

**RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

**UNIVERSITÉ LARBI BEN MHIDI – OUM EL BOUAGHI
INSTITUT DE GESTION DES TECHNIQUES URBAINES**

N° d'ordre :/...../2011

N° de série :/...../2011

**Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de Magister
en Architecture et Urbanisme**

**Option: Gestion des villes et développement durable
Présenté par Habchi Tahar**

Thème:
Ville santé et développement durable :
"Entre potentialités et interventions des acteurs,"
étude de cas (Ville nouvelle Ali Mendjeli)

Sous la direction de Mr Kabouche Abdellatif

Jury:

Mr Bouchemal Salah, Professeur à l'Université d'Oum El Bouaghi, président
Mr Kabouche Abdellatif, MC "A" à l'Université de Constantine, rapporteur
Mr Addad M^{ed} Chérif, MC "A" à l'Université d'Oum El Bouaghi, examinateur
Mr Aiche Messaoud, MC "A" à l'Université de Constantine, examinateur

Année universitaire : 2010-2011

Dédicaces

Au nom du dieu le tout puissant, maître de l'univers

Je dédie ce travail à :

- *Ma femme:*

Fatima

- *mes enfants:*

Yousra, Imad Baha Eddine, Alaa Eddine ,Aroua.

A mes collègues:

Aissa, Sami, Khaled, Abdelkader, Amina, soulaf, lamia

Et en particulier Djaafer Djeffal

TAHAR

Remerciements

Je tiens à remercier:

- L'ensemble de la direction de l'institut de gestion des techniques urbaines de l'université Larbi ben Mhidi – Oum El Bouaghi.

Vous avez beaucoup contribué pour l'élaboration de ce modeste travail.

- A monsieur le président et les membres de jury:

vous avez accepté d'évaluer mon travail ; D'avance, je vous remercie pour votre rigueur et votre impartialité.

- Particulièrement mon encadreur: Dr Kabouche Abdelatif:

Vous avez accepté de diriger mon travail. J'ai beaucoup apprécié votre disponibilité et votre rigueur et j'ai toujours profité de vos précieux conseils.

Veillez trouver tous ,ici, l'expression de ma profonde gratitude et mon profond respect.

Table des matières

Introduction générale	1
I – Problématique	5
II – Hypothèses	7
III - Choix du thème	7
IV - Choix du site	7
V – Objectifs de la recherche	8
VI - Méthodologie de la recherche	8
Première partie : Cadre théorique et conceptuel:	
Chapitre 1 : La santé: notions et concepts.	
Introduction	9
Définitions et concepts:	10
1 - / La santé	10
1 – a / Les dimensions de la santé	11
1 - b / Définition d'un indicateur de santé	11
1 - c / Critères de base pour la définition d'indicateurs	12
1 – d / But d'un indicateur de santé	13
1 – e / Types d'indicateurs de santé	13
1 – f / Les facteurs qui déterminent la santé	14
1 - g / Les principaux déterminants de la santé	15
2 - / La maladie	16
3 - / La pathologie	16
4 - / L'épidémiologie	17
4 – a / Les objectifs de l'épidémiologie	17
5 - / La santé publique	18
5 – a / Les objectifs de la santé publique	19
5 – b / Les champs d'application de la santé publique	19
5 – c / Les priorités de la santé publique	19
5 – d / Les critères d'identification des maladies relevant de la santé publique	20

5 – e / Les moyens d'action en santé publique	20
5 – f / Les déterminants et indicateurs de santé publique	21
5 – g / Utilité des indicateurs de santé publique	21
5 - h / Rôle de l'état dans la santé publique	22
6 - / La santé communautaire	22
7 - / Urbanisme et santé.	23
7 – 1 / La santé : un véritable enjeu de société	23
7 – 2 / Impacts de l'aménagement des villes sur la santé	24
7 – 3 / Les interactions entre Urbanisme et Santé	24
7 - 4 / Effets de l'urbanisme sur la santé	25
7 – 5 / La Charte d'Athènes : une approche remise en cause	26
7 – 6 / Objectifs santé : douze objectifs clés pour les urbanistes	27
Conclusion	35
Chapitre 2 : Développement durable et projet "Ville santé".	
Introduction	36
1 - Evolution du concept de santé dans le cadre du développement durable	37
1 – a / - Crise de développement	38
1 – b / - Crise environnementale	38
1 – c / - Crise de sécurité	39
2 / - Le développement durable : Aperçu historique, notions et concepts	39
2 - 1 / - Aperçu Historique du développement durable	39
2 - 2 / Les trois piliers du développement durable	43
2– 2 - 1 / Le pilier économique	43
2 – 2 - 2 / Le pilier social	43
2 – 2 - 3 / Le pilier environnemental	43
2 – 3 / - L'Agenda 21 : un cadre pratique du développement durable	44
2 – 4 / - Influence des facteurs environnementaux sur la santé	48
3 / - Les réflexions autour du projet "Ville santé"	50

3 -1 / - La déclaration d'"Alma-Ata	50
3 - 1 / - Les principes de la Santé pour tous	50
3 - 2 / - La charte d'Ottawa	51
3 - 3 / - la "Charte d'Aalborg	52
3 - 4 / - Principaux éléments du Plan d'action de Lisbonne la Charte à la pratique	52
3 - 5 / - Programme "SANTÉ 21"	53
3 - 5 / - Conditions indispensables à la santé	54
4 - Genèse du Projet "Ville-santé" de l'OMS	55
4 - 1 / - Définition de la ville santé	56
4 - 2 / - Critères définissant une Ville-Santé	57
4 - 3 / - Les thèses de ville-santé	58
4 - 3 - 1 / - La thèse de l'écologie urbaine	58
4 - 3 - 2 / - La thèse de l'environnement	58
4 - 3 - 3 / - La thèse du milieu, ou de l'hygiène du milieu	58
5 / - Etude de cas d'un projet ville santé	59
5 - 1 / - Réseau français des Villes-Santé de l'OMS	60
5 - 2 / - Les objectifs du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS	60
5 - 3 / - Les activités du réseau français des Villes-Santé de l'OMS	60
5 - 4 / - Indicateurs du projet villes-santé	61
5 - 5 / - le choix des Indicateurs	61
5 - 6 / - Liste de quelques indicateurs du projet villes-santé	62
Conclusion	64
Chapitre 3 : La politique de la santé en Algérie''.	
Introduction	65
I - La politique de la santé en Algérie	66
I - 1 - La première phase : L'état acteur principal	66
I - 2 - La deuxième phase : La libéralisation et l'émergence de nouveaux acteurs	68

I - 2 – 1- les réformes juridiques	68
I - 2 – 2- Adoption d'une charte nationale de la santé	69
I - 2 – 2- a - Des principes fondamentaux de la politique nationale de la santé	69
I - 2 – 2- b - Les priorités de la politique nationale de la santé	70
I - 2 – 2- c - Des principes directeurs de l'organisation du système national de santé	71
I - 2 – 2- d - Le financement de la santé	72
II – Les réformes du secteur sanitaire: bilan et inventaire	73
III – Etude comparative avec les pays Maghrébins	82
IV – Coopération Algérie – organisation mondiale de la santé (OMS)	87
1- Présentation de l'organisation mondiale de la santé (OMS)	87
1- a – cadre politique et institutionnel	87
1- b – Buts et mission de l'OMS	87
1- c – nouvelles méthodes de travail	87
1- d – Orientations stratégiques	88
1- e – Fonctions essentielles	88
1- f– Priorités mondiales et régionales	89
1- g –1 - Priorités mondiales	89
1- g –2 - Priorités régionales	90
1- h - Pour une OMS plus efficace au niveau des pays	90
2 – Représentation de l'OMS en Algérie	91
2 – a – Ressources budgétaires	93
2 – b – domaines d'interventions	94
2 – c – Forces et faiblesses de la coopération	95
2 – d – Buts et missions de la coopération	98
Conclusion	99
Deuxième partie : Etude de cas : la ville nouvelle Ali Mendjeli.	
Chapitre 4 : Présentation du cas d'étude – ville nouvelle (Ali Mendjeli)	
introduction	100

I / Evolution urbaine de la ville de Constantine	101
1 / La période coloniale (1837-1962)	101
2/ La période postindépendance	102
II / Emergence de la ville nouvelle Ali Mendjeli	105
1 / Chronologie de L'émergence de la ville nouvelle à Constantine	105
2/ Les objectifs de la ville nouvelle	110
3/ Le choix du site	111
III / Etude du cadre physique	113
1 - Situation	113
2 - Topographie et potentialités paysagères	114
3 - Climat	114
3 – a- Les températures	114
3 – b - Les précipitations	114
4 - Etude géotechnique	115
5 -Etude hydrogéologique	116
IV / Les perspectives de la ville nouvelle	117
1/ L'organisation spatiale de la ville nouvelle	117
2 /Principes directeurs d'aménagement urbain	119
2 – 1 / Sécurité	120
2 – 2 / Accessibilité	120
2 – 3 / Attractivité	120
2 – 4 / Polyfonctionnalité	120
2 – 5 / Phasage	120
2 – 6 / Rôle régional	120
3 / Les différents éléments composants la ville	121
3 – 1 / Centre et centralité	121
3 – 2 / La voirie	123
3 – 3 /Typologie et densité des constructions	125

3 – 4 / Les activités commerciales et les équipements	125
a - Les équipements scolaires	126
b - Les équipements administratifs et d'affaires	127
c - Les équipements universitaires	128
d - Les équipements de loisirs	128
3 – 5 / Places centrale et placettes	129
3 – 6 / Les espaces verts	129
3 – 7 / Zones d'activités multiples	130
3 – 8 / Liaison de la ville nouvelle avec l'autoroute Est-Ouest	131
4 / Le logement	132
4 – 1 / L'habitat social	132
4 – 2 / L'habitat promotionnel aidé LPA	132
4 – 3 / Logement en location vente	133
4 – 4 / Logement en promotion immobilière privée	133
4 – 5 / Logement privé individuel	133
5 / La viabilité	137
6 / La santé	138
Conclusion	141
Chapitre 5 : interventions des acteurs de la ville nouvelle Ali mendjeli.	
introduction	142
I - L'analyse socio-économique de la population	143
I – 1 – Pyramide des âges	143
I – 1 –1 - Fonctions des parents	144
I – 1 –2 - les revenus	145
I – 1 –3 - répartition des dépenses selon les revenus	146
I – 1 – 4 - Niveau d'instruction des parents	149
II – Le logement	150
II –1 - La typologie	150

II -2 - La répartition des logements selon les formules d'acquisition	151
II -3 - La répartition des logements selon les pièces	152
II -2 - La répartition des logements selon la nature juridique	153
III – Dimension écologique (l'environnement)	154
III – 1 – Les espaces verts	154
III – 2 – L'alimentation en eau potable	157
III – 3 – L'assainissement	159
III – 4 – les déchets	160
IV – L'état de santé	165
V – Situation sécuritaire	167
VI – Le transport	168
VII – Equipement et moyens de commodités	169
VII – 1 – Moyens de base	169
VII – 2 – Moyens de commodités	170
VIII – Implication dans le mouvement associatif	171
VIII -2 - Contribution du mouvement associatif	172
Conclusion	174
Conclusion générale	177

Liste des tableaux.

Tableaux	page
Tableau n° 1 : Styles de vie sains	28
Tableau n°2 : Cohésion sociale	28
Tableau n°3 : Qualité du logement	29
Tableau n°4 : L'accès au travail	29
Tableau n°5 : Accessibilité aux équipements et services	30
Tableau n° 6 : la sécurité	30
Tableau n° 6 : Production locale de denrées alimentaires avec faible apport d'engrais et de pesticides	31
Tableau n° 8 : l'égalité	32
Tableau n° 9 : Qualité de l'air et esthétique	32
Tableau n° 10 : Qualité de l'eau et des équipements sanitaires	33
Tableau n° 11 : Qualité des terres et ressources minérales	33
Tableau n° 12: Stabilité du climat	34
Tableau n° 13: Evolution de quelques indicateurs démographiques des pays maghrébins	82
Tableau n° 14: Indicateur de l'espérance de vie à la naissance par an aux pays maghrébins	83
Tableau n° 15: Evolution des dépenses nationales dans le domaine de la santé aux pays maghrébins (en % du PIB)	84
Tableau n° 16: Dépenses dans le domaine de la santé aux pays maghrébins selon nature	85
Tableau n° 17: Dépenses dans le domaine de la santé par habitant par rapport au pouvoir d'achats (en dollars) aux pays maghrébins	86
Tableau n° 18 : Superficie des unités de voisinage	118
Tableau n° 19: Capacité d'accueil en logement et populations	135
Tableau n° 20 : Programme de logements à la nouvelle ville par UV	136
Tableau n°21 : Répartition de la population par tranche d'âge.	143
Tableau n°22 : fonction des parents.	144
Tableau n°23 : répartition des revenus.	145
Tableau n°24 : niveau d'instruction des parents	149
Tableau n°25 : typologie du logement	150
Tableau n°26 : répartition des logements selon formules d'acquisitions du logement	151
Tableau n°27 : répartition des logements selon le nombre de pièces	152
Tableau n° 28 : répartition des logements selon la nature juridique	153
Tableau n°29 : possession d'un jardin personnel.	154
Tableau n°30 : branchement au réseau d'AEP	157
Tableau n° 31: réaction des citoyens à propos des débits	158
Tableau n° 32: branchement au réseau d'assainissement	159
Tableau n° 33 : personnel assurant la mission de l'ONA.	159
Tableau n° 34 : état mensuel du matériel roulant au niveau du centre	159
Tableau n° 35: système de collecte des déchets ménagers	161
Tableau n°36 : moyens utilisé pour le dépôt des déchets	162
Tableau n°37: l'heure de dépôt	162
Tableau n°38 : l'organisme de collecte	163
Tableau n°39 : répartition des entreprises selon les zones	164
Tableau n° 40 : répartition des caissons selon les zones	165
Tableau n° 41 : état de santé des citoyens	166
Tableau n° 42 : Destination des citoyens pour les soins	166

Tableau n° 43 : la situation sécuritaire	168
Tableau n° 44 : moyens de transport	169
Tableau n° 45 : la dotation de moyens de base	170
Tableau n° 46 : les moyens de commodités	171
Tableau n°47 : taux d'adhésion dans le mouvement associatif	172
Tableau n°48 : participation de la population.	173
Tableau n°49: exemples de réclamations et interventions à propos des déchets	174

Liste des schémas.

Schémas	page
Schéma n° 1 : Types d'indicateurs de santé	13
Schéma n° 02 : Les facteurs qui déterminent la santé.	14
Schéma n° 03 : Les principaux déterminants de la santé.	15
Schéma n° 04 : Le développement durable	41
Schéma n° 05 : Les trois piliers du développement durable.	44
Schéma n° 06 : Le défi du développement durable.	48
Schéma n° 07 : Concepts clés de la santé et du développement durable.	49
Schéma n° 08 : Organisation de la ville nouvelle.	117
Schéma n°09 : Limites des Unités de voisinage- Source : DUC de Constantine	118
Schéma n° 10 : Plan d'aménagement global du boulevard principal.	122
Schéma n° 11 : disposition du réseau routier à Ali Mendjeli.	123

Liste des histogrammes.

histogrammes	page
Histogramme n° 01: le nombre des infrastructures.	73
Histogramme n° 02: évolution des capacités d'accueil en nombre de lits	74
Histogramme n° 03: Etablissements hospitaliers spécialisés au niveau national.	76
Histogramme n° 04: les infrastructures extrahospitalières.	77
Histogramme n° 05 : Evolution du personnel médical dans le secteur sanitaire.	78
Histogramme n° 06: évolution du personnel médical dans le secteur privé.	80
Histogramme n° 07 : Evolution des ressources budgétaires entre l'Algérie et l'OMS.	93
Histogramme n° 08 : fonction des parents	144
Histogramme n° 09: répartition des revenus	145
Histogramme n° 10 : répartition des dépenses pour les revenus inférieurs à 15000 DA	146
Histogramme n° 11: répartition des dépenses pour les revenus entre 15000 et 20000 DA	146
Histogramme n° 12 : répartition des dépenses pour les revenus entre 20000 et 30000 DA	147
Histogramme n° 13: répartition des dépenses pour les revenus entre 30000 et 40000 DA	147
Histogramme n° 14: répartition des dépenses pour les revenus entre 40000 et 50000 DA	147
Histogramme n° 15 : répartition des dépenses pour les revenus plus de 50000 DA	148
Histogramme n° 16: récapitulation des dépenses en matière de soins selon les revenus	148
Histogramme n° 17: niveau d'instruction des parents	149
Histogramme n° 18 : typologie du logement	150
Histogramme n° 19 : répartition des logements selon formules d'acquisitions du logement	151
Histogramme n° 20: répartition des logements selon le nombre de pièces	152
Histogramme n° 21: répartition des logements selon la nature juridique	153
Histogramme n° 22 : jardin personnel.	154
Histogramme n° 23 : Etat des espaces verts.	155
Histogramme n° 24 : Alimentation en eau potable	157
Histogramme n° 25: réaction des citoyens à propos du débit	158
Histogramme n° 26: le système de collecte des déchets	161
Histogramme n° 27 : moyens utilisé pour le dépôt des déchets	162
Histogramme n° 28: heure de dépôt	162
Histogramme n° 29 : l'organisme de collecte	163
Histogramme n° 30 : état de santé des citoyens	166
Histogramme n° 31: Destination des citoyens pour les soins	167
Histogramme n° 32 : la situation sécuritaire	168
Histogramme n° 33 : moyen de transport	169
Histogramme n° 34 : la dotation de moyen de base	170
Histogramme n° 35: les moyens de commodités	171
Histogramme n° 36 : taux d'adhésion au mouvement associatif	172
Histogramme n° 37 : participation à des campagnes de sensibilisation.	173

Liste des figures.

Figures	page
Figure n° 01 : <i>Ville de Constantine en 1837</i>	101
Figure n° 02: <i>Ville de Constantine. Extension urbaine</i>	104
Figure n° 03: Le 1 ^{er} plan de la ville nouvelle (conception à base de quartiers)	106
Figure n° 04 : Le 1 ^{er} plan de la ville nouvelle (conception à base de quartiers)	110
Figure n° 05 : Situation de la ville nouvelle – Photo satellite	111
Figure n° 06 : <i>Etude de l'élaboration du SCU de Constantine</i>	113
Figure n° 07 : proportion des catégories de logements	134
Figure n° 08 : Surface consacré à l'hôpital régional militaire.	140
Figure n° 09: Pyramide des âges de l'échantillon étudié.	143

Liste des photos.

photos	page
Photo N° 01 : Entrée de la ville nouvelle marquée par le boulevard principal	124
Photo n° 02 : Equipement scolaire	126
Photo n° 03 : bureau de poste	127
Photo n° 04 : Centre administratif	127
Photo n° 06 : Fac des sciences humaines	128
Photo n° 07 : Salle omnisport.	129
Photo N° 08 : Absence de traitement de l'espace vert dans une cité AADL.	130
Photo N° 09 : Intervention volontaire des citoyens pour le traitement de l'espace.	130
Photo N° 10 : Route de contournement vers la ville de Batna.	131
Photo N° 11 : Le logement de type LSP représente 19.40% des programmes de logements.	132
Photo N° 12 : le logement social occupe 55% des programmes de logements.	133
Photo n° 13 : Rejet à ciel ouvert.	137
Photo N° 14 : Hôpital militaire	138
Photo N° 15 : Hôpital 120 lits	138
Photo N°16 : Polyclinique en cours d'achèvement.	139
Photo N°17 : centre du sang mis à la disposition.	139
Photo N° 17 : traitement de l'espace vert dans une cité par initiative des acquéreurs.	156
Photo N° 18 : absence de traitement de l'espace vert dans une cité AADL.	156
Photo n°19: état des avaloirs.	160
photo n° 20: rejet à ciel ouvert.	160
Photo n° 21: répartition des caissons	164

Introduction générale:

La question de la santé et du développement durable au niveau des villes n'est plus le monopole des médecins ni des écologistes. Aujourd'hui cette mission est devenue plus complexe et interpelle plusieurs acteurs, professionnels, scientifiques, pouvoirs publics, et citoyens à jouer leurs rôles afin de garantir la production d'un cadre bâti qui répond aux normes de confort et de sécurité, et promouvoir la santé comme « *un état complet de bien être physique, mental et social* » (cf. définition de l'OMS)¹ bien ancré dans les villes.

Et comme (**La ville santé**) est devenu un concept lié au logement, au transport, au travail, à l'environnement, à l'école et la culture, il est indispensable de prendre en charge ce concept dans ces différentes formes et aspects.

Et dans la perspective d'instaurer un système de santé publique fiable qui répond aux normes et aux recommandations du développement durable, la ville nouvelle Ali Mendjeli avec tout son potentiel nous semble un terrain favorable à accueillir cette étude.

La question de santé publique et de l'insalubrité a été de tous les temps liée la ville même depuis la cité antique jusqu'aux nouvelles métropoles de l'ère industrielle.

L'influence du processus d'industrialisation a fait que la ville devient un système qui répond uniquement à la demande de logement dû au mouvement migratoire provenant des moyennes et petites villes vers les grandes villes à la recherche d'emploi.

D'où la conception des grands ensembles qui abritent des milliers de logements a fait que la ville perd sa mission d'offrir un cadre de vie agréable, ou il fait bon vivre suite à la présence de toutes les commodités que peut offrir la ville, et surtout celle liée à leur santé et

¹ - OMS : Organisation mondiale de santé.

leur bien être, qui est l'objectif du développement durable. Car on constate que nos villes n'assurent pas leurs fonctions adoptées par la charte d'Athènes notamment le logement adéquat, le travail, le transport, et la distraction.

La charte d'Athènes² initiée en 1933, par un groupe d'architectes est considérée comme une nouvelle conception de la ville dans le cadre de renforcer le mécanisme d'évolution, tout en gardant ses fonctions essentielles d'une part, et d'autre part pour que la ville échappe aux facteurs d'insalubrité et de dégradation causés par le progrès industriel.

Mais la croissance rapide dans les pays développés et la consommation massive des produits énergétiques d'une part, et le rythme accéléré de l'urbanisation et les dommages qu'il subit à l'environnement d'autre part, à inciter les scientifiques, à s'interroger de nouveau sur le sort des générations futures dans le cas de la continuation de cette situation, d'où l'idée du développement durable s'est manifestée pour la première fois en 1987 dans le rapport Brundtland³, sous le slogan « Notre avenir à tous ». Qui en donnera une définition universelle du développement durable comme étant « un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à satisfaire les leurs.»

Ce développement durable a pris par la suite plusieurs définitions basée sur une approche plus globale, y compris:

- Le développement durable Est un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à satisfaire leurs besoins particuliers, ce qui suppose la conservation du patrimoine naturel pour la croissance et le développement dans le futur, un développement équilibré et harmonieux des moyens économiques et sociaux pour améliorer la qualité de vie, tout en protégeant l'écosystème.

- un développement qui essaye de réduire la pollution et le volume des déchets et réduire la taille de la consommation actuelle d'énergie et limiter le gaspillage de l'eau et des ressources biologiques⁴.

² - Charte d'Athènes : plate forme issue des congres internationaux de l'architecture moderne CIAM en 1933 et publié en 1941.

³ - Rapport Brundtland : rapport Brundtland de la Commission Mondiale sur l'Environnement et le Développement (CMED) de l'ONU – 1987.

⁴ - Enquête du World Ressources Report, publié en 1992.

La Conférence des Nations Unies sur l'Environnement et le Développement (CNUED) de Rio de Janeiro en 1992⁵ constitue alors le premier jalon dans la mise en œuvre du développement durable, avec l'élaboration des agendas 21 qui retracent les actions à mener pour le vingt-et-unième siècle en vue d'un développement durable, et d'atteindre les trois objectifs fondamentaux du développement durable, c'est-à-dire maintenir l'intégrité de l'environnement, l'efficacité et l'utilisation durable des espèces et des écosystèmes, améliorer l'équité sociale et économique.

Ainsi à partir de Rio que le développement durable se vulgarise et trouve un écho favorable chez les acteurs politiques comme populaires, et ce dans les pays développés comme dans les pays sous-développés.

Et grâce aux moyens de communications très développés que le concept du développement durable a pu conquérir tous les pays et devenue la nouvelle charte mondiale.

Ce climat favorable du développement durable a donné naissance au concept de la ville durable, basée essentiellement sur les principes de la charte d'Aalborg⁶ comme étant une alternative à la «Charte d'Athènes», qui n'est plus en mesure de s'adapter à l'évolution provoquée par l'énorme croissance de la population et l'urbanisation rapide des villes.

Dans ce contexte même de développement durable que Le projet Ville-Santé est né en 1986 d'une proposition du bureau d'Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Il visait à associer les villes à sa stratégie dite de "La santé pour tous en 2000 ". La charte d'Ottawa de 1986 pour la promotion de la santé est à la base de cette politique. Elle souligne la nécessité de promouvoir la santé, reconnaissant que construire des sociétés favorables à la santé ne dépend pas seulement de la responsabilité du secteur santé.

La vision positive et très large de la santé initiée par la politique de l'OMS se situe bien au delà de l'absence de maladie. Elle propose une conception dynamique et globale de la santé qui prend en compte les facteurs qui se conjuguent pour que la santé se perde ou se gagne. Ces facteurs peuvent être considérés comme une approche socio-économique de la santé

⁵ - Conférence des nations unies sur l'Environnement et le Développement (CNUED) à Rio de Janeiro en 1992.

⁶ - Charte d'Aalborg : plate forme issue de la conférence Européennes des villes durables – Aalborg – Danemark – 27Mai 1994.

puisqu'ils sont essentiellement liés aux conditions de vie (logement, habitat, nourriture, transport), aux conditions de travail, à la qualité de l'environnement et des relations sociales, et à la culture.

La stratégie de santé pour tous, développée par l'OMS, a donné une importance particulière aux politiques de santé élaborées dans l'intention d'atteindre des buts clairement définis, ainsi que les rôles des différents acteurs (pouvoirs publics, acteurs privés, citoyens).

Les progrès réalisés pour atteindre ces buts sont mesurés à l'aide d'indicateurs qui cherchent à donner une image non seulement de l'état de santé, mais aussi de déterminants de l'état de santé, tels que l'environnement physique et social, les modes de vie ou les services de soins et de santé.

I - Problématique:

En Algérie, l'accélération du processus d'urbanisation basé sur la production de logements en premier lieu pour faire face à la crise du logement, a créé un vrai déséquilibre et a donné naissance à un phénomène d'insuffisance en matières d'équipements publics, y compris les établissements sanitaires; ce qui a provoqué le désordre et l'insalubrité, et a engendré un processus de négligence de la part des différents acteurs qui a fini par un échec presque totale au niveau des nouvelles cités, et villes nouvelles récemment créées.

Ainsi la ville nouvelle « ALI MENDJELI »⁷, créée de toutes pièces dans le but de répondre à des besoins urgents en matière d'habitat, d'équipements et d'emplois; et dont L'objectif le plus ambitieux étant celui de rééquilibrer la croissance urbaine au sein du groupement de Constantine est devenue une ville moyenne en moins de vingt ans⁸.

Cette ville nouvelle conçue dans un contexte de développement durable selon une dynamique urbaine orientée vers la réalisation d'un projet de long terme, défini par des actions offrant des réponses aux nombreux défis qu'affrontent les villes en matière du développement durable, à savoir la santé, le logement, le transport, l'environnement, qui font face aujourd'hui à une épreuve réelle.

Le diagnostic initial de Constantine dans le domaine de la santé publique, considéré comme le mieux placé sur le territoire national, en raison de la présence du Centre hospitalier universitaire, «Ibn Badis» doté de compétences dans le domaine, offre une disponibilité d'accueillir un projet «ville santé» à la ville nouvelle Ali Mendjeli.

D'autre part, quelques potentialités de La ville nouvelle peuvent révéler d'autres indicateurs en faveur du projet ville santé à savoir :

- La ville a été créée sur la base d'études urbaines, c'est une nouvelle ville planifiée et conçue

⁷ - ville nouvelle Ali mendjeli crée par décret présidentiel n° 2000/17 en date du 05 Aout 2000 relatif à la création des nouvelles villes.

⁸ - Loi n° 06/06 en date du 21 Moharam 1427 – 20 fevrier 2006 relatif aux orientations de la ville – article 04.

en conformité avec la législation en vigueur, en particulier la loi: 90/29⁹ relatif à l'urbanisme, ainsi que les instruments d'urbanisme tel que le PDAU¹⁰ et le POS¹¹, ce qui signifie que toutes les conditions physiques et exigences architecturales, sanitaires et sociales ont été prises en considération lors des études.

- Toutes les constructions de la ville ont fait l'objet d'un suivi rigoureux des services techniques durant toutes les phases d'exécution, notamment les constructions qui relèvent du domaine public comme le logement social, l'habitat promotionnel, et les équipements publics

- La ville est totalement couverte par les réseaux nécessaires (assainissement, eau potable, électricité et du réseau du gaz naturel).

- La nouvelle ville s'inscrit dans le territoire administratif de la Commune de Khroub, déclarée auparavant Ville santé, ce qui lui permet de profiter de cette expérience.

Tous ces indicateurs sont considérés comme facteurs importants qui aident à concrétiser le projet de ville santé dans le cadre du développement durable, d'ailleurs se sont les indicateurs, qui font distinguer la ville nouvelle Ali Mendjeli des autres villes algériennes qui souffrent de problèmes multiples.

Ce qui nous incite à poser les deux questions suivantes qui font l'ossature de notre problématique:

1 - La ville nouvelle Ali Mendjeli présente-t-elle des indicateurs favorables à la concrétisation du projet ville santé dans le cadre du développement durable ?

2 – La gestion locale par les différents acteurs de la ville, influe d'une façon positive ou négative sur la concrétisation du projet ville santé ?

⁹ - Loi n° 90/29 en date du 01 décembre 1990 modifié et complété par la loi n° 05/04 du 14 août 2004 relatif à l'aménagement et l'urbanisme

¹⁰ - PDAU : plan directeur de l'aménagement et de l'urbanisme – loi n° 90/29

¹¹ - POS : Plan d'occupation des sols – loi n° 90/29.

II - Hypothèses :

Pour répondre à ces deux questions, nous avons dressé deux hypothèses:

La première hypothèse:

- la nouvelle ville "Ali Mendjeli, vu ces caractéristiques physiques, techniques, et spatiales est supposée être capable de fournir des indicateurs du projet ville santé.

L'étude de cette hypothèse, représente une réponse temporaire à la première question, et elle nous conduira inévitablement à étudier les causes sous-jacentes à l'émergence de la ville, en particulier l'urbanisation, l'environnement urbain, la santé dans la ville.

La seconde hypothèse:

- Le mode de gestion locale de la ville, ainsi que les compétences des dirigeants locaux, et la qualité des différents programmes de développement, aura des répercussions négatives sur la concrétisation du projet ville santé dans le cadre du développement durable.

Aborder l'étude de cette hypothèse exige des recherches sur le terrain afin de mieux comprendre les procédures et les méthodes adoptées pour une prise de décision, en particulier le rôle des principaux acteurs de la ville (pouvoirs publics, acteurs privés, citoyens), ainsi que la façon d'exploiter le potentiel matériel et les ressources humaines de la ville dans le cadre du développement durable.

III - Choix du thème:

- Le thème de «ville santé et développement durable » s'inscrit dans le cadre de la thématique de notre spécialité.

- La thématique **Santé** représente l'un des défis les plus importants auxquels font face les différents acteurs de la ville en Algérie ou dans les pays en voie du développement.

- Redéfinir l'impact considérable que peut causer la détérioration de la santé en milieu urbain sur l'avenir des futures générations.

IV - Choix du site:

La ville nouvelle Ali Mendjeli née déjà comme grande ville, représente pour nous un terrain favorable pour élaborer des études, notamment le volet de la santé.

Il nous semble important de mettre en épreuve cette ville ; de voir sa capacité d'offrir un cadre de vie agréable.

Répondre aux exigences du projet ville santé reste pour nous une tâche difficile, mais la ville nouvelle Ali mendjeli qui , normalement ne souffre d'aucun héritage en matière de tissu urbain, reste la plus favorisée pour ce type d'expérience .

C'est ce que nous a inciter à faire ce choix.

V - Objectifs de la recherche:

Comme toute recherche, notre travail essayera de :

- 1 – Faire un diagnostic de la situation actuelle de la santé à la nouvelle ville.
- 2 - Mettre en évidence l'importance de la participation de chaque acteur dans la mise en œuvre du projet ville santé.
- 3 - valoriser le potentiel spatial et humain de la ville nouvelle pour concrétiser le projet ville santé.
- 4 - Contribuer à l'amélioration de la santé au niveau de la ville nouvelle.

VI - Méthodologie:

Notre méthodologie, s'articule autour de deux axes essentiels qui sont la recherche documentaire et les enquêtes sur terrain. Et afin de bien cerner ce sujet on a adopté la méthode quantitative.

A .La recherche documentaire:

La première étape de la recherche documentaire nous permettra de recueillir le maximum d'information pour mieux cerner les limites et contours de notre sujet de recherche.

Ce qui nécessite l'élaboration de fiches de lectures et d'une synthèse bibliographique suite à la consultation de documents :

- Ouvrages – thèses – mémoires.
- Revues- rapports, annales etc
- Cartes- Photos – Photos satellites.
- Données statistiques : Officielles et réelles.
- Consultations de sites Web.

B.La phase d'enquêtes:(requêtes et analyse de données).

Cette phase consiste à faire des enquêtes sur terrains à travers :

- Les questionnaires.
- Les entretiens.
- Requêtes de données.

Introduction:

L'évolution de la médecine et l'élargissement de son champ de recherche a permis l'élaboration d'une politique de mise en place de services de santé.

Dés les débuts du vingtième siècle la stratégie du mouvement de la santé publique, s'est appuyée sur des mesures environnementales et des indicateurs socio-économiques de la santé, notamment l'adduction d'eau potable, le tout-à-l'égout et l'amélioration de conditions de logement.

Vers la fin du 20ème siècle, la profession médicale a penché sur la question de l'environnement influent sur l'état de santé chez l'homme, ce qui a permis de prendre en considération l'influence de l'hygiène et de l'insalubrité du milieu.

Les recherches dans le domaine de la santé ont pu développer l'approche qui considère le corps comme une machine et la santé comme étant l'opposé de la maladie.

Les expériences douloureuses des épidémies qui ont ravagé beaucoup de monde à travers l'histoire, ont obligé les scientifiques , notamment les professionnels de la médecine à prendre des mesures de prévention telles que la vaccination et le dépistage qui sont jugées actuellement une priorité mondiale dans la lutte contre les maladies transmissibles.

L'état de santé des citoyens est considéré aujourd'hui l'une des préoccupations de la communauté internationale et nécessite un effort conséquent afin de préserver vie humaine.

I. Définitions et concepts:

1. La santé:

Les différentes conceptions de la santé et de ses déterminants. L'une des définitions la plus couramment appliquée et la plus répandue de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ; « **La santé est un état de vie complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité** »¹².

Cette définition soulève en elle-même plusieurs questions : que faut-il comprendre par " bien-être social complet " ? Comment doit-on mesurer celui-ci ?

La définition donnée par l'OMS de la santé, cependant, inclut un certain nombre de points importants qu'il ne faut pas négliger.

La santé est une notion complexe. Il ne s'agit pas seulement d'un état de non-maladie, mais d'un état comportant un certain nombre d'éléments ayant trait aux conditions de vie, à l'emploi ou à l'inactivité, aux services et au soutien disponibles, et aux conditions de l'environnement.

Tous ces facteurs, dans un contexte économique et social donné, influent sur l'état de santé.

En outre, la définition de l'OMS affirme que la santé est un droit fondamental de tout être humain sans distinction de race, de sexe, de politique ou d'économie.

Il n'est pas aisé de définir la santé. Les définitions diffèrent selon le regard que l'on adopte. La santé selon le dictionnaire Larousse est ; « ***l'état de quelqu'un dont l'organisme fonctionne normalement*** »

¹²Constitution OMS : fondée lors de la Conférence internationale de la santé (New York, 19 juin-22 juillet 1946) et créée le 7 avril 1948 par 27 États.

Pour le Leriche (chirurgien), en 1936, « *La santé, c'est la vie dans le silence des organes* »¹³

La santé est un concept neutre que chacun est appelé à définir et il n'est pas possible de définir la santé d'une seule manière, valable pour tous, en tout lieu et en tout temps. La définition proposée par l'OMS a le mérite de décrire les différentes composantes d'un état de santé et d'avoir contribué à l'évolution du concept de santé vers une représentation positive de la santé.

Pour René Dubos la santé est ; « **État physique et mental relativement exempt de gênes et de souffrances qui permet à l'individu de fonctionner aussi longtemps que possible dans le milieu où le hasard ou le choix l'ont placé** »¹⁴, qui présente la santé comme la convergence des notions d'autonomie et de bien-être.

Par ailleurs et par analogie avec la santé humaine, on parle aussi de la "santé économique" d'un pays, d'une entreprise "en bonne santé".

1 – a / Les dimensions de la santé¹⁵:

L'être humain est un être :

- ✓ Biologique (biologique, physiologique, vivant, dynamique, unique)
- ✓ Social (en interaction constante avec d'autres individus, situés dans le temps et dans l'espace, dépendant de son environnement et agissant sur l'environnement),
- ✓ D'émotions (émotions, sensations, intentions) et de connaissances (connaissance, rationalité, réflexions).

La santé s'exprime et s'exerce donc dans chacune de ces dimensions, biologique, sociale et psychologique. Mais la notion de santé varie également selon le moment, la façon dont l'individu se perçoit et s'analyse (la perspective). La notion de santé dépend aussi des groupes d'appartenances, de la société et de la culture de l'individu. Par exemple, la notion de santé n'est pas la même dans les pays en voie de développement et dans les pays développés.

1– b / Définition d'un indicateur de santé :

¹³ Leriche, Cours - Santé Publique : Notions de base, Avril 2009- p1

¹⁴ René Dubos :

¹⁵ Leriche, op cite p2

Toute description nécessite donc de disposer d'outils et d'informations permettant la réalisation de cet objectif, l'être humain, par exemple, grâce à un système neurologique complexe, et grâce à sa faculté d'expression, peut généralement assez aisément observer son environnement et le décrire de manière relativement appropriée.

Les informations perçues par l'individu transitent vers le cerveau au moyen de fibres et de cellules nerveuses, contenues au niveau des différents récepteurs sensoriels; ceux-ci peuvent être auditifs, visuels, olfactifs, gustatifs.

Plus spécifiquement et rapporté au contexte épidémiologique, un indicateur : « **est une information [chiffrée], un condensé de données, dont certaines valeurs sont significatives d'un état** »¹⁶.

Autrement dit un indicateur de santé peut se définir comme une variable pouvant être mesurée et qui permet de mesurer l'état de santé d'une population.

1 – c / Critères de base pour la définition d'indicateurs¹⁷:

L'efficacité des mesures entreprises, ou la détermination d'objectifs précis à mettre en œuvre dans un système, exige que les informations à la base de ces dispositifs soient consistantes. Comme ils représentent la base à partir de laquelle peuvent être développées différentes interventions, tout développement d'indicateurs doit, par conséquent, tenir compte des critères suivants :

- Un indicateur doit être valide

On dit d'un indicateur qu'il est valide lorsqu'il mesure effectivement le phénomène qu'il est censé mesurer. En d'autres termes, la validité d'un indicateur renvoie à la conformité entre un phénomène ou un élément observé, et ce qui le représente.

- Un indicateur doit être fiable

Un indicateur est fiable si la répétition de mesures au moyen de cet indice produit systématiquement les mêmes résultats.

- Un indicateur doit être sensible

¹⁶ Laurence Peer, Jean-Christophe Luthi, Nathalie Nanchen, Frédéric Favre, Fred Paccaud, «INDICATEURS DE SANTE, Concepts théoriques »,institut de médecine social et préventive, lousane Janvier 2003,p7

¹⁷ Idem, p 8

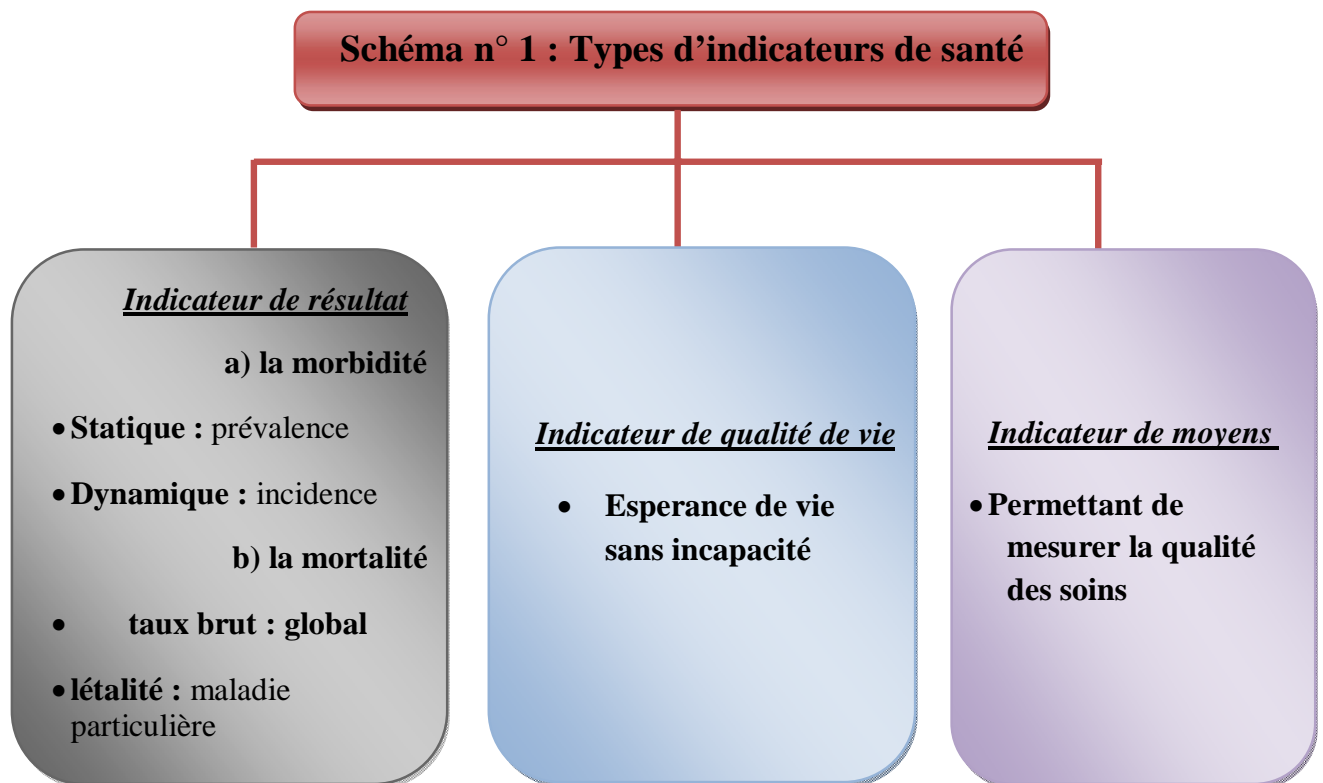
Par sensibilité de l'indicateur, on entend la propriété de ce dernier à détecter ou signifier les variations d'un phénomène, aussi faibles soient-elles. Si le phénomène auquel il est associé évolue dans le temps ou dans l'espace, l'indicateur doit être susceptible de signaler ces changements, même s'ils sont infimes.

1 – d / But d'un indicateur de santé:

Il a pour but de :

- Mesurer l'état de santé d'une population.
- Classer les problèmes de santé
- Dégager des choix prioritaires
- Présenter à la population et aux décideurs des solutions clairement argumentées.

1 – e / Types d'indicateurs de santé :



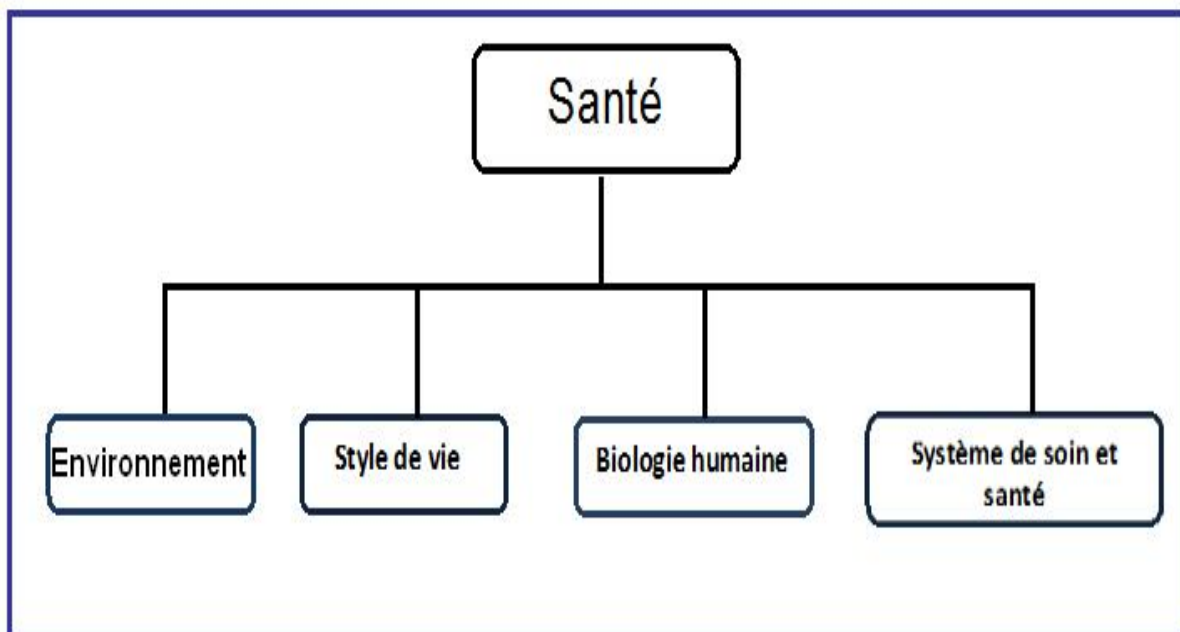
Source : Laurence Peer, Jean-Christophe Luthi, Nathalie Nanchen, Frédéric Favre, Fred Paccaud, «INDICATEURS DE SANTE, Concepts théoriques »,op cite .p 10

1 – f / Les facteurs qui déterminent la santé¹⁸:

L'état de santé d'un individu et d'une collectivité est influencé par la combinaison de plusieurs facteurs ; l'hérédité (la biologie humaine), l'environnement physique et social dans lequel les gens vivent, le mode de vie, l'organisation des soins de santé.

Plusieurs modèles décrivent et montrent les relations qui existent entre la santé et l'environnement au sens large (biologique, physique, social et économique). La figure suivante permet d'illustrer les liens entre les facteurs déterminants de la santé qui se trouvent par ailleurs largement exposés par l'OMS.

Schéma n° 02 : les facteurs qui déterminent la santé.

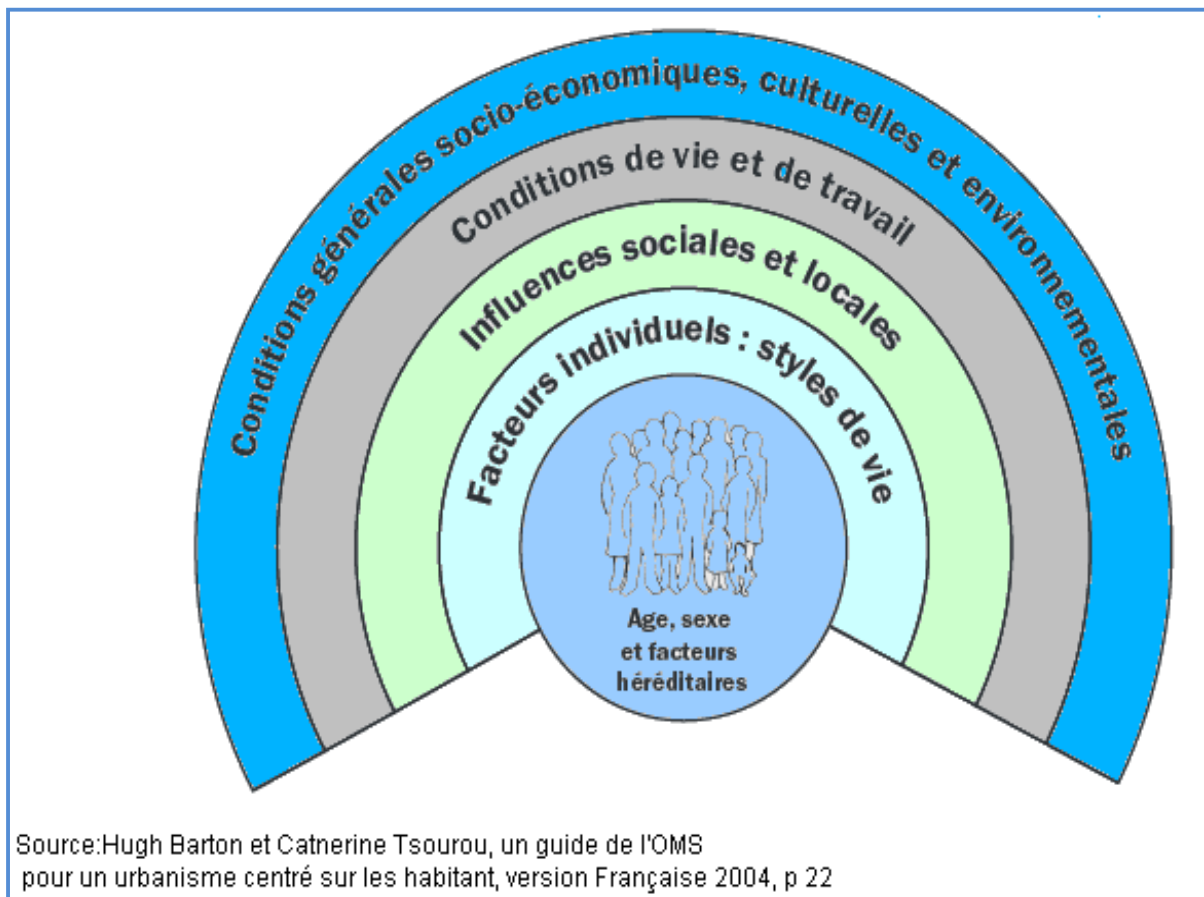


Source ; LALONDE, M. op cite

Or, il faut savoir que l'affectation actuelle des dépenses de santé ainsi que les ressources financières, humaines et matérielles qu'on y consacre ne sont pas en relation avec l'ordre

¹⁸ ; LALONDE, M. « A new perspective on the health of Canadians ». Ottawa, Health and Welfare Canada, 1974. P 415-416

d'importance qui sont expliqués par ces quatre facteurs dans la contribution est potentielle à la réduction de la mortalité.



1- g / Les facteurs déterminants de la santé:

Comme nous l'avons déjà expliqué, la santé des individus est conditionnée par un ensemble de facteurs, que le schéma suivant nous illustre cette interaction.

Schéma n° 03 : les facteurs déterminants de la santé.

On trouve au centre les individus avec leur héritage génétique prédéterminé.

Ces individus sont soumis à d'autres éléments qui ont une influence sur leur santé et sont susceptibles d'être modifiés.

❖ Le premier niveau concerne le comportement personnel et le style de vie, influencés par les modèles qui régissent les relations entre amis et dans l'ensemble de la collectivité. Ces rapports peuvent être favorables ou défavorables à la santé.

❖ Le second niveau comprend les influences sociales et collectives : la présence ou l'absence d'un soutien mutuel dans le cas de situations défavorables a des effets positifs ou négatifs.

❖ Le troisième niveau intègre les facteurs tels que le logement, les conditions de travail ainsi que l'accès aux services et aux équipements.

❖ Le quatrième niveau englobe les facteurs qui influencent la société dans son ensemble: conditions socio-économiques, culturelles et environnementales.

2- / La maladie:

La **maladie** est une altération des fonctions ou de la santé d'un organisme vivant, tel qu'humain, animal ou végétal.

On parle aussi bien de la maladie, en référant à l'ensemble des altérations de santé, que d'une maladie, qui désigne alors une entité particulière caractérisée par des causes, des symptômes, une évolution et des possibilités thérapeutiques propres à l'homme.

Un malade est une personne souffrant d'une maladie, qu'elle soit déterminée ou non. La plupart du temps ce terme est utilisé pour désigner un être humain. Lorsqu'il est pris en charge par un médecin ou qu'il reçoit une attention médicale, il devient alors un patient.

La santé et la maladie sont parties intégrantes de la vie, du processus biologique et des interactions avec le milieu social et environnemental. Généralement, la maladie se définit comme une entité opposée à la santé, dont l'effet négatif est dû à une altération ou à un dés-harmonisation d'un système à un niveau quelconque.

3- / La Pathologie:

Selon le dictionnaire Larousse la pathologie est ; « **l'étude des maladies, de leurs symptômes** »

Terme de médecine, « pathologie » désigne ; **«la science qui cherche à établir, par l'observation et l'expérimentation, les lois de l'anormalité dans le domaine biologique »**¹⁹

4- / L'épidémiologie:

L'épidémiologie est l'étude des facteurs influant sur la santé et les maladies des populations humaines. Il s'agit d'une science qui se rapporte à la répartition, à la fréquence et à la gravité des états pathologiques.

L'étude de la répartition et des déterminants des événements de santé sert de fondement à la logique des interventions faites dans l'intérêt de la santé publique et de la médecine préventive.

La reconnaissance de l'épidémiologie comme champ d'étude est relativement récente, puisque la première étude significative remonte à 1854 mais elle est l'un des piliers de la santé publique et de la médecine à travers l'histoire.

La première définition de l'épidémiologie donnée par le Littré au milieu du xix^e siècle est toujours celle qu'on retrouve dans les dictionnaires aujourd'hui : **« Recherche sur les causes et les natures des épidémies »**²⁰, l'épidémie étant elle-même définie comme une atteinte simultanée d'un grand nombre d'individus d'un pays ou d'une région par une maladie transmissible.

C'est la science descriptive qui permet :

- ✓ L'étude de la fréquence des maladies dans divers groupes de la population.
- ✓ Le suivi de leur évolution
- ✓ D'émettre des hypothèses sur leur étiologie.
- ✓ De juger des progrès accomplis.

¹⁹ Didier LAVERGNE, « pathologie », encyclopédie universalis 2011

²⁰Encyclopédie universalis 2011

4 – a / Les objectifs de l'épidémiologie :

- 1) Juger de l'importance d'un problème.
- 2) Surveillance sanitaire systématique.
- 3) Formuler des hypothèses et de les vérifier.
- 4) Juger des progrès accomplis : chute de la mortalité

5- / La Santé publique:

L'Organisation Mondiale de la Santé proposait d'utiliser la notion de « Santé Publique » pour « *évoquer les problèmes concernant la santé et les maladies d'une population, l'état sanitaire d'une communauté, les services médico-sanitaires et socio-sanitaires, la planification et l'administration ainsi que la gestion des services de santé en incluant les soins curatifs* »²¹

S'apporte à cela la définition de Charles-Edward Winslow : « *La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé et l'efficacité physiques à travers les efforts coordonnés de la communauté pour l'assainissement de l'environnement, le contrôle des infections dans la population, l'éducation de l'individu aux principes de l'hygiène personnelle, l'organisation des services médicaux et infirmiers pour le diagnostic précoce et le traitement préventif des pathologies, le développement des dispositifs sociaux qui assureront à chacun un niveau de vie adéquat pour le maintien de la santé, l'objet final étant de permettre à chaque individu de jouir de son droit inné à la santé et à la longévité.* »²².

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) La santé publique est ; « **la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la vitalité mentale et physique des individus** », par le moyen d'une action collective concertée visant à :

- ✓ Assainir le milieu.
- ✓ Lutter contre les maladies.

²¹ ATELIERS SANTÉ VILLE, « une démarche locale pour la réduction des inégalité sociales et territoriales de santé » Imprimé par France Repo, septembre 2007 p29

²² Charles-Edward Winslow, in revue Science 1920

- ✓ Enseigner les règles d'hygiène personnelle.
- ✓ Organiser des services médicaux et infirmiers en vue d'un diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies.

✓ Mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé

La santé publique est donc une approche multi et interdisciplinaire plus vaste que la médecine. C'est une approche collective et administrative de problèmes de santé d'une population, sous ses aspects politiques, économiques, réglementaires et institutionnels.

Elle est mise en œuvre, par des administrations compétentes, au service d'une population.

La santé publique relève de la compétence publics, et des professionnels de la santé, ils sont chargé de discerner et d'interférer les différentes maladies dont souffrent les populations, leurs rôles est d'analyser et de traiter les problèmes de santé en termes d'interactions en considérant les individus comme des acteurs et des partenaires à part entière de la santé.

Depuis lors il est généralement admis que l'organisation des soins curatifs appartient également aux fonctions essentielles de la Santé Publique.

5 – a / Les objectifs de la santé publique :

Elle a pour objectifs de :

- a. Déterminer les besoins en matière de santé d'une population en fonction de priorités : sociales, politiques,
- b. Elaborer une stratégie pour répondre à ces besoins : pas forcément médicale.
- c. Evaluer la stratégie adoptée.

5 – b / Les champs d'application de la santé publique :

- a. L'épidémiologie
- b. La démographie
- c. L'économie
- d. La sociologie

e. Le droit

6 – c / Les priorités de la santé publique:

- Les accidents de la route et du travail
- Les cancers : poumon, voies aéro-digestives, sein, utérus
- Le SIDA et les maladies sexuellement transmissibles
- La santé mentale : dépressions, suicides
- Les handicaps et la dépendance

- La toxicomanie
- La mortalité périnatale
- Les accidents médicamenteux et les infections nosocomiales
- Les mauvais traitements à enfants
- La douleur et le mal de dos et les maladies cardio-vasculaires

Dans ce cadre, la Santé Publique vise à une transformation de la situation globale de la santé des populations, à travers la production des connaissances, définition ou identification des règles communes, l'accompagnement à la mise en œuvre d'un système de réponses, et l'évaluation des transformations générées. Il s'agit bien là d'un véritable enjeu de société, c'est pour cela elle s'appuie sur un volontarisme politique.

La santé publique interpelle les responsabilités « publique » : intérêt général, égalité et accessibilité à la santé pour tous.

La santé publique dépend essentiellement de deux axes :

- Elle met davantage l'accent sur la prévention que sur les traitements curatifs ;
- Elle développe une approche globale, plutôt que de s'intéresser individuellement aux problèmes de santé des personnes.

5 – d / Les critères d'identification des maladies relevant de la santé publique:

- Sa fréquence d'apparition : prévalence, incidence.
- Sa gravité physique, économique et sociale : mortalité.
- L'absence d'un traitement efficace.

5 – e / Les moyens d'action en santé publique :

- Les sciences de la communication
- L'éducation de santé
- La promotion de la santé
- Prévention et soins de santé primaire.

5 – f / Les déterminants et indicateurs de santé publique²³:

1) Indicateurs directs :

- Indicateurs démographiques : espérance de vie, natalité
- Mortalité : taux de mortalité = $\frac{\text{Nombre de pers décédées}}{1000 \text{ pers pops choisies}}$
- Morbidité : taux de morbidité = $\frac{\text{Nombre de pers malades}}{\text{Échantillon 1000 pers}}$

2) Indicateurs indirects :

- Conditions de vie
- Equipements, moyens financiers
- Utilisation des ressources sanitaires

5 – g / Utilité des indicateurs de santé publique²⁴:

En tant que sources d'informations, les indicateurs permettent d'appréhender un phénomène inscrit dans un certain espace, ou qui se déroule sur un certain laps de temps, et cela en fonction de paramètres choisis : économiques, structurels, démographiques, etc.

Suivant leur degré de détail, les indicateurs facilitent la description de ces phénomènes, ils permettent d'observer leur évolution ou leur variation, et peuvent, en ce sens, aider à leur contrôle.

En d'autres termes, la constitution et le monitoring d'indicateurs peut aider les autorités Sanitaires à :

²³Cours de Mme Abassi, par : C. Imbert Retrouvez ce cours sur Infirmiers. 2005.page 4

²⁴ *Idem* page 8

➤ Décrire les composantes structurelles (institutions, établissements, personnel hospitalier existants, etc.) et fonctionnelles (type et nombre d'entrées en EMS, nombre de consultations médicales par habitant, etc.) d'une région donnée;

➤ Permettre d'observer et d'expliquer les variations de ces composantes, favorisant ainsi la prise de mesures spécifiques, comme la planification de ressources sanitaires, le développement de l'accessibilité aux soins, le contrôle des coûts, ou l'instauration de programmes de prévention destinés à la population.

5 – h / Rôle de l'état dans la santé publique :

- 1) Prise en charge des problèmes généraux de la santé publique.
- 2) Formation des personnels de santé.
- 3) Régulation entre l'offre et les besoins de soins.
- 4) Régit le fonctionnement des hôpitaux publics.
- 5) Surveillance du fonctionnement de la protection sociale.

7 La santé communautaire:

Une action de **santé sera dite communautaire** lorsqu'elle concerne une communauté qui reprend à son compte la problématique engagée, que celle-ci émane d'experts ou non, internes ou externes à la communauté.

Les démarches communautaires en santé tentent donc de comprendre les problématiques de santé de territoire avec l'ensemble des acteurs concernés, à savoir ceux qui travaillent (les professionnels), ceux qui militent (les élus, les associations) et ceux qui vivent (les habitants) sur ce territoire.

L'action communautaire n'est pas spécifique de la promotion de la santé ; elle s'est d'abord développée dans le champ de l'éducation permanente et de l'action sociale avant d'être proposée dans le champ de la santé.

- Aux Etat Unis, dans les années 60 : en a mis en place de programmes gouvernementaux de "guerre à la pauvreté" avec l'objectif de faire participer la population.

Cette médecine communautaire impliquait l'évaluation des besoins de santé et la prestation de soins à des groupes définis de la population. Ce concept a abouti à la création des "neighbourhood health centers", considérés alors comme des prototypes d'intervention communautaire.

- Royaume Uni, 1974 : des conseils communautaires de la santé sont mis en place dans le National Health Service.
- Québec, réforme des années 70 : création de CLSC, centres locaux de service communautaire, associant dans un même lieu des prestations de soins, de prévention et de services sociaux.
- Belgique, fin des années 60 : le GERM (groupe d'étude pour la réforme de la médecine) propose d'expérimenter une pratique d'offres de services curatifs et préventifs précurseurs du concept de soins de santé primaires et de santé communautaire : les maisons médicales.
- Espagne : des réformes de santé proposent une sectorisation d'intervention territoriale (aires de santé), une stratégie de médecins familiale et communautaire (formations, centres de santé communautaire)

8 Urbanisme et santé :

7-1 / La santé : un véritable enjeu de société:

La santé est devenue un véritable enjeu de société qui interpelle légitimement les pouvoirs publics.

L'organisation mondiale de la santé, après avoir donné la définition plus au moins universelle de la santé, mettait en évidence que l'action pour la santé passait nécessairement par une intervention globale sur l'environnement physique et social, sur les conditions de vie en général. La santé se fonde désormais sur une dimension de bien-être qui jusqu'alors était

étrangère à une médecine à dominante curative. Bien se porter ne suffit plus. Il est aujourd'hui légitime de pouvoir mieux vivre.

Il est en effet reconnu que les grands déterminants de la santé se situent dans une large proportion en dehors du domaine des services sanitaires et que certaines inégalités trouvent leurs racines en amont du système de soins.

Les villes et agglomérations ont alors progressivement acquis une compétence légitime et naturelle pour intervenir dans l'objectif d'une amélioration de la qualité de vie de leurs citoyens.

De ce fait l'épanouissement des individus, exposé aujourd'hui aux multiples stress, se présente comme un des défis à surpasser par les sociétés.

7- 2 / Impacts de l'aménagement des villes sur la santé²⁵:

La conduite politique du projet urbain, du projet d'agglomération d'une part et l'urbanisme, entendu comme ; l'ensemble des plans et des actions cohérentes qui permettent l'organisation optimale des fonctions techniques, sociales et esthétiques de la ville d'autre part, sont des outils essentiels au développement de la santé et de la qualité de vie des citoyens.

La planification urbaine, la conception des espaces publics, les politiques de déplacement et de l'habitat, les infrastructures et équipements urbains, l'architecture même, peuvent avoir des effets sur les multiples déterminants de la santé dans la mesure où ils développent des options favorables aux activités physiques, à la cohésion sociale, à l'accès à un logement de qualité, à l'accès à l'emploi, à l'accessibilité aux équipements et services, à la sécurité, à l'égalité, à la qualité de l'air, à la réduction des nuisances sonores, à l'esthétique et à la pratique artistique et culturelle, à la qualité de l'eau et à la salubrité, à la qualité des sols ou encore à la mixité sociale et intergénérationnelle.

Par conséquent, « **les aménagements d'une ville sont à même d'agir sur la santé des citoyens aussi bien positivement que négativement** »²⁶. De nombreux aspects de la santé des urbains sont ainsi façonnés par la ville.

25 Séminaire « Politiques urbaines, Santé des habitants et développement durable », juin 2006, Saint-Quentin-en-Yvelines P3

26 DANZON M, Directeur Régional de l'OMS, « Urbanisme et Santé , un guide de l'OMS pour un urbanisme

7- 3 / Les interactions entre Urbanisme et Santé²⁷:

Les liens entre l'urbanisme et la santé sont par conséquent complexes. On le sait bien, la santé dans les villes ne se restreint pas à un problème d'environnement ou plus spécifiquement à un problème de pollution ou de nuisances diverses. Le concept d'un urbanisme favorable à la santé englobe une grande diversité de sujets, dont les politiques de transports, de logement, d'environnement et d'emplois en sont les plus visibles.

Les aspects sociaux, économiques, environnementaux sont à considérer. L'urbaniste agit sur les différents facteurs environnementaux (pollution atmosphérique, d'eau, du sol...), technologiques (type d'accidents, produits toxiques...), économiques (chômage, pauvreté, globalisation), sociaux (exclusion sociale, sentiment d'insécurité).

Il faut alors appréhender la complexité de manière transversale et intégrée, compte tenu non seulement de la multiplicité et de la diversité des éléments en cause mais aussi des nombreuses interactions qu'ils sont susceptibles de développer.

S'intéresser aux interactions entre Urbanisme et Santé, et procéder à un nouvel examen des pratiques de l'urbanisme de sorte que la santé soit considérée comme une priorité dans le processus décisionnel entraîne de nombreuses interrogations concernant le mode de gouvernance à envisager, les résultats à escompter ainsi que les démarches évaluatives à mettre en place.

7 - 4 / Effets de l'urbanisme sur la santé:

L'urbanisme est soumis au processus administratif de prise de décisions concernant la nature et l'utilisation futures des terrains et des constructions dans les zones urbanisées. Les mécanismes garantissant que ces décisions sont prises dans l'intérêt public ont subi une évolution différente dans tous les pays.

L'idée que la santé et l'urbanisme sont liés n'est pas nouvelle, en effet, dans de nombreux pays européens, l'urbanisme a vu le jour au début du vingtième siècle résultant des préoccupations consensuelles concernant la santé et le logement.

centré sur les habitants » publié par l'association S2D (association internationale pour la promotion de la Santé et du Développement Durable- Rennes), 2004 p 2

²⁷ Séminaire « Politiques urbaines, Santé des habitants et développement durable », juin 2006 op cite P3

Au dix-neuvième siècle, la nécessité de mettre un terme aux épidémies très répandues dans les zones urbaines industrialisées a abouti à une étroite interconnexion entre la santé publique et l'urbanisme. Ce thème sera à nouveau repris un siècle plus tard.

A l'origine, ces préoccupations étaient exprimées en termes de normes spatiales et d'équipements qui étaient établis pour s'appliquer aux logements et aux formes simples de zonage.

A partir de cette approche réactive, la forme la plus active d'intervention a vu le jour grâce à l'établissement de projets urbains dont l'objectif est d'établir les dispositions légales de base pour les nouvelles réalisations avec une démarche qui se fonde également sur une évaluation et une prévision des besoins futurs de la population, dont la santé est au cœur de leurs stratégie.

7 – 5 / La Charte d'Athènes : une approche remise en cause :

A la fin du XIX siècle, et après les effets dramatiques des faits de guerre qu'a connu le monde, des réflexions dans le contexte urbanistique se sont concédées afin de construire ce qui a été détruit, une des ces réflexions qui a susciter un large débat autour d'elle est la conclusion faites par les urbaniste et architecte moderne à Athènes en 1933 appelée communément la charte d'Athènes ou la charte de l'urbanisme fonctionnelle

Elle a été étudiée lors du IV^{ème} congrès des architectes et urbanistes moderne(CIAM), en 1933 à Athènes.

Le thème de ce congrès a été "La ville fonctionnelle" où ont débattu urbanistes et architectes sur l'application d'une extension rationnelle des quartiers modernes.

Sous l'égide du célèbre architecte ;Le Corbusier, la Charte d'Athènes a été l'aboutissement de ce rassemblement. Établie en 95 points d'un programme pour la planification et la construction des villes, porte sur des sujets comme les tours d'habitation, la séparation des zones résidentielles et les artères de transport ainsi que la préservation des quartiers historiques et autres bâtiments préexistants.

Le principal concept sous-jacent a été la création de zones indépendantes pour les quatre « fonctions » : la vie, le travail, les loisirs et les infrastructures de transport.

Le texte n'a été publié qu'en 1941 sous le titre « La Ville fonctionnelle ».

Ces concepts ont été largement adoptés par les urbanistes dans leurs efforts pour reconstruire les villes européennes après la Seconde Guerre mondiale, tel Firminy-Vert qui consiste en la réalisation d'un quartier neuf et la construction d'un modèle de logements sociaux pour le monde entier. Brasilia est un bel exemple de l'application de la Charte, où ses promoteurs la suivent pratiquement à la lettre.

La Charte d'Athènes a été sévèrement critiquée au sein de la profession pour son approche rigide et de ses diverses expressions et fait, aujourd'hui plus qu'auparavant, l'objet de vifs débats voire d'une remise en cause fondamentale de ses théories, raison de l'absence de la dimension écologique et de santé des individus dans la ville.

Cela invite les élus à agir au plus près des citoyens dans l'objectif d'améliorer la qualité de la vie de chacun en assurant dans une perspective de développement durable, la construction d'une ville plus saine et plus sûre.

S'il ne s'agit pas d'une compétence facilement identifiable, les élus municipaux et communautaires, agissent sans conteste pour la santé, même s'ils ne l'expriment que rarement en ces termes, la prise en compte de la santé s'avérant encore généralement implicite.

7 – 6 / Les objectifs de la santé : douze objectifs clés pour les urbanistes²⁸:

Les tableaux suivants présentent pour les urbanistes les 12 déterminants clés de la santé convertis en objectifs de santé et en critères d'évaluation de la politique menée. Les bénéfices potentiels pour la santé sont exprimés dans chaque cas avec une brève indication du caractère approprié ou non des politiques.

²⁸ DANZON M, Directeur Régional de l'OMS, « Urbanisme et Santé, un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants », 2004. Op cite p 27-36

Tableau n° 1 : Styles de vie sains

	styles de vie sains
Critères d'évaluation des politiques	Les politiques et les propositions d'aménagement urbain favorisent-elles et facilitent-elles la pratique d'activités physiques favorables à la santé ?
Bénéfices pour la santé	La pratique d'exercices favorables à la santé permet de combattre les maladies cardio-vasculaires, les accidents vasculaires et autres maladies associées à la fois aux emplois sédentaires et aux styles de vie stressante. Des modes de vie sains sont à même d'améliorer le bien-être mental et, par conséquent, avoir une influence sur la santé corporelle.
Effets négatifs potentiels de l'organisation urbaine	Les zones d'habitat à faible densité, et éloignées des possibilités d'approvisionnement impliquant des trajets plus long entraînent l'utilisation excessive des véhicules, n'incitent pas à des styles de vie favorables à la santé
Effets positifs de l'organisation urbaine	L'urbanisme peut créer un environnement attrayant, sûr et commode qui incite les individus à se rendre à pied ou à bicyclette au travail, dans les magasins et les autres équipements locaux. Les projets d'aménagement doivent intégrer des possibilités de loisirs adaptées également réparties dans le quartier et faciles d'accès.

Source : DANZON M. op cite

Tableau n°2 : Cohésion sociale

	La cohésion sociale
Critères d'évaluation des politiques	Les politiques et propositions d'aménagement urbain favorisent-elles et facilitent-elles la cohésion sociale ?
Bénéfices pour la santé	Les réseaux amicaux et de soutien mutuel présents à travers les quartiers peuvent aider l'individu, à la maison et au travail, à accélérer son rétablissement après une maladie et à diminuer les dépressions et les maladies chroniques. Ceci peut conduire à un sentiment de satisfaction plus important. La ségrégation sociale tend à aboutir à la formation de ghettos fondés sur le statut socio-économique, l'âge et l'origine ethnique. Cette situation peut conduire à l'isolement et à l'insécurité.
Effets négatifs potentiels de l'organisation urbaine	La cohésion sociale peut se voir brisée par des projets de rénovation de logements peu nuancés ainsi que par la dispersion des habitants. Elle se trouve également amoindrie par des routes qui coupent les liens au sein du quartier, constituent des barrières pour les piétons et, dans une large mesure, nuisent développement commercial.

Effets positifs de l'organisation urbaine	L'urbanisme n'est pas en mesure de créer des réseaux de quartier ou de cohésion sociale. Toutefois, la cohésion sociale peut être facilitée par la création d'environnements sûrs et ouverts avec des lieux de rencontre spontanée informelle. Le développement de la mixité fonctionnelle dans le centre des villes et les centres commerciaux comme dans les quartiers résidentiels contribuent à élargir les choix sociaux.
--	--

Source : DANZON M. op cite

Tableau n°3 : Qualité du logement

La qualité du logement	
Critères d'évaluation des politiques	Les politiques et propositions d'aménagement urbain favorisent-elles et facilitent-elles la qualité du logement ?
Bénéfices pour la santé	L'accès à un logement adapté est d'une importance vitale, tout spécialement pour les jeunes et les personnes âgées. Les atteintes à la santé qui ont lieu durant le premier développement se prolongent durant toute la vie. Les facteurs environnementaux, le manque d'hygiène et d'installations sanitaires dans les bâtiments et les espaces urbains ont été largement reconnus depuis la naissance de l'urbanisme comme source de maladies.
Effets négatifs potentiels de l'organisation urbaine	Des logements en nombre insuffisant et surpeuplés, construits avec des matériaux toxiques et des structures polluantes et dangereuses, s'avèrent nuisibles à la santé physique. Le surpeuplement est associé aux troubles mentaux, aux pathologies physiques et aux accidents. Le choix limité de l'implantation, de l'orientation et de la conception des grands ensembles peut exagérer les actes criminels et le vandalisme. Les hautes tours d'habitation ont une influence sur la santé mentale, habiter dans ces tours et souffrir en même temps d'isolement social, peut mener à la dépression et à un mauvais état de santé générale.
Effets positifs de l'organisation urbaine	La qualité du logement peut être améliorée grâce à des études détaillées, une orientation et des matériaux favorables à bon rendement énergétique, permettant de réduire les déperditions de chaleur. Il est essentiel de proposer des logements locatifs en nombre suffisant bénéficiant de bons services de base. Des bâtiments collectifs adaptables peuvent être prévus pour différents usages tels que santé, éducation et loisirs.

Source : DANZON M. op cite

Tableau n°4 : L'accès au travail

L'accès au travail	
Critères d'évaluation des politiques	Les politiques et propositions d'aménagement urbain favorisent-elles et facilitent-elles l'accès au travail ?
Bénéfices pour la santé	La sécurité de l'emploi peut améliorer la santé, le bien-être est la satisfaction professionnelle, Les personnes sans emploi souffrent d'un risque de stress économique pouvant être source de mauvaise santé, de troubles psychologiques et même de décès prématuré.
Effets négatifs potentiels de l'organisation urbaine	L'urbanisme peut aussi bien contrecarrer que faciliter les possibilités d'emploi. La création d'emplois en des lieux inaccessibles ou encore le manque d'une diversité des emplois au sein d'un quartier peut affecter la santé de manière négative tant directement qu'indirectement

Effets positifs de l'organisation urbaine	L'urbanisme, associé à des stratégies de relance économique, peut être bénéfique en facilitant l'émergence d'opportunités attractives pour les affaires ce qui peut favoriser la diversité des emplois et garantir le maintien d'offre locale d'emploi. Des politiques de transport équitables peuvent aussi jouer un rôle important en facilitant l'accès aux lieux de travail. Disposer d'emplois locaux permet de diminuer les durées de déplacement et réduit ainsi les émissions de gaz dues aux véhicules à moteur.
--	---

Source : DANZON M. op cite

Tableau n°5 : Accessibilité aux équipements et services

	accessibilité aux équipements et services
Critères d'évaluation des politiques	Les politiques et propositions d'aménagement urbain favorisent-elles et facilitent-elles l'accessibilité aux équipements et services ?
Bénéfices pour la santé	La sécurité de l'emploi peut améliorer la santé, le bien-être est la satisfaction professionnelle, Les personnes sans emploi souffrent d'un risque de stress économique pouvant être source de mauvaise santé, de troubles psychologiques et même de décès prématuré.
Effets négatifs potentiels de l'organisation urbaine	L'urbanisme peut aussi bien contrecarrer que faciliter les possibilités d'emploi. La création d'emplois en des lieux inaccessibles ou encore le manque d'une diversité des emplois au sein d'un quartier peut affecter la santé de manière négative tant directement qu'indirectement
Effets positifs de l'organisation urbaine	L'urbanisme peut améliorer le choix entre différents modes de transport, en particulier en rendant les équipements locaux plus facilement accessibles à ceux qui se déplacent à pied, à bicyclette ou en utilisant les transports publics. On cherchera à développer les itinéraires piétons et cyclistes sans danger et écologiques ; la circulation sera gérée de façon à ralentir et calmer la vitesse des véhicules dans les zones d'habitation.

Source : DANZON M. op cite

Tableau n° 6: la sécurité

	la sécurité
Critères d'évaluation des politiques	Les politiques et propositions d'aménagement urbain favorisent-elles et facilitent-elles la sécurité de la population ?
Bénéfices pour la santé	La cause la plus importante d'accidents est liée à la circulation routière. Les groupes les plus vulnérables, jeunes, personnes âgées et handicapées sont plus particulièrement exposés au danger. Les accidents survenant au domicile et à proximité de celui-ci constituent également la menace vitale la plus grave pour les enfants et les jeunes.
Effets négatifs potentiels de l'organisation urbaine	L'urbanisme peut faire beaucoup pour aggraver ou supprimer les problèmes de sécurité dans les rues. Le sentiment de sécurité dans la rue passe à la fois par le fait d'être protégé des agressions et par le sentiment d'être en sûreté. Quand les zones piétonnes sont inquiétantes et déplaisantes, les voitures sont davantage utilisées ce qui nuit aux relations sociales.

Effets positifs de l'organisation urbaine	Les techniques visant à tempérer la circulation pour réduire la vitesse et donner la priorité aux piétons et aux cyclistes sont des éléments clés pour la construction d'un environnement sûr. Des études détaillées et le plan des zones résidentielles et commerciales permettent d'assurer une possibilité de surveillance naturelle des espaces publics ce qui réduit à la fois la peur et la fréquence réelle des délits
--	---

Source : DANZON M. op cite

Tableau n° 7 : Production locale de denrées alimentaires avec faible apport d'engrais et de pesticides

production locale de denrées alimentaires avec faible apport d'engrais et de pesticides	
Critères d'évaluation des politiques	Les politiques et propositions d'aménagement urbain favorisent-elles et facilitent-elles la production locale de denrées alimentaires à faible apport d'engrais et de pesticides ?
Bénéfices pour la santé	Les gradients sociaux dans la qualité nutritionnelle et l'origine de nutriments contribuent à l'inégalité vis-à-vis de la santé avec la consommation excessive de sucres et graisses riches en calories. Les recommandations nutritionnelles en vue d'éviter les maladies chroniques, soulignent en permanence la nécessité de consommer plus de fruits et légumes frais. Les personnes à revenus faibles, y compris les familles jeunes, les personnes âgées et les personnes sans emploi sont les moins à même de s'alimenter correctement. La production et la distribution locales de denrées alimentaires peuvent avoir un effet sur la santé mentale en ce qu'elles permettent d'accroître l'activité physique, de réduire l'isolement social et de favoriser l'estime de soi et la confiance
Effets négatifs potentiels de l'organisation urbaine	L'urbanisme ne tient pas toujours compte de l'importance de proposer des espaces publics et des jardins familiaux. La concentration des commerces et la croissance de vastes supermarchés réduisent la diversité de denrées alimentaires disponibles localement et désavantagent ceux qui ne disposent pas d'une voiture ce qui accentue les inégalités sociales.
Effets positifs de l'organisation urbaine	Les sources locales de denrées alimentaires que sont les jardins maraîchers, les jardins ouvriers, les petites propriétés et fermettes ainsi que les fermes de villes permettent aux personnes à revenus faibles de produire leurs propres fruits et légumes. Les nouveaux lieux de vie " favorables à la santé " développent ce type d'initiatives sur place pour combiner santé, bien-être et activités physiques douces. L'urbanisme peut aussi aider à préserver et à protéger des zones qui serviront à des projets collectifs et donneront la possibilité d'une production locale de denrées alimentaires. L'urbanisme favorise également la diversité des équipements commerciaux dans des petits centres de quartier, permettant de diminuer la dépendance individuelle vis-à-vis des hypermarchés situés en dehors des centres-villes

Source : DANZON M. op cite

Tableau n° 8 : L'égalité

	L'égalité
Critères d'évaluation des politiques	Les politiques et propositions d'aménagement urbain favorisent-elles et facilitent-elles l'égalité et le développement du " capital social " ?
Bénéfices pour la santé	Il est possible de réduire le mauvais état de santé et les décès prématurés en diminuant le niveau de pauvreté. Les dommages causés à la santé ne proviennent pas seulement d'une privation matérielle mais aussi des problèmes sociaux et psychologiques liés à la pauvreté
Effets négatifs potentiels de l'organisation urbaine	L'urbanisme n'a pas d'effet direct sur les revenus mais il a de nombreux effets indirects. Le système d'urbanisme peut être utilisé, par exemple, pour freiner mais aussi pour faciliter l'accès aux différents équipements et aux lieux d'approvisionnement ce qui permet de diminuer les inégalités.
Effets positifs de l'organisation urbaine	Le type d'urbanisme choisi peut faciliter la mise à disposition de logements sociaux ou de logements à faible coût ; il peut favoriser l'emploi, et en ayant une influence sur la sécurité et les commodités du quartier peut améliorer les types de déplacement en proposant toute une série d'équipements faciles d'accès. Les réseaux locaux d'entraide sont renforcés par ces éléments ce qui aide à développer un esprit de quartier

Source : DANZON M. op cite

Tableau n° 9 : Qualité de l'air et esthétique

	qualité de l'air et esthétique
Critères d'évaluation des politiques	Les politiques et propositions d'aménagement urbain favorisent-elles et facilitent-elles une bonne qualité de l'air, une protection contre les bruits excessifs et un environnement agréable pour y vivre et travailler ?
Bénéfices pour la santé	Les bénéfices pour la santé qu'apporte une meilleure qualité de l'air portent sur la réduction de graves maladies pulmonaires (bronchite chronique ou emphysème) ainsi que de l'état cardiaque et probablement, sur la moindre gravité de l'asthme chez l'enfant. Un environnement agréable augmente la sensation de bien-être.

Effets négatifs potentiels de l'organisation urbaine	Une mauvaise qualité de l'air résulte en partie de politiques inefficaces des transports et de l'occupation des sols aboutissant à une circulation routière intense ainsi qu'à la présence d'usines polluant les zones résidentielles. L'absence d'une bonne politique de quartier peut signifier que les résidents et les ouvriers sont soumis à des bruits excessifs, des fumées et émanations déplaisantes et qu'ils sont confrontés à un environnement visuellement rébarbatif qui peut nuire à leur bien être et être source de maladies.
Effets positifs de l'organisation urbaine	L'urbanisme peut aider à intégrer dans les plus hautes priorités, l'amélioration de la qualité de l'environnement local des zones commerciales et industrielles ainsi que des zones d'habitation : en particulier en opérant une dispersion des zones industrielles à la fois polluantes et bruyantes, en favorisant des formes moins polluantes de transports publics, en menant des politiques de dissuasion vis-à-vis de l'utilisation des véhicules automobiles et en obligeant les camions à emprunter des itinéraires spécifiques qui leur sont spécialement assignés ainsi qu'en soutenant le développement de quartiers et de logements " éco-énergétiques ".

Source : DANZON M. op cite

Tableau n° 10 : Qualité de l'eau et des équipements sanitaires

qualité de l'eau et des équipements sanitaires	
Critères d'évaluation des politiques	Les politiques et propositions d'aménagement urbain favorisent-elles et facilitent-elles l'amélioration de la qualité de l'eau et de la salubrité?
Bénéfices pour la santé	Une bonne qualité de l'eau et de la salubrité s'avèrent essentiels à la santé et à la prévention des maladies.
Effets négatifs potentiels de l'organisation urbaine	L'urbanisme ne peut affecter que de manière indirecte l'approvisionnement en eau et le traitement des eaux usées mais la santé peut être défavorablement affectée si l'utilisation des ressources locales et le traitement local ne sont pas encouragés.
Effets positifs de l'organisation urbaine	L'urbanisme peut imposer des normes et des critères auxquels tout nouvel aménagement doit satisfaire. Il peut promouvoir le captage des eaux sur site, la purification et la ré-infiltration dans le sol et aider à faire remonter le niveau des cours d'eau. Il peut veiller à ce que des aménagements ne se fassent pas dans des zones menacées par des inondations et à ce que les zones humides ne risquent pas d'être contaminées par des projets concernant l'agriculture, les transports et l'industrie.

Source : DANZON M. op cite

Tableau n° 11 : Qualité des terres et ressources minérales

qualité des terres et ressources minérales	
Critères d'évaluation des politiques	Les politiques et propositions d'aménagement urbain favorisent-elles et facilitent-elles le maintien de la qualité des terres et des ressources minérales?
Bénéfices pour la santé	Réduire la contamination provenant des déchets industriels causée par une gestion inefficace des déchets et des dépôts d'ordures peut considérablement améliorer la santé humaine et la qualité de l'environnement.

Effets négatifs potentiels de l'organisation urbaine	L'urbanisme n'est pas toujours en mesure d'avoir une influence sur ces points mais il peut amener à la prise de conscience que la dégradation des terres peut être le résultat d'une agriculture et d'une déforestation trop intensives ou par l'utilisation excessive des ressources minérales dans le cadre de projets d'équipements. Il incombe aux urbanistes d'essayer d'éviter que les aménagements ne se fassent sur des terres agricoles de type hautement fertile.
Effets positifs de l'organisation urbaine	L'urbanisme permet de garantir que des matériaux recyclés et renouvelables sont utilisés chaque fois que cela s'avère possible dans la construction. Le compostage et la culture de denrées alimentaires devraient désormais faire partie intégrante de notre nouvelle façon de concevoir les aménagements et l'urbanisme. Au niveau local, il est possible de sauvegarder les espaces verts urbains et les jardins ouvriers, les jardins maraîchers, les petites propriétés et les fermettes ainsi que les activités ayant trait à la culture des denrées alimentaires en banlieue. Les sites sous-exploités ou laissés en friche de même que les terres urbaines abandonnées peuvent faire l'objet de réaménagements

Source : DANZON M. op cite

Tableau n° 12: **Stabilité du climat**

stabilité du climat	
Critères d'évaluation des politiques	Les politiques et propositions d'aménagement urbains favorisent-elles et facilitent-elles la stabilité du climat ?
Bénéfices pour la santé	Limiter les écarts extrêmes de température permet d'éviter la survenue de décès au sein des groupes les plus démunis et chez les personnes âgées. S'il est possible d'éviter les maladies et les hausses du niveau de la mer résultant d'une instabilité du climat, moins de personnes tomberont malades ou se trouveront déplacées hors de leurs foyers.
Effets négatifs potentiels de l'organisation urbaine	L'urbanisme peut aggraver les problèmes climatiques s'il ne prend pas en considération les politiques qui incitent à réduire l'utilisation des combustibles fossiles et à faire des économies d'énergie dans la construction et l'usage des bâtiments.
Effets positifs de l'organisation urbaine	L'urbanisme peut avoir une incidence sur le taux d'émission des gaz à effet de serre dus à l'homme dans la mesure où il joue un rôle quant à l'utilisation d'énergie dans les constructions et les transports ; il permet aussi le développement de sources d'énergie renouvelables

Source : DANZON M. op cite

Conclusion:

A partir de cette lecture nous pouvons déduire que la notion de la santé à travers le temps, a connu une série de mutations liées aux modes d'appropriation par de différentes approches.

Au départ la santé des individus se qualifiait par rapport à leurs conditions physiques et morales, mais au fur à et a mesure les recherche scientifiques ont pu démontrer que l'état de santé d'un ou groupe d'individus dépend de plusieurs facteurs influants.

Cet aboutissement a pour finalité l'apparition d'un nouveau discours autour de la santé en générale, et celle des populations en particulier, c'est à la santé publique et communautaire qui substitue à la santé purement médicale que revient la plus grande intention ces derniers temps.

Evoquer la santé publique ou communautaire, implique d'emblée l'ouverture d'un débat à propos des éventuels facteurs agissants pour sa dégradation, mais aussi la nature des moyens qu'il faut mettre en place pour sa promotion.

C'est pourquoi actuellement de divers courants (économique, social, urbanistique) essayent d'intégrer la dimension de la santé dans leurs démarches, cette tendance a pour conséquent l'appropriation de la santé par de nouvelles conceptions (la santé au travail, la santé scolaire et la santé en ville).

Dans cet axe les organisations internationales (OMS, Banque Mondiale) insistent sur le fait d'incorporer la dimension de la santé dans toutes les pratiques, mais aussi déploient des moyens financiers et humains afin de promouvoir le bien-être des populations à travers le monde.

Introduction

A travers le temps la sante a évolue énormément tant sur le plan théorique que sur le plan d'exercice de la profession.

Les professionnels de la santé ont pu introduire des techniques et des procédés qui ont permis la maîtrise de prévention et de traitement des maladies qui ont tant ravagé l'humanité à travers l'histoire.

Cette avancée scientifique représente un capital important pour la santé, mais l'évolution la plus remarquable n'est apparue qu'à travers la notion du développement durable ou s'est émergée une nouvelle définition de la sante dépassant l'individu et son environnement immédiat, à un horizon plus large s'est celui des indicateurs de la santé qui influent d'une façon indirecte sur l'état de santé.

La définition universelle qu'a obtenu la santé « bien être physique et mental » n'exclue pas l'ancienne définition "absence de maladie ou d'infirmité " mais plutôt fait élargir le champs d'action de la santé et de la santé publique.

Ce deuxième chapitre prend donc en considération la démarche du passage de ce concept vers la notion du développement durable et englobe la nation des indicateurs du projet ville santé dans ses différents aspects socio-économiques.

1 - Evolution du concept de santé dans le cadre du développement durable:

La question de la santé devient de plus en plus l'une des préoccupations les plus majeure du développement durable comme le souligne le principe I de la déclaration de Rio sur l'Environnement et le Développement qui affirmait en 1992 que :

«Les êtres humains sont au centre des préoccupations relatives au développement durable. Ils ont droit à une vie saine et productive en harmonie avec la nature»²⁹.

Dans cette optique beaucoup d'efforts ont été déployés ; ainsi que de considérables résultats ont été obtenus en termes de santé publique lors de la dernière décennie, mais force est de constater que l'environnement devient un déterminant de plus en plus influent et demeure à l'origine d'un quart de la morbidité et de la mortalité humaine.

Malgré des progrès sanitaires indéniables, les problèmes de santé continue de freiner le développement: l'espérance de vie est de plus en plus inégale de part le monde 49,2 ans dans les pays les moins avancés, contre 61,4 ans pour l'ensemble des pays en développement, et 75,2 ans pour les pays développés). Un enfant sur cinq n'atteint pas 5 ans dans les pays les moins avancés.³⁰

Dans d'autres cas, la santé est fortement dégradée par les processus de développement eux – mêmes : c'est le cas lorsque le développement s'accompagne de

²⁹ Conférence des nations unies sur l'Environnement et le Développement (CNUED) à Rio de Janeiro en 1992.

³⁰ Rapport de l'OMS 2001.

mouvements migratoires, de phénomène d'urbanisation très accélérée, d'où la gestion devient de plus en plus difficile et l'état de la santé sera fragilisé d'avantage.

(La densification de l'habitat et des activités humaines dans les territoires urbains, accompagnier parfois de flux migratoires soudains de populations touchées par des crises humanitaires ou sécuritaires, concentre les phénomènes à l'origine d'une détérioration sanitaire: pollution atmosphérique – et insécurité - liée aux transports routiers, nuisances sonores, surpeuplement et stress, qualité médiocre de l'eau, élimination des déchets, risques technologiques et naturels en zones urbanisées. Face à cette concentration d'enjeux, les collectivités peinent à assurer une gestion globale et innovante, ce qui participe d'une cycle auto-créateur de nouvelles crises, de risques technologiques, sanitaires et environnementaux nouveaux).³¹

Et comme l'évolution et la dégradation de l'environnement influe énormément sur la santé humaine de plus en plus, l'interdépendance entre qualité environnementale et santé publique fait ainsi apparaître de nouveaux risques pour le IIIème millénaire.

En effet, la santé peut être à l'origine de ralentissement économique (ainsi le paludisme a-t-il provoqué dans les pays endémiques africains un ralentissement de la croissance économique allant jusqu'à 1, 3 % par an)³².

L'impact du développement économique incontrôlé sur l'environnement. A pu amener à reconnaître la nécessité d'établir des stratégies en vue d'évoluer vers un développement durable du point de vue économique, environnemental et social, capable d'éviter la détérioration de l'environnement.

Dans le même contexte, certains croient que l'évolution vers la notion de développement durable résulte d'une métacrise à laquelle le monde est confronté.

Cette métacrise se compose de trois crises élémentaires affectant le développement, l'environnement et la sécurité.

1 – a / - Crise de développement:

En ce qui concerne le développement, la crise résulte de l'incapacité des pays riches à faciliter un développement organisé dans les pays pauvres.

La situation alarmante des couches sociales les plus défavorisées demeure la même depuis la seconde guerre mondiale. Les quatre cinquième de la population du monde vivant dans

³¹ Idem.

³² Kirkby, J. et al., ed. *Sustainable development: the Earthscan reader*. Londres, Earthscan Publications, 1995, pp. 1–14.

une grande misère. Depuis les années 80, les termes de l'échange se sont dégradés pour les pays en développement, ce qui a aggravé la pauvreté dans ces pays. Pour faire face à une dette croissante, le fond monétaire international a exigé aux gouvernements des pays en développement des réformes financières qui ont eu pour effet d'amputer les programmes sociaux, ce qui a encore aggravé la misère des groupes défavorisés.

1 – b / - Crise environnementale :

Quant à La crise environnementale, il en résulte l'incapacité de la planète à assurer à l'humanité des moyens de subsistance. Ce qui présente deux aspects de problèmes:

Le premier représente l'accroissement rapide de la population mondiale, de l'ordre de 100 millions d'habitants par an³³, ce qui entraîne une consommation de ressources non renouvelables tel que les minéraux et le pétrole. D'autant plus que Cette consommation de ressources, représente un déséquilibre flagrant ; alors que 20% de la population, vivant principalement dans les pays développés consomment 80% , le reste de la planète consomme, seulement les 20% des ressources.

Le deuxième problème de la crise environnementale est marqué par la dégradation des ressources naturelles, la pollution de l'air, de l'eau et du sol : pluies acides, destruction de la couche d'ozone, contamination des sources d'eau, ainsi que par la désertification, la mauvaise qualité de l'air dans les villes et la réduction de la biodiversité.

1 – c / - Crise de sécurité :

Depuis la fin de la Seconde guerre mondiale, le monde a vécu un nombre important de guerre ; d'une part, les guerres d'indépendance, ainsi que d'autres conflits militaires. Ce qui a provoqué toute une série de destruction des vies humaines, de l'environnement, des moyens de subsistance et même des possibilités de développement durable. Parallèlement, des ressources considérables ont été détournées d'investissements constructifs vers des moyens militaires toujours plus puissants.

Ces trois crises forment un tout et ne peuvent être considérées comme distinctes, mais plutôt comme liées entre elles, voire synergiques. Et pour évoluer vers un développement durable, il faut donc prendre en considération toutes les composantes afin de mettre en évidence une nouvelle manière d'agir dont il sera indispensable de mettre en place dans le monde un nouveau modèle de système économique, politique et social.

2 / - Le développement durable : Aperçu historique, notions et concepts:

³³ Rapport de l'OMS 2001.

2 -1 / - Aperçu Historique du développement durable:

Le développement durable n'est pas récent : la recherche d'un équilibre entre protection de l'environnement et développement économique et social a été depuis longtemps au centre des préoccupations et des réflexions.

Dès 1951, l'**UICN** (Union Internationale pour la Conservation de la Nature) publie le premier Rapport sur l'état de l'environnement dans le Monde, rapport précurseur dans sa recherche de réconciliation entre **économie** et **écologie**.

Le **Club de Rome**, dans les années 1960-1970, avait déjà travaillé sur des concepts dépassant les idées écologistes de l'époque.

Il commanda un rapport à des chercheurs du Massachusetts Institute of Technology (MIT) qui sera publié en 1972 (Rapport Meadows) : il démontre que "dans un monde aux ressources naturelles limitées, un modèle économique fondé sur une **croissance illimitée** conduira à un effondrement des sociétés telles que nous les connaissons avant 2100".

En 1972, les **Nations Unies** organisent à Stockholm la conférence des Nations Unies sur l'environnement humain, dont l'objectif est l'examen des liens entre environnement et développement.

Maurice Strong, organisateur de cette conférence, est à l'initiative du concept d'**écodéveloppement** : il introduit un modèle de développement économique compatible avec l'**équité sociale** et la prudence écologique, qui serait basé sur la satisfaction des besoins plutôt que sur une augmentation incontrôlée de l'offre.

Le français **Ignacy Sachs** reprend ce concept, et y voit : "**le moyen de réconcilier le développement humain et l'environnement, indissociables l'une de l'autre, et qui affirme la nécessité de remettre en cause les modes de développement du Nord et du Sud, générateurs de pauvreté et de dégradations environnementales**".

La Conférence de Stockholm aboutit à la création du Programme des Nations Unies pour l'Environnement (PNUE), en complément du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD).

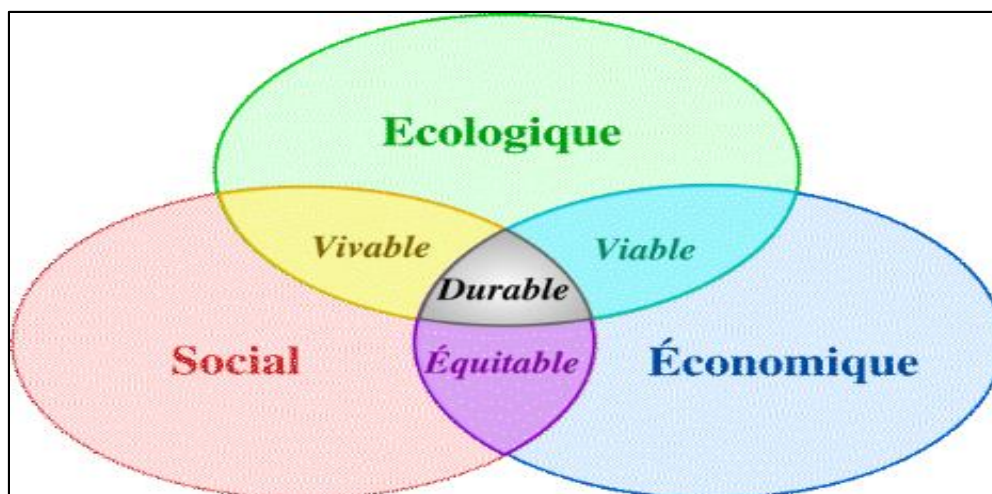
Les années 80 offrent au grand public des exemples frappants et inquiétants de pollutions et de pauvreté, et démontrent l'urgence d'une solidarité planétaire, pour l'homme et l'environnement.

L'idée du développement durable s'est manifestée pour la première fois en 1987 dans le rapport Brundtland³⁴, sous le slogan « **Notre avenir à tous** ». Publié en 1987 issu de la Commission mondiale sur l'Environnement et le Développement créée en 1983 par l'ONU (Commission dite Brundtland, du nom de Mme Gro Harlem Brundtland qui l'a présidée).

Qui en donnera une définition universellement admise comme étant :

« **Un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à satisfaire les leurs.** »³⁵

Schéma n° 04 – le développement durable



Source : Plan d'action des villes santé et le développement durable. Collection européenne développement durable et santé. N°2-OMS-2000. Page39.

La Commission avait exprimé ses préoccupations quant à la condition des populations défavorisées et à l'énorme déséquilibre en termes de ressources existant entre les pays industrialisés et les pays en développement, et elle avait conclu à la nécessité du

³⁴ Rapport Brundtland : rapport Brundtland de la Commission Mondiale sur l'Environnement et le Développement (CMED) de l'ONU – 1987.

³⁵ - Rapport Brundtland : rapport Brundtland de la Commission Mondiale sur l'Environnement et le Développement (CMED) de l'ONU – 1987. p 47

développement économique pour répondre aux besoins de ces groupes. Elle estimait cependant que ce développement ne devait pas se faire aux dépens de l'écosystème planétaire.

Le rapport **"Notre avenir à tous"** traitait de l'économie et de l'environnement sans mentionner explicitement la viabilité du point de vue de la santé ou du social.

Le concept de développement durable a depuis évolué pour inclure la notion de société durable. Les définitions ultérieures se fondent sur une notion plus large du développement durable.

Ainsi, (Rees)³⁶ définit le développement durable comme suit : "**... un changement socio-économique positif ne nuisant pas aux systèmes écologiques et sociaux dont dépend la survie des sociétés. Sa mise en œuvre efficace passe par la mise en place coordonnée de processus d'élaboration de politiques, de planification et d'apprentissage social; sa viabilité politique dépend de manière déterminante du soutien effectif qu'apportent les populations concernées par le biais de leurs gouvernements, de leurs institutions sociales et de leurs activités privées**".

De sa part l'Association canadienne de santé publique, avait donné à ce concept une définition plus concise en 1991 ³⁷: "**Le développement humain et la réalisation du potentiel**

humain requièrent une activité économique qui soit durable du point de vue social et environnemental au cours de l'actuelle génération et des générations futures"

Pour **Ignacy Sachs** ³⁸ : le développement durable : « **...ce n'est pas une doctrine, ce n'est pas une théorie, il s'agit d'une approche qui se veut opérationnelle...** » .

Il reconnaît de sa part cinq dimensions du développement durable. Car en plus des trois dimensions : sociale, économique et écologique, déjà connue il y ajoute une durabilité spatiale qui favorise une meilleure répartition géographique des activités et des hommes, et une durabilité culturelle se référant à l'acceptabilité culturelle des solutions proposées.

³⁶ - Ress:

³⁷Rapport de l'Association canadienne de la santé publique,1991.

³⁸ Sachs (I), « le développement reconsidéré ; quelques réflexions inspirées par le sommet de la terre », in revue de tiers monde, n° 137 janvier - mars 1994- page 55.

Pour Di Castri,³⁹ : Il présente le développement durable comme étant une chaise, robuste doté de quatre pieds de longueur de solidarité égales, et chacun d'entre eux ... correspond à l'une de ses principales composantes »

Pour DEPREST (F)⁴⁰ : le développement durable est ; " **Une sorte de développement qui prévoient de réelles améliorations de la qualité de la vie humaine, et en même temps conserve la vitalité et la diversité de la terre**"

pour le philosophe **Hans Jonas**, le devenir planétaire se résume aux responsabilités humaines au détriment de leur environnement, il nous explique que "**Agis de façon que les effets de ton action soient compatibles avec la permanence d'une vie authentiquement humaine sur terre**", ou encore : "**Agis de façon que les effets de ton action ne soient pas destructeurs pour la possibilité future d'une telle vie**"⁴.

En synthèse de ces plusieurs définitions du développement durable, il est clair que le concept du développement durable, ne possède pas vraiment de définitions concrètes, mais à part celle du rapport de Brundtland, toutes autres reprennent le même sens avec des approches plus ou moins personnelles.

En incluant la notion de la santé, du bien être social, toutes ces définitions semble bien accentuées sur l'impact environnemental du développement économique et s'orientent vers le principe d'un développement humain s'appuyant sur un développement économique favorisant l'environnement et la justice.

2 - 2 / Les trois piliers du développement durable:

2 – 2 - 1 / Le pilier économique :

L'économie est un pilier qui occupe une place prééminente dans notre société de consommation.

Le développement durable implique la modification des modes de production et de consommation en instruisant des actions pour que la croissance économique ne se fasse pas au détriment de l'environnement et du social.

2 – 2 - 2 / Le pilier social :

³⁹ DI Castri, « les quartes piliers du développement durable »,in la revue de l'UNESCO sur l'environnement et les ressources naturelles,n°3, 1995,page 3

⁴⁰ DEPREST F., Enquête sur le tourisme de masse, l'écologie face au territoire, Paris, Belin, 1997

Ou encore le pilier humain. Le développement durable englobe la lutte contre l'exclusion sociale, l'accès généralisé aux biens et aux services, les conditions de travail, l'amélioration de la formation des salariés et leur diversité, le développement du commerce équitable et local.

2 – 2 - 3 / Le pilier environnemental :

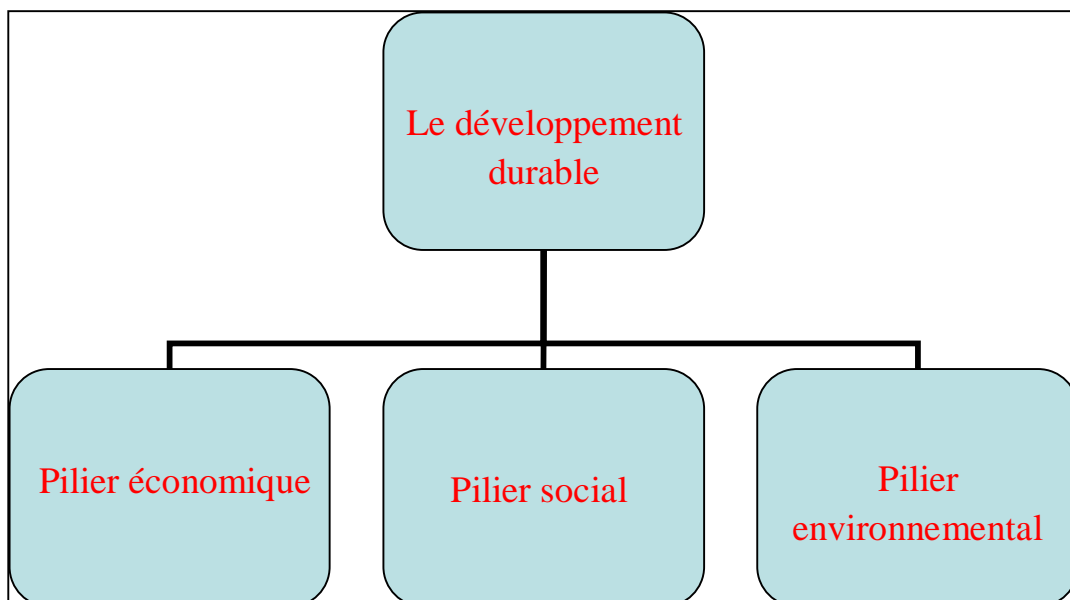
Il s'agit du pilier le plus connu.

Le développement durable est souvent réduit à tort à cette seule dimension environnementale.

Il est vrai que dans les pays industrialisés, l'environnement est l'une des principales préoccupations en la matière. Nous consommons trop et nous produisons trop de déchets.

Rejetons dorénavant les actes nuisibles à notre planète pour que notre écosystème, la biodiversité, la faune et la flore puissent être préservées.

Schéma n° 05 – les trois piliers du développement durable.



Source : interprétation personnel.

2 – 3 / - L'Agenda 21 : un cadre pratique du développement durable.

La Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement de 1992 (Sommet planète Terre de Rio de Janeiro) a poursuivi le débat sur le développement durable.

Ses résultats les plus importants ont été la Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement, une déclaration sur les principes de la gestion forestière, la préservation de l'écosystème ; ainsi que le programme Agenda 21.⁴¹

Plus de 178 gouvernements ont adopté ces déclarations à la Conférence. Comme suite à cette dernière, la Commission du développement durable des Nations Unies a été instituée pour suivre les progrès de la mise en œuvre du programme Agenda 21.

Le programme Agenda 21 des Nations Unies a pour objet de définir les relations entre le développement social et le développement économique, de protéger et de mieux gérer les ressources, de renforcer les rôles des principaux groupes sociaux et de la manière de procéder pour atteindre ces objectifs.

La mission essentielle de ce programme était de mieux protéger la santé humaine et le bien-être de l'humanité.

Ce plan d'action décrit aussi d'une façon claire les secteurs où le développement durable doit s'appliquer dans le cadre des collectivités territoriales. Il formule des recommandations dans des domaines aussi variés que :

- la pauvreté.
- la santé.
- le logement.
- la pollution de l'air.
- la gestion des mers, des forêts et des montagnes .
- la désertification.
- la gestion des ressources en eau et de l'assainissement.
- la gestion de l'agriculture.
- la gestion des déchets .

La mise en œuvre du programme Agenda 21 dans les villes et les localités a progressé rapidement au cours des cinq premières années de vie du programme. Celui-ci comprend quatre volets principaux⁴²:

⁴¹ L'Agenda 21 (ou Action 21) est un plan d'action pour le XXI^e siècle adopté par 173 chefs d'État lors du sommet de la Terre, à Rio, en 1992.

- Développement social et économique.
- Gestion des ressources.
- Renforcement de la participation des groupes principaux.
- Moyens de mise en œuvre.

Pour ce qui est du développement économique et social, Le programme Agenda21 inclut surtout les aspects suivants:

- Coopération internationale.
- Pauvreté.
- Consommation durable.
- Population.
- Santé.
- Habitat.
- Intégration de l'environnement.

Pour le domaine " gestion des ressources ", le programme agenda 21 inclut:

- La protection de l'atmosphère.
- La planification de l'utilisation des sols.
- Le déboisement.
- Les écosystèmes vulnérables.
- Le développement rural,.
- La biodiversité.
- Les biotechnologies.
- Les océans.
- Les ressources en eau douce.
- La gestion des déchets.

Pour le renforcement de la participation des groupes principaux " le programme inclut beaucoup plus les groupes marginalisés tels que: les femmes, les enfants, les populations autochtones et les organisations non gouvernementales(ONG).

⁴² Plan d'action des villes santé et le développement durable. Collection européenne développement durable et santé. N°2-OMS-2000. page28.

En ce qui concerne les moyens de mise en œuvre, le programme prend en compte les aspects suivants :

- Les finances.
- Les institutions.
- Le transfert de technologies.
- Les sciences.
- L'éducation.
- Le développement des capacités.
- Les institutions internationales.
- La législation et l'information des décideurs.

" Toutes ces activités mises en œuvre dans ces domaines doivent impérativement s'appuyer sur un ensemble de pratiques et de mécanismes qui, dans le programme Agenda 21, sont jugés indispensables pour la réalisation d'un développement durable notamment"⁴³:

- La réduction de la consommation d'énergie et de matières premières et de la production de polluants et de déchets.
- La protection des écosystèmes vulnérables.
- Le partage équitable des richesses, des possibilités et des responsabilités entre les pays développés et les pays en voie de développement, et aussi entre groupes sociaux à l'intérieur du même pays.

Afin d'aboutir à ces fins, le développement durable doit passer par un processus démocratique coopératif et planifié selon l'Agenda 21. C'est à dire, **"le développement durable ne s'improvise pas ; il nécessite une planification et un travail délibérés à tous les niveaux, du niveau international jusqu'au niveau local"** ⁴⁴ comme le stipule les textes de l'Agenda 21

Le citoyen, quelque soit son niveau de vie, son niveau intellectuel, ainsi que son statut social, doit pouvoir se prononcer sur les décisions concernant l'environnement et le développement.

"Tous les groupes et intérêts sociaux, y compris les milieux d'affaires, ceux de l'éducation et les associations, ainsi que les autorités à tous les niveaux, doivent

⁴³ Rapport des Nations unies sur le "Sommet planète terre" Agenda 21. New York département de l'information et de l'organisation des nations unies. 1993.

⁴⁴ Plan d'action des villes santé et le développement durable. Collection européenne développement durable et santé. N°2-OMS-2000. page28.

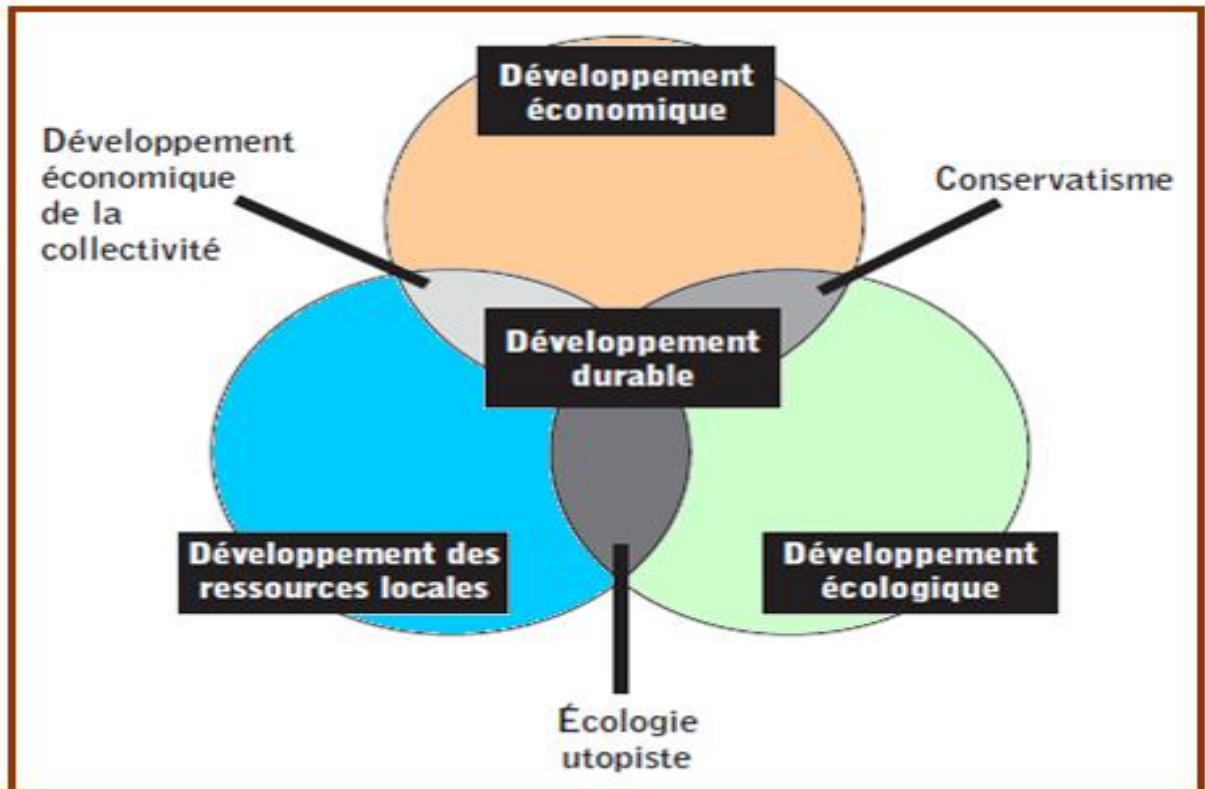
collaborer dans le cadre d'un partenariat. Le Conseil international pour les initiatives écologiques locales (ICLEI), dans un examen détaillé de la planification d'un développement durable (24), donne une description succincte des démarches complexes à entreprendre au niveau local (figure 4). Le Conseil souligne que les impératifs du développement économique, du développement des ressources locales et d'un développement compatible avec l'environnement sont souvent en conflit les uns avec les autres, et que le processus de développement durable aux niveaux local et mondial consiste à concilier ces trois processus de développement''⁴⁵.

Mettre en évidence une telle stratégie, implique des négociations et des concertations entre les parties prenantes pour mieux débattre la question du développement durable.

Le passage vers un développement durable ne dépend pas seulement des capacités et des compétences des gouvernements, mais plutôt on doit impliquer les organisations intergouvernementales, des organisations de financement transnationales et des organisations non gouvernementales (ONG) afin de gérer la réorientation liée à l'apparition d'un nouveau système de valeurs dans le cadre de l'économie mondiale.

Schéma n° 06 : Le défi du développement durable.

⁴⁵ Idem. Page 29.



Source: Plan d'action des villes santé et le développement durable. Collection européenne développement durable et santé. N°2-OMS-2000. page29.

2 – 4 / Influence des facteurs environnementaux sur la santé:

"Les relations entre les facteurs environnementaux et les résultats sur l'état de santé sont reconnus et pris en compte depuis les premiers jours du mouvement de la santé publique. Toutes les villes européennes se sont dotées de règlements relatifs à l'hygiène de l'eau et du logement ainsi qu'aux risques industriels dès le début du XXe siècle. Ces règlements sont maintenant couramment appelés règlements d'hygiène environnementale et leur application est contrôlée par le service chargé de ce domaine."⁴⁶

Les effets de l'activité économique sur l'environnement ont des répercussions non seulement locales, mais aussi nationales et internationales sur l'état de santé.

On peut citer la pollution des ressources en eau par les nitrates et pesticides utilisés par les agriculteurs, les pluies acides provenant des installations industrielles et des centrales électriques, et les aliments contaminés par les pesticides.

⁴⁶ Plan d'action des villes santé et le développement durable. Collection européenne développement durable et santé. N°2-OMS-2000. Page34.

Dans de nombreuses villes européennes, de graves problèmes environnementaux, économiques et sociaux se posent aujourd'hui. La pauvreté et les inégalités progressent parallèlement aux problèmes de pollution, de dégradation des infrastructures, de mauvaise qualité de l'air et de l'eau, de disparition des espaces verts et d'insalubrité de l'habitat.

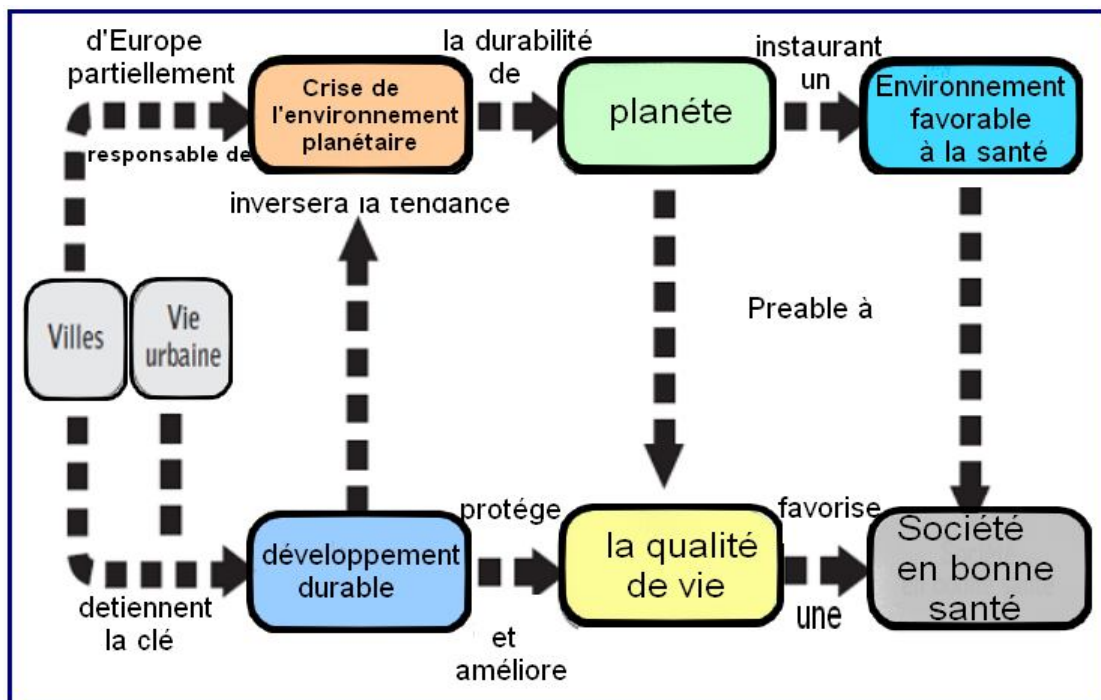
Ces facteurs sont encore aggravés, dans certains pays, par une politique à courte vue de promotion du développement économique au détriment de vastes groupes marginalisés.

Les relations, dans les villes, entre bien-être social et santé, développement économique, qualité de l'environnement collectif et salubrité de l'écosystème mondial, ont retenu beaucoup d'attention au cours des dernières années.

On tend aujourd'hui à s'orienter vers un nouveau modèle de relations entre toutes les activités qui se manifestent dans les villes.

Un groupe d'experts a établi un rapport qui tente de regrouper, sous forme graphique, les éléments de ce problème, en décrivant les relations entre villes, développement durable, crise de l'environnement planétaire et avantages d'une société en bonne santé dans un environnement favorable à la santé.

Schéma n° 07 : Concepts clés de la santé et du développement durable.



Source : Plan d'action des villes santé et le développement durable. Collection européenne développement durable et santé. N°2-OMS-2000. Page36.

3 / - Les réflexions autour du projet "Ville santé":

3-1 / - La déclaration d'"Alma-Ata "⁴⁷

Cette déclaration qui présente une réflexion avancé autour du thème de la Ville santé à été reconnue beaucoup plus comme stratégie de la santé, sous le slogan "**Santé pour tous**" :

Le programme "Santé pour tous" a été commissionné par l'Assemblée Mondiale de la Santé et a été approuvé à Genève en 1977 et a été lancée en tant que mouvement mondial lors de la Conférence d'Alma-Ata de 1978.

Cette déclaration définie déjà des priorités mondiales dans le domaine de la santé, et encourage à créer les conditions nécessaires pour que tous les habitants de la planète puissent atteindre et maintenir le plus haut niveau de santé possible.

Il est important de comprendre que la **Santé pour tous** n'est pas un objectif en soi , ni une réflexion figée. Il représente plutôt une charte pour la justice sociale, et offre un guide fondé sur des données scientifiques menant à un développement humain harmonieux et équitable.

Lors de cette conférence **d'Alma Ata** l'opinion internationale est déjà conscient sur la gravité et la sensibilité de la question de la santé, et déclare que la santé dépend d'autres paramètres.

C'est ainsi que c'est apparu les principes fondamentaux de la santé pour tous: qui dépend réellement d'un attachement à la santé en tant que droit fondamental de l'être humain⁴⁸ .

3-1-1 / - Les principes de la Santé pour tous⁴⁹ :

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

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.

⁴⁷ Organisation mondiale de la Santé Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Déclaration d'Alma-Ata, URSS, 6 -12 septembre 1978, Pour la promotion des soins de santé primaires et l'accès de tous à un niveau de santé acceptable..

⁴⁸ Organisation mondiale de la Santé Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Déclaration d'Alma-Ata, URSS, 6 -12 septembre 1978, Pour la promotion des soins de santé primaires et l'accès de tous à un niveau de santé acceptable

⁴⁹ Plan d'action des villes santé et le développement durable. Collection européenne développement durable et santé. N°2-OMS-2000. page23.

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.

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.

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

Responsabilisation : la santé résulte des relations entre tous les aspects de l'environnement et des conditions de vie et 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.

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.

3 - 2 / - La charte d'Ottawa:⁵⁰

La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, a adopté le 21 novembre 1986 la présente "Charte" en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la Santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà.

Inspirée avant tout, par l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement en faveur de la santé publique dans le monde, cette Conférence s'est concentrée sur les besoins des pays industrialisés, sans négliger pour autant ceux des autres régions.

Elle a pris comme point de départ les progrès accomplis grâce à la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, les buts fixes par l'OMS dans le cadre de la stratégie de la Santé pour tous et le débat sur l'action intersectorielle pour la santé, à l'Assemblée mondiale de la Santé.

⁵⁰ Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, a adopté le 21 novembre 1986 la présente une Charte; appelée par la suite: Charte d'Ottawa.

3 - 3 / - la "Charte d'Aalborg"⁵¹:

Lors de la conférence des villes européennes durables réunies à Aalborg en Danemark en 1994, les congressistes ont adopté une charte dite "**la charte d'Aalborg**", et se sont engagés, à protéger et à promouvoir la santé et le bien-être de leurs concitoyens:

Nous travaillerons donc à:

1. améliorer la prise de conscience et agir sur les déterminants principaux en termes de santé, dont la plupart se trouvent hors du champ d'action du secteur de la santé.
2. favoriser une planification du développement de la santé en ville, qui fournisse à nos villes les moyens d'établir et de mettre à jour des partenariats stratégiques en matière de santé.
3. réduire les inégalités en matière de santé et lutter contre la pauvreté, ce qui exigera de rendre compte régulièrement des progrès entrepris dans la réduction des écarts constatés.
4. favoriser l'évaluation des incidences sur la santé en tant que moyen pour tous les secteurs de concentrer leur travail sur la santé et la qualité de la vie.
5. mobiliser les planificateurs urbains et les pousser à intégrer les considérations de santé publique dans leurs stratégies et initiatives de planification.

3 - 4 / - Principaux éléments du Plan d'action de Lisbonne : de la Charte à la pratique⁵²:

1. Nous pensons que l'adoption de la Charte des villes européennes pour la durabilité (Charte d'Aalborg) constitue l'un des meilleurs points de départ pour entamer un processus Agenda 21 local.
2. Nous pensons que les autorités locales devraient être les principaux moteurs du processus Agenda 21.
3. Nous pensons que la mise en œuvre de l'Agenda 21 nécessite l'implication de l'ensemble des autorités locales, tant au niveau rural que sur le plan urbain.
4. Nous entamerons une consultation qui débouchera sur une collaboration avec les divers secteurs de notre communauté pour créer une synergie par le biais de la coopération.

⁵¹ Charte d'Aalborg+10. ville d'Aalborg. Conférence "Inspiring futures" 1994.

⁵² Plan d'action de Lisbonne. Ville de Lisbonne Octobre 1996

5. Nous tenterons de mettre de l'ordre dans nos propres affaires en appliquant le principe de la négociation externe.
6. Nous élaborerons systématiquement un plan d'action pour passer de l'analyse à la pratique.
7. Nous intégrerons le développement de l'environnement au développement social et économique pour améliorer la santé publique et la qualité de vie de nos citoyens.
8. Nous utiliserons des outils performants pour la gestion de la durabilité.
9. Nous élaborerons des programmes destinés à sensibiliser les citoyens, les groupes d'intérêts ainsi que les hommes politiques et les fonctionnaires locaux à la problématique du développement durable.
10. Nous nous renforcerons grâce à des alliances mutuelles : entre associations, réseaux et campagnes.
11. Nous créerons des alliances Nord-Sud et Est-Ouest pour le développement durable.
12. Nous travaillerons de concert avec la Campagne des villes européennes durables.

3 - 5 / - Programme "SANTÉ 21"⁵³ :

En 1998, les Etats membres de l'OMS ont adopté une stratégie remise à jour dite de **La Santé pour tous pour le vingt et unième siècle** appuyée sur une Déclaration Mondiale sur la Santé.

Les Etats membres de la Région Europe ont par la suite approuvé et apporté leur soutien à un nouveau cadre politique de la santé pour tous : dite **SANTÉ 21** pour la Région Europe. Ce cadre définit 21 objectifs pour le vingt et unième siècle

Le but de cette nouvelle politique est de parvenir à un potentiel maximal de santé pour tous. Les trois valeurs fondamentales sont les suivantes :

- la santé, droit fondamental de l'être humain,
- l'égalité devant la santé et la solidarité active entre les pays, entre les groupes d'individus au sein des pays et entre les sexes, et
- la participation et la responsabilité des individus, des groupes, des collectivités et des institutions, des organismes et des services œuvrant au développement de la santé.

Quatre axes d'action ont été retenus " afin de garantir que la durabilité en termes

⁵³ Adoptés par le Comité Régional pour l'Europe de l'OMS lors de sa quarante-huitième session, Copenhague, septembre 1998.

Scientifiques, économiques, sociaux et politiques opère et permette de procéder à la mise en application du projet SANTE 21 " :

- établissement de stratégies multi-sectorielles pour s'attaquer aux facteurs déterminants de la santé, prenant en considération les perspectives d'ordre physique, économique, social, culturel ainsi que les différences entre les sexes. Ces stratégies impliquant l'utilisation d'études d'impact santé.

- définition de programmes axés sur des objectifs de santé et des investissements pour le développement de la santé et des soins cliniques ;

- développement de soins de santé primaires intégrés pour les familles et la population locale, soutenus par un système hospitalier souple et adapté ;

- mise en œuvre d'une démarche participative de santé associant des partenaires capables d'agir pour la santé à tous les niveaux –domicile, école et lieu de travail mais aussi à celui des collectivités locales et des pays –cette démarche facilitant la prise de décision, la mise en œuvre et la responsabilité conjointes.

3 - 6 / - Conditions indispensables à la santé:

Selon les différentes approches pour l'amélioration de la santé, il ya un certain nombre de conditions et de ressources préalables, qu'on doit assurer afin de garantir un environnement favorable à la santé notamment :

- Se loger,
- Accéder à l'éducation,
- Se nourrir convenablement,
- Disposer d'un certain revenu,
- Bénéficier d'un écosystème stable,
- Compter sur un apport durable de ressources,
- Avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.

Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé.

La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques.

La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé; son ambition est le bien-être complet de l'individu.

4 - Genèse du Projet "Ville-santé" de l'OMS :

Les principes de la Santé pour tous ont servi de base à élaboration d'une stratégie européenne commune .En 1984,celle-ci a été adoptée par les États membres de la Région européenne sous la forme d'une politique de santé pour l'Europe comprenant 38 buts régionaux.

Cette politique prévoit de mettre en oeuvre des changements fondamentaux dans les approches de développement de la santé .Elle est axée sur quatre domaines principaux:

- Les modes de vie et la santé.
- Les facteurs de risque pour la santé et l'environnement.
- La réorientation du système de santé.
- L'obtention d'un soutien politique ,administratif et technologique en vue de réaliser ces changements.

« Force est de reconnaître que si la Santé pour tous a rencontré un vif succès dans les pays en développement, sa mise en oeuvre dans les pays européens a été lente. »⁵⁴

La notion de Villes-Santé a été lancée en 1984 à la Conférence de Toronto,tenu sur le thème "**Au-delà des soins de santé**". Elle s'inspirait du principe selon lequel la ville est l'échelon de gouvernement situé le plus près de la population,et donc le mieux placé pour influencer sur les déterminants de la santé.

Cette idée a suscité un vif intérêt au cours des deux années qui ont suivi, et l'OMS a soutenu un programme pilote (limité à l'origine à la période 1987-1992) prévoyant l'élaboration, pour les villes européennes, de modèles de pratique pour la promotion de la santé et la mise en oeuvre d'une politique favorable à la santé.

Cette idée venait à son heure. Après la phase initiale du programme pilote,l'OMS a pu constater le succès du mouvement qu'elle avait lancé.

“À l'issue des cinq premières années, 35 villes membres participaient au programme en Europe. Des réseaux nationaux s'étaient établis dans 20 pays, et 12 groupes de villes s'intéressant à des questions particulières avaient été établis dans le cadre du Plan d'action multivilles »⁵⁵.

Il convient de souligner que les villes membres du programme pilote n'avaient pas été désignées parce qu'elles avaient atteint un niveau particulier en matière de santé, mais parce

⁵⁴ Plan d'action des villes santé et le développement durable. Collection européenne développement durable et santé.n°2-OMS-2000. page22.

⁵⁵ Plan d'action des villes santé et le développement durable. Collection européenne développement durable et santé. N °2-OMS-2000. page22..

qu'elles avaient une bonne perception des mécanismes à mettre en oeuvre 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.
- En adoptant des mesures novatrices visant à améliorer la santé et l'environnement.

Le projet Ville-Santé de l'OMS a vu le jour en 1986. Son objectif était de proposer l'application locale à la fois des principes de l'OMS de la **Santé pour tous** et ceux de la **charte d'Ottawa** pour la promotion de la santé. Il a, depuis lors, évolué et s'est développé en un mouvement à l'échelle européenne doté d'un large dispositif permettant la mise en oeuvre de la santé et du développement durable au niveau local, **Santé 21** et **Agenda 21** en sont les fondements essentiels.

4 – 1 / - Définition de la "ville santé":

Une Ville-Santé est: **"Une ville qui crée et améliore continuellement les environnements physiques et sociaux et qui développe les ressources de la collectivité, permettant ainsi aux individus de s'entraider dans l'accomplissement de l'ensemble des fonctions inhérentes à la vie et permettant à ceux-ci de développer au maximum leur potentiel personnel"**.⁵⁶

Dans le cadre de la première phase du projet Villes-Santé de l'OMS (1987-1992), cette définition originelle s'est vue complétée par la définition suivante:

"Une Ville-Santé se définit en référence à une démarche et non pas simplement en terme de résultat. Une Ville-Santé n'est pas une ville qui a atteint un niveau particulier d'état de santé, mais une ville qui se préoccupe de la santé et s'efforce de l'améliorer. Ainsi toute ville quelle qu'elle soit peut prétendre être une Ville-Santé indépendamment de son état de santé du moment ; ce qui est exigé d'elle c'est un engagement vis-à-vis de

⁵⁶ Hugh Barton et Catherine Tsourou. Urbanisme et santé .un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants. Imprimerie des Hauts de vilaine (Châteaubourg – France). 2004. page29.

la santé avec l'établissement d'une organisation et d'une démarche permettant d'y parvenir".⁵⁷

Pour un contexte plus ou moins différent, celui de l'Algérie étant un pays en voie de développement, la définition a pris une nouvelle dimension, celle de la synergie des acteurs, le choix exact de la thématique, ainsi la méthodologie appropriée.

"La ville santé n'est pas un produit fini créé à une date précise ni une série d'actions additionnés simplement les unes aux autres; la ville santé étant ainsi ciblée méthodologiquement, cette même méthodologie recommande que l'on s'attache à des choix de thématique, de cadrage de la recherche que nous appelons des "thèses" plutôt que des hypothèses de ville santé".⁵⁸

D'une façon générale, le concept Ville-Santé est très vaste, il intègre des idées du domaine de la sociologie, de la géographie urbaine, de l'urbanisme, de l'écologie, de la politique, de l'économie, de la philosophie et d'autres disciplines complémentaires à la santé publique.

4 – 2 / - Critères définissant une Ville-Santé:

Pour l'OMS la ville santé n'est pas une démarche vague, ni une fin en soi, mais plutôt une série de critères bien définis que doit remplir une ville pour atteindre le stade d'une ville santé:

- une ville qui améliore constamment la qualité de son environnement,
- une ville qui favorise le développement d'une communauté solidaire et qui participe à la vie de la cité,
- une ville qui agit en faveur de la santé de tous et réduit les inégalités,
- une ville qui développe une économie diversifiée et innovante,
- une ville qui donne à chacun les moyens d'avoir accès à la culture et de réaliser son potentiel de créativité,
- une ville qui a la volonté de répondre aux besoins essentiels des citoyens (eau, nourriture, logement, travail, sécurité, statut social).

4 – 3 / - Les thèses de ville-santé:

⁵⁷ Hugh Barton et Catherine Tsourou. Urbanisme et santé .un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants. Imprimerie des Hauts de vilaine (Châteaubourg – France). 2004. page29.

⁵⁸ Belkacem labii, pour une approche de la ville santé et l'espace santé; thèse de doctorat d'état; université Mentouri , Constantine , 2006,p194.

4-3 - 1 / - La thèse de l'écologie urbaine:

La thèse de l'écologie urbaine est à la mode chez les urbanistes et les idéologues. Puisant dans l'écologie naturaliste, dans l'écologie humaine, elle a été bien traitée dans la conception du complexe pathogène.

L'écologie urbaine a été appropriée par les urbanistes, alors qu'elle a été inventée par les sociologues.

Dès lors, elle revêt plusieurs facettes : celle de l'Ecole de Chicago qui considère la ville comme un (organisme social), celle des rapports entre la santé et l'écologie, celle qui traite le métabolisme urbain par les techniques de l'écologie naturaliste écosystémique, jusqu'à la facette de l'architecture bioclimatique qui a pris la relève des préceptes hygiénistes de LE CORBUSIER.

4-3 - 2 / - La thèse de l'environnement:

La thèse de l'environnement est tentante à son tour, le terme est encore plus à la mode, il est consacré universellement, les conférences internationales se le disputent.

Car il en a été donné des contours pour ne pas dire des définitions autour de la survie dans une planète fragilisée par les effets de surexploitation ou d'exploitation déraisonnable, de pollutions aggravées.

Nous vivons dans un environnement, c'est-à-dire dans un espace qualifié physiquement, économiquement culturellement.

Le terme environnement pour être précis est toujours accompagné d'un qualificatif : économique, social ;...géographique !

Mais quand il est utilisé simplement il a une connotation préférentielle pour le milieu naturel général comprenant les actions néfastes de l'homme sur le milieu.

4-3 - 3 / - La thèse du milieu, ou de l'hygiène du milieu

En écologie, le milieu est le lieu dans lequel vivent les êtres humains, transformé par eux et influence leurs comportements.

C'est, en géographie des maladies et depuis Max SORRE⁵⁹, le lieu dans lequel vivent et se développent les parasites et les vecteurs qui portent à l'organisme humain.

L'étude du milieu s'assimile bien à celle de l'environnement ou mieux, elle s'apparente à l' (écosystème) puisqu'on parle de milieu montagnard, milieu marin,...

Le milieu (écologique) est régi, dans son existence et son évolution (changement) par des facteurs physico-chimique (air, eau,...) et des facteurs liés à la présence d'organismes qui ont un rôle de compétition, de prédation, de parasitisme (biotique).

A la suite du milieu écologique, le milieu naturel, façonné par l'écosystème dont nous parlions ci-dessus ; mais aussi par l'intervention humaine (noosphère, intelligence).C'est-à-dire les perturbations d'ordre anthropique : domestication, modification topographique, hydrographique,...

- Le milieu social quand à lui, relève de l'adaptation psychologique de l'individu qui est d'abord relative à l'atmosphère, au climat, en tant qu'enveloppe ; elle se manifeste par le bien-être ou le malaise.
- Il se rapporte enfin, toujours en terme d'adaptation –inadaptation, aux bouleversements psycho-sociaux qu'impose le mode de vie urbain et les ségrégations que celui-ci engendre .Il oppose une amélioration des conditions matérielles d'existence à une détérioration des rapports des hommes entre eux au sujet de se milieu.
- Le milieu urbain est la notion la plus contemporaine, et le cadre de détérioration de ces rapports.
- Voici donc trois notions, trois thèses, pour inscrire un projet (ville-santé) : l'écologie urbaine, l'environnement urbain, le milieu urbain .On pourrait ajouter le cadre de vie⁶⁰

4 / - Etude de cas d'un projet ville santé :

Afin de mieux comprendre le projet ville santé et son mode de fonctionnement ; il est préférable d'exposer un modèle concret de réseau de ville santé ; et de voir ses objectifs et ses missions.

⁵⁹Max Sorre :

⁶⁰ Belkacem labbi, pour une approche de la ville santé et l'espace santé; thèse de doctorat d'état; université Mentouri , Constantine , 2006,p196.

5 – 1 / - Réseau français des Villes-Santé de l'OMS :

L'Association Réseau français des Villes-Santé de l'OMS a été créée en janvier 1990⁶¹. Actuellement cinquante-huit villes y adhèrent. La présidence est assurée, depuis 2003⁶², par la Ville de Nancy. Montpellier est membre du bureau exécutif. Le Réseau français des Villes-Santé fait partie des trente réseaux nationaux Villes-Santé de l'Europe.

5 – 2 / - Les objectifs du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS :

- Soutenir et développer le réseau français des Villes-Santé, en référence aux objectifs de la Santé pour tous en l'an 2000⁶³ et du Programme Villes-Santé de l'OMS,
- Permettre une coopération entre ces villes, notamment des échanges d'expériences, des échanges de données, des rencontres, des actions communes.
- Proposer 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.

5 – 3 / - Les activités du réseau français des Villes-Santé de l'OMS :

- Réalisation de guide de travail sur les thèmes suivants : Profil Santé de Ville, Nutrition, Cancer Annuaire " Les Villes-Santé en actions ", 2005.
 - Organisation de journées de travail nationales et régionales.
 - Le 9 décembre 2005⁶⁴ le Réseau Français a organisé, à Nancy, une journée d'étude sur le thème: " La nutrition à l'échelle de la ville".
 - Etablissement d'une convention trisannuelle (2003-2005) avec le Ministère de la Santé : " Les Villes-Santé acteurs locaux des politiques nationales de santé publique " (Plan National Nutrition Santé, Cancer, Profil Santé de ville).
 - Organisation de groupes de travail thématiques.
 - Liens avec les Réseaux Villes-Santé francophones internationaux : échanges de pratiques, participation à l'organisation de colloques, diffusion d'un bulletin d'information
- m e n s u e l l e .

⁶¹ Annuaire « les ville santé en action », secrétariat du réseau français des ville santé ;2005

⁶² idem

⁶³ idem

⁶⁴ idem

5 – 4 / - Indicateurs du projet villes-santé:

Afin d'améliorer la compréhension du rôle que la ville peut avoir dans le domaine de la santé et de favoriser la mise en œuvre de politiques et de programmes de santé dans les villes, le bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé a développé une série d'indicateurs de santé.

Pour **Xavier Bonnefoy**⁶⁵ « **La stratégie de santé pour tous, développée par l'OMS, a donné une importance particulière aux politiques de santé élaborées dans l'intention d'atteindre des buts clairement définis. Les progrès réalisés pour atteindre ces buts sont mesurés à l'aide d'indicateurs qui cherchent à donner une image non seulement de l'état de santé, mais aussi de déterminants de l'état de santé, tels que l'environnement physique et social, les modes de vie ou les services de soins et de santé.**»

5 – 5 / - le choix des Indicateurs :

Pour être utilisable valablement, un indicateur doit avoir des qualités qui ont été longuement décrites : validité, sensibilité et spécificité. Ils doivent être valides, c'est-à-dire refléter fidèlement la situation dans le domaine où ils sont définis, sensibles, c'est-à-dire varier quand la situation change, et spécifiques, c'est-à-dire être aussi indépendants que possible par rapport aux variations des autres facteurs.

De plus, ils doivent être faciles à collecter, avoir la même signification dans les différents endroits et pays où ils sont mesurés et, enfin, être utiles pour prendre des décisions.

En principe, il n'y a aucun indicateur qui remplisse fidèlement toutes ces qualités. En revanche, dans le domaine de la santé, il existe une multitude d'indicateurs des déterminants de la santé (environnement, qualité de la vie...). Malheureusement, les connaissances théoriques des liens entre ces déterminants et l'état de santé lui-même sont souvent très insuffisantes.

« Pourquoi donc, peut-on alors légitimement se demander, l'OMS a-t-elle tenté de développer une série d'indicateurs alors que tant d'obstacles étaient connus ?

Une première réponse est que le simple exercice de choisir, collecter, analyser, discuter et suivre des indicateurs dans le cadre du projet Villes-santé a des effets positifs

⁶⁵ Conseiller régional pour l'environnement et la santé-écologie, Organisation mondiale de la santé, bureau régional pour l'Europe, 8 Scherfigsvej, DK 2100 Copenhague

en lui-même. Même s'il paraît évident que l'objectif principal d'un indicateur est de suivre les évolutions, d'alerter en cas de situation anormale, de mesurer les activités et les moyens mis en œuvre, le simple fait de tenter d'évaluer un état de santé et ses déterminants potentiels favorise la compréhension des phénomènes et permet d'identifier les besoins de recherche pour le futur. »⁶⁶

Et come il est difficile de prendre en charge tous les indicateurs pour le projet Villes-santé, alors le fait d'avoir choisi une certaine liste d'indicateurs peu déjà stimulé les débats au sein des villes, non seulement à propos des indicateurs eux-mêmes, mais aussi sur les pratiques de la collecte d'information.

Les villes recueillent de nombreuses données dans des domaines très différents, le type de questions posées dans le cadre de la collecte des indicateurs du projet peu sûrement amener certaines villes à remettre en question les données collectées.

5 – 6 / - Liste de quelques indicateurs du projet villes-santé :

1. Une série d'indicateurs de mortalité et de morbidité.

2. Services de santé :

- Enfants pesant moins de 2,5 kg à la naissance.
- Inventaire des organismes d'entraide.
- Soutien aux organismes d'entraide.
- Pourcentage d'enfants de six ans complètement vaccinés.
- Nombre d'habitants par généraliste.
- Nombre d'habitants par infirmière.
- Taux de couverture par une assurance maladie.
- Nombre de questions sanitaires examinées par le conseil municipal dans l'année.

3. Environnement :

- Pourcentage d'analyses bactériologiques montrant une eau non potable.
- Taux de dépollution des effluents.
- Consommation d'eau potable par habitant et par jour.
- Surface totale d'espace verts et surface d'espaces verts accessibles.
- Surface des friches industrielles.
- Longueur des rues piétonnes.

○

⁶⁶ Xavier Bonnefoy. Op cite.

- Longueur des pistes cyclables.

4. **Social :**

- Mètres carrés d'espace habitable par habitant.
- Pourcentage de logements insalubres.
- Nombre estimatif de sans-abri nombre estimatif de sans-abri.
- Taux de chômage.
- Pourcentage des ménages vivant au-dessous du seuil de pauvreté.
- Description des principales activités économiques procurant de l'emploi.
- Ménages d'une personne.
- Familles uni parentales.
- Budget consacré à la promotion de la santé.
- Nombre de logements pour personnes âgées équipés d'un système d'appel d'urgence.
- Nombre d'appels d'urgence répartis par cause.
- Nombre de mineurs sous surveillance policière nombre d'handicapés ayant un emploi.

Et comme il est difficile de choisir une liste d'indicateurs qui sera pertinente pour élaborer des politiques de santé. Enfin, les méthodes de collecte des données de base varient de façon importante d'un pays à l'autre, quand ce n'est pas à l'intérieur d'un même pays, rendant ainsi la comparaison des situations très difficile.

C'est dans cette optique qu'on doit concevoir un modèle propre de projet ville santé à chaque situation, tout en prenant en considération les spécificités sociales, économiques et même culturelles afin que ce modèle soit réalisable.

Conclusion

La notion du développement durable a pu changer la dimension de la santé et élargir son champ d'action.

La définition élémentaire de la santé ne dépassait guère l'absence de maladie et d'infirmité, mais la vision large du concept du développement durable a impliqué d'autres facteurs importants et influents sur l'état de santé physique et mentale.

Aujourd'hui le projet ville santé de l'OMS est devenu la projection directe de tous les facteurs déterminants la santé, notamment l'influence de l'urbanisme sur la santé.

D'où la prise considérable des du facteur urbanisme et autres socioéconomiques sont actuellement primordiales dans le choix des indicateurs de la santé.

Ce qui fait qu'aujourd'hui l'influence de la ville sur l'état de santé est une dimension incontournable dans la planification des villes, des espaces publics, schémas et moyens de transport.

D'une façon générale, la planification urbaine, la conception des espaces publics, les politiques de l'habitat, la nature et l'aire d'influence des équipements urbains, l'architecture et la conception des espaces intérieurs, peuvent avoir des effets sur la santé des citoyens.

De ce fait, la notion de ville santé n'est donc pas une notion figée ni un produit rigide, plutôt une vision large du concept de santé et du bien être physique et mentale des individus.

Donc, c'est démarche participative, dont la responsabilité incombe sur tous les acteurs d'y participer à sa concrétisation fin d'améliorer l'état de santé des citoyens.

De ce fait, les élus, les pouvoirs publics, comme les professionnels et la société civile sont appelés à mieux coopérer, car l'instauration du projet ville santé repose essentiellement sur la concertation et la prise en charge de tous les aspects influents l'état de santé. Mais aussi tous les acteurs sont appelés à approfondir les recherches afin d'assurer un cadre de vie sain pour toutes les couche sociales.

Ce qui signifie que le projet ville santé demeure une démarche qui évolue avec le temps, qui reste à améliorer afin de répondre aux nouvelles exigences des sociétés en pleine transformation.

Ce qui implique que les particularités des villes et des sociétés restent un élément essentiel dans la concrétisation du projet ville santé, notamment le mode de vie et la dimension socioculturelle. Mais seuls les potentialités économiques et les compétences des dirigeants qui vont faire la différence, en assurant un maximum de profit pour le bien être des citoyens.

Introduction

Au lendemain de l'indépendance l'Algérie a été confrontée par une situation déficitaire touchant la totalité des secteurs (social, économique, sanitaire), consécutif du départ massif des européennes qui occupaient des postes de responsabilité et gestions des différents services.

L'impératif de cette situation est comment prendre en charge rapidement l'ensemble des infrastructures et institutions du pays , mais aussi comment prendre en charge une population algérienne meurtrie mais néanmoins espérant et aspirant impérativement à une prise en charge de ses problèmes : reconstruction des douars ravagés, reprise d'activités rémunérées avec des caisses vides, scolarisation des enfants, dispense des soins médicaux, prise en charge de veuves, orphelins et invalides de guerre, et tout cela avec des moyens matériels et humains dérisoires ?

D'autant plus, au lendemain de l'indépendance, la situation de la santé en Algérie est plus que critique, elle disposait de moins de 500 médecins (dont 50 % d'Algériens)⁶⁷ pour couvrir une population de 10,5 millions d'habitants.

Les indicateurs sanitaires de l'époque se caractérisaient par une mortalité infantile élevée (180 ‰)⁶⁸, une espérance de vie qui n'atteignait pas 50 ans, et des maladies transmissibles sévissant à l'état endémique, d'une ampleur sans égale, responsables d'une importante cause de décès et de handicaps.

Un état de fait qui nécessite le déploiement de moyens financiers, la formation de cadres (médecins, infirmier..) et la répartition des établissements de santé à travers tout le territoire national, dans le but de promouvoir les conditions de santé de la population.

C'est à partir de ce constat, qu'une politique de santé vient s'installer dans le but est de répondre à des besoins fondamentaux de santé et d'amélioration des conditions de vie.

⁶⁷ Abdelhak SAIHI Maître de conférences, ENA, Alger, revue « gestions hospitalières »,2006. P 241

⁶⁸ Idem

I. La politique de santé en Algérie.

La politique de santé en Algérie a connu une série de mutations depuis l'indépendance à nos jours. Conséquence des réformes politico-économiques entreprises par les pouvoirs publics.

A base de ces réformes le secteur de santé en Algérie a connu deux phases distinctes.

I.1. La première phase : l'état acteur principal.

Elle s'étale sur une période allant de 1962 jusqu'au fin des années 80. Qui se caractérise par l'omniprésence de l'état comme étant l'acteur entrepreneur et régulateur dans toutes les activités de santé, et cela s'explique par l'application des principes du socialisme basé sur une économie dirigée.

La deuxième décennie après l'indépendance a été marquée par trois faits majeurs⁶⁹ :

➤ l'instauration de la gratuité des soins comme le stipule l'article 67 de la constitution de 1976 qui mis l'accent sur le droit protection de la santé des citoyens, tout en expliquant que ce droit est assuré par un service de santé général et gratuit, l'extension de la médecine préventive, l'amélioration constante des conditions de vie et de travail ainsi que par la promotion de l'éducation physique, des sport et des loisirs.

Ce qui a favorisé un développement de l'accès de la population aux services de soins ;

- la réforme des études médicales visant à la fois l'amélioration de la qualité de l'enseignement et le renforcement de l'encadrement, ce qui a permis de disposer d'un grand nombre de praticiens;
- la création du secteur sanitaire, pivot de l'organisation du système national de santé.
 - Formation de personnel médicale et paramédicale.
 - Création du centre de santé/ commune.
 - Polyclinique / daïra.
 - Hôpitaux / wilaya.
 - Création du ministère des affaires sociale et ministères de la santé publique

⁶⁹ Abdelhak SAIHI, *op cite.* page243

A l'échelle locale les pouvoirs publics ont mis l'accent sur les collectivités locales comme étant la cellule de base dans la hiérarchie administrative du pays, jouant le rôle d'acteur étatique et en même temps représentant du citoyen, de promouvoir la santé publique. Une tendance que le code communal de 1967 définit en son article 237 que la commune est tenue d'assurer le bon ordre, la sûreté, la sécurité et la salubrité publique.

Pour ce faire le président de l'assemblée populaire communale est chargé notamment de :

- ✓ Sauvegarder la morale publique et la sécurité des personnes et des biens.
- ✓ Maintenir le bon ordre dans tous les endroits publics ou en lieux des rassemblements de personnes.
- ✓ Réprimer les atteintes à la tranquillité publique et tous actes de nature à la compromettre.
- ✓ Veiller à la propreté des immeubles et assurer la commodité du passage dans les rues, places et voies publiques.
- ✓ Veiller à la salubrité de denrées comestibles exposées à la vente

Pendant cette période les programmes en matière de santé initiés par les pouvoirs publics se sont axés sur la préparation des textes de lois et la réalisation de quelques nouvelles institutions de santé de base afin de faire rapprocher cette prestation aux plus démunis.

Un état de fait qui se justifie par le manque énorme de patricien en la matière et aussi la faveur que l'Etat Algérien accordait à d'autres secteurs (industrie) au détriment de celui de la santé d'une part, et d'autre part le maintien de ce secteur par l'état comme seul et unique acteur, conséquence de l'application des principes de l'économie dirigée et du socialisme.

La société civile qui par des activités de sensibilisation et d'information à l'égard des citoyens, peut contribuer à l'amélioration de la santé publique était presque absente, et cela par la restriction et la rigidité des lois régissant la création et l'agrément des associations à cette époque.

En revanche, les conséquences d'un tel mutisme qu'a connu le secteur de la santé pendant cette période étaient déplorables comme l'indique le taux de mortalité infantile qui est de l'ordre de 80%⁷⁰ en 1984.

⁷⁰ Abdelhak SAIHI. *Op.cites.* page242

I.2. La deuxième phase : la libéralisation et l'émergence de nouveaux acteurs .

A la fin des années 80, l'Algérie optait pour une série de réformes politico-économiques qui ont pour conséquences l'ouverture des champs politique et social ainsi que la libéralisation de l'économie, résultat de l'adoption de l'Algérie des principes du multipartisme et de l'économie de marché.

C'est à base de ces réformes que le secteur de la santé en Algérie a connu lui aussi des refontes et recentrage de l'organisation des prestations sanitaires à offrir au citoyens, ainsi que l'émergence de nouveaux acteurs privés sous forme d'investisseurs afin de promouvoir la santé publique des populations.

De son côté la société civile a bénéficié d'une procédure plus flexible facilitant la création et l'avènement d'un mouvement associatif, car après la loi 90-31 relative à l'association, le mouvement associatif en Algérie a connu une explosion et ne cesse d'augmenter et de se généraliser jusqu'à nos jours.

I. 2. 1 Les réformes juridiques.

A base des réformes politico-économiques entreprises par le pouvoir public à la fin des années 80, le secteur de la santé en Algérie a connu lui aussi un ensemble de réformes afin d'améliorer la santé des populations, ainsi des textes de lois ont été promulgués, nous citerons :

- Car le Décret exécutif n° 92-380 du 13 octobre 1992 modifiant et complétant le décret n° 88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées.
- Décret exécutif N°97 -465 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnements des établissements hospitaliers Spécialisés.
- Décret exécutif N°97-466 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des Secteurs Sanitaires.
- Décret exécutif N°97-467 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des Centres Hôpital- Universitaires.
- Décret exécutif N°97 - 261 du 14 juillet 1997 fixant les règles d'organisation et de fonctionnement des Directions de la Santé et de la Population de Wilaya.

- Décret exécutif N°01 - 12 du 21 janvier 2001 fixant les modalités d'accès aux soins en faveur des démunis non assurés sociaux.
- Décret exécutif N°04 - 101 du 01 avril 2004 fixant les modalités de versement de la contribution des organismes de sécurité sociale au financement des budgets des établissements publics de santé.

I. 2. 2. Adoption d'une charte nationale de santé⁷¹

Dans ce même axe de réformes pour une revalorisation du système sanitaire en Algérie, une charte de santé a été dégagée 1998, lors des assises nationales consacrées à la promotion et à la réadaptation de la politique de santé aux nouvelles exigences socio-économique.

L'élaboration de cette charte est le résultat d'un regroupement des différents secteurs d'activité concernés, les syndicats nationaux, les associations professionnelles et les associations d'usagers œuvrant dans le domaine de la santé et de la population.

La présente charte, élaborée lors de ces assises a pour objectif de définir les principes directeurs et les priorités devant caractériser la politique nationale de santé, son organisation et son financement, soutenus par un dispositif adéquat en matière de formation, d'information et de communication.

I. 2. 2. a .Des principes fondamentaux de la politique nationale de santé.

L'accessibilité aux soins, la justice sociale, l'équité et la solidarité constituent les principes fondamentaux de la politique nationale en matière de santé et de population.

La protection et la promotion de la santé visent notamment la réduction des inégalités et exigent au préalable l'élaboration et la mise en œuvre de politiques adaptées en matière de logement, d'emploi, d'assainissement du milieu et de sauvegarde de l'environnement, de nutrition et d'actions ciblant en priorité les populations et catégories vulnérables.

La santé doit être élevée au rang de priorité dans le programme d'action du gouvernement. L'unicité du système de santé doit être réaffirmée par l'intégration cohérente de l'ensemble des intervenants : public, parapublic et privé.

⁷¹ Ministère de la santé et de la population. « La charte de la Santé », 28 Mai 1998 au Palais des Nations. Préambule

L'amélioration de l'efficacité des services de santé exige la refonte du dispositif organisationnel, l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies adaptées et la valorisation des ressources humaines et matérielles.

Les objectifs à atteindre en vue d'une plus grande pertinence et performance du système de santé doivent s'articuler autour des pôles majeurs liés respectivement à la consolidation de la régionalisation, l'effectivité de l'intersectorialité, le développement d'un système fiable d'information, cimentés par la formation, notamment continue, et la communication

- **La Régionalisation**, par sa traduction institutionnelle à travers les cinq régions sanitaires doit faire l'objet d'une consolidation. Elle doit constituer l'espace privilégié de l'expression de l'intersectorialité et de la mobilisation des différents intervenants institutionnels et du mouvement associatif. Elle doit être également un niveau d'intermédiation et d'arbitrage dans l'allocation des ressources en fonction des priorités spécifiques à chaque région.

- **L'intersectorialité**, constitue un axe stratégique, la protection et la promotion de la santé ne relevant pas du seul secteur de la santé. Elle exige des conditions et des ressources indispensables comme l'accès à une eau saine, à l'éducation, au logement, à l'emploi et la protection de l'environnement. L'intersectorialité doit s'exprimer à tous les niveaux : local, régional et national.

- **Un système d'information** sanitaire fiable, une valorisation conséquente des ressources humaine par notamment la formation continue et un développement soutenu de la communication sociale constituent autant d'éléments de nature à assurer la cohérence, la pertinence et la performance des actions engagées en matière de santé et de population.

I. 2. 2. b. Les priorités de la politique nationale de sante.

Les priorités de la santé s'articulent autour de:

1- L'engagement résolu en faveur de la prévention, notamment en matière de: Santé mère-enfant, Santé des jeunes, Santé mentale, Santé en milieux spécifiques, Maladies chroniques, Accidents et handicaps.

2- Le développement des soins de santé de base,

3- L'amélioration des indicateurs de la santé de la population,

4- La réduction des risques liés à un environnement défavorable,

5- La maîtrise des coûts et la réduction de la dépendance par la consolidation et le développement de l'industrie nationale en matière d'équipements et de produits pharmaceutiques,

6- La réaffirmation du principe de la gratuité des soins dans un cadre juridique renouvelé.

I. 2. 2. c. Des principes directeurs de l'organisation du système national de santé.

Les principes directeurs de l'organisation du système national de santé reposent sur :

- 1- L'adaptation du dispositif organisationnel aux mutations socio-économiques.
- 2- La préservation du secteur public et l'amélioration de ses performances.
- 3- L'intégration du secteur privé dans le système national de santé.
- 4- L'établissement de passerelles entre les secteurs public, parapublic et privé.
- 5- L'adaptation des statuts juridiques des établissements publics de santé à la spécificité de leurs missions.
- 6- Le développement et la consolidation de l'assise juridique de la région sanitaire.
- 7- L'institutionnalisation des fonctions d'évaluation et de contrôle des activités de santé en fonction des objectifs assignés.
- 8- Le développement du système national d'information sanitaire.
- 9- La hiérarchisation de la distribution des soins et des Urgences Médico-chirurgicales dans le cadre d'une carte sanitaire.
- 10- Le développement de formules alternatives de financement des dépenses de santé par l'implication de l'ensemble de la collectivité.
- 11- L'encouragement du développement de l'industrie nationale d'équipements et de produits pharmaceutiques et la garantie de la disponibilité permanente des produits essentiels.
- 12- La consolidation du dispositif de contrôle des produits pharmaceutiques et de la sécurité transfusionnelle.
- 13- La revalorisation du plateau technique par la mise en place d'un système d'assurance qualité et d'un réseau de maintenance.
- 14- L'amélioration des conditions de travail, de la situation socioprofessionnelle de tous les personnels de santé avec notamment l'élaboration et la mise en œuvre avec les organismes concernés de mesures incitatives.
- 15- La création d'un Conseil National de la Santé.

I. 2. 2. d. Le financement de la sante⁷².

Le financement de la santé demeure une préoccupation. Il doit être basé sur la solidarité nationale en vue de l'accès aux soins pour tous. A ce titre, le principe de la gratuité des soins est réaffirmé dans un cadre juridique renouvelé. Le financement doit concerner en priorité la prévention, les services de soins de santé de base, la planification familiale et l'éducation sanitaire. Le système et les mécanismes de ce financement doivent être adaptés au développement socio-économique du pays.

1- Maintien de la participation de l'Etat pour garantir la solidarité nationale et la cohésion sociale d'une part, et la pérennité de ses prérogatives de puissance publique en matière de planification et de régulation d'autre part.

2- Consolidation du système de couverture sociale et généralisation de la contractualisation et du conventionnement des relations entre les bailleurs de fonds et les structures de santé.

3- Recherche de sources alternatives de financement des dépenses de santé par la définition et la mise en place de mécanismes devant permettre la contribution:

- des assurances économiques,
- des mutuelles et assurances complémentaires basées sur des cotisations volontaires,
- des structures locales et régionales pour couvrir des risques épidémiologiques spécifiques,
- des taxations sur toutes les activités polluantes et sur tous les produits ayant un impact négatif sur l'état de santé du citoyen.

4- Contribution des ménages.

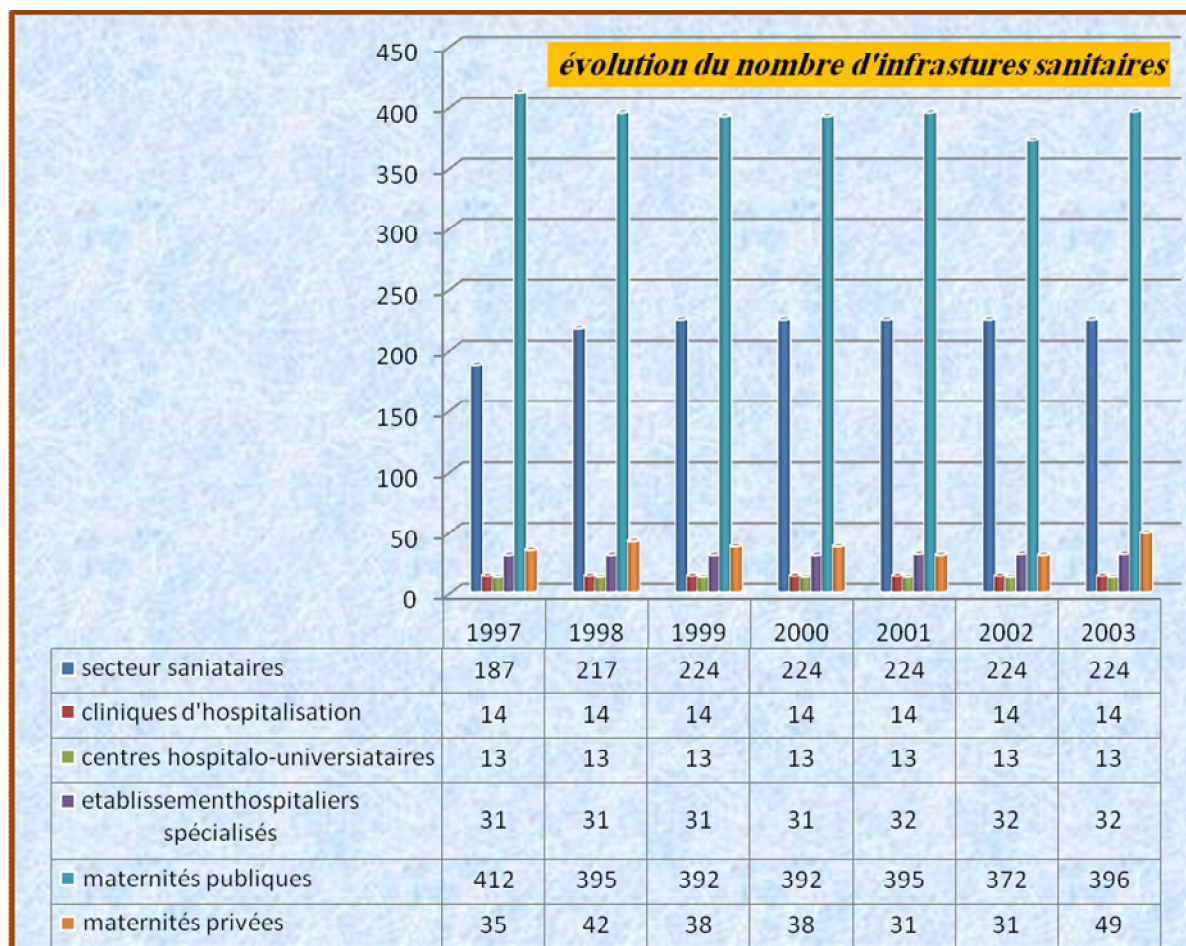
⁷² Ministère de la santé et de la population. « La charte de la Santé », 28 Mai 1998 au Palais des Nations. Préambule .op cite

II. Les réformes du secteur sanitaire : bilan et inventaire.

A partir de 1990 et avec les réformes et programmes que les pouvoirs publics ont initiés en matière de santé, la santé publique en Algérie s'est inscrite dans une nouvelle dynamique promotionnelle ainsi que concurrentielle, et cela par la libéralisation du secteur de santé aux investisseurs privés.

Les statistiques suivantes reflètent les conséquences des réformes et les efforts initiés par les pouvoirs publics dans le secteur de la santé.

Histogramme n° 01: le nombre des infrastructures.

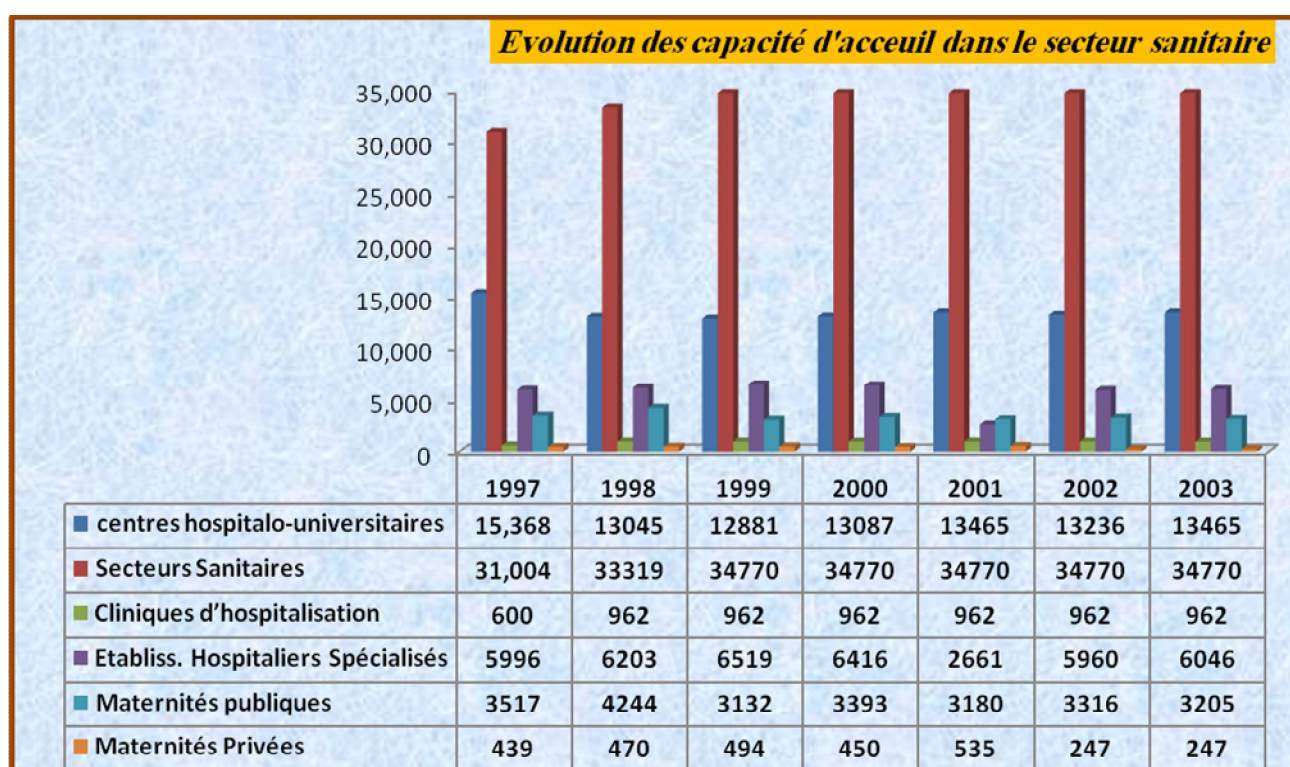


source : nos calculs sont à base des statistiques du ministère de la santé et de l'OMS

La lecture du diagramme ci-dessus démontre que le nombre des infrastructures de santé en Algérie a connu une évolution moyenne et lente pour certaines catégories, un mutisme et un recul pour d'autres, dont les indices suivants le confirment :

- Pour les secteurs sanitaires, depuis 1997 à 2003 le taux d'évolution est de 16,52% ,soit un nombre de 37 nouvelles infrastructures.mais pour les établissements hospitaliers spécialisés le taux d'évolution ne dépasse pas 3,73%.
- Pour les cliniques d'hospitalisation et les centre hospitalo-universitaires, on remarque que ces deux types ont connu une stagnation totale durant toute la période étudiée.
- Pour les maternités publiques le nombre d'infrastructures est passé par une série de haut et bas pour se stabiliser en fin de la période étudiée avec un recul qui est de l'ordre de 16 unités, soit un taux de 3,88%, mais qui peut être compensé par le taux d'évolution des maternités privées qui est de l'ordre de 28,6% soit un nombre de 15 unités.

Histogramme n° 02: évolution des capacités d'accueil en nombre de lits



source : nos calculs sont à base des statistiques du ministère de la santé et de l'OMS

Pendant la période s'étalant de 1997 à 2003 les capacités d'accueil réparties sur l'ensemble des établissements sanitaires, sont en parallèle évolution avec ces établissements, dont les indices suivants expliquent :

- La capacité d'accueil à l'intérieur de centres hospitalo-universitaires (CHU) est passée par une série de période d'instabilité (recul/progrès).

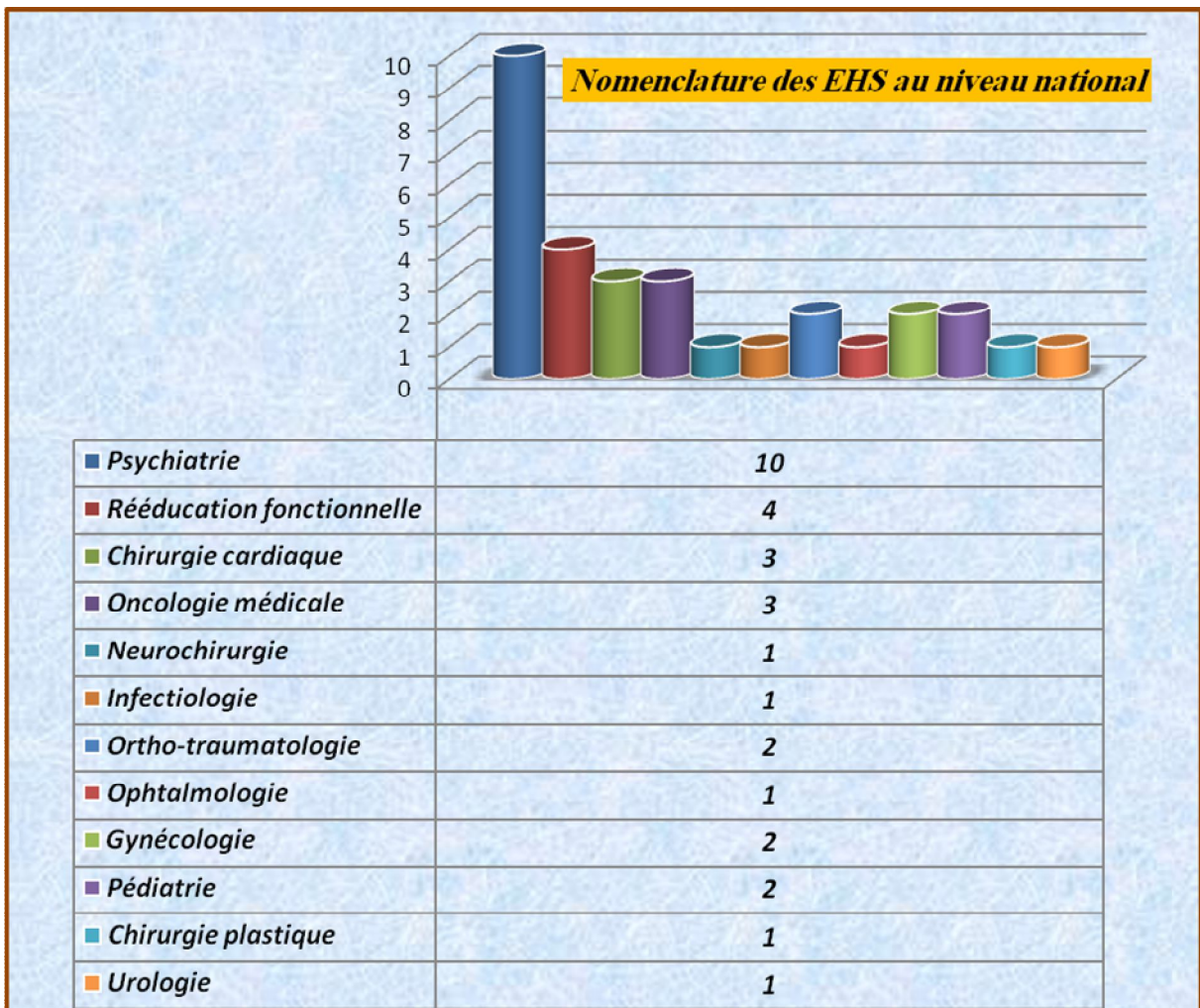
✓ Le progrès que les CHU ont enregistré est pendant les années 2000 et 2001 avec un taux de 1,04% soit 504 lits par rapport à 1999. Ainsi le nombre reste stable en 2003.

✓ Le recul a pris l'élan à partir de 1997 jusqu'à 1999, dont le taux est de 16,2% avec un déficit en nombre de place estimé à 2487 lits. Ainsi une régression enregistrée en 2002 avec un déficit de 229 lits par rapport à 2001 soit 1.76%.

- Pour les secteurs sanitaires les capacités qu'ils abritent ont connu un progrès à partir de 1998 jusqu'à 1999 avec un taux de 6.95% soit 2315 lits en 1999 et un taux de 4,17% en 2000 et une stagnation jusqu'à 2003.
- Les cliniques d'hospitalisation ont connu un progrès en matière de capacité d'accueil en 1998 avec un taux de 60.33% soit 362 lits et une stagnation jusqu'à 2003.
- Les capacités d'accueil dont disposaient les établissements hospitaliers spécialisés augmentaient depuis 1997 jusqu'à 1999 avec un rythme remarquable dont le taux est de l'ordre de 8,02% une quantité de 523 lits, puis une régression s'étalant sur deux ans (2000-2001) avec 103 lits pendant la première année soit 1.6% et 3858 pendant la deuxième année soit 58.2%, et un accroissement remarquable pendant les années 2002 et 2003 avec des taux respectivement de 55.35% soit 3299 lits et 1.42% soit 86 lits.
- Les prédispositions des maternités publiques en quantités de lits varient d'une année à une autre, or, elles connaissent une progression en 1998 d'un taux de 17.13% soit 727 lits en plus à 1997, puis une régression d'un taux de 26.20% soit 1112 lits en moins en 1999, et progression en 2000 d'un taux de 7.69% soit 162 lits, ensuite un recul de 6.27% soit 213 lits en 2001, puis un accroissement d'un taux de 4.10% soit 136 lits de plus en 2002 en fin un accroissement de 3.35% soit 111 lits de plus en 2003.
- Les capacités d'accueil offertes par les maternités privées connaissent un accroissement qui s'étale de 1997 jusqu'à 1999 avec un taux moyen de 11.13% soit 55 lits, et un recul de 8.91% soit 44 lits de moins en 2000, et une augmentation de 15.88% soit 85 lits en 2001 et en fin une régression de 53.83% soit 288 lits en 2002 qui perdure même en 2003.

Pour les établissements hospitaliers spécialisés qui sont de l'ordre de 31 unités à l'échelle nationale sont répartis comme le montre le diagramme suivant :

Histogramme n° 03:la nomenclature des établissements hospitaliers spécialisés au niveau national.

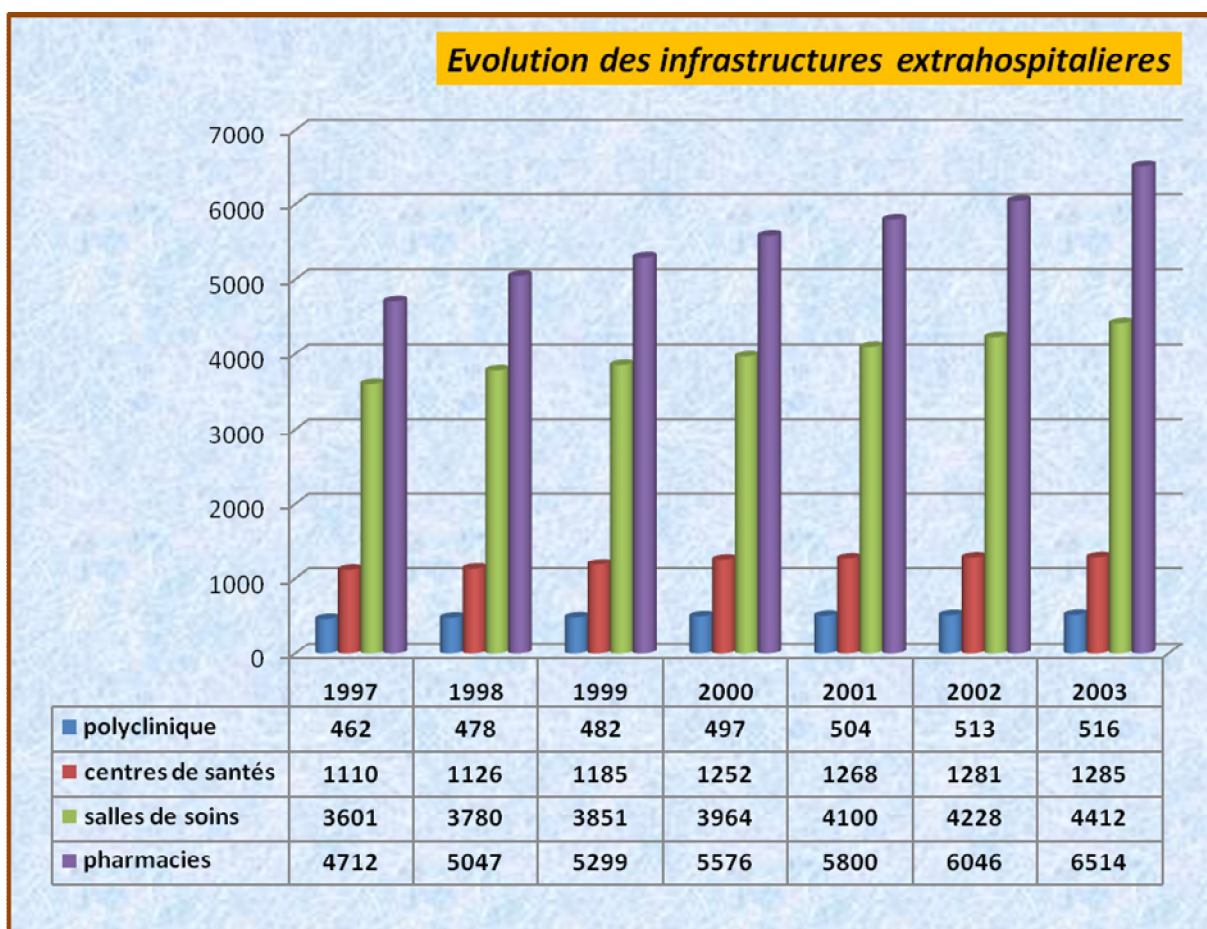


source : nos calculs sont à base des statistiques du ministère de la santé et de l'OMS

La réparation des EHS s'est faite à base de cinq catégories à savoir :

- ✓ Les EHS de psychiatrie avec 32.23%
- ✓ La rééducation fonctionnelle avec 12.90%
- ✓ La chirurgie cardiaque avec 9.67%
- ✓ Oncologie médicale avec 9.67%
- ✓ L'ortho-traumatologie avec 6.45%
- ✓ Gynécologie avec 6.44%
- ✓ Pédiatrie avec 6.44 %
- ✓ Neurochirurgie, infectiologie, ophtalmologie, chirurgie plastique, urologie avec 3.24% pour chacun

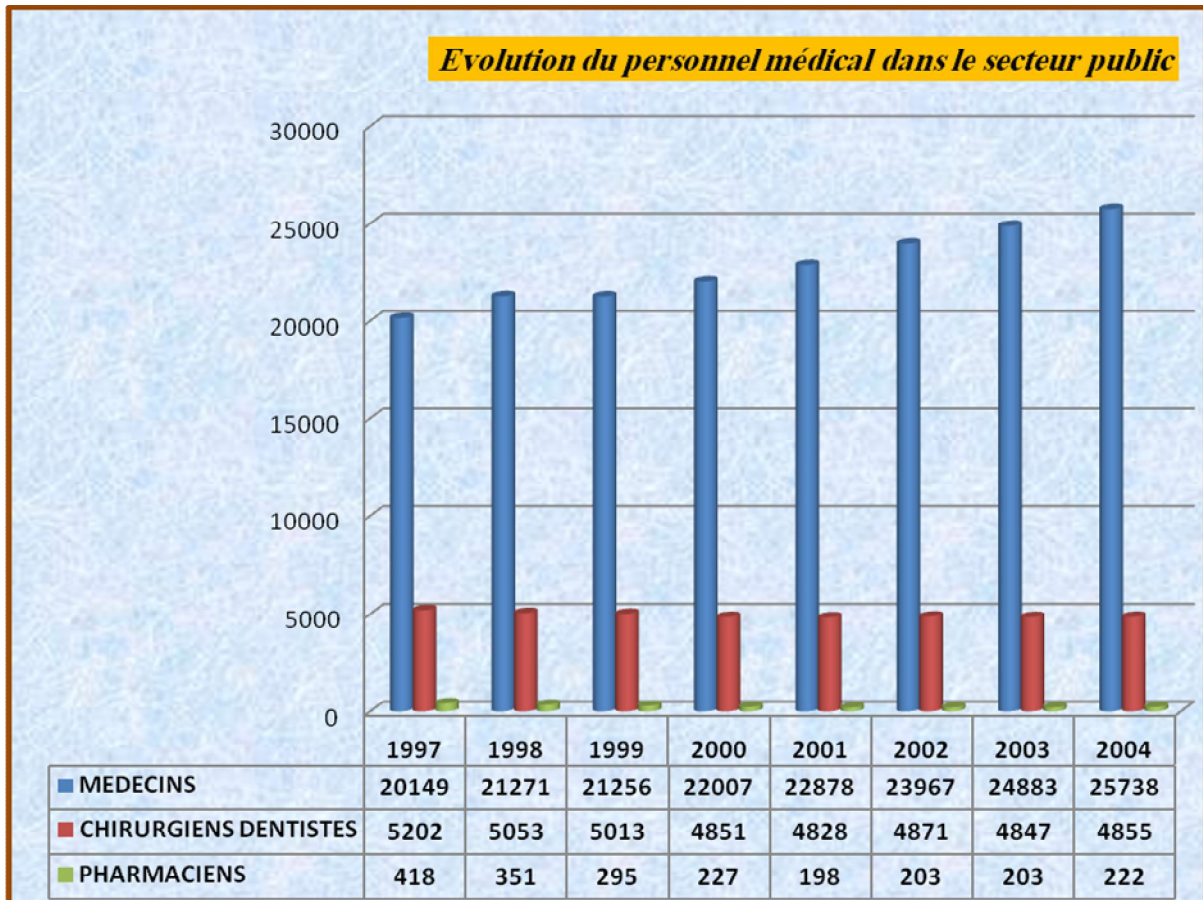
Histogramme n° 04: les infrastructures extrahospitalières.



source : nos calculs sont à base des statistiques du ministère de la santé et de l'OMS

- Les polycliniques ne cessent d'accroître depuis 1997 jusqu'à 2003 avec un taux moyen de 10.46% soit 54 nouvelles unités.
- Les centres de santé ont connu un progrès avec un rythme moyen de 13.62% soit 175 nouveaux centres de 1997 à 2003
- Les salles de soins ont évolué avec un taux moyen de 18.38% depuis 1997 à 2003.
- Les pharmacies évoluaient d'un rythme remarquable depuis 1997 jusqu'à 2003 avec un taux moyen de 27.66%

Histogramme n°05 : Evolution du personnel médical dans le secteur sanitaire.



source : nos calculs sont à base des statistiques du ministère de la santé et de l'OMS

● **Les médecins**

Le nombre de médecins dans le secteur public a connu une progression depuis 1997 jusqu'à 2003, mais le seul recul enregistré a été en 1999, dont les taux de cette évolution se présentent comme suit :

- 1997-1998 : 5.27% soit un progrès de 1122 nouveaux médecins
- 1998-1999 : - 0.07% soit un recul de 15 médecins
- 1999-2000 : 3.41% soit un progrès de 751 nouveaux médecins
- 2000-2001 : 3.81% soit un progrès de 871 nouveaux médecins
- 2001-2002 : 4.54% soit un progrès de 1089 nouveaux médecins
- 2002-2003 : 3.68% soit un progrès de 916 nouveaux médecins
- 2003-2004 : 3.32% soit un progrès de 855 nouveaux médecins

● **Les chirurgiens dentistes**

D'une manière générale le nombre de chirurgiens dentistes dans le secteur public a connu tant de recul que de progrès, une situation qui se justifie par la fuite du secteur public vers le secteur privé dont les taux se présentent comme suit :

- 1997-1998 : -2.86% soit un recul de 149 chirurgiens dentiste
- 1998-1999 : - 0.79 % soit un recul de 40 chirurgiens dentiste
- 1999-2000 : - 3.23% soit un recul de 162 chirurgiens dentiste
- 2000-2001 : - 0.47 % soit un recul de 23 chirurgiens dentiste
- 2001-2002 : 0.88 % soit un progrès de 43 chirurgiens dentiste
- 2002-2003 : - 0.49 % soit un recul de 24 chirurgiens dentiste
- 2003-2004 : 0.16% soit un progrès de 08 chirurgiens dentiste

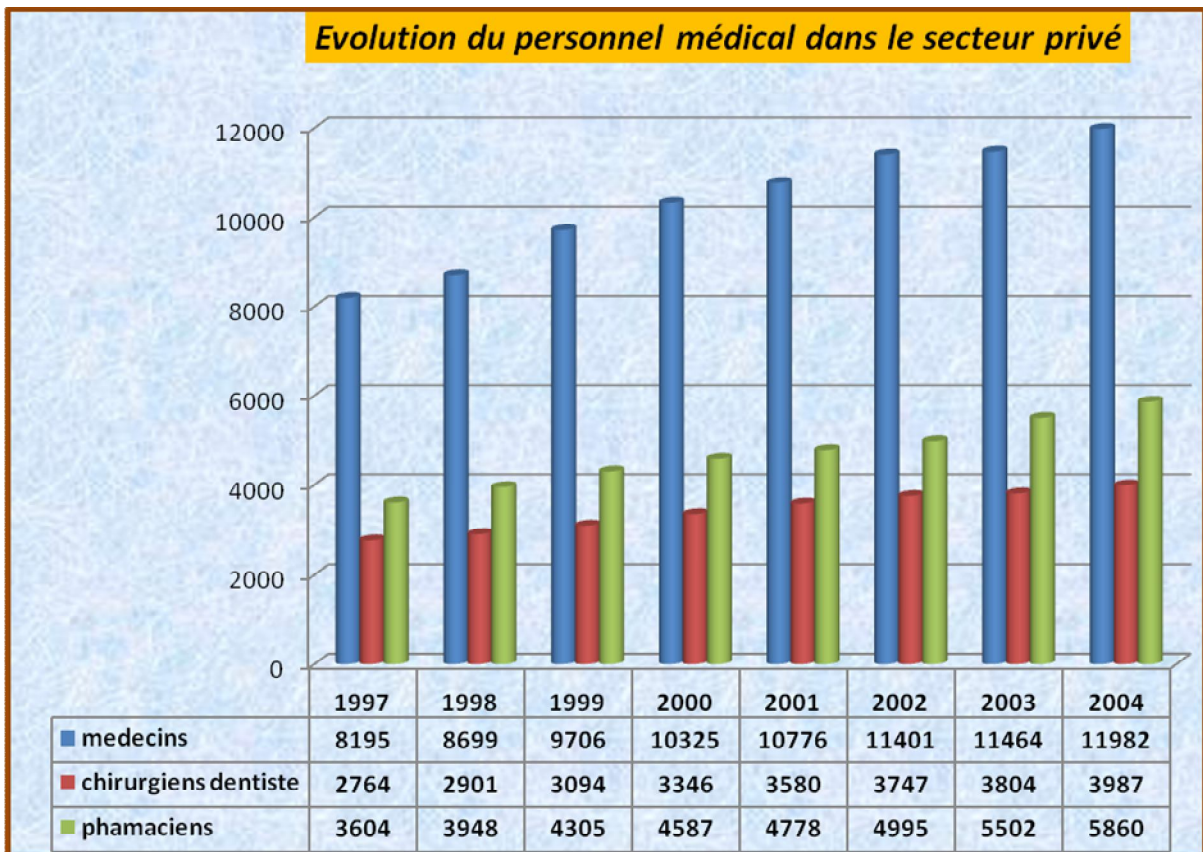
● **Les pharmaciens**

Depuis l'illustration(diagramme)ci-dessus le nombre des pharmacies dans le secteur public a connu un fort recul dont les taux se présentent comme suit :

- 1997-1998 : -16.02% soit un recul de 67 pharmaciens
- 1998-1999 : - 15.95 % soit un recul de 56 pharmaciens
- 1999-2000 : - 23.05% soit un recul de 68 pharmaciens
- 2000-2001 : - 12.77 % soit un recul de 29 pharmaciens
- 2001-2002 : 2.46 % soit un progrès de 05 pharmaciens
- 2002-2003 : c'est stagnation total
- 2003-2004: 8.56 % soit un progrès de pharmaciens

Ces reculs reflètent aussi la fuite du secteur public par les pharmaciens vers le secteur privé.

Histogramme n° 06: évolution du personnel médical dans le secteur privé.



source : nos calculs sont à base des statistiques du ministère de la santé et de l'OMS

● Les médecins

Le nombre de médecins dans le secteur privé a connu une progression depuis 1997 jusqu'à 2003, dont les taux de cette évolution se présentent comme suit :

- 1997-1998 : 5.79% soit un progrès de 504 nouveau médecins
- 1998-1999 : 10.37% soit un progrès de 1007 nouveau médecins
- 1999-2000 : 5.99% soit un progrès de 619 nouveau médecins
- 2000-2001 : 4.18% soit un progrès de 451 nouveau médecins
- 2001-2002 : 5.48% soit un progrès de 625 nouveau médecins
- 2002-2003 : 0.54% soit un progrès de 63 nouveau médecins
- 2003-2004 : 4.32% soit un progrès de 518 nouveau médecins

Ce qui explique l'intérêt que portent les praticiens à la fonction libérale.

- **Les chirurgiens dentistes**

le nombre de chirurgiens dentistes dans le secteur privé a connu un accroissement remarquable depuis 1997 jusqu'à 2003 dont les taux sont :

- 1997-1998 : 4.72 % soit un progrès de 137 chirurgiens dentiste
- 1998-1999 : 6.23% soit un progrès de 193 chirurgiens dentiste
- 1999-2000 : 5.53 % soit un un progrès de 252 chirurgiens dentiste
- 2000-2001 : 6.53 % soit un progrès de 234 chirurgiens dentiste
- 2001-2002 : 4.66 % soit un progrès de 167 chirurgiens dentiste
- 2002-2003 : 1.49 % soit un progrès de 57 chirurgiens dentiste
- 2003-2004 : 4.58 % soit un progrès de 183 chirurgiens dentiste

- **Les pharmaciens**

Depuis l'illustration (diagramme) ci-dessus le nombre des pharmacies dans le secteur privé a connu un fort accroissement dont les taux se présentent comme suit :

- 1997-1998 : 8.71% soit un progrès de 344 pharmaciens
- 1998-1999 : 8.29 % soit un progrès de 357 pharmaciens
- 1999-2000 : 6.14% soit progrès de 282 pharmaciens
- 2000-2001 : 3.99 % soit un progrès de 191 pharmaciens
- 2001-2002 : 4.34 % soit un progrès de 217 pharmaciens
- 2002-2003 : 9.21% soit un progrès de 507 pharmaciens
- 2003-2004 : 6.10% soit un progrès de 358 pharmaciens

Ce qui explique que les pharmaciens appartenants au secteur privé ont pris l'ampleur et devancent ceux du secteur public.

III. Etude comparative avec les pays Maghrébins.

La comparaison en matière de santé entre les différents pays Maghrébins, nous permet d'évaluer la situation du système et politique de santé en Algérie mais aussi d'en tirer les faiblesses à réviser et à transformer en atouts de demain.

Tableau n°13 : Evolution de quelques indicateurs démographiques des pays maghrebins.

année Pays	moyenne brute de naissances pour 1000 habitants			Indicateurs de fécondité			Nombre de naissances par (1000)	Nombre d'habitants en 2007 par (1000)	
	1970	1990	2007	1990	2000	2007	2007	Moins de 18 ans	Moins de 05 ans
Algérie	49	32	21	4.6	3.2	2.4	704	11780	3271
Tunisie	39	27	17	3.38	2.08	1.9	166	3178	830
Maroc	47	22	20	4	2.9	2.4	641	11705	3005

Source : Evolution du système de santé en Algérie. Article de Ayachi Noureddine, Revue des sciences humaines. N°31 du juin 2009. Université Mentouri. Constantine.

➤ La moyenne brute de naissances pour 1000 habitants

Selon ce tableau la moyenne brute de naissance pour 1000 habitants se caractérise pour les trois pays par un recul qui s'explique par les taux suivant :

- ✓ Pour l'Algérie les taux moyens sont de :
 - 1970-1990 : 34.70%
 - 1990-2007 : 34.37%
- ✓ Pour la Tunisie le taux moyen est de :
 - 1970-1990 : 30.7%
 - 1990-2007 : 37.047%
- ✓ Pour le Maroc le taux moyen est de :
 - 1970-1990 : 53.20%
 - 1990-2007 : 09.1%

➤ **Indicateurs de fécondité.**

Le taux de fécondité lui aussi a connu un déclin pour les trois pays , ce qui explique le recul en taux de naissance ci-dessus, ces taux se mesure comme suit :

✓ Pour l'Algérie les taux moyens sont de :

- 1970-1990 : 30.4%
- 1990-2007 : 25%

✓ Pour la Tunisie le taux moyen et de :

- 1970-1990 : 38.46%
- 1990-2007 : 8.647%

✓ Pour le Maroc le taux moyen et de :

- 1970-1990 : 27.50%
- 1990-2007 : 17.24%

Tableau n° 14 : Indicateur de l'espérance de vie à la naissance par ans aux pays maghrébins.

années / pays	1970	1990	2002	2003	2004	2005	2006
Tunisie	54	69	72.7	73.3	73.5	73.5	74
Algérie	53	67	69.5	71.1	71.4	71.7	72
Maroc	52	64	68.5	69.7	70	70.4	71

Source : Evolution du système de santé en Algérie. Article de Ayachi Noureddine , Revue des sciences humaines.N°31 du juin 2009. Université Mentouri. Constantine.

L'esperence de vie à la naissannce a beaucoup évolue dans les pays magribins, dont le plus grands taux d'esperence revienent à la Tunisie puis l'Algerie et en fin au Maroc, dont les raisons peuvent etre résumées comme suit:

✓ **Amélioration des conditions de vie:**

- Le logement.
- La nutrition.
- Les revenus.

✓ **Amélioration des conditions sanitaires.**

- Amélioration des soins notamment ; l'accouchement qui s'exerce dans des hôpitaux, maternités
- Instauration des sévices PME (prévention de la maladie de la mère et de l'enfant
- La vaccination obligatoire BCG et Rougeole.
- Promotion de la santé scolaire et instauration d'une politique de suivi.

Tableau n° 15 : Evolution de dépenses nationales dans le domaine de la santé aux pays maghrébins (en % du PIB).

années pays	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Tunisie	5.3	5.6	6.5	5.8	5.4	5.4	5.5
Algérie	/	3.5	4.1	4.3	4.1	3.6	3.5
Maroc	2.5	4.8	5.1	4.6	5.1	5.1	5.3

Source : Evolution du système de santé en Algérie. Article de Ayachi Noureddine , Revue des sciences humaines.N°31 du juin 2009. Université Mentouri. Constantine.

En espace de quinze ans les dépenses nationales des trois pays ont connu des progrès et des reculs à travers les années, dont les taux se présentent comme suit :

✓ Pour la Tunisie les taux moyens sont de :

- 1990-2000 : un progrès de 5.35%
- 2000-2001 : un progrès de 13.85%
- 2001-2002 : un recul de 10.77%
- 2002-2003 :un recul de 6.9%
- 2003-2004 : la stagnation
- 2004-2005 : un progrès de 1.8%

- ✓ Pour l'Algérie les taux moyens sont de :
 - 2000-2001 : un progrès de 14.63%
 - 2001-2002 : un progrès de 4.65.77%
 - 2002-2003 : un recul de 4.65%
 - 2003-2004 : un recul de 12.2%
 - 2004-2005 : un progrès de 2.77%
- ✓ Pour le Maroc le taux moyen et de :
 - 1990-2000 : un progrès de 47.92%
 - 2000-2001 : un progrès de 14.63%
 - 2001-2002 : un recul de 5.88%
 - 2002-2003 : un progrès de 9.80%
 - 2003-2004 : c'est la stagnation
 - 2004-2005 : un progrès de 3.92%

Tableau n° 16 : Dépenses dans le domaine de la santé aux pays maghrébins selon nature.

	2000		2002		2003		2005	
	Dépenses publiques	Dépenses privés	Dépenses publiques	Dépenses privés	Dépenses publiques	Dépenses privés	Dépenses publiques	Dépenses privés
Tunisie	48.5	51.5	49.9	50.1	45.7	54.3	44.3	55.7
Algérie	73.3	26.7	74.0	26.0	80.8	19.2	75.3	24.7
Maroc	31.2	68.8	32.8	67.2	33.1	66.9	36.6	63.4

Source : Evolution du système de santé en Algérie. Article de Ayachi Noureddine , Revue des sciences humaines.N°31 du juin 2009. Université Mentouri. Constantine.

Depuis le tableau ci-dessus nous pouvons déduire que la nature des dépenses dans le domaine de santé est purement étatique pour le cas de L'Algérie, ce qui reflète le retard qu'accuse l'Algérie en matière d'investissement privé dans le domaine de santé, ce que n'est pas le même cas pour le Maroc et la Tunisie qui sont à un stade plus avancé dans le domaine de la promotion de la santé par une forte participation des investisseurs privés, dont les taux moyens suivants expliquent cette situation.

- L'Algérie : la moyenne des investissements publics est de 75.6%
- Le Maroc : la moyenne des investissements publics est de 33.4%
- La Tunisie la moyenne des investissements publics est de 47.1%

Tableau n° 17: Dépenses dans le domaine de la santé par habitant par rapport au pouvoir d'achats (en dollars) aux pays maghrébins.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Tunisie	365	463	415	409	502	477
Algérie	132	169	182	186	167	175
Maroc	178	199	186	218	234	258

Source : Evolution du système de santé en Algérie. Article de Ayachi Noureddine , Revue des sciences humaines.N°31 du juin 2009. Université Mentouri. Constantine.

La moyenne de dépenses dans le domaine de santé par habitant en Algérie est plus faible par rapport à la Tunisie et au Maroc, elles se mesurent par :

- L'Algérie : la moyenne est de : 151.83 dollars
- Le Maroc : la moyenne est : 212.16 dollars
- La Tunisie la moyenne est de : 438.5 dollars

IV. Coopération Algérie-organisation mondiale de la santé(OMS).

1. Présentation de l'organisation mondiale de la santé(OMS) :

1. a. Cadre politique et institutionnel⁷³

Les méthodes de travail de l'OMS ont beaucoup changé et continuent à changer depuis un certain nombre d'années, l'objectif visé étant de permettre à l'Organisation d'apporter un appui efficace aux Etats Membres dans leurs efforts face aux grands problèmes de santé et de développement.

Ce processus de réforme s'appuie, dans ses grandes lignes, sur la stratégie institutionnelle de l'OMS.

1. b. But et Mission de l'OMS.

La mission de l'Organisation Mondiale de la Santé reste la même, à savoir «amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible» (Article 1 de la Constitution de l'OMS):

La stratégie institutionnelle et le Cadre politique de coopération technique avec les pays de la Région africaine définissent les grandes orientations qui doivent permettre à l'OMS d'apporter la meilleure contribution possible à la santé dans le monde, et en particulier dans la Région africaine.

A cet effet, l'Organisation doit renforcer son autorité technique, intellectuelle et politique dans le domaine de la santé ainsi que ses capacités gestionnaires afin de répondre aux besoins des Etats Membres

1. c. Nouvelles méthodes de travail.

La stratégie institutionnelle de l'OMS met l'accent sur l'adaptation de l'Organisation aux changements mondiaux par la mise en œuvre des actions ci-après :

➤ Adopter une approche plus large de la santé dans le cadre du développement humain durable, de l'action humanitaire et des droits de l'homme, et centrer en particulier son attention sur les liens qui existent entre la santé et la réduction de la pauvreté;

⁷³ Plan d'action biennal de coopération entre L'ALGERIE ET L'OMS 2000 – 2001. Page 20

- S’impliquer davantage dans l’adoption de consensus nationaux et internationaux sur les politiques, les stratégies et les normes de santé en assurant la production et l’application de connaissances et d’expertise tirées de la recherche.
- Susciter des actions plus efficaces pour améliorer la santé et réduire les inégalités en ce qui concerne les résultats de santé, en négociant des partenariats appropriés et en favorisant l’action des autres partenaires.
- Créer une culture institutionnelle propice à une pensée stratégique, à une influence mondiale, à une action rapide, à l’établissement de réseaux productifs et à l’innovation.

1. d. Orientations stratégiques.

Sur la base de ces principes directeurs, l’OMS a défini quatre orientations stratégiques pour contribuer au renforcement de la santé des populations et à la lutte contre la mauvaise santé. Ces orientations stratégiques, qui sont interdépendantes, fournissent un cadre élargi pour l’action technique du Secrétariat :

1. Réduire le surcroît de mortalité, de morbidité et d’incapacités, surtout pour les populations pauvres et marginalisées.
2. Promouvoir des modes de vie sains et réduire les facteurs de risque pour les populations.
3. Mettre en place des systèmes de santé qui améliorent les résultats sanitaires de manière équitable, et répondent aux attentes légitimes de la population et qui soient financièrement équitables.
4. Concevoir une politique propice et créer un cadre institutionnel dans le secteur de la santé, et faire en sorte que les questions de santé soient dûment prises en compte dans les politiques sociales, économiques et en matière d’environnement et de développement.

1. e. Fonctions essentielles.

Les fonctions essentielles de l’OMS, telles qu’elles sont énoncées ci-après, reposent sur les avantages comparatifs de l’Organisation à tous les niveaux :

- Définir une politique et une action de sensibilisation cohérentes, conformes à l’éthique et fondées sur des données probantes.
- Gérer l’information en évaluant les tendances et en comparant les performances des systèmes de santé; définir et promouvoir des programmes de recherche et développement.

- Se faire l'agent du changement par un appui technique et théorique, de façon à stimuler l'action et à renforcer durablement les capacités nationales dans le domaine de la santé.
- Négocier des partenariats nationaux et mondiaux, et les soutenir.
- Fixer et valider les normes et critères, les appliquer et en surveiller l'application.
- Encourager la mise au point et l'essai de technologies, d'outils et de principes directeurs nouveaux en matière de lutte contre la maladie, de réduction des risques, de gestion des soins de santé et de prestation de services.

1. f. Priorités mondiales et régionales.

Etant donné que l'Organisation mondiale de la Santé doit utiliser de façon efficiente ses ressources limitées et accroître l'efficacité de ses interventions, elle a par conséquent choisi un petit nombre de domaines prioritaires sur lesquelles elle va axer ses actions à moyen terme. Les critères retenus pour le choix des priorités ont notamment été les suivants :

- ✓ Perspective d'une évolution significative de la charge de morbidité à l'aide des interventions rentables existantes.
- ✓ Problèmes de santé ayant un impact socioéconomique important et des répercussions disproportionnées sur les pauvres.
- ✓ Besoin de nouvelles technologies.
- ✓ Possibilité de réduire les inégalités en matière de santé existant à l'intérieur des pays et entre divers pays.
- ✓ Demande importante de la part des Etats Membres .
- ✓ Avantage comparatif de l'OMS, surtout en ce qui concerne l'offre de biens publics, le renforcement du consensus au sujet des politiques, des stratégies et des normes, et la création et la gestion de partenariats.

1. g. a. Priorités mondiales.

Sur la base de ces critères, l'OMS a également défini un certain nombre de priorités mondiales au titre des quatre prochaines années. Les priorités spécifiques retenues à cette occasion ont été les suivantes : paludisme; VIH/SIDA et tuberculose; santé maternelle; santé mentale; lutte antitabac; maladies non transmissibles; salubrité des aliments; sécurité transfusionnelle; systèmes de santé; et investir dans la réforme à l'OMS.

1. g. b. Priorités régionales.

La Région africaine est confrontée à d'énormes problèmes de santé et enregistre les indicateurs de santé les plus négatifs de toutes les régions de l'OMS. Les taux de mortalité infanto-juvénile et maternelle y sont les plus élevés du monde.

Les taux de morbidité et de mortalité imputables au paludisme et au VIH/SIDA continuent à s'accroître rapidement, ainsi que la prévalence de la tuberculose.

La Région africaine a donc retenu 13 domaines d'activité prioritaires au titre des quatre ou cinq prochaines années, à savoir : le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme, la sécurité transfusionnelle, la santé de l'enfant et de l'adolescent, la santé mentale, la promotion de la santé, les maladies non transmissibles courantes (telles que le cancer, les maladies cardiovasculaires, le diabète et les maladies respiratoires chroniques), le renforcement des systèmes de santé, l'action humanitaire et les secours d'urgence, la santé maternelle, la santé et l'environnement et la pauvreté et santé.

1. h. Pour une OMS plus efficace au niveau des pays.

La stratégie institutionnelle de l'OMS se traduira de différentes manières au niveau des divers pays. Compte tenu des problèmes de santé et de développement propres à chaque pays, de l'implication des autres partenaires extérieurs, des activités actuellement menées par l'OMS dans le pays et en collaboration avec lui, ainsi que des cadres politiques adoptés au niveau mondial et régional, l'OMS s'efforcera d'équilibrer ses fonctions majeures au niveau du pays.

L'Organisation jouera donc davantage un rôle de conseiller, d'intermédiaire et de catalyseur, pour le développement des politiques et stratégies. Elle ne s'impliquera dans la mise en œuvre des activités de routine qu'en réponse à des demandes spécifiques et pour un temps limité.

Une typologie des fonctions pouvant être assumées par l'OMS au niveau des pays a été définie sur la base des fonctions essentielles plus larges énoncées ci-dessus. Ces fonctions sont :

F1 : Appui direct à l'exécution des activités de routine programmées par les autorités nationales.

F2 : Appui au développement et renforcement de la gestion des programmes (Outils, approches, stratégies d'intervention, etc...)

F3 : Appui à la surveillance et l'évaluation de la mise en œuvre des stratégies et politiques nationales, et à la recherche.

F4 : Dissémination d'information et de normes ; plaidoyer.

F5 : Avis et conseils sur les politiques et stratégies nationales, le partenariat et la mobilisation des ressources.

2. Représentation de l'OMS en Algérie⁷⁴.

Le 5 juillet 1962, l'Algérie recouvre son indépendance. Le 8 novembre 1962, après signature de l'accord de base, l'OMS est parmi les premières représentations à s'y établir. Elle compte alors parmi les Etats Membres de la région européenne. Suite à sa demande, elle devient membre de la région africaine (1984).

Le niveau de la représentation en Algérie a varié avec le temps⁷⁵ :

- de 1962 à 1976, le représentant était expatrié,
- de 1977 à 1993, un conseiller du Ministre était chargé des relations avec l'OMS, le PNUD était l'agence d'exécution, l'accord de base est alors tombé en désuétude,
- de 1994 à 2002, un officier de liaison national dirige le Bureau.

L'autonomie de gestion administrative liée à ce dernier statut a imposé la reconstitution des capacités gestionnaires du bureau, après plus de quinze années de gestion déléguée au PNUD.

Il a fallu reprendre la gestion courante des ressources du bureau, recruter et former une équipe compétente et recréer la mémoire locale de l'institution.

En 2002, les moyens de gestion sont satisfaisants et des formations complémentaires spécifiques armeraient mieux les personnels du bureau. Cette augmentation d'effectifs a permis une meilleure consommation des budgets.

⁷⁴ RAPPORT : Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays Algérie (2002-2005) .Page 16

⁷⁵ Idem

Le siège du bureau de liaison est situé dans l'enceinte de l'Institut National de Santé Publique.

Le personnel de l'OMS qui n'était composé que de l'officier de liaison, d'une secrétaire et d'un chauffeur en 1998, compte en 2002 une dizaine de personnes, dont trois professionnels : l'officier de liaison, le chargé d'information et un épidémiologiste.

Le reste de l'équipe fait partie des services généraux. Toutes ces personnes se partagent six bureaux dans des locaux exigus.

La disponibilité de locaux suffisants permettrait de mobiliser plus de ressources humaines autour des principaux projets sanitaires et de mobiliser plus de fonds extrabudgétaires.

L'équipe est chargée de préparer les documents de planification prévus par l'Organisation, de mettre en œuvre et de suivre les programmes de coopération et d'en faire l'évaluation périodique. Les actions sont menées en étroite collaboration avec les partenaires nationaux ou des Nations Unies.

Toutes les relations officielles avec le Gouvernement passent par le Chef de Cabinet du Ministre, ce qui permet une meilleure coordination des actions; les relations techniques se font directement avec les structures opérationnelles en informant le Cabinet.

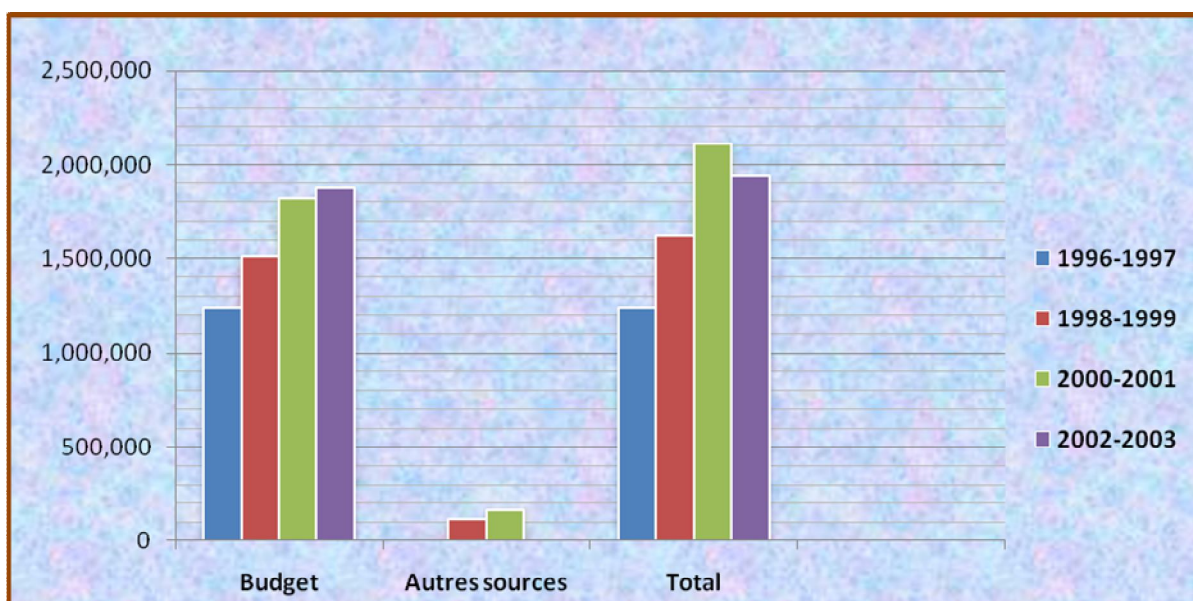
Des réunions avec les principaux cadres centraux ou des responsables des structures sous tutelle se tiennent périodiquement pour les processus institutionnels comme la préparation des programmes, le suivi semi-annuel l'évaluation à mi-parcours ou l'évaluation finale, à la demande des parties comme pour préparer la SCP⁷⁶, proposer une organisation pour réduire le risque toxique ou préparer un programme intégré de lutte contre les maladies non transmissibles, entres autres exemples, à l'occasion de certains événements (journées mondiales, ateliers, séminaires, etc.).

⁷⁶ SCP : Stratégie de coopération entre pays membres de l'OMS

2. a. Ressources budgétaires.

Depuis 1996, le budget de l'OMS pour l'Algérie s'est accru par l'apport du Bureau régional quasi-exclusivement, les ressources extrabudgétaires demeurent insignifiantes.

Histogramme n°07 : Evolution des ressources budgétaires durant les quatre derniers bienniums de la Coopération entre l'Algérie et l'OMS.



Source : RAPPORT : Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays Algérie (2002-2005).op cite. P16

La synthèse que nous retirons de cette illustration, est que l'organisation mondiale de la santé(OMS) contribue d'une manière évolutive à la promotion de la santé en Algérie, et cela par la participation au financement de différents programmes en matière de santé.

Le budget régulier pour le biennium 2002–2003 est de 1 870 000 USD dont 80 % pour les différents programmes de coopération prioritaires retenus par le pays, 20 % sont consacrés aux activités du bureau.

Les fonds extrabudgétaires sont modestes et transférés du Bureau Régional ou du Siège de l'OMS en cours de période biennale sur requête du bureau. Ainsi, lors du biennium 2000-2001, 96 000 USD ont été transférés du Bureau Régional pour le soutien au programme de sécurité du sang, pour la lutte anti-tabac, et le paludisme et 69 000 USD ont été transférés du Siège pour la recherche sur les maladies tropicales (TDR)⁷⁷ et un projet de formation en «counselling » (violence).

⁷⁷ TDR : Fond des projets de recherche spécifiques dans les maladies de la pauvreté et des maladies infectieuses et de problèmes de l'environnement.

Au regard de la situation économique et sanitaire ainsi que des pertes occasionnées par le terrorisme, des ressources budgétaires plus conséquentes permettraient de mieux satisfaire les demandes des populations.

2. b. Domaines d'intervention⁷⁸

L'action de l'OMS dans le pays répond à des objectifs fixés conjointement avec les autorités sanitaires.

De ce fait, l'apport de l'Organisation favorise la réalisation des objectifs prioritaires de santé publique du gouvernement, compte tenu des priorités mondiales.

Les domaines d'intervention prioritaires retenus sont au nombre de 14 en 2002–2003, ce sont :

- Urgence et actions humanitaires
- Bases factuelles à l'appui de la politique de santé.
- Santé des femmes, salubrité des aliments.
- Surveillance des maladies transmissibles.
- Approche intégrée de surveillance.
- Prévention et prise en charge des maladies non transmissibles.
- Tabac et promotion de la santé.
- Prévention des incapacités et des traumatismes et réadaptation.
- Santé mentale et toxicomanie.
- Médicaments essentiels.
- Sécurité sanguine et technologie clinique.
- Organisation des services de santé.

On note une certaine continuité dans le choix des domaines d'intervention durant les six dernières années.

Les domaines retenus étaient au nombre de 13 pour 1998-1999, 12 pour 2000-2001 et 14 pour 2002-2003.

⁷⁸RAPPORT : Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays Algérie (2002-2005).op cite. Page 17

L'analyse des différentes fonctions montre que l'apport de l'OMS concerne surtout l'appui au développement et renforcement de la gestion des programmes (outils, approches, stratégies d'intervention, etc.).

La dissémination d'information et de normes et le plaidoyer, l'appui à la surveillance et l'évaluation de la mise en œuvre des stratégies et politiques nationales, et moins fréquemment les avis et conseils sur les politiques et stratégies nationales, le partenariat ou l'appui direct à l'exécution des activités programmées par les autorités nationales.

Une originalité de la coopération avec l'Algérie concerne l'apport incontestable que peut faire le pays aux actions de l'OMS dans la région.

De réelles possibilités existent dans le domaine des ressources humaines, dans l'expertise et les services. Les domaines susceptibles d'être concernés sont la formation médicale et paramédicale, la santé publique, le médicament, la sécurité sanguine, la programmation et la planification sanitaires, le VIH/SIDA, la tuberculose.

2. c. Forces et faiblesses de la coopération⁷⁹.

Le Bureau est confronté à des contraintes qui entravent la réalisation des objectifs et sont à l'origine de **faiblesses** de la coopération, comme l'insuffisance des structures et de moyens notamment extrabudgétaires. Le personnel du bureau, qui est nouveau dans sa totalité, a une formation insuffisante aux procédures et techniques administratives et financières de l'Organisation.

En outre, les partenaires nationaux ont également une connaissance insuffisante des procédures et du processus gestionnaire complexe de l'Organisation. Au cours des derniers bienniums, de nombreux changements ont affecté les structures des 2 niveaux de l'Organisation, avec une instabilité des personnes, des modifications des procédures, des formulaires et canevas.

Le suivi des modifications implique que le personnel consacre trop de temps à des questions bureaucratiques, au détriment des projets. Faute de bibliothèque, le bureau ne dispose pas de suffisamment de documents utiles pour les partenaires et ne pas avoir

⁷⁹ RAPPORT : Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays Algérie (2002-2005).op cite.Page 18

d'attitude proactive dans le domaine, ce qui entrave son leadership et retarde parfois les actions.

Avant le propos, il est essentiel de noter que les autorités politiques et les autorités sanitaires nationales adhèrent fortement et partagent les politiques et orientations stratégiques de l'OMS.

On note une grande disponibilité des structures institutionnelles et techniques, or les **forces** du Bureau se caractérisent par :

- Des capacités à réagir rapidement aux sollicitations du gouvernement,
- L'étroite collaboration avec les partenaires nationaux et internationaux,
- La reconnaissance par le MSPRH⁸⁰ et les partenaires comme référence privilégiée dans le domaine de la santé.

Les expertises sont sollicitées par le Bureau soit auprès de l'Organisation (Bureau régional ou Siège) soit auprès d'experts nationaux.

A titre d'illustration, durant le biennium 2000-2001⁸¹, les deux niveaux de l'Organisation ont répondu aux requêtes nationales à plusieurs reprises en fournissant des experts notamment pour :

- l'assurance de la qualité dans les laboratoires
- La prise en charge sanitaire de la violence
- le programme élargi de vaccination
- La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
- La politique des médicaments essentiels
- La sécurité transfusionnelle
- La santé reproductive
- La pathologie tropicale
- Le SIDA, le paludisme, la tuberculose et la lèpre.

Etant donné l'abondance et la qualité de l'expertise au niveau de l'université ou des autres secteurs, certaines requêtes sont satisfaites par la mobilisation sous forme contractuelle des

⁸⁰ MSPRH: Ministère de la santé publique et de la réforme hospitalière.

⁸¹ RAPPORT : Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays Algérie (2002-2005).op cite. page 18

compétences existantes, la souplesse de l'opération est accrue par la délégation d'autorité octroyée le Directeur Régional.

La densité de la participation algérienne aux diverses manifestations organisées par AFRO s'est fortement accrue ces dernières années.

Les politiques, stratégies, méthodes et instruments préconisés par l'Organisation sont de mieux en mieux maîtrisés par les responsables de santé et présents dans le domaine de lutte contre la mortalité, de la réduction des facteurs de risque, du renforcement de la performance du système de santé.

De nombreux responsables et personnels de santé algériens ont bénéficié de formation dans le cadre de l'économie de la santé, des divers programmes de santé, de l'assurance de la qualité dans les laboratoires, de la lutte contre le SIDA, le paludisme, la sécurité chimique, la santé mentale, la politique des médicaments essentiels, la nutrition, la surveillance épidémiologique.

Des expertises ont été réalisées par les spécialistes algériens dans divers pays et pour l'Organisation dans le domaine des ressources humaines, de la formation continue, de la sécurité transfusionnelle, de la politique des médicaments essentiels, des carences nutritionnelles, des maladies transmissibles et non transmissibles.

Divers personnels de santé des pays d'Afrique ont bénéficié de plusieurs formations gratuites en Algérie dans les domaines de la gestion des ressources humaines, de l'épidémiologie et des bio-statistiques, de la radioprotection, de la santé au travail, de l'oncologie.

Des boursiers de l'Organisation ont bénéficié de formation post graduée en Algérie (pneumo-phtisiologie, néphrologie, médecine du travail).

Les principaux défis consistent à :

- Alléger les procédures administratives,
- Accroître les ressources du Bureau,
- Participer plus activement aux opérations de développement sanitaire du pays.

2. b. Buts et Missions de la coopération.

La mission de l'Organisation Mondiale de la Santé reste la même, à savoir «amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible» (Article 1 de la Constitution de l'OMS):

La stratégie institutionnelle et le Cadre politique de coopération technique avec les pays de la Région africaine définissent les grandes orientations qui doivent permettre à l'OMS d'apporter la meilleure contribution possible à la santé en Afrique, et en particulier en Algérie.

A cet effet, l'Organisation doit renforcer son autorité technique, intellectuelle et politique dans le domaine de la santé ainsi que ses capacités gestionnaires afin de répondre aux besoins en matière de santé en Algérie, ainsi concrétiser les objectifs⁸² qu'elle s'est fixés à savoir :

- Etablir des critères de diagnostic simples et des directives pour la prise en charge des cas reposant sur des bases factuelles et sur l'avis unanime d'experts en collaboration avec les institutions internationales compétentes et les centres collaborateurs de l'OMS
- Accroître l'efficacité des interventions en améliorant les compétences cliniques et gestionnaires
- Préciser les normes applicables aux soins et concevoir des schémas thérapeutiques peu coûteux et efficaces pour les principales maladies non transmissibles en mettant l'accent sur les soins de santé primaires.
- Etablir des partenariats qui auront des rôles clairement définis et complémentaires afin de renforcer l'action multidisciplinaire de lutte antitabac

⁸² Plan d'action biennal de coopération entre L'ALGERIE ET L'OMS 2000 – 2001.page8

Conclusion

Condition indispensable à l'épanouissement humain, la santé en Algérie qui une priorité des pouvoirs publics ces dernières années, a connu une série de mutations depuis l'indépendance à nos jours. Des réformes qui se justifient par les exigences (explosion démographique, taux d'urbanisation élevé), qui caractérisent la société Algérienne en pleine transformation accélérée depuis longtemps.

Suite aux mutations politico-économique que le pays a connu au début des années 90, le secteur de la santé se voit promu, et cela par l'ouverture qu'a connu tous les secteurs y compris celui de la santé aux investisseurs privés locaux et étrangers.

Or, les conséquences de cette libéralisation du secteur de la santé se mesure par le nombre des établissements sanitaires privés (cliniques, cabinets médicaux, pharmacies etc....), qui ne cessent d'augmenter.

Suite à l'embellissement que l'économie a enregistré cette dernière décennie, les pouvoirs publics ont adopté une politique de santé de proximité, dont le but est d'assister les populations des zones éparses en matière de santé, ainsi les pouvoirs publics ont favorisé l'accès à la santé pour tous et cela par la gratuité des soins dans des établissements étatiques.

Mais sachant que la santé et le bien être des individus, se mesure aussi par le milieu où il s'établissent, raison pour laquelle les autorités publiques ont mis en place un ensemble de directives dans le but est de protéger les citoyens des affluents qui peuvent mettre leur état de santé en jeu, par exemple :

- Interdiction d'écoulement superficiel des eaux usées
- Instauration d'une taxe sur les déchets, visant à inciter les citoyens à respecter les lieux de dépôt de leurs déchets.

la protection des espaces verts à l'intérieur des centres urbains reste, à l'application et le respect de toutes les directives portant d'une manière directe ou indirecte plus d'avantage à la santé publique en Algérie.

Introduction:

L'Algérie est l'un des pays qui connaît des transformations profondes dans le domaine urbain.

La concentration des populations et des activités dans les régions nord et particulièrement sur le littoral occasionne un déséquilibre pour les régions littorales dont les ressources naturelles sont menacées.

Ce déséquilibre peut, d'une part, entraver le développement harmonieux à long terme et la concrétisation des options fondamentales du pays et, d'autre part, accroître les inégalités et les disparités entre les différentes régions. Leur correction impose comme priorité, en matière d'aménagement du territoire, une meilleure occupation de l'espace.

Ce n'est pas tant le déséquilibre de la répartition des villes au sein de l'armature urbaine entre les villes petites, moyennes et grandes qui pose problème, que celui de l'inadaptation des villes à remplir leurs fonctions économiques et sociales, actuelles et futures.

En effet, les dysfonctionnements que l'on observe dans le système urbain algérien empêchent les villes de remplir d'une manière satisfaisante :

- leur fonction économique, celle de générer, accompagner, diffuser le développement,
- leur fonction sociale, celle d'offrir une qualité de vie satisfaisante pour les habitants.⁸³

La ville nouvelle Ali Mendjeli, qui représente notre cas d'étude, reste l'un des modèles illustrant de l'incapacité d'assurer les fonctions d'une ville à entité urbaine et demeure jusqu'à nos jours dépendants de la ville mère Constantine.

⁸³ SNAT 2025. Enjeux territoriaux 2025. Mission 1 Rapport 4, page12.

I / Evolution urbaine de la ville de Constantine :

La ville de Constantine à l'instar de toutes les grandes villes du pays, est confrontée à des problèmes de croissance urbaine caractérisés par un étalement spatial très important arrivé à la saturation (plus de 60 km² de superficie et près de 12 km du Nord au Sud à vol d'oiseau).

La croissance urbaine importante de la ville de Constantine, est due aux flux migratoire, mais aussi, à l'accroissement naturel très important à partir de l'indépendance jusqu'en 1987, période pendant laquelle la population de la ville de Constantine a quasiment doublé.

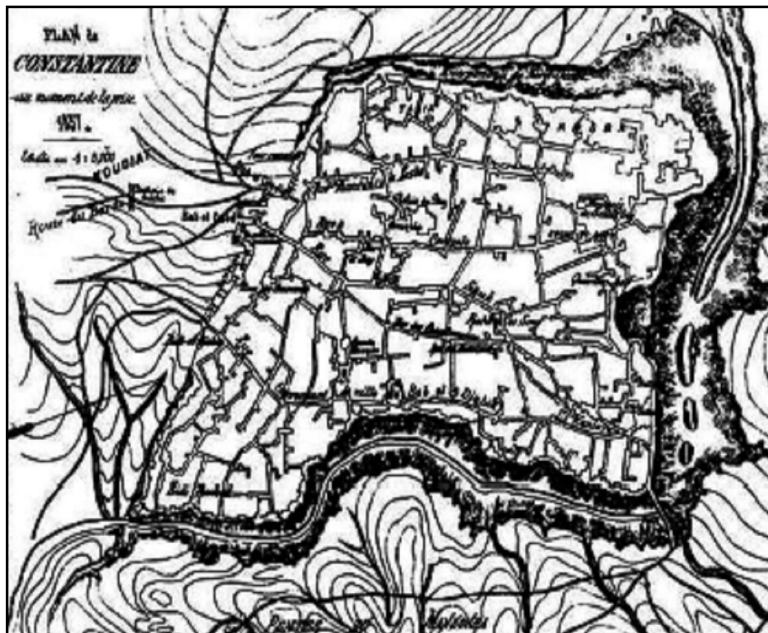
Cette forte croissance naturelle combinée à un taux de mortalité en baisse et l'afflux important des populations rurales a entraîné un boum démographique qui s'est soldé par un besoin urgent en logements, difficile à satisfaire et la prolifération de zones d'habitat non planifiées.

Cet afflux de population, vers la ville de Constantine aux lendemains de l'indépendance du pays, a été tellement important qu'il a engendré d'inextricables problèmes de logements, de circulation, de pollution, d'insalubrité...

Constantine a connu un important déséquilibre entre une population sans cesse croissante, une production de logement en dessous des besoins et un site de plus en plus saturé.

1 / La période coloniale (1837-1962)⁸⁴

Figure n° 01 : Ville de Constantine en 1837.



⁸⁴ Rabah BOUSSOUF, *Constantine : D'une ville attractive à une ville répulsive* – GREGUM –UMR ESO CNRS .université du Maine, jeudi 19 octobre 2006.

Durant cette période, la ville a connu d'importants bouleversements au niveau du Rocher qui a subi des aménagements notables, ainsi qu'à l'extérieur avec l'apparition de nombreux quartiers, selon les étapes suivantes:

- *La première*, qui a commencé avec la prise de Constantine en 1837 s'est effectuée en dehors du Rocher sous forme de faubourgs, tels le faubourg de Saint-jean et le Coudiat à l'Ouest et les quartiers d'El-Kantara et du Mansourah à l'Est ;

- Durant *une seconde étape* (1931 à 1958) L'extension s'est faite avec l'apparition d'autres quartiers comme Sidi Mabrouk au Nord-est. La ville s'est aussi étendue vers la zone Sud-Ouest avec les lotissements de Bellevue et des quartiers à caractère résidentiel ;

- *Une troisième étape* (après 1959) est relative aux extensions périphériques dans les poches urbaines impropres à l'urbanisation localisées notamment le long des oueds Rhumel et Boumerzoug dans la partie Sud-Est, comme : l'Avenue de Roumanie, Bentellis, Chalet des pins, Les Mûriers, le 4e km.

La zone Ouest de la ville a vu l'implantation des quartiers Ameziane et El-Bir, la réalisation des grands immeubles du CILOC ainsi que la cité des platanes.

2/ La période post-indépendance⁸⁵

La croissance urbaine de la ville s'est faite très timidement durant les premières années de l'indépendance. Le décalage entre une croissance démographique marquée par un croît naturel et un solde migratoire nettement positifs et la très faible production du logement, a accentué la prolifération de l'habitat précaire et des constructions informelles. En parallèle, les projets de construction de logements entamés pendant les dernières années de la colonisation ont été achevés.

Sur le plan spatial, plusieurs étapes peuvent être notées :

- la politique de construction de nouveaux logements urbains s'est matérialisée au début (jusqu'à 1969) par l'application des programmes issus du Plan de Constantine de 1958 à savoir les cités Fadila Saadane, Filali et Benboulaid, dans la partie Sud-Ouest de la ville ;

⁸⁵ Rabah BOUSSOUF, *Constantine : D'une ville attractive à une ville répulsive* – GREGUM –UMR ESO CNRS .université du Maine, jeudi 19 octobre 2006.

- Durant la période qui correspond au premier Plan Quadriennal (1970-1973) où le secteur du logement n'était pas considéré comme une priorité de l'État. La ville a connu la prolifération des bidonvilles et de l'habitat précaire. Durant cette phase d'urbanisation, la ville a bénéficié d'importantes réalisations dont l'université et le complexe sportif dans la partie Ouest de la ville, la zone industrielle dans la partie Sud Ouest le long de l'oued Rhumel ;

- la phase 1974-1977, est caractérisée par un urbanisme planifié, dominé par l'implantation des Zones d'habitations urbaines nouvelles (ZHUN). C'est ainsi que se sont créés les quartiers périphériques à l'Est et au Nord de la ville tels que les cités Ziadia, Sakiet Sidi Youcef, Daksi, et celles du 20 août, du 5 juillet, Boudjenana et Boussouf au Sud-Ouest ;

- Durant cette période, la ville de Constantine a bénéficié de 6 116 logements sociaux sur un total de 6 278 logements programmés⁸⁶.

- Dans les années 1980, l'urbanisation de Constantine s'est déroulée pratiquement en dehors du périmètre urbain avec le développement des zones d'habitat nouvelles comme Zouaghi au Sud et Bekira au Nord (loin du site initial de Constantine), le lancement de lotissements privés et la multiplication des cités d'habitat précaire.

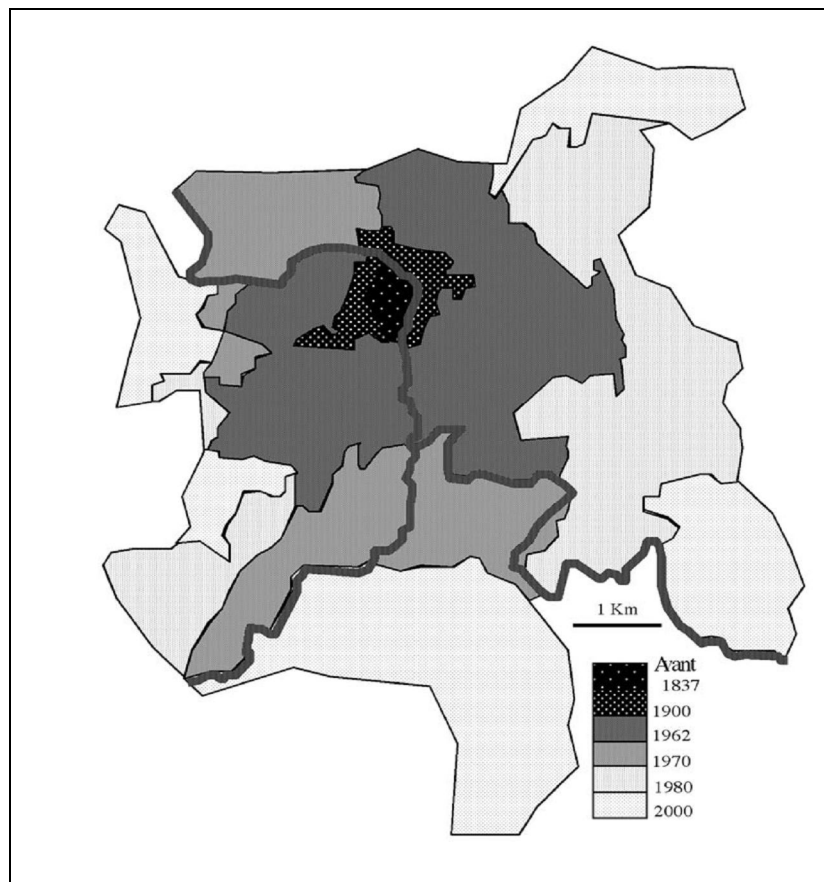
Par manque de terrains urbanisables dans le périmètre urbain de la ville de Constantine l'extension a été transférée d'abord vers trois villages coloniaux situés dans un rayon de 16 km à savoir Didouche Mourad, Ain Smara et El Khroub. Ces trois bourgs ont bénéficié, au cours de la décennie, d'un important programme de logements et de grandes réalisations industrielles (SNMC, SONACOME, SONATRACH...). Cette extension a montré très vite ses limites : difficultés de liaison, empiétement sur les terres agricoles, terre difficilement constructibles...

"En 1980, le site exigu de la ville (1500 hectares) n'arrive pas à desservir correctement les 450.000 habitants. La densité hab. /ha dépasse 333 personnes. La préoccupation majeure, à cette période, est : comment desservira-t-il près d'un million d'habitants à la fin du siècle ? À défaut de l'élargir, il faut donc chercher ailleurs, au-delà des accidents de reliefs qui la ceinturent. D'où l'idée d'une ville nouvelle, unique et importante, destinée à absorber un programmes de logements qui abritera plus de 250.000 habitants d'ici l'an 2000"⁸⁷.

⁸⁶ Rabah BOUSSOUF, *Constantine : D'une ville attractive à une ville répulsive* – GREGUM –UMR ESO CNRS .université du Maine, jeudi 19 octobre 2006.

⁸⁷ Idem

Figure n° 02: Ville de Constantine. Extension urbaine



Rabah BOUSSOUF Constantine : D'une ville attractive à une ville répulsive

L'urbanisation récente (les 20 dernières années) de la région de Constantine s'est faite donc sur la base de liens interdépendants établis entre Constantine et ses satellites. El Khroub, Ain Smara, Bekira et Didouche Mourad ont enregistré un développement urbain spectaculaire avec de grandes zones d'habitat nouvelles sous formes de ZHUN ou de lotissements.

Mais très vite ces opérations ne répondaient plus qu'à leurs propres besoins et ne suffisaient plus à ceux de la métropole.

Cependant il est remarqué aussi que la croissance qui s'y développe suit des axes préférentiels qui ne sont autres que les couloirs des grands axes et des vallées.

Aussi, ce développement tentaculaire s'il n'est pas maîtrisé débouchera sur une authentique conurbation dont les conséquences seront néfastes pour l'espace agricole (car ce seront les terres à hautes potentialités qui seront sacrifiées au profit de la spéculation foncière).

C'est dans cette optique d'urbanisation qui répond aux exigences réelles que *Le plateau de AIN EL BEY* était propice ET offre une chance à Constantine de sortir de son étouffement.

II / Emergence de la ville nouvelle Ali Mendjeli:

1 / Chronologie de L'émergence de la ville nouvelle à Constantine:

La ville nouvelle de Constantine est née dans des conditions particulières.

Sa création n'est évoquée ni dans le schéma national de l'aménagement du territoire (SNAT) de 1987, ni dans le document « Demain l'Algérie », élaboré par le ministère de l'Équipement et de l'aménagement du territoire, elle est née pour palier aux problèmes de saturation urbaine de la ville de Constantine et les agglomérations du groupement.

Durant les années 80, l'idée d'une nouvelle agglomération faisait déjà son chemin au sein de l'université, devant l'impossibilité de répondre au croit démographique par une expansion spatiale de la ville.

Le meilleur des scénarios fut le plateau d'Ain El Bey au Sud de la ville, et plus précisément au Sud- Ouest vers Ain Smara puisqu'une partie du site est occupé par l'aéroport qui était en voie d'agrandissement.

Le projet ville nouvelle (étude et réalisation) a impliqué une multitude d'acteurs qu'il importe d'identifier et d'examiner les rôles de chacun et la nature des relations qu'ils tissent entre eux, ce retour sur la genèse d'édification de la ville nouvelle nous permettra de comprendre les logiques et les stratégies des uns et des autres.

1. 1974 : Les décideurs locaux (wilaya-commune)⁸⁸:

Les décideurs locaux commandent dans le cadre du Plan de Modernisation Urbaine (PMU) une étude à la CADAT, l'étude évoquera l'option ville nouvelle.

2. 1982 : Localisation du site de la ville nouvelle:

L'exécutif de la wilaya adopte l'étude du PUD réalisé par la CADAT, le site de la ville nouvelle est localisé.

3. 1983 : Le conseil des ministres décide d'approfondir l'étude:

Après une prise de connaissance d'une éventuelle création d'une ville nouvelle sur site vierge, le conseil des ministres dans sa séance du 22 Mai 1983 décide de continuer l'étude d'urbanisme et d'aménagement du site de Ain El Bey.

⁸⁸ Boussouf Chihad Addin, « les facteurs de la mise en œuvre de la ville nouvelle Ali Mendjeli », magister 2008.

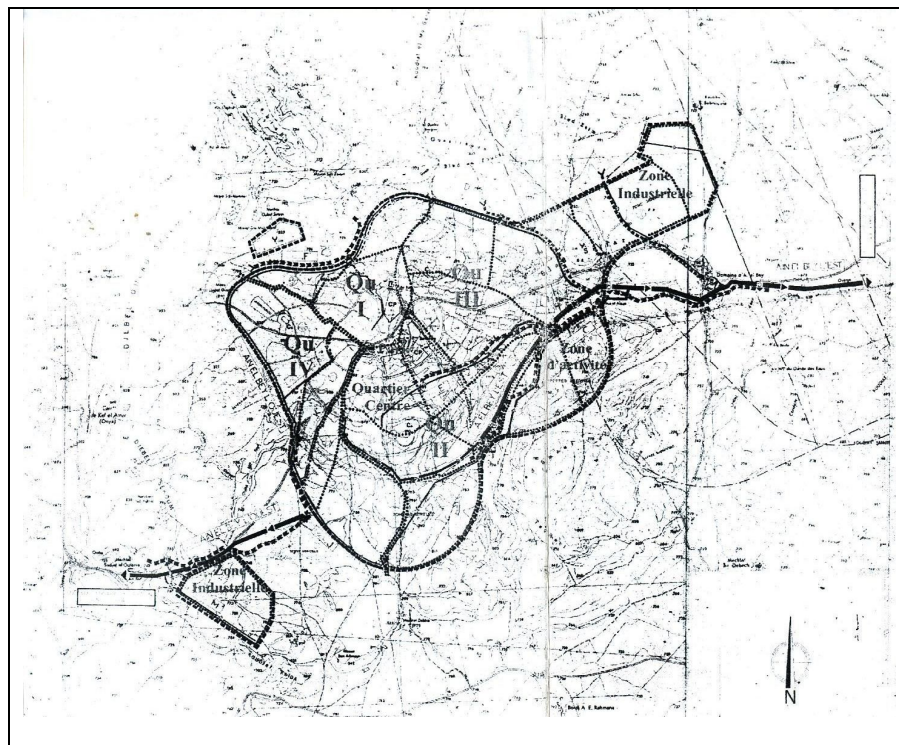
L'opportunité est saisie, une étude sérieuse et très élaborée est préparée par le bureau d'étude URBACO qui présente dans le cadre du PUD de Constantine, la variante d'aménagement de la ville nouvelle de Ain El Bey.

Cette étude est inspirée des concepts de villes nouvelles dans le monde, le premier schéma directeur de la ville nouvelle faisant ressortir une organisation par des quartiers autour d'un centre ville distinct, structuré par une trame viaire en forme de X, qui délimite les différents quartier de la ville. Aux extrémités Sud, sont prévues des zones industrielles (ZI et Zone d'activité), une zone industrielle à l'entrée et une zone d'activités industrielles à la sortie de la ville, l'option ville d'industrie et service était affiché, et l'objectif plein emploi était essentiellement visé.

Chaque quartier est doté d'équipements structurants, le quartier centre ville s'organise autour d'un parc public, les zones industrielles sont séparées de la zone habitat par une large bande verte, de grandes voies de circulation séparent les quartiers et des échangeurs sont prévus à chaque intersection pour diviser le flux.

L'organisation de la ville nouvelle tel que présenter dans le schéma directeur surnommé dans le temps « *la guitare* » fait penser aux schémas de certaines villes nouvelles françaises.

Figure n° 03: Le 1^{er} plan de la ville nouvelle (conception à base de quartiers)



Source : DUC de constantine - (étude du PUD)

4. 1987 : La création de ville nouvelle est enfin soumise à une loi:

Le conseil des ministres adopte la loi sur l'aménagement du territoire (loi 87/03 du 27.01.1987) vise la mise en œuvre d'une politique d'aménagement du territoire, parmi les outils de cette nouvelle stratégie, la création de ville nouvelle.

Considérées comme un axe primordial de rééquilibrage de l'armature urbaine du pays, cette loi (article 39)⁸⁹, par le biais du SNAT et des SRAT déterminent l'armature urbaine et placent sur les territoires considérés, les principales agglomérations nouvelles.

C'est ainsi que les territoires devant recevoir des villes nouvelles ont été déterminés selon le schéma des 04 couronnes, toute proposition de ville nouvelle ne peut on conséquence, être prise isolément, Constantine ne peut par la loi 87/03 du 27.01.1987 prétendre à la création de ville nouvelle sur son territoire du fait que le SNAT et le SRAT ne l'ont pas prévu.

5. 1988 : La ville nouvelle est remise en cause et considérée comme une agglomération:

L'étude du PUD du groupement de Constantine est présentée au conseil des ministres pour approbation, cette approbation est consignée par arrêté interministériel qui approuve le plan d'urbanisme directeur du groupement d'urbanisme des communes de Constantine, El Khroub, Hamma Bouziane, Didouche Mourad et Ain Smara, dans l'article 1-2, l'arrêté détaille la consistance des schémas composant le PUD de 1974, il s'agit :

- Un document écrit.
- Les documents graphiques suivants :
 - Schéma directeur du groupement de Constantine.
 - Schéma directeur de la commune de Constantine.
 - Schéma d'affectation de la commune de Constantine.
 - Schéma d'affectation de la commune de Ain Smara.
 - Schéma d'affectation des communes de Didouche Mourad et de Hamma Bouziane.
 - Schéma d'affectation de la commune d'El Khroub.
 - Schéma d'affectation de l'agglomération Ain El Bey.

Ain El Bey est considéré par les décideurs au niveau central comme une agglomération urbaine au même titre que El Khroub, Ain Smara, Didouche Mourad et Hamma Bouziane, elle n'a pas de statut de ville nouvelle.

⁸⁹ Article 39 de la loi sur l'aménagement du territoire (loi 87/03 du 27.01.1987)

6. 1988-1990 : la ville nouvelle en phase de stand-by:

Les ambitions d'une ville nouvelle pour Constantine sont sérieusement affectées, le projet est en stand-by.

7. 1990 : L'apparition des nouveaux instruments d'urbanisme:

Adoption de la loi 90 /29 du 01.12.1990 relative à l'aménagement et à l'urbanisme et instituant les instruments d'urbanisme PDAU et POS.

De cette réglementation a été élaboré le nouveau schéma de la ville nouvelle de Ain El Bey celui du PDAU de 1998.

8. 1990 : Retour de l'espoir avec la loi 90/29:

L'opportunité est saisie, l'espoir de revenir sur la ville nouvelle est possible par le biais des instruments d'urbanisme, fin décembre 1990, une commande est faite au bureau d'étude URBACO pour entamer les études de faisabilité de la ville de Ain El Bey.

En consultation avec les différents services de la wilaya et au vu des recommandations de ses derniers coïncide avec la zone de navigation aérienne à la cote altimétrique 732.

Le plan global de Ain El Bey est revu, et l'on revient vers une proposition beaucoup plus simple d'un schéma qui s'organise à partir d'unité de voisinage avec un parcellaire formé d'îlots.

Le schéma de voirie qui était en forme de X est réajusté pour ne s'organiser qu'autour un seul axe principal le futur boulevard principal de la ville avec des boulevards en auréole tout autour.

9. 1991 : Les élus de Constantine entament la première opération:

Sur injonction du wali, la commune de Constantine sur fond de PCD fait une commande au BET URBACO afin de préparer l'étude du POS 540ha de la ville en vu d'affecter la première tranche de logement (1980 unités) + 1000 logements APC/CNEP⁹⁰.

En se conformant aux dispositions de la nouvelle réglementation en matière d'aménagement urbain, le POS 540ha de Ain El Bey est élaboré en se basant sur la grille d'équipements⁹¹ qui détermine l'affectation des équipements par catégorie par rapport au nombre de logement.

⁹⁰ Rapport de l'URBACO – PDAU 1988.

⁹¹ Grille des équipements : document élaboré l'institut de recherche appliquée en urbanisme en 1989.

Si pour des raisons de financement, l'APC de Constantine a prescrit l'étude du POS, dans la pratique, c'est la direction de l'urbanisme et de la construction qui assure le rôle de maître d'ouvrage, ce dernier élabore les cahiers des charges, lance les études, coordonne et programme les projets et leurs affectation sur site.

10. 1993 : la DUC et l'OGI Lancent la réalisation :

Les études d'exécution du programme social achevé, les pouvoirs publics par le biais de la DUC et l'OPGI lance en février 1993 la réalisation des 1501 logements au niveau de l'UV 06 ainsi que les 1000 logements du programme CNEP/APC⁹².

11. 1997-1998 : Demarage du premier chantier :

La wilaya de Constantine bénéficie d'un programme de logement de 530 unité qui sera suivi d'un autre de 177 unités, les chantiers démarrent en 1998 du programme social à l'UV 08 pour le compte de l'OPGI⁹³.

12. 1998 : la ville nouvelle est officiellement crée:

Le Plan Directeur d'Aménagement Urbain de Constantine a été approuvé par décret du 25 février 1998 ; la création de la nouvelle ville fut confirmée officiellement⁹⁴.

13. 2000 : "Ain El Bey" fut baptisée " ALI MENDJELI":

Faire reconnaître Ain El Bey ville nouvelle fut tentée lors de la baptismation de celle-ci par le président de la république le 05-08-2000 Ali Mendjeli.

14. 2002 : Ali Mendjeli reconnue par la oi 02/08:

La loi 02 /08 sur les villes nouvelles est promulguée en 2002, elle vient entrouvrir une porte fermée jusque la puisqu'elle reconnaît aux 03 autres métropoles (Oran, Constantine et Annaba) la possibilité de création de ville nouvelle sur leurs territoires. Ali Mendjeli, sans statut, constitue à se construire par les seuls acteurs locaux et sur les programmes sectoriels et fond propre de la wilaya

⁹² Extrait du rapport de suivi pour la DUC/cellule de suivi et de coordination ville nouvelle Ali Mendjeli (2001), DUC, Constantine.

⁹³ Idem

⁹⁴ Idem

Figure n° 04 : Le 1^{er} plan de la ville nouvelle (conception à base de quartiers)



Source : DUC de Constantine

2/ Les objectifs de la ville nouvelle:

L'objectif le plus ambitieux étant celui de rééquilibrer la croissance urbaine au sein du groupement de Constantine en limitant la taille des agglomérations et de prévenir, ainsi, la conurbation, métropole/satellites et de sauvegarder par là même l'espace agricole de haute potentialité.

L'intention était d'en faire rapidement une ville importante, complète, bien équipée, pourvue d'emplois et dotée de bons moyens de liaison avec l'extérieur.

La ville nouvelle est conçue dans un contexte de développement durable selon une dynamique urbaine orientée vers la réalisation d'un projet de long terme, défini par des actions offrant des réponses aux nombreux défis qu'affrontent les villes en matière de transport, logement, urbanisme, développement économique, insertion, emploi, environnement...

3/ Le choix du site:

Deux choix possibles se présentaient pour localiser le site d'implantation d'une nouvelle ville: aller au Nord à Didouche Mourad ou escalader le plateau ouvert et spacieux d'Ain-el-bey au Sud-est.

Figure n° 05 : Situation de la ville nouvelle – Photo satellite



Au nord de la ville : le site n'a pas été retenu à cause de la barrière topographique qui s'impose entre Constantine et Didouche Mourad. Sa situation en contrebas de 300 mètres⁹⁵ rend les liaisons délicates et difficiles avec l'agglomération.

Au sud de a ville de Constantine s'ouvrent les larges horizons d'El Khroub et Ain El Bey. C'est là que se trouve le carrefour routier, ferroviaire, aérien, le grand marché du Khroub, le poste SONELGAZ, le centre intégré de distribution SONATRACH.

Ce site offre de belles possibilités de développement en dehors des vallées surencombrées et des terres agricoles riches.

C'est aussi «opter pour ce site ; c'était apporter une réponse au site impossible d'oppidum de la vieille ville, c'était renouer avec la vocation d'échanges de la métropole,

⁹⁵ Nacira Meghraoui Chouguiat, « quel habitat pour l'Algérie? La nouvelle ville de Constantine », édition Média-plus, Constantine 2006.

lui donner la possibilité de se déployer dans ces grands espaces ouverts situés au sud de l'agglomération actuelle »⁹⁶

Les espaces sont suffisamment vastes pour le développement d'un grand organisme urbain, qui éviterait la dispersion des investissements sur une multitude de points, auraient une taille suffisante pour justifier l'implantation d'équipements de tertiaire supérieur et du même coup décongestionnerait le centre ville actuel de Constantine.

La distance à la ville mère (15km) était trop forte pour une urbanisation en continuité, mais suffisante pour une urbanisation autonome (ville nouvelle ou ville satellite) solidement reliés à la ville mère)⁹⁷.

Le choix du site d'implantation est porté sur le plateau d'Ain El Bey. Le terrain d'assiette, situé à une dizaine de kilomètres à vol d'oiseau de Constantine, est localisé sur le territoire de Ain smara et d'El khroub non loin de l'aéroport. Il est quasiment vide, libre de toute entrave, desservi par plusieurs vois routières et qui couvre près de 3500 hectares d'un seul tenant.

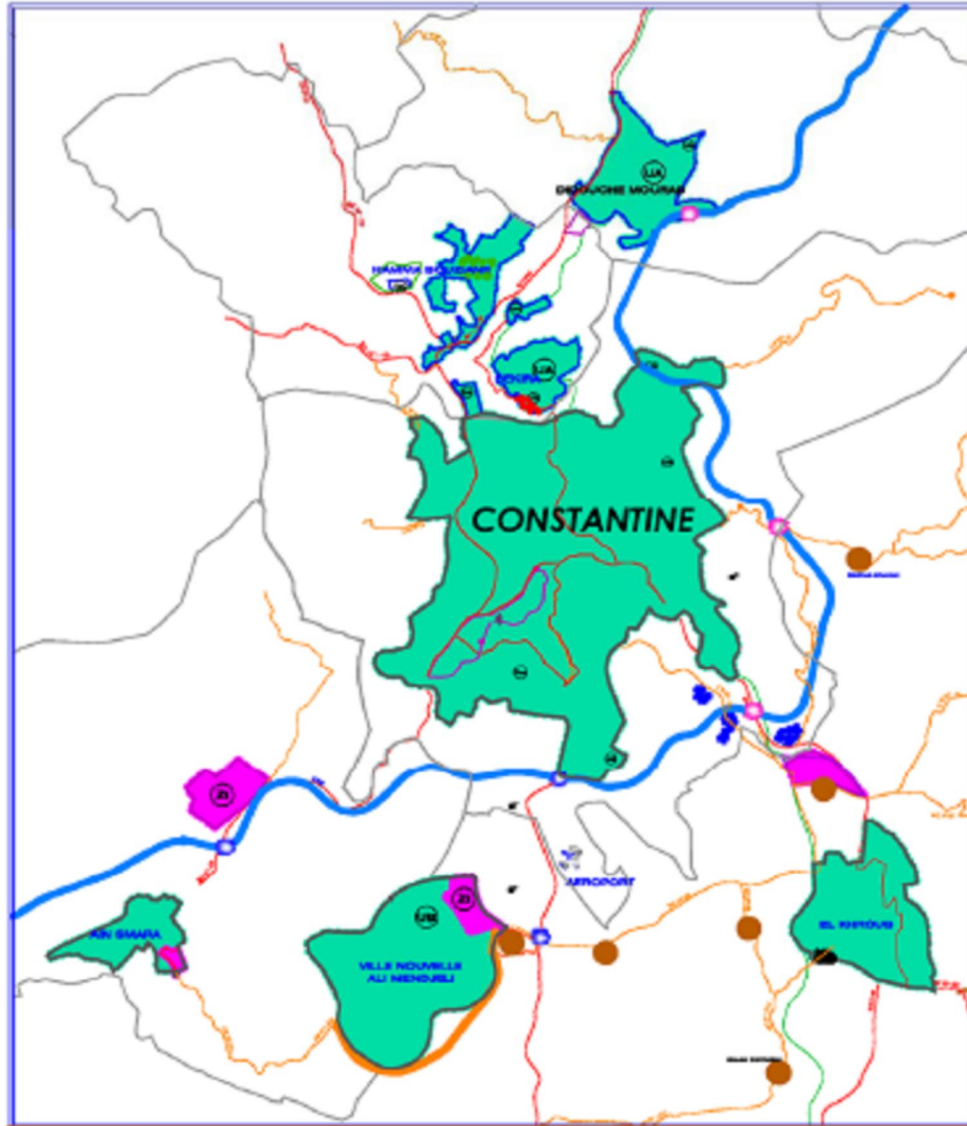
⁹⁶ Marc cote – Constantine cité antique et ville nouvelle page 47– édition media plus avril 2006.

⁹⁷ Idem.

III / Etude du cadre physique:

1 – Situation:

Figure n° 06 : Etude de l'élaboration du SCU de Constantine



Source : Groupement URBACO-EDR :

La ville nouvelle se situe a une quinzaine de Km de la ville de Constantine au Sud de l'aéroport Mohamed Boudiaf dont l'étendue est de 5000ha, à la croisée de chemins entre Constantine, El Khroub et Ain Smara, le site devant recevoir l'implantation de la ville nouvelle, couvre une superficie de 1500ha et est porté sur une altitude moyenne de 800 mètres. Il est lui-même un grand carrefour ou convergent plusieurs route nationales (RN 79, RN 10, RN 3)⁹⁸ sa position est centrale aux grands centres urbains : Batna, Sétif, Skikda, Jijel, Guelma, Tébessa.

⁹⁸ Nacira Meghraoui Chouguiat, « quel habitat pour l'Algérie? La nouvelle ville de Constantine », édition Média-plus, Constantine 2006.

La forme du plateau est déterminée par le tracés des deux principaux oueds : le Rhummel et Boumerzoug. Leur confluence délimite sa bordure nord. A l'ouest il se détermine par un escarpement rocheux couvert de maquis qui le sépare d'Ain Smara. Vers l'est il descend régulièrement par les croupes marneuses jusqu'aux riches terrasses de l'oued Boumerzoug et de l'oued d'Ain Guerfa qui le sépare d'El Khoub.

Le territoire sur lequel est localisé le site est administré par les deux communes avoisinantes, communes appartenant au groupement de Constantine : Ain Smara (1/3 de la superficie) et El Khroub (2/3 de la superficie)⁹⁹.

2 - Topographie et potentialités paysagères:

Vaste, légèrement ondulé, disposant d'une topographie variée et à faibles pentes, sans contraintes majeures, il se prête facilement à l'urbanisation, son sol étant de très bonne constructibilité.

La nouvelle ville « ALI MENDJELI » est bâtie sur le plateau de Ain El Bey d'une altitude de 700 m à 800 m avec des points culminants, leurs existences autorisent des perceptions visuelles très intéressantes, ce qui permet d'avoir des panoramas tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Il est à noter qu'au nord du site existent des endroits caractérisés par de très belles vues sur Constantine, El Khroub et Ain Smara.

3 - Climat :

Au Sud de la wilaya de Constantine le climat est de type Méditerranéen semi-aride présentant des amplitudes thermiques variées.

3 – a -Les températures

Sont marquées par des variations saisonnières et journalières. Les moyennes mensuelles observées sont :

2,9°C pour les minimas en hiver

32,8°C pour les maximas en été

3 – b - Les précipitations:

Les vents marins tempèrent la région mais lui apporte aussi des pluies qui arrivent du Nord-Ouest et parfois du Nord-Est.

⁹⁹ Nacira Meghraoui Chouguiat, « quel habitat pour l'Algérie? La nouvelle ville de Constantine », édition Média-plus, Constantine 2006.

A caractère orageux, ces pluies sont irrégulières dans le temps et dans l'espace et sont très peu bénéfiques pour l'agriculture.

Les pluies torrentielles sont enregistrées pendant un nombre de jours de pluies réduit en hiver et au printemps et ne pénètrent que partiellement en profondeur, le plus gros volume d'eau est évacué vers les oueds.

La moyenne pluviométrique annuelle varie entre 400 et 600 mm.

4 - Etude géotechnique :

Le plateau présente quatre zones :

Zone 1 :

Elle occupe la plus grande partie du terrain. Elle est constituée d'une intercalation de bancs de calcaires travertineux, durs et d'une épaisseur de 1 à 2 mètres et des marnes à marno calcaire de couleurs blanche à rouge d'une épaisseur variable.

Sur les parties élevées des terrains, les calcaires forment des plateaux durs qui présentent des difficultés aux travaux de terrassements au VRD. Ces terrains sont favorables à tout type de construction.

Zone 2 :

Elle se situe au nord-ouest des terrains et est constituée de calcaire gris à bleu fissurés et caverneux, durs et présentent des effondrements par endroits. Les travaux de terrassements et VRD seront difficiles à réaliser. Ces terrains sont relativement favorables à la construction avec des risques de fondation sur cavités.

Zone 3 :

Elle est constituée de marnes rouges intercalées par des bancs de calcaire caverneux de plio-villafranchien.

Cette zone présente des surfaces de suintement des eaux souterraines qui nécessitent un drainage. Ces terrains sont moyennement favorables à la construction et ne peuvent être aménagés que pour des équipements légers ou des constructions légères. Pour les ouvrages moyens et lourds, les fondations profondes pour lesquelles l'étanchéité est à prévoir, sont inévitables.

Zone 4 :

Elle est constituée de terrains ravinés qui nécessitent du remblai. Ces terrains sont défavorables aux constructions mais peuvent être affectés pour des espaces verts ou des équipements extrêmement légers.

5 -Etude hydrogéologique

L'étude hydrogéologique nous permet de connaître les ressources en eau de la zone concernée. Pour ce faire, il a été procédé à la reconnaissance et à l'estimation des potentialités hydrauliques des différentes nappes aquifères de la région (plateau d'Ain El Bey, vallée de Ain Smara et la plaine méridionale de Djbel Felten).

A la suite des explorations par forages et des résultats des analyses chimiques des eaux, on a pu tirer la conclusion suivante : « les besoins théoriques en eau pour la future ville nouvelle, pour les différentes périodes à venir sont estimés comme suit ¹⁰⁰ :

-A court terme: 115 L/s;

-A moyen terme: 250 L/s;

-A long terme: 615 L/s.

Il paraît donc évident qu'il est impossible de procurer de grands débits en précèdent à l'exploitation des nappes aquifères mises en évidence par les différents forages.

Selon les informations recueillies auprès de l'hydraulique de la wilaya de Constantine, les ressources en eau à court terme de la ville nouvelle proviennent d'un piquage sur la conduite de Boumerzoug. Le débit transitant est insuffisant et ne pourra pas répondre aux besoins de la ville à court terme et à moyen terme qui sont estimés à 287 L/s, ce qui nécessitera le transfert de la partie restante à partir du barrage de Béni Haroun. Les ressources à long terme quantifiées à 770.5 L/s proviendront du barrage du Béni Haroun par la conduite inversée de Boumerzoug.

Dans sa conclusion du chapitre eau, l'URBACO assure qu'à long terme toute la ville sera alimentée en eau potable et protégée contre l'incendie pour un débit mobilisable de 1409 L/s et une capacité de stockage de 70 000 m³ et un réservoir tampon de 30 000 m³ et 04 stations de refoulement.

¹⁰⁰ Rapport URBACO – Constantine.

IV / Les perspectives de la nouvelle ville:

1/ L'organisation spatiale de la ville nouvelle:

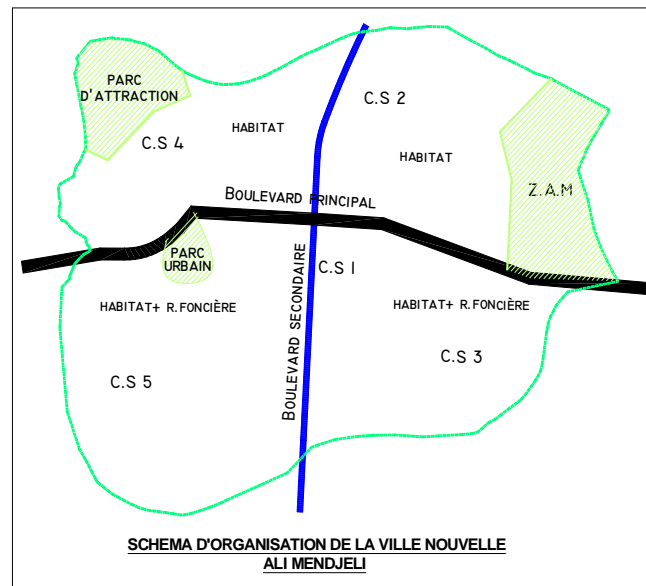


Schéma n° 08 : Organisation de la ville nouvelle

Le schéma directeur a été lancé en parallèle avec l'élaboration du POS –qui constituera une première étape- afin de permettre le lancement de la réalisation de l'unité de voisinage n°6.

La réalisation de la première étape avait pour objectif de rendre la ville le plus tôt possible fonctionnelle et attractive surtout pour les investisseurs publics et privés. La réalisation de cette première phase contenant logements, équipements et infrastructure constituera une assise aux futurs habitants de la ville. Les travaux ont été lancés avant que le schéma directeur ne soit terminé. Le lancement de la zone d'activité en parallèle avec la première étape permet à la ville nouvelle d'acquérir un potentiel industriel qui pourra équilibrer le secteur de l'emploi avec la croissance de la population.

Le schéma directeur a esquissé la structure urbaine au sein de laquelle est prévu l'emplacement des différents types d'habitat, des voies principales et celui des routes secondaires. Ainsi conçu, il doit permettre les modifications et les corrections nécessaires sans que les lignes directrices n'en soient perturbées.

Le fonctionnement de la ville nouvelle est basé sur le principe de *la hiérarchisation* tant spatiale que fonctionnelle.

L'organisation urbaine s'est effectuée selon la démarche suivante :

- Le découpage du site de la ville nouvelle a été effectué en cinq grands **quartiers**. Ce découpage est matérialisé par le tracé de l'axe principal et des voies majeurs.

- Chaque quartier est à son tour découpé en quatre **unités de voisinage**. Elles se distinguent les unes des autres par leurs tailles et leurs formes.

- Cette unité de voisinage se compose à son tour d'**îlots** ou **unité de base**. C'est la petite échelle de structure urbaine de la nouvelle ville.

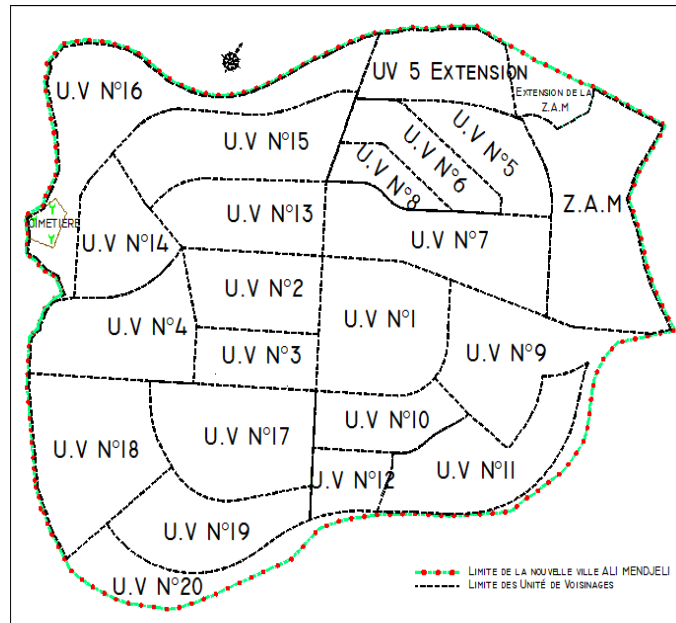


Schéma n°09 : Limites des Unités de voisinage- Source : DUC de Constantine

Tableau n° 18 : Superficie des unités de voisinage

Unités de voisinage	Superficie (Ha)	Unités de voisinage	Superficie (Ha)
<i>UV 01</i>	<i>75.04</i>	<i>UV 11</i>	<i>85.56</i>
<i>UV 02</i>	<i>45.43</i>	<i>UV 12</i>	<i>33.02</i>
<i>UV 03</i>	<i>34.04</i>	<i>UV 13</i>	<i>58.45</i>
<i>UV 04</i>	<i>72.67</i>	<i>UV 14</i>	<i>48.51</i>
<i>UV 05</i>	<i>86.32</i>	<i>UV 15</i>	<i>60.31</i>
<i>UV 06</i>	<i>40.38</i>	<i>UV 16</i>	<i>16.04</i>
<i>UV 07</i>	<i>73.09</i>	<i>UV 17</i>	<i>82.03</i>
<i>UV 08</i>	<i>19.96</i>	<i>UV 18</i>	<i>87.08</i>
<i>UV 09</i>	<i>69.54</i>	<i>UV 19</i>	<i>63.98</i>
<i>UV 10</i>	<i>39.10</i>	<i>UV 20</i>	<i>68.19</i>
		TOTAL	1500

Source : DUC de Constantine

REPARTITION DES SURFACES¹⁰¹

- **Habitat.....: 450 Ha (Net)**
- **Equipements.....: 350 Ha (y compris l’Hôpital Militaire 500 lits, l’Hôpital Civil 600 lits et l’Université 20.000 places pédagogiques + 10.000 lits)**
- **Espace vert: 160 HA (Parc d’attraction + Jardins)**
- **Zone d’activités multiples.....: 120 Ha**
- **Voirie.....: 420 Ha (y compris les Boulevards, Voies primaires, secondaires et tertiaires)**
 - *Boulevard principal (Emprise 80m) sur près de 5.000 ml*
 - *Boulevard secondaire (Emprise 50 ml) sur 2.345 ml*
 - *Boulevard périphérique (emprise38m) sur 13.000 ml*

Théoriquement, chaque unité de voisinage est dotée d’équipements divers répondant aux besoins des habitants : commerces de première nécessité, équipements de santé, équipements à caractère éducatif en plus des équipements collectifs, administratifs, de loisirs et socioculturels etc. À chaque unité de voisinage correspond un certain nombre à cette population, définis à partir de la grille des équipements établis par les règlements d’urbanisme du pays.

Le même principe de *hiérarchisation* est repris pour *le réseau routier* : voies principales, voies secondaires et tertiaires, et pour *les centres* : centre principal au niveau de la ville, centres secondaires au niveau d’un quartier ou d’un groupement de quartiers. On note aussi une hiérarchisation dans *la densité des tissus* ; densité forte au niveau du centre, densité moyenne autour du centre, puis faible à la périphérie.

2 /Principes directeurs d’aménagement urbain¹⁰²

L’organisation de la ville nouvelle a été élaborée, en théorie, en répondant à un ensemble d’objectifs d’aménagement liés aux impératifs économiques, socioculturels de Constantine et ses environs. L’aménagement de la ville nouvelle aspire à atteindre, au préalable, plusieurs objectifs :

¹⁰¹ Fiche technique -DUC de Constantine –2008.

¹⁰² Nait-Amar Nadra « Une solution à la question de la congestion de Constantine : ville nouvelle Ali Mendjeli », magister 2005.

2 – 1 / Sécurité : il est primordial de prendre l'aspect sismique de la région tout en respectant les règles parasismiques. A cet effet, plusieurs accès à la ville sont prévus ayant un système de communication adéquat en cas de catastrophe, système renforcé par un ensemble de zones libres permettant le regroupement de la population dans les espaces où le risque est minime : parcs, places, placettes et jardins ; ainsi le dispositif de contrôle technique assuré par le CTC¹⁰³ en phase d'études et de réalisations.

2 – 2 / Accessibilité : ce principe représente une importante remarquable pour le bon fonctionnement de tout le système de la ville. C'est un aspect essentiel pour assurer un temps de déplacement satisfaisant : domicile-travail d'une part et, d'autre part, faciliter l'accès aux différents équipements et institutions de la ville. D'où Un système de transport en commun facilitera également la communication.

2 – 3 / Attractivité : pour créer un environnement favorable, la ville est dotée d'un ensemble d'équipements; feront l'objet d'une attractivité de tous les couches sociales.

2 – 4 / Polyfonctionnalité : il s'agit là d'un objectif autour duquel s'organisera la conception, particulièrement au niveau des centres urbains, avec en plus, la recherche d'un système de coexistence entre les différentes fonctions.

2 – 5 / Phasage : la réalisation de la ville nouvelle par le centre, plus précisément par le quartier n°02 – de l'UV6.

Cette décision est motivée par le fait que le centre dispose d'un ensemble d'équipements collectifs aptes à favoriser un apport d'investissements publics et privés, tel que les centres d'affaires, centres commerciaux Er-ritedj par exemple, université, hôtels 300 lits... ; et à assurer en même temps une vie agréable.

2 – 6 / Rôle régional : l'impact régional que devra imprimer cette ville l'incitera à répondre à sa vocation par la programmation de grands équipements, de portée régionale, tel que la direction de la cadastre, la Cacobath; l'aménagement adéquat pour déterminer les meilleurs emplacements possibles pour leur installation ayant fait l'objet d'une réflexion approfondie.

¹⁰³ CTC : Organisme public de contrôle technique en bâtiments de Constantine.

3 / Les différents éléments composants la ville :

Nous pouvons résumer les éléments d'organisation structurants la ville nouvelle Ali Mendjeli dans l'ordre suivant :

- Centre et centralité ;
- La voirie ;
- Typologie et densité des constructions ;
- Activités commerciales et équipements ;
- Places centrales et placettes ;
- Espaces verts ;
- Zone d'activités multiples.
- Liaison avec l'autoroute Est-ouest .

3-1 / Centre et centralité

Une ville nécessite non seulement la création le cadre bâti; quelque soit sa taille et son impact; et son rayon d'influence; son aspect attractif mais plutôt assurer une vie agréable et une stabilité sociale; et un bien être sur tous les niveaux.

La forme ramassée très compacte de la ville nouvelle Ali Mendjeli ;permet une réduction de temps de déplacement, et dans le but de concevoir un centre polyfonctionnel et très attractif, les grands équipements, édifices publics, ayant un impact important à l'échelle de la ville, voire à l'échelle régionale (centres d'affaires, centres commerciaux, université, hôtels 300 lits...)¹⁰⁴, seront repartis dans le centre ville et conçus sur un grand boulevard principal caractérisé par une forte concentration d'équipements.

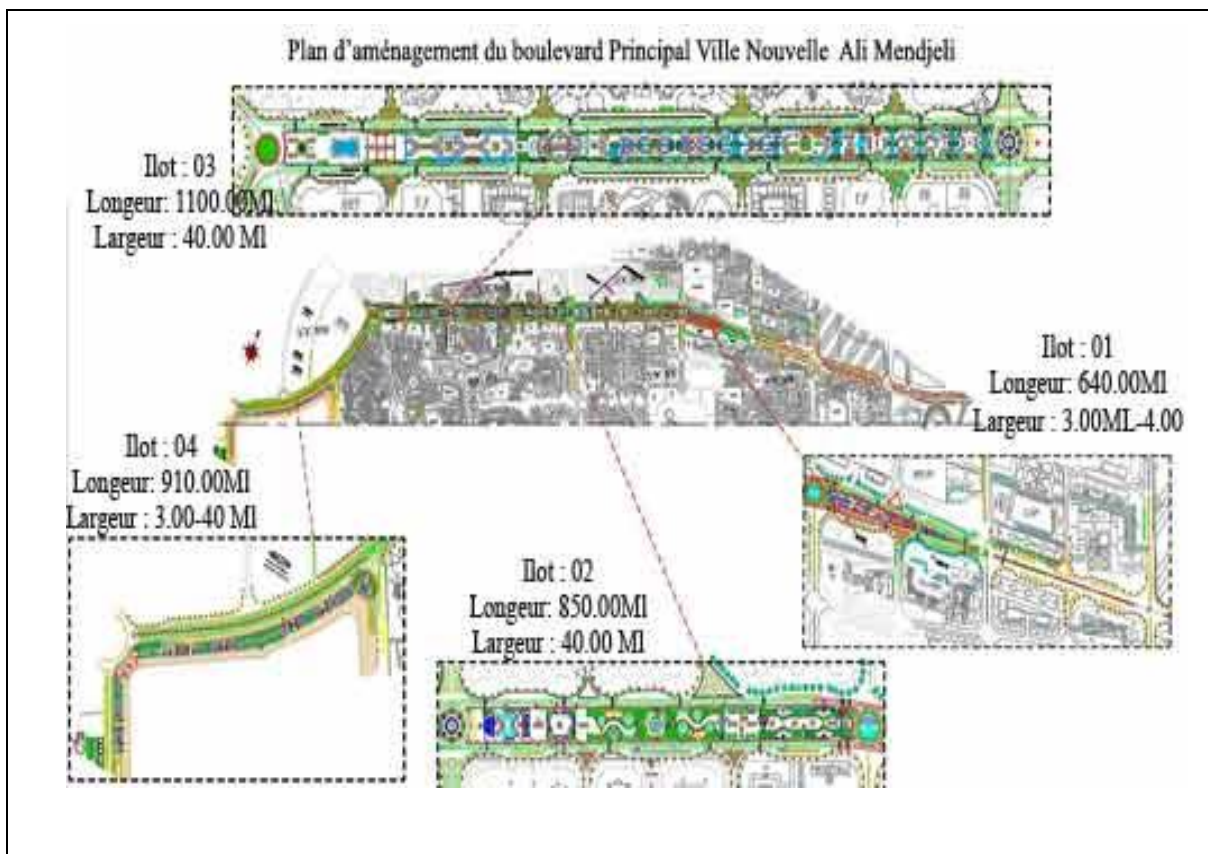
C'est vers le centre qui est le lieu privilégié de la vie urbaine, le cœur même de la ville, l'endroit le plus dense, celui qui rassemble dans un périmètre très restreint l'ensemble des activités tertiaires, commerciales, sociales, administratives, économiques et de loisirs, que convergent les voies de communications et les systèmes de transport. En fait, c'est la partie ou la zone la plus accessible de l'agglomération.

¹⁰⁴ Nait-Amar Nadra « Une solution à la question de la congestion de Constantine : ville nouvelle Ali Mendjeli », magister 2005.

Cette structure de centres multiples hiérarchisés permettra un rayonnement des équipements et renforcera l'effet de complémentarité entre les centres de la ville qui seront reliés entre eux et l'ensemble de l'agglomération par une bonne hiérarchisation de la voirie.

"Ce centre linéaire fut étudié le long du grand axe naturel de la ville nouvelle que constitue la route Ain El Bey / Ain Smara qui traverse de part en part toute l'assiette urbaine. L'on a conçu là un axe monumental de 80 m de largeur sur une longueur de 1500 m, bordé d'édifices publics (hôtels de ville, hôtel de 300 lits, palais des expositions...), et d'immeubles-tours dont les 3 niveaux inférieurs sont réservés aux services et commerces. L'axe comporte un large terre-plein piétonnier au centre, des contre-allées automobiles de part et d'autre, et des espaces de verdure"¹⁰⁵.

Schéma n° 10 : *Plan d'aménagement global du boulevard principal.*



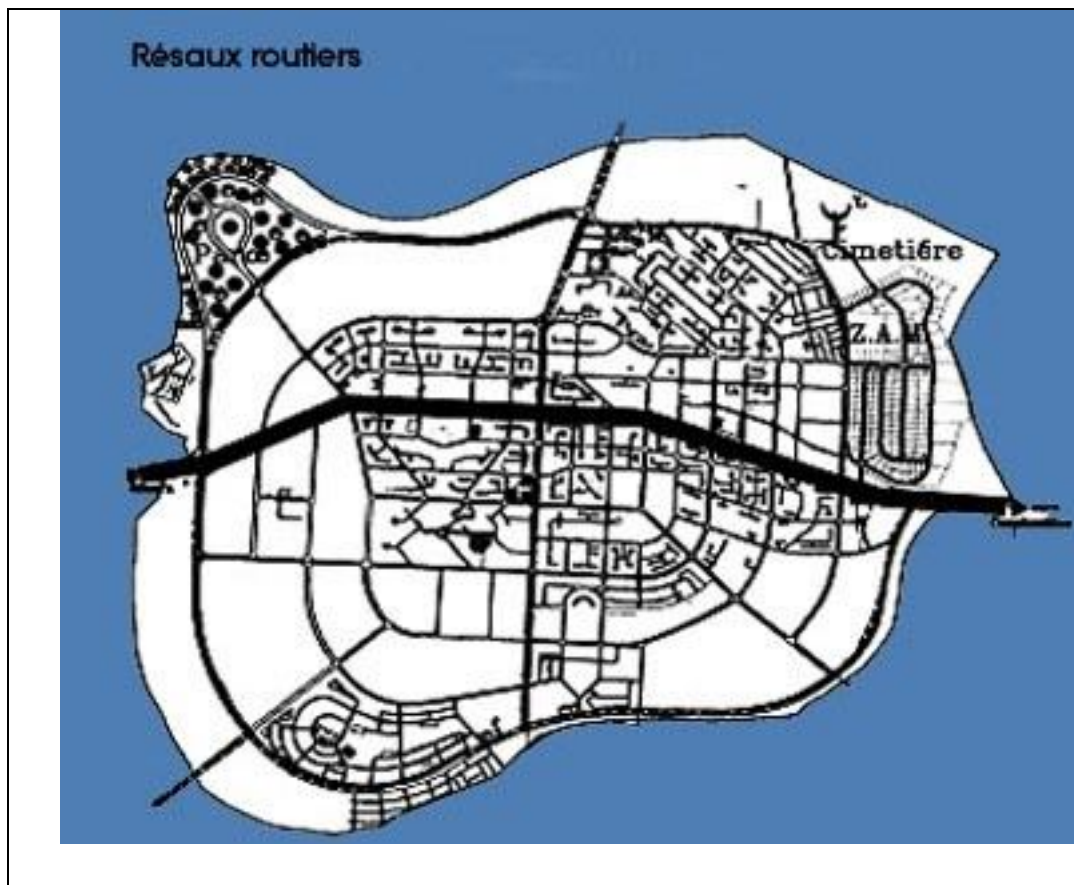
¹⁰⁵105 Fiche technique -DUC de Constantine –2008.

3 – 2 / La voirie ¹⁰⁶:

La ville nouvelle est structurée par niveau, du global au local. La voirie est classée en trois grilles superposées qui donnent la possibilité de partager la ville suivant trois échelles : *la maille primaire, la maille secondaire et la maille tertiaire.*

Elle s'organise principalement autour de deux boulevards (principal et secondaire) ceinturés par la voie primaire et s'entrecoupant perpendiculairement au niveau du centre.

Schéma n° 11 : disposition du réseau routier à Ali mendjeli.



Source : Maghraoui Nacira : <http://www.lanouvelleville.com>

- **Boulevard principal** : Localisé en plein centre, ce boulevard est la voie la plus importante de la ville et constitue du fait de l'existence d'équipements (commerciaux, culturels, administratifs,...) la partie la plus animée. Il est caractérisé par :

- Une circulation dans les deux sens séparés par une bande large qui constitue un espace vert et sous espaces aménagés importants,...

¹⁰⁶ Extrait succinct de l'étude effectuée par l'URBACO.



Photo N° 01 : Entrée de la ville nouvelle marquée par le boulevard principal

Source : Enquête de terrain 2011.

- Une contre allée comportant une rangée pour le stationnement et pour permettre aux poids lourds de charger et de décharger les marchandises sans perturber la circulation et servira également comme point d'arrêt aux transports en commun.

- **Boulevard secondaire** : localisé en plein centre et s'entrecoupant avec le boulevard principal, il relie la partie nord à la partie sud. Il se différencie du boulevard principal par la dimension de son aire centrale moins importante. Il est également caractérisé par son commerce diversifié.

- **Voirie primaire et secondaire** : il s'agit d'une voirie de distribution qui a pour rôle de relier les différentes zones. Elle est un élément structurant d'un quartier et parfois de la ville.

- **Voirie de desserte** : la voirie de desserte d'îlot est l'ultime ramification de celle de quartier, un espace collectif ouvert à proximité du logement et des équipements. Elle a pour rôle d'accéder aux logements et de constituer un lieu de rencontres et de jeux.

- **Circulation piétonne** : l'aménagement des voies piétonnes qui constituent un espace d'animation et d'échange, s'est fait conformément à deux objectifs :

❖ L'espace piéton doit être visible et accessible à tous, facile à entretenir et à gérer ;

❖ La voie piétonne doit assurer la continuité dans le tissu.

- **Stationnement** : la nécessité d'organiser la circulation appelle la création d'aires de stationnement pour assurer la sécurité et perturber le moins possible la quiétude des riverains et d'éviter des arrêts abusifs à des endroits non réservés. Pour ce faire, deux points ont été d'abord réfléchis et ensuite retenus :

❖ Prévision d'un nombre d'emplacements suffisants pour satisfaire tous les besoins ;

❖ Situer les points de grande affluence (trafic routier intense).

3 – 3 / Typologie et densité des constructions:

Trois grandes catégories différenciées caractérisent la densité dans la ville nouvelle :

– **Habitat à faible densité** : partie Est à l'entrée de la ville ;

– **Habitat à densité variable** : plus on se rapproche du centre, plus la densité augmente ;

– **Habitat à forte densité** : centre ville.

La zone d'habitat est composée, en majorité de six à huit étages. Quelques uns des plus élevés, notamment ceux destinés aux institutions, sont concentrés au niveau du centre.

3 – 4 / Les activités commerciales et les équipements:

L'orientation et l'emplacement des équipements de la ville nouvelle consistent à accroître le nombre d'équipements, de services notamment à l'intérieur des quartiers et mieux les adapter en les diversifiant aux divers besoins de la population.

L'implantation des équipements collectifs et de l'ensemble des activités commerciales vise deux objectifs très importants. D'une part rapprocher ces services aux habitants pour leur bien être et pour renfoncer la relation entre le citoyen et l'administration. D'autre part animer les différents points d'intérêt de la ville pour les rendre attractives.

Les équipements et les activités commerciales de la ville nouvelle sont organisés de façon à créer un réseau, regroupant les services complémentaires au niveau des groupements de quartiers pour répondre à la hiérarchie des besoins des habitants.

La fonction commerciale dans la ville nouvelle est répartit selon un rythme de fréquentation et de hiérarchisation; on trouve donc:

- Le commerce de base ou de première nécessité : surtout de subsistance et de produit d'entretien localisé généralement dans les autres de l'unité de base et de voisinage.

- Le commerce hebdomadaire : les achats dont le rythme se comporte en mois : vêtement, livres, pharmacie...

- Le commerce de troisième nécessité : meuble, certains vêtement, équipement ménagers, profession on libéral.

a - Les équipements Scolaires :

L'ensemble des équipements de ce secteur sont localisés sur les voies de desserte et près des voies piétonnes loin des équipements de commerces se basant sur l'implantation sur deux critères.

- Le temps de déplacement : école – habitation.
- L'emplacement des écoles doit assurer la sécurité et le calme.



Photo n° 02 : Equipement scolaire.

Source : Enquête de terrain 2011.

b - Les équipements Administratifs et d'affaires :

Rapprocher l'administration de l'administré et permettre aux habitants d'avoir accès au services auquel ils veulent s'adresser sans effectuer de longs déplacements, fatigants et onéreux, sera la fonction du centre administratif, et dans cette optique que l'implantation du Centre administratif, bureaux de poste , a été effectuée au centre ville au même titre que les équipements d'affaires .



Photo n° 03 : bureau de poste

Source : Enquête de terrain 2011.



Photo n° 04 : Centre administratif

Source : Enquête de terrain 2011

c - Les équipements Universitaires :

L'université est un équipement important par son volume, par le nombre d'étudiants et de professeurs qui le fréquentent chaque jour, elle a été implantée limitrophe du centre principal et près de l'hôpital ; d'autre part la ville universitaire est implantée hors périmètre de la ville nouvelle.



Photo n° 05 : ville universitaire

Source : Enquête de terrain 2011.



Photo n° 06 : Fac des sciences humaines

Source : Enquête de terrain 2011

d - Les équipements de sports et de loisirs :

L'accueil par la ville nouvelle d'une forte proportion de jeunes et de moins jeunes, nécessitera, en matière d'équipements sportifs, un effort tout à fait particulier. Une salle omnisport ; et plusieurs terrains de sports dont l'implantation se fait à base d'unité de voisinage afin de mieux servir les jeunes de quartiers. D'autre part il en reste, un complexe sportif répondant aux besoins de toute la ville qui sera implanté à l'entrée de la ville.



Photo n° 07 : Salle omnisport.

Source : Enquête de terrain 2011.

3 – 5 / Place Centrale et Placettes:

L'aménagement d'un espace collectif au centre ville donne à l'aire centrale une vocation de lieu de détente et de distraction. Des places dont les dimensions fixés selon la taille et la densité des habitants sont aménagées au niveau des quartiers et des unités de voisinage.

3 – 6 / Espaces verts:

L'espace vert réjouit théoriquement d'une place importante et fait l'objet d'une hiérarchisation d'affectation des surfaces vertes du degré supérieur (ville) jusqu'à l'unité de base (plus petite unité résidentielle).

160 HA ¹⁰⁷ d l'espace vert entre (Parc d'attraction + Jardins) est réservé à la ville nouvelle. Deux parcs importants ont été prévus : le premier sera aménagé tout près de

¹⁰⁷ Fiche technique -DUC de Constantine –2008.

l'université s'ouvrant sur un axe de circulation important ; quant au second, il sera implanté sur le site de l'ancien verger donnant sur la gare routière.

Hors la réalité est autre ; peu d'espace vert est aménagé grâce aux efforts des habitants, ainsi qu'un terrain important est délibérément représente le poumon de la ville nouvelle.



Photo N° 08
Représente
l'absence de
traitement de
l'espace vert dans
une cité AA DL
récemment livrée

Source : Enquête de terrain 2011

Photo N° 09

Représente L'intervention
volontaire des citoyens
pour le traitement de
l'espace vert dans la même
cité AADL récemment
livrée aux acquéreurs.



Source : Enquête de terrain 2011.

3 – 7 / Zone d'activités multiples:

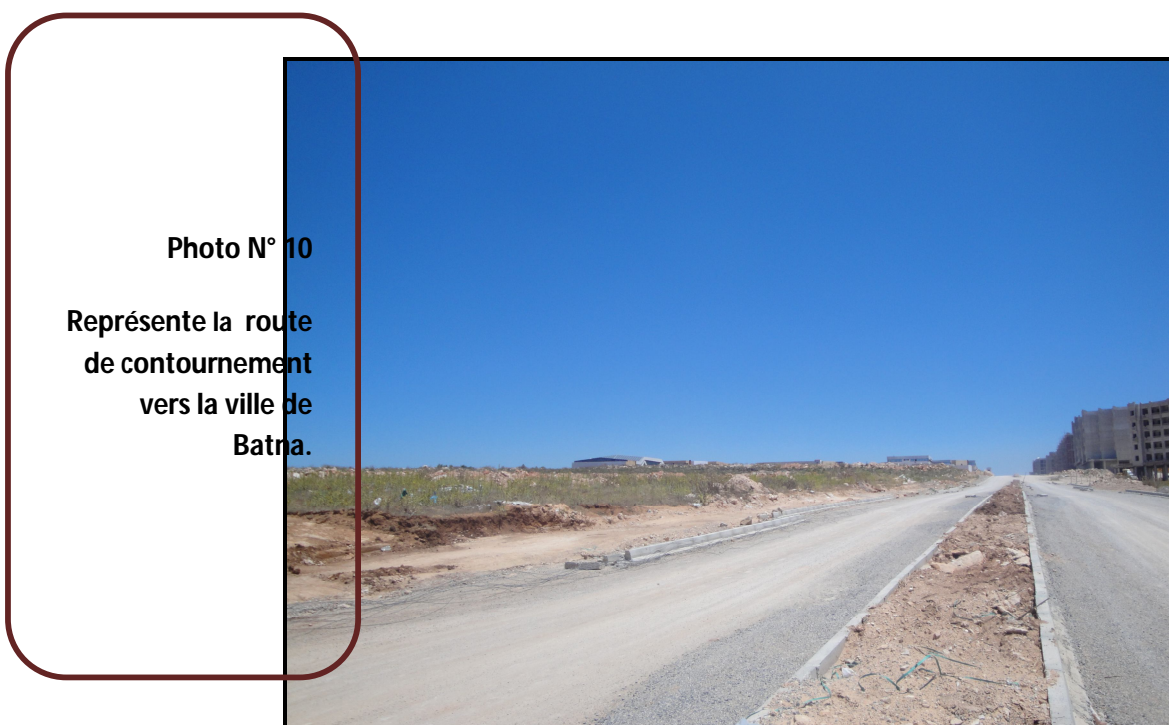
Une zone d'activité ZAM de 120 hectares a été définie à l'entrée est de la ville (facilité d'accès, espace subsonique) sur le chemin de wilaya 101. Elle comporte des lots de 1000 à 4000 m², tous vendus à l'heure actuelle. Par la suite de la suppression de la zone prévue plus à l'est sous les nuisances de l'aéroport, la zone actuelle apparaît exigüe pour une ville de cette taille.

La réalisation se fait aujourd'hui à partir des capacités et de moyens des acquéreurs à savoir aussi l'aspect de spéculation foncière qui a influé sur l'avancement de concrétisations des projets.

Peut de projet a pu voir le jour, tant que d'autres terrains restent toujours gelés, pour une éventuelle vente en expropriation.

3 – 8 / Liaison de la ville nouvelle avec l'autoroute Est-ouest :

Il a été proposé, en l'absence d'un schéma directeur de transport à l'échelle régionale et du groupement, de relier la ville nouvelle à l'autoroute est-ouest, actuellement en cours de réalisation. Située sur l'axe reliant les deux grandes agglomérations moyennes de la ville de Constantine que sont Ain Smara et El Khroub et latéralement à la RN 3 reliant Constantine à Batna, la ville nouvelle qui est à 4km à vol d'oiseau de l'autoroute est-ouest peut être raccordée au réseau routier de la ville mère. En effet, un branchement à la RN 3 est réalisé par le biais d'un carrefour plan.



Source : Enquête de terrain 2011.

4 / Le logement:

Les programmes répondent à des formules juridiques différenciées, qui correspondent à un temps précis de la politique algérienne d'habitat (2000-2005), et se retrouvent à travers toutes les villes algériennes. Essentiellement, cinq types de programmes¹⁰⁸ :

4 – 1 / L'habitat social :

sous L'égide de l'état représenté par l'Office de gestion et de promotion immobilière (OPGI). destinés Pour les catégories pauvres et défavorisés, les cas touchés par le glissement de terrain à Constantine; ainsi que d'autres cas de relogement en urgence.

C'est un habitat modéré en matière d'espace (67 m² habitable) par logement, et un degré minimum de luxe.

4 – 2 / L'habitat promotionnel aidé (LPA) socio-participatif(LSP) auparavant :

Logement promotionnel aidé (LPA) actuellement, logement participatif (LSP) auparavant, formule nouvelle, pour catégories moyennes (condition d'accès= revenu inférieur à 4 fois le SMIG). Permet l'accès à la propriété, à condition qu'il y ait participation de l'intéressé. Schématiquement 40 à 50% payé par l'état, le reste par l'intéressé, avec possibilité de crédit bancaire sous garantie d'état. Au niveau de la ville nouvelle Ali Mendjeli la production LSP est engagée sous la direction d'une cellule de suivi et de coordination, travaillant en étroite collaboration avec les structures administratives de Constantine.

Photo N° 11

**Représente le
logement de type
LSP à la ville
nouvelle Ali
Mendjeli**



Source : Enquête de terrain 2011.

¹⁰⁸ Lilia Makhloufi, *La ville nouvelle de Constantine. Entre procédure participative et démocratie représentative*



Photo N° 12
Représente le logement social à la ville nouvelle.

Source : Enquête de terrain 2011.

4 – 3 / logement en location-vente :

Cette politique d'accession à la propriété, permet aux sous scripteurs d'acheter un bien immobilier par facilité sur trois périodes : 10% du prix du logement pour commencer, 15% une fois le logement achevé et le reste sur 25 ans. Cette procédure de location-vente réalisée par l'Agence d'Amélioration et de Développement du Logement (AADL), élargit l'éventail de l'offre à la résidence ou à l'appartement de bon standing, souhaité par les cadres, correspond en particulier aux tours. Charges lourdes. Logements de 75 et 85m².¹⁰⁹

4 – 4 / logement en promotion immobilière privée :

logements supérieurs à 100 m², destinés aux cadres fonctionnaires, aux commerçant, et en général à des catégories de revenus moyennement élevés.

4 – 5 / logement privé individuel :

soit en coopératives, soit en individuel proprement dit.

Nous remarquons selon l'état des lieux actuel et le programme des projets de réalisation, que la majorité des logements sont de la catégorie sociale, sociaux participatif et sociaux locatif (soit près de 93%). La part du promotionnel privé se résume à un programme très faible dont le taux est 1.13% du nombre total des logements. Le reste est attribué au logement individuel (6.11%).¹¹⁰

¹⁰⁹ Lilia Makhloufi, La ville nouvelle de Constantine. Entre procédure participative et démocratie représentative

¹¹⁰ Idem

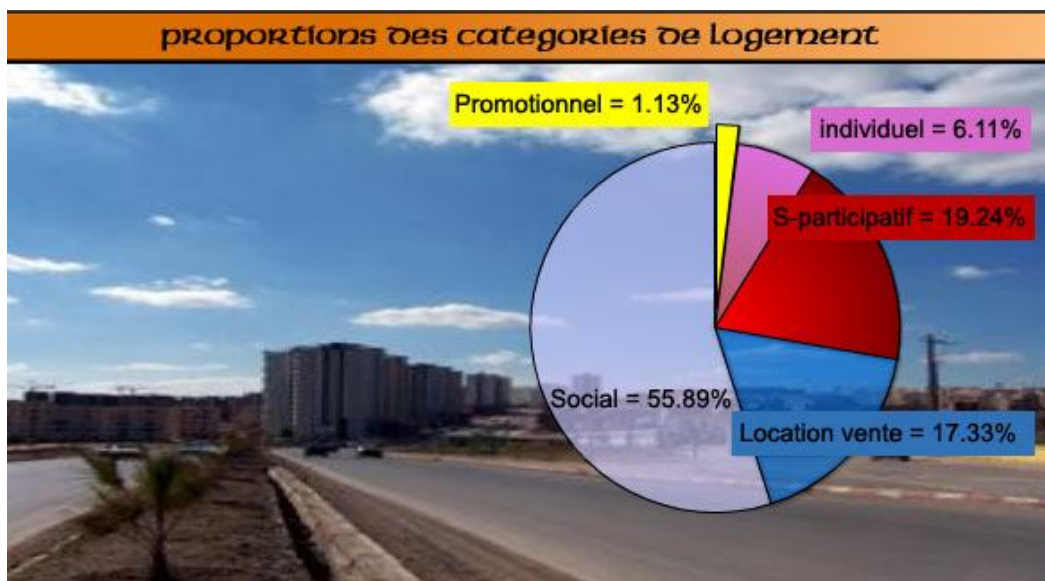


Figure n° 07 : Source :Maghraoui Nacira : <http://www.lanouvelleville.com>

Autre intervention majeure des politiques est le « *peuplement* » de la ville nouvelle. L'on sait que celle-ci avait été prévue pour recevoir le trop plein de la ville-mère. Mais les circonstances ont fait que ce glissement s'est opéré de façon très particulière.

Constantine souffre depuis cinq décennies de deux maux au moins. L'un est *la taudification de la vieille ville*, d'où un bâti en très mauvais état dans l'ensemble, en ruine sur le secteur de Suika. Chaque fois qu'une bâtisse s'écroule, et menace de faire écrouler la bâtisse voisine, il y a nécessité pour les pouvoirs publics de reloger les habitants.

L'autre mal est *l'existence de bidonvilles*. Coincés dans tous les sites mal urbanisables, versants pentus, anciennes carrières, berges du Rhumel. Ils ont été l'objet de programmes d'éradication anciens, mais qui n'ont touché que quelques secteurs. Or, à partir des années 2000, un programme rigoureux et cohérent d'éradication a été engagé : l'existence de disponibilités sur la ville nouvelle a été un élément incitatif majeur à ce programme.

Un troisième problème a surgi depuis quelques années. Il s'agit *des glissements de terrain*, mais le phénomène a pris de l'ampleur depuis les années 2000-2004, obligeant les pouvoirs publics à engager des études sérieuses, à solliciter un financement spécial d'Alger, et à procéder sur le terrain à des démolitions. 150 ha sont ainsi sujets à glissement dans la ville.

Face à ces trois maux, la ville nouvelle s'est présentée comme une opportunité inespérée. Le chantier se trouvait à la fois proche et prêt. Prise par l'urgence, les autorités n'ont vu d'autre solution que le transfert rapide et massif des sinistrés sur le site

nouveau.¹¹¹ Or la réalité est loin d'être à la hauteur de réaliser au même rythme qu'exige l'aspect d'urgence de transférer la population et de reloger les habitants de Constantine déjà menacés par le glissement de terrain.

Ni les fonds spéciaux débloqués par les pouvoirs publics centraux, ni la rigueur des dirigeants locaux ont pu réaliser dans ce temps record. Mais malgré la cadence de réalisation importante le parc logement de la ville nouvelle est encore loin d'atteindre son objectif.

Tableau n° 19 : Capacité d'accueil en logement et populations

<i>Désignation</i>		<i>Surface foncière (Ha)</i>	<i>Densité brute logt/ha</i>	<i>Densité nette logt/ha</i>	<i>Nombre de logement</i>	<i>Nombre d'habitants</i>
Quartier I	UV 01	120,00	60	110	5000	43200
	UV 02	43,43	70	120	2990	17946
	UV 03	34,04	Terrain d'assiette de la future université			
	UV 04	72,67	36	90	494	15672
	C.Q I	11,86	Destiné aux du niveaux quartier			
Quartier II	UV 05	86,32	29	35	2479	14924
	UV 06	40,38	77	/	3271	18636
	UV 07	62,17	61	110	3517	22080
	UV 08	19,96	75	116	2689	9000
	C.Q II	10,92	Destiné aux du niveaux quartier			
Quartier III	UV 10	39,10	49	85	1914	11484
	UV 11	85,56	Terrain d'assiette de l'hôpital militaire			
	UV 12	33,02	34	50	1139	6834
	C.Q III	14,90	Destiné aux du niveaux quartier			
Quartier IV	UV 13	58,45	68	120	3546	21276
	UV 14	48,51	55	90	2649	15894
	UV 15	47,99	55	90	2715	16290
	UV 16	16,04	07	10	118	708
	C.Q IV	12,32	Destiné aux du niveaux quartier			
Quartier V	UV 17	82,03	47	75	4059	24354
	UV 18	77,33	52	75	4029	24174
	UV 19	63,98	42	60	2680	16080
	UV 20	68,19	35	45	2393	14354
	C.Q V	09,75	Destiné aux du niveaux quartier			
Total		1160	47	/	48000	292906

Source : Fiche technique - DUC de Constantine – 2009

¹¹¹ Marc Côte, « Constantine -cité antique et ville nouvelle-», édition Média-plus, Constantine 2006.

NB: les 240 Ha restants représentent les emprises des terrains devant recevoir la ZAM, le parc d'attraction, le parc urbain et le cimetière.

Tableau n° 20 : Programme de logements à la nouvelle ville par UV

arrêté au 06/05/2010

SITE	PROGRAMME	NBRE	ETAT PHYSIQUE		
			Non lancé	En cours	Achevés
TOTAL N VILLE ALI MENDJELI	SOCIAL (OPGI)	25656	3850	6601	15205
	LSP	12845	1759	6190	4896
	AAP	914	0	914	0
	LOC VENTE (AADL)	3500	0	1188	2312
	LOC VENTE (CNEP IMMO)	4188	0	4188	0
	LOGTS PROMOTIONNELS	4473	2943	504	1026
	FNPOS	950	280	390	280
	LOGTS (DAS)	65	0	65	0
	AIDE	150	0	0	150
	INDIVIDUEL	3397	2008	1289	100
TOTAL AM	56138	10840	21329	23969	

Source : DUC de Constantine – 2009

La ville nouvelle Ali mendjeli est conçue pour répondre à une situation d'urgence due aux glissements de terrain à Constantine et de décongestion de la ville mère doit théoriquement atteindre le chiffre de 48000 logements¹¹².

Mais en réalité le bilan dressé par la direction de l'urbanisme et de la construction de Constantine confirme que la ville nouvelle va dépasser réellement ce chiffre et atteindra à la fin des travaux le nombre de 56000 logements¹¹³.

Cette différence est due aux opérations de densifications des assiettes foncières d'une part et aux programmes spéciaux.

¹¹² Rapport DUC de Constantine – 2009

¹¹³ Idem

5 / La Viabilité:

La ville prend des proportions grandissantes, la nécessité d'engager les grands travaux de viabilité devient nécessaire, l'urbanisme souterrain se met en marche, trois grands acteurs (la direction de l'hydraulique DHW, la direction des travaux publics DTP et la SONELGAZ) sont mis à contribution pour la réalisation de la structure de la ville. La DHW engage les travaux de 4 châteaux d'eau de 2500 m³ chacun¹¹⁴, ainsi que les mailles principales d'eau potables (réseaux d'alimentation des unités de voisinage).

L'assainissement des réseaux principaux et le rejet sont des opérations de professionnels, la DHW engage de grandes entreprises pour la réalisation des canalisations de collecte du 3/5 de la ville (bassin versant d'El Khroub).

Or la réalisation de la conduite menant à la station d'épuration de Ain smara demeure jusqu'à nos jours en phase de réalisation, et le rejet à ciel ouvert situé à la sortie de Ali Mendjeli vers Ain Smara est toujours apparent.



Photo n° 13: Rejet à ciel ouvert. Source : Enquête de terrain 2011.

Les services de la DHW travailleront en étroite coordination avec les services de la DTP qui réalisent le boulevard principal (5000m) à partir de l'échangeur des quatre chemins et les boulevards principaux notamment, ceux structurant les quartiers N°02 et le quartier N°03 et qui s'inscrivent dans le POS 01¹¹⁵.

En parallèle de ces immenses chantiers, la SONELGAZ par le biais de sa filiale KANAGAZ installe le poste détenteur de gaz à la sortie ouest de la ville (coté Ain Smara) et engage la réalisation de son réseau de distribution de gaz naturel.

Des chantiers colossaux qui n'ont aboutis que grâce à la coordination et suivi rigoureux des membres de la cellule de chantier installée sur place à l'effet de diriger l'ensemble des opérations de la ville nouvelle.

¹¹⁴ Rapport DUC de Constantine 2008.

¹¹⁵ Idem.

6 / La Santé:

En parallèle des réalisations massives de logements, la ville nouvelle se dote progressivement d'équipements scolaires, sanitaires, sportifs et de commerces.

Une cité administrative a ouvert ses portes le 1 septembre 2002, elle abrite la plupart des services publics.

Un hôpital d'une capacité de 120 lits¹¹⁶. Cette structure est en mesure de soulager la population des aléas des déplacements vers les unités sanitaires de Constantine ou El Khroub pour recevoir les soins appropriés.

L'hôpital régional militaire occupe pour lui seul toute l'UV 11 de 85,56Ha, soit (5.70%)¹¹⁷ de la surface totale de la ville nouvelle, ne contribue pas à la prestation sanitaire de la population de la ville nouvelle Ali Mendjeli, mais plutôt c'est une structure qui assure les soins aux éléments de l'armée populaire national, aux ayants droits ainsi que la population rattachés aux corps spéciaux.

De ce fait la population de la ville nouvelle demeure attachée au CHU de Constantine ;

Ainsi que l'ensemble des hôpitaux, et les médecins spécialistes installés quasi totalement à Constantine et El Khroub.



Photo N° 14 *Hôpital militaire*



Photo N° 15 *Hôpital 120 lits*

Source : Enquête de terrain 2011.

¹¹⁶ Annuaire statistique de la wilaya de Constantine .2009.P108.

¹¹⁷ Idem



Photo N°16

Polyclinique en cours d'achèvement qui va certainement renforcer la couverture sanitaire à la ville nouvelle Ali Mendjeli.

Source : Enquête de terrain 2011.

Photo N°17

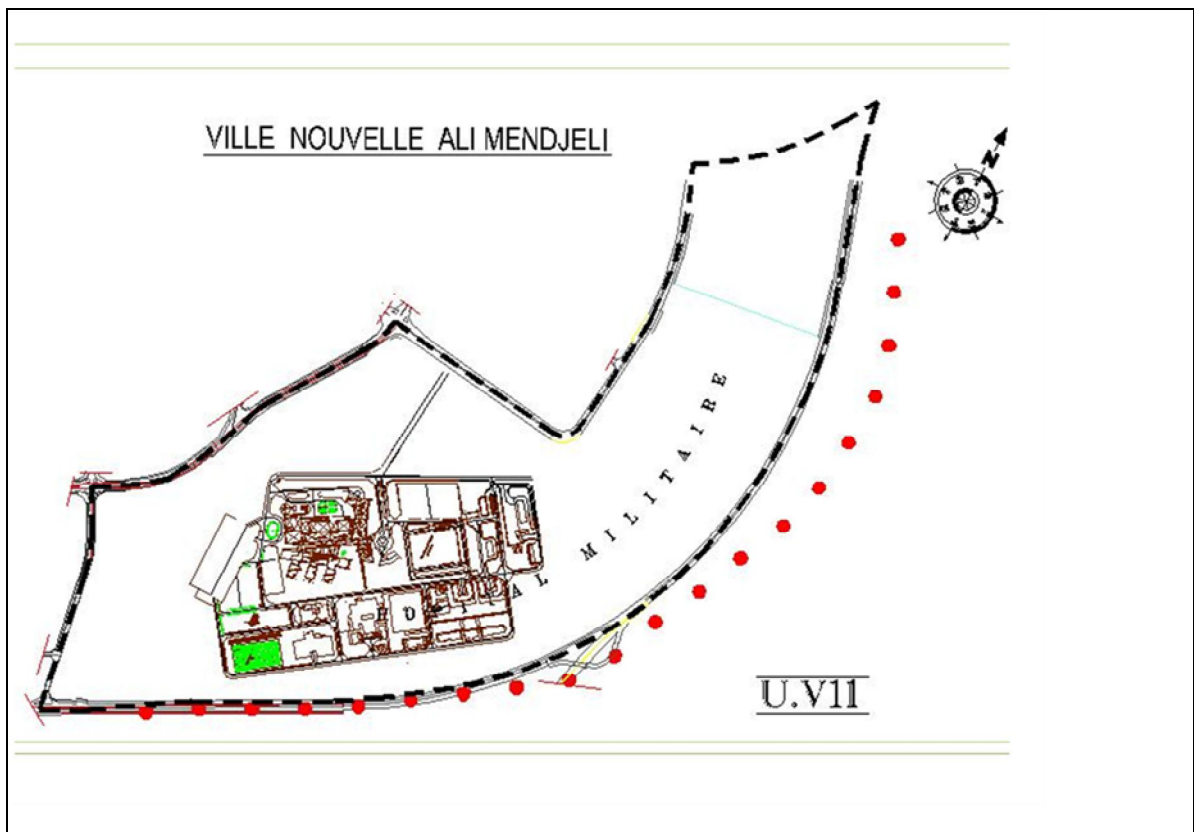
Malgré le manque en infrastructure qui offre le soin quotidien ; la ville nouvelle dispose d'un centre du sang mis à la disposition des habitants.



Source : Enquête de terrain 2011.

En attendant l'édification d'un nouveau CHU, et avec un seul hôpital de 120 lits, la ville nouvelle Ali Mendjeli souffre d'un manque flagrant d'infrastructure sanitaire, et demeure en étroite dépendance du CHU Ibn Badis, ce qui influe sur la qualité de vie et de santé des habitants.

Figure n° 08 : Surface consacré à l'hôpital régional militaire.



CONCLUSION

La ville nouvelle Ali Mendjeli étant une ville planifiée se doit de répondre aux exigences du bien être en respectant les nouvelles normes de l'urbanisme.

Néanmoins l'aspect d'urgence en matière de logement surtout avec le transfert massif des citoyens à cause du glissement des terrains à Constantine à détourner le rôle essentiel de la ville nouvelle tracé au préalable.

Ce qui s'est traduit aujourd'hui par un manque flagrant d'équipements sanitaires et administratifs capables d'assurer le bon fonctionnement, ce qui influe sur la stabilité des citoyens et les oblige à se déplacer vers la ville mère de Constantine.

Répondant aux principes de la ville fonctionnelle (urbanisme arithmétique), la réalisation de la ville nouvelle Ali Mendjeli a enregistré un manque énorme par rapport à sa conception théorique qui est basée essentiellement sur la grille des équipements.

La comparaison entre la programmation et la réalisation nous amène récapituler certains déficits en matière d'équipements sanitaires et absence de certains indicateurs d'une ville santé, en souligne entre autre :

- ✓ Un seul hôpital avec une capacité d'accueil au dessous des normes, ce qui oblige les citoyens à se déplacer jusqu'au la ville mère.
- ✓ Manque en superficie et en qualité des espaces verts, dont le déficit est de l'ordre de 5 m² (160h pour 300000 habitants), alors que les normes de la grille des équipements est de 10 m² pour habitants¹¹⁸.
- ✓ La prolifération des déchets de d'autres dans les différents quartiers, et cela même après avoir confié ce service public a des entreprise privées.

Cet état de fait freine l'érection de la ville nouvelle Ali Mendjeli au rang de la ville santé.

¹¹⁸ Traitement personnel des données de la DUC - Constantine

Introduction:

Pour mieux faire ressortir des indicateurs de la ville santé au sein de la ville nouvelle Ali Mendjeli, on a consacré ce chapitre à une interprétation des données recueillies à travers notre investigation sur terrain.

Afin d'avoir des données réelles, on a distribué plus de mille questionnaires, seulement sept cents ont été récupérés, et après un tri préliminaire, seuls 648 questionnaires ont pu offrir des réponses traitables.

Mais comme les indicateurs de la ville santé sont liés aux pratiques des citoyens, ainsi qu'aux acteurs de la ville, il est donc évident d'évaluer le rôle des acteurs, notamment celui des pouvoirs publics.

La démarche de comparer les propos et les déclarations avec la réalité du quotidien vécu, nous semble la mieux adapté pour faire une évaluation plus ou moins exacte.

Le projet ville Santé comme on l'a déjà présenté dans le deuxième chapitre est un projet flexible et évolue avec le temps; ce qui incite à mieux adapter ce concept avec l'environnement objet d'étude.

D'autre part le choix difficile des indicateurs reste un sujet à débattre afin de mieux choisir ces indicateurs et les mieux inscrire dans le contexte de la ville nouvelle Ali Mendjeli et son environnement socio-économique; ce qui nous a motivé à faire appel à des indicateurs de base et qui influent d'une façon directe sur la santé des citoyens.

I/ L'analyse socio-économique de la population.

La population de la ville nouvelle Ali Mendjeli se caractérise par un maillage dans sa structure, conséquence généralement de la nature sociale (nouveau marié) et aussi spatiale (quartier précaire) de la population à laquelle a été destiné. Cette structure est illustrée par le tableau et l'histogramme suivants :

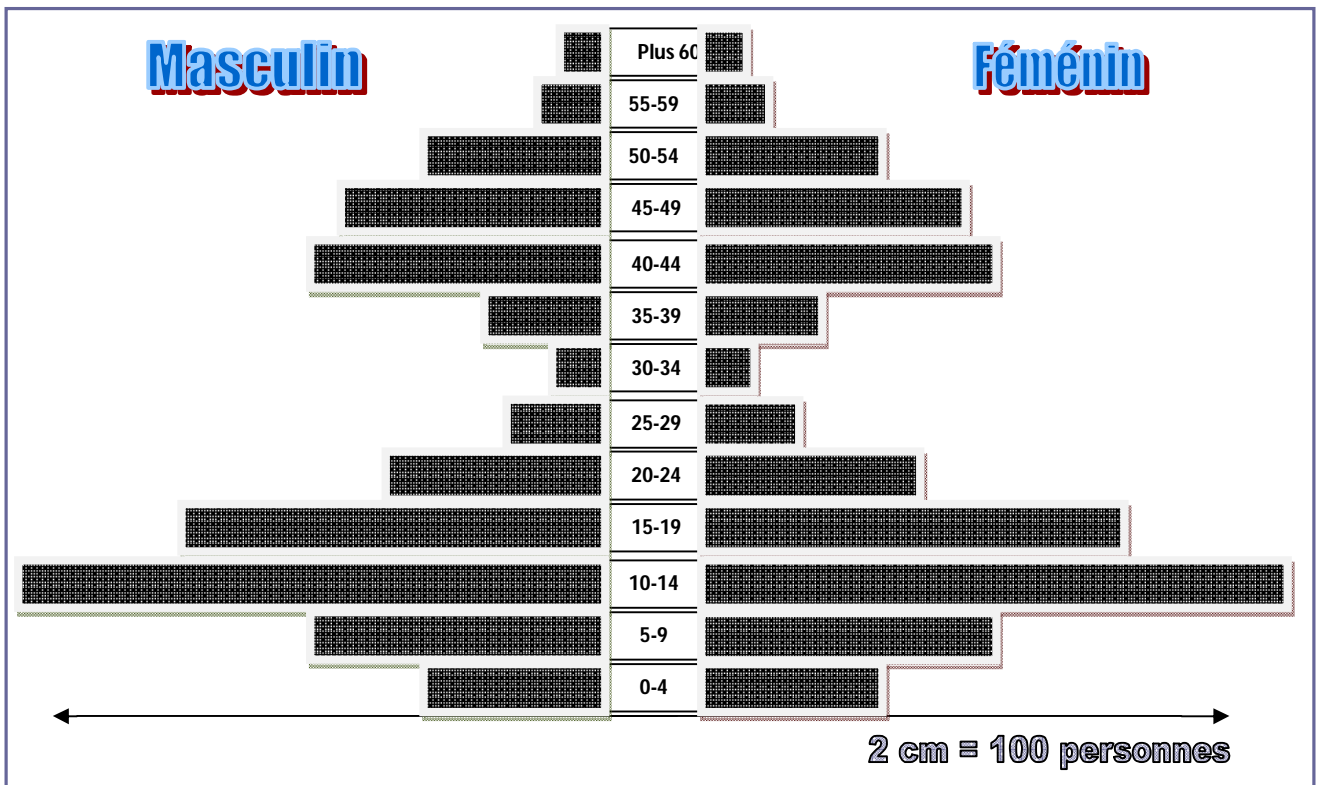
I / 1 / Pyramide des âges:

Tableau n°21 : Répartition de la population par tranche d'âge.

N°	Total de personne	0 à 4	5 à 9	10 à 14	15 à 19	20 à 24	25 à 29	30 à 34	35 à 39	40 à 44	45 à 49	50 à 54	55 à 59	PLUS DE 60
Masculin	1894	122	197	386	284	151	66	36	81	199	176	120	43	33
Féminin	1860	118	195	390	278	145	66	34	75	193	170	122	45	29
TOTAL	3754	140	392	776	562	296	132	70	156	392	346	242	88	62

Source : enquête sur terrain 2011

Figure n° 09: Pyramide des âges de l'échantillon étudié.



Source : Enquête sur terrain 2011

A partir de cette pyramides des âges, nous pouvons comprendre que la nouvelle ville Ali Mendjeli qui était à l'origine conçue pour le relogement de la population qui vivait dans la précarité, aussi celle des zones à risque de glissement de terrains, a eu pour conséquent l'amélioration du cadre de vie de ces populations. Ce qui a pour

La nouvelle ville Ali Mendjeli qui était à l'origine conçue pour le relogement de la population qui vivait dans la précarité, aussi celle des zones à risque de glissement de terrains, a eu pour conséquent l'amélioration du cadre de vie de ces populations.

Ce progrès peut se mesurer par le taux élevé qui revient à la catégorie plus jeune que l'histogramme ci-dessus nous illustre où la tranche entre 10 à 14 ans et celle de 15 à 19 ans dominant avec les taux respectivement de 20.67% et 14.97%.¹¹⁹

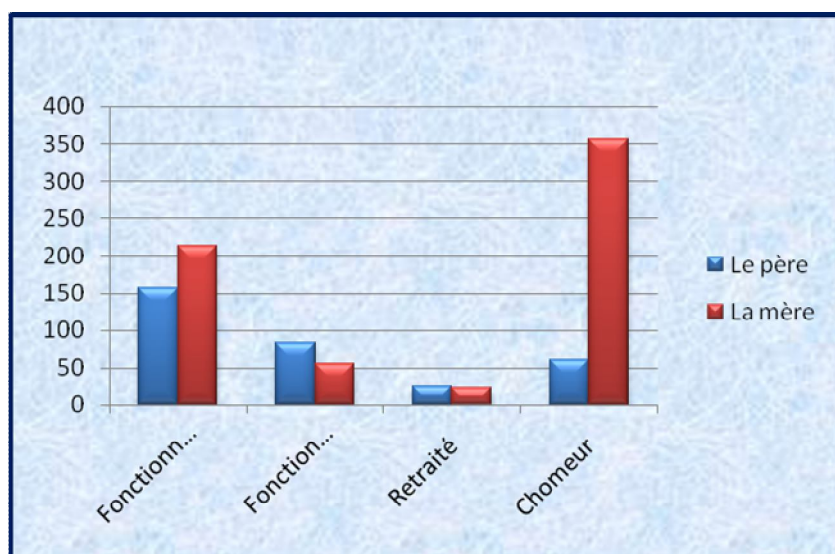
I / 1 – 1 -Fonction des parents

Tableau n°22 : fonction des parents

Fonction du père				Fonction de la mère			
Fonctionnaire	Fonction Libérale	Retraité	Chômeur	Fonctionnaire	Fonction Libérale	Retraité	Chômeur
156	82	25	61	214	56	22	356

Source : Enquête sur terrain 2011

Histogramme n°08 : fonction des parents



Source : Enquête sur terrain 2011

¹¹⁹ Interprétation des données de l'enquête de terrain.

A partir de l'investigation qu'on réalisée, on a remarqué que la majorité des parents sont des fonctionnaires, or, cette catégorie de fonction se caractérise par des salaires moyens, ce qui influe négativement sur les conditions de vie des familles, notamment la bonne nutrition et les conditions de propretés, les soins préventifs.

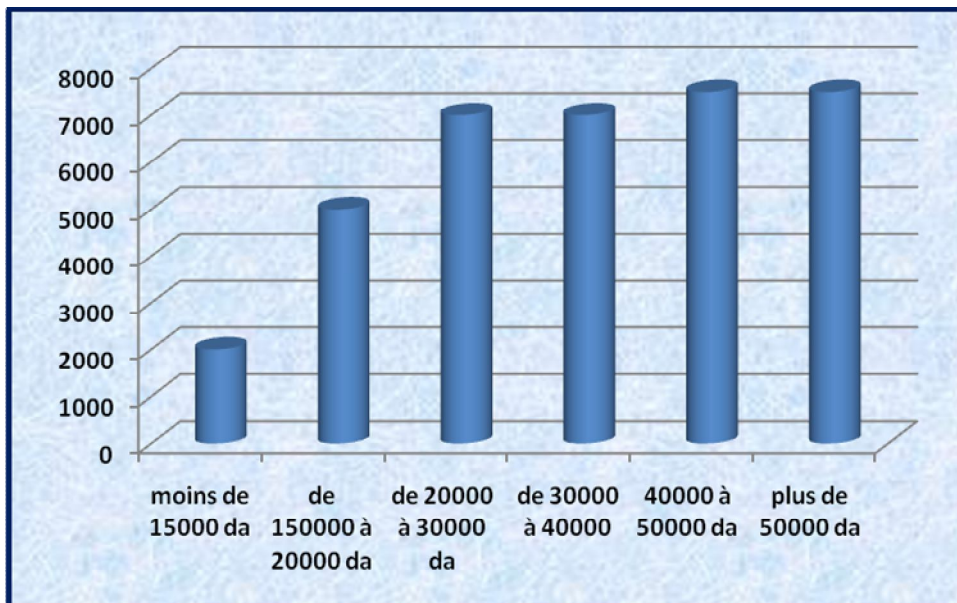
I / 1 -2 - Les Revenus :

Tableau n°23 : répartition des revenus.

Répartition des revenus					
Moins de 15000 DA	15000 à 20000 DA	20000 à 30000 DA	30000 à 40000 DA	40000 à 50000 DA	PLUS DE 50000 DA
184	124	150	98	44	48

Source : Enquête sur terrain 2011

Histogramme n° 09: répartition des revenus



Source : Enquête sur terrain 2011

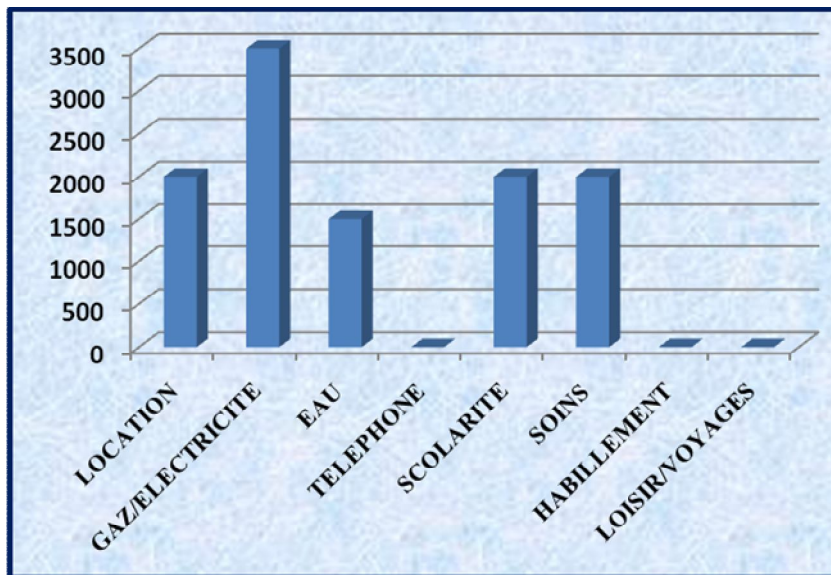
On constate à travers cet histogramme, que la majorité de la population interrogée s'inscrit dans un seuil de moins de 15000 da de revenu, autrement dis que certainement un pourcentage important de chefs de famille n'exercent aucune fonction.

Ce qui implique des conséquences défavorables sur l'état de santé de la population, par manque de nutrition et manque de soins.

I/ 1 - 3 -Répartition des dépenses selon les revenus :

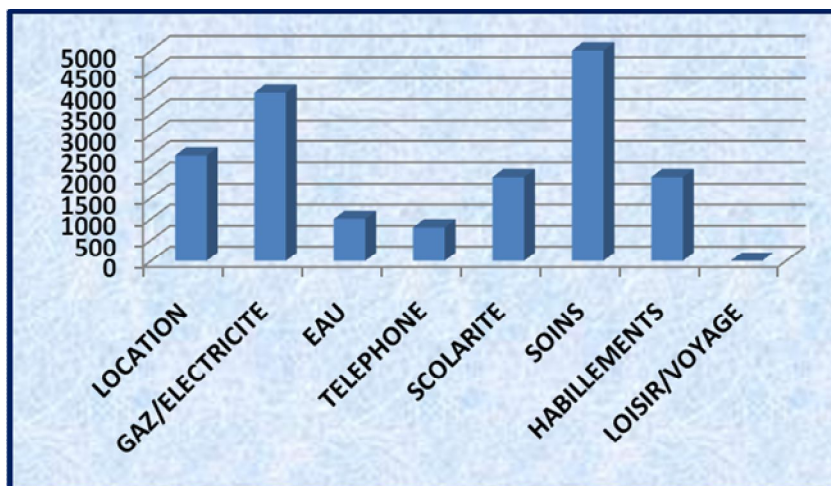
Lors du dépouillement du questionnaire, nous avons constaté que les montants alloués aux besoins essentiels y compris la santé, augmentent en fonction des revenus, ce qui nous a incité à faire une répartition par catégorie de revenus afin de mieux illustrer la quote part de la santé par rapport aux autres dépenses.

Histogramme n°10 : répartition des dépenses pour les revenus inférieurs à 15000 DA



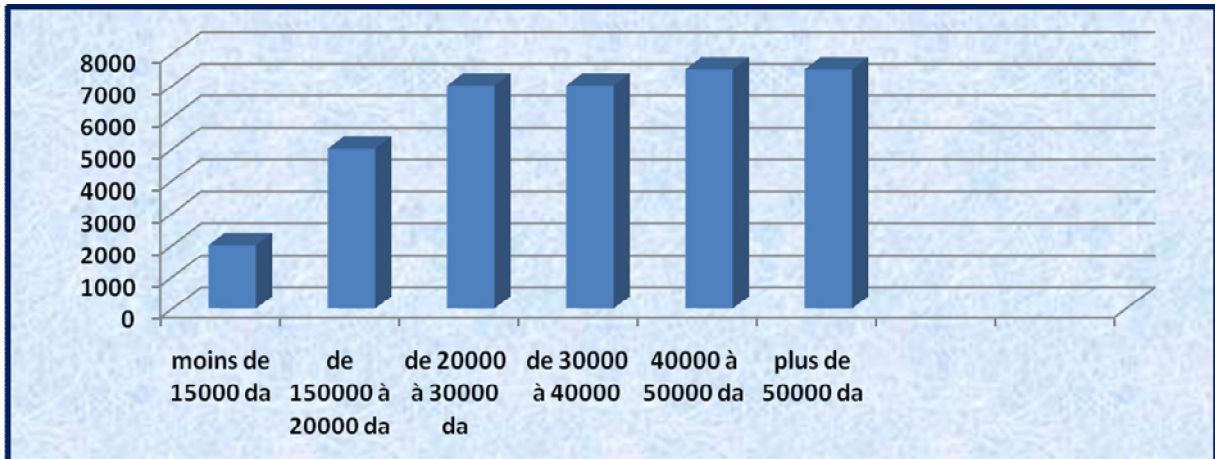
Source : Enquête sur terrain 2011

Histogramme n° 11: répartition des dépenses pour les revenus entre 15000 et 20000 DA



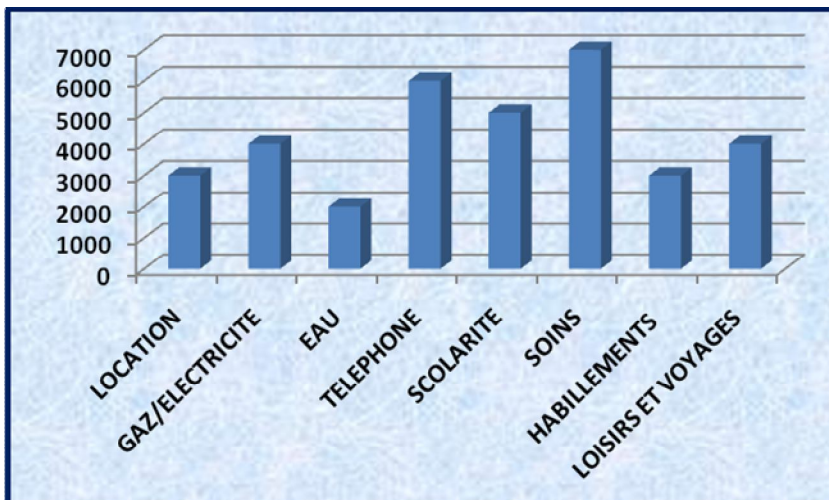
Source : Enquête sur terrain 2011

Histogramme n° 12 : répartition des dépenses pour les revenus entre 20000 et 30000 DA



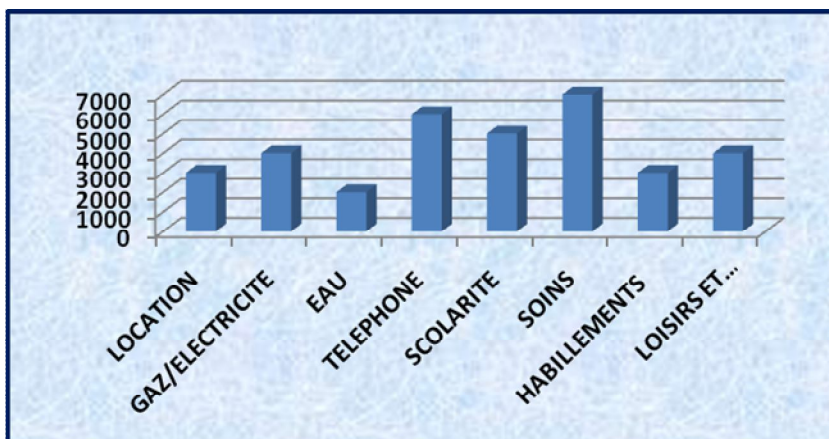
Source : Enquête sur terrain 2011

Histogramme n° 13: répartition des dépenses pour les revenus entre 30000 et 40000 DA



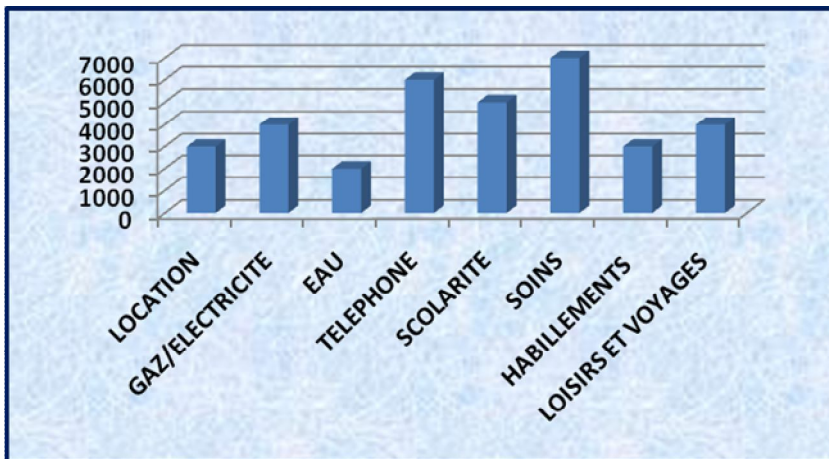
Source: Enquête sur terrain 2011

Histogramme n° 14: répartition des dépenses pour les revenus entre 40000 et 50000 DA



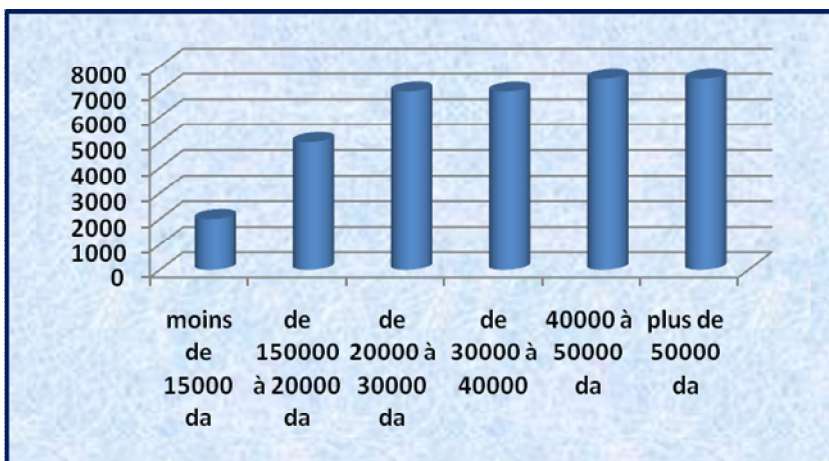
Source : Enquête sur terrain 2011

Histogramme n°15 : répartition des dépenses pour les revenus plus de 50000 DA



Source : Enquête sur terrain 2011

Histogramme n° 16: récapitulation des dépenses en matière de soins selon les revenus



Source : Enquête sur terrain 2011

A partir de cet histogramme, on constate que les dépenses en matière de santé évoluent en fonction des revenus, plus que les revenus sont conséquents plus que le montant est important, par exemple pour les revenus plus de 50000 da, le montant alloué aux soins représente 50% des revenus de moins de 15000 da¹²⁰, soit trois fois le montant alloué aux soins par cette dernière catégorie.

¹²⁰ Interprétation des données de l'enquête de terrain.

I / 1 - 4 : Niveau d'instruction des parents:

Généralement, le niveau d'instruction des parents joue un rôle important dans l'éducation de la santé ainsi que la prévention contre les maladies contagieuses et transmissibles à l'égard de leurs enfants.

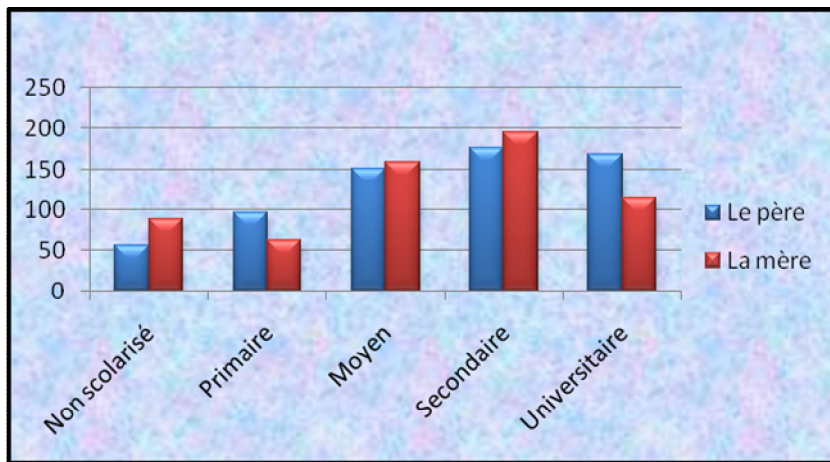
Certainement l'école contribue à la sensibilisation des écoliers et corrige leurs comportements pour les mieux protégés, néanmoins ce rôle reste incomplet si les parents n'assument pas leurs responsabilités.

Tableau n°24 : niveau d'instruction des parents :

Niveau d'instruction de la mère					Niveau d'instruction de la mère				
Non scolarisé	primaire	moyen	secondaire	universitaire	Non scolarisé	primaire	moyen	secondaire	universitaire
56	98	150	176	168	90	62	158	194	144

Source : Enquête sur terrain 2011

Histogramme n° 17: niveau d'instruction des parents



Source : Enquête sur terrain 2011

II / Le logement :

II /1/ La typologie

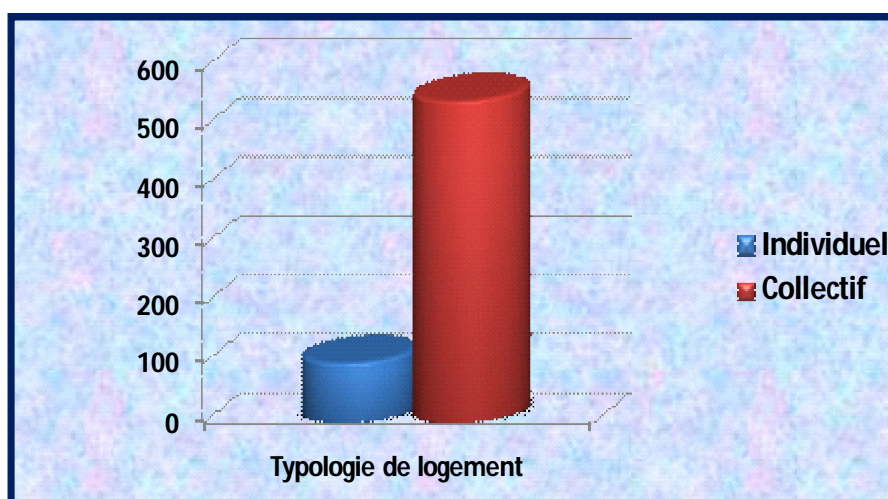
Répondant aux critères de la ville fonctionnelle, le parc logement de la ville nouvelle Ali Mendjeli est composé dans sa majorité du type collectif, un eta de fait que le tableau et l'histogramme suivant nous reflètent.

Tableau n°25 : typologie du logement

	Typologie du logement	
TOTAL	INDIVIDUEL	COLLECTIF
648	102	546

Source : Enquête sur terrain 2011

Histogramme n° 18 : typologie du logement



Source : Enquête sur terrain 2011

Le tableau et l'histogramme ci-dessus reflètent bel et bien la dominance du type collectif, une situation qui se justifie par le concours à la satisfaction des besoins urgents en matière de logement.

Ce type de logement est le résultat d'une politique visant à résorber l'habitat précaire caractérisé par l'absence presque totale des réseaux d'assainissements et d'eau potable.

Cependant ce type de logement collectif planifié et contrôlé favorise d'avantage l'amélioration de la santé par sa connexion totale aux différents réseaux.

D'autant plus l'aération et l'ensoleillement qu'offre la conception du logement collectif sont des potentialités importantes dans la concrétisation du projet ville santé.

II / 2/ La répartition des logements selon les formules d'acquisition:

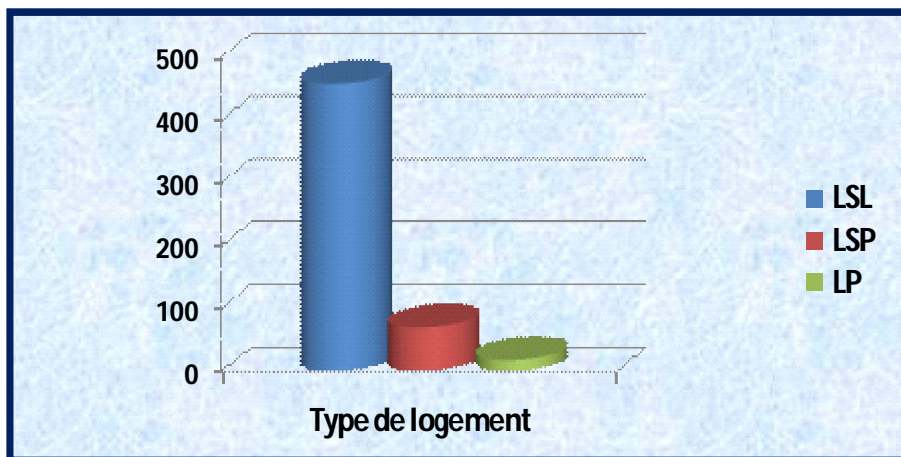
Afin de permettre l'accès pour tous, au logement qui reste un besoin de base pour l'épanouissement de l'être humain, l'Algérie a adopté une approche en étroite dépendance des couches socio-économique composant la société algérienne, dont l'objectif d'améliorer le cadre de vie des population. Cette approche est revue de plusieurs formules pour l'acquisition d'un toit. Le tableau et l'histogramme ci-dessous nous illustrent le cas de figure de la ville nouvelle Ali Mendjeli.

Tableau n°26 : répartition des logements selon formules d'acquisitions du logement

logement collectif		
LSL	LSP	LP
458	70	18

Source : Enquête sur terrain 2011

Histogramme n°19 : répartition des logements selon formules d'acquisitions du logement



Source : Enquête sur terrain 2011

Depuis ces deux illustrations nous remarquons qu'au logement social locatif que revient la grande marge, ce qui signifie que ce type de logement est mieux accessible et plus fréquentés par rapport aux autres types, ce qui implique que ce type est destiné à la couche moyenne.

Lors de notre enquête sur terrain, nous avons remarqué que les acquéreurs de ce type de logement sont de plus en plus impliqués dans la dégradation de l'espace.

II / 3/ La répartition des logements selon les pièces

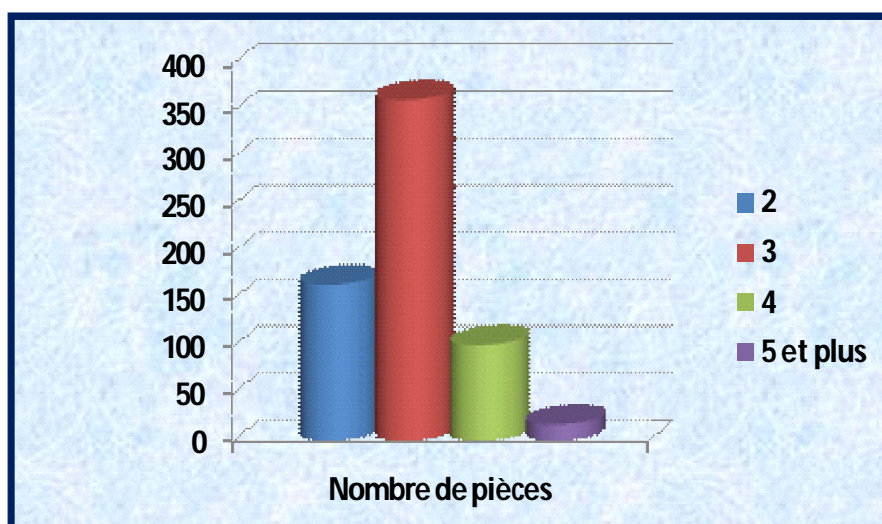
Le tableau et l'histogramme suivants illustrent la structure des logements en fonction du nombre de pièces.

Tableau n°27 : répartition des logements selon le nombre de pièces

Nombre de pièces			
2 pièces	3 pièces	4 pièces	5 pièces et plus
166	362	102	18

Source : Enquête sur terrain 2011

Histogramme n° 20: répartition des logements selon le nombre de pièces



Source : Enquête sur terrain 2011

A partir de ces deux illustrations nous comprenons d'emblée que la dominance des logements de trois(03) pièces s'explique par la typologie du logement promise par les autorités et qui est généralement destinés au ménages moyens. Cet état des lieux vient confirmer la typologie du logement qu nous avons cité ci-dessus.

Ce type de logement est le résultat de la nouvelle réflexion envisagée par les autorités, afin de restructurer l'armature des ménages, qui sont longtemps caractérisés par une taille moyenne des ménages assez élevées, ce qui a été jugé de facteurs de la dégradation des conditions de vie de ces ménages.

II / 4/ La répartition des logements selon la nature juridique

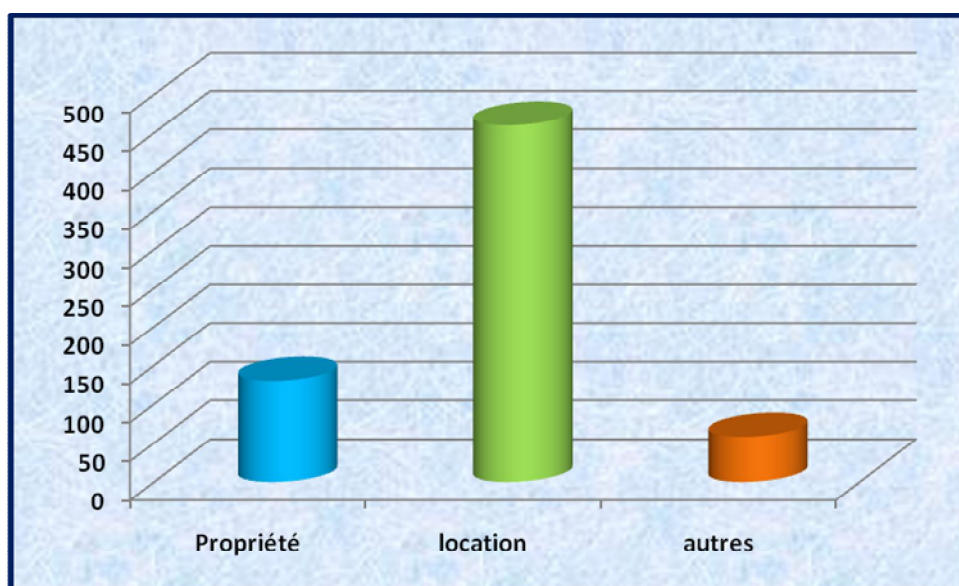
Le tableau et l'histogramme suivants illustrent la structure des logements en fonction du nombre de pièces.

Tableau n° 28 : répartition des logements selon la nature juridique

Nature du logement		
Propriété	location	autres
130	460	58

Source : Enquête sur terrain 2011

Histogramme n° 21: répartition des logements selon la nature juridique



Source : Enquête sur terrain 2011

La prédominance du logement locatif renvoie principalement à l'avantage dont dispose cette catégorie que les pouvoirs publics ont promise, afin de faciliter l'accès au logement pour des ménages à ressources financières moyennes.

Ce constat confirme bel et bien la dominance du logement social locatif qu'on a souligné plus haut. Ce qui permet d'avoir un cadre de vie répondant aux normes minimales dont l'OMS a exigé dans ses textes et recommandations, afin que le logement soit un lieu sain, et empêche l'apparition, la provocation et la propagation des maladies transmissibles.

III / Dimension écologique (L'environnement):

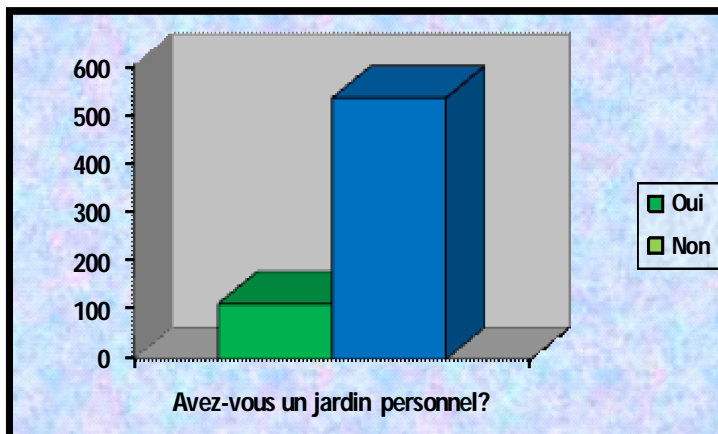
III / 1/ Les espace verts.

Tableau n°29 : possession d'un jardin personnel.

ESPACES VERTS	
Avez-vous un jardin personnel ?	
Oui	Non
114	534

Source : Enquête sur terrain 2011

Histogramme n°22 : jardin personnel.



Source : Enquête sur terrain 2011

La structure du tissu urbain de la ville nouvelle Ali Mendjeli, qui est prédominer par le logement collectif a été l'origine du manque de jardins personnels.

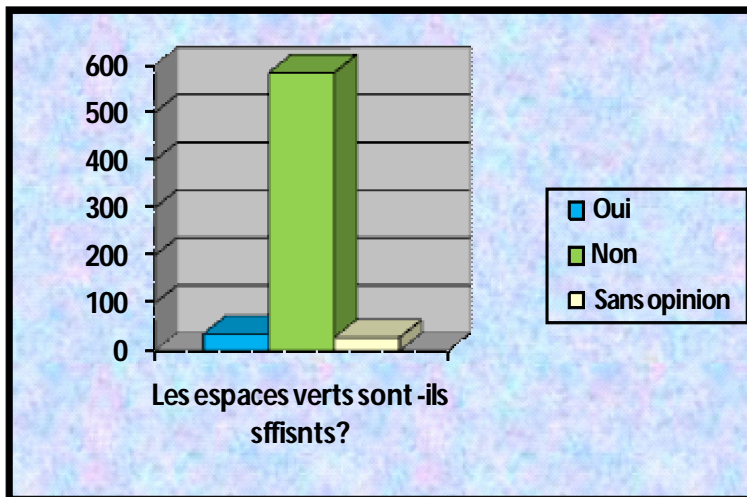
Lors de notre investigation sur les lieux, nous avons remarqué qu'un manque flagrant d'espaces verts aménagés, et cela malgré la programmation au préalable durant l'élaboration des plans de la ville nouvelle allant jusqu'à 160Ha¹²¹ pour 300000 habitants soit un ration de 5m² habitants.et par comparaison aux normes de la grille des équipements qui réserve 10 m² par habitant, la ville nouvelle Ali Mendjeli enregistre un déficit d'environ 140 Ha¹²².

¹²¹ Rapport DUC de Constantine 2008

¹²² Interprétation personnelle des données

Ce manque flagrant en matière d'espaces verts (**voir Histogramme n°23**) influe négativement sur l'état de santé du citoyen, d'autant plus la mauvaise gestion des espaces déjà inférieur aux normes nous incite à tirer la sonnette d'alarme sur le devenir de ces espaces.

Histogramme n°23 : Etat des espaces verts.



Source : Enquête sur terrain 2011

Ces espaces verts délaissés par les services communaux concernés à encourager l'apparition de dépotoirs sauvages, ce qui provoque des risques de maladies vu le contact direct des enfants qui ne trouvent pas d'aires de jeux que ces espaces (**voir photo n°17**).

De leur part les responsables de la commune interviewés, représentés par Mr le directeur technique lors de notre investigation, justifient cette situation par un conflit administratif qui empêche la commune d'intervenir sur des espaces appartenant à l'OPGI chargée officiellement de la gestion du parc de logement y compris les espaces entre bâtiments d'une part, et le manque de moyens adéquats pour assurer cette mission d'autre part.

Photo N° 18
Représente
l'absence de
traitement de
l'espace vert dans
une cité AADL
récemment livrée
aux acquéreurs.



Source : Enquête sur terrain 2011

Soulignant que pendant l'année 2010, les sévices communaux en collaboration avec les citoyens (voir **photo n°18**) ont opté pour des opérations de reboisement qui ont touché presque 1000 arbres du type Frene et Melia et 200 arbres du type Yoporum¹²³.

Photo N° 17
Représente le
traitement de
l'espace vert dans
une cité récemment
livrée par initiative
des acquéreurs.

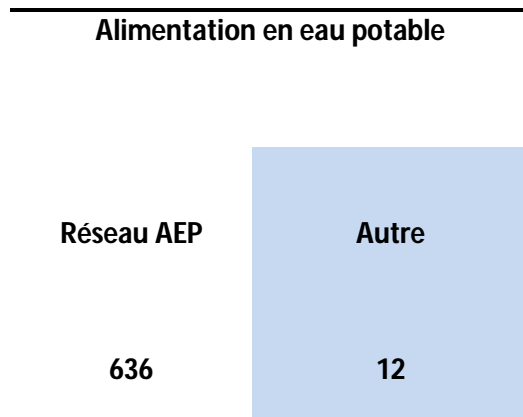


Source : Enquête sur terrain 2011

¹²³ Rapport APC du Khroub 2010.

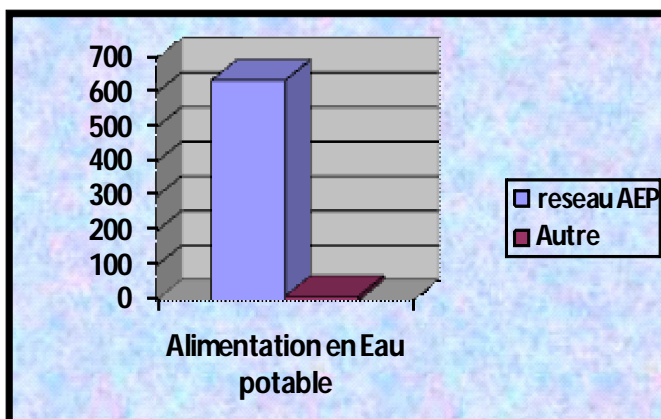
III / 2 / L'Alimentation en eau potable:

Tableau n°30 : branchement au réseau d'AEP



Source : Enquête sur terrain 2011

Histogramme n°24 : Alimentation en eau potable



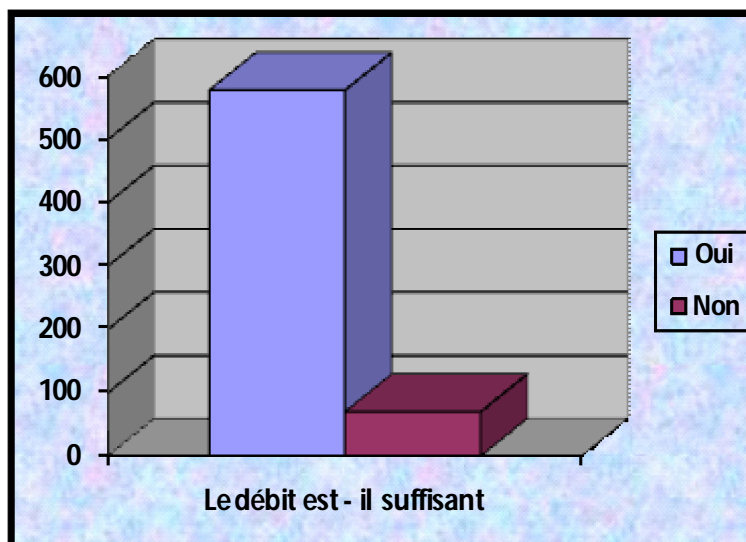
Source : Enquête sur terrain 2011

Tableau n° 31: réaction des citoyens à propos des débits

Le Débit est –il suffisant ?	
Oui	non
578	70

Source : Enquête sur terrain 2011

Histogramme n° 25: réaction des citoyens à propos du débit



Source : Enquête sur terrain 2011

Lors de notre enquête nous avons constaté, que les citoyens se sont montrés satisfait de la prestation en eau potable, ce qui explique que l'organisme chargé de la distribution de l'eau potable dans la nouvelle ville Ali Mendjeli joue pleinement son rôle, et cela est du à la disponibilité de l'eau après le branchement au barrage de ben Haroun d'une part, et la dotation d'un réseau d'eau potable nouvellement mis en service.

Ce qui influe d'une façon positive sur l'état de santé du citoyen, tant sur le plan de consommation d'une eau contrôlée ainsi sur le plan de l'hygiène et de propreté.

III / 3/ L'assainissement :

Tableau n° 32: branchement au réseau d'assainissement

Êtes-vous branché au réseau d'évacuation des eaux usées?	
Oui	Non
648	0

Source : Enquête sur terrain 2011

Il est important de signaler que, toutes les constructions de la ville nouvelle Ali Mendjeli que se soit logement ou équipement sont branché au réseau d'assainissement, ce qui représente une potentialité en matière de santé publique

Cependant, cette situation que les citoyens évaluent de favorable, cache certaines défaillances au niveau de la gestion du réseau.

Lors de notre visite d'investigation au siège de L'office national d'assainissement(O.N.A) qui est un acteur public, nous avons constaté que certain nombre de difficultés ont été signalées par le responsable de l'unité d'Ali Mendjeli, notamment le manque du personnel, ainsi que le manque du matériel, ce que les tableaux suivants nous montrent :

Tableau n° 33 : personnel assurant la mission de l'ONA.

Encadrement	Nombre
Cadre	2
Maitrise	3
Exécution	7
Total	12

Source : O.N.A- Unité : Ali Mendjeli – 2010

Tableau n° 34 : état mensuel du matériel roulant au niveau du centre

Matériels	Type	Immatriculation	Etat
Hydro cureur			/
Rétro chargeur	/	/	/
Camions de ramassage	/	/	/
Camion transports	/	/	/
Tracteur avec remorque	Cirta	00029-696-25	Mauvaise
dumper	/	/	/
Véhicules utilitaires	FIAT DOBLO	021738-00-16	Neuve
Pompes	/	/	/
Autres	/	/	/

Source : O .N.A- Unité : Ali Mendjeli - 2010

A partir de ces deux tableaux, nous constatons que l'ONA assure la mission d'assainissement de la ville nouvelle, tel que le curage préventif des regards et avaloirs, ainsi que l'intervention en cas d'urgence avec seulement 12 personnes y compris les responsables et les agents d'exécution, et un parc roulant insuffisant pour ce type de mission (voir photos n°123 et 124).

Photo n°19: état des avaloirs



photo n° 20: rejet à ciel ouvert

Source : Enquête sur terrain 2011

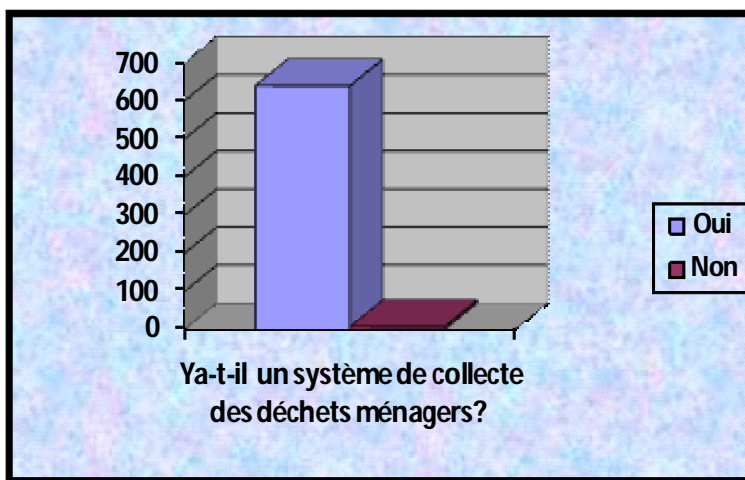
III / 4/ Les déchets :

Tableau n° 35: système de collecte des déchets ménagers

Ya-t-il un système de collecte des déchets ménagers?	
Oui	Non
640	08

Source : Enquête sur terrain 2011

Histogramme n° 26: le système de collecte des déchets



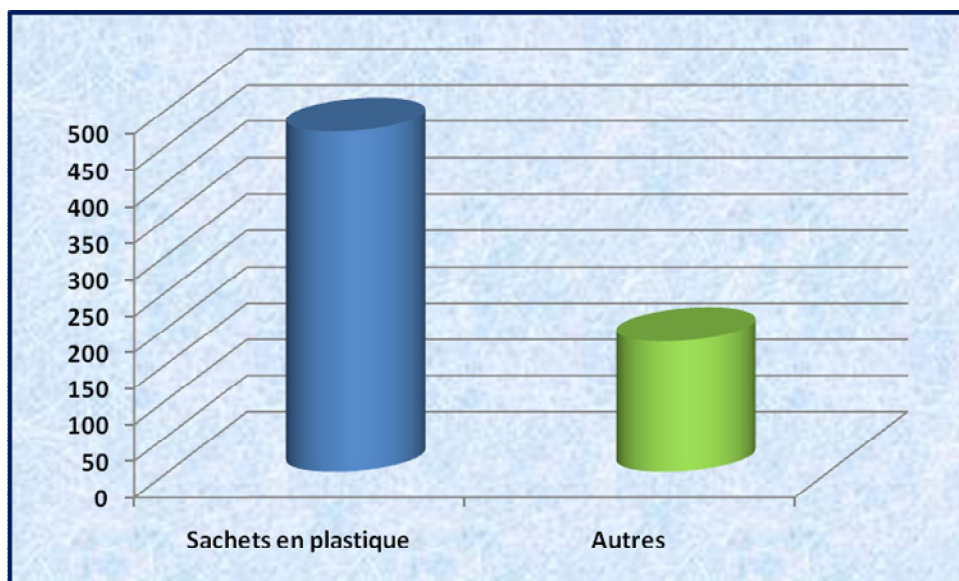
Lors de notre investigation, les citoyens confirment l'existence d'un système de collecte de leurs déchets ménagers, ce qui contribue à l'amélioration de leur cadre de vie, et assure leur santé et leur protection contre les maladies transmissibles.

Tableau n°36 : moyens utilisé pour le dépôt des déchets

Moyens utilisés pour le dépôt de vos déchets.	
Sachets en plastique.	Autres
468	180

Source : Enquête sur terrain 2011

Histogramme n°27 : moyens utilisés pour le dépôt des déchets



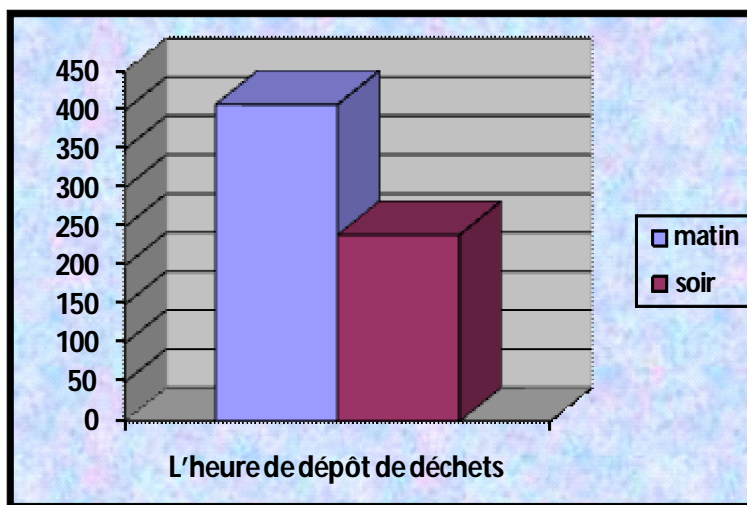
Source : Enquête sur terrain 2011

Tableau n°37: l'heure de dépôt

L'heure de dépôt de déchets	
matin	soir
408	240

Source : Enquête sur terrain 2011

Histogramme n°28: heure de dépôt



Source : Enquête sur terrain 2011

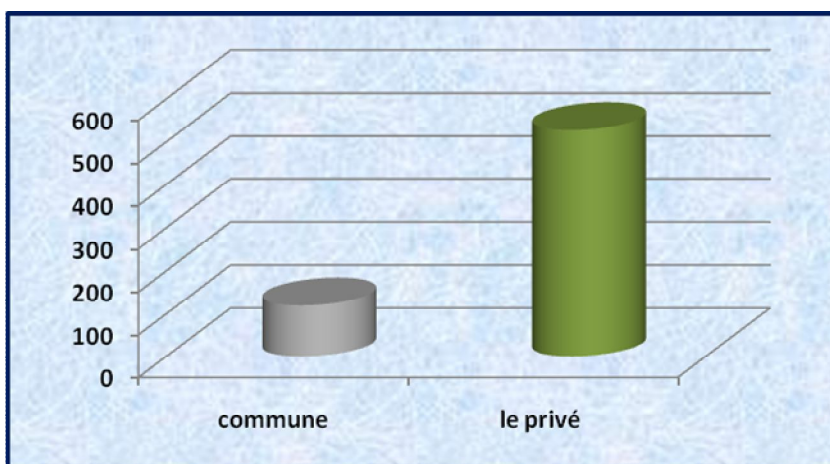
A partir des informations recueillies auprès des citoyens, nous pouvons affirmer que la majorité des ménages utilisent des sacs en plastique pour le dépôt de leurs déchets, une pratique qui contribue à la protection de l'environnement et facilite la collecte aux agents de nettoyage, mais aussi cette pratique évite l'exposition en plein air des déchets, d'où le risque de contamination.

Tableau n°38 : l'organisme de collecte

Qui s'en charge de la collecte des déchets?	
APC (commune)	(Le privé)
120	528

Source : Enquête sur terrain 2011

Histogramme n°29 : l'organisme de collecte



Source : Enquête sur terrain 2011

Selon les propos de la population investiguée, la collecte de leurs déchets est assurée principalement par des entreprises privées, que nous nous avons confirmée avec les services de la commune, qui part une meilleure prise en charge des déchets ont opté pour le secteur privé à travers un découpage de la ville nouvelle en 09 zones. (Voir le tableau n°39).

Tableau n°39 : répartition des entreprises selon les zones

Numéro de la zone	Limites de la zone	Société charge
Zone 01	UV05+UV05EXT+EPLF+1/2ZAM	EPCA Khroub
Zone 02	UV06+marché el Rita	ETP Belfaci Kamel
Zone 03	UV09+AADL	ETP Ghouat Meriama
Zone 04	POMPIER+UV01+AADL	ETP Gueraiti Lyes
Zone 05	UV 01 – coté gauche + AADL	ETP EL Aazm
Zone 06	UV08	ETP Zehaf Djmoui
Zone 07	UV 07– coté droit +AADL + ½ ZAM+ Unité de police BNPJ	ETP Mouncer Fatiha
Zone 08	UV 07– coté gauche +AADL	ETP Belfaci Mohamed
Zone 09	UV02+UV13	ETP Tolba Med Rédha

Source : APC du Khroub

Dans le même axe de mieux gérer les déchets les services concernés ont procédé à la mise en place des caissons en fonction des zones et du nombre d'habitations, ce qui a permis une bonne prise en charge des déchets (voir photo n° 21 et le tableau n°39).

Photo n° 21: répartition des caissons



Source : Enquête sur terrain 2011

Tableau n° 40 : répartition des caissons selon les zones

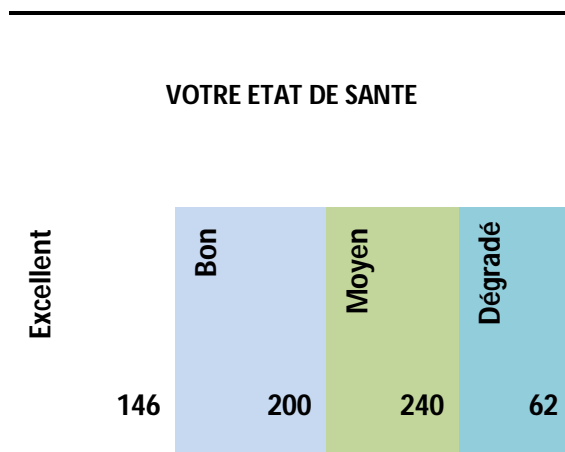
N°	Date	Nombre de Caissons	Lieu
01	10 / 01 / 2010	02	Lycée Nouveau
02	13 / 01 / 2010	04	EPCA
03	17 / 01 / 2010	01	Ecole Ali Mendjeli12
04	17 / 01 / 2010	02	EPCA
05	18 / 01 / 2010	05	UV 07
06	23 / 02 / 2010	03	UV 09
07	11 / 05 / 2010	08	AADL
08	12 / 05 / 2010	02	CEM Ali Mendjeli 6
09	13 / 05 / 2010	05	URS
10	22 / 06 / 2010	03	UV 01 Batiments
11	23 / 06 / 2010	07	UV 06
12	24 / 06 / 2010	06	UV09
13	26 / 06 / 2010	06	UV06
14	19 / 08 / 2010	08	UV13
15	29 / 08 / 2010	04	EPCA
16	11 / 11 / 2010	05	EPCA
17	14 / 09 / 2010	01	Pâtisserie Mimouza
18	27 / 06 / 2010	15	GIR
19	28 / 11 / 2010	04	UV13

20	08 / 04 / 2010	50	UV02
21	13 / 04 / 2010	20	UV 01
22	25 / 05 / 2010	03	UV13
23	21 / 01 / 2010	06	UV01
24	19 / 08 / 2010	01	/
25	26 / 09 / 2010	13	UV17
26	29 / 09 / 2010	02	AADL Chinois
27	01 / 06 / 2010	06	UV 06
28	/	12	Marché Er-ritadj
29	/	05	Avenue de l'ALN

Source : commune de Khroub

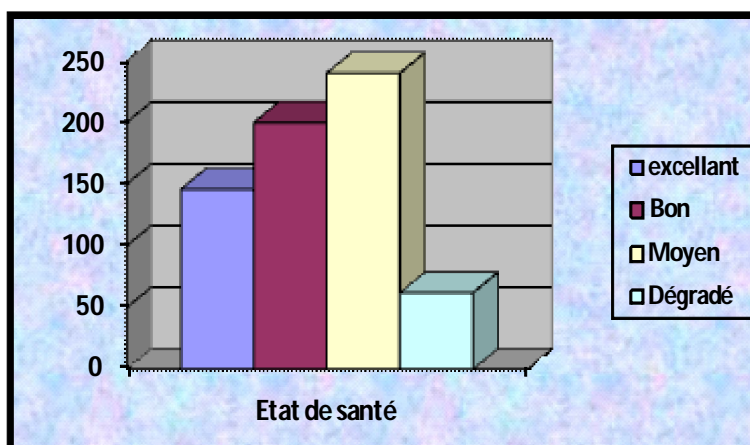
IV / L'état de santé:

Tableau n° 41 : état de santé des citoyens



Source : Enquête sur terrain 2011

Histogramme n°30 : état de santé des citoyens



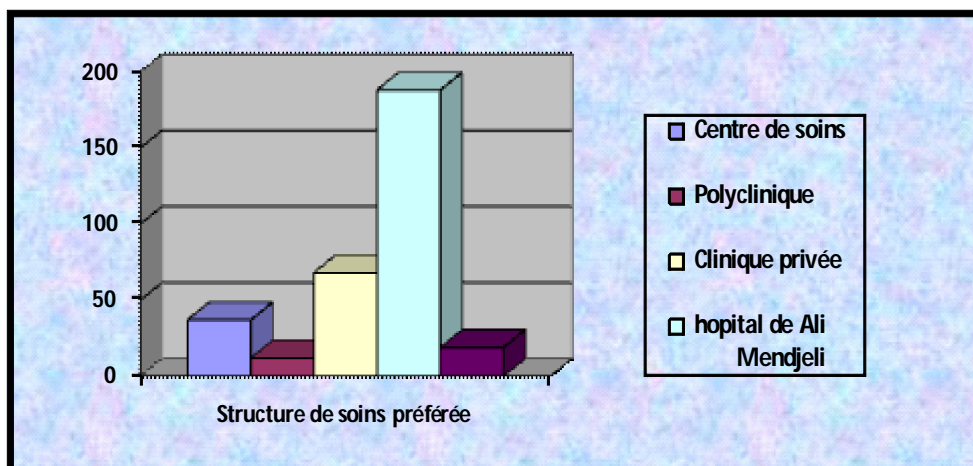
Source : Enquête sur terrain 2011

Tableau n° 42 : Destination des citoyens pour les soins

Vous vous soignez chez ?	
Centre de soins	37
Polyclinique	12
Clinique privée	68
Hôpital de Ali Mendjeli	188
CHU iben badis	19

Source : Enquête sur terrain 2011

Histogramme n°31: Destination des citoyens pour les soins



En général, la santé des citoyens de la ville nouvelle Ali Mendjeli est beaucoup plus moyenne, ce constat est dû aux avantages et conditions favorables qu'offre le logement adéquat répondant aux normes d'hygiène et de propreté, surtout quand il s'agit du branchement aux réseaux d'assainissement ainsi, la disponibilité de l'eau potable.

Cependant, d'autres formes de défaillances dans la prise en charge des citoyens sur le plan sanitaire, surtout la non disponibilité de médecin spécialiste et d'un hôpital à la taille de la ville nouvelle Ali Mendjeli, ce qui impose le déplacement de la majorité des habitants vers la ville mère Constantine, où le CHU offre un soin de qualité.

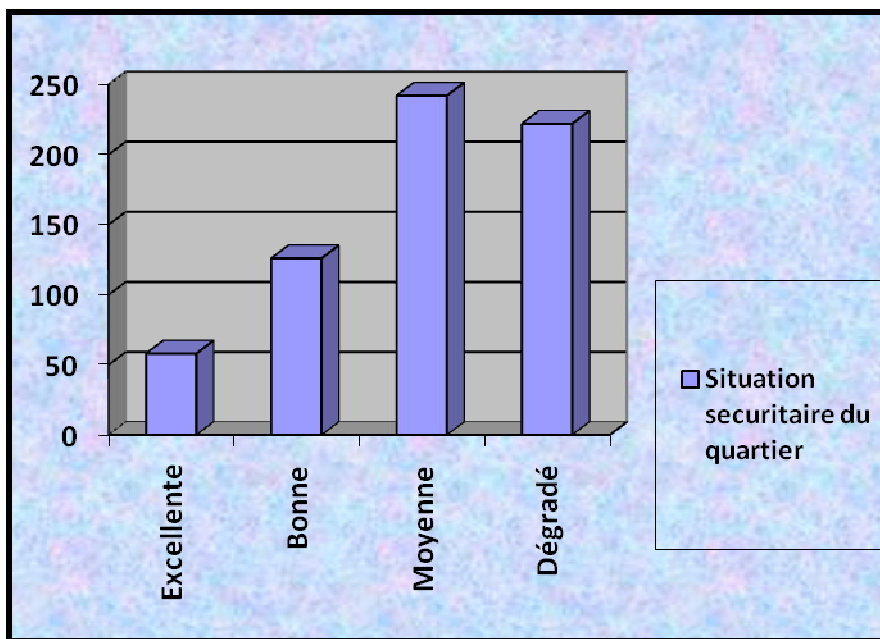
V / Situation sécuritaire:

Tableau n° 43 : la situation sécuritaire

TOTAL	Comment évaluez- vous la situation sécuritaire dans votre quartier ?			
	Excellente	Bonne	Moyenne	Dégradée
648	58	126	242	222

Source : Enquête sur terrain 2011

Histogramme n°32 : la situation sécuritaire



Source : Enquête sur terrain 2011

D'une façon générale, la situation sécuritaire aux niveaux des quartiers joue un rôle important sur la santé morale et physique des citoyens, sachant que les troubles et les agressions ont des conséquences négatives sur les comportements des individus, ce qui provoque parfois des maladies liées au stress et fragilise de plus en plus les enfants.

Selon les propos des citoyens investigués, la situation sécuritaire dans la majorité des quartier de la ville nouvelle Ali Mendjeli est moyenne et dégradée, ce qui peut être même la raison de l'état de santé moyen obtenu et illustré plus haut, cela est dû probablement au transfère massif et urgent des citoyens de quartiers d'origine précaire en générale, d'où le mode de vie est changé brutalement, ce qui a influé sur les comportement dans les quartiers d'accueils.

En se basant sur les principes et les critères du projet ville santé, on constate que la tranquillité et la paix du citoyen est primordiale. Ce qui nous incite à jugé de défailant le rôle des services de sécurité et reste comme un grand handicap pour concrétiser le projet ville santé dans la ville nouvelle Ali Mendjeli.

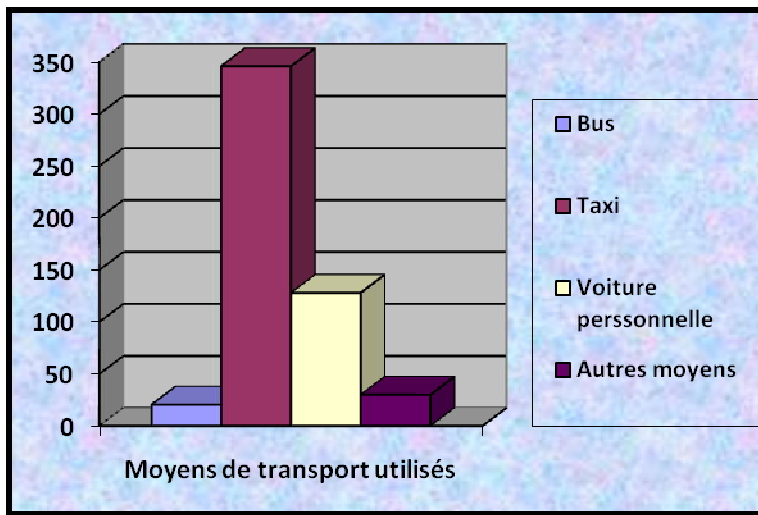
VI / Le transport :

Tableau n° 44 : moyens de transport

TOTAL	Quels sont vos moyens de transport			
	Bus	taxi	Voiture personnelle	Autre moyens
648	34 6	128	144	30

Source : Enquête sur terrain 2011

Histogramme n°33 : moyen de transport



Source : Enquête sur terrain 2011

A partir des résultats de notre investigation, il est clair de motionner que la majorité des citoyens utilisent le transport en commun, ce qui contribue théoriquement à l'installation d'une ville saine, tandis que pour notre cas le transport en commun influe négativement sur la santé des citoyens, et cela est lié à la pollution générée par les bus dégradés dans leurs majorités.

VII / Équipements et moyens de commodités:

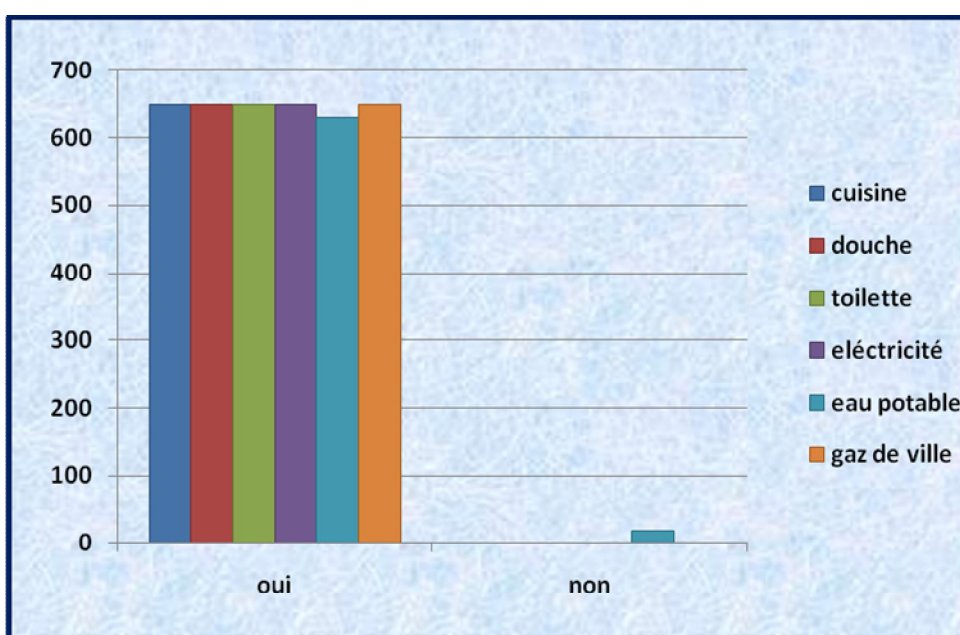
VII / 1 - Moyens de base:

Tableau n° 45 : la dotation de moyens de base

Total	Moyens de base:											
	cuisine		douche		toilette		électricité		Eau potable		gaz	
											v	b
	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
648	648	0	648	0	648	0	648	0	630	18	648	0

Source : Enquête sur terrain 2011

Histogramme n° 34 : la dotation de moyen de base



Source : Enquête sur terrain 2011

Nous pouvons dire que sur l'ensemble de la population questionnée, tous les ménages sont dotés de moyens de base assurant la santé du citoyen, notamment ; l'eau potable, l'évacuation des eaux usées ainsi l'utilisation du gaz de ville qui représente une énergie propre.

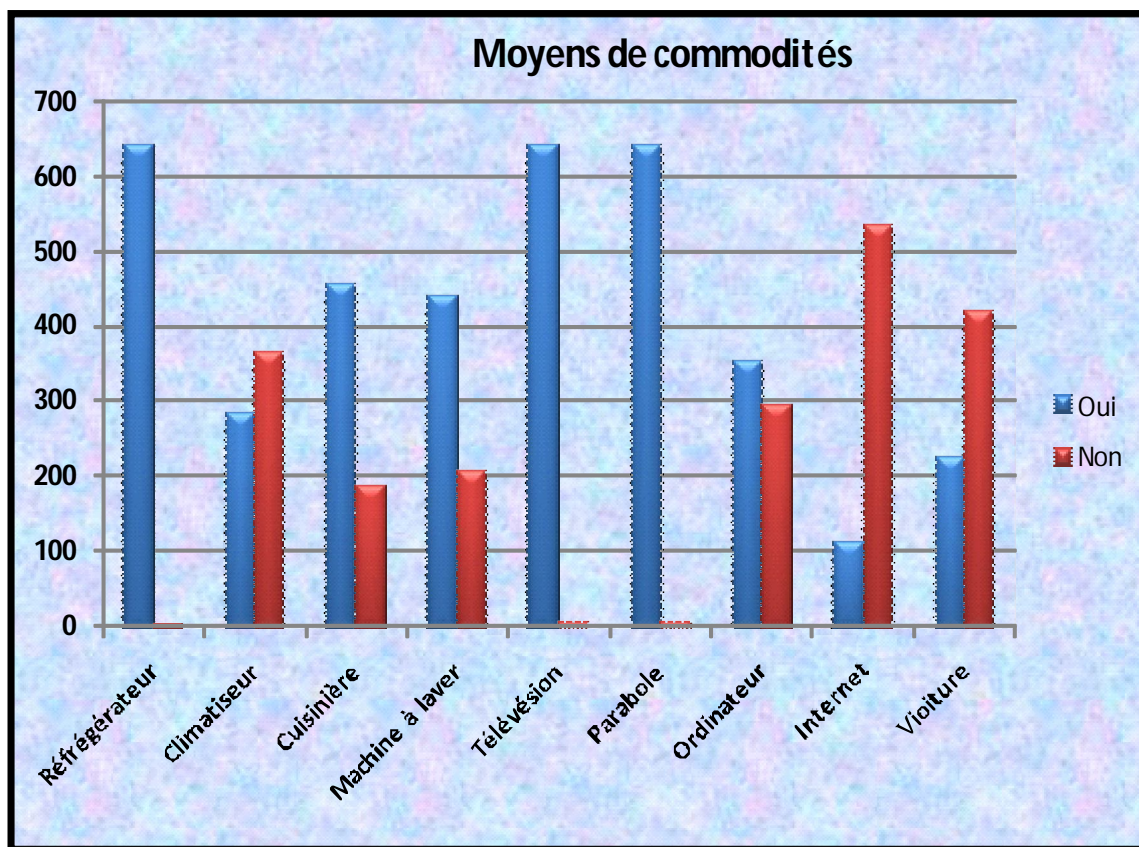
VII / 2 - Moyens de commodités:

Tableau n° 46 : les moyens de commodités

réfrigérateur		climatiseur		Cuisinière		Machine à laver		télévision		parabole		ordinateur		internet		voiture	
oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
642	6	284	364	458	190	440	208	640	08	640	08	354	294	114	534	228	420

Source : Enquête sur terrain 2011

Histogramme n° 35: les moyens de commodités



Source : Enquête sur terrain 2011

D'une façon générale, nous pouvons déduire à partir de cet illustration que la majorité des ménages de ville nouvelle Ali Mendjeli sont dotés de moyens de commodités, qui leurs permet d'améliorer leur cadre de vie en général et leurs en particulier.

VIII / Implication dans le mouvement associatif :

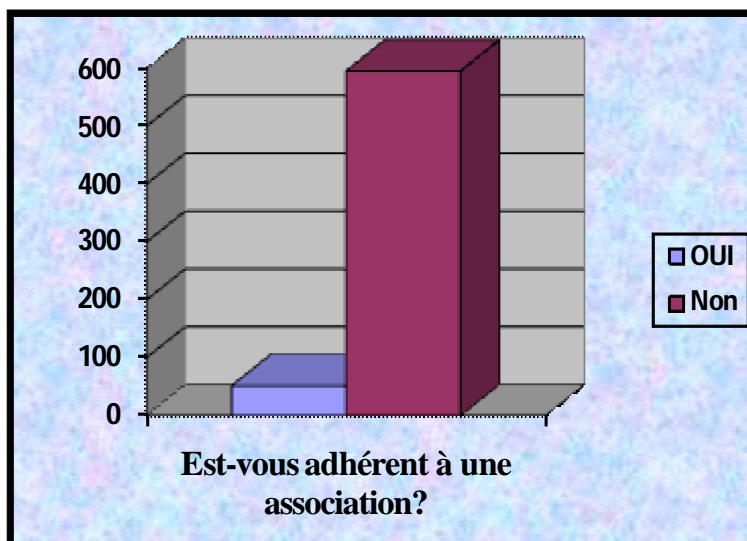
VIII / 1 - Adhésion dans le mouvement associatif:

Tableau n°47 : taux d'adhésion dans le mouvement associatif

Êtes-vous adhérent à une association ?	
Oui	Non
52	596

Source : Enquête sur terrain 2011

Histogramme n° 36 : taux d'adhésion au mouvement associatif



Source : Enquête sur terrain 2011

Théoriquement le projet ville santé repose essentiellement sur la synergie entre acteurs, d'où la société civile contribue énormément.

Par contre le cas illustré de la ville nouvelle Ali Mendjeli est malheureusement est contradictoire a cette démarche, seulement 08%, de la population sont adhérents aux différentes associations.

Ce qui représente un frein réel pour concrétiser le projet ville santé, d'où il est important de signaler cette gravité tout en recommandant une facilitation de la part des pouvoir publics pour mieux

organiser au même temps de lancer des campagnes de sensibilisation afin que les citoyens s'intègrent dans le mouvement associatif et participent à la gestion de leurs ville.

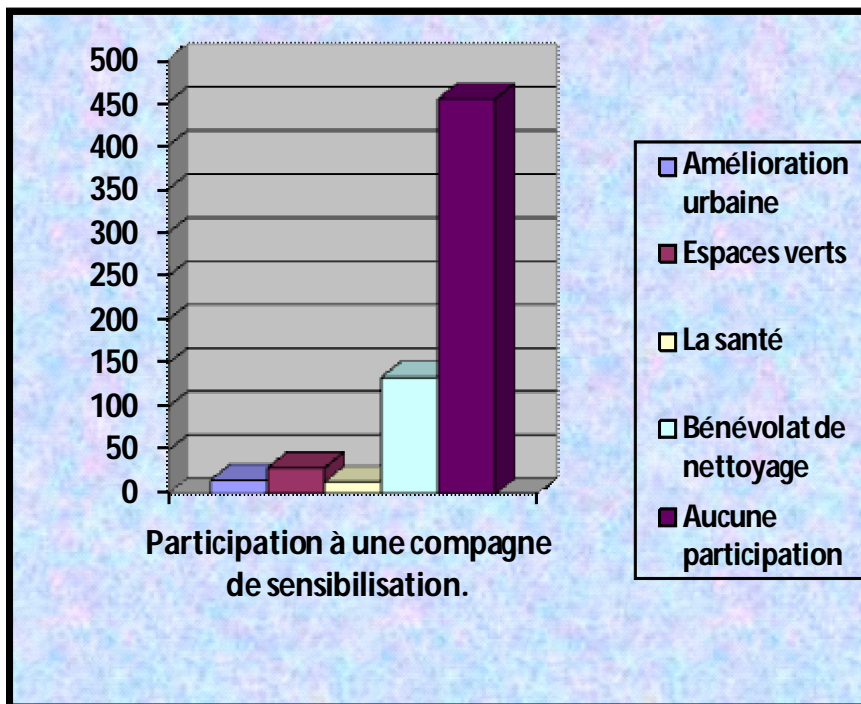
VIII / 2 - Contribution du mouvement associatif :

Tableau n°48 : participation de la population .

Avez-vous déjà participé à une campagne de sensibilisation comme ?				
Amélioration urbaine	Les espaces verts	La santé	Bénévolat de nettoyage	Aucune participation
16	30	14	134	454

Source : Enquête sur terrain 2011

Histogramme n° 37 : participation à des campagnes de sensibilisation.



Source : Enquête sur terrain 2011

A travers cet histogramme nous remarquons bel bien que les citoyens de la ville nouvelle Ali Mendjeli ne participent pas aux différentes manifestations de sensibilisation, du nettoyage au niveau de leurs quartiers, ce qui confirme la rupture entre les différents acteurs de la ville, et cela est lié à l'absence de la communication et les voies de contact entre les citoyens et les pouvoirs publics, ce qui entrave la concrétisation du projet ville santé.

Il est important de signaler que le citoyen n'intervient que dans des cas extrême comme le problème des eaux usées et des déchets que le tableau suivant nous montre.

Tableau n°49: exemples de réclamations et interventions à propos des déchets

Unité de voisinage	Nombre de réclamations (Juin – juillet – décembre)		Nombre d'interventions	Intervenant	
	Ecrit	Par Téléphone			
UV 06	07	35	60	Société	"Algérie blanche"
UV 05	00	00	06	Société	"Algérie blanche"
UV 09	00	20	72	Société	"Algérie blanche"
UV 01 – coté droit	04	05	12	Société	"Algérie blanche"
UV 01 – coté gauche	00	15	28	Société	"Algérie blanche"
UV 08	03	30	40	Société	"Algérie blanche"
UV 07– coté droit	02	12	42	Société	"Algérie blanche"
UV 07– coté gauche	01	02	06	Société	"Algérie blanche"
UV 02 + UV 13	07	10	32	Société	"Algérie blanche"
UV 17	/	/	/		/

Source : APC du Khroub 2010

Conclusion:

Ce dernier chapitre à été consacré pour l'investigation et l'interprétation des résultats obtenus à travers le questionnaire, ainsi que les résultats issus directement des propos recueillis lors des entretiens avec les acteurs, en particulier les services techniques de l'état.

Une première constatation à été faite à partir de l'étude de la ville nouvelle Ali mendjeli ; comme étant une ville planifiée et répond aux normes de base en matière de l'hygiène ; notamment la connexion et aération aux différents réseaux VRD, ensoleillement.

Les espaces verts et les espaces réservés aux placettes demeurent de leurs tours des réservations sur plan et qui n'ont rien à faire avec le quotidien vécu.

Sur un autre plan, les résultats obtenus après interprétation prouvent que la constatation faite au préalable est beaucoup loin de la réalité.

A travers ce chapitre on a pu comprendre que les acteurs, y compris le mouvement associatif ne contribue presque pas dans l'amélioration du cadre de vie, mais contrairement à cela le citoyen participe par son comportement à la dégradation des conditions de vie saine.

La notion de prévention presque inexistante dans l'esprit des pouvoirs publics, contribue malheureusement à l'appariation de quelques formes de négligences et d'atteinte à l'espace.

L'aspect d'intervention en urgence laisse comprendre que les potentialités que prévoient les différentes études de la ville nouvelle sont aujourd'hui, non seulement mal exploitées mais plutôt menacées.

Lors de notre recherche on a pu constater que le projet Ville santé n'est qu'une forme de gestion ou tous les acteurs doivent intervenir à la fois.

La synergie et la cohésion du groupe représente la devise de ce projet, d'où la rigidité et la lourdeur de prise de décision forme de sa part un frein qui empêche la concrétisation et la mise en œuvre du projet.

Par contre, l'esprit d'initiative, et le travail du groupe où règne la concertation, le dialogue et la complémentarité, demeurent des éléments incontournables pour que le projet Ville santé arrive à ces fins.

De ce fait, il nous semble intéressant de dresser quelques recommandations:

1 – Préserver les espaces publics, notamment les placettes, et les lieux de récréation, et entretenir les espaces verts, afin de créer des milieux favorables à la santé et limitant au maximum la dégradation de ces espaces.

2 – Maitriser la gestion de l'eau potable, soit sur le plan de distribution, ou sur le plan de débit réservé à la population, et encourager la rationalité de l'utilisation de cette source capitale pour des fins d'hygiène et d'entretien des espaces de vie.

3 – Maitriser la gestion des déchets, par l'adoption d'un plan directeur de gestion des déchets et impliquer le citoyen à travers des campagnes de sensibilisation dans le but de prévention de la population contre des maladies transmissibles.

4 - Elaborer une politique de santé publique pour mieux servir la population de la ville nouvelle, et capable d'offrir une prévention contre les maladies facilement transmissibles telles que la grippe, la rage ...

5 – Renforcer le dispositif de santé à travers une bonne répartition des établissements sanitaires de base afin d'éviter le déplacement vers la ville mère Constantine.

6 – Adopter une politique qui favorise l'implantation des médecins qui exercent à titre libéral, dans le territoire de la ville d'Ali mendjeli, très faible jusqu'à maintenant dans ce type de prestation.

7 - Renforcer l'action du mouvement associatif dans la contribution d'élaboration d'un espace sain et favorable à la concrétisation du projet Ville santé.

8 – Encourager des aptitudes individuelles favorables à instaurer un environnement sain, et orienter la population vers des associations spécialisées dans des secteurs favorisant la préservation de la santé des citoyens.

9 – La création d'un service de promotion de la santé communautaire sous forme d'un service de coordination entre tous les acteurs concernés, pour mieux prendre la décision adéquate dans le moment propice.

10 – Les acteurs de la ville nouvelle Ali mendjeli, doivent mieux s'inscrire dans le contexte socio-économique de la population afin de mettre en évidence une réflexion sur le comportement négatif des citoyens envers l'espace et l'environnement.

11 – Et comme les indicateurs de la ville santé prennent en considération les spécificités des sociétés, les acteurs de la ville doivent adapter des indicateurs de la ville santé dans un contexte Algérien.

Conclusion générale

L'intérêt que porte notre étude menée à la nouvelle ville Ali Mendjeli, réside dans la capacité d'offrir un maximum de conditions favorisant la santé de la population, étant donné que la ville nouvelle est née ores et déjà, une grande ville, planifiée au moment où les débats sur la question de santé et du projet ville santé sont ouverts et la procédure de la mise en œuvre a déjà fait l'objet dans la ville de khroub, qui partage avec la ville nouvelle le même plan d'occupation du territoire.

Ce qui fait que la ville nouvelle Ali Mendjeli dispose de potentialités de base notamment ; la qualité du logement, la viabilisation du site, la planification des espaces extérieurs, les réserves plus ou moins acceptables pour les espaces verts, demeurent des potentialités fondamentales en faveur de la concrétisation du projet ville santé.

Néanmoins, notre étude de terrain nous a permis de constater certaines défaillances surtout sur le plan de la gestion de la ville et le rôle négatif parfois des acteurs principalement les pouvoirs publics, en l'absence d'un statut particulier à la ville nouvelle d'une part, et d'autre part le manque flagrant de cadres capables de gérer une ville de la taille de la ville nouvelle Ali Mendjeli.

Loin de la situation du manque de cadres, l'absence de coordinations et de concertation entre les acteurs de cette localité, notamment sur le plan de gestion et de prestations de santé représente une autre forme de défaillance, malgré les budgets alloués et les infrastructures sanitaires mises en place.

Le citoyen, de sa part et par manque de sensibilisation et d'encadrement du mouvement associatif influe par ses comportements non maîtrisés sur l'environnement favorable à la santé publique. Et cela par la non participation à l'entretien de l'espace vert, la dégradation du mobilier urbain, le dépôt anarchique des déchets.

Il est important de signaler que cette situation qui freine la concrétisation du projet ville santé, est due à la composition socioéconomique de la population de la ville nouvelle Ali Mendjeli, issue en sa majorité des quartiers précaires et des bidonvilles, où l'environnement sain ne représentait une priorité pour cette population.

Ce qui nous permet de vérifier les hypothèses que nous avons dressées lors de l'élaboration de notre problématique, ou la concrétisation du projet ville santé dans la ville nouvelle Ali Mendjeli est lié aux potentialités qu'offrent la ville nouvelle d'une part et l'intervention des acteurs d'autre part.

En fin de cette recherche nous pouvons dire que la ville nouvelle Ali Mendjeli dispose réellement de potentialités de base pouvant servir comme indicateurs de la ville santé, mais malheureusement l'intervention des acteurs par manque d'expérience ou manque de statut juridique de la ville nouvelle influe négativement sur la concrétisation du projet ville santé.