Salle de détente « patients »	2*16 m ²	Dépôt linges sales	10m ²
Salle d'effort physique	16 m ²	Dépôt Linges propres	10m ²
Sanitaire h/f (patients)	2*12 m ²	Dépôts des produits radioactifs	40m ²
IMAGERIE MEDICALE : 783 m² (653+130)			
Réception –accueil	15 m ²	Sanitaire h/f (patients)	2*12 m ²

Attente	2*25 m ²	Bureau de médecin chef	14 m ²
admission	2*14 m ²	Salle de staff	40m ²
B. Surveillants médicaux	16 m ²	Vestiaires +WC H/F personnel	2*18 m ²
Consultations	4*14 m ²	Salle d'interprétation	20m ²
Salle d'Échographie	24 m ²	Salle de détente « personnel »	2*20 m ²
Salle d'examen « scanner »	60 m ²	Archive	20m ²
Salle d'IRM	60 m ²	Dépôts	10m ²
Salle de radiologie	60 m ²	Pharmacie	20m ²
Salle de Mammographie	60 m ²		
RADIOTHERAPIE : 1065 m² (888+177)			
Réception – accueil	15 m ²	Salle de détente « personnel »	2*20 m ²
Attente	2*25m ²	Salle Déshabillage	2 m ²
admission	2*14 m ²	Salle de simulation	40 m ²
Consultation	4*14 m ²	Salle de commande	16 m ²
Sanitaire h/f (patients)	4*12	Sanitaires H/F personnel	2*10 m ²
Salle préparation des masques	20 m ²	Local technique	10 m ²
Salle d'attente	2*50 m ²	Dépôts +archives	20 m ²
Sas	3*3m ²	Salle de travail médecin	20 m ²
Salle déshabillage	3*2m ²	B .médecin chef service	14 m ²
Salle de radiothérapie	3*100 m ²	B. d'assistante sociale	2*12 m ²
B. manipulateurs-radio	16 m ²	B. de psychologue	14 m ²
		Pharmacie	20 m ²
ANATOMO-PATHOLOGIE : 260 m² (210+50)			
Salle de microscope	50 m ²	Salle d'immune histologie	30 m ²
Salle de microscope	50 m ²	Salle de stérilisation	25 m ²
Salle de technique de bases et d'examen extemporané	30 m ²	Dépôt stérile	25 m ²

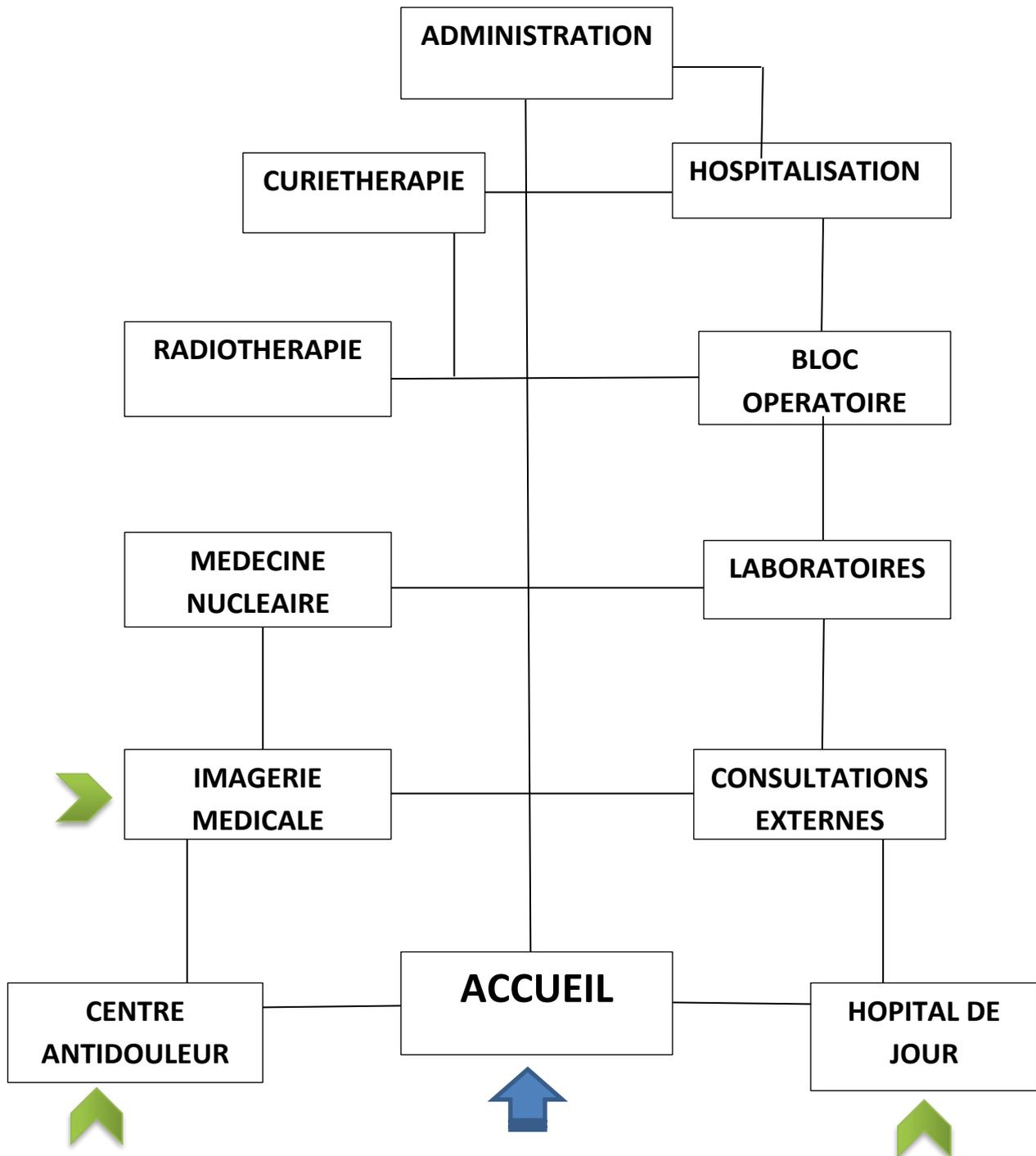
BLOC OPERATOIRE : 798 m² (665+133)			
Salles d'opérations	(2u x 50 m ²)	Linge propre	10 m ²
Sas transit	16 m ²	Linge sale	10 m ²
Préparation malade	20 m ²	Salle de détente	30 m ²
Préparation médecin	16 m ²	Vestiaires	2*10 m ²
Sas brosseage- lavage	2*9 m ²	Infirmierie	20 m ²
Sas	3*9 m ²	Lavage-autoclave	60 m ²
Couloire propre	60 m ²	Dépôts matérielles stérilisés	50 m ²
Couloire sale	60 m ²	Dépôts matériels sales	16 m ²
Salle de réveil	100 m ²	Bureau	20 m ²
Pharmacie	12 m ²		
UNITE DE SOINS INTENSIFS : 595 m² (496+99)			
Chambre à 6 lits	6*18 m ²	Bureau chef service	14 m ²
Chambre d'isolement	2*18 m ²	Bureau médecin	3*14 m ²
Salle pour 4 couveuses	24 m ²	Vestiaires personnel	2*18 m ²
Salle pour 4 berceaux	40 m ²	Sanitaires H/f « personnel »	2*8 m ²
Salle préparation des soins	30 m ²	Salle de staff	30 m ²
B. Surveillants médicaux	14 m ²	Salle de détente	2*20 m ²
Salle de détente	2*20 m ²	Linge propre	10 m ²
Dépôts	6 m ²	Linge sale	10 m ²
HOSPITALISATION CHIRURGIE (20 lits) : 847 m² (706+141)			
Attente	40 m ²	Sanitaires personnel	2*10 m ²
Sanitaires H+F	2*12 m ²	Pharmacie	16 m ²
Chambre de garde	16 m ²	Préparation des soins	16 m ²
Salle de soins	2*18 m ²	Lavage +stérilisation matériels	10 m ²
Chambre 2 lits	8*22 m ²	Stockage stérilisés	20 m ²
Chambre 1 lit	4*16 m ²	Linge propre	10 m ²

Bureau surveillants médicaux	16 m ²	Linge sale	10 m ²
Bureau médecin chef	14 m ²	Dépôts	20 m ²
Bureau de médecins	2*14 m ²	Local électrique	10 m ²
Salle de détente (personnel)	2*20 m ²	Zone distribution repas	50 m ²
Salle de staff	30 m ²	Salle de détente (patients)	2*20 m ²
HOSPITALISATION (60 lits) : 1516 m² (1264+252)			
Attente	40 m ²	Secrétariat	12 m ²
Admission	2*14 m ²	Salle de colloque	30 m ²
Consultation	6*14 m ²	Salle de détente	2*20 m ²
Chambre de garde	3*10 m ²	Vestiaires h/F +WC personnel	2*16 m ²
Chambre 1lit (F)	6*16m ²	Pharmacie	20 m ²
Chambre 2lit (F)	7*24 m ²	Salle de réception des drogues	20 m ²
Chambre 1lit (H)	6*16 m ²	Archives	20 m ²
Chambre 2lit (H)	7*22 m ²	Dépôt Linges propres	10 m ²
Chambre 1lit Enfants	6*16 m ²	Dépôt linges sales	10 m ²
Chambre 2lit Enfants	7*22 m ²	Local technique électrique	10 m ²
B. surveillants médicaux	2*12 m ²	Zone distribution repas	50 m ²
Bureau chef service	14 m ²	Salle de détente (personnels)	2*20 m ²
CURIETHERAPIE : 557 m² (464+93)			
Réception	12 m ²	Vestiaires + WC	2*18 m ²
Salle de soins	14 m ²	Pharmacie	16 m ²
Chambre de garde	12 m ²	Salle de stockage et préparation	20 m ²
Chambre de curiethérapie	10*16 m ²	Radio-pharmacie (labo tiède)	12 m ²
Infirmierie	20 m ²	Labo-chaude	20 m ²
B. de médecin	4*14 m ²	Dépôt Linges propres	10 m ²
B .chef d'unité	14 m ²	Dépôt linges sales	10 m ²
Salle de détente	30 m ²	Local électrique	10 m ²

		Office	12 m ²
LABORATOIRE : 661m² (551+110)			
Hall –attente -réception	60 m ²	Dépôts linges et matériels stériles	30 m ²
B. surveillants médicaux	2*12 m ²	Dépôts linges et matériels propres	25 m ²
Salle de prélèvement	30 m ²	Laverie –autoclave	36 m ²
Salle de collation	20 m ²	Salle de stockage	18 m ²
Réception des prélèvements	20 m ²	Bureau médecin	12 m ²
Labo- d'urgence	10 m ²	B. chef service	14 m ²
Laboratoire hématologie	30 m ²	B .personnel paramédical	16 m ²
Laboratoire immunologie	30 m ²	Secrétariat	12 m ²
Laboratoire microbiologie	30 m ²	Vestiaires personnels	2*12 m ²
Laboratoire parasitologie	30 m ²	Salle de staff	30 m ²
Sanitaires H/F	2*10 m ²	Salle de détente	20 m ²
		Archive	10 m ²
ADMINISTRATION GENERALE : 1039 m²			
- Administration : 619 m² (516+103)			
Réception + attente	60 m ²	Archive	30 m ²
B directeur générale	20 m ²	Bibliothèque	100 m ²
Secrétariat	12 m ²	Salle de stockage des livres	30 m ²
Bureau de sous-directeur	20 m ²	Salle d'informatique	60 m ²
Bureau économiste	14 m ²	Salle de prière	2*14 m ²
Bureau chef de service personnel	14 m ²	Office	20 m ²
Bureau ressources humaines	14 m ²	Bureau des activités médicales	14 m ²
Salle de réunion	60 m ²	Sanitaires H/F	2*10 m ²
- Cafétéria : 165 m² (110+55)			
Cafétéria	80 m ²	Stockage	5 m ²
Plonge	5 m ²	Zone de détente	20 m ²

- Archives et dépôts : 255 m² (170+85)			
Local sous station	20 m ²	Archives central	3*50 m ²
PHARMACIE : 480 m² (400+80)			
Hall d'entrée et distribution	50 m ²	Bureau pharmacien	22 m ²
Préparation médicaments	85 m ²	Chambre de garde	12 m ²
Préparation des commandes	50 m ²	Chambre froide	30 m ²
Salle de détente	30 m ²	Bureau de surveillance	12 m ²
Bureau chef de service	14 m ²	Stockage des médicaments	45 m ²
Secrétariat	12 m ²	Stockage produits inflammables	20m ²
		Vestiaire H/F	2*10 m ²
CUISINE : 588 m² (490+98)			
Bureau chef service	12 m ²	Dépôts légumes secs	60 m ²
Office	20 m ²	Distribution	30 m ²
Plonge	36 m ²	Dépôts légumes frais	40 m ²
Préparation	200 m ²	Sanitaires	18 m ²
Chambres froides	3*8 m ²	Vestiaires	24 m ²
Réserve chariot	26 m ²		
LINGERIE : 628m² (524+104)			
Bureau chef service	12m ²	Repassage	50m ²
Dépôts linges sales	60m ²	Dépôts linges propres	50m ²
Tri et désinfection	60m ²	Distribution	50m ²
Lavage - séchage	150m ²	Stockage	50m ²
Sanitaires	18m ²	Vestiaires	24m ²
REFECTOIRE (patients, personnels) : 760 m² (634 +126)			
Restaurant des patients	120 m ²	Self-services	80 m ²
Restaurant du personnel	180 m ²	Cafétéria	120 m ²
Local distribution	2*30 m ²	Sanitaires H/F (personnels)	2*10 m ²

		Sanitaire h/f (patients)	2*12 m ²
Espaces d'accompagnement : 660 m² (508+152)			
Salle de jeux	3*60 m ²	Souna	2*30 m ²
Salle de détente	2*60 m ²	Boutiques	3*20 m ²
Salon de coiffure	4*16 m ²	Sanitaire h/f	2*12 m ²
STERILISATION CENTRALE : 612 m² (510+102)			
Tri & réception	60 m ²	Traitement des endoscopes	50 m ²
Décontamination	35 m ²	Conditionnement	70 m ²
Cabine de lavage	70 m ²	Stockage	110 m ²
Recomposition des boîtes d'instruments	70 m ²	Autoclave	15 m ²
Prés désinfection	30 m ²		
MORGUE : 233 m² (194+39)			
Salle de reconnaissance	35 m ²	Salle d'ablution	45 m ²
B. médecin légiste	15 m ²	Chambre froide	35 m ²
Attente	10 m ²	Vestiaires /Sanitaires h/f	2*12 m ²
Autopsie	30 m ²		
Locaux techniques : 498 m² (415+83)			
Groupe électrogène	55 m ²	Climatisation	60 m ²
Générateur de secours	60 m ²	Chaufferie	80 m ²
Incinérateur	60 m ²	Fluide médicaux	55 m ²
Déchet	45 m ²		
Surface totale : 15576 m²			

Organigramme globale :

Conclusion de la deuxième partie :

Cette partie basée sur l'identification des problèmes de l'extension d'étude pour rendre la ville de Guelma plus saine, plus dynamique et plus économique, et sur le secteur de la santé à Guelma et le déficit de la prise en charge des malades cancéreux pour cette wilaya.

L'étude des exemples abordés va nous aider à élaborer notre démarche programmatique pour pouvoir ensuite aborder notre projet.

À travers ce travail nous avons pu confirmer l'hypothèse de départ qui dit « Un équipement sanitaire spécialisé (Centre Anti Cancéreux) pouvait être une réponse à ce déficit on limitant ainsi le déplacement des malades vers les wilayas limitrophes ».

Ainsi nous proposons un équipement sanitaire CAC de 120 lits à l'extension sud de Guelma qui reste dans une démarche plus globale celle de développement durable.

Conclusion générale :

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 aborder 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.

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. 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 thématisations 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.

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.

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.

On a vu la stratégie de la république Algérienne pour la lutte contre le cancer et pour répondre au déficit des établissements spécialisés pour cancéreux.

La lutte contre le cancer a été érigée comme une grande priorité nationale à un niveau de mobilisation sans précédent. C'est dans le cadre de cette mobilisation, que se sont inscrits les deux rapports d'évaluation de 2013 dont les recommandations ont conduit tout naturellement à l'élaboration d'un "Plan National Cancer 2015-2019.

Nous avons ensuite procédé à l'étude du cas de la ville de Guelma, et l'analyse des exemples. Et confirmer l'hypothèse de départ qui dit « Un équipement sanitaire spécialisé (Centre Anti Cancéreux) pouvait être une réponse à ce déficit en limitant ainsi le déplacement des malades vers les wilayas limitrophes ».

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 :

Les ouvrages :

- Vie des villes
 - Philippe Panerai, L'analyse urbaine, Ed : Parenthèses éditions, 1999.
- Bâtir pour la santé des enfants/ Suzanne Déoux/MedicoEdition P05.
- Kevin Lynch, L'image de la cité, Ed : Dunod, 1960.
- Ariella Masboungi (2002). Projets Urbains en France, ED : Le Moniteur, Paris.
- Patrizia Angallina (2001). Que sais-je ? Le Projet Urbain : Guide méthodologique, Presse universitaire de France.
- 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, PP. 15-34.
- INGALLINA Patrizia, 2003, le projet urbain, puf (collection : Que sais-je ?), 2ème édition, Paris 2003, 127 pages.
- DEVILLERS Christian, 1996 : le projet urbain, 2ème Éditions du Pavillon de l'Arsenal, Paris, PP. 7-47.
- LINOSSIER Rachel & JATON Verginie, 2004, les récitants du projet urbain, territoires et temporalités, concerter, gouverner et concevoir les espaces publics urbains, Ed, Presses polytechnique et universitaires romandes, Lausanne, P.56.
- Frédérique de Gravelaine, 2002, Projets urbains en France, édition LE MONITEUR.
- Dictionnaire Larousse.

Thèses et mémoires :

- Thèse de master Daoudi Constantine.
- Messaoud BOUDRA, *renouvellement du centre originel de la ville de Guelma Par la démarche du projet urbain*, Mémoire de Magister, Université Mentouri Constantine.
- mémoire de fin d'étude 2010 «Ouman Amina », université de Constantine.
- mémoire de fin d'étude 2018 «Boubekeur Asma », université de Constantine.
- mémoire de fin d'étude 2015 « Bouchemel lamia », Constantine.

Sites web :

- <http://www.euro.who.int/document/e82779.pdf>

- <http://fr.wikipedia.org/wiki/Guelma>
- http://pmb.santenpdc.org/doc_num.php?explnum_id=7020
- <http://www.cfdt-rhonealpes.com/isere/syndicatsisere/santesociauxisere/santemedipoleepida.pdf>
- [http:// La santé en Algérie, Santé en Algérie.html](http://La_santé_en_Algérie,_Santé_en_Algérie.html)
- Sante en chiffres 2015.pdf
- iuct-oncopole_plan_detaille_etage_par_etage_version_patients.pdf
- www.vibarchitecture.com/fr/project/centre-recherche-cancer-inserm-toulouse

Les documents :

- Monographie Guelma.
- PDAU INTERCOMUNAL (Guelma, El Fdjoudj, Ben Djerah, Belkheir).
- Plan d'occupation des sols P.O.S « UC1 » Guelma Sud.
- Plan National Cancer 2015.2019
- PREMIER ATLAS CANCER 2014-2016

ANNEXE I :

Analyse du terrain :

Situation :

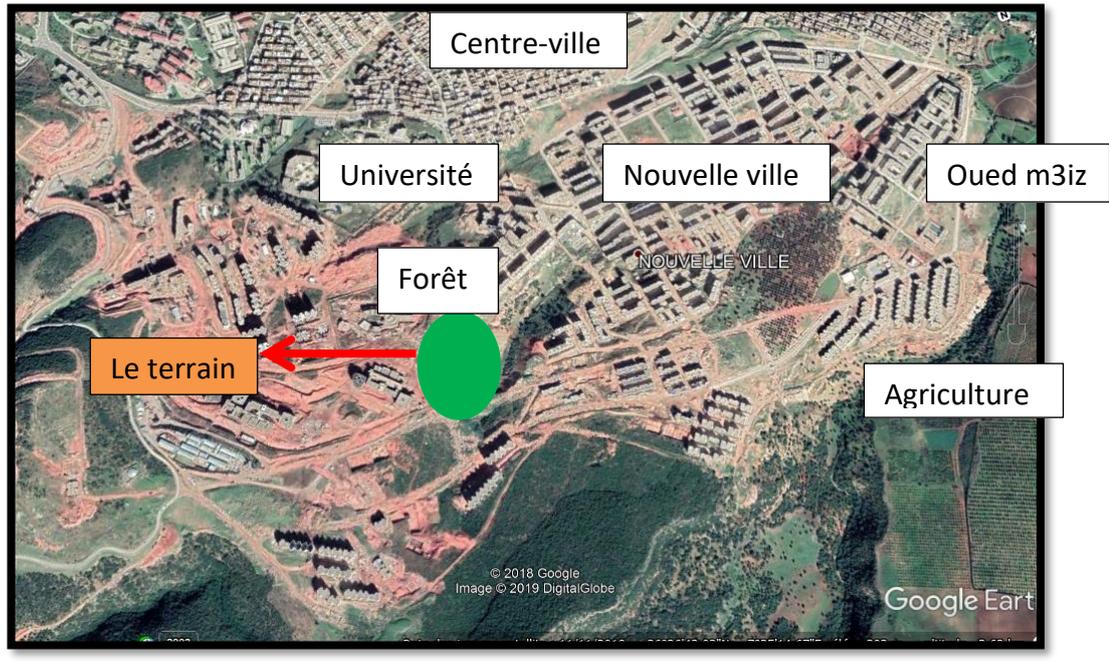


Figure 58: situation du terrain

Le terrain est situé au côté sud-ouest du pos sud extension de la ville de Guelma.

C'est un terrain calme, et à proximité de l'université, le forêt.

Accessibilité :

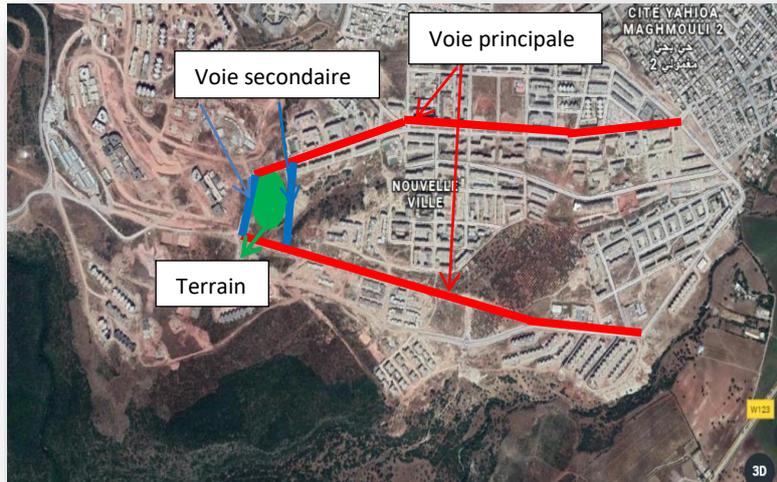


Figure 59: Plan des accès

Le terrain est accessible de tous les côtés ; deux voies principales, et deux voies secondaires.

Accès directe du Nord et de l'est.

Environnement immédiat :

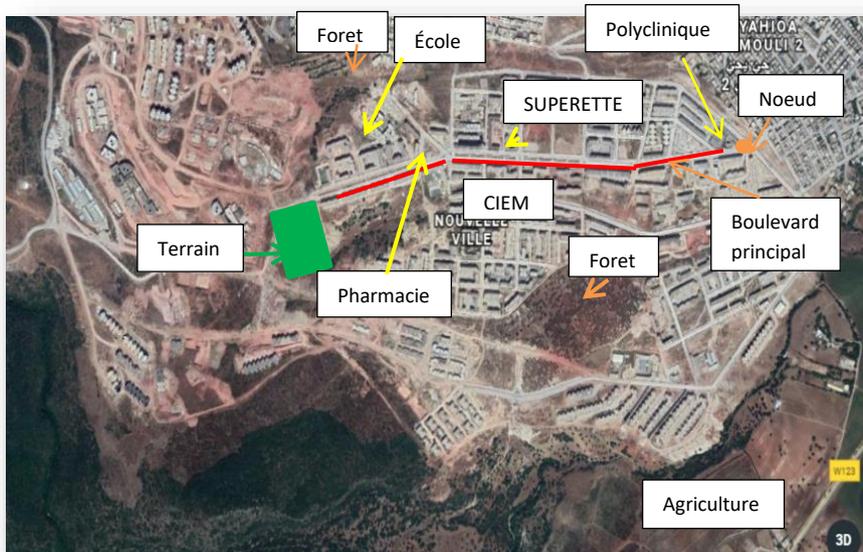


Figure 60: l'environnement immédiat

Morphologie du terrain :



Figure 61: La forme du terrain

Le terrain s'étale sur une surface de 22000m² avec une forme rectangulaire.

Les coupes topographiques :



Profil longitudinal

- La pente maximale : 3.7° - 5.4°
- La pente moyenne : 2.1° - 3.3°
- La dénivelée : 1.85m – 3.73m.



Profil transversal -1-

- La dénivelée : 16m.



Profil transversal-2-

- La dénivelée : 13.7m.

L'enseillement :



Figure 62:l'enseillement de terrain

Le terrain est enseilillé de l'est jusqu'à l'ouest.

Les vents :



Figure 63: les vents dominants du terrain

Le terrain est exposé aux vents dominants :

- Froids qui viennent du côté nord-ouest.
- vents chauds qui viennent du côté sud-est.

Il faut protéger le terrain par des solutions qui se présente par :

- l'implantation des arbres
- faire des formes courbées
- éviter les grandes hauteurs

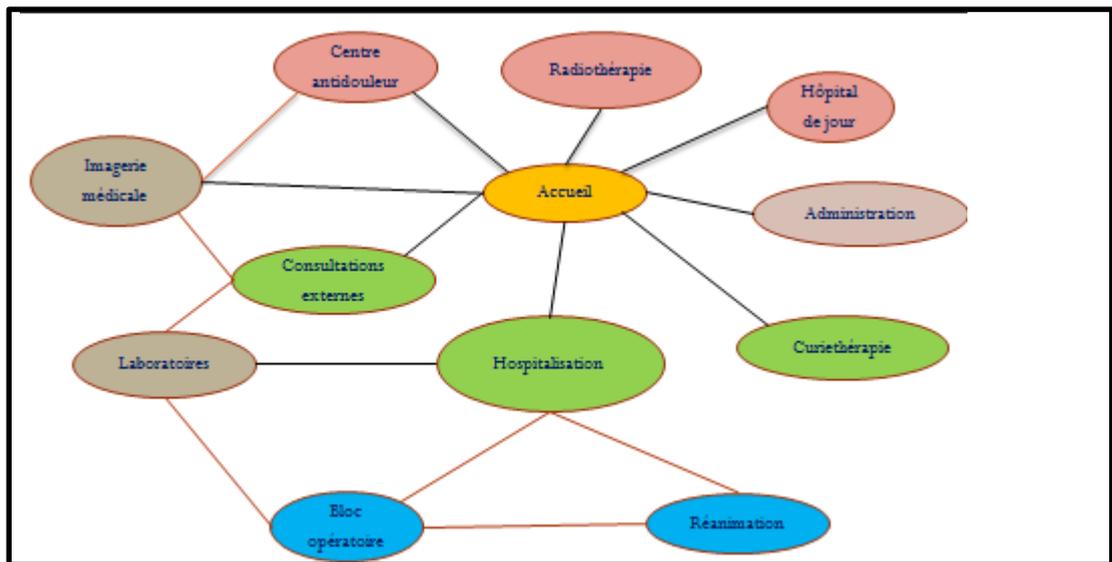
Les avantages :

- le terrain est accessible de plusieurs points.
- Faciliter d'arriver des autres communes.
- bien Ensoleillé et ventilé.
- Loin de la zone industrielle
- Terrain calme
- Proximité de l'université.
- Proximité du foret
- La vue panoramique de la ville.

Les inconvénients :

- Le terrain est accidenté.
- Absence de végétation autour du terrain.

Organigramme fonctionnel :



Relation verticale :

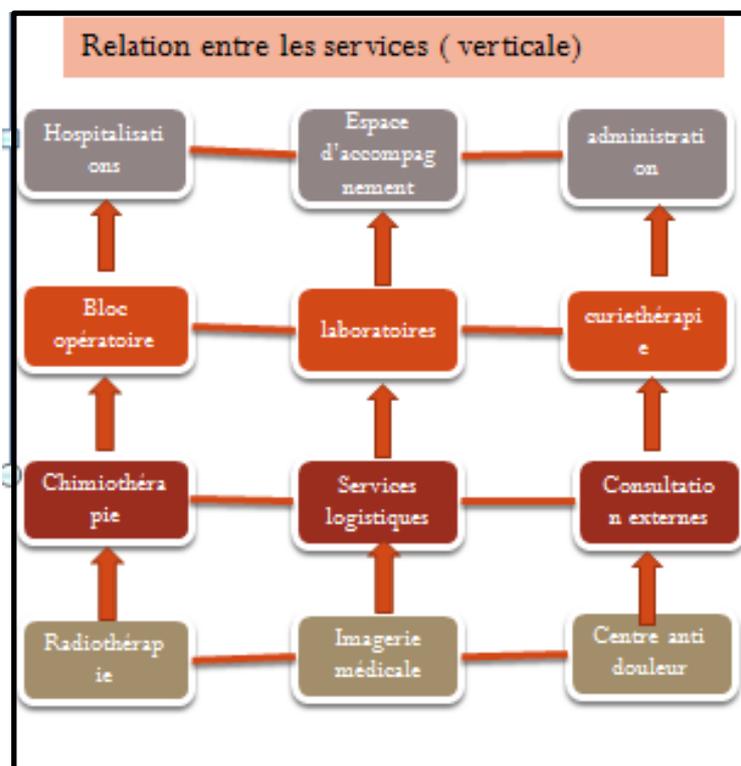
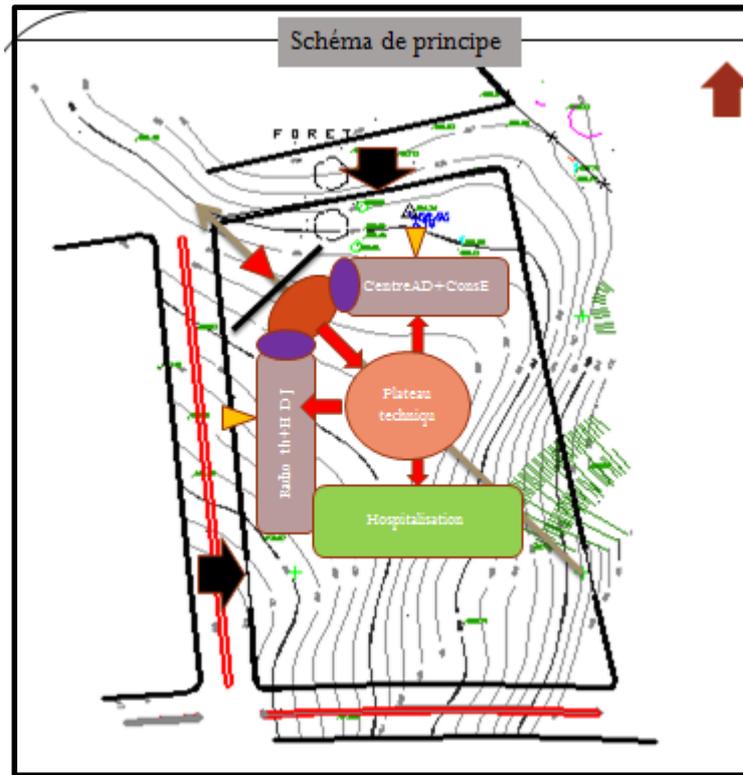
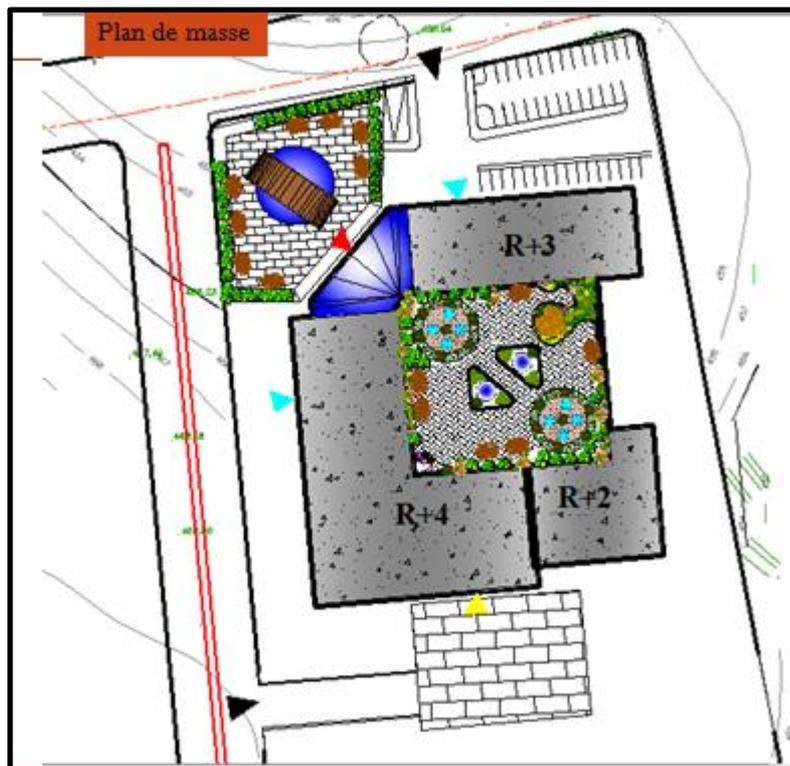


Schéma de principe :



Plan de masse :



ANNEXE II : Exemple architectural :

Centre anti cancéreux de CHU de Constantine :



Figure 64: CAC de Constantine

Source : Google image

Situation :

Ce centre anti cancéreux de 80 lits Situé au centre hôpital universitaire (C.H.U) de Constantine qui se trouve au nord-est du centre-ville (rocher) sur un site rocheux présentant les caractéristiques suivant : Site stratégique, Vue panoramique, Dominant, Culminant et Limite de rocher à 1km du centre ville.

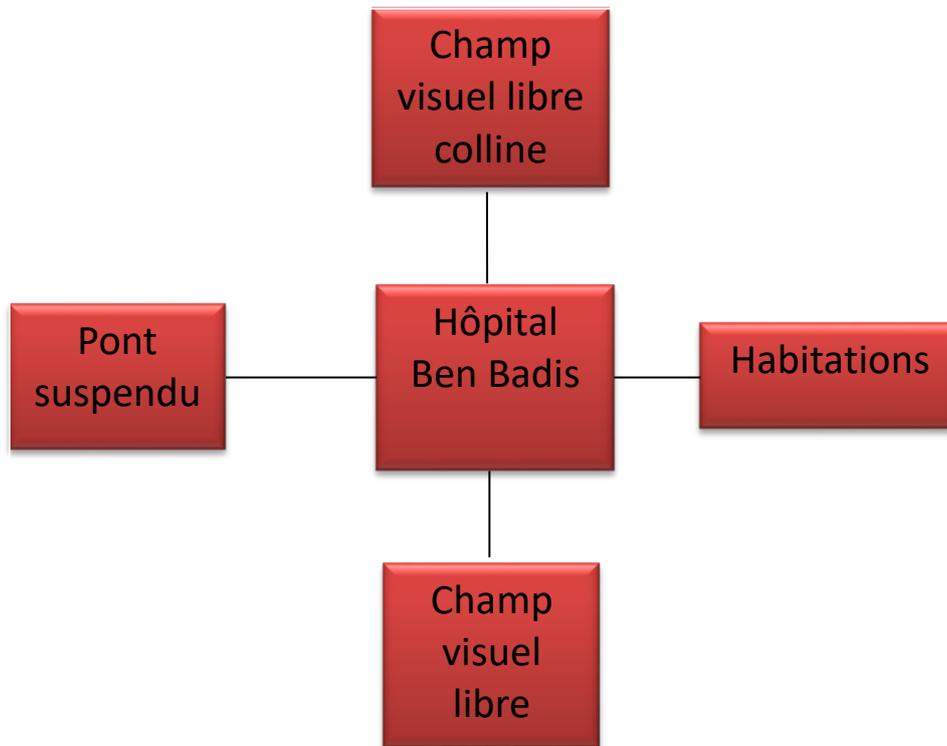


Figure 65: Plan de situation CAC Constantine

Source : Google Earth

ENVIRONNEMENT IMMÉDIAT :

Vue l'environnement de l'hôpital, On peut le considérer comme une zone calme puisque on ne trouve d'habitations que dans la partie Est source de bruit.



L'environnement immédiat de CHU de Constantine

Les accès :



Figure 66: Plan des accès CAC Constantine

Source : Google Map

TERRAIN :

Le terrain est situé à l'intérieure de l'enceinte de l'hôpital civil de Constantine, de forme trapézoïdale, d'une superficie de 1382 m², déclinant une différence de niveau de 4m au niveau est et de 2,75 m au niveau ouest.

La volumétrie :

Le CAC est composé d'un seul volume (mono bloc) circulaire de 20 m de hauteur.

On remarquera un subtil jeu entre avancées et recule dans les façades du bâtiment lui procurant ainsi un équilibre entre son contextuel (le vieux rocher) et son environnement immédiats.

Les façades :



Figure 67: Les Façades CAC Constantine

Source : BET Ghaham Nabil

Dans toutes les façades on remarque :

- Un alignement des ouvertures horizontale et verticale.
- Le plein est supérieur que le vide.

-Utilisation des panneaux en béton.

L'organisation spatiale :

Sous-sol :

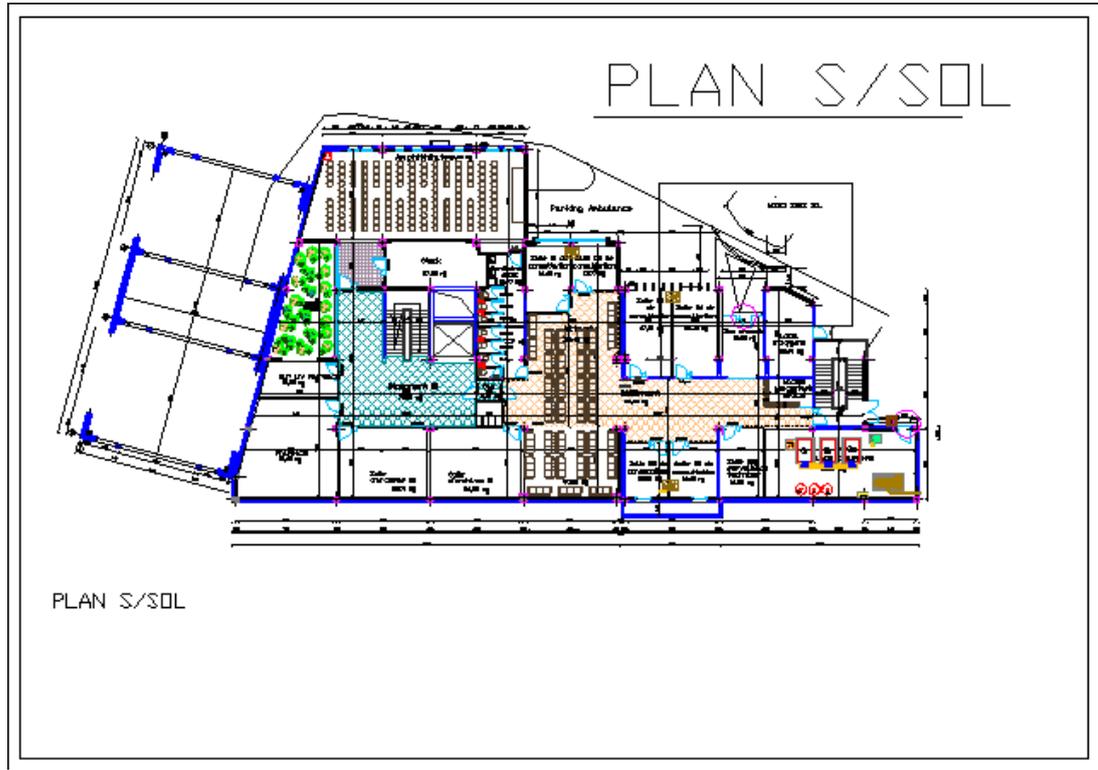
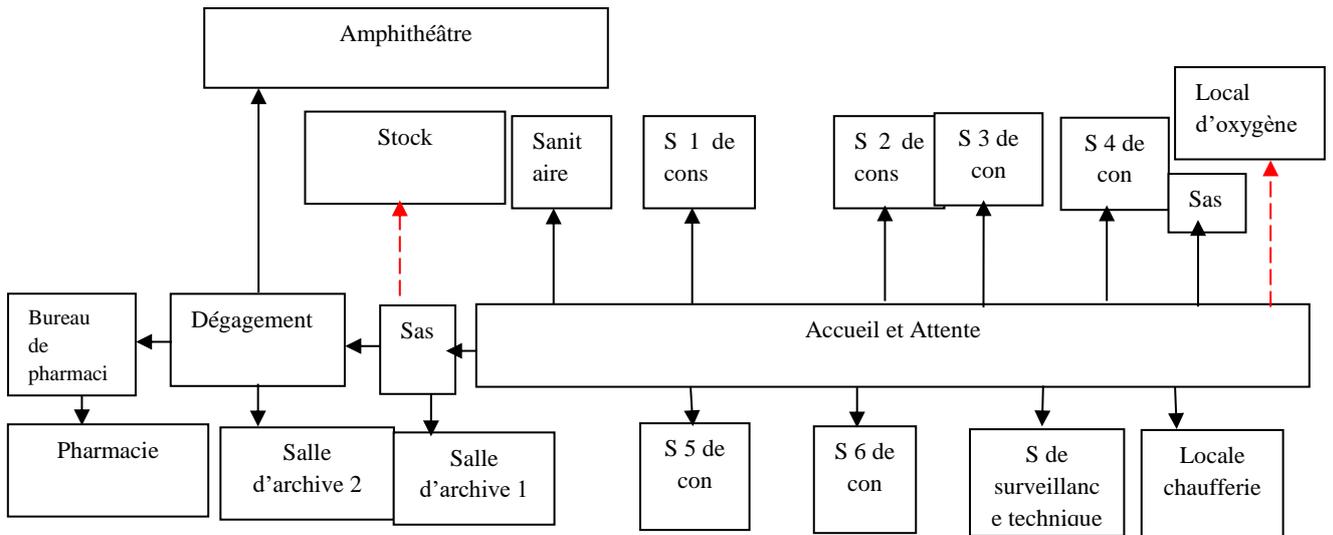


Figure 68: Plan sous-sol

Source : BET Ghaham Nabil

<u>Localisation</u>	<u>Désignation</u>	<u>Surfaces</u>
<u>S/SOL</u>	CONSULTATION ONCOLOGIE 06 salles de consultations externes Pharmacie Amphithéâtre Les archives Locaux techniques	<u>795,75 m²</u>

Organigramme sous-sol :



——> Relation directe

- - - -> Relation indirecte

Au niveau du sous-sol, d'un côté le service de consultation qui constitue de 06 salles organisés autour d'un hall d'accueil et d'autre coté, les locaux services (la pharmacie, stock, les archives, amphithéâtre).

Rez de chaussée :

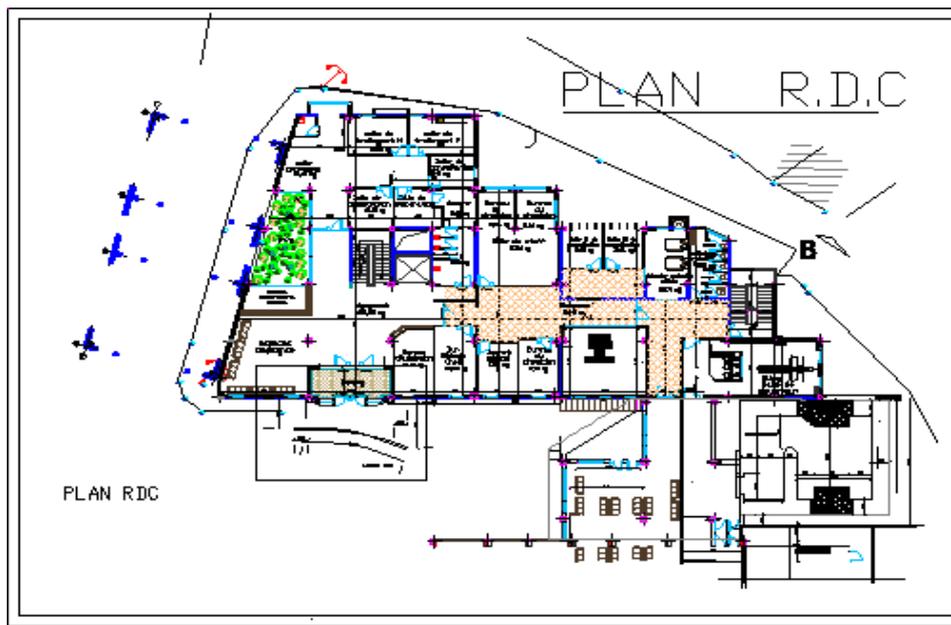
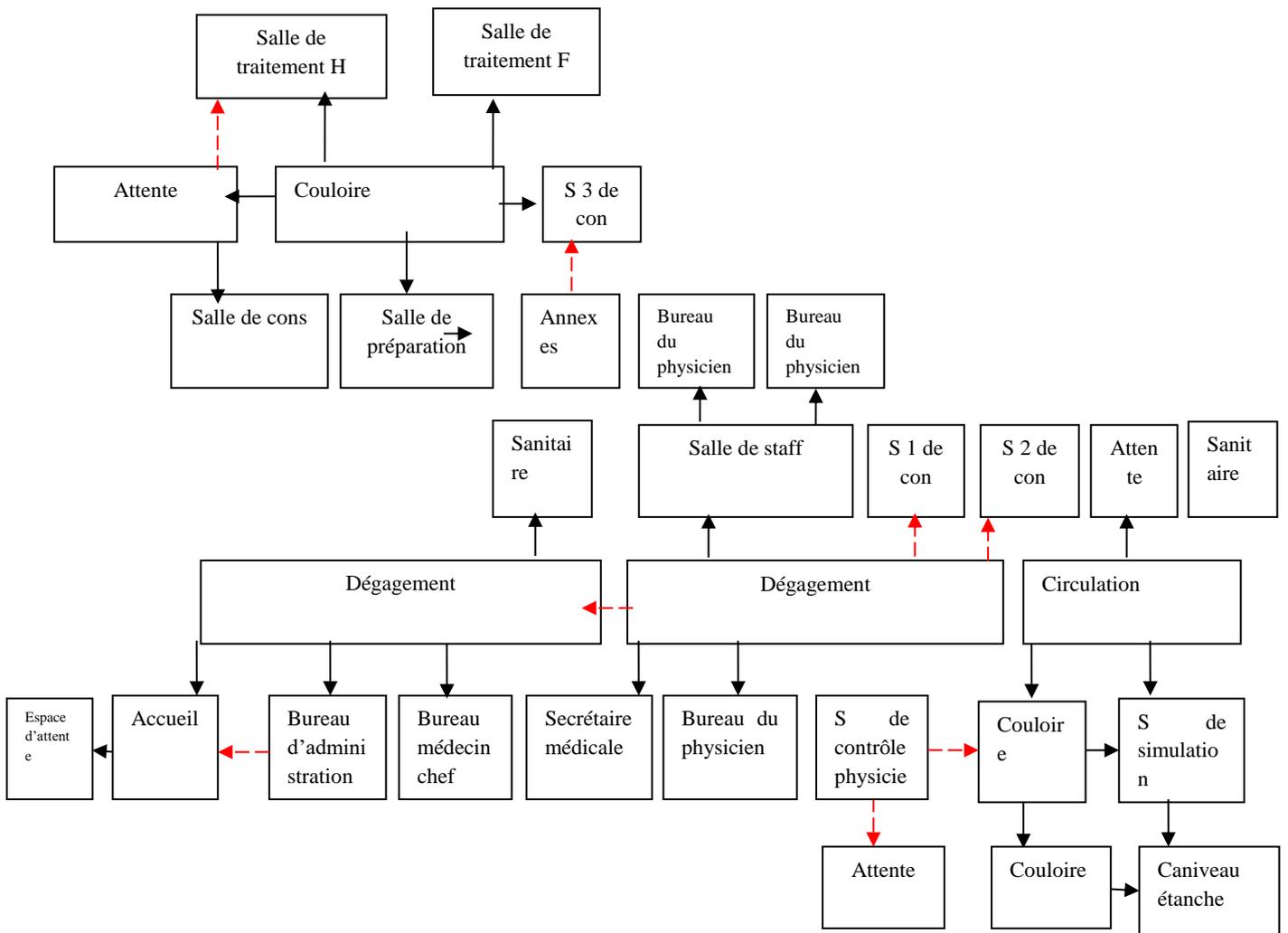


Figure 69: Plan RDC

<u>Localisation</u>	<u>Désignation</u>	<u>Surfaces</u>
<u>RDC</u>	UNITE DE RADIOTHERAPIE Accélérateur (BUNKERS) Unité de physique médicale Attentes et consultations en cours de traitement Espaces administratifs et médicales Hall +Réception +attentes Laboratoire d'analyse + salle de prélèvement	<u>1002,35 m²</u>

Organigramme RDC :



Au RDC l'implantation de service de Radiothérapie à la face de l'accueil, constitué par Salle de traitement H/F, Salle de préparation, Salle de consultation, organisées autour d'un

couloir et au côté gauche de l'accueil ; les 02 salles de consultation, salle de simulation, S de contrôle physiciens, Salle de staff organisées autour des dégagements.

1^{er} étage :

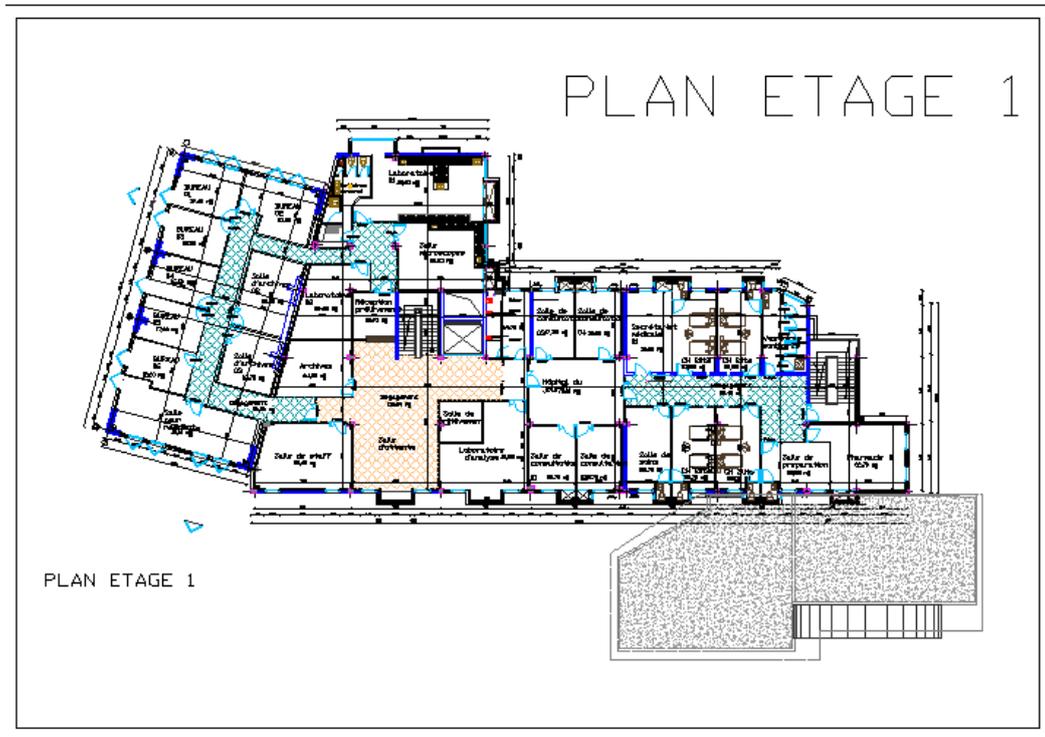
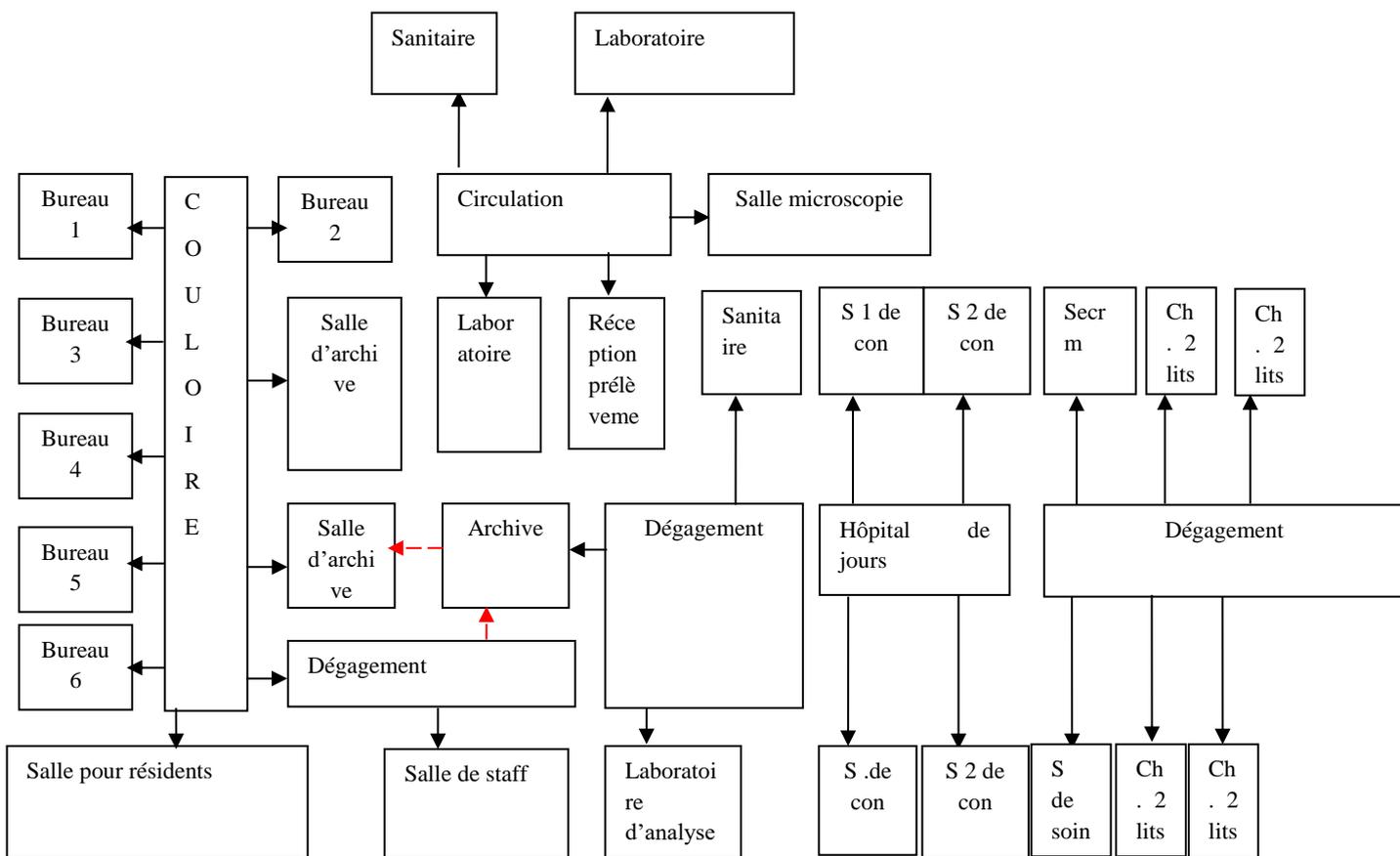


Figure 70: Plan 1er étage

Source : BET Ghaham Nabil

<u>Localisation</u>	<u>Désignation</u>	<u>Surfaces</u>
<u>ETAGE 1</u>	SERVICE D'ANATOMOPATHOLOGIE Laboratoires UNITE D'ONCOLOGIE MEDICALE Hôpital de jour 08 lits + 04 salles de consultations Espaces administratifs et médicales Salles d'archives	<u>993,18 m²</u>

Organigramme 1^{er} étage :



Pour le 1^{er} étage, tout ce qui concerne le Service d'anatomie pathologie (salle de consultation, chambre, salle de soins.....) et l'hôpital de jour d'une même coté organisé

autour d'un dégagement et d'autre coté trouve les laboratoires et des bureaux organisés autour d'un long couloir.

2^{ème} étage :

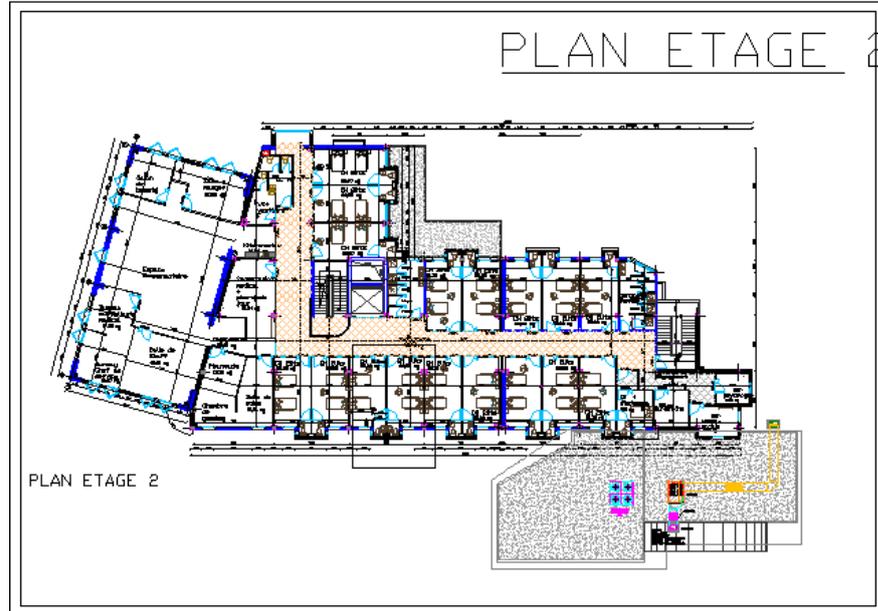
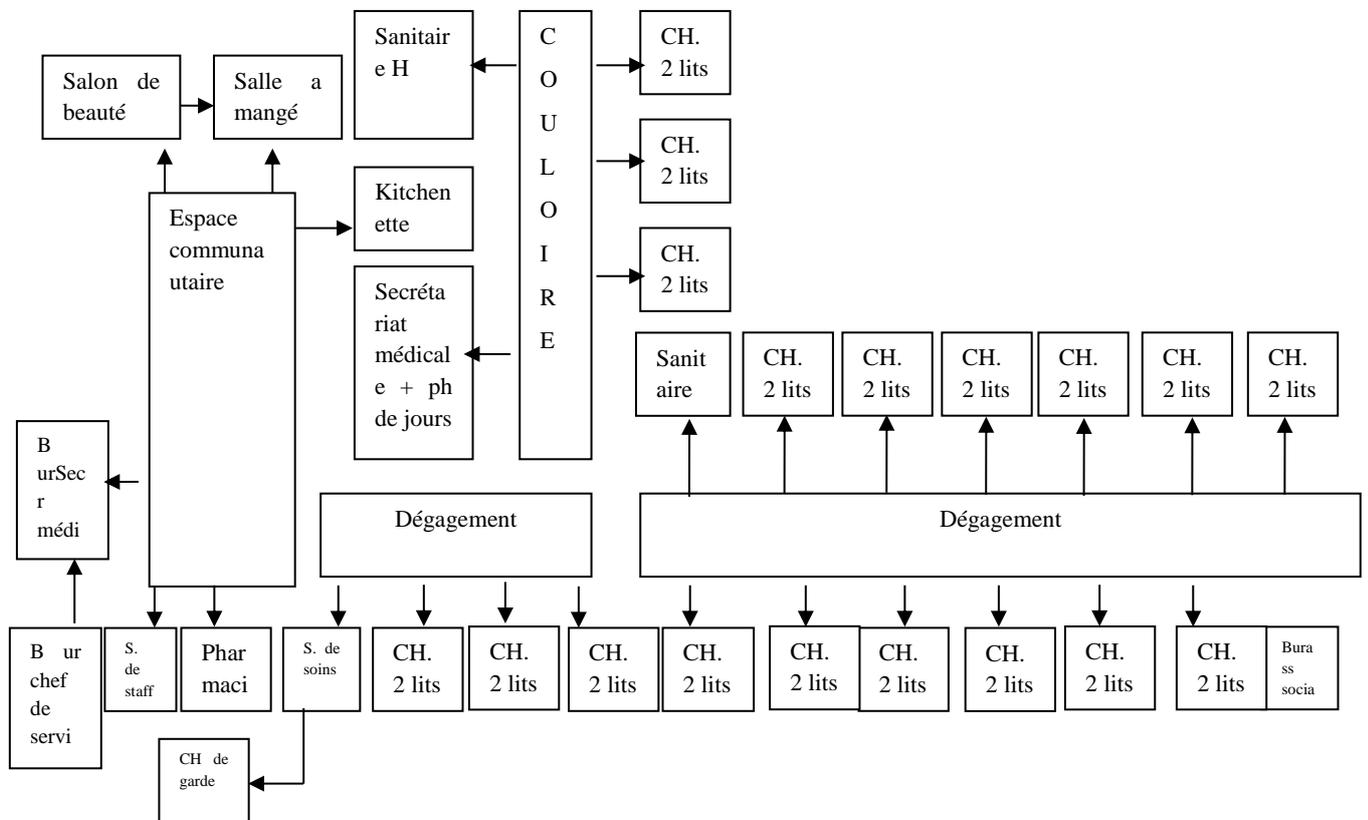


Figure 71: Plan 2ème étage

Source : BET Ghaham Nabil

<u>Localisation</u>	<u>Désignation</u>	<u>Surfaces</u>
ETAGE 2	HOSPITALISATION D'ONCOLOGIE - RADIOTHERAPIE Chambres d'hospitalisation 34 lits Chambres d'isolement 04 lits Salles d'archives Espaces administratifs et médicales	<u>978,18 m²</u>

Organigramme 2^{ème} étage :



Pour le 2^{ème} étage, le service d'hospitalisation D'oncologie radiothérapie d'un côté et d'autre côté un espace administratif et médical autour d'un espace communautaire.

3^{ème} étage :

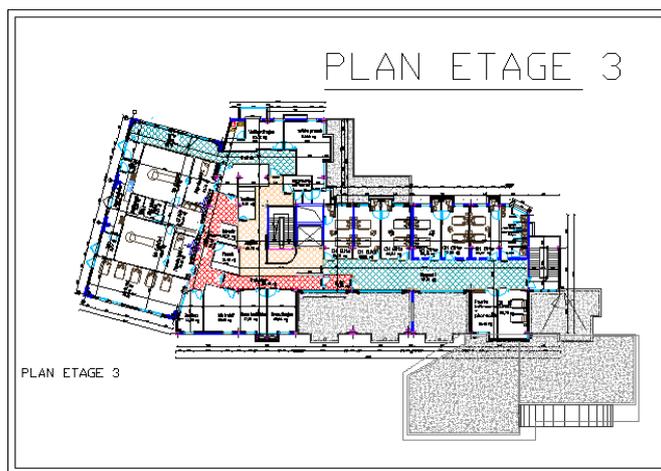
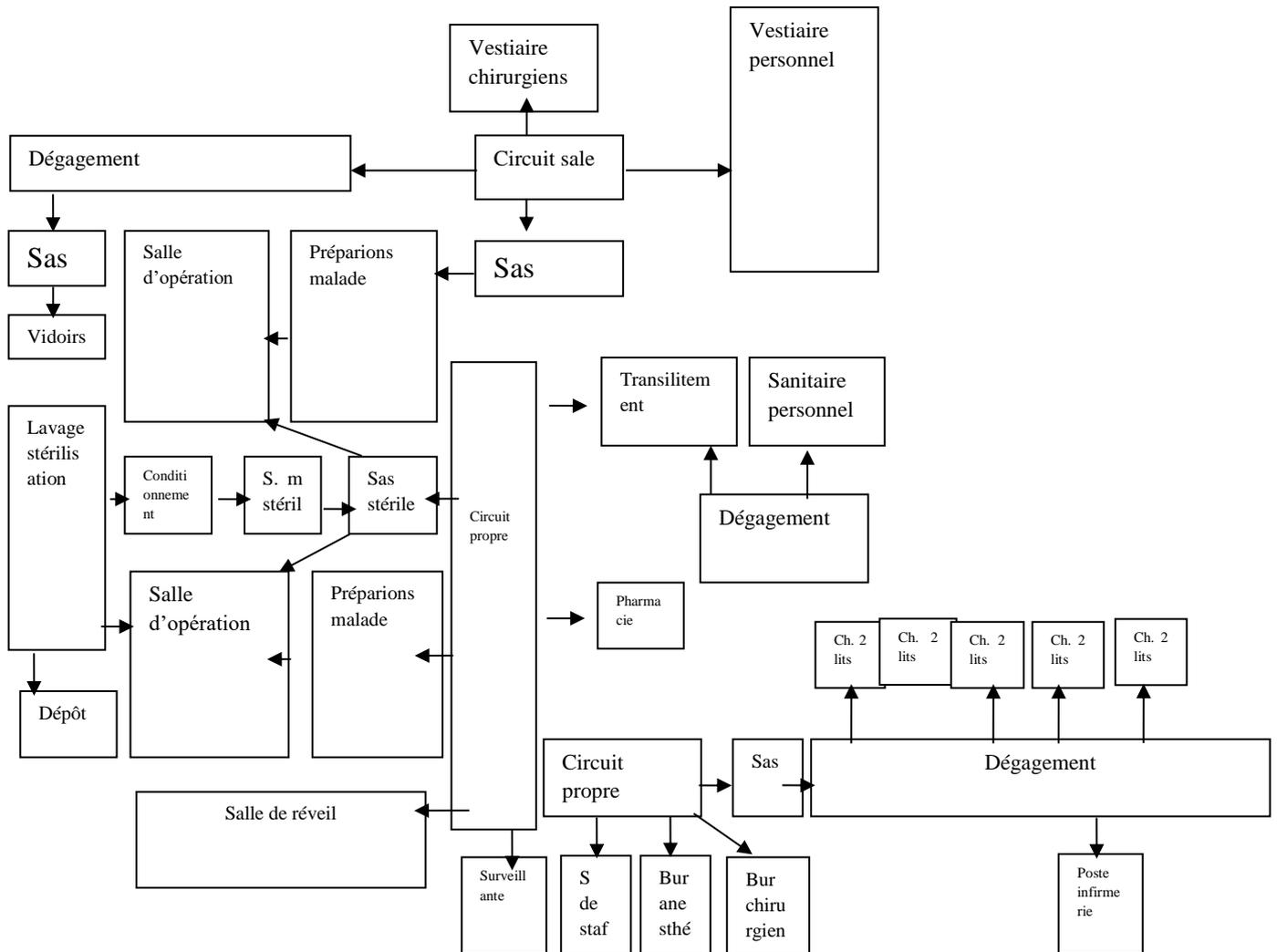


Figure 72: Plan 3^{ème} étage

Source : BET Ghaham Nabil

<u>Localisation</u>	<u>Désignation</u>	<u>Surfaces</u>
<u>ETAGE 3</u>	CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE Plateau technique (02 salles d'opérations) Chambres postopératoires 12 lits	<u>950,09 m²</u>

Organigramme 3^{ème} étage :



Pour le 3^{ème} étage, le service d'hospitalisation chirurgie d'un côté et l'autre côté pour le Plateau technique lourd (le bloc opératoire).

4^{ème} étage :

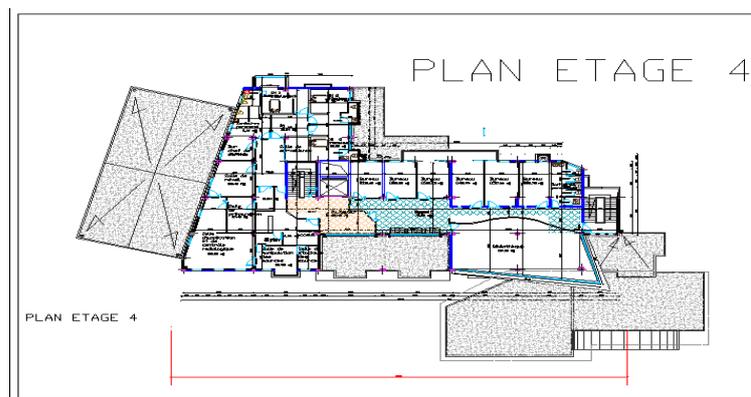
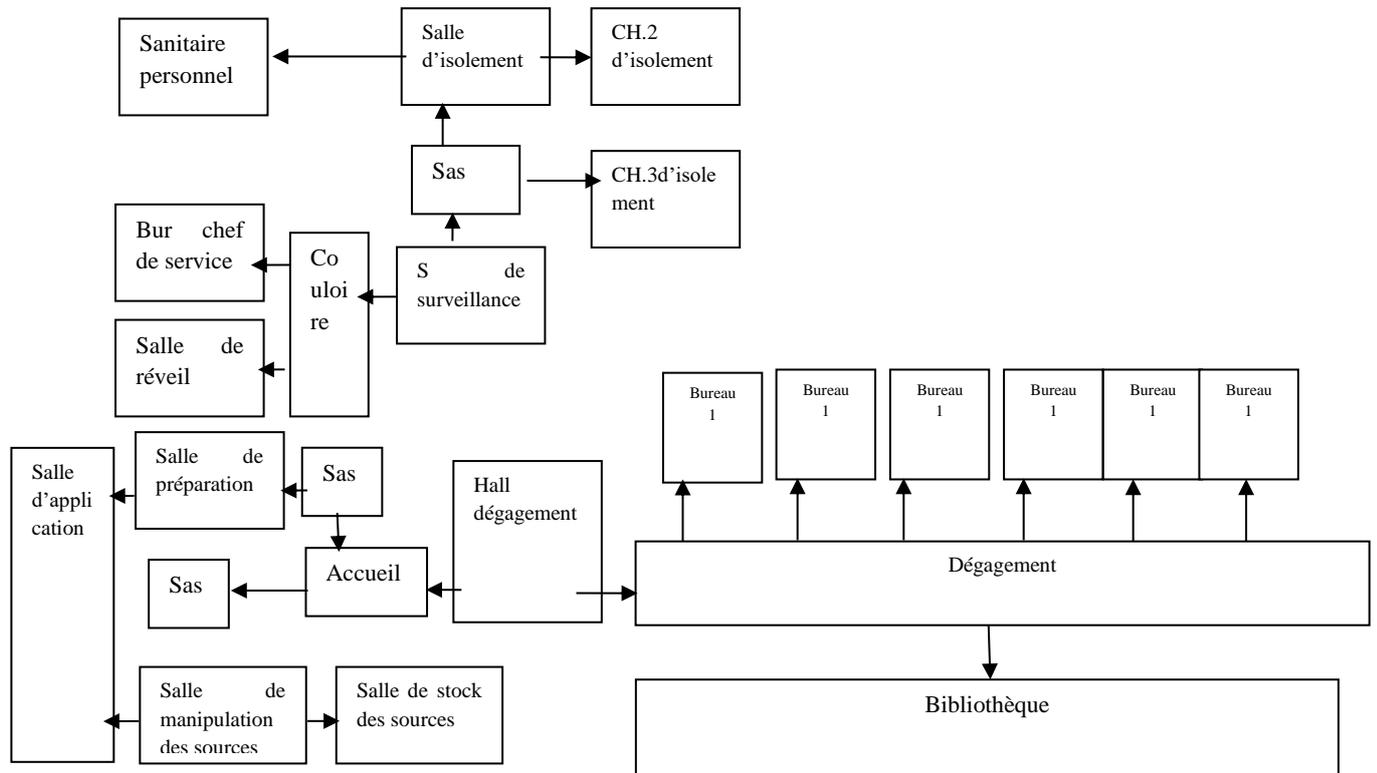


Figure 73: Plan 4ème étage

Source : BET Ghaham Nabil

<u>Localisation</u>	<u>Désignation</u>	<u>Surfaces</u>
<u>ETAGE 4</u>	CURIETHERAPIE Chambres d'isolements 04 lits Plateau technique bibliothèque Espaces administratifs et médicales	<u>878,67 m²</u>

Organigramme 4^{ème} étage :



Pour le 4^{ème} étage, le service de Curiethérapie avec ces différentes salles (Salle d'isolement, Salle de réveil, Salle de préparation, Salle d'application...) organisés autour d'un couloir et hall de dégagement d'un côté et d'autre côté, l'administration avec une bibliothèque.

5^{ème} étage :

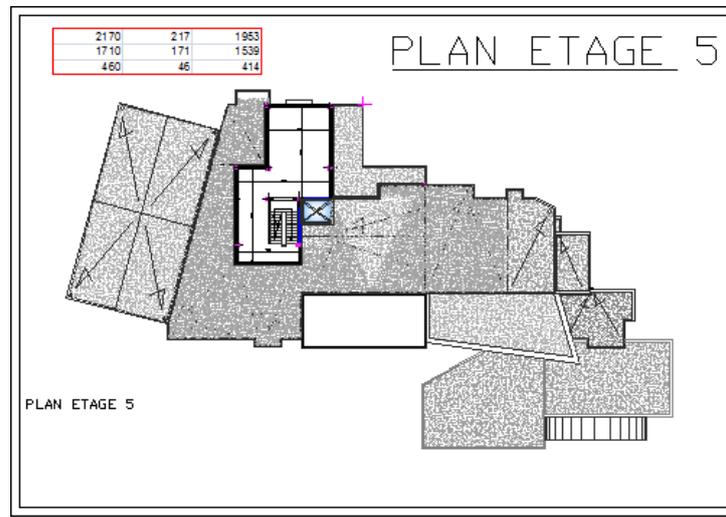
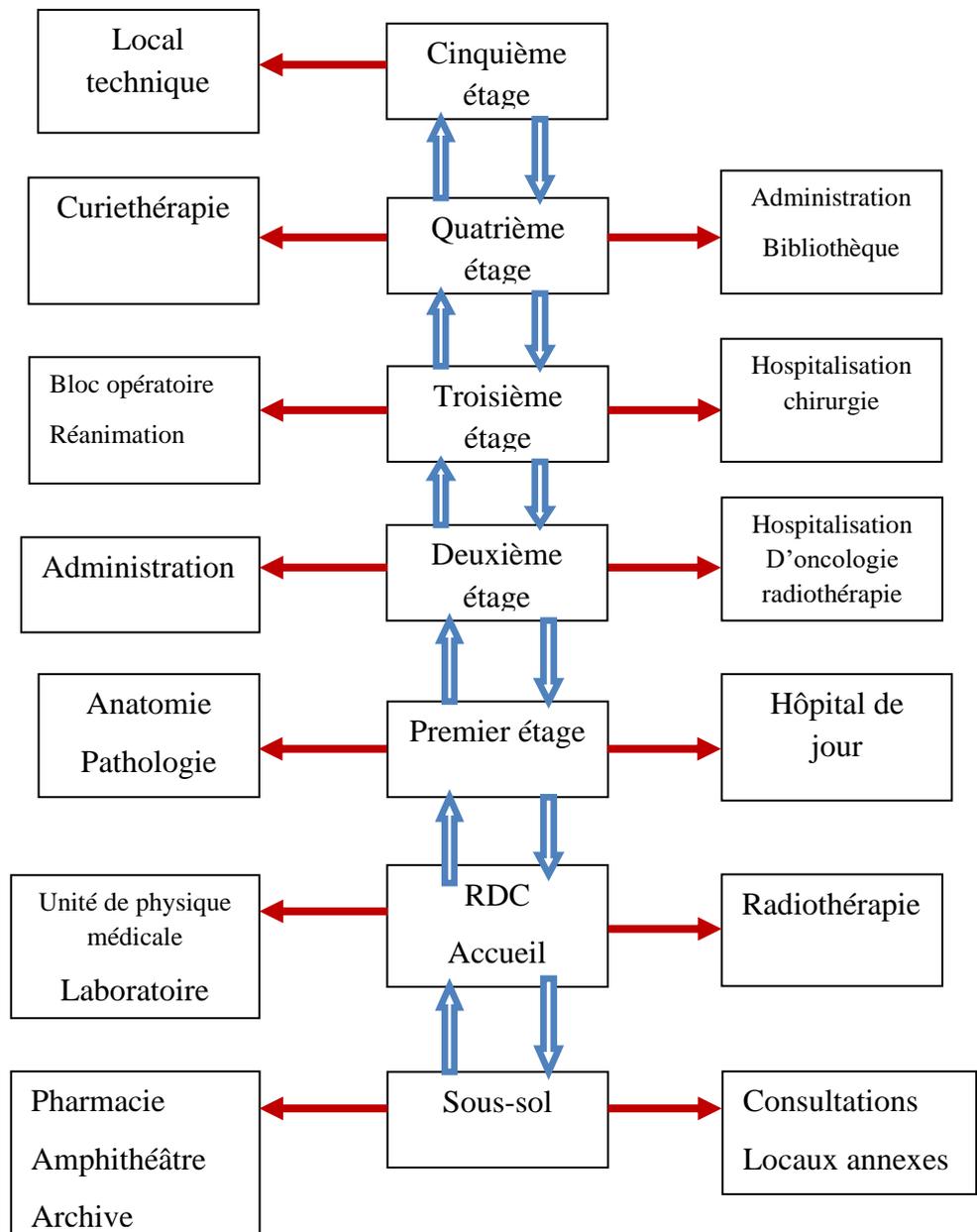


Figure 74: Plan 5^{ème} étage

Source : BET Ghaham Nabil

<u>Localisation</u>	<u>Désignation</u>	<u>Surfaces</u>
<u>ETAGE 5</u>	Local technique Climatisation	119,88 m ²

Organigramme global :



L'organisation prend en considération 3 point fondamentaux :

1- Les flux de circulation :

A- circulation médicale, réservé aux personnels et aux malades.

b-Circulation publique.

c- Circuit logistique.

2- Accueil et orientation

3- La liaison fonctionnelle entre les différents services et plateaux technique du centre.

Synthèse :

- La répartition des services sur différents niveaux.
- L'accueil et hall orientés vers le sud.
- Utiliser les formes régulières.
- La fluidité de la circulation entre les espaces.
- L'emplacement des salles de traitement, les bunkers et les simulateurs au sous-sol afin d'empêcher les radiations de pénétrer la surface.
- Orienter les chambres d'hospitalisation vers l'Est et le Sud pour avoir un maximum d'ensoleillement.

Résumé :

Dans toute société, le plus important est l'être humain, et sa santé. Ils sont à la base de la société, si l'homme est en bonne santé, il peut donner et développer la société dans tous les domaines, mais si il était en mauvaise santé, ce dommage est dû à l'individu et à la société. Depuis l'antiquité la santé joue un rôle important ; comment la préservé était toujours un souci de l'individu.

Le cancer est la pathologie la plus importante du siècle représente une charge particulièrement lourde parce qu'il entraîne plus de souffrances et de drames que n'importe quelle autre maladie , sur le plan personnel et familial il est responsable aussi du plus grand nombre d'années de vies perdues. En outre il est important de signaler que ces dernières années l'incidence et la mortalité du cancer ont connu dans notre pays, une progression particulièrement rapide, voire inquiétante.

Depuis plusieurs années, des programmes et des réalisations et d'énormes moyens humains et matériels ont été mis en œuvre. Ces efforts ont, généré des résultats substantiels, mais apparemment insuffisants en terme d'efficience des parcours de soins. On peut constater que : nous ne disposons pas encore de protocoles consensuels de dépistage du cancer, ainsi les infrastructures hospitalières de lutte contre le cancer reste insuffisante pour prendre en charge tous les cancéreux algériens. De ce fait nous sommes encore loin d'atteindre notre objectif qui est la lutte contre le cancer en Algérie.

C'est pour ces raisons que la lutte contre le cancer a érigé comme une priorité nationale. Les pouvoirs publics ont mis en place un "Plan National Cancer " pour la période 2015-2019 visant à rassembler et organiser, face à ce fléau, les moyens de lutte pour réduire à terme la morbidité et la mortalité de cette maladie et l'amélioration de la démarche préventive contre les facteurs de risque et de la qualité de vie pendant et après le traitement. Des nouvelles mesures et dispositions sont prises en vue de diminuer la tension que connaissent les hôpitaux et les centres de lutte anti-cancer existants, parmi lesquelles un programme pour la réalisation des nouveaux centre spécialisé en cancer à travers le territoire algérien. Ainsi la ville de Guelma nécessite un centre anti cancéreux afin de prendre en charge les cancéreux de la wilaya de Guelma on limitant ainsi le déplacement des malades vers les wilayas limitrophes.

Abstract :

In any society, the most important is human, and the most important thing to people is its health. They are the basis of society, if the man in good health given and developed society in all areas, but if it was in poor health, this damage is due to the individual and society, and especially if the human is active product in his community, and since the seniority health play an important role and concern people how to maintain them.

Cancer is a particularly heavy burden because it causes more suffering and drama than any other personal and family disease; he is also responsible for the greatest number of years of life lost. In addition, it is important to point out that in recent years, the incidence and mortality of cancer has experienced a particularly rapid and even worrying increase in our country.

For several years, programs and achievements involving enormous human and material resources have been implemented. These efforts have generated substantial results, but apparently insufficient in terms of efficiency of care pathways. We can see that : we do not yet have consensual cancer screening protocols, the hospital infrastructures of fight against the cancer remain insufficient to take care of all the cancerous Algerians. As a result, we are still far from reaching our goal of fighting cancer in Algeria.

It is for these reasons that the fight against cancer has become a national priority. The public authorities put in place a "National Cancer Plan" for the period 2015-2019 to gather and organize, in the face of this scourge, the means of struggle to reduce in the long term the morbidity and the mortality of this disease and the improvement of the preventive approach against risk factors and quality of life during and after treatment. New measures and measures are being taken to reduce the tension in existing hospitals and cancer centers, including the creation of the new cancer center throughout the Algerian territory and in the city of Guelma in particular in order to take care of the cancer patients of the wilaya of Guelma, thus limiting the movement of patients to neighboring wilayas.

ملخص

في أي مجتمع ، الأهم هو الإنسان ، وأهم شيء بالنسبة للأشخاص هو صحتهم. إنهم أساس المجتمع ، إذا كان الإنسان بصحة جيدة ، قدم المجتمع وتطوره في جميع المجالات ، ولكن إذا كان في حالة صحية سيئة ، فهذا الضرر يرجع إلى الفرد وإلى المجتمع ، و لا سيما إذا كان الشخص نشطاً في مجتمعه ، وبما أن الصحة تلعب دوراً هاماً في المجتمع منذ القدم ، فهي تلعب دوراً مهماً فيما يتعلق بكيفية الحفاظ عليها.

السرطان عبء ثقيل للغاية لأنه يسبب المزيد من المعاناة والدراما من أي مرض شخصي وعائلي آخر ؛ وهو مسؤول أيضاً عن أكبر عدد من سنوات الحياة المفقودة. بالإضافة إلى ذلك ، من المهم الإشارة إلى أنه في السنوات الأخيرة ، شهدت حالات حدوث وفيات السرطان زيادة سريعة ومثيرة للقلق بشكل خاص في بلدنا.

لعدة سنوات ، تم تنفيذ البرامج والإنجازات التي تنطوي على موارد بشرية ومادية هائلة. لقد ولدت هذه الجهود نتائج كبيرة ، ولكن يبدو أنها غير كافية من حيث كفاءة مسارات الرعاية. يمكننا أن نرى ما يلي: ليس لدينا بعد بروتوكولات توافقية للكشف عن السرطان ، والبنية التحتية للمستشفى لمكافحة السرطان لا تزال غير كافية لدعم جميع مرضى السرطان في الجزائر. نتيجة لذلك ، لا تزال بعيدين عن تحقيق هدفنا المتمثل في مكافحة السرطان في الجزائر.

لهذه الأسباب ، أصبحت مكافحة السرطان أولوية وطنية. وضعت السلطات العامة "خطة وطنية للسرطان" للفترة 2015- 2019 لجمع وتنظيم ، في مواجهة هذه الآفة ، وسائل الكفاح من أجل الحد من الاعتلال ووفيات هذا المرض على المدى الطويل وتحسين النهج الوقائي ضد عوامل الخطر ونوعية الحياة أثناء وبعد العلاج. يجري اتخاذ تدابير وتدابير جديدة لتخفيف حدة التوتر في المستشفيات ومراكز السرطان القائمة ، بما في ذلك إنشاء مركز جديد للسرطان في جميع أنحاء الأراضي الجزائرية وفي مدينة قالمة على وجه الخصوص من أجل رعاية مرضى السرطان في ولاية قالمة ، مما يحد من حركة المرضى إلى الولايات المجاورة.