

RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTRE DE LA FORMATION ET DE L'ENSEIGNEMENT
PROFESSIONNELS



Mémoire pour l'obtention du diplôme de
Master II en architecture

Option : « Architecture, ville et territoire »

Thème

« Hôpital et réglementation »

Présenté par :

KACHEBI Hakima
MEGRI Yasmina
MESSOUCI Hanane

Soutenu publiquement le : 23 Février 2017

Devant le jury composé de :

M ^{me} BOUANDES Karima	Promotrice	MMA	Université de Bejaïa
Mr RABHI Kheireddine	Président	MMA	Université de Bejaïa
M ^{me} ALILI Sonia	Examinatrice	MMB	Université de Bejaïa



Année universitaire : 2016 /2017

Résumé

Face à l'évolution continue du contexte social, économique, architectural et médical, de multiples typologies hospitalières se présentent. L'hôpital ; une œuvre humaine avant d'être une institution politique, est soumis depuis le début de XIX siècle aux orientations des autorités étatiques qui ont joué un rôle prépondérant dans l'évolution des typologies formelles des hôpitaux.

Ce rôle paraît non matérialisé en Algérie notamment du point de vue de contenu du système national de santé où aucune orientation relative aux aspects structurels des établissements de santé n'y est abordée. D'autres indications liées à d'autres dimensions sont par contre traitées. En effet, une étude des évolutions des contextes sanitaires parallèlement à l'évolution de contenu de système adopté s'avère nécessaire pour la compréhension et l'évaluation tant de l'influence que l'efficacité des politiques suivies.

L'amélioration de l'état des structures hospitalières en Algérie en matière d'espace géré par leurs évolutions continues, conduit à déterminer les acteurs et facteurs décisifs de ces évolutions. L'impact politique n'y sera pas, certainement, exclu.

Mots clés : Hôpital, Règlementation, Sphinx, Evolution.

ملخص

مقابل التطورات المستمرة للمحيط الاجتماعي والاقتصادي، الهندسي والطبي، يبدو أنه من الممكن ملاحظة العديد من الأنماط العمرانية الاستشفائية. المستشفى من منطلق أنه هيكل انساني قبل ان يكون مؤسسة سياسية، يخضع منذ القرن التاسع عشر إلى يومنا هذا للتوجيهات الأولية للسلطات العمومية التي لعبت دورا هاما في تطور الأنماط العمرانية الاستشفائية. هذا الدور في الجزائر يبدو غير مجسد من ناحية مضمون النظام الوطني للصحة حيث انعدام التوجيهات المتعلقة بالمعايير الهيكلية للمؤسسات الصحية، بالمقابل توجد مؤشرات متعلقة بأبعاد أخرى مدروسة وبالتالي دراسة تطورات البيئة الصحية بالتوازي مع تطور مضمون النظام الصحي يبدو ضروريا من أجل فهم وتقييم تأثير وفعالية السياسات والتعاليم المتبعة

تحسين حالة الهياكل الاستشفائية في الجزائر خاصة من ناحية المجال المرتبط بالتطورات المستمرة، يقودنا إلى تحديد الأطراف والعوامل المقررة لهذه التطورات. والتأثير السياسي لن يكون خارج هذه الاعتبارات.

كلمات البحث: مستشفى، تنظيم، سفانكس، تطور.

Abstract

Faced with the continuous evolution of the social, economic, architectural and medical context, there are numerous hospital typologies. The hospital; A human work before being a political institution, has been subject since the beginning of the nineteenth century to the orientations of the state authorities, which have played a predominant role in the evolution of the formal typologies of hospitals.

In Algeria, this role seems unrealized, particularly in terms of the content of the national health system, where no guidance is given on the structural aspects of healthcare institutions. Other indications related to other dimensions are treated. Indeed, a study of the evolutions of the health contexts along with the evolution of system content adopted is necessary for the understanding and evaluation of both the influence and the efficiency of the policies followed.

The improvement of the state of the hospital structures in Algeria in terms of space managed by their continuous evolution, leads to determine the actors and decisive factors of these evolutions. The political impact will certainly not be excluded.

Key words: Hospital, Evolution, regulatory texts, sphinx.



Remerciements



Nous rendons grâce à Dieu

le tout puissant pour le courage et la patience qu'il nous 'a accordé pour mener à bien notre mémoire de recherche.

Nous adressons nos remerciements

les plus vifs et témoignons notre gratitude à notre encadreur

Mme BOUANDES KARIMA suivi et leurs conseils tout au long de l'année. On leur dit un grand merci pour l'aide et conseils qu'elle nous a prodigués.

Nous tenons aussi à remercier

tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la concrétisation de notre mémoire.

A tous, on vous dit MERCI.



Hakima, Hanane & Yasmina

DÉDICACES

Je dédie ce modeste travail à mes parents, les deux êtres les plus chers pour moi, à lesquels je rends hommage pour tout le sacrifice qu'ils ont enduré pendant ma carrière d'étude ainsi que pour leur soutien.

À mes chers frères et sœurs

À toute ma famille, mes nièces et neveux

À tous mes amis « DIDINE, Mourad, MANEL, DIHIA, et YASMINA » pour leur soutien

À mes binômes ainsi qu'à toutes leurs familles

Enfin, à tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce modeste travail

HAKIMA



Dédicaces

*Je dédie ce modeste travail, à mes chers parents « **MESSOUCI Ali, GUETTAF Fatima** » pour leurs contributions, et leurs patiences ainsi que confiance qu'il m'a accordée*

*A mon cher mari « **LAMRI, Mohamed** » que je remercie du fond du cœur pour le soutien qu'il m'a toujours apporté ainsi que sa confiance et sa patience.*

*À mes sœurs « **Lydia, Louiza, Bahdja, Djamila,** » qui ont été toujours là mes côtés, Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et mon amour pour vous.*

*A mes chers frères « **Farid** » et « **Rachid** ».*

*A mes beaux-frères « **Farid** » et « **Yahia** ».*

*A mon neveu « **Younes** » ainsi que ma chère nièce « **Wissam** »*

*A mes amies « **Sara, Siham, Layla, Katia, Lydia, Asia, Nassima, Hakima, Yasmina** »*

A toute La famille et toutes les gens qui m'ont aidé de près ou de loin.

A tous mes amis de la promotion 2016/2017.

Merci à vous.

Hanane



DÉDICACES

*Je dédie ce modeste travail à mes très chers parents « MEGRI Abd-El-Kader,
YAHIAOUI Fatima », pour leur soutien*

et tous les efforts qu'on m'a donnée le long de mon parcours et je

leurs souhaite bonne santé et longue vie.

Je dédie ce travail aussi à mes très chers frères « Mourad » et « Hmanou » et

A mes sœurs « Lamia, Katia, Rachida, ».

A tous les membres de ma famille.

A tous mes amis « fahima, Hocine, Dyhia, Fatima, Hakima, Hanane ».

A tous mes amis de ma promotion 2016/2017.

A tous ceux et celles qui m'ont aidé de près ou de loin.

Yasmina



TABLE DES MATIERES

Résumé.....	I
Remerciement.....	III
Dédicaces.....	IV
Tables des matières.....	VII
Listes des tableaux	X
Listes des figures	XI
Listes des abréviations.....	XIII

Chapitre Introductif

Introduction générale.....	01
1. Problématique.....	02
2. Hypothèse.....	02
3. Objectif.....	02
4. Méthodologie.....	03
5. Structure de travail.....	03
Conclusion générale.....	03

Chapitre I : Hôpital et Evolution

Introduction.....	05
I.1 Eléments de définition	05
I.1.1 Définition de l'évolution.....	05
I.1.2 Forme et types d'évolution des structures hospitalières.....	05
I.1.3 Définition de l'hôpital.....	06
I.1.4 Définition de l'espace hospitalier.....	06
I.2 Eléments de caractérisations.....	07
I.2.1 Evolution des hôpitaux en fonction des réformes à travers le temps.....	07
I.2.1.1 Période antique.....	07
I.2.1.2 Période moyenne âge	08
I.2.2.1 Epoque médiévale chrétienne.....	08
I.2.2.2 Epoque musulmane	09
I.2.1.3 Période de la renaissance.....	10
I.2.1.4 Période contemporaine à partir de 19 ^{ème} siècle.....	12
I.2.1.5 Pôle d'excellence.....	15
Conclusion	16

Chapitre II: Hôpital et Evolution

Introduction.....	17
II.1 Eléments de définition	17
II.1.1 Définition de système de santé.....	17
II.1.2 Types de système de santé.....	18
II.1.2.1 Système national de santé.....	18
II.1.2.2 Système privé libéral.....	18
II.1.2.3 Système assurance des maladies.....	18
II.1.3 Outils de système de santé	19
II.1.3.1 Politique de santé.....	19
II.1.3.2 Planification de santé.....	19
II.1.3.3 Règlement sanitaire.....	19
II.2 Eléments de caractérisation	20
II.2.1 système de santé en France	20
II.2.2 contexte sanitaire français.....	20
II.2.1. Sur le plan architectural.....	20
II.2.2 Sur le plan matériel.....	22
II.2.3 Sur le plan économique.....	22

TABLE DES MATIERES

II.2.4 Sur le plan humain.....	23
II.2.3 Evolution de système de santé français.....	23
II.2.3 système de santé français avant 1962.....	23
II.2.3 système de santé français avant de 1962 à 1990.....	24
II.2.3 système de santé français avant de 1991 à nos jours.....	24
II.2.4 Evolution de système de santé en Algérie.....	25
II.2.4.1 contexte sanitaire algérien.....	25
II.2.4.2.1 Sur le plan architectural.....	26
II.2.4.2.2 Sur le plan matériel.....	27
II.2.4.2.3 Sur le plan économique.....	28
II.2.4.2.3.a Période entre 1962 et 1974.....	28
II.2.4.2.3.a Période entre 1979 à nos jours.....	28
II.2.4.2.3 Sur le plan humain.....	29
II.2.4.2 Evolution et contrainte de système de santé algérien à travers le temps.....	31
II.2.4.2.1 Période colonial.....	31
II.2.4.2.2 Période de l'après indépendance.....	32
II.2.4.2.3 Période de 1962 à 1973.....	32
II.2.4.2.1 Période de 1974 à 1991.....	33
II.2.4.2.1 Période de 1992 à 2002.....	34
II.2.4.2.1 Période de 2002 à nos jours.....	35
II.2.5 Impact des textes règlementaires sur l'évolution des hôpitaux.....	36
Conclusion.....	37
Chapitre III : Présentation et analyse d'évolution de corpus d'étude	
III.1 Présentation de secteur sanitaire de la wilaya de Sétif	38
III.2 Présentation de corpus d'étude de Sétif.....	39
III.2.1 Présentation de CHU Sétif.....	39
III.2.1.1 Situation de CHU Sétif.....	39
III.2.1.2 Accessibilité au CHU Sétif.....	40
III.2.1.3 Typologie de CHU Sétif.....	41
III.2.1.4 Evolution de CHU Sétif.....	41
III.2.1.4.1 Présentation du pavillon initial de CHU de Sétif.....	41
III.2.1.4.1 Présentation de différentes évolutions de CHU de Sétif.....	41
III.2.2 Présentation de l'EPH El-Eulma.....	45
III.2.2.1 Situation de l'EPH El-Eulma.....	45
III.2.2.2 Accessibilité à l'EPH El-Eulma.....	46
III.2.2.3 Typologie de l'EPH El-Eulma.....	47
III.2.2.4 Evolution l'EPH El-Eulma.....	49
III.2.2.4.1 Présentation du pavillon initial de l'EPH El-Eulma.....	49
III.2.2.4.2 Présentation de différentes évolutions de l'EPH El-Eulma.....	50
Conclusion.....	51
Chapitre IV : Résultats et discussion	
IV.1 Analyse et résultats des entretiens.....	52
IV.1.1 Organisme, politique et lois sanitaires.....	52
IV.1.2 Information des hôpitaux par les indications des règlements.....	52
IV.1.3 Application des indications des règlements par les hôpitaux.....	53
IV.1.4 Existence des mécanismes de contrôles et ses types.....	53
IV.1.5 Situation actuelle des hôpitaux et son responsable.....	53
IV.1.6 Petites interventions sur les services des hôpitaux.....	54
IV.1.7 Responsables des décisions et réalisation des interventions.....	54

TABLE DES MATIERES

IV.1.8 Besoin des services.....	55
IV.1.9 Existence des transformations au niveau des services des hôpitaux.....	55
IV.1.10 Décisions et réalisation des transformations des services des hôpitaux.....	55
IV.2 Confrontation des résultats finals.....	56
Conclusion.....	57

ARH : Agence régional d'hospitalisation

ARS : Agence régional de santé

APC : Agence public Communal

CEM : Centre d'Enseignement Moyen

CH : Centre Hospitalier

CHR : Centre-Hospitalo-Régionaux

CHG : Centre-Hospitalo- Généraux

CHS : Centre-Hospitalo- Spécialisé

CHU : Centre-Hospitalo-Universitaire

DSP : Direction de la Santé et de La population

EHS : Etablissement Hospitalier-Spécialisé

EHU : Etablissement Hospitalo-Universitaire

EPH : Etablissement Public Hospitalier

IST : Infection Sexuellement Transmissible

LH : Locaux Hospitalier

MSPRH : Ministère de Santé, de Population et de Réformes Hospitalières

OMS : Organisation Mondiale de Santé

PIB : Produit Intérieur Brut

PMSI : Programme Médicalisé des Systèmes d'Informations

RDC : Rez-de Chaussée

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquis

SNS : Système National de Santé

SPH : Service-Public-Hospitalier

UMC : Urgence Médical et Chirurgical

LISTES DES FIGURES

Figure 1. organigramme de travail. (Source. Auteur, 2016).....	04
Figure I.1. Plan de la maison de la vie égyptienne.....	07
Figure I.2. plan de l'ospidale Maggiore de Milan (1456).....	09
Figure I.3. Vue sur les hospices médiévaux.....	09
Figure I.4. Plan de bîmâristân Arghûn à Alep, Syrie.....	10
Figure I.5. vue sur la cour de bîmâristân Arghûn à Alep, Syrie.....	10
Figure I.6. Hôpital général de lisieux.....	11
Figure I.7. Plan de 1788 de l'hôpital Saint-Louis.....	12
Figure I.8. Vue aérienne sur l'hôpital Archétype de l'hôpital-cour.....	12
Figure I.9. L'hôpital Lariboisière construite par l'architecte Martin Pierre Gauthier 1790-1855.....	13
Figure I.10. pignon ouest et façade sud de l'hôpital.....	14
Figure I.11. Schéma d'un tour sur socle.....	15
Figure III.1. la carte sanitaire de la wilaya de Sétif en 2015.....	38
Figure III.2. vue sur le pavillon initial sur CHU Figure.....	39
Figure III.3. Vue sur CHU de l'extérieur.....	39
Figure III.4. Plan de situation du CHU dans la commune de Sétif.....	40
Figure III.5. Les accès principaux de CHU de Sétif.....	41
Figure III.6. Plan initial de CHU.....	42
Figure III.7. Plan de CHU après les deux premières évolutions.....	43
Figure III.8. Plan de de CHU de Sétif après la quatrième extension.....	44
Figure III.9. Plan de de CHU Sétif en 2007.....	45
Figure III.10. Situation de la ville d'Eulma.....	46
Figure III.11. Contexte immédiat de L'EPH Saroub El-kathir.....	46
Figure III.12. Entrée principal de l'EPH El-Eulma Eulma.....	47
Figure III.13. Accès réservée aux services de l'EPH El-Eulma.....	47
Figure III.14. Entrée des urgences de l'EPH El-Eulma.....	47
Figure III.15. Accès réservé aux ambulances / cas grave.....	47
Figure III.16. Schéma représentatif de typologie de l'EPH El-Eulma.....	48

LISTES DES FIGURES

Figure III.17. les différents services de l'EPH d' El-Eulma.....	48
Figure III.18. Plan de pavillon initial de l'hôpital Saroub El-khatir El-Eulma.....	49
Figure III.19. Vue de l'extérieur.....	50
Figure III.20. Vue sur l'administration.....	50
Figure III.21. Vue sur le service des maladies infectieuse.....	50
Figure III.22. Vue sur la cuisine et la buanderie.....	50
Figure III.23. Vue sur le service d'orthopédie.....	50
Figure III.24. Vue sur la médecine interne.....	50
Figure III.25. les différentes extensions de plan initial de l'hôpital Saroub El-khatir El-Eulma.	51
Figure III.26. Rapport entre politique et lois sanitaire.....	52
Figure III.27. Taux d'information des hôpitaux par les indications des règlements.....	52
Figure III.28. Application des indications des règlements par les hôpitaux.....	53
Figure III.29. Existence des mécanismes de contrôle et ses types.....	53
Figure III.30. Situation des hôpitaux et ses facteurs.....	53
Figure III.31. Type d'interventions pour chaque service.....	54
Figure III.32: Responsables des décisions et réalisations des interventions.....	54
Figure III.33. Besoins de chaque service.....	54
Figure III.34. Type des transformations au niveau des hôpitaux.....	55
Figure III.35. Décision, réalisation de transformations des services des hôpitaux.....	55

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 01	Source de financement.....	33
Tableau 02	Couverture en personnels médical et paramédical.....	33
Tableau 03	Evolution 1des ressources humaines à travers les années.....	34
Tableau 04	Indicateurs épidémiologiques à l'an 2005.....	34
Tableau 05	Confrontations des résultats des entretiens et de recherche théorique concernant le responsable d'évolution des hôpitaux	56

Introduction

Le domaine d'architecture, un domaine très vaste qui cherche le confort physique et mental de l'être humain, influence tous les domaines dont le domaine de la santé, et en parlant sur ce dernier on fait directement référence aux hôpitaux.

« *La meilleur santé c'est de ne pas sentir sa santé*¹ ». L'hôpital est une unité compliquée caractérisée par plusieurs activités et services coopérant ensemble afin d'assurer le bien-être des patients et des malades. Il n'est pas seulement la responsabilité des différents acteurs de la sante mais également celle de l'architecte chargé de projet de création de l'hôpital ou de son évolution. D'une manière précise, l'architecture de l'hôpital doit se baser principalement sur des conditions de confort des patients et doit se faire de manière à supprimer toute triste image de stresse et de faiblesse, et à assurer des espaces fonctionnels répondant à leurs besoins ainsi jouer un rôle très marquant dans leurs rétablissements.

A travers le temps, la structure hospitalière a connu plusieurs formes et multiples transformations provoquées par des enjeux et des contraintes rattachées à la période correspondante et dictées par un objectif majeur qui est la bonne prise en charge du malade, car selon Pierre Riboulet dans « Naissance d'un hôpital », la conception d'une structure hospitalière consiste à concevoir un espace où l'on ne vient non seulement pour se soigner et espérer guérison, mais aussi un endroit où l'on se sentirait mieux sur le double plan physique et psychologique, donc la prise en charge de bien-être physique et mental du malade reste l'objectif majeur.

« *Tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé. L'Etat assure la prévention et la lutte contre les maladies épidémique et endémique*². » Le système de santé en Algérie est fondé sur la gratuités des soins et la répartition équitable des ressources ainsi que la mise en place d'une stratégie de prise en charge collective des malades.

Selon le MSPRH, le domaine de la santé en Algérie est règlementé par la formulation d'un ensemble des textes, lois et réformes hospitalières touchant à plusieurs éléments d'un établissement de santé : administration, gestion, finance et fonctionnement, inclue deux axes principaux citant premièrement la formulation d'objectifs nationaux de santé, et deuxièmement la formulation d'objectifs spécifiques aux hôpitaux incluant à la fois le rôle et les fonctions hospitalières déterminantes ainsi les modes d'évolution de l'hôpital en question, donc l'hôpital comme toute autre structure sanitaire sera organisé selon les orientations de ces lois et fonctionnera dans le cadre défini par ces règlements qui sont en évolution continue depuis leurs apparition jusqu'à nos jours. Cette architecture semble être le fruit de plusieurs facteurs ainsi le résultat de multiples décisions.

¹DOMINIQUE Cupa « La santé », In : Revue Psychosomatique, N°36, 2009, p87.

² ART 54 : Constitution de la république Algérien démocratique et populaire.1989.

1. Problématique

A travers notre recherche une problématique principale émerge :

Quel est l'impact de la réglementation sur l'hôpital en Algérie ?

2. Hypothèse

Nous essaierons de traiter notre problématique en nous appuyant sur l'hypothèse suivante :

L'évolution des hôpitaux en Algérie semble être le résultat des décisions prises au niveau de ces hôpitaux et non pas une application des orientations de la réglementation.

3. Objectifs

- Comprendre les concepts : hôpital, textes réglementaires et espace hospitalier.
- Evaluer les textes réglementaires en Algérie.
- Vérifier l'impact de la réglementation sur le mode d'évolution des hôpitaux.

4. Méthodologie d'approche

Pour atteindre nos objectifs et répondre à notre problématique la méthodologie d'approche adoptée s'appuie sur 4 piliers principaux :

- Approche analytique comparative entre l'évolution des réformes hospitalières en Algérie et en France dont les critères sont tirés essentiellement de la partie théorique.
- Approche analytique descriptive qui concernera l'évolution des structures hospitalières tout en effectuant une recherche sur terrain sur la question de système de la sante au niveau de la wilaya de Sétif en étudiant l'évolution des deux hôpitaux en fonction de l'évolution des textes règlementaires. Un ensemble de supports de travail ont été utilisés dont la situation, l'accessibilité, photos d'archive, photos actuelles, le travail de magistère de M^e BOUANDES Karima qui forme le socle principal de notre travail du fait qu'elle a traité le même corpus d'étude mais avec des objectifs et un contexte autre que le nôtre.
- Entretien directif à réponses libres d'une durée variable entre (7mn et 1h) commencé dans la moitié de mois de novembre 2016 qui s'était étalée jusqu'à la fin de mois de décembre qui sont structuré selon trois phases principales ; avant l'entretien, pendant l'entretien et après l'entretien. La première consiste à la prise des rendez-vous chez les acteurs visés qui sont le MSPRH et les deux hôpitaux choisis comme corpus d'étude au niveau de la wilaya de Sétif, ainsi que la préparation des questions selon les objectifs de recherche. La deuxième consiste à l'accueil dans des conditions matérielles avec l'échange des données sur le plan de l'entretien c'est-à-dire la possibilité d'ouverture en termes de question et en termes de réponse. Arrivant à la dernière phase dont la validation de l'entretien c'est-à-dire la collecte des réponses et les

saisir dans le logiciel sphinx pour les traiter afin d'atteindre les résultats de notre travail de recherche³.

5. Structure de travail

A partir de l'hypothèse proposée et la méthodologie d'approche avancées, notre travail de recherche sera structuré comme suit :

Introduction générale.

Chapitre 1. Hôpital et évolution, chapitre consacré à la définition de l'hôpital et l'étude de l'évolution des typologies des hôpitaux générés à travers le temps ainsi que les réformes qui les accompagnent dans le but de connaître ces différentes typologies et comprendre le rapport existant entre l'évolution des réformes et l'évolution des structures hospitalières.

Chapitre 2. Texte règlementaires et évolution, dont on va étudier l'ensemble des réformes et textes règlementaires sanitaires et les classer selon leur contenu afin d'évaluer leur efficacité et d'en sortir ceux ont rapport avec la structure de l'hôpital et son évolution.

Un deuxième volet pratique qui contiendra deux autres chapitres :

Chapitre 3. Corpus d'étude, dont on va présenter le corpus d'étude et analyser chaque cas d'étude afin de matérialiser notre thème de recherche et révéler la situation réelle des structures hospitalières publiques en Algérie face à l'ensemble des règlements sanitaires.

Chapitre 4. Résultats et discussions, présentation et analyse des résultats obtenus sera faite afin de déduire l'impact des réformes sur l'évolution des hôpitaux.

Le travail sera conclu vers la fin par une conclusion générale des quatre chapitres ajoutant à quelques recommandations futures suivant les résultats constatés.

Conclusion générale.

³ GHISLAINE, Le sphinx. 2004. p02

Organigramme de travail

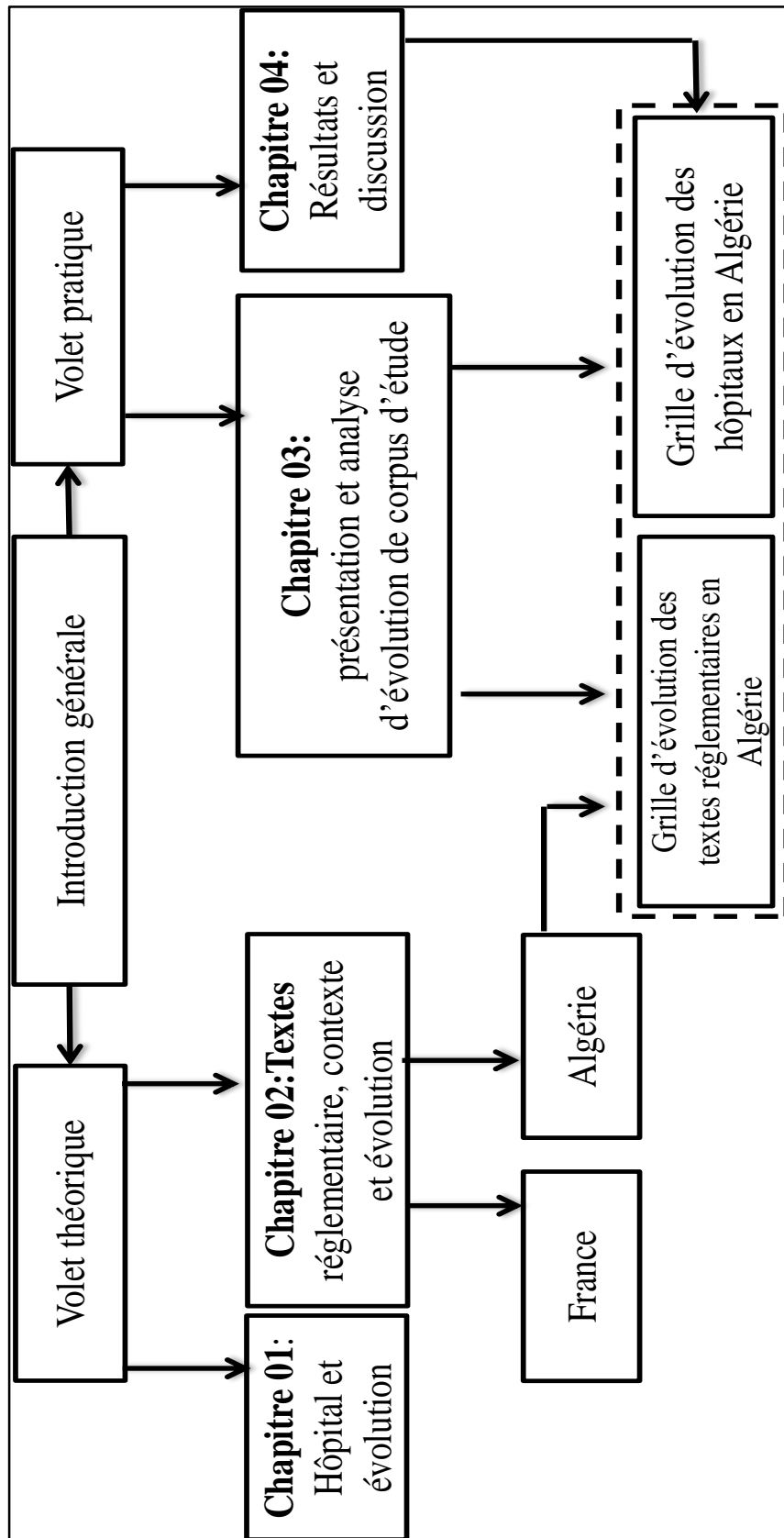


Figure 1. Organigramme de travail.
(Source : Auteur, 2016)

Introduction

Le présent chapitre traite trois axes principaux. Le premier présente le terme de l'évolution, sa définition et les formes et types d'évolution des structures hospitalières. Le deuxième correspond aux éléments de définition de l'hôpital et de l'espace hospitalier, et le troisième axe présente l'évolution des typologies des hôpitaux en fonction de l'évolution des textes règlementaires à travers l'histoire pour déduire à la fin les différentes typologies par ordre chronologique et les textes préinscrits par rapport à chaque mode d'hôpitaux.

I.1. Eléments de définition de l'hôpital

I.1.1. Définition de l'évolution

Le concept d'évolution dérivé du terme latin *evolutio* et désigne l'action et l'effet d'évoluer (se développer, tout en passant d'un état à un autre). Ceci dit que l'évolution est le développement des choses ou des organismes, par lequel ils ou elles passent d'un état à un autre. En philosophie, l'évolution est une doctrine qui explique tous les phénomènes, qu'ils soient cosmiques, physiques ou mentaux, par des transformations successives d'une seule première réalité, soumise au perpétuel mouvement intrinsèque⁴.

Selon le dictionnaire français Larousse 2014, le terme d'évolution peut distinguer à la fois : Le passage progressif d'un état à un autre, la transformation du caractère, du comportement, des opinions de quelqu'un ou quelque chose au cours du temps, l'ensemble de ces modifications considéré comme un progrès ou un développement, l'ensemble des changements subis au cours des temps ayant eu pour résultat l'apparition de formes nouvelles.

I.1.2. Formes et types d'évolution des structures hospitalières

L'évolution des structures hospitalières ne désigne pas seulement une augmentation de sa surface mais également toute opération appliquée sur cette dernière. Ces opérations sont⁵ :

-Restauration : action qui consiste à la sauvegarde de l'aspect ancien et la réparation de l'anarchie causés par les affres du temps ainsi que les usages. Elle permet la mise en valeurs du bien qui possède un intérêt architectural ou historique.

-Réhabilitation : opération qui vise à la revalorisation du cadre bâti des zones dégradées, sans modification de leur environnement socio-économique, de leur caractère urbain et architectural propre. Elle consiste à améliorer l'état constructif du bâti, ainsi à assurer un certain confort aux occupants.

-Rénovation : qui est d'après le décret n° 83/684 du 26 novembre 1983, une opération physique qui constitue une intervention profonde sur la structure existante, sans modifier son caractère principal, pouvant comporter :

- La destruction d'immeubles vétustes.

⁴ Le dico des définitions. Définition d'évolution Concept et Sens. <http://lesdefinitions.fr/evolution> 1/2. Consulté le 10/01/2017

⁵ Brahim BENYOUCEF. Analyse urbaine : éléments de méthodologie

- La reconstruction sur le même site, d'immeubles de même nature.

-Revitalisation : vise à redonner une vitalité sociale ou économique à un tissu en décroissance. Elle nécessite l'identification des périmètres urbains spécifiques qui peuvent revitaliser le lieu.

-Reconversion : Un changement de la vocation fonctionnelle de l'hôpital, par modification de leurs aménagements.

-Restructuration : une réorganisation totale, de la structure existante. Elle intervient sur les entités qui présentent une déstructuration et un manque d'homogénéité évidents.

-Densification urbaine : elle s'applique à des secteurs urbanisés qui présentent des poches non urbanisées. Ces secteurs sont souvent densifiés sous la pression de l'urbanisation et l'augmentation de leurs valeurs foncières.

-Extension : L'extension doit être guidée par le souci d'intégration fonctionnelle (programmation) et morphologique (articulation) au reste de la structure existante.

-Requalification : action qui s'adresse aux structures dégradées et en dysfonctionnement, dépourvus de lettres de noblesse.

Dans cette section, nous présentons deux définitions, celle de l'hôpital puis celle de l'espace hospitalier

I.1.3. Définition de l'hôpital

La notion d'hôpital est compliquée à définir, puisqu'elle ne concerne pas seulement un espace physique et un lieu d'échange, de communication et de prise en charge sanitaire, mais également un lieu de savoir, d'éducation, de symbole et de pouvoir.

Selon l'OMS, l'hôpital présente deux différentes définitions. La première est pratique dont « L'hôpital est un établissement desservi de façon permanente par au moins un médecin et assurant aux malades, outre l'hébergement, les soins médicaux et infirmiers ». La deuxième décrit la fonction que l'hôpital moderne devait assumer : « L'hôpital est l'élément d'une organisation de caractère médical et social dont la fonction consiste à assurer à la population des soins médicaux complets, curatifs et préventifs⁶».

I.1.4.L'espace hospitalier

L'espace hospitalier est un espace architectural qui doit satisfaire toutes les exigences des usagers en termes d'orientation, de communication, de repérage et de prise en charge sanitaire et personnelle. On peut distinguer deux types d'espaces hospitaliers⁷. Les espaces hospitaliers typiques qui sont des espaces normalisés et règlementés (espace d'hospitalisation, de consultation, espace technique, administration), et les espaces hospitaliers atypiques, qui, contrairement aux espaces typiques, sont caractérisés par la non codification normative (espaces d'accueil, d'orientation spatiale, de détente, de loisir et d'écoute).

⁶Bouandes Karima, un nouvel hôpital à Sétif, mémoire 5eme année, université farhetabbe à Sétif.p 285

⁷Idem

I.2.Eléments de caractérisation

I.2.1 Evolution des hôpitaux en fonction des réformes à travers le temps

Construit au cœur de la cité ou hors les murs d'enceinte, investi de missions charitables ou sanitaires, l'hôpital est toujours né dans des contextes précis. Saisir l'étroite relation entre les formes et leurs usages permet de mieux comprendre le sens de l'évolution hospitalière et facilite la lecture parfois complexe des sites.

I.2.1.1. Période antique

A cette époque, il n'y avait ni lois ni de gouvernement, ni lieux publics d'hospitalité des pauvres, des vieillards et des invalides. Il n'existait cependant que certains édifices ayant des fonctions autant religieuses que sanitaires.

-Maison de la vie : en Egypte, la maison de la vie est apparue comme première structure destinée aux malades qui seront soignés par les prêtres, suivie par la maison de la mort qui, comme son nom l'indique, réservée à l'embaumement des funéraires (pyramides)⁸.

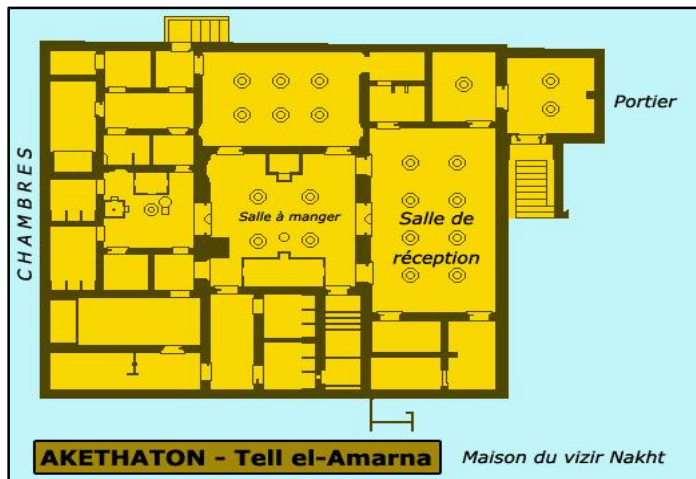


Figure I.1. Plan de la maison de la vie égyptienne
Source : (<http://www.encyclopedie.bsditions.fr>)

Date de consultation : 09-02-2011

-Les exlépieions : en Grèce, « les exlépieions » qui sont des foyers de la médecine, accueillent des malades qui seront guéris durant leur sommeil par le dieu de la médecine « asklepios » : les médecins donnaient en effet des consultations sous forme d'oracles dans le temple, et les prêtres dispensaient une thérapeute.⁹

-Infirmeries militaires : dans le courant du 1^{er} siècle après J.C, on assiste en Rome à l'apparition des premières structures qualifiées d'être indiquées comme hôpitaux, ils s'agissaient d'infirmeries militaires 217-230 spécifiques aux soldats de métiers et aux

⁸ BAHLOULI Ahmed Sofiane La politique de santé en Algérie, cas de la wilaya d'Oran. Mémoire présenté en vue de l'obtention de titre du Magister en sciences politiques et relations internationales 2011-2012

⁹ Histoire de l'hôpital et hygiène à l'hôpital.2009

esclaves des riches. La première médecine d'assistance apparaît avec le christianisme vers 325 après J.C, (plusieurs mots désignent l'hôpital, nosochemeion, ptocheion, xénodocheion) spécifiquement destinée à recevoir les malades ainsi que les pèlerins, les voyageurs et les vieillards¹⁰. L'architecture hospitalière de l'antiquité a hérité le caractère monumental et majestueux de l'édifice « *divin* », elle se résumait à cette époque sur des structures polyvalentes traduites par les temples et les portiques faisant office soit de dortoir, soit d'espace de consultations ouvert sur l'aire centrale sacrée et clos sur l'extérieur¹¹.

I.2.1.2. Moyen âge : 6^{ème} au 16^{ème} siècle

Deux contextes sont à étudier quant au moyen âge : le contexte européen et le contexte musulman.

I.2.1.1.1. Époque médiévale chrétienne

Avec le christianisme d'Etat, une idée d'une nouvelle assistance fondée sur les consignes de Christ (accueil des humbles, miséricorde envers les affligés) est apparue. Celle-ci n'est plus réservée à une catégorie ou un groupe social précis mais plutôt offerte à tous le public¹². L'hôpital devient ainsi une institution suite au code de Justinien établi en 529, qui est ouvert à tous, son fonctionnement est réglementé par l'introduction des lois et de l'administration

-L'hôtel dieu

Les typologies hospitalières étaient adaptées à leur implantation, et à leur situation sociale ou à leurs maladies (les incurables, les victimes d'épidémies, les pauvres honteux.). La population hospitalière étant d'origine modeste, la notion de charité prévalait sur celle de droit aux soins : l'hôtel dieu qui est une maison d'accueil des pauvres et des malades, des femmes enceintes, des enfants orphelins ou abandonnés et des vieillards, et qui apparaissent au cœur des villes à partir de 6^{ème} siècle. Aussi appelé hôpital-église ou hôpital hall en référence à sa conception gothique avec les halls composés d'une ou plusieurs nefs avec des voûtes en forme d'ogive, cet hôpital médiéval se caractérise par une architecture monumentale et par son emplacement, à proximité de l'eau pour la cuisine, le blanchissage et l'évacuation.

¹⁰Idem.pp01

¹¹Centre hospitalo-universitaire à Tlemcen. Mémoire fin de cycle 5^{ème} Année architecture, 2012/2013.p30

¹²BAHLOULI Ahmed Sofiane La politique de santé en Algérie, cas de la wilaya d'Oran. Mémoire présenté en vue de l'obtention de titre du Magister en sciences politiques et relations internationales. 2001-2012.p27

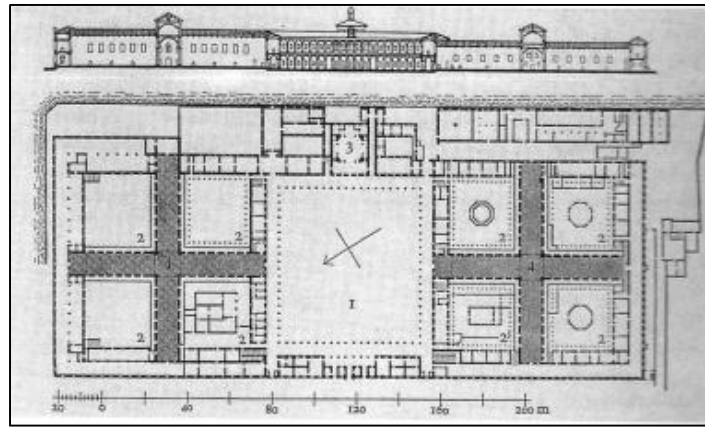


Figure I.2. Plan de l'ospitale Maggiore de Milan (1456)

Source : (FERMAND, 1999)

-Les hospices

Les hospices sont des centres des soins gratuits et des maisons d'accueils au profit des pauvres qui s'implantent aux centres des villes destinées à l'accueil des voyageurs et des pèlerins. A l'écart des villes, un troisième type d'hôpitaux est construit, les maladreries. Enfermant des lépreux, ces dernières sont tenues à l'écart des vivants et avaient un rôle de protection sanitaire¹³. C'est aussi durant la période médiévale qu'apparut **l'hôpital-chapelle** dont l'origine est un lieu de culte mais exerçant la fonction hospitalière, et la maison-hospitalière réservée aux maladies et troubles psychiques. Durant tout le moyen âge, l'hôpital n'est pas un centre des soins médicaux, mais pensé et organisé comme un lieu d'accueil, l'endroit où s'exercent les premières expériences : lieu d'enseignement.



Figure I.3. Vue sur les hospices médiévaux

Source : (<http://isdael-over-blog.com>. Date de consultation 09-02-2011)

I.2.1.1.2. Époque musulmane (Bîmâristân)

Si on revient un peu loin dans l'histoire de l'architecture hospitalière, le terme bîmâristân qui est un système d'assistance qui s'est évolué dans le monde islamique signifie ce qu'on appelle aujourd'hui « hôpital ». Bîmâristân est un mot persan (Bimar=malade ; Stan désigne lieu) qui est à l'origine un établissement où les malades étaient accueillis et pris en

¹³Catherine FERMAND. Les hôpitaux et les cliniques. Architecture de la santé. Paris, le moniteur, collection technique de conception. 2000. p01

charge par un personnel qualifié »¹⁴. Les bîmâristâns ont un autre rôle à part le centre de soins qui est l'enseignement, ils pouvaient être considérés comme des centres hospitalo-universitaires de l'époque¹⁵.

L'organisation de bîmâristân s'effectue par séparation des services pour hommes et pour femmes, réservé chacun selon les maladies à une spécialité différente¹⁶, destiné aux différentes maladies et dirigé par un ou plusieurs médecins¹⁷. Les médecins musulmans ont été les premiers à établir la distinction entre un hôpital et différents types d'accueil comme les temples de guérison et de sommeil et les asiles de l'antiquité qui ont plus une fonction d'hébergement et d'isolement des malades que celle de leur offrir un espoir de guérison.

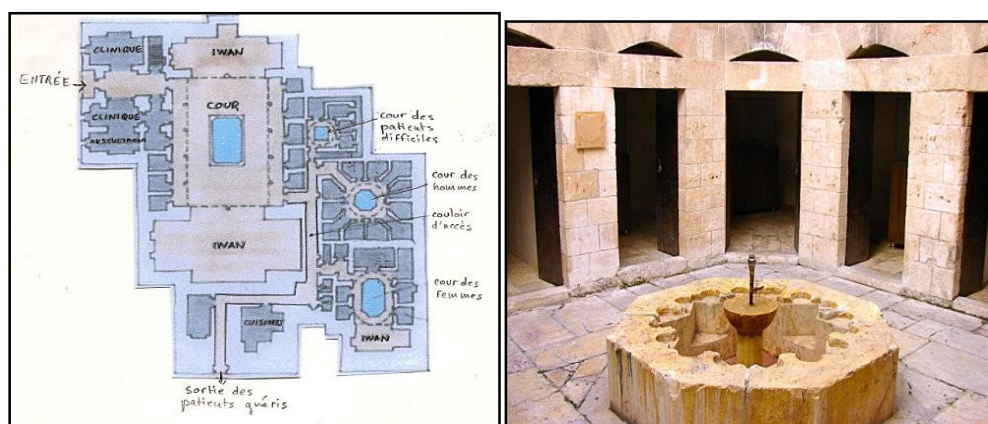


Figure I.4. Plan de bîmâristân Arghûn **Figure I.5.** Vue sur la cour de bîmâristân Arghûn à Alep, Syrie à Alep, Syrie

Source : (<http://benissa.eklablog.net>) **Source :** (<http://benissa.eklablog.net>)

I.2.1.3. Période de la renaissance 16^{ème}-18^{ème} siècle

La réforme de 1698 déciderait que l'hôpital sera administré par une assemblée générale et par un bureau comprenant de nombreux fonctionnaires relevant de l'autorité royale, projets révolutionnaires tendant à considérer l'hôpital comme un service public.¹⁸ Un édit rédigé par Henri IV en 1604, et le règlement de Colbert en 1673 ont contribué à la création des grands bureaux des pauvres au XVI^{ème} siècle.¹⁹

-L'hôpital général

L'hôpital de l'époque classique s'est manifesté en Europe par son éloignement progressif de la tutelle ecclésiastique de l'époque médiévale pour se noyer dans « l'hôpital général » chargé de réaliser le grand enfermement de tous les indésirables, vagabonds,

¹⁴Mohamed EL AYADI. Les mârîstâns dans le monde arabo-musulman

¹⁵ Driss MOUSSAOUI et Saad Eddine EL OTMANI. Histoire des Sciences Médicales, Organe Officiel de la Société Française d'Histoire de la Médecine, Revue Trimestrielle fondée par le Dr ANDR ÉPECKER, p.133 ; BAHLOULI Ahmed Sofiane, La politique de santé en Algérie, cas de la wilaya d'Oran. Mémoire présenté en vue de l'obtention de titre du Magister en sciences politiques et relations internationales. 2001-2012 p29

¹⁶ BOUANDES.2008.un nouvel hôpital à Sétif. Mémoire 5^{ème} année. Université de Sétif

¹⁷ Idem

¹⁸ Steudler François. Hôpital, profession médicale et politique hospitalière. In: Revue française de sociologie, numéro spécial 1973. Sociologie de la médecine. P22

¹⁹DURIEZ Marc, DIANE LEQUET Salma. Système de santé en Europe. Collection que sais-je. Paris : Vendôme, 1998.pp 15-18.

pauvres et vieillards, et caractérisé par sa cohabitation avec de multiples organisations altruistes²⁰.

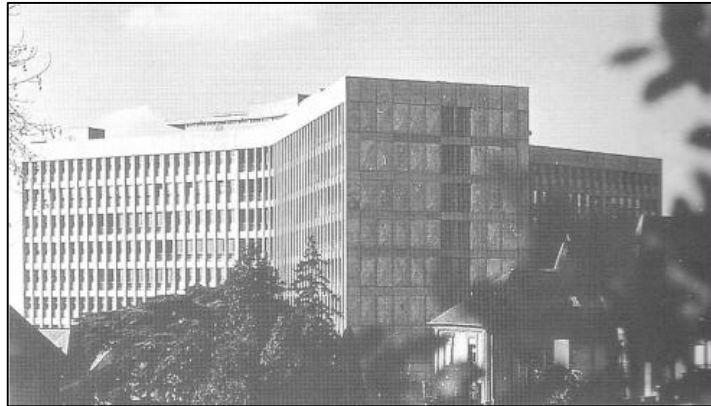


Figure I.6. Hôpital général de Lisieux
Source : (FERMAND, 1999)

-Hôpital palais et ses nouvelles deux formes : Hôpital cour et hôpital croix

Dès 1796, avec l'apparition de l'Etat, on assiste à la naissance de la politique de la santé publique suite à la conception de l'idée d'assistance sur le plan national. L'hôpital fut marqué en effet parmi les premiers équipements confiés à l'administration municipale. C'est la réforme de municipalisation inaugurée par la loi du 07 Octobre 1796²¹, dont l'objet est principalement la réorganisation de l'assistance et le passage d'un hôpital qui traite le malade à un hôpital qui guérissent le malade. Par conséquent, une importante bascule se fut de l'hôpital religieux vers l'hôpital laïc²². Inspiré du modèle italien, **l'hôpital palais** de l'ère classique qui regroupait toutes les catégories des malades adopte deux nouvelles formes qui sont la cour et la croix²³. Délimitant une cour centrale carrée ou rectangulaire, chaque corps du bâtiment dans **l'hôpital cour** compose le bras d'une croix. Les éléments de base de l'élaboration des plans d'hôpitaux se résument sur la disposition d'ensemble symétrique centrée sur l'axe entrée-chapelle, la hiérarchie des volumes intérieurs selon le caractère privatif, et la présence de galeries couvertes et de portiques²⁴. **L'hôpital croix** est un croisement de deux voûtes en berceau où se manifestent les tracés géométriques de la renaissance. La ventilation par le haut

²⁰RAOUL.L'hygiène dans les différentes phases d'un projet architectural. 2005 p06 ; Catherine FERMAND. Les hôpitaux et les cliniques. Architecture de la santé. Paris, le moniteur, collection technique de conception. 2000 p16.

²¹Aurelie. Ministère de la santé et des solidarités. Nouvelles Organisations et Architectures Hospitalières. 2009

²²Catherine FERMAND. Les hôpitaux et les cliniques. Architecture de la santé. Paris, le moniteur, collection technique de conception. 2000 p16 ; BAHLOULI Ahmed Sofiane/Directeur de recherche : REMAOUN Hassan. La politique de santé en Algérie, cas de la wilaya d'Oran. Mémoire présenté en vue de l'obtention de titre du Magister en sciences politiques et relations internationales. 2001-2012 p31 ; PALIER Bruno. La réforme des systèmes de santé Que sais-je ? Paris : PUF, 2004. p 7-14

²³Centre hospitalo-universitaire à Tlemcen. Mémoire fin de cycle 5^{ème} Année architecture. 2012/2013 p30 ; Hygiène hospitalière. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Université Médicale Virtuelle Francophone. 2011 p32 ; SOLTANE Mohammed Amine, BOUHASSOUN Abdelàalim/ Encadré par Mr. MERZOUGH. Hôpital gériatrique. Mémoire en vue d'obtention du diplôme d'état d'architecte. Soutenu le 24/6/2013 p24

²⁴ Centre hospitalo-universitaire à Tlemcen. Mémoire fin de cycle 5^{ème} Année architecture. 2012/2013 p30 ; Hygiène hospitalière. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Université Médicale Virtuelle Francophone. 2011 p32

est assurée par la coupole. L'hôpital cour se distinguait par la forme du quadrilatère du bâtiment destiné aux malades contagieux. Les quatre bâtiments en forme d'équerre encadraient les angles du quadrilatère²⁵.

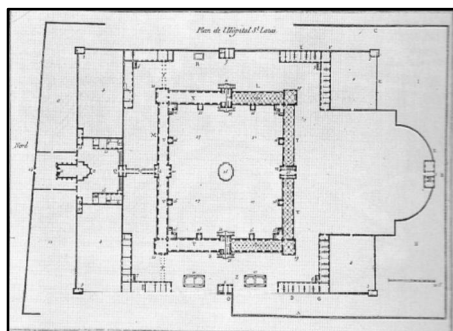


Figure I.7. Plan de 1788 de l'hôpital Saint-Louis
Source : (FERMAND, 1999)



Figure I.8. Vue aérienne sur l'hôpital cour Archétype de l'hôpital-cour.
Source : fermand, 1999)

I.2.1.4. Période contemporaine à partir du 19^{ème} siècle

La période contemporaine est caractérisée premièrement par l'apparition de l'hôpital hygiéniste puis la diffusion de l'hôpital de recherche et des sciences.

-Hôpital hygiéniste du 19^{ème} siècle

A Paris, suite à l'incendie du 29 Mars 1772 qui embrasse l'Hôtel-Dieu, une prise de conscience de l'état déplorable de l'hygiène hospitalière est déclenchée par les milieux politiques et médicaux²⁶. Ce n'est qu'autour des années 1850 que le modèle proposé par le médecin Jacques Tenon pour la reconstruction de l'Hôtel-Dieu s'est appliqué²⁷. Ce modèle tient compte principalement des conditions liées à l'hygiène, d'où la première apparition de l'hôpital hygiéniste.

Dans l'hôpital hygiéniste, les bâtiments sont indépendants mais reliés par des galeries. Une grande attention est portée à la question de la ventilation, ses principes architecturaux peuvent se résumer sur la segmentation des bâtiments indépendants mais reliés par des galeries ; le refus des grandes concentrations. Son organisation générale, très ordonnancée, cherche à répondre à de nouveaux besoins logistiques et sanitaires tels que l'installation de bains, de cabinets d'aisance, de buanderies, d'étuves à désinfection²⁸.

-Hôpital pavillonnaire

Suite à l'intervention progressive de l'Etat, la notion d'assistance s'institutionnalisait en France par la promulgation de la loi du 15 Juillet 1893 qui porte sur l'assistance médicale gratuite. Cette loi de solidarité sociale assume les soins à tous les individus alors

²⁵SOLTANE Mohammed Amine, BOUHASSOUN Abdellalim/ Encadré par Mr. MERZOUGH. Hôpital gériatrique. Mémoire en vue d'obtention du diplôme d'état d'architecte. Soutenu le 24/6/2013.

²⁶Hygiène hospitalière. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Université Médicale Virtuelle Francophone. 2011 p32 ; Raoul. Implication de l'hygiène dans les différentes phases d'un projet ARCHITECTURAL. 2005 p06

²⁷RAOUL. Implication de l'hygiène dans les différentes phases d'un projet architectural. 2005 p06

²⁸Hygiène hospitalière. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Université Médicale Virtuelle Francophone. 2011 p32

qu'auparavant la plupart des hôpitaux n'étaient ouverts qu'aux indigents des communes titulaires d'un hôpital²⁹. Les recherches de Louis Pasteur sur la microbiologie durant la deuxième moitié du 19^{ème} siècle et la découverte de la transmission des germes dans les années 1860 diffusent la notion de contagion et révèlent la nécessité de la combattre en séparant les malades et en stérilisant les outils médicaux³⁰. De part cela, la construction des hôpitaux s'est notamment présidée par la suite par les notions d'hygiène et de contagion. Le développement à la fois de l'hygiène pasteurienne et des spécialisations médicales ont mené à un nouvel type d'hôpital avec des constructions isolées dit « type pavillonnaire ». Dans l'hôpital pavillonnaire, l'organisation des services en plusieurs bâtiments séparés assure l'isolement des malades en fonction de leur pathologie. Conçu comme un quartier, avec ses rues et ses places, ce type d'hôpital considéré couteux en matière d'espace, est pensé à l'image d'une cité-jardin³¹. Ses pavillons sont organisés autour d'une cour découverte participant à la réduction des risques de contamination et des infections croisées³².

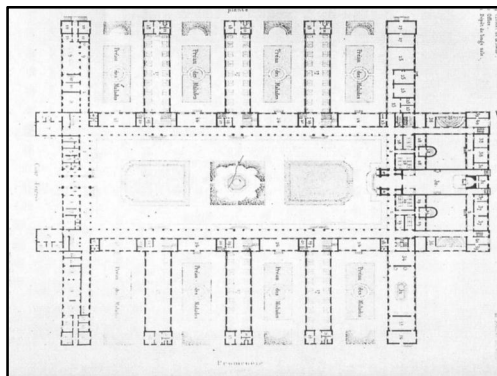


Figure I.9. L'hôpital Lariboisière construite par L'architecte Martin Pierre Gauthier 1790-1855
Source : (FERMAND, 1999).

²⁹Catherine FERMAND. Les hôpitaux et les cliniques. Architecture de la santé. Paris, le moniteur, collection technique de conception. 2000 p18

³⁰Hygiène hospitalière. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Université Médicale Virtuelle Francophone. 2011 p33 ; Catherine FERMAND. Les hôpitaux et les cliniques. Architecture de la santé. Paris, le moniteur, collection technique de conception. 2000 p17

³¹Hygiène hospitalière. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Université Médicale Virtuelle Francophone. 2011 p33

³²SOLTANE Mohammed Amine, BOUHASSOUN Abdelàalim/ Encadré par Mr. MERZOUGH. Hôpital gériatrique. Mémoire en vue d'obtention du diplôme d'état d'architecte. Soutenu le 24/6/2013

-Hôpital monobloc années 1940-1950

Les années 1940-1945 marquent un tournant en profondeur dans le domaine de la santé pour une série de raisons dont la promulgation de la loi de 1941 qui modifie la structure de l'administration hospitalière, et qui transforme l'hôpital en centre de soins, et ouvert à toute les classes de la société, mais qui n'aura lieu qu'à partir de 1945 ou la sécurité sociale a été créé³³. Par conséquent, les hôpitaux publics sont évolués peu à peu et ils se sont ouverts à toutes les couches de population surtout après la deuxième guerre mondiale pour devenir progressivement de véritables centres de hautes technologies médicales d'où l'apparition de **l'hôpital scientifique** dont la fonction joue une triple mission : soins, enseignements, recherches³⁴. Suite à la réforme hospitalo-universitaire de 1958 dite « loi Debré, l'hôpital qui est un centre de soins, accueille aussi un centre de recherche et de formation. Cette réforme conforte cette architecture hospitalière qui impose une image toute puissante de la médecine. C'est l'ère des bâtiments très fortement technologiques³⁵.



Figure I.10. Pignon ouest et façade sud de l'hôpital, derrière laquelle se trouvent les services d'hospitalisation
Hôpital

Source : (FERMAND, 1999)

L'intégration de la dimension économique dans la construction des hôpitaux a conduit à la conception d'un nouveau modèle conçu aux Etats-Unis dans lequel la rationalisation des fonctions et des coûts s'exprime par la verticalité. La nécessité de créer des circuits différenciés séparant les malades, le personnel, les visiteurs et les matières, apparaît pour la première fois. L'amélioration des conditions de travail de personnel, la réduction des trajets et le rectilignement des circulations deviennent les visées de l'architecture hospitalière du 20^{ème} siècle. Ainsi, la superposition des pavillons paraît comme meilleure réponse à ces nouvelles

³³ Catherine FERMAND. Les hôpitaux et les cliniques. Architecture de la santé. Paris, le moniteur, collection technique de conception. 2000, p28 ; STEUDLER François. Hôpital, profession médicale et politique hospitalière. In : Revue française de sociologie, numéro spécial. 1973. Sociologie de la médecine. p. 13-40 ; http://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1973_hos_14_1_2156 p 23

³⁴Aurelie. Ministère de la santé et des solidarités. Nouvelles Organisations et Architectures Hospitalières. 2009 p 08

³⁵Hygiène hospitalière. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Université Médicale Virtuelle Francophone. 2011 p33

exigences. C'est de là que fut et premièrement aux Etats Unies la naissance de l'Hôpital Bloc³⁶.

-La tour sur socle

Avec le début des années 1980, même si le principe de la verticalité de type bloc de l'hôpital demeure, les blocs commencent à se juxtaposer, positionnés sur une base de plus en plus large pour donner naissance à un nouveau type baptisé « tour sur socle ». Ce nouveau bâtiment est donc configuré en deux volumes : une tour, qui surmonte un socle plus étendu et moins haut. Les parties techniques et imageries médicales sont organisées dans la base et l'hébergement dans les étages. Plus on monte plus les surfaces consacrées aux chambres sont grandes³⁷.

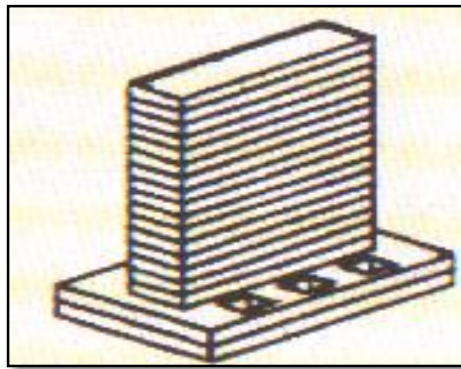


Figure I.11. Schéma d'un tour sur socle

Source : (Fernand, 1999)

-L'hôpital poly-blocs

A partir des années 1980, fonctionnalité et humanisation sont conciliées. La monumentalité socle-tour disparaît au profit d'un jeu plus urbain de volumes compacts. Les concepteurs architecturaux et urbains optent pour un prolongement de la ville dans l'hôpital par des fonctions qui seront organisées le long d'une rue intérieure, principe sur lequel le type poly-blocs est essentiellement fondé dont un soin particulier est apporté à l'ambiance interne et à l'éclairage naturel³⁸.

³⁶Hygiène hospitalière. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Université Médicale Virtuelle Francophone. 2011 p3 ; Centre hospitalo-universitaire à Tlemcen. Mémoire fin de cycle 5^{ème} Année architecture. 2012/2013 p31 ; RAOUL. IMPLICATION DE L'HYGIENE DANS LES DIFFERENTES PHASES D'UN PROJET ARCHITECTURAL. 2005 p09

³⁷ KEZAI FARID, BEN KHARFALLAH MOHAMED RAFIK/ encadré par MANTER AMAR, Un hôpital général à El-Eulma, Détail du bloc de rééducation, 2013 p16 ; Hygiène hospitalière. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Université Médicale Virtuelle Francophone. 2011 p33

³⁸Hygiène hospitalière. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Université Médicale Virtuelle Francophone. 2011 p33 ; RAOUL. IMPLICATION DE L'HYGIENE DANS LES DIFFERENTES PHASES D'UN PROJET ARCHITECTURAL. 2005 p10

I.2.1.5. Pôles d'excellences

L'évolution des hôpitaux prend une nouvelle information dont la création des pôles d'excellences qui est un regroupement de plusieurs services autour d'un organe, ou une population³⁹. L'hôpital doit être construit comme un ensemble humain défini dans le cadre de la réflexion médicale et chirurgicale, et la priorité de la prise en charge des patients⁴⁰.

Les pôles d'excellences peuvent se distinguer en deux types : pôle spécialisé et pôle d'organe dont le premier regroupe les disciplines faisant appel à l'hospitalisation⁴¹

La mise en place des pôles présente à l'hôpital une chance à la conception organique ainsi que l'évolution de différentes modes de gestion stratégique, un schéma fonctionnel aux multiples aspects dont la gestion des patients, les procédures de prise en charge harmonisées, la gestion des moyens, le regroupement et l'aménagement des locaux, le système d'information, le flux et circuit, et enfin l'ergonomie⁴².

Conclusion

L'évolution continue des hôpitaux à travers les périodes de l'histoire a engendré des formes et des typologies nouvelles déterminées par plusieurs facteurs. Politique, société, économie, médecine et architecture sont tous des aspects contribuant à la transformation du caractère structurel des établissements hospitaliers et leur adoption de nouvelles formes et organisation.

La création et l'évolution des établissements hospitaliers suivaient plusieurs facteurs dont la politique ne s'excluait pas. Par conséquent, plusieurs règlements ont été élaborés pour régir la communauté hospitalière ainsi, leur mise en place a engendré de plus en plus de nouvelles typologies. Le tableau suivant synthétise l'évolution des typologies hospitalières en fonction de l'évolution des réformes et des lois sanitaires.

³⁹ Catherine FERMAND, les hôpitaux et les cliniques, Architecture de la santé. Paris, le moniteur, « collection technique de conception », 2000.p53.

⁴⁰ Aurélie, nouvelles_organisations_et_architecture_hospitaliere.2009. pp34

⁴¹ Catherine FERMAND les hôpitaux et les cliniques. Architecture de la santé. Paris, le moniteur, « collection technique de conception », 2000.p61.

⁴² Idem.pp.35

Introduction

Dans ce deuxième chapitre, nous étudions l'évolution des politiques et textes réglementaires sanitaires en France puis en Algérie. L'objectif étant de comparer les deux contextes et déduire les points de convergence et de divergence entre les deux, d'évaluer la politique sanitaire française et algérienne et connaître le contenu de ces derniers afin d'en ressortir les dimensions d'influence de ces textes et lois sanitaires sur les hôpitaux et leurs évolutions.

II.1 Elément de définition

II.1.1 Définition du système de santé

La santé, telle qu'elle est définie selon l'OMS en 1946 comme « un état de bien-être physique, mental et social sans maladies ni infirmités. la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits de tout être humain »⁴³ renvoie à la fois à un état statique et un acte dynamique : on dit état statique puisqu'elle est traitée comme un état continu et durable, et acte dynamique car elle renvoie à une qualité améliorée, ainsi révèle la réalité d'un dynamisme. Donc pour fournir ce droit à tout individu, il faut recourir à des moyens d'accomplissement. La santé autant que droit lance une question de responsabilité et de devoir, et c'est ainsi que sa conception sera par la suite liée à une conception sociale régulée par un système planifié qui est le système de santé dont va dépendre l'état de la santé.

Selon l'OMS, Le système de santé est l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé. Pour renforcer les systèmes de santé, il faut surmonter des obstacles dans plusieurs domaines : effectifs des personnels de santé, infrastructures, matériel médical et médicaments, logistique, suivi des progrès et efficacité du financement. Pour fonctionner, un système de santé a besoin de personnel, de moyens financiers, d'informations, de fournitures, de moyens de transport et de communication, ainsi que d'orientations générales. Il doit fournir des services correspondant aux besoins et financièrement justes et traiter les patients décemment. Selon J.-P. Grangaud, un système de santé est un ensemble complexe de personnes et de structures liées par un ensemble de relations régies par la loi, et organisé en vue de prendre en charge la santé de la population d'un pays. Ainsi, le système de santé concorde à l'ensemble des éléments qui définissent l'état de la santé publique, il s'organise comme un système planifié d'actions dont l'objectif est le perfectionnement du cadre de la santé d'une population.

⁴³ Bahlouli Ahmed Sofiane, la politique de santé en Algérie, le cas de wilaya d'Oran, mémoire présente en vue d'obtention de titre de magistère en science politique et relations internationales. Algérie : Oran ,2011/2012,p18.

II.1.2 Types de système de santé

L'évolution de système de santé après la 2eme guerre mondiale a engendré 3 catégories de systèmes :

II.1.2.1 Système nationale de santé

Régulé entièrement et contrôlé par l'état et avec un budget économisé, ce système est fondé sur la gratuité des soins et une couverture médicale universelle, et vise à assurer une égalité des soins pour l'ensemble de la population, « son financement est assuré grâce aux cotisations et les contributions des assurances maladies⁴⁴. L'impact est calculé selon le revenu et non pas le profil du risque, les dispenses sont contrôlées a priori, le budget est arrêté chaque année. la médecine de la ville est assurée par les généralistes. Les dépenses sont réduites donc c'est un bon résultat du point de vue économique, mais d'un autre coté la liste d'attente est longue ce qui provoque une insatisfaction de la part de consommateur des soins et par conséquent une inquiété et une efficacité réduite⁴⁵.

II.1.2.2 Système privé libéral

Le système privé libéral est régulé par le marché, le système libéral s'incline à l'offre et la demande suivant les règles économiques, il est organisé en en système public résiduel et système privé. Le premier garantie les urgences et la couverture sanitaire des personnes âgées et celle pauvres, quant aux deuxième il englobe les assurances privées financée par les employeurs. Dans ce système la population est sous couverture médicale, et reçoit l'offre de soins par trois mécanismes⁴⁶ :

- Medicaid : assistance médicale des pauvres.
- Medicare : assurance de maladie destinée à des personnes âgées.
- Assurance maladies privée

II.1.2.3 Système assurance maladie

Le système assurance maladie est ordonné en deux parties : privé et public ; il s'appuie sur la cloison de son médecin. Son financement se fait à travers les cotisations et les coopérations des assurances maladies. L'organisation est marquée parfois par la centralisation et autre par la régionalisation. Les soins de la population de la ville sont assurés à 60% par les médecins spécialistes et 40% par les généralistes.

Le type d'un système de santé est déterminé selon les modalités de son financement qui se fait soit par l'impôt, soit par les cotisations des assurés sociaux. Et les sources de financement sont soit des sources privées (assurances privées, paiements directs) soit des sources publiques (administrations publiques, organismes de sécurité sociale).

⁴⁴ Palier Bruno, La réforme des systèmes de santé, Que sais-je ? Paris : PUF ?2004. p.29-30

⁴⁵ DURIEZ Marc, DIANE LEQUET Salma, système de santé en Europe, collection Que sais-je Vendôme. 1998. pp15-26

⁴⁶ Palier Bruno, La réforme des systèmes de santé, Que sais-je ? Paris : PUF ?2004.p.29-30

II.1.3 Outils de système de santé

Dans le but de sa mise en place, le système de santé incarne plusieurs outils dont :

II.1.3.1 Politique de santé

La politique de santé peut être définie comme étant la science gouvernementale de l'Etat qui s'occupe de l'affaire sanitaire, elle intervient d'une façon directe sur la santé vu que cette dernière est considérée de par son usage comme un secteur de l'activité économique et forme un lieu d'intervention des pouvoirs publics pour toute opération ou réalisation sanitaire. Elle représente également un domaine de la vie sociale où l'état détermine ses cloisons en fonction des besoins nationaux et l'objectif est principalement leur satisfaction.

II.1.3.2 Planification sanitaire

On entend par la planification l'aménagement et la régulation. La planification sanitaire se définit comme étant la régulation par l'autorité administrative des établissements de santé⁴⁷, elle vise principalement la répartition équitable des services de la santé à travers tout le territoire d'un pays, la rationalisation de l'offre de soins ainsi que l'organisation de l'accès aux soins et aux matériels.

II.1.3.3 Règlements sanitaires

Le système de santé est structuré en un ensemble de textes réglementaires élaborés dans le cadre d'une loi sanitaire qui est selon le dictionnaire des droits privés une disposition normative et abstraite posant des règles juridiques écrites d'application obligatoire qui gèrent la société médicale et qui fixent l'organisation des structures sanitaires, qui assurent son maintien ou son ajustement. Ces règles juridiques se traduisent par l'ensemble des textes réglementaire regroupant des réformes sanitaires, des décrets et arrêtés ainsi que des ordonnances et circulaires

Selon le dictionnaire Robert, la réforme est un changement profond apportés **dans** la forme d'une institution afin de l'améliorer, et d'en obtenir de meilleurs résultats, par conséquent, une réforme sanitaire est comme un processus visant à ajuster le SNS qui est le changement de son application, principalement aussi certaines de fonctionnement des structures et de prise en charge de la santé d'une population. Et selon le MSPRH, la réforme hospitalière est définie comme une série de mesures à caractère organisationnel, managérial et financier permettant d'améliorer la performance du secteur public et de le rendre compétitif.

Provenant du pouvoir exécutif, **le décret** représente un acte de portée générale ou individuelle. Les règles qu'il établit peuvent être applicables à toutes les personnes ou ne concerne qu'un seul individu. Les décrets signés par le président de la république sont publiés aux journaux officiels. Ils peuvent être constitués par des articles, des arrêtés et même parfois par des ordonnances et des circulaires. (Droit-finances.net). Dans le vocabulaire civil, le mot **Arrêté** fait référence à une décision mise en place par les juridictions civiles de degré

⁴⁷ Comité éditorial de l'UVMaF, La planification sanitaire, France : Francophone. 2014. p3

supérieur, contrairement aux jugements promulgués par les juridictions de premier degré. L'arrêté en droit administratif indique une décision prise par les préfets et les maires des municipalités⁴⁸. L'ordonnance, qu'elle soit contenue dans un décret ou élaborée en autonome, est définie comme étant une décision prise par un juge, généralement suite à une extrême urgence pour régler une situation qui risque de s'aggraver au moins provisoirement⁴⁹. Le circulaire représente un document écrit adressé par une autorité administrative (ministère ou chef de service) à ses subordonnés afin de les informer de l'interprétation à adopter d'une législation ou d'une réglementation particulière (décrets, arrêtés) et de la manière à l'appliquer. En effet elle est une recommandation qui n'a pas de caractère impératif, et non pas en principe une décision.

Le système de santé est donc un processus qui instaure une politique, oriente une planification et regroupe un ensemble de règlements et de réformes.

II.2. Elément de caractérisation

Cette section est réservée à l'étude de deux systèmes sanitaires : français et algérien pour déduire vers la fin la différence entre les deux cas. Pour ce fait, on a accumulé des informations concernant l'évolution des systèmes sanitaires des deux cas à travers plusieurs périodes : Politique, planifications et textes réglementaires.

II.2.1 Système de santé en France

Le système de santé français se caractérise par une organisation institutionnelle au sein de laquelle l'Etat a un rôle prépondérant dont la finalité est de promouvoir la santé publique en réduisant au plus bas les risques sanitaires de la population, en garantissant la meilleure qualité de soin et en assurant la plus grande équité des individus vis-à-vis la santé. L'organisation du système de santé recouvre cependant un ensemble de services et organismes centraux ainsi que des organisations régionales et départementales.

II.2.2 Contexte sanitaire français

Le domaine de la santé constitue un sujet d'intervention de plusieurs domaines, qui influencent d'une manière directe les établissements et les activités sanitaires.

En France, le fonctionnement de l'établissement hospitalier dépend principalement de quatre grands axes touchés par l'ensemble des textes réglementaires sanitaires : économie, architecture et construction, ressources humaines et matériels hospitaliers. L'étude de ces axes permet de vérifier l'efficacité du système de santé suivi.

II.2.2.1 Sur le plan architectural

Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotés d'une autonomie administrative et financière, c'est-à-dire qu'ils sont gérés par un Conseil

⁴⁸Dictionnaire du droit privé de serge braudo

⁴⁹ Idem

d'Administration et qu'ils disposent d'un budget propre. Les missions de service public hospitalier français se résument principalement sur⁵⁰ :

L'assurance des examens de diagnostic, de surveillance et de traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes, en tenant compte des aspects psychologiques du patient.

La participation à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention.

La participation à la mise en œuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire. La réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale.

La mise en place d'un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux répondant à des conditions définies par voie réglementaire.

Le concours à l'enseignement universitaire et postuniversitaire, aux différentes recherches médicales et pharmaceutiques et à la formation des personnels paramédicaux établissements publics de santé en France sont diversifiés de par leurs spécialisations, leur durée de séjour (court, moyen et long séjour) et leur mode de financement. On distingue ainsi les centres hospitaliers (CH) et les hôpitaux locaux (LH)⁵¹.

- **Les Centres Hospitaliers (CH)**

Les centres hospitaliers réunissent cinq typologies :

Les centres hospitaliers régionaux CHR qui ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation et figurent sur une liste établie par décrets. Leur mission est d'assurer les soins courants à la population proche, mais également des soins techniques de haut niveau (de 2ème ligne, de recours) pour l'ensemble de la population régionale voire nationale et internationale.

Lorsque le centre hospitalier a passé une convention avec une université comportant une ou plusieurs unités de formation et de recherche en médecine, pharmacie ou odontologie on parle ainsi d'un CHU (Centre Hospitalo-Universitaire)

Contrairement aux CHU, les CH non universitaires et qui sont les plus nombreux, sont les CH n'ayant pas passé une convention avec une unité de formation et de recherche.

Les deux autres typologies sont les Centres Hospitaliers Généraux (CHG) qui offrent des soins généraux et les Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS) qui présentent des spécialités précises.

- **Les Hôpitaux Locaux (HL)**

Les HL comportent des unités d'hospitalisation destinées à la pratique médicale courante. Ils peuvent en outre avoir des activités de moyen et long séjour. Précisée par la loi, la mission de ces hôpitaux est l'assurance des soins de courte durée ou soins concernant des affections graves pendant leur phase aiguë qu'en médecine. Pour assurer ces soins, ils doivent passer une convention avec un ou plusieurs CH publics ou établissements de santé privés

⁵⁰ Laurent MOLINIER. Système Hospitaliers Français, 2010, p.09-11

⁵¹Idem p.03

assurant le Service Public Hospitalier (SPH) ou associés à son fonctionnement, qui dispensent ces soins.

L'édification des équipements et établissements de santé est en augmentation continue en France où le nombre atteint le 2877 en 2007 entre Hôpitaux public et privés⁵².

II.2.2.2 Sur le plan matériel

Le SAE 2007 démontre que l'ensemble des hôpitaux français possède en totalité : 449 643 lits d'hospitalisation complète ou de semaine, 44 986 places en hospitalisation partielle (jour ou nuit), 10 461 places en anesthésie ou chirurgie ambulatoire, et 9 325 places en hospitalisation à domicile.

Avec une densité moyenne de 8,4 lits pour 1000 habitants, dont la moitié dans les services de court séjour, la France se situe à peu près au niveau de la moyenne européenne. L'évolution, sur la période 1998-2007, montre une baisse de 6% du nombre des établissements de santé, associée à une baisse de la durée moyenne de séjour. Pendant la même période, la fréquentation hospitalière a continué à s'accroître. Au niveau régional ou départemental, les écarts de densité sont importants. Par exemple, pour les services de soins de courte durée, les densités départementales varient de 2,5 à 6 lits pour 1000 habitants, sans compter Paris qui en offre 9,8⁵³.

II.2.2.3 Sur le plan économique

Depuis 1983, le système de financement des établissements publics adopté en France était celui de budget global appelé « dotation globale de financement »

A partir de l'an 2007 on assiste à la généralisation du financement par la tarification à l'activité telle que figurant dans le Plan Hôpital 2007. La tarification à l'activité est une méthode de financement des établissements de soins publics et privés qui permet d'évaluer leur rémunération en fonction de leur activité effective pour une prise en charge analogue et un prix identique. L'activité de l'établissement est mesurée et évaluée par le recueil d'informations effectué par les établissements au travers du Programme médicalisé des systèmes d'informations (PMSI)⁵⁴.

Selon Irdes, la part des dépenses de santé atteint 11,6 % du PIB (produit intérieur brut) en 2011, selon la Drees dans son Panorama des établissements de santé 2014, ce qui place la France au troisième rang mondial derrière les États-Unis et les Pays-Bas et à tout juste devant l'Allemagne. Les dépenses courantes de santé en France s'élevaient, en 2013, à 242 milliards d'euros. La consommation médicale totale s'élevait, en 2013 toujours, à 2 896,50 euros par personne et par an soit 190,25 milliards d'euros en tout.

L'essentiel du financement de l'activité des hôpitaux provient de l'assurance maladie. En 2012, celle-ci a consacré plusieurs dizaines de milliards d'euros à l'hôpital public. Ces

⁵²Laurent MOLINIER. Système Hospitaliers Français, P.53.

⁵³ Idem, P.53.

⁵⁴Le financement des établissements de santé, p.06

sommes proviennent des cotisations sociales versées par les employeurs, les salariés et les travailleurs indépendants. L'assurance maladie est l'une des branches de la sécurité sociale, qui couvre les risques maladie, invalidité, vieillesse, décès, veuvage et maternité.

II.2.2.4 Sur le plan humain

Au sein des établissements de santé, Le contexte humain réunit d'une part, des médecins, odontologistes et pharmaciens auxquels s'ajoutent les internes et faisant fonction d'internes en formation et, d'autre part, des sages-femmes, des personnels paramédicaux et des personnels techniques et administratifs. L'étude de contexte humain inclut également les usagers qui constituent la catégorie bénéficiant des soins⁵⁵.

Globalement, le personnel médical (médecins et pharmaciens) représente 14% des effectifs, le personnel administratif et le personnel technique (entretien), environ 10% chacun. Les personnels soignants et éducatifs sont les plus nombreux (60% des effectifs) ; il s'agit essentiellement des infirmiers, des aides-soignants et des agents hospitaliers. Enfin, les personnels médicotechniques (techniciens de laboratoire, manipulateurs radio...) représentent 5% des effectifs. L'exercice à temps partiel se généralise dans les établissements de santé ; il concernait un cinquième du personnel non médical des hôpitaux publics.

Selon la profession exercée et le statut de l'établissement, les uns sont salariés à temps plein ou partiel, les autres sont des libéraux, rémunérés à l'acte directement par le patient (ou sa caisse d'assurance maladie). La pratique libérale dans les établissements de santé est possible pour toutes les professions dont les actes peuvent être remboursés par l'assurance maladie⁵⁶.

Concernant les usagers, Chaque jour, 200 000 personnes sont accueillies à l'hôpital, 60 000 personnes sont accueillies en cliniques et 20 000 interventions chirurgicales ou exploratoires sont réalisées⁵⁷. Ce nombre place la France dans les premiers rangs dans les offres hospitalières fournis par l'ensemble des pays européens.

Sur les plans étudiés (architectural, matériel, économique et humain), les résultats enregistrés montrent l'efficacité du système de santé suivi, de par la suffisance en matière de nombre des structures hospitalières, de lits et d'effectif sanitaire et la bonne répartition des ressources matérielles et l'adaptation d'un mode de financement réussi. Cela se traduit par l'évolution des taux de bénéfice en soins ce qui place la France dans les premiers rangs dans les offres hospitalières fournis par l'ensemble des pays européens.

II.2.3 Evolution et spécificités du système de santé français

II.2.3.1 Système de santé français avant 1962

Avant d'être une institution sanitaire, l'hôpital français constituait jusqu'à la fin du 19^{ème} siècle une institution sociale destinée principalement à l'accueil exclusif des pauvres

⁵⁵Laurent MOLINIER. Système Hospitaliers Français, 2010, p.5_6

⁵⁶ Idem, p 05-06

⁵⁷Idem.PP.55.

malades. C'est à partir du 18^{ème} siècle que l'idée de l'assistance médicale est conçue dont le but est de considérer la pauvreté comme un problème politique, et exactement en 1838 que la première planification hospitalière est mise en place, mais qui n'était pas une réelle planification puisqu'elle ne concernait que les hôpitaux psychiatriques avec un asile par département.

Les textes règlementaires durant cette période s'inclinent vers l'adaptation de la notion du droit aux soins d'où la fourniture de l'accès aux structures sanitaires pour tout individu, ainsi que les premiers rayons du développement des activités hospitalières.

II.2.3.2 Système de santé français de 1962 à 1990

Cette période est caractérisée par la mise en place de la réforme hospitalo-universitaire dite réforme Debré, visant l'adaptation des structures juridiques de l'hôpital. Les lois prescrites durant cette période touchent le plus le cadre économique et matériel.

La France assiste durant cette période à la naissance d'un vrai système de santé (loi de 1970), tout en prenant en compte les deux secteurs d'hospitalisation privée et publique, ainsi l'adoption de la carte sanitaire comme une planification nationale. La carte sanitaire constitue le schéma directeur de l'organisation du système national de santé. Elle fixe les normes de couverture sanitaire au niveau national et régional pour assurer une répartition équitable des soins de santé et elle a pour objet de prévoir les évolutions nécessaires, en vue d'adapter l'offre de soins et satisfaire de manière optimale la demande de santé. A cette fin, la carte sanitaire détermine l'implantation, la nature, l'importance des installations sanitaires y compris les équipements lourds ainsi que les activités de soins nécessaires pour répondre aux besoins de la population. Elle fixe aussi les limites des régions ainsi que les réseaux de prise en charge de problèmes particuliers de santé. La carte sanitaire est révisée périodiquement et, de manière obligatoire, tous les cinq ans⁵⁸.

II.2.3.3 Système de santé français depuis 1991 à nos jours

A compter des années 1991, la politique sanitaire française prenait une nouvelle stratégie qui est la régionalisation du système de santé, dont l'intérêt est de fournir une meilleure orientation sanitaire, par conséquent, la carte sanitaire fut renforcée en 1991 par un schéma d'organisation sanitaire (SROS) qui vise la transformation de l'organisation des soins, en substituant aux organisations de soins traditionnelles, des organisations plus efficaces et en mobilisant des outils favorisant la qualité de soins⁵⁹.

Cette politique s'accompagnait aussi de nouveaux modes de planification : création des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) en 1996, régionalisation des budgets, plan hôpital 2007 et 2012, et création des Agences Régionales de Santé (ARS) en 2009. Les textes

⁵⁸ Ministère de la santé, de population et de réforme hospitalière, Avant-projet de la loi sanitaire, version provisoire soumise à concertation, Février 2003

⁵⁹ Agence Régionale de Santé de Lorraine, Le Schéma Régional d'Organisation des Soins 'SROS-PRS' – Janvier 2012, pp2

règlementaires élaborés, quant à eux, incarnent plusieurs dimensions : architecturale, matérielle, économique et humaine.

L'apparition réelle de la politique et la planification sanitaire en France date de 1970. Cette planification se traduisait d'abord au niveau national par l'utilisation de la carte sanitaire, puis elle s'est progressivement régionalisée dans le cadre des dynamiques de la décentralisation dans le but de fournir une meilleure orientation des choix en fonction des besoins et de l'offre de santé.

Les différents textes règlementaires sanitaires proposent des solutions pour les problèmes de la santé rencontrés au niveau des établissements, ainsi plusieurs lois et ordonnances qui apportent des modifications au système de santé et principalement à la planification sanitaire.

II.2.4. Système de santé en Algérie

Le système national de santé est structuré sous forme pyramidale :

a) le niveau central est constitué du Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme hospitalière, des instituts et des agences nationales de santé ; ils sont chargés de la conception et de l'orientation de la politique de santé, de la supervision et de l'évaluation de la mise en œuvre des ressources financières, matérielles et humaines ;

b) le niveau intermédiaire est constitué de 5 régions sanitaires et de 48 directions départementales (wilayas); les régions sanitaires sont pourvues d'un conseil régional de la santé, organe consultatif, qui a pour mission de développer la coordination intersectorielle, d'assurer la protection, la promotion et la réhabilitation de la santé de la population relevant de sa compétence; les Directions de la Santé et de la Population de wilaya sont chargées de l'organisation des structures de santé et de la coordination de la mise en œuvre locale de la politique sanitaire; le niveau périphérique, formé de 185 secteurs sanitaires, qui représentent l'ensemble des structures publiques de prévention, de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et de réadaptation médicale; ils ont pour mission de prendre en charge les besoins sanitaires de la population; le secteur sanitaire est composé d'une direction du secteur sanitaire, d'un hôpital - comprenant au minimum les services de gynécologie-obstétrique, de pédiatrie, de médecine, de chirurgie, d'épidémiologie et de médecine préventive - de polycliniques chacune coiffant un réseau de centres de santé et de salles de soins⁶⁰.

II.2.4.1 Contexte sanitaire algérien

Pour vérifier la fiabilité du système nationale de santé, on a fait recours à l'étude d'évolution du contexte hospitalier et de la situation sanitaire en Algérie à travers le temps.

⁶⁰PDF.Stratégie OMS de coopération avec les pays, p10

II.2.4.1.1 Sur le plan architectural

Les établissements de santé en Algérie sont hiérarchisés selon deux grandes catégories depuis la réorganisation de 2007 qui supprimait le secteur sanitaire et individualisait les structures hospitalières du système.

-EPSP Etablissement public de santé de proximité⁶¹ qui est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est placé sous la tutelle du wali. Ce dernier est constitué d'un **ensemble de polycliniques, centre de santé** et de **salles de soins** couvrant un bassin de population, il a pour mission de prendre en charge de manière intégrée et hiérarchisée : prévention et soins de base, diagnostic, consultations de médecine générale et consultations de médecine spécialisée de base, fixation des activités liées à la santé reproductive et à la planification familiale, et mise en œuvre des programmes nationaux de santé et de population.

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

-Etablissements hospitaliers garantissent la permanence des soins et assurent des prestations de soins et d'aide médicale en urgence, il est divisée en plusieurs types selon différents critères. Selon la situation juridique on distingue des établissements hospitaliers privés et publics. Les établissements publics regroupent les polycliniques, les maternités, les centres de santé, les salles de soins et les hôpitaux qui ont pour mission de dispenser, avec ou sans hébergement des prestations de diagnostic, de soins et de services aux malades, blessés et parturientes⁶².

a. CHU centre hospitalo-universitaire qui est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est créé par décret exécutif, sur proposition conjointe du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique. Il est placé sous la tutelle administrative du ministre chargé de la santé. La tutelle pédagogique est assurée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur.

b. EPH établissement public hospitalier⁶³

EPH sont des hôpitaux qui n'ont pas de fonction universitaire et sont équipés pour faire face aux besoins d'hospitalisation de la population. Ils regroupent au moins quatre services cliniques de base (chirurgie, gynécologie-obstétrique, médecine interne), un plateau technique et des consultations.

L'établissement public hospitalier a pour mission de prendre en charge de manière intégrée et hiérarchisée, les besoins sanitaires de la population. Dans ce cadre, il a notamment

⁶¹Décret n° 7-140 du 19 Mai 2007

⁶²Farid Chaoui, Michel Legros, Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, Défis nationaux et enjeux partagés, Les pays du Maghreb, des États en transition sanitaire, Noureddine Achour, Noureddine Fikri Benbrahim, Jean-Paul Grangaud, Travail coordonné par Macarena Nuño, chef de projet Ipemed, 2012, p74

⁶³ART 04, Décret n° 7-140 du 19 Mai 2007

pour taches d'assurer l'organisation et la programmation de la distribution des soins curatifs, de diagnostic, de réadaptation médicale et d'hospitalisation, appliquer les programmes nationaux de santé, assurer l'hygiène, la salubrité et la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux et de garantir le perfectionnement et le recyclage des personnels des services de santé.

c. EHS établissement hospitalier spécialisé est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est créé par décret exécutif sur proposition du ministre chargé de la santé après avis du wali et placé sous la tutelle du wali de la wilaya du siège de l'établissement, ses taches se résument sur la mise en œuvre des activités de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation médicale et d'hospitalisation, l'application des programmes nationaux, régionaux et locaux de santé, ainsi que la contribution au recyclage et au perfectionnement des personnels des services de santé. Hiérarchisation des hôpitaux selon **la gamme de leurs prestations et de la nature de leurs équipements**⁶⁴

Les hôpitaux sont répartis en deux types généraux et spécialisés. Les **hôpitaux généraux** assurent des soins à des malades d'âges divers pour des pathologies diverses, quant aux **hôpitaux spécialisés**, ils assurent la prise en charge médicale et/ou chirurgicale d'une pathologie donnée ou de plusieurs pathologies d'un organe donné ou de pathologies liées à une catégorie spécifique de patients.

- Hiérarchisation des hôpitaux selon le champ d'action et le niveau de prestation⁶⁵

On distingue **l'hôpital local** qui constitue le premier niveau de référence dans la filière de soins hospitaliers. Il assure des soins hospitaliers de proximité, le **centre hospitalier provincial ou préfectoral** qui comprend deux ou plusieurs hôpitaux généraux et/ou spécialisés. Il constitue, dans la limite territoriale de la province ou préfecture de son implantation, le deuxième niveau de référence dans la filière de soins hospitaliers.

Finalement, on a le **centre hospitalier régional** qui comprend un ou plusieurs hôpitaux généraux ou spécialisés de deuxième niveau dans la filière de soins hospitaliers et dessert la population de la région concernée.

Suite au contexte de l'après-guerre, l'Algérie a connu après l'indépendance un vaste élargissement du secteur sanitaire par la réalisation d'un grand nombre d'hôpitaux à travers tout le pays afin de couvrir les besoins de la population en soins et assistance médicale.

II.2.4.1.2 Sur le plan matériel

Les textes réglementaires apportent des modifications au niveau du matériel hospitalier, ils abordent ainsi selon le besoin de la population des recommandations d'ajout ou de suppression des lits au niveau des différents services. En Algérie, la moyenne de l'offre en

⁶⁴Décret n° 7-140, art 04 du 19 Mai 2007

⁶⁵ Idem, art 05

nombre de lit est fixée à l'an 2010 à un lit pour 500 habitants, ainsi on constate que la couverture globale en lits d'hospitalisation est satisfaisante mais reste très disparate entre les Wilayas.⁶⁶

II.2.4.1.3 Sur le plan économique

La structuration du système de financement de la santé en Algérie a évolué principalement selon trois périodes ⁶⁷:

a. Période entre 1962 et 1974

Période de financement mixte à la fois des établissements privés et publics caractérisée par la diversité des sources de financement dont l'Etat, la Sécurité sociale, les collectivités locales, les assurances économiques et les malades payants, un mode de dispensation indirect (prise en charge indirecte des soins), et une socialisation des dépenses de santé par la demande (un remboursement des frais). L'assuré social ou ses ayants droit bénéficiaient de la couverture de son organisme de sécurité sociale en fonction du type de soins. En cas des soins ambulatoires ou soins externes l'assuré fait l'avance des frais lors d'une prestation dans un service public hospitalier ou privé, puis il s'adresse à son organisme de sécurité sociale pour se faire rembourser.

Dans le cas des soins hospitaliers ou soins internes l'assuré social malade à son admission se fait délivrer une prise en charge par son organisme de sécurité social, qui règle à sa sortie, le forfait représentatif des journées d'hospitalisation. Cette période était caractérisée par une autonomie complète de gestion des structures de santé dans l'élaboration de budget et la fixation de prix de journée annuellement par voie réglementaire (ce prix représente la moyenne des couts journaliers de fonctionnement d'un service).

b. Période de 1979 à nos jours

Cette période est manifestée par la gratuité des soins qui supprime tout obstacle financier à l'accès aux soins. Contrairement à la période qui la précède, cette période est caractérisée par un mode de dispensation direct c'est-à-dire une prise en charge directe des soins, une socialisation de la dépense de sante par l'offre, la limitation des ressources de financement à une contribution de l'Etat et de la Sécurité sociale, et la transformation de la contribution de la sécurité sociale en « forfait hôpitaux », devenant ainsi une subvention defonctionnement au budget de l'Etat et suppression par la suite de toute relation directe avec les organes payeurs⁶⁸.

Cependant, l'Etat figure sur la tête des sources de financement du système de santé en Algérie occupant presque à l'an 2007 la moitié de totalité des financements suivie de la sécurité

⁶⁶CHACHOUA Louisa, le système national de santé 1962 à nos jours.pp.27

⁶⁷MSPRH, Economie de la sante, Le Financement du système de santé, p16-23

⁶⁸Acte de la conférence nationale sur la réforme de la santé et de la sécurité sociale, Club des Pins 4,5 et 6 décembre 1990.

sociale et des ménages respectivement avec des pourcentages de 28% et 18%, puis interviennent les mutuelles entreprises avec un faible pourcentage (11%)⁶⁹

Année	Etat	Sécurité sociale	Ménages	Mutuelles Entreprise
2000	30%	41%	22%	7%
2007	43%	28%	18%	11%

Tableau 01.Source de financement
(Source : CHACHOUA Louisa, le système national de santé 1962 à nos jours.pp.28)

Les budgets de santé en Algérie sont en hausse, cela est montré par un nombre de programmes d'investissement importants avec un fort plan de charge en réalisations. Trois programmes sont ainsi élaborés :

- Le programme de soutien à la relance économique (PSRE 2001-2005) qui contient la mise en œuvre de 14 hôpitaux pour 12.878.462.000 DA
- Le programme complémentaire de soutien à la croissance (PCSC 2005-2009) qui porte la création de 156 hôpitaux et 232 structures de proximité pour 258.666.171.000 DA
- Le programme de consolidation à la croissance économique (PCCE 2010-2014) comportant la réalisation de 120 hôpitaux et 171 structures de proximité pour 95.891.715.000 DA.

II.2.4.1.4 Sur le plan humain

Les ratios 2009 sont satisfaisants en matière de la couverture en personnels médical et paramédical, mais le problème se concentre sur l'insuffisance en praticiens spécialistes et en paramédicaux notamment dans de nombreuses Wilayas des Hauts plateaux et du Sud⁷⁰, ainsi que l'existence des disparités sur les plans géographiques, des spécialités et des régimes d'exercice.

année	Médecin général	Médecin spécial	Chirurgien-dentiste	Pharmacien	Para médical
1962	1 pour	25643hab	1/72848	1/41667	1/2979
1999	1/1750	13594	1/3752	1/6134	1/346
2009	1/1457	12052	1/3241	1/4492	1/370

Tableau02.Couverture en personnels médical et paramédical.
(Source : CHACHOUA Louisa, 1962)

La dynamique démographique d'une population constitue un déterminant essentiel de son état de santé. Les résultats marqués en Algérie depuis l'indépendance à nos jours concernant le bénéfice des usagers reflètent un réel état d'avancement :

- Un accès aux soins considérablement élargi.

⁶⁹CHACHOUA Louisa, le système national de santé 1962 à nos jours.p.28

⁷⁰Idem.p.25

- Un taux de mortalité infantile estimé à 22‰ en 2014 (contre 37‰ en 2000 et 180‰ en 1962)
- Une espérance de vie qui est passée de 50 ans en 1962 à 77,2 ans en 2014.

Année	1962	2000	2014
Espérance de vie (années)	50 ans	72,5	77,2
Mortalité infantile (1000NV)	180	36,9	22
Mortalité Maternelle (100000NV)	500	117,5 (en 1999)	60,3

Tableau 03. Evolution de ressources humaines en Algérie.
(Source : MSPRH, réformes hospitalières)

L'Algérie est entrée depuis les années 80 dans une phase de "transition démographique" caractérisée par une diminution des maladies transmissibles endémiques et des maladies contrôlables par la vaccination, avec une baisse de la mortalité et une baisse notable du nombre de naissances⁷¹.

Indicateur	Valeur
Rougeole	7,70
Tétanos	0,05
Diphtérie	0,02
Coqueluche	0,06
Poliomyélite	0,00
Tuberculose	64,6
Fièvre typhoïde	4,21
Hépatite virale B	2,15
Hépatite virale c	0,12
Méningite	4,04
Paludisme	1,56
SIDA	0,18

Tableau 04. Indicateurs épidémiologiques à l'an 2005.
(Source : Le schéma directeur horizon 2025, MSPRH, 2005)

L'amélioration de la plupart des indicateurs sanitaires reflète un impact bénéfique sur l'état sanitaire de la population. En effet, le système national de santé dispose d'atouts importants en termes d'infrastructures hospitalières avec un nombre de lits important, un potentiel global en personnel médical et paramédical important, des programmes de prévention des maladies transmissibles. Outre ces points positifs, le SNS présente un certain nombre d'insuffisances et de faiblesses.

⁷¹PDF. Stratégie OMS de coopération avec les pays 2002 – 2005, p04

Sur le plan architectural se manifeste le problème de vieillissement des infrastructures publiques, ce qui cause le non adaptation des structures des hôpitaux à l'activité hospitalière. Le plan matériel reflète un problème important axé sur la mal répartition, et la mauvaise gestion des ressources matérielles.

Sur le plan économique, l'augmentation de la contribution directe des ménages aux dépenses de santé reflète l'inadaptation des modalités de financement. Cela limite l'accès aux soins pour de larges couches de la population. 12 et l'équité aux soins. L'ensemble de tous ces facteurs (architecturaux, matériels, économiques et humains) expliquent l'insatisfaction actuelle aussi bien des usagers que celle des professionnels du secteur public.

II.2.4.2 Evolution et contraintes de système de santé algérien à travers le temps

L'Algérie adopte un système de santé national (SNS) dont, de même manières avec laquelle nous avons présenté le système de santé français, nous allons définir dans un tableau les politiques et les planifications sanitaires adoptées en Algérie, et classer l'ensemble des textes, lois et réformes mis en place à travers les deux périodes, coloniale et celle d'après l'indépendance. Cette dernière sera devisée en quatre phases correspondant aux évolutions et aux changements constatés au niveau des structures hospitalières.

II.2.4.2.1 Période coloniale

Cette période fut marquée par la domination desystème colonial dans lequel la population indigène était placée sous un statut juridique, social et économique, de citoyens de seconde zone⁷². La politique sanitaire française dirigeait des hôpitaux destinés principalement aux colons et rarement aux algériens. « En effet, jusqu'en 1948, les Algériens relevaient d'un statut particulier, dit de l'indigénat et leurs territoires étaient placés sous la gestion d'une administration commandée par l'armée et les représentants des colons⁷³ » Par conséquent, ils recevaient leurs soins dans des infirmeries indigènes implantées près des regroupements des tribus et qui ne disposaient que rarement d'un médecin permanent.

La hiérarchisation de système de santé destiné aux colons était formée premièrement par des ambulances, puis l'hôpital du cercle supervisé par un hôpital de province, et enfin un hôpital central qui contrôle toute la région. Ce système s'est donc développé suivant la progression de l'occupation à l'intérieur du pays⁷⁴, et les règlements élaborés durant cette période visaient principalement l'effectif médical.

« La guerre d'indépendance (1954-1962) a contribué à l'aggravation de la situation socioéconomique des Algériens en causant la destruction d'infrastructures de base, la mort de plusieurs centaines de milliers de personnes ainsi que le déplacement de plus de deux

⁷²Farid Chaoui, Michel Legros, Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, Défis nationaux et enjeux partagés, Les pays du Maghreb, des États en transition sanitaire, Noureddine Achour ; Noureddine Fikri Benbrahim ; Jean-Paul Grangaud, Travail coordonné par Macarena Nuño, chef de projet Ipemed, 2012, p46

⁷³Idem.

⁷⁴BAHLOULI Ahmed Sofiane La politique de santé en Algérie, cas de la wilaya d'Oran. Mémoire présenté en vue de l'obtention de titre du Magister en sciences politiques et relations internationales. 2011-2012p 41

millions d'autres, cela a ruiné la population indigène et a contribué à la détérioration profonde de sa situation sanitaire⁷⁵. »

II.2.4.2.2 Système de santé algérien durant la période de l'après indépendance

On peut distinguer quatre phases principales de l'indépendance à nos jours suivant à la fois l'évolution du SNS et des structures hospitalières à travers l'Algérie.

II.2.4.2.3 Système de santé algérien de 1962 à 1973

Phase caractérisée par l'insuffisance en matière d'infrastructure sanitaire suite au contexte de l'après-guerre de révolution caractérisé par une « situation sanitaire principalement marquée par des maladies liées à la malnutrition et à l'absence d'hygiène et de prévention, et une espérance de vie à la naissance estimée à 49 ans au début des années soixante. C'est dans ce contexte qu'une politique de santé algérienne va naître dont l'évolution sera marquée par la volonté de prise en charge des problèmes de santé de la population par l'État et la disponibilité de ressources financières, largement dépendantes de la rente pétrolière.

L'effectif médical très réduit durant cette période devait faire face aux besoins de près de 9 millions d'habitants en matière de soins de base et de prévention vis-à-vis des maladies transmissibles prévalences (diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, rougeole, tuberculose, typhoïde, typhus, méningite cérébrospinale, paludisme...).

Ces facteurs ont déterminé les critères de choix des priorités de la politique de santé de la décennie postindépendance. Selon Farid Chaoui et Michel Legros (2012), Les visées de la politique sanitaire nationale mise en place se sont en effet pointées vers :

- La réanimation des structures de santé dégradées laissées en place par la colonisation.
- La lutte contre les maladies transmissibles prévalences et la prise en charge des besoins de santé de base (nutrition, urgences médico-chirurgicales).
- La mobilisation des ressources humaines locales (formation d'adjoints médicaux de la santé publique) et l'appel à la coopération étrangère.
- La mobilisation des ressources financières indispensables dans un pays pauvre nouvellement détaché de gouverneur envahisseur⁷⁶.

Pour appliquer ces orientations, les décisions politiques dont une partie est citée dans le ont été édictées par les pouvoirs publics tout en met l'accent sur le personnel médical et la profession médecine. L'ensemble des textes réglementaires élaborés variant entre décret, arrêté et ordonnance adoptent le mode de fonctionnement et la réglementation de l'exercice des professions des praticiens de santé ainsi que leur institution et leur formation.

⁷⁵Farid Chaoui, Michel Legros, Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, Défis nationaux et enjeux partagés, Les pays du Maghreb, des États en transition sanitaire, , Noureddine Achour, Noureddine Fikri Benbrahim, Jean-Paul Grangaud, Travail coordonné par Macarena Nuño, chef de projet Ipemed, 2012, p 46

⁷⁶Farid Chaoui, Michel Legros, Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, Défis nationaux et enjeux partagés, Les pays du Maghreb, des États en transition sanitaire, Noureddine Achour, Noureddine Fikri Benbrahim, Jean-Paul Grangaud, Travail coordonné par Macarena Nuño, chef de projet Ipemed, 2012, p.47_48

II.2.4.2.4 Système de santé algérien de 1974 à 1991

Suite à la nationalisation du pétrole en 1972, qui a amélioré de manière très substantielle les revenus de l'État, l'Algérie va opter à un vaste programme de développement à travers différents domaines⁷⁷. Dans le domaine de la santé, ce programme se traduisait par la mise en œuvre d'un grand nombre d'établissements sanitaires principalement dans le cadre de plan quadriennal de 1974-1977 est de 2 plan 1992 quinquennaux 80-84 et 85-89. Le système de santé se caractérisait par l'application des programmes nationaux et la généralisation de gratuité des soins, et s'appuyait sur la carte sanitaire (1980) dans sa planification. Parallèlement, un certain nombre de décisions politiques était élaboré dont l'axe reste principalement celui de la profession médicale et les droits des bénéficiaires de domaine de la santé mais qui abordent également d'autres axes.

En 1979, on assiste à la « création par décret le secteur sanitaire et les sous-secteurs sanitaires en raison de la pénurie en gestionnaires du système de santé. Cette mesure, initialement à visée simplement administrative, a débouché sur le concept de secteur sanitaire qui a été progressivement conçu comme un bassin de population au niveau duquel le système de santé devait intervenir pour prendre en charge la santé de la population. Le décret de 1979 n'a fait qu'entériner une situation de fait et a, de plus, établi la notion de sous-secteur qui exprimait l'idée d'une hiérarchisation des soins, un sous-secteur étant centré par une polyclinique à laquelle se référaient certains centres de santé et dispensaires, et le sous-secteur pouvant référer à l'hôpital les patients nécessitant des soins spécialisés.

Plus libérale, cette politique est orientée vers la satisfaction des besoins de consommation de la population et est soutenue par l'augmentation des revenus pétroliers. Les unités de soins sont alors équipées de moyens modernes et de nouveaux hôpitaux sont édifiés, en particulier dans les années 1980 qui verront la construction de plus de quarante hôpitaux. Cet investissement en lits hospitaliers, s'il a amélioré la couverture nationale en lits, a pêché par l'absence d'une étude sérieuse quant à l'implantation géographique de ces unités et, parfois, par leur architecture inadaptée au milieu environnant⁷⁸.

L'an 1985 fut marqué par l'élaboration de la première loi sanitaire algérienne (loi n°85-05) qui sera appliquée à partir de 1985 jusqu'à nos jours. Par conséquent, l'ensemble de tous les textes réglementaires dont les décrets, arrêtés, ordonnances et circulaires mis en œuvre sont élaborés dans le cadre de cette loi. Ce dernier est relatif à la protection et à la promotion de la santé qui aborde la question de la santé publique à la fois selon la dimension architecturale, matérielle, humaine et économique dont objet est de fixer les dispositions fondamentales en matière de santé et de concrétiser les droits et devoirs relatifs à la protection et à la promotion de la santé de la population.

⁷⁷ Idemp48

⁷⁸ Farid Chaoui, Michel Legros, Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, Défis nationaux et enjeux partagés, Les pays du Maghreb, des États en transition sanitaire, Noureddine Achour, Noureddine Fikri Benbrahim, Jean-Paul Grangaud, Travail coordonné par Macarena Nuño, chef de projet Ipemed, 2012, p48-50

Sur le plan architectural, cette loi traite la question de l'accessibilité à l'ensemble des structures sanitaires, insistant sur son efficacité et sa facilité et elle affirme que toute intervention sur ces structures doit être soumise à l'autorisation préalable du ministre chargé de la santé. Elle résume également les facteurs responsables de la création des différents types de structures sanitaires sur les besoins de santé de la population, les caractères socio-économiques des différentes régions du territoire national, et les normes définies dans la carte sanitaire.

Sur le plan matériel, définit les appareils médicotecniques ainsi que les produits pharmaceutiques et les produits assimilés à des médicaments.

Sur le plan humain, Cette loi classe au sommet de ses objectifs les droits des usagers et la prise en charge de leurs besoins. Elle constitue un axe de transition majeur dans la politique sanitaire suite à l'avènement de la gratuité des soins.

Sur le plan économique, elle détermine les organismes contribuant au financement de domaine de la santé dont les entreprises et administrations et les collectivités locales ⁷⁹(loi 1985).

En 1990 la loi de finance n° 90-21 du 15 août, a encore abordé la dimension économique des établissements de santé et plus précisément la question de la comptabilité publique. Elle définit en outre les dispositions générales de comptabilité publique et d'exécution applicables aux budgets et toute opération financière de l'Etat, du Conseil constitutionnel, de l'Assemblée populaire nationale, de la cour des comptes, des budgets annexes, des collectivités territoriales et des établissements publics à caractère administratif. Elle détermine les obligations et les responsabilités des ordonnateurs et des comptables publics. Ces dispositions portent également sur l'exécution et la réalisation des recettes et des dépenses publiques, des opérations de trésorerie et sur le système de leur comptabilisation.

II.2.4.2.5 Système de santé algérien de 1992 à 2002

La politique volontariste de la période précédente va connaître un frein brutal à la fin des années 1980 en raison de la chute brutale des revenus pétroliers et le terrorisme assassin et destructeur qui marquait cette décennie. En dépit de cet état financier difficile et de cette situation précaire révélée par la destruction de centaines des structures sanitaires, plusieurs actions sont entreprises et plusieurs mesures réglementaires sont arrêtées durant cette période⁸⁰.

Les actions entreprises durant cette période se traduisent par la révision des statuts des établissements de santé et la mise en œuvre de la régionalisation sanitaire suite à la promulgation du décret n° 97-262 du 14 Juillet 1997 portant création, organisation et fonctionnement des conseils régionaux de la santé. A partir de là, le conseil régional de la

⁷⁹ Loi sanitaire n° 05-85

⁸⁰Farid Chaoui, Michel Legros, Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, Défis nationaux et enjeux partagés, Les pays du Maghreb, des États en transition sanitaire, Noureddine Achour, Noureddine Fikri Benbrahim, Jean-Paul Grangaud, Travail coordonné par Macarena Nuño, chef de projet Ipemed, 2012, p50-54

santé est consacré en tant que structure de coordination et de concertation intersectorielles dont la visée est d'assurer de manière rationnelle et efficiente la prévention, la protection, la promotion et la réhabilitation de la santé de la population relevant de sa compétence géographique. Par conséquent, cinq conseils régionaux de la santé ont été créés respectivement à Alger, Oran, Constantine, Bechar et Ouargla⁸¹.

Les mesures réglementaires arrêtées durant cette période se manifestent principalement par la mise en place des trois textes de réforme hospitalière.

La première réforme datée de 1990 vise la bonne gouvernance hospitalière et réduction des coûts de santé et la mise en place d'un système d'évaluation et de contrôle interne et créer une agence d'audit et d'évaluation externe des structures de santé.

La réforme de 1998 a pour objet le renforcement du SNS sur ses principes et son financement, elle annonce que l'état doit demeurer garant de l'équité, l'accessibilité et la solidarité. Il doit prendre en charge la prévention, la formation, la recherche et les démunis, et que les assurances économiques contribueront aux frais des accidentés couverts par une assurance.

Le dernier texte de réforme élaboré en 2002 porte l'installation du Conseil National de la Réforme Hospitalière (le MSP devient MSPRH) ainsi que l'installation du groupe de travail chargé de l'impulsion et du suivi des actions d'amélioration en matières d'activités des services d'urgences et des services de maternité, d'accueil et d'hygiène.

Les trois réformes s'accordent également de par leurs objectifs, elles visent ainsi le rapprochement de la santé du citoyen, la hiérarchisation des soins, la réhabilitation de la prévention et des soins de base, la prise en charge de la transition épidémiologique et des disparités géographiques et faire progressivement de la qualité des services une préoccupation majeure⁸².

II.2.4.2.6 Système de santé algérien de 2002 à nos jours

Cette période est caractérisée par une nette amélioration des ressources du secteur de la santé, ce qui s'est traduit par une augmentation des allocations budgétaires, aussi bien en termes de budgets de fonctionnement que de budget d'équipement, du fait de la rente pétrolière et en dépit des crises financières mondiales⁸³. Par conséquent, on assiste durant cette période à la modernisation des structures de santé et la requalification des services de soins en prenant compte les nouveaux modes de prise en charge hospitaliers, suit à l'initiation d'une politique de réforme hospitalière par l'application des plans quinquennaux (1999-2004, 2005-2009, 2010-2014). En Mai 2007, une nouvelle organisation sanitaire portant la séparation des établissements hospitaliers de ceux assurant les soins de santé de base est mise en place.

⁸¹Ecole Nationale de Management et de l'administration de la santé, El-Marsa, session de formation, Gestion des activités sanitaires, Evolution de système national de santé, Chaouche Ali, p05

⁸²MSPRH

⁸³Farid Chaoui, Michel Legros, Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, Défis nationaux et enjeux partagés, Les pays du Maghreb, des États en transition sanitaire, Noureddine Achour, Noureddine Fikri Benbrahim, Jean-Paul Grangaud, Travail coordonné par Macarena Nuño, chef de projet Ipemed, 2012, p.54-55

Les textes réglementaires sanitaires élaborés durant cette phase touchent principalement les deux dimensions humaine et économique contrairement aux deux dimensions architecturale et matérielle qui ne sont abordés que rarement et c'est le même cas pour tous les textes réglementaires sanitaires algériens prescrits à travers toutes les périodes.

II.2.5 Impact des textes réglementaires sur l'évolution des hôpitaux

La dimension architecturale telle qu'abordée par les textes réglementaires ne peut pas influencer l'évolution des hôpitaux car elle n'établit ni des conditions que la structure doit assurer, ni des orientations à suivre et normes structurelles à appliquer lors de la création ou l'intervention sur les structures hospitalières.

-La dimension matérielle abordée par les textes ne peut pas impacter l'évolution de structure des hôpitaux puisqu'elle ne concerne que l'inventaire d'équipement, le matériel, dispositif médical et médicotechnique.

- la dimension humaine détaillée dans le contenu des règlements liée aux praticiens de santé, ne peut pas être le responsable de l'évolution des structures hospitalière tant qu'elle n'évoque que des orientations destinées à l'exercice médical et l'activité de l'ensemble de personnel travaillant au sein des hôpitaux et leur gestion.

-la dimension humaine liée aux bénéficiaires des soins englobe des objectifs concernant la qualité des soins (prise en charge sanitaire, amélioration de la qualité d'hygiène, d'alimentation et d'hôtellerie des malades). Par conséquent cette dimension est en rapport direct avec les conditions spatiales assurées par la structure hospitalière : une meilleure adaptation de la structure aux besoins sanitaires pour une meilleure prise en charge sanitaire.

- la dimension économique des règlements fixant principalement les financeurs et des dispositions appliquées au budget des hôpitaux est en relation directe avec l'évolution structurelle hospitalière : Le budget constitue le point de base de tous projet ou intervention architecturale. De même pour les hôpitaux, s'ils présentent des besoins ou problèmes au niveau de budget (autonomie réduite de gestion budgétaire, insuffisance de budget) ils ne pourront pas effectuer les meilleures décisions assurant les meilleures offres en matière de qualité de service de soins.

De là, on déduit donc que les règlements ayant un impact sur l'évolution des hôpitaux sont ceux de dimension économique et humaine liée aux bénéficiaires des services de la santé.

Conclusion

Le système de santé en Algérie qui est un système national qui repose sur une politique d'un rendement⁸⁴ qui reste à nos jours insatisfaisant. Cette politique est mise en place à travers un ensemble de règlements sanitaires abordant avec un fort pourcentage la question économique et financière des établissements de santé, ainsi que la dimension humaine constituée de l'effectif médical et les bénéficiaires de soins. C'est sur ces deux dimensions traduites au sein des hôpitaux par les besoins spatiaux et économiques que se base l'évolution de la structure des hôpitaux en Algérie.

Cette politique se caractérise par une continuité depuis l'indépendance à nos jours, il n'existe pas d'importantes divergences en matière des réformes et textes sanitaires qui ne visent que l'adaptation du SNS et son ajustement, par conséquent, ce dernier est stable dans ses principes fondamentaux et fondements.

Introduction

Le présent chapitre traite la présentation de corpus d'étude qui s'est pointé vers la wilaya de Sétif : EPH D'El-Eulma et CHU de Sétif ainsi que la présentation des différentes évolutions qu'ont subies à travers le temps.

III.1 Présentation de secteur sanitaire de la wilaya de Sétif.

Selon la DSP, Mai, 2015 ; le secteur sanitaire de la wilaya de Sétif dispose d'un seul CHU de 1058 lits, un seul établissement hospitalier de Ain Azel de 168 lits, quatre (04) établissements hospitaliers spécialisés parmi lesquels on trouve Mère et Enfants à El-Eulma à 180 lits, cinq établissements publics hospitaliers, ainsi que neuf établissements publics de santé de proximité, sans oublier les 230 salles de soin. En plus de l'activité du secteur public pour la prise en charge des citoyens de la wilaya, le secteur privé renforce la couverture médicale par les infrastructures hospitalières dont on cite neuf EHP, quatre cliniques d'ophtalmologie, un seul centre d'appareillage orthopédique à Sétif, neuf unités de transport sanitaire, cinq centres d'hémodialyse, une seule INSFP ,deux cent soixante-treize cabinets de consultation pour médecins spécialistes, trois cent seize cabinets pour les chirurgiens-dentistes et trois cent quarante-six officines pharmaceutiques

84



Figure III.1. Carte sanitaire de la wilaya de Sétif en 2015
(Source : www.dsp-sétif.dz, date de consultation :21-01-1017)

⁸⁴<http://www.setif.info/article9291.html>

III.2Présentation de corpus d'étude

III.2.1 Présentation de CHU« Saâdna Abdenour » de Sétif

Le CHU « Saâdna-Abdenour », comme beaucoup de nos hôpitaux hérités de la période coloniale, construiten 1935 par l'Architect XAVIER Salvador suivant une composition linéaire en R+2⁸⁵ avec une capacité de 200 lits couvrant deux cents mille habitants, Il a devenu un Centre-Hospitalo-Universitaire en 1986⁸⁶. Le CHU n'inclut pas seulement les besoins de la population de la wilaya de Sétif, mais également celle des autres wilayas limitrophes vu la place qu'occupe Sétif au niveau de la région des Hauts-Plateaux de l'Est du pays.



FigureIII.2. Vue sur le pavillon initial sur CHU

Source : <http://www.dspsetif.dz>

(Date de consultation : 21-01-1017)



Figure III.3.Vue sur CHU de l'extérieur.

(Source :Auteur, 2017)

III.2.1.1Situation de CHU de Sétif

Le CHU de Sétif se situe dans la partie Nord-Ouest par rapport au noyau historique urbain« Centre-ville de Sétif ». Il est parmi les axes les plus structurants de la ville ; par le nombre des emplois, par son emprise foncière, et par la masse de ces bâtiments .L'hôpital est un point de convergence de plusieurs routes nationales ; Bejaia, Jijel (RN09), M'sila, BBA (RN05), M'sila (RN28) et Batna (RN28), ce qui favorise et facilite les évacuations des malades des wilayas limitrophes vers le CHU de Sétif⁸⁷.

⁸⁵ BOUNDES Karima, Ambiance lumineuse, visibilité et accessibilité visuelle"; paramètres contribuant à l'humanisation des espaces d'accueil des hôpitaux. Cas des hôpitaux à Sétif 2012.p223.

⁸⁶<http://www.dspsetif.dz/index.php/fr/chu/services>, Sétif, janvier.2016.

⁸⁷BOUANDES.Karima. Ambiance lumineuse, visibilité et accessibilité visuelle"; paramètres contribuant à l'humanisation des espaces d'accueil des hôpitaux. Cas des hôpitaux à Sétif2012.p219.

Pas loin de NHU de Sétif, le CHU est entouré de plusieurs équipements divers dont on trouve : mosquée, maison d'enfance, APC, CEM Amira, théâtre Guadjati, l'immeuble hydraulique, bâtiments des travaux publics, ainsi que le parc d'attraction, et aussi d'habitation de genre collectif : cité 750 logements, cité le Caire.

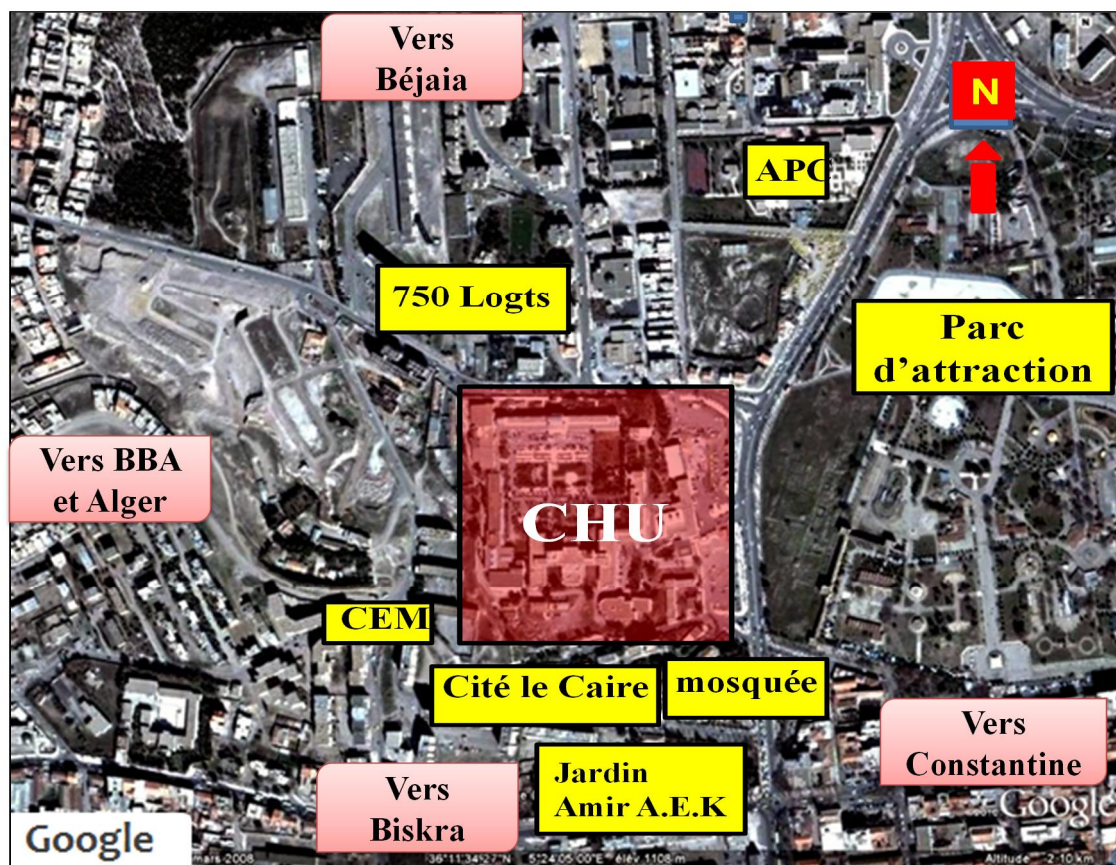


Figure III.4. Plan de situation du CHU dans la commune de Sétif.

(Source : Google image repris par auteur, 2017)

III.2.1.2 Accessibilité au CHU

Le CHU Sétif se caractérise par une bonne accessibilité dont on marque plusieurs accès qui sont au service des visiteurs, public, personnels et des malades. On peut répartir le CHU en deux parties primordiales à partir de l'axe principal qui mène vers les entrées des services d'hospitalisation, comme il existe d'autres axes –secondaires- qui relient l'axe principal avec d'autres blocs d'hospitalisation. Citant aussi les axes réservés seulement au personnel médical et ceux de la maintenance ou les visiteurs, qui se trouvent généralement derrière les bâtiments d'hospitalisation⁸⁸.

⁸⁸ BOUANDES Karima. Ambiance lumineuse, visibilité et accessibilité visuelle paramètres contribuant à l'humanisation des espaces d'accueil des hôpitaux. Cas des hôpitaux à Sétif 2012.p222.

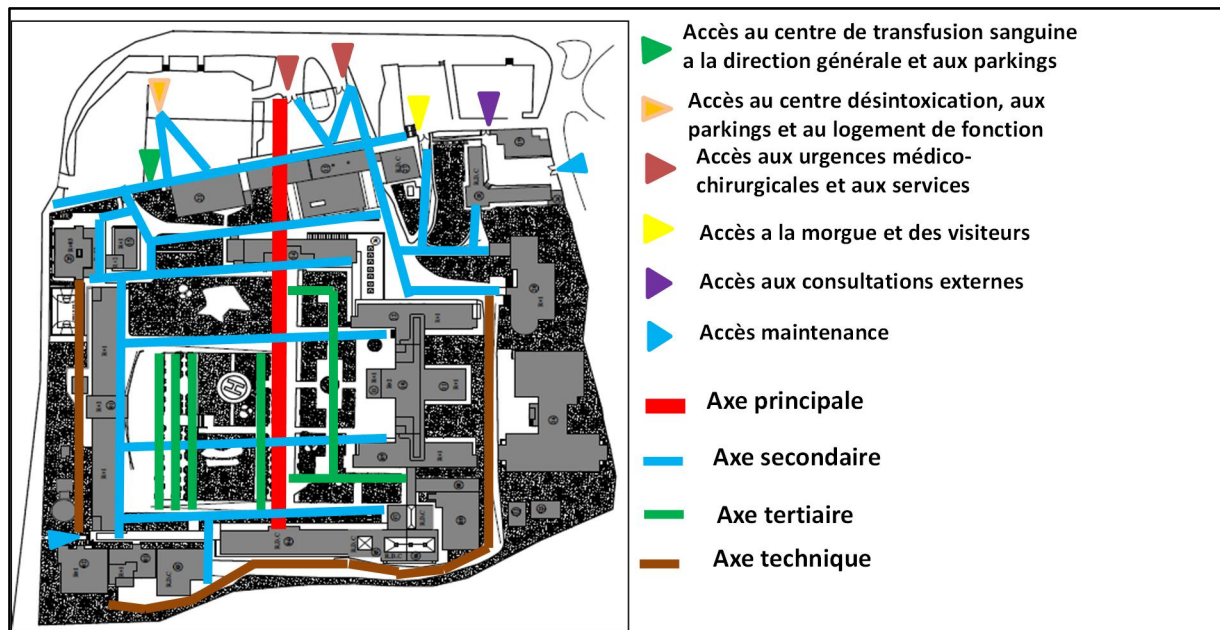


Figure III.5. Les accès principaux de CHU de Sétif
(Source :BOUANDES, 2012)

III.2.1.3 Typologie de CHU de Sétif

Le CHU Sâadna Abdenour conçu selon une composition linéaire avec plusieurs typologies ;le premier bloc de pavillon initial est sous forme de dents de peigne, qui se développe en trois étages, tout en regroupant la plus part des services du plateau medicotechnique avec une séparation entre les deux cotés hommes et femmes⁸⁹. Le deuxième bloc du pavillon initial est de typologie horizontale en un seul niveau, et linéaire suivant un axe linéaire comportant quatre services principaux qui sont structurés tout au long d'une galerie publique⁹⁰.

III.2.1.4 Evolution de CHU

Le CHU de Sétif a connu plusieurs transformations depuis sa création à nos jours :

III.2.1.4.1 Présentation de pavillon initial

Le pavillon initial de CHU de Sétif construit en 1934 comporte trois cops principaux dont le premier est destiné à l'administration générale, les espaces techniques ainsi que les ateliers et les magasins de stock⁹¹. Le deuxième corps comporte en sous-sol les deux services de base qui sont la radiologie centrale et le service de l'imagerie médicale qui a connu plusieurs réaménagements, en RDC on trouve le laboratoire d'anatomie pathologique, la réanimation médicale, néphrologie, l'hémodialyse ainsi que le service d'orthopédie hommes et femmes⁹². En 1^{ème} étage, il comporte la chirurgie hommes/femmes et le bloc opératoire⁹³.

⁸⁹ Idem.p226

⁹⁰ Idem.p234

⁹¹Bouandes Karima, Ambiance lumineuse, visibilité et accessibilité visuelle"; paramètres contribuant à l'humanisation des espaces d'accueil des hôpitaux. Cas des hôpitaux à Sétif 2012.p226

⁹² Idem.p228

⁹³ Idem.p230

Le 2^{ème} étage comporte la neurochirurgie ainsi que l'unité des brûlés et maxillo-faciale⁹⁴. Le troisième ceps contient quatre services avec l'unité de détenus reliés entre eux grâce à une galerie comportant le service des maladies infectieuses avec ses deux unités hommes femmes et autre pour les femmes, l'unité IST HIV, le service de la neurologie qui a connu plusieurs travaux d'entretien : en 2014⁹⁵, dont le personnel de service lui-même (initiative de coordinateur de service) a fait l'entretien de revêtement des murs, par conséquent, le service a été fermé pendant 17 jours et les malades sont transférés à l'unité de neuro vasculaire⁹⁶.

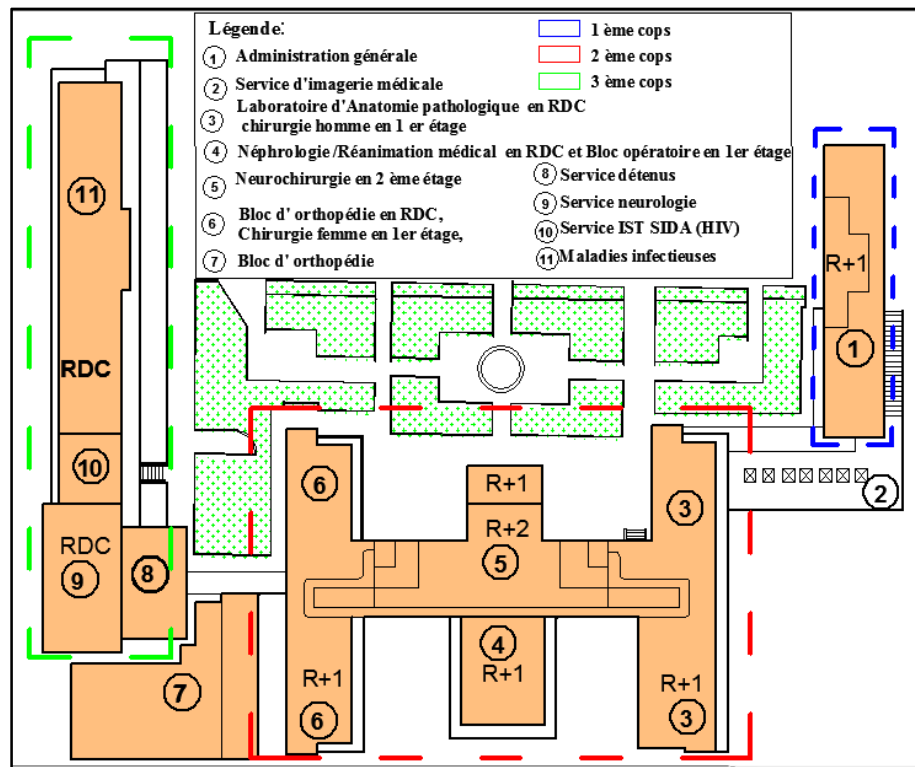


Figure III.6. Plan initial de CHU

Source : (Bouandes, 2012)

III.2.1.4.2 Présentation des déferentes évolutions de CHU de Sétif

La première extension du CHU SâadnaAbdenour est faite en 1962, elle consiste à la construction d'un service de tuberculose en trois niveaux (R+02), dressé par Gabriel Hassan ; architecte du GL GAL, en Février 1962⁹⁷. En 1982 où la pneumologie occupe l'étage et la médecine interne occupe le rez-de-chaussée. Par contre le pavillon au niveau du sous-sol. Le pavillon comporte la cuisine centrale, la buanderie et l'économat⁹⁸.

⁹⁴ Idem.p.232

⁹⁵ D'après les entretiens, 2016

⁹⁶ Idem

⁹⁷Bouandes Karima, Ambiance lumineuse, visibilité et accessibilité visuelle"; paramètres contribuant à l'humanisation des espaces d'accueil des hôpitaux. Cas des hôpitaux à Sétif 2012.p240

⁹⁸ D'après les entretiens, 2016

La deuxième extension est faite en 1965, elle consiste à l'intégration d'une ancienne école des infirmières en deux niveaux (R+01), conçue en 1939 à l'enceinte de l'hôpital, qui est transformée aujourd'hui en laboratoire centrale⁹⁹.

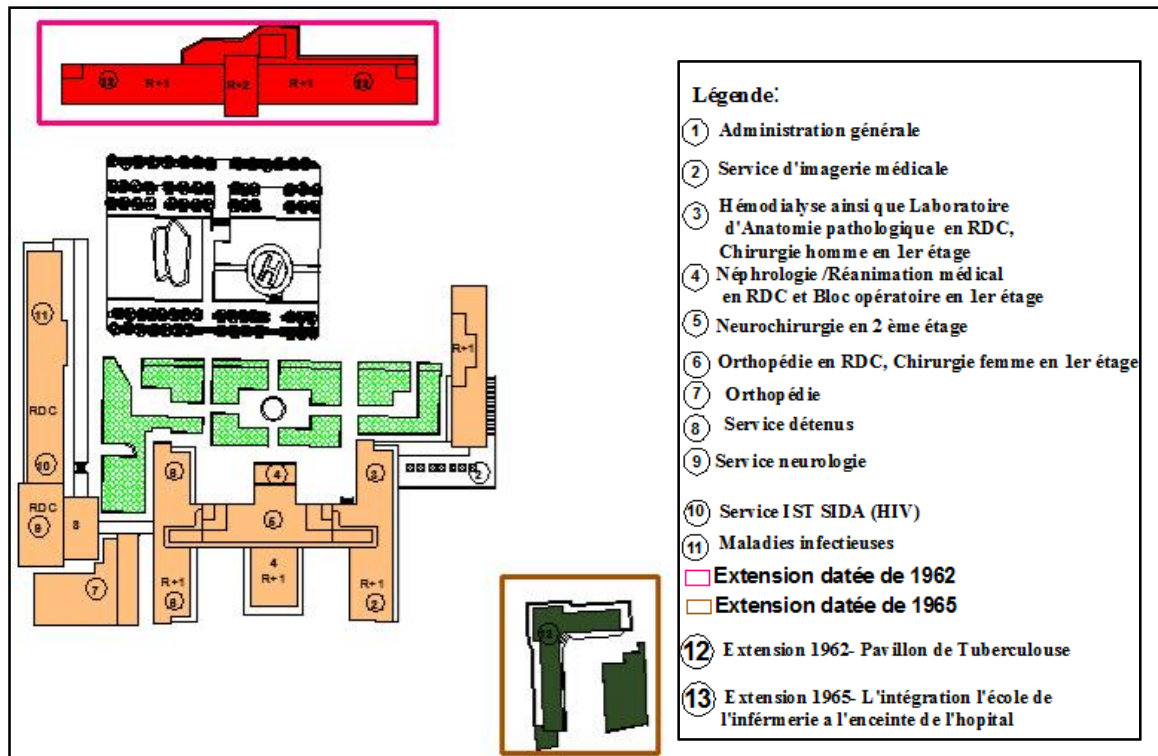


Figure III. 7. Plan de CHU après les deux premières évolutions

Source :Bouandes, 2012

La troisième opération d'extension est datée de 1976, elle consiste à la réalisation de l'unité psychiatrique en deux niveaux R+1¹⁰⁰. En 1978/1979 le bloc était occupé par le service de pédiatrie puis pour le service des maladies infectieuses et enfin le bloc est pris par le service de cardiologie et celui d'hématologie en 1999¹⁰¹.

En 1979, on assiste à la transformation de l'administration en RDC du service de néphrologie en 1^{er} étage ainsi l'intégration de l'unité d'hémodialyse en 1988 à ce service¹⁰².

En 2004-2007, un nouveau bloc en deux niveaux R+2 est réalisée dont le premier est occupé par les urgences chirurgicales et le deuxième est occupé par la transfusion sanguine. Les urgences chirurgicales ont été le fruit de la transformation de l'étage de la morgue d'après la proposition de l'architecte HARKET Naim¹⁰³.

Le troisième pavillon construit regroupe deux pôles essentiels, le premier est un centre de transfusion sanguine, le second présent la direction générale du CHU qui a occupé avant le

⁹⁹Bouandes Karima, Ambiance lumineuse, visibilité et accessibilité visuelle"; paramètres contribuant à l'humanisation des espaces d'accueil des hôpitaux. Cas des hôpitaux à Sétif 2012.p236.

¹⁰⁰Bouandes Karima, Ambiance lumineuse, visibilité et accessibilité visuelle"; paramètres contribuant à l'humanisation des espaces d'accueil des hôpitaux. Cas des hôpitaux à Sétif 2012.p241

¹⁰¹ D'après les entretiens, 2016

¹⁰² Idem

¹⁰³ D'après les entretiens, 2016

service de néphrologie actuel¹⁰⁴. Le service des urgences médico-chirurgicales est inauguré en 2009 avec le service de transfusion sanguine¹⁰⁵.

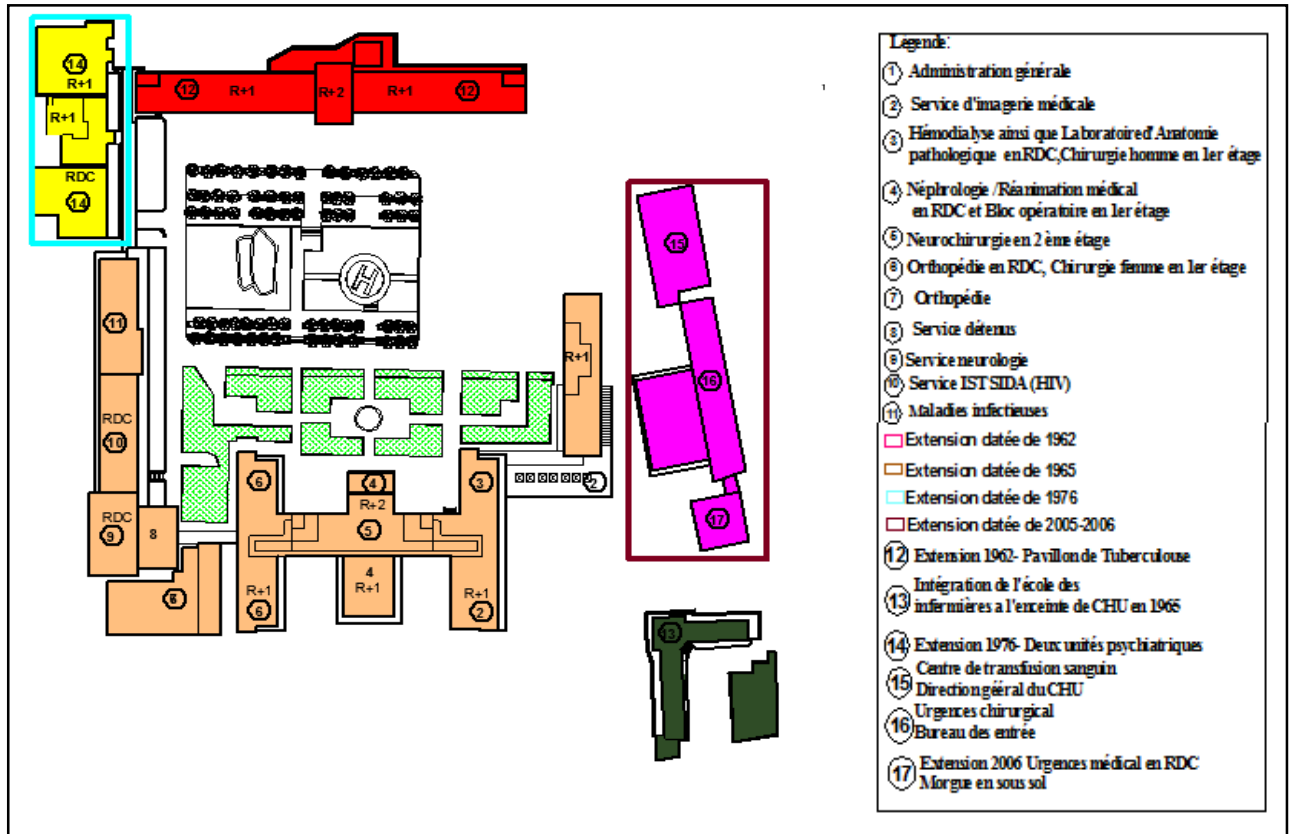


Figure III. 8. Plan de de CHU Sétif après la quatrième extension.

Source :(Bouandes 2012)

En 2001 c'était la réalisation des logements de fonction des chinois (R+01) réalisés en 2001, ainsi qu'un centre de désintoxication en R+3 conçu par l'architecte MESSAI Mohamed El Hadi en 2007 en trois niveaux (R+02)¹⁰⁶, et qui est inauguré le 15 novembre 2015¹⁰⁷.

La dernière opération d'extension est celle de 2008 qui consiste à la réalisation d'un pavillon qui regroupe les nouveaux services de la neurochirurgie, cardiovasculaire et neurologie, conçu par le bureau d'étude GPETA, le suivi est de la part de l'architecte KARA Abdenour, le projet est en cours de construction jusqu'au aujourd'hui¹⁰⁸.

¹⁰⁴Bouandes Karima, *Ambiance lumineuse, visibilité et accessibilité visuelle*”; paramètres contribuant à l’humanisation des espaces d’accueil des hôpitaux. Cas des hôpitaux à Sétif 2012.p244.

¹⁰⁵ D’après les entretiens, 2016

¹⁰⁶Bouandes Karima, *Ambiance lumineuse, visibilité et accessibilité visuelle*”; paramètres contribuant à l’humanisation des espaces d’accueil des hôpitaux. Cas des hôpitaux à Sétif 2012.p246.

¹⁰⁷ D’après les entretiens, 2016

¹⁰⁸Bouandes Karima, *Ambiance lumineuse, visibilité et accessibilité visuelle*”; paramètres contribuant à l’humanisation des espaces d’accueil des hôpitaux. Cas des hôpitaux à Sétif 2012.p247

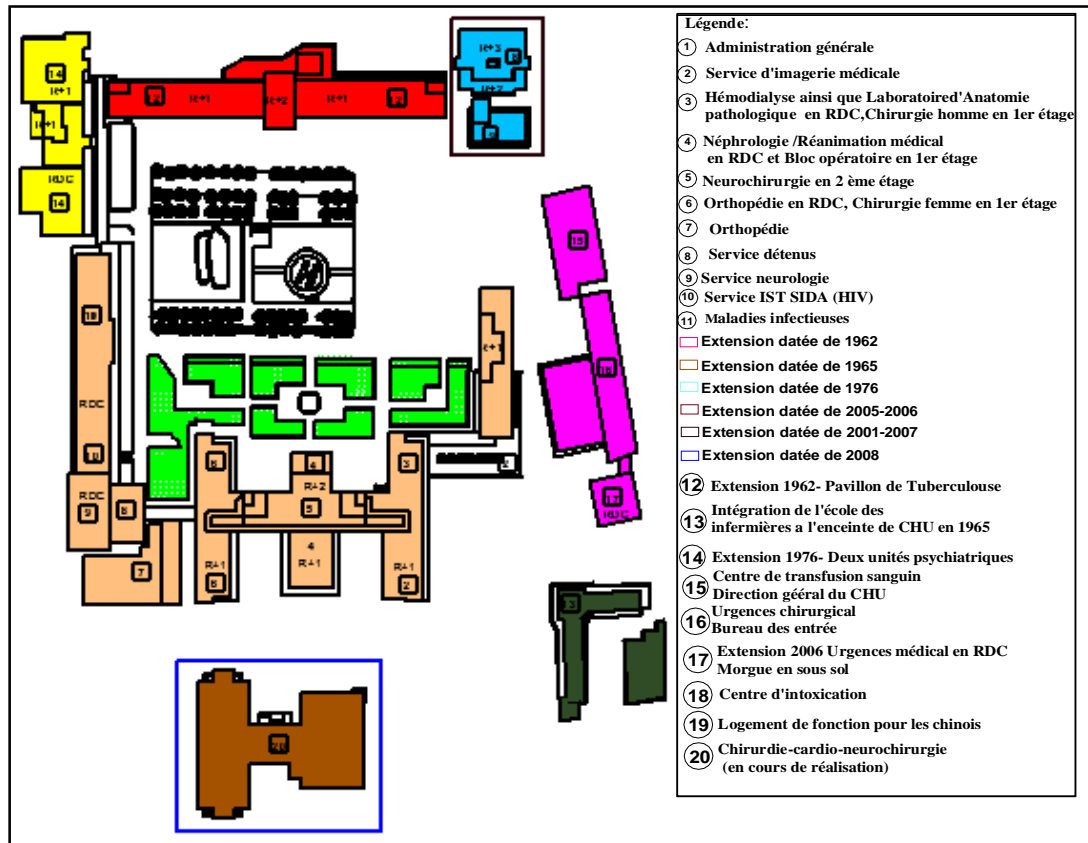


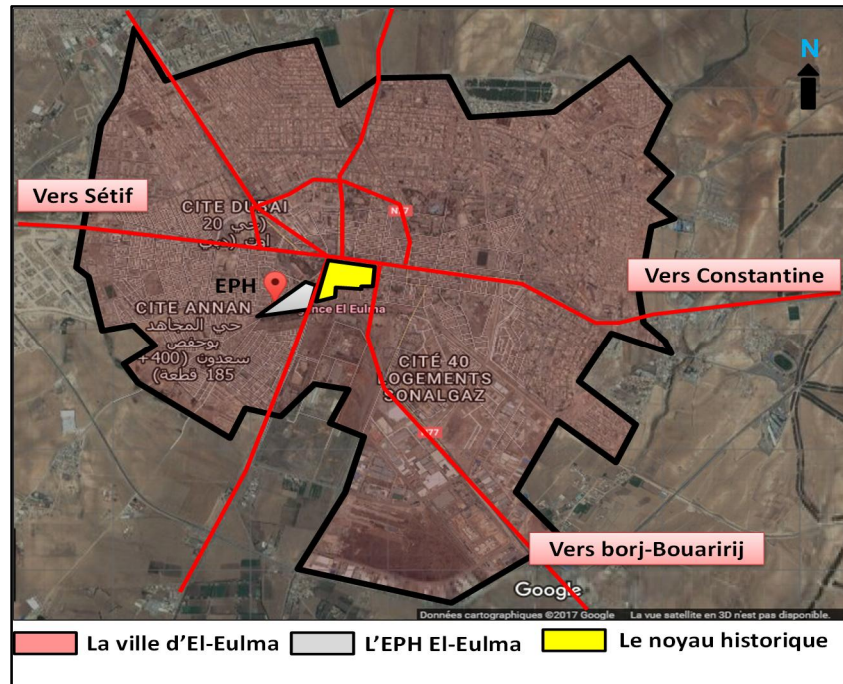
Figure III.9. Plan de CHU Sétif en 2007.

Source : (Bouandes 2017)

III.2.2 Présentation de l'EPH d'El Eulma

III.2.2.1 Situation de l'EPH

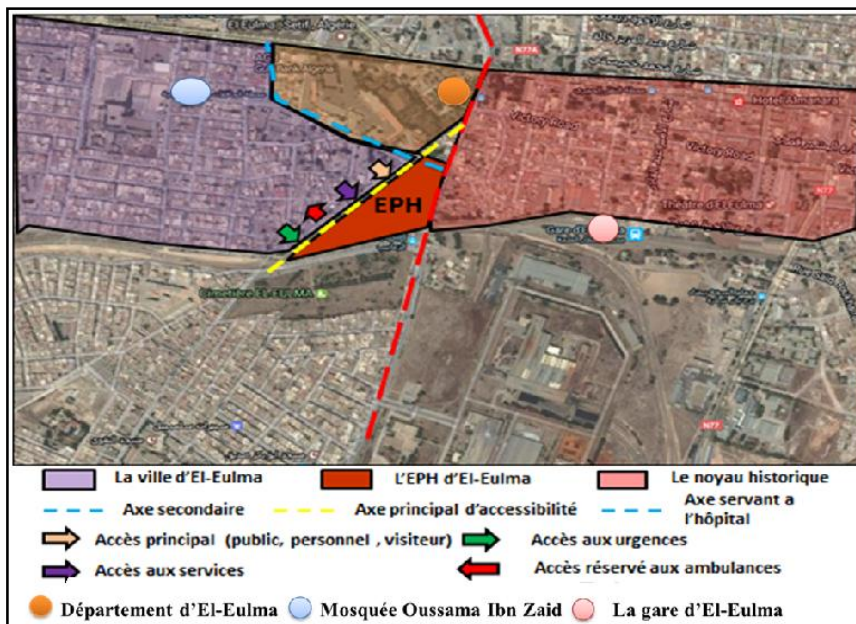
L'hôpital Saroub El Khathir se situe au centre de la ville d'El Eulma dans le côté Est de la commune de Sétif, et au Sud-Ouest par rapport au noyau historique urbain de la ville d'El Eulma (la cité Saint Arnaud). L'EPH est limité par la rue du croissant rouge du côté ouest et au côté sud et du côté est par le chemin de fer et au nord par la rue de Saïd Ayad. Il a été construit durant la période coloniale inauguré en 1958 avec une capacité initiale de 120 lits.



FigureIII.10. Situation de la ville d'Elulma
(Source : Google Earth repris par Auteur, 2017)

III.2.2.2 Accessibilité à l'EPH

L'EPH est entouré de différentes rues dont la rue du croissant rouge, rue de Saïd Ayad ainsi que le chemin de fer, on trouve aussi la cité saint Arnaud, Département d'Elulma, mosquée Oussama Ibn Zaid avec des logements résidentiels. L'EPH d'El Eulma a trois (03) accès principaux, un pour le public, un autre pour le personnel, et le troisième accès pour les urgences avec une sortie pour l'évacuation des malades aux autres services.



FigureIII.11. Contexte immédiat de L'EPH Saroub El-kathir
(Source : Google Earth repris par Auteur)



Figure III.12. Entrée principale de l'EPH El-Eulma

Source : Auteur, 2017

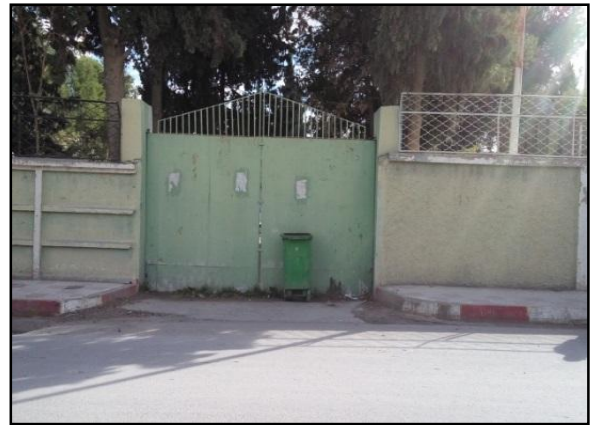


Figure III.13. Accès réservée aux services de l'EPHEI-Eulma

Source : Auteur, 2017



Figure III.14. Entrée des urgences de l'EPH El-

Eulma

Source : Auteur, 2017



Figure III.15. Accès réservé aux ambulances / cas graves

Source : Auteur, 2017

III.2.2.3 Typologie de l'EPH El-Eulma

L'hôpital d'El Eulma a une forme triangulaire construite selon un modèle pavillonnaire en (R+1), suivant une séparation entre hommes et femmes selon les principes de l'époque bîmâristân. Les pavillons s'articulent entre eux par une rue hospitalière qui est un axe principal de desserte, qui forment un angle droit avec les autres axes de circulation secondaires, ce qui donne un réseau en échiquier qui offre une alternance de pleins (pavillons) et de vides (cours et patio)¹⁰⁹.

¹⁰⁹BOUANDES.Karima. Ambiance lumineuse, visibilité et accessibilité visuelle"; paramètres contribuant à l'humanisation des espaces d'accueil des hôpitaux. Cas des hôpitaux à Sétif 2012.p291.

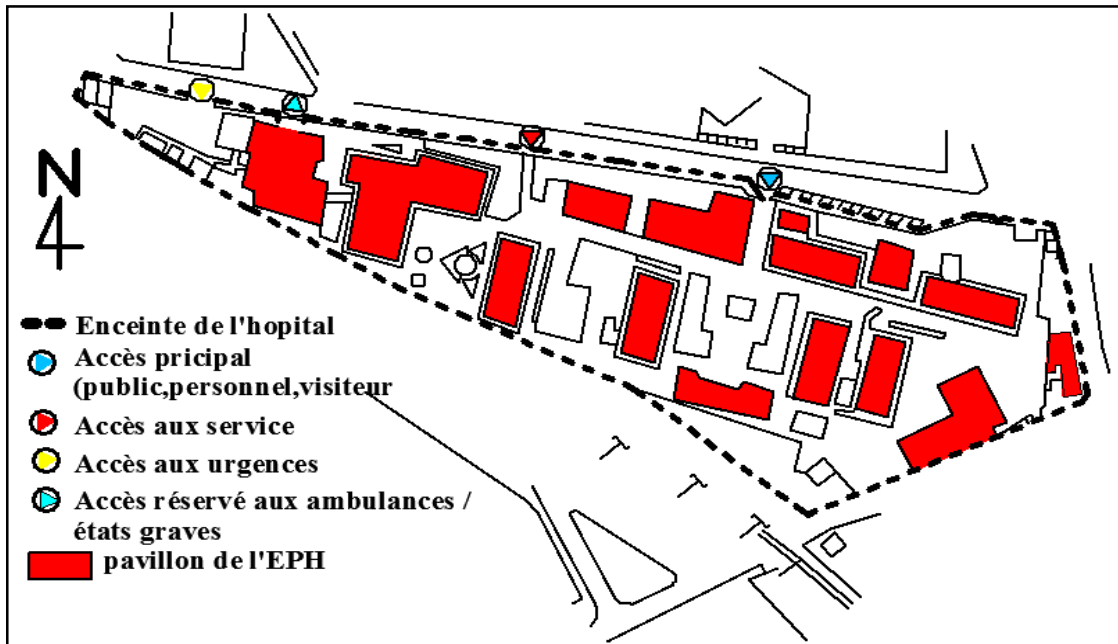


Figure III.16. Schéma représentatif de typologie de l'EPH El-Eulma
(Source : Bouandes, 2012)

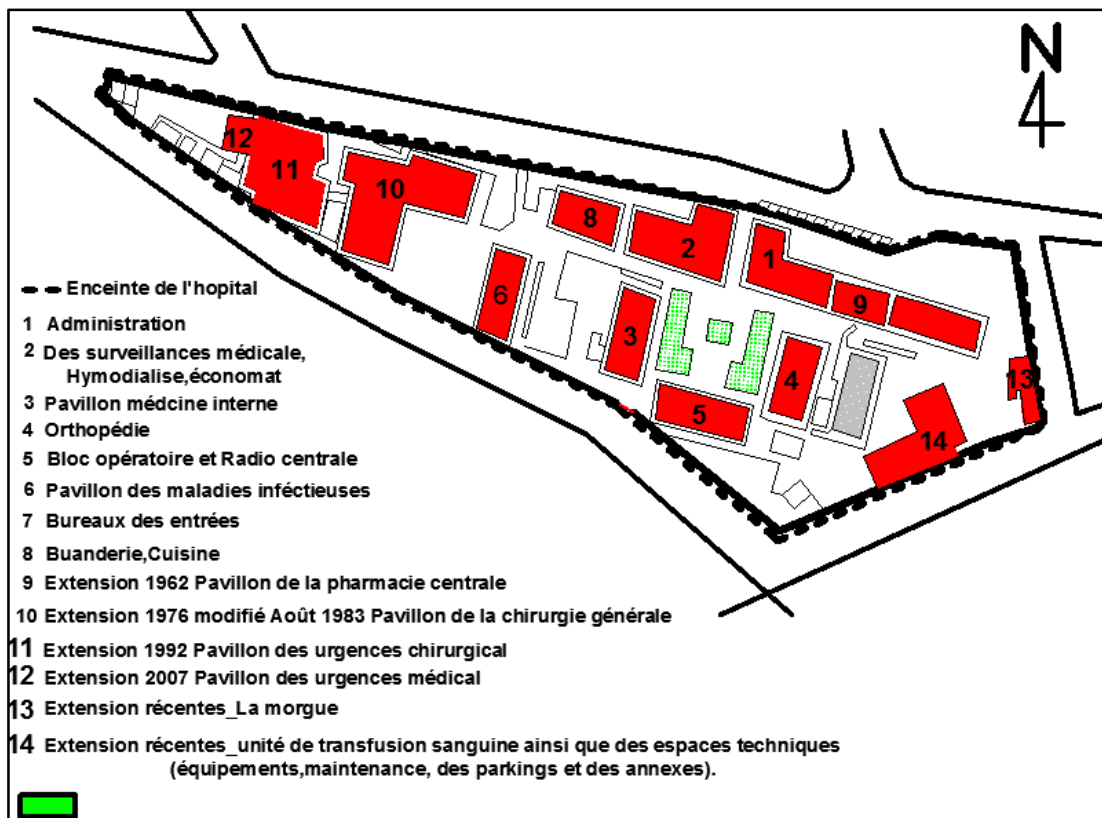


Figure III.17. Les différents services de l'EPH d'El-Eulma
Source : Bouandes, 2012

III.2.2.4 Présentation de l'évolution de l'EPH El-Eulma

L'EPH d'El-Eulma a connu plusieurs modifications à travers le temps.

III.2.2.4.1 Présentation du pavillon initial

Le pavillon initial de l'hôpital Saroub El-kahir représente la partie la plus importante de la composition totale, construit en 1958 par le colon français, il occupe une superficie de 18396m² dont on trouve le pavillon administratif et les pavillons d'hospitalisation ; médecine interne, service des maladies infectieuses, hémodialyse et orthopédie, radiologie centrale et bloc opératoire ainsi que les services techniques et l'économat. La cuisine centrale et la buanderie sont situées dans le même bloc loin des services d'hospitalisation de côté nord¹¹⁰.

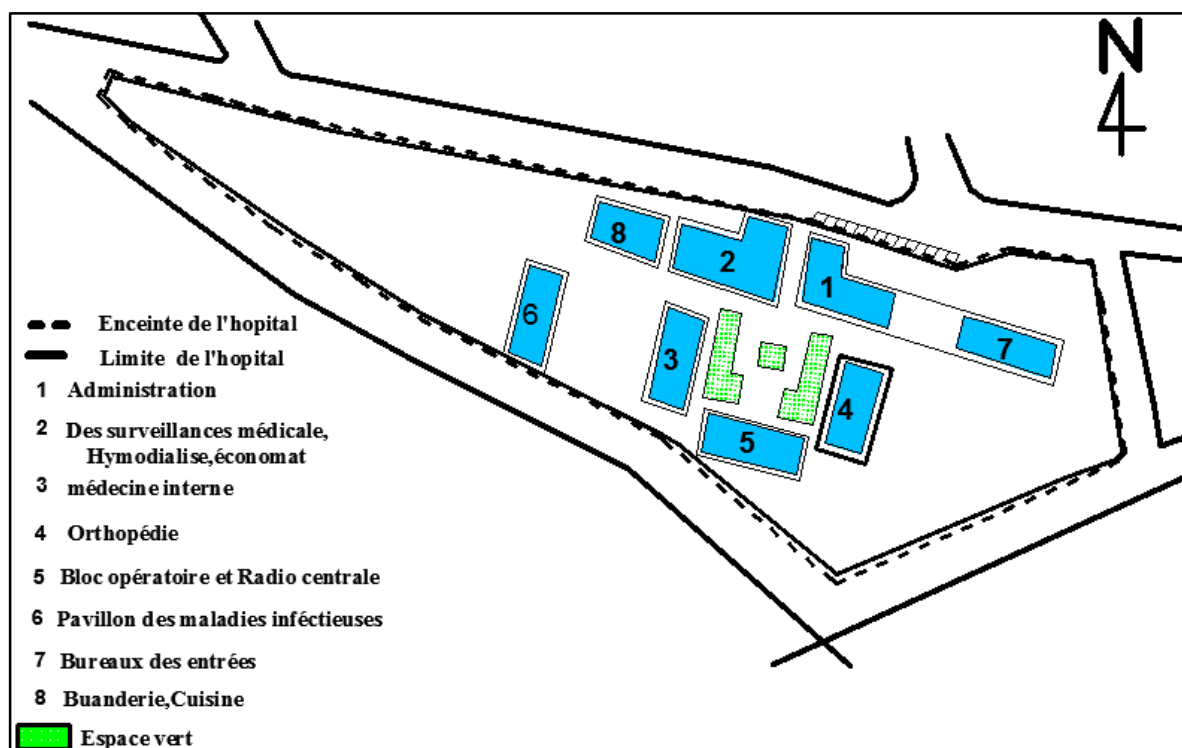


Figure III.18. Plan de pavillon initial de l'hôpital Saroub El-khatir El-Eulma.

Source :(Bouandes, 2012).

¹¹⁰Bouandes Karima, "Ambiance lumineuse, visibilité et accessibilité visuelle"; paramètres contribuant à l'humanisation des espaces d'accueil des hôpitaux. Cas des hôpitaux à Sétif 2012.p255.



Figure III. 19 :Vue de l'extérieur **Figure III.20:**Vue sur l'administration **Figure III.21:**Vue sur le service des
Source : Auteur, 2017 Source : Auteur, 2017 maladies infectieuses



Figure III.22. Vue sur la cuisine et **Figure III.23.** Vue sur le service **Figure III.24.** Vue sur médecine
La buanderie d'orthopédie interne
Source : (Auteur, 2017) Source :(Auteur, 2017) Source :(Auteur, 2017)

III.2.2.4.2 Présentation des différentes évolutions externes de l'EPH à travers le temps

Le pavillon initial de l'EPH El-Eulma a subi plusieurs opérations qui marquent son évolution à travers le temps. La première en était la construction de la pharmacie centrale en 1962¹⁰⁴. La deuxième extension est faite en 1976 dans le côté ouest, elle consiste à la création d'un pavillon pour la chirurgie générale construit par l'architecte SAHRAOUI Mohamed¹⁰⁵ et qui a été modifié après en 1984¹⁰⁶ avec la création de bloc opératoire. En 1992¹⁰⁷, l'EPH a été marqué par la construction de pavillon des urgences chirurgicales qui sera suivi d'un autre pavillon pour les urgences médicales en 2007¹⁰⁸, l'un a côté de l'autre, ainsi que la transformation de deux bureaux en unité d'hémodialyse en 2004¹⁰⁹ qui fait partie de service de la médecine interne.

¹⁰⁴ Idem.p.255.

¹⁰⁵ Idem.p.262.

¹⁰⁶ D'après les entretiens. 2016

¹⁰⁷Bouandes Karima, "Ambiance lumineuse, visibilité et accessibilité visuelle"; paramètres contribuant à l'humanisation des espaces d'accueil des hôpitaux. Cas des hôpitaux à Sétif 2012.p.264.

¹⁰⁸ Idem.p.255.

¹⁰⁹ D'après les entretiens. 2016

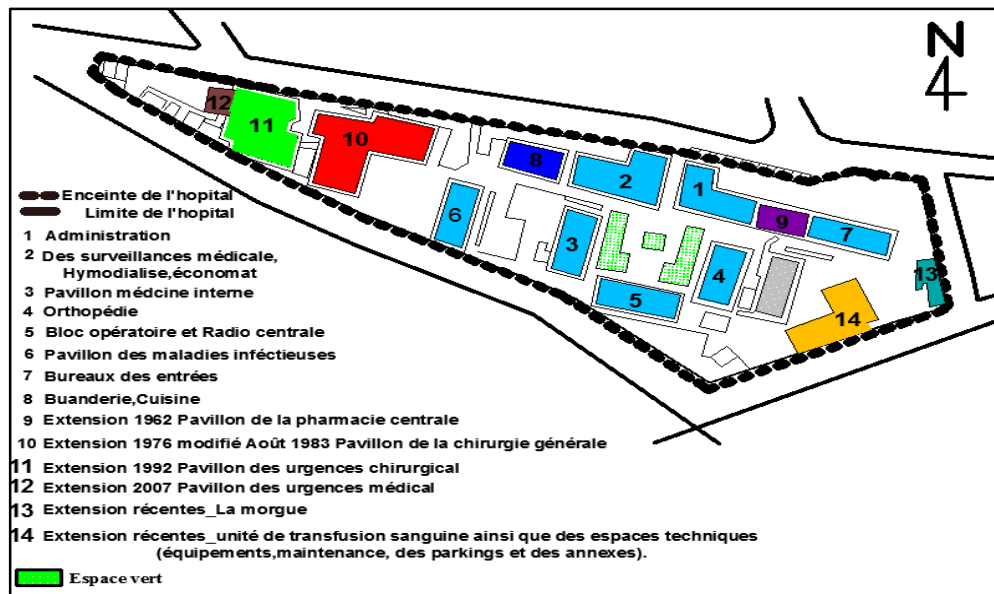


Figure III.25. Les différentes extensions de plan initial de l'hôpital Saroub El-khatir El-Eulma.

Source : (Bouandes Karima, 2012)

Conclusion

A travers la présentation des différentes évolutions de corpus d'étude on a déduit que le processus de toutes les opérations qui ont été fait au niveau des deux hôpitaux est conditionné par leur besoins et pour faire ressortir la cause principale de ces transformations et quel est le responsable les résultats seront présenté dans le chapitre suivant.

IV.1 Analyse et résultat des entretiens

VI.1.1 Organisme / politique et lois sanitaires

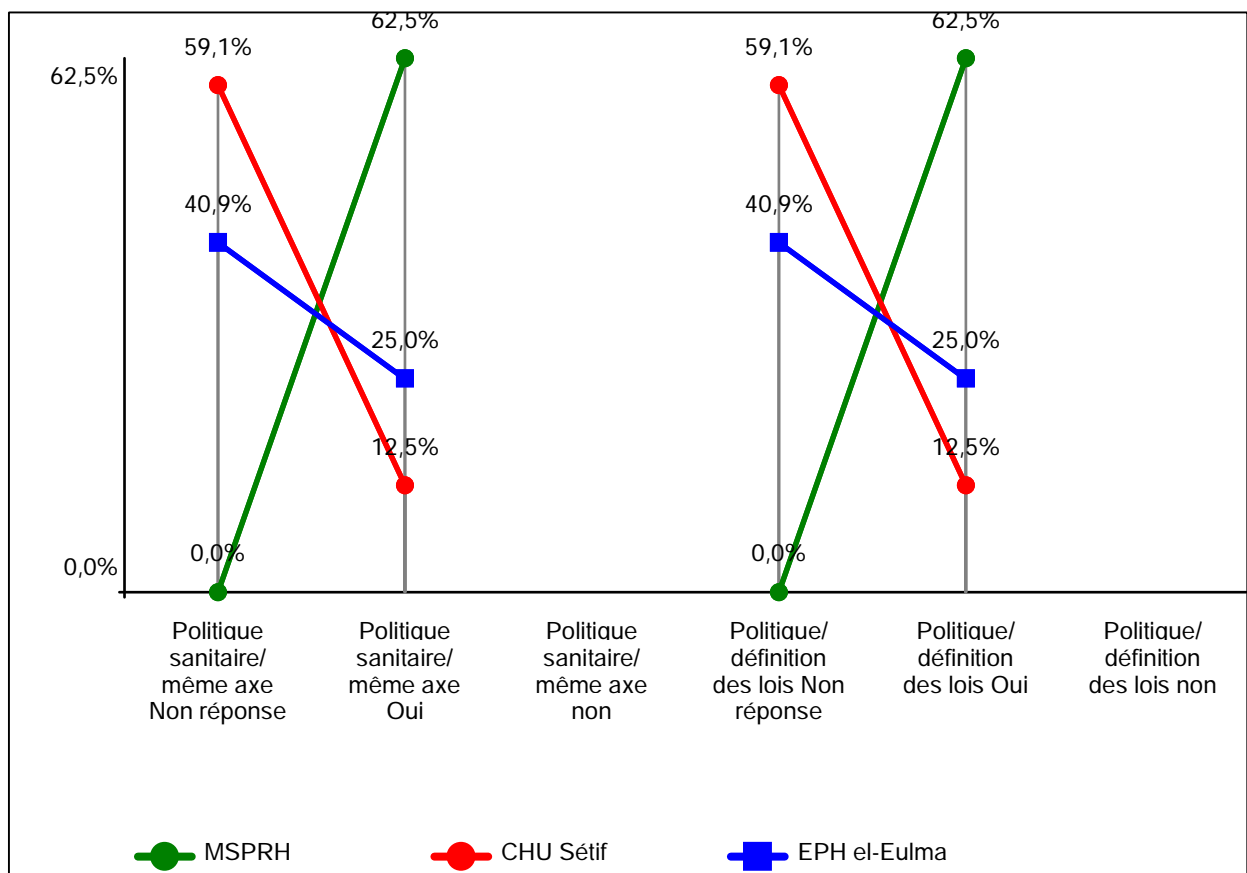


Figure III.26. Graphe montre le rapport entre politique et lois sanitaire

Interprétation

Le graphe montre que la totalité des questionnées au niveau de tous les organismes (MSPRH, CHU de Sétif et EPH d’El-Eulma) a annoncé que :

La politique sanitaire a suivi le même axe dans ses principes.

-C’est la politique qui définissent la loi et non pas le contraire.

On note qu’un fort pourcentage des personnes au niveau des deux hôpitaux (59,1% au CHU et 40,9 à l’EPH) n’a pas répondu à la question en la renvoyant au MSPRH.

IV.1.2. Information des hôpitaux par les indications des règlements

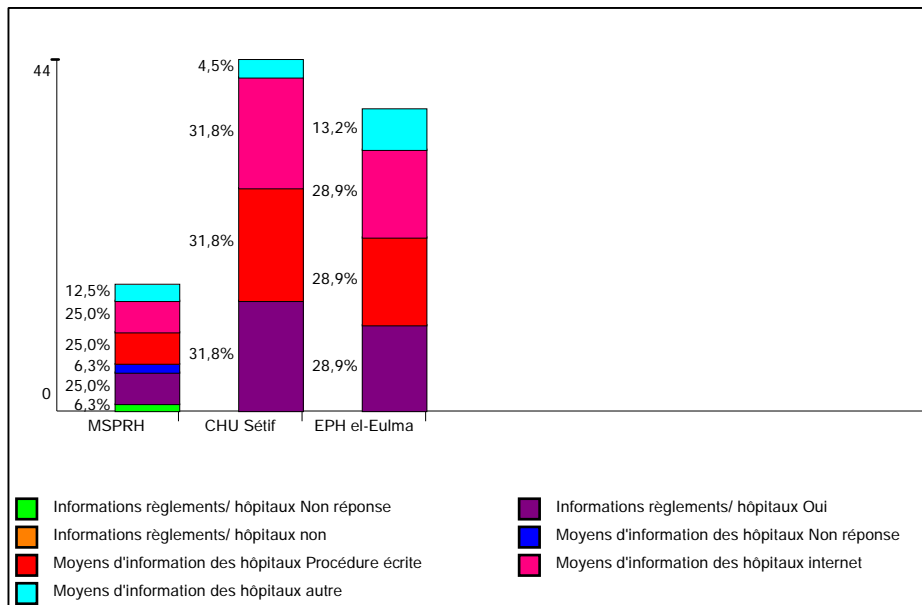


Figure III.27. Histogramme de taux d'information des hôpitaux par les indications des règlements

Interprétation

- Le diagramme montre que les trois organismes ont affirmé que :
- les hôpitaux sont à jour des indications des règlements à titre d'information.
- Le grand pourcentage de personnel des trois organismes a indiqué que l'information des hôpitaux se fait par internet et par procédure écrite.

IV.1.3. Application des indications des règlements par les hôpitaux

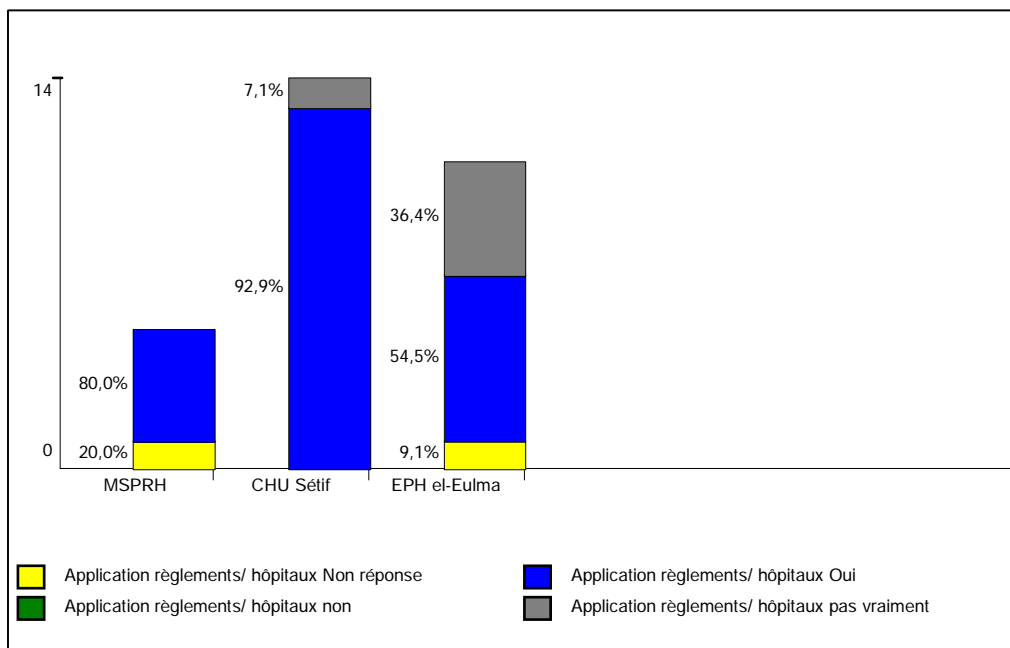


Figure III.28. Application des indications des règlements par les hôpitaux

Interprétation

Le diagramme montre qu’avec les trois organismes indiquent avec le plus fort pourcentage que les hôpitaux sont à jour des indications des règlements à titre d’application.

Au niveau des hôpitaux, une minorité a cité que leurs établissements n’appliquent pas vraiment les indications des règlements.

20% des enquêtés du MSPRH et 9,1% de ceux de l’EPH n’ont pas répondu à la question de l’application des règlements.

IV.1.4. Existence des mécanismes de contrôle et ses types

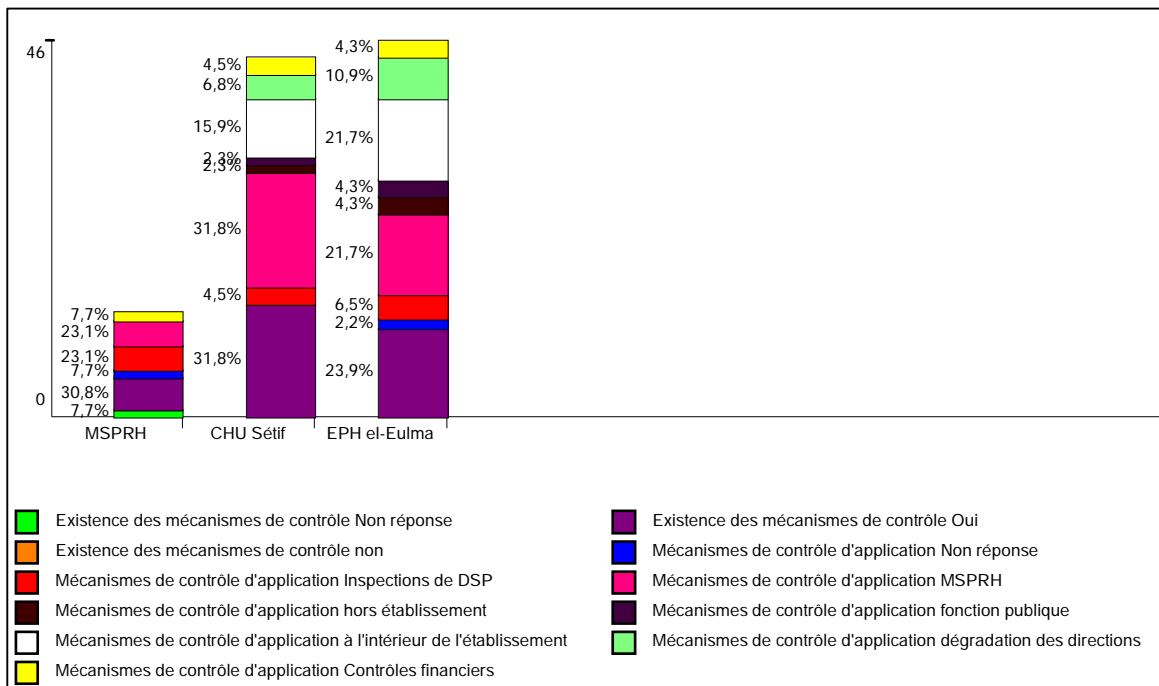


Figure III.29. Existence des mécanismes de contrôle et ses types

Interprétation

Tous les organismes ont affirmé l’existence des mécanismes de contrôles d’application des orientations des règlements au niveau des hôpitaux.

Au MSPRH : le grand pourcentage des questionnés a cité le MSPRH (23,1%) et les inspections de la DSP (23,1%) comme mécanismes de contrôles.

Au niveau des deux hôpitaux :-la plupart des réponses ont rappelé le MSPRH et les mécanismes de contrôle à l’intérieur des établissements.

-Le reste de réponses évoque avec un faible pourcentage de contrôle par dégradation des directions,le contrôle hôrs établissement et le contrôle financier.

IV.1.5. Situation actuelle des hôpitaux et son responsable

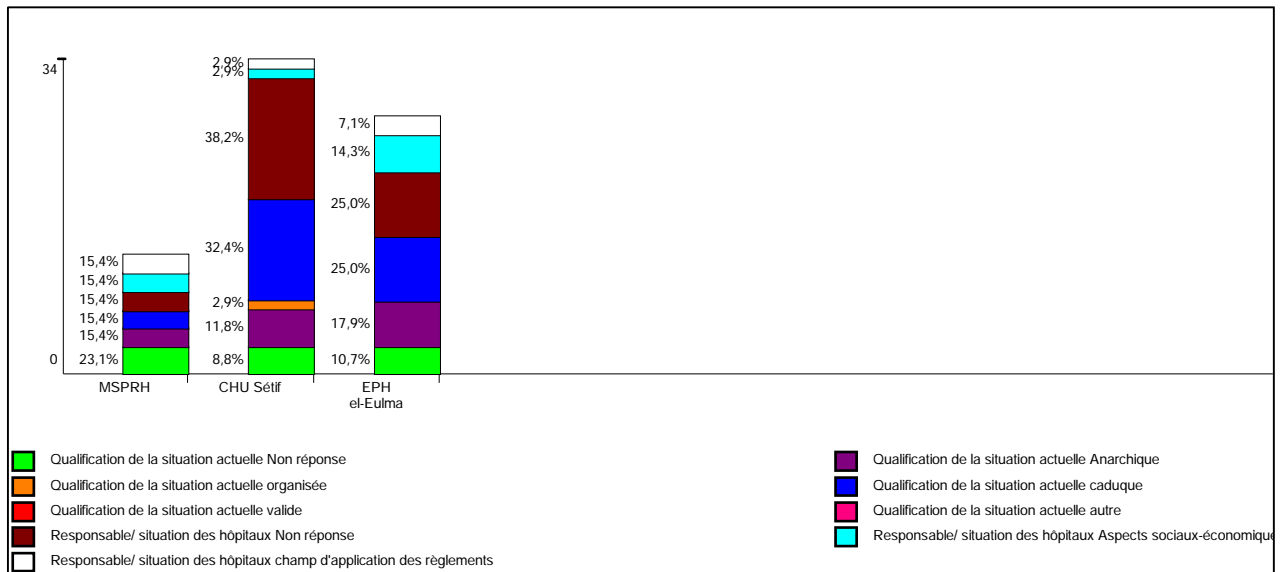


Figure III.30. Histogramme de Situation des hôpitaux et ses facteurs

Interprétation

D'après le ministère :

-la situation actuelle est selon 15,4% des questionnés est qualifiée comme anarchique et caduque provoquée par des aspects sociaux-économiques et des manques au niveau de champ d'application des règlements.

-23% des personnes n'ont pas répondu sur a question de la situation actuelle des hôpitaux en renvoyant cette question aux hôpitaux.

D'après les deux hôpitaux :

-La situation actuelle est qualifiée par un grand pourcentage comme anarchique et caduque.

-Un fort pourcentage de personnel (25% à l'EPH, 38,2% au CHU) n'a pas justifié son jugement considérant ces données comme confidentielles

-Le faible pourcentage restant justifie son jugement par l'influence des impacts sociaux-économiques et l'existence d'un manque au niveau de champ d'application des règlements.

IV.1.6. Petites interventions sur les services des hôpitaux

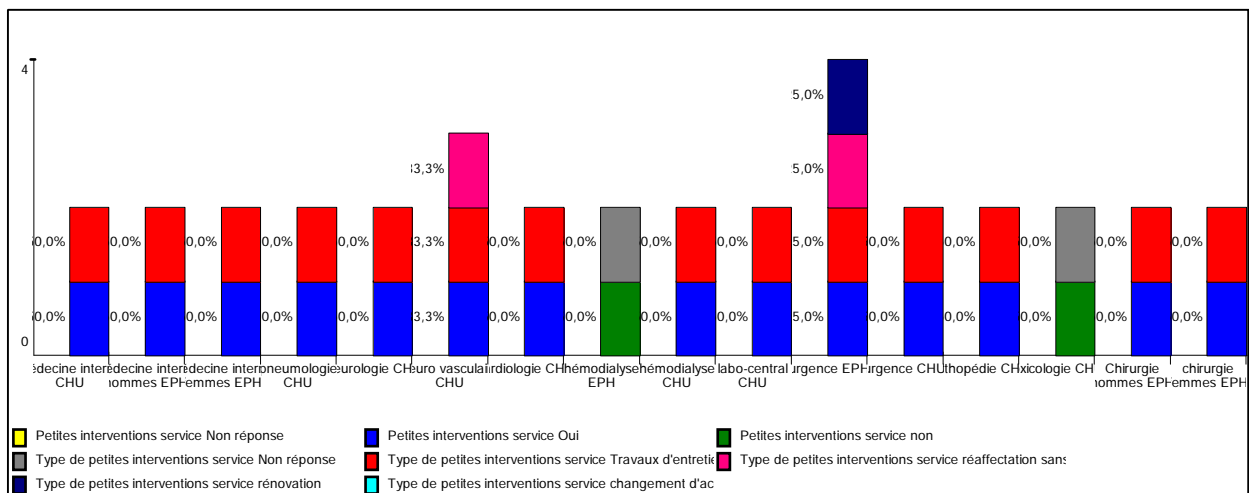


Figure III.31. indique type d'interventions pour chaque service

Interprétation

Les résultats démontrent que la plupart des services de CHU et de l'EPH étudiés ont subi de petites interventions. Toutes les réponses au niveau de chaque service concerné montrent la réalisation des travaux d'entretiens.

-Le service de neuro-vasculaire de CHU, ajoutant aux travaux d'entretiens, a subi d'opération de réaffectation selon 33,3% des réponses

-Les urgences de l'EPH selon 25% des réponses ont subi d'opérations de rénovation et Réaffectations sans modification de la structure.

IV.1.7. Responsable des décisions et réalisations des interventions

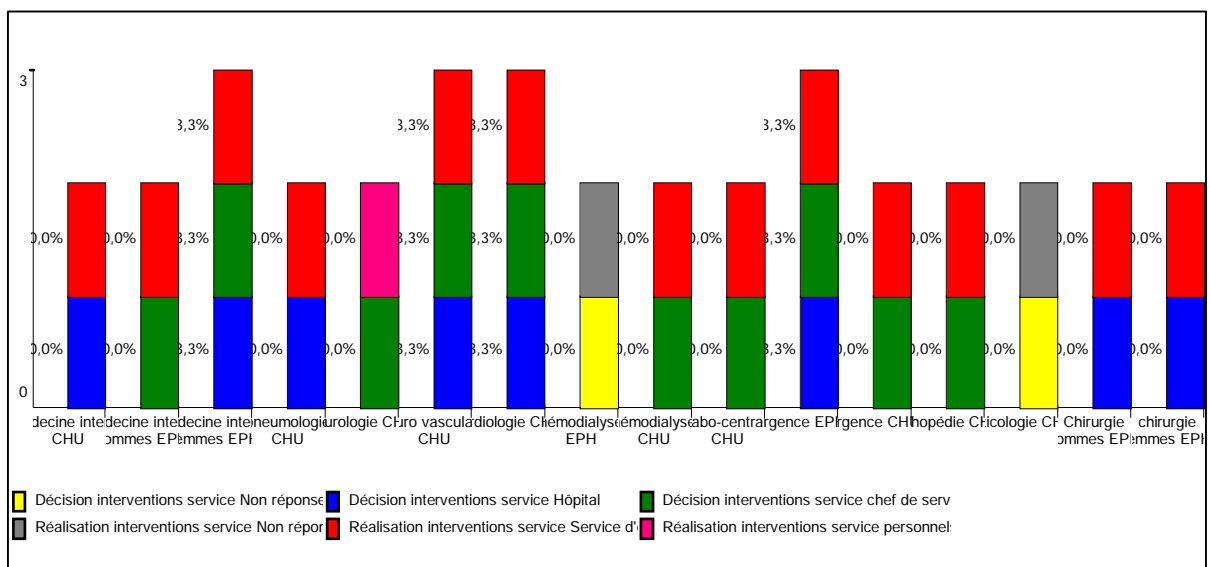


Figure III.32. Montre les responsables des décisions et réalisations des interventions

Interprétation

Le diagramme désigne que :

-Au niveau de CHU : les interventions que la moitié des services a subies est avec un pourcentage égale le fruit de décision de l'hôpital et des responsables des services.

-Au niveau de l'EPH : Les interventions que les services ont subies sont plus le résultat des décisions de l'hôpital que de responsables des services.

CHAPITRE IV: RESULTATS ET DISCUSSION

IV.1.8. Besoins des services

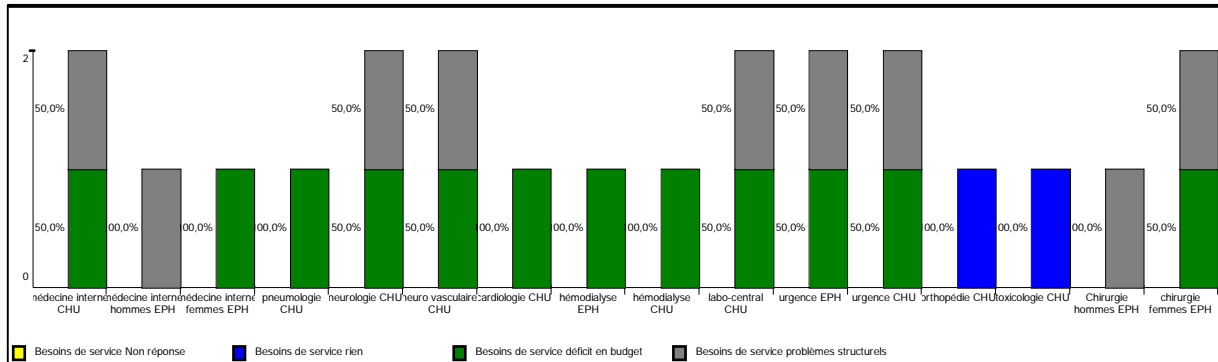


Figure III.33. Montre besoins de chaque service

Interprétation

Les résultats obtenus sont :

-Au niveau de CHU :

*60% de personnel a cité l'existence des besoins liés aux problèmes structurels au sein des services.

*Un pourcentage plus élevé de personnel a indiqué que les services souffrent des besoins dus au déficit en budget.

*des enquêtés ont affirmé que les deux services (orthopédie, toxicologie) dont ils travaillent ne présente aucun besoin.

-Au niveau de l'EPH :

*Le personnel de l'hôpital a cité avec un pourcentage égal l'existence des besoins dus au budget et aux problèmes structurels.

IV.1.9. Existence des transformations au niveau des services et leurs types

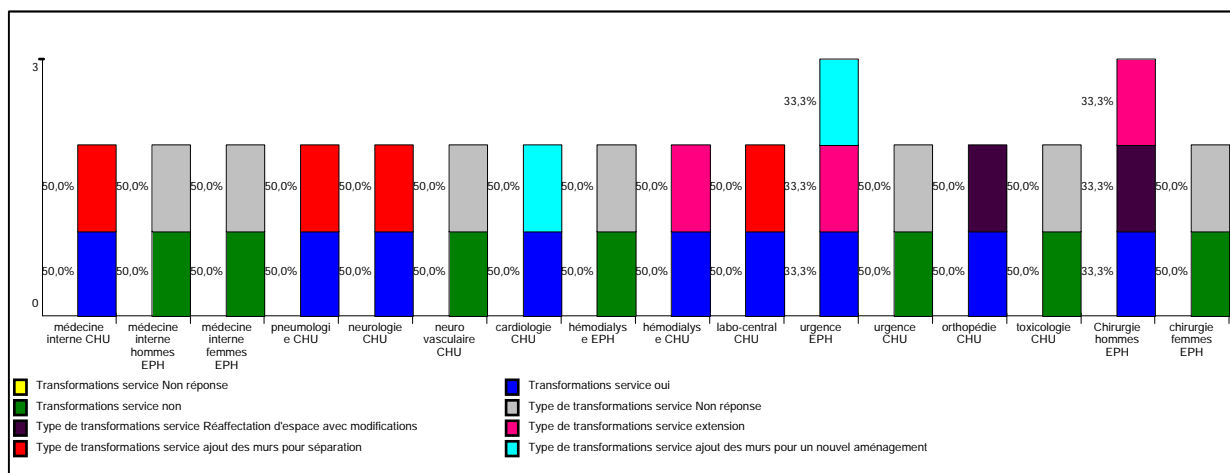


Figure III.34. Types des transformations au niveau des hôpitaux

Interprétation

Les résultats présentent que

- La plupart des services étudiés dans les deux hôpitaux ont subi des transformations.
- Les transformations réalisées incluent au niveau des deux hôpitaux l'extension, la réaffectation d'espaces avec modification de la structure, et l'ajout des murs pour séparation ou pour réalisation de nouvel aménagement (cas de service cardiologie de CHU lors de la réalisation de l'ascenseur)

IV.1.10. Décision et réalisation des transformations des services des hôpitaux

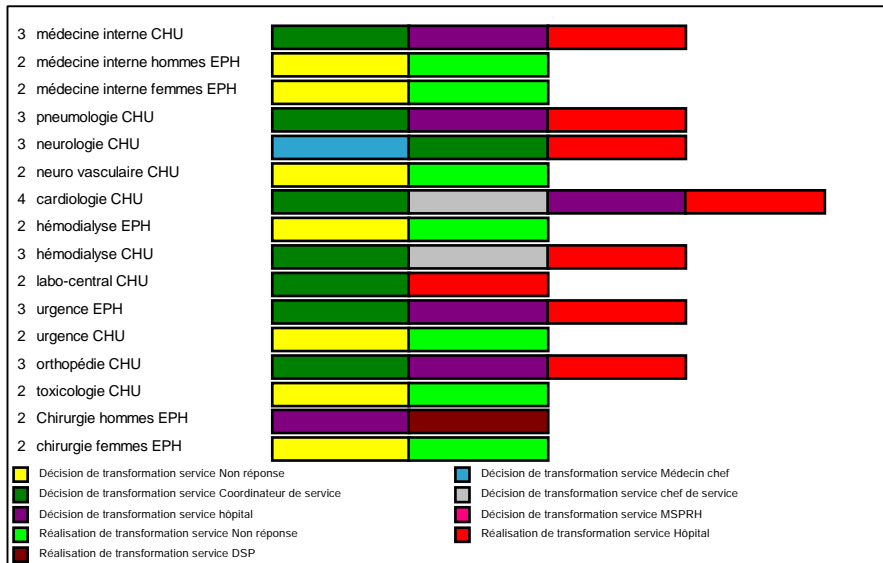


Figure III.35. Décisions, réalisations de transformations des services des hôpitaux

Interprétation

D'après le diagramme :

- Les services présentant des non réponses sont ceux qui n'ont pas subi de transformation
- La plupart de personnes indiquent que la décision de transformations des services est prise par les différents responsables des services (médecin chef, coordinateur de service, chef de service)
- Un pourcentage important des réponses met l'hôpital en mesure de décision des transformations
- Aucun questionné n'a renvoyé la décision de transformation au MSPRH
- Un grand pourcentage des personnes a désigné l'hôpital comme responsable de réalisation de la plupart des transformations des services.
- La DSP, selon un très faible pourcentage de réponses, se charge de la réalisation des transformations au niveau des services.

Conclusion

Le tableau de confrontation des résultats des entretiens et de la synthèse théorique (Règlements / évolution des hôpitaux) indique que les règlements de dimension économique et humaine ont un impact sur l'évolution des structures hospitalières en Algérie.

Conclusion Générale


L'évolution historique des hôpitaux à travers le temps a géré des typologies à formes diversifiées. Institution des différentes réformes et lois, rapport de société, économie, architecture et évolution de la médecine sont tous des facteurs déterminants de ces formes. L'analyse du contexte sanitaire français montre l'efficacité du système de santé suivi, cela se traduit par l'évolution des taux de bénéfice en soins. Le système de santé français propose à travers les phases de son évolution des solutions pour les problèmes de la santé rencontrés au niveau des établissements.

L'analyse du contexte sanitaire algérien à son tour indique un certain nombre de manques sur les quatre plans étudiés (architectural, matériel, économique et humain). Le système national de santé adopté en Algérie, instaure une politique d'une productivité qui demeure réduite à nos jours, oriente une planification dont sa visée de répartition équitable de ressources n'est pas atteinte et regroupe un nombre de règlements adoptant avec un fort degré les dimensions humaine et économique et avec un faible degré les dimensions matérielle et architecturale. Contrairement au système Français, Le SNS ne définit que les règles de son fonctionnement général.


Théoriquement, les résultats de la recherche ont indiqué que les règlements à dimension économique et humaine sont les seuls à avoir un impact sur l'évolution des hôpitaux. Les résultats des entretiens effectués au niveau de MSPRH, CHU de Sétif et l'EPH d'El-Eulma indique que l'évolution des structures hospitalières est dépendante des besoins des hôpitaux, sur le plan architectural / spatial (besoins en espaces) et sur le plan économique (besoins en budget). De part cela, l'évolution des hôpitaux est influencée seulement par les règlements à dimension économique et humaine ce qui infirme notre hypothèse.

A decorative flourish consisting of a central rounded rectangular box containing the text, with intricate black scrollwork and leaf-like patterns extending horizontally from the sides.

Chapitre I

A decorative flourish on the left side, featuring a vertical line with ornate scrollwork and a small star-like symbol at the top.

Hôpital et
évolution

A decorative flourish on the right side, featuring a vertical line with ornate scrollwork and a small star-like symbol at the bottom.

A decorative flourish consisting of a central rounded rectangular box containing the text 'Chapitre II', with intricate black scrollwork and leaf-like patterns extending outwards from the box.

Chapitre II

A decorative frame made of black scrollwork and leaf-like patterns, enclosing the text. The frame has four ornate corners, each featuring a small star-like motif.

Textes réglementaires
Contexte et évolution

A decorative flourish consisting of a central rounded rectangular box containing the text, with intricate black scrollwork and leaf-like patterns extending outwards from the top and sides.

Chapitre III

A large decorative flourish framing the text. It features a vertical line on the left and right sides, with ornate scrollwork and floral motifs at the top and bottom corners, including a small star-like symbol.

Présentation et analyse d'évolution du corpus d'étude

A decorative flourish consisting of a central rounded rectangular box containing the text 'Chapitre IV'. The box is surrounded by intricate, symmetrical scrollwork and leaf-like patterns that extend outwards.

Chapitre IV

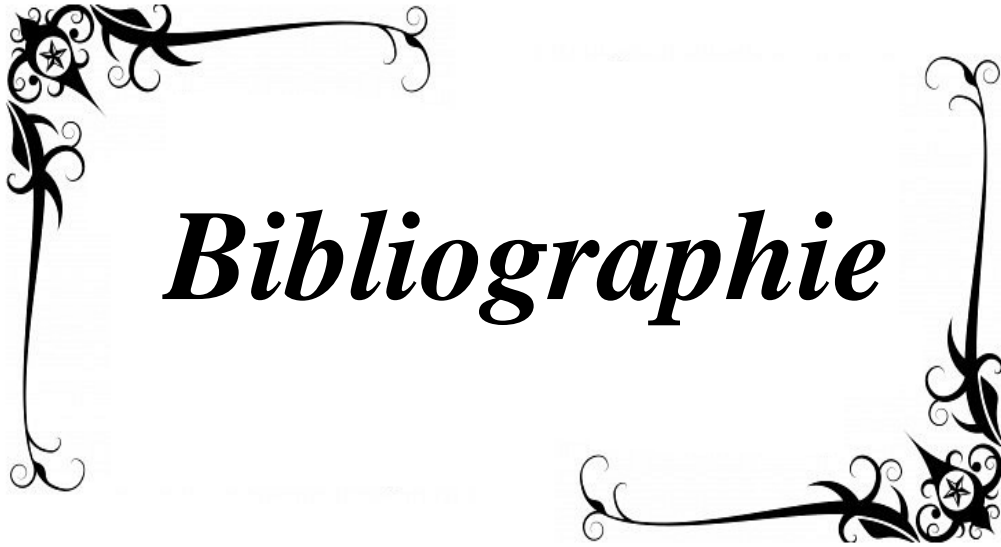
A decorative flourish forming a rectangular frame around the text. The corners are adorned with intricate scrollwork and floral motifs, with lines extending from the corners towards the center.

Résultats et discussion



*Conclusion
Générale*



A decorative border composed of black, ornate floral and scrollwork elements. It features a central floral motif in each corner, with elegant, flowing lines extending towards the center of the page.

Bibliographie

A decorative border with intricate floral and scrollwork patterns, framing the central text. The border is composed of four corner pieces that meet at the center, each featuring a star-like floral motif and elegant, flowing lines.

Chapitre
Introdudctif



Annexes

Références bibliographiques

1. Livres

- FERMAND Catherine. Les hôpitaux et les cliniques, Architecture de la santé. Paris, 2000.
- RIBOULET Pierre, Naissance d'un hôpital.1989.
- OULD-KADA, Med. Recueil de textes réglementaires relatifs à la gestion des établissements publics de la santé.Décembre.2008.

2. Documents de type thèse (mémoire)

- BOUANDES Karima. Ambiance lumineuse, visibilité et accessibilité visuelle ; paramètres contribuant à l'humanisation des espaces d'accueil des hôpitaux. Mémoire présenté en vue d'obtention de titre de magistère en architecture, Algérie, Biskra. 2012.
- BOUANDES Karima. Un nouvel hôpital à Sétif, mémoire 5ème année, université FARHET Abbes. Sétif, 2008.
- AURELIE, Ministère de la santé et des solidarités. Nouvelles Organisations et Architectures Hospitalières. 2009.
- BENYOUCEF Brahim. Analyse urbaine, éléments de méthodologie. 2014.
- Centre hospitalo-universitaire à Tlemcen, mémoire fin de cycle 5ème Année architecture. 2012/2013
- Histoire de l'hôpital et hygiène à l'hôpital.2009.
- Hygiène hospitalière.Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF, Université Médicale Virtuelle Francophone. 2011.
- SOLTANE Mohammed Amine. BOUHASSOUN, Abdelàalim. MERZOUGH, Hôpital gériatrique, mémoire en vue d'obtention du diplôme d'état d'architecte. 2013.
- BAHLOULI Ahmed Sofiane. La politique de santé en Algérie, cas de la wilaya d'Oran, mémoire présenté en vue de l'obtention de titre du Magister en sciences politiques et relations internationales. 2011-2012.
- EL AYADI Mohamed. Les mârîstâns dans le monde arabo-musulman.
- KEZAI Farid, BEN KHARFALLAH Mouhamed Rafik, MANTE Amar, Un hôpital général à El-Eulma, 2013.
- BRUNO Palier. La réforme des systèmes de santé, Que sais-je ?paris, PUF .2004.
- DURIEZ Marc, DIANE LEQUET Salma, système de santé en Europe, collection Que sais-je Vendôme.1998.
- MOLINIER Laurent. Le système hospitalier, 2010.
- CHACHOUA Louisa, le système national de santé 1962 à nos jours.
- CHAOUI Farid, LEGROS Michel. Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, Défis nationaux et enjeux partagés, Les pays du Maghreb, des États en transition sanitaire.
- Comité éditorial de l'UVMaF. La planification sanitaire, France. Francophone.2014.

- NOUREDDINE Achour, NOUREDDINEZFikriBenbrahim, Jean-Paul Grangaud, Travail coordonné par MacarenaNuño, 2012.
- COLL Jean-Pierre, Journées de l'architecture.
- RAOUL. Implication de l'hygiène dans les différentes phases d'un projet architectural. 2005.
- OMS, 2002 – 2005.
- FRANCOIS Steudler. Hôpital ,profession médicale et politique hospitalière. In: Revue française de sociologie, numéro spécial 1973.
- PIERRE-Louis Laget, FRANÇOISE Salaün. Aux origines de l'hôpital moderne, une évolution européenne. 2010.
- CHAOUCHE Ali, Ecole Nationale de Management et de l'administration de la santé, El-Marsa, session de formation, Gestion des activités sanitaires, Evolution de système national de santé.
- Agence Régionale de Santé de Lorraine, Schéma Régional d'Organisation des Soins 'SROS-PRS' – Janvier .2012.
- Club des Pins 4,5 et 6. Acte de la conférence nationale sur la réforme de la santé et de la sécurité sociale.
- AKTOUF, O. Méthodologie des silences sociale et approche quantitative des organisations, PUO. Québec.1992.
- MANGHAR, F.Résumé de Mathieu Guidère.2006.
- N'DA, P. Méthodologie de la recherche, de la problématique a la discussion des résultats, Edition Universitaire de Coté d'Ivoire, Abidjan, 2002.
- FRANCOISE Martel.methodologie.la méthode descriptive son fondement théorique.1998.
- REUCHLIN, M. Les Méthodes en psychologie, 3eme édition, PUF, Paris, 1973.
- GHISLAINE, Le sphinx.2004.
- PIERRE, Introduction au logiciel Sphinx, 2003.

3. Dictionnaires

- Le dico des définitions. Définition de évolution Concept et Sens.
- Hôpital, architecture et organisation, Les évolutions perceptibles, L'hôpital polariséPar Jérôme Bataille, AIA Architectes,2006.

4. Revues

- MOUSSAOUI Driss et EL OTMANI Saad Eddine. Histoire des Sciences Médicales, Organe Officiel de la Société Française d'Histoire de la Médecine, Revue Trimestrielle fondée par le Dr ANDR Épeckere.
- DOMINIQUE Cupa « La santé », In : Revue Psychosomatique, N°36, 2009.

5. Site web

- <http://www.didac.ehu.es/antropo/7/7-11/Gorini.htm> date de consultation 09-02-2017.
- <http://www.persee.fr/doc/rfsoc-0035-2969-1973-hos-14-1-h-2156>, date de consultation 02/05/2016.

[-http://benissa.eklablog.net/syrie-alep-le-bimaristan-argun-a5534967](http://benissa.eklablog.net/syrie-alep-le-bimaristan-argun-a5534967) date de consultation 09-02-2017.

[-http://lesdefinitions.fr/évolution-1/2](http://lesdefinitions.fr/évolution-1/2). Consulté le 10/01/2017 à 10 :35.

[-http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2004-2-page-19.htm](http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2004-2-page-19.htm). Consulté le 07/11/2016 à 15 :35.

[-http://www.joradpdz/HAR/Index.html](http://www.joradpdz/HAR/Index.html) site officiel du secrétariat général du gouvernement algérien.

[-http://www.santé.dz/](http://www.santé.dz/) site officiel de MSPRH.

[-http://www.education.gouv.fr/](http://www.education.gouv.fr/) site officiel de bulletin.

6. Article

-Loi sanitaire n° 05-85.

-ART 54, Constitution de la république Algérien démocratique et populaire.

7. Document MSPRH

-Economie de la sante, Le Financement du système de santé, MSPRH.

-Ministère de la santé, de population et de réforme hospitalière, Avant-projet de la loi sanitaire, version provisoire soumise à concertation, Février 2003.

Liste des annexes

Annexe I : Questions des entretiens

I.1 Questions spécifiques au MSPRH

**Politique sanitaire*

1/ la politique sanitaire suivait elle le même axe dans ses principes ?

2/ Est-ce que c'est les lois qui définissent la politique ou bien c'est le contraire ?

**Planification sanitaire*

3/ Y'a-t-il une carte sanitaire actuelle ?

4/ Est-elle ou était-elle déjà mise en place ?

5/ Si la carte sanitaire n'est pas mise en place, quelles sont les procédures appliquées ?

6/ Quelles sont les orientations que la carte sanitaire contient ou va contenir ?

**Réformes hospitalières et règlements*

7/ L'élaboration des textes réglementaires sanitaires est-elle conditionnée par une période ou un contexte donné ?

8/ En parallèle des trois textes des réformes existantes, avez-vous élaboré d'autres textes ?

9/ A travers notre recherche, on a constaté des dispositions à appliquer, les avez-vous détaillés ?

10/ L'évolution des hôpitaux dépend-elle de l'évolution des réformes ?

11/ Les hôpitaux sont-ils à jour des indications des textes réglementaires ?

12/ Les réformes et règlements ont-elles un impact sur la situation actuelle des hôpitaux ?

13/ Y'a-t-il des mécanismes de contrôle de l'application des lois au niveau des hôpitaux ?

I.2 Questions spécifiques aux hôpitaux

**Personnes*

Depuis quand occupez-vous ce poste ?

C'est quoi votre apport ?

**Services*

Depuis quand le service a été il réalisé ?

Le service a-t-il subi de petites interventions ? Qui s'en chargeait ?

Quels sont les besoins de service ?

Le service est-il bien aménagé ?

Le fonctionnement de service est-il bon ? Si non pourquoi ?

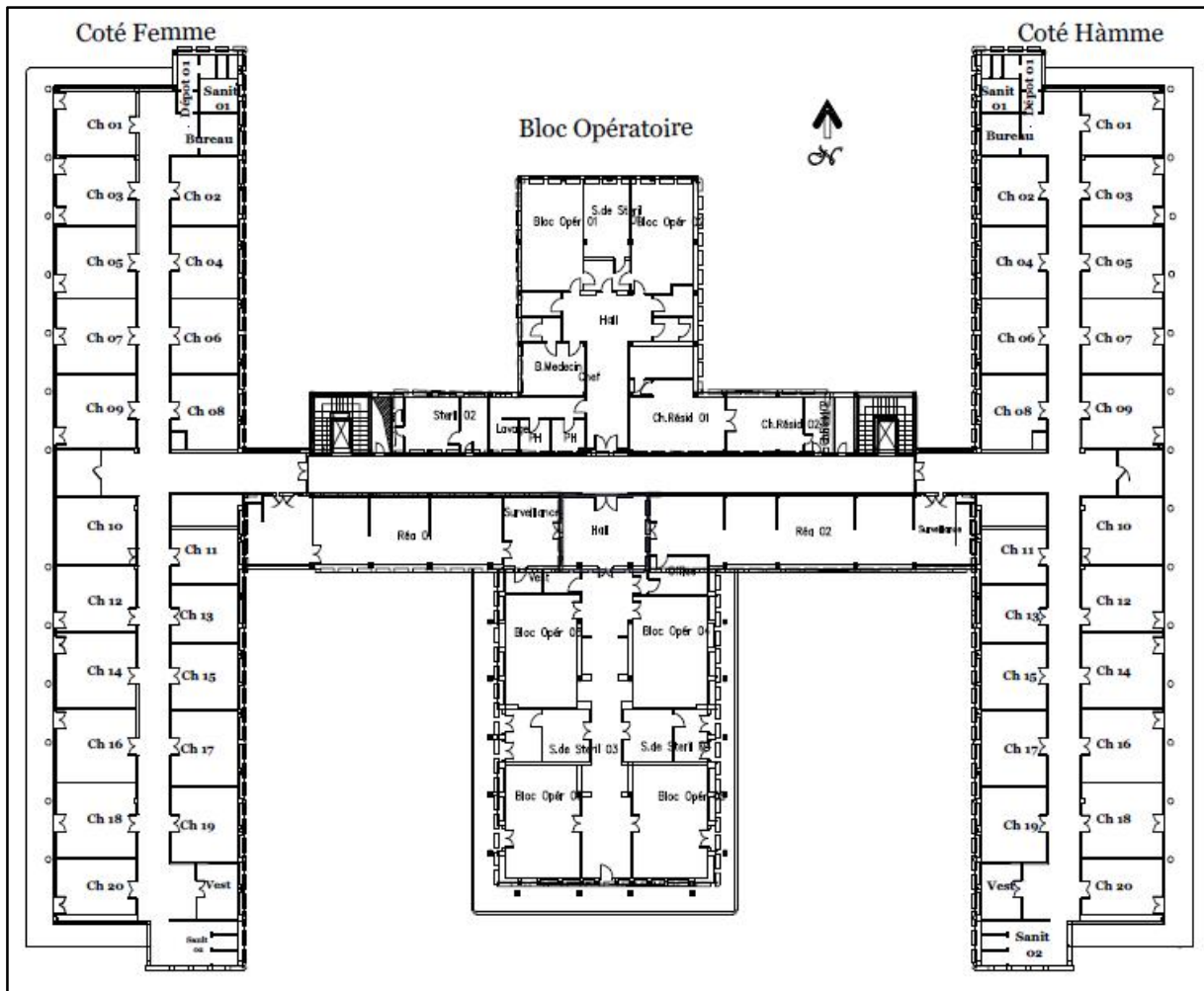
La prise en charge des malades est-elle bonne ? Si non, où réside le problème ?

**Règlements hôpital/ services*

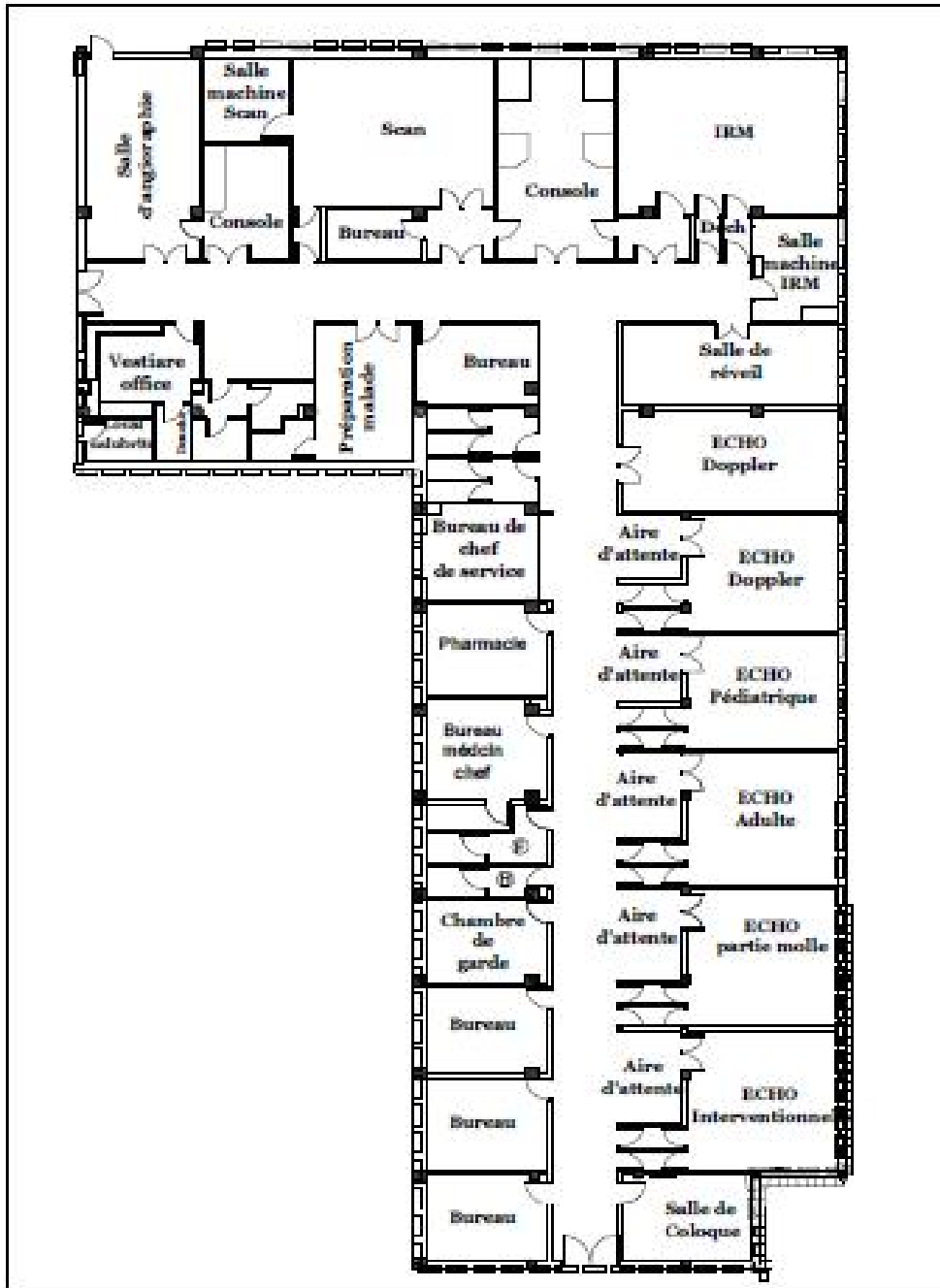
L'hôpital a-t-il subi des transformations ? Quelles sont ces transformations ?

Ces transformations sont-elles en fonction des orientations du MSPRH ou bien des décisions de l'hôpital ?

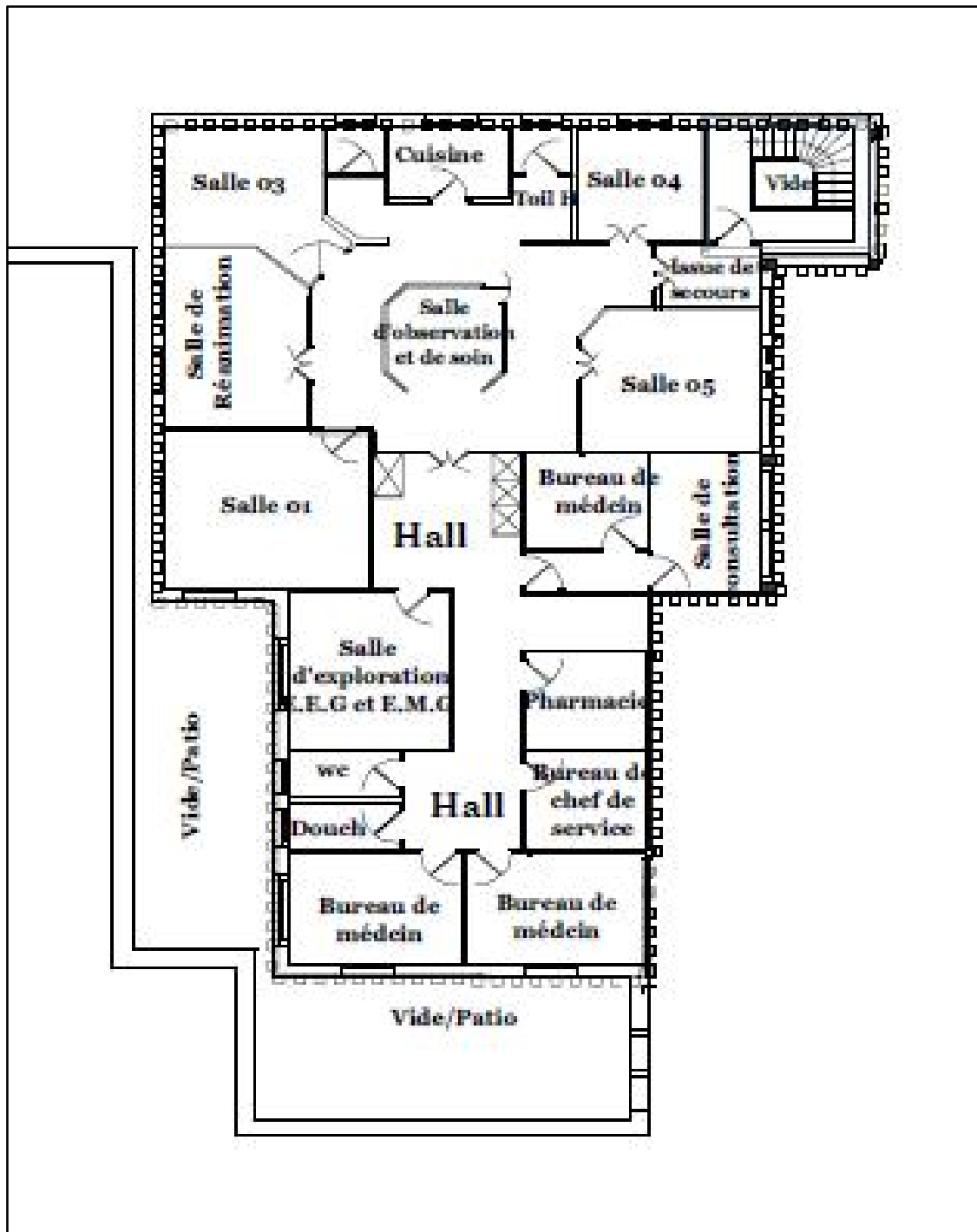
Annexe II, Figure 01 : plan de service de la chirurgie de la chirurgie générale de CHU



Annexe III, Figure 02 : plan service de la chirurgie de l'imagerie médicale de CHU



Annexe III, Figure 03 : plan de service de la neurologie de CHU



Annexe IV, Figure 04 : plan de service de l'orthopédie de CHU

