CONSEIL AFRICAIN ET MALGACHE POUR L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

PROGRAMME THÉMATIQUE DE RECHERCHE GOUVERNANCE ET DEVELOPPEMENT DU CAMES

Numéro spécial
Octobre 2025

La Revue Gouvernance et Développement

ISSN-L : 3005-5326
ISSN-P : 3006-4406

Revue semestrielle

Actes du Colloque du PTRC-GD. Université de Lomé 26-28 mars 2025

LA BONNE GOUVERNANCE DANS TOUS SES ETATS ET FORMES

Tome 1

- Gouvernance hospitalière
- Gouvernance socioéconomique
- Gouvernance territoriale et environnementale

Revue du Programme Thématique de Recherche du CAMES (PTRC)
Gouvernance et Développement

PRÉSENTATION DE LA REVUE

La Revue Gouvernance et Développement est une revue du Programme Thématique de Recherche du CONSEIL AFRICAIN ET MALGACHE POUR L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR (CAMES) (PTRC) Gouvernance et Développement (GD). Le PTRC-GD a été créé, avec onze (11) autres PTRC, à l'issue de la 30ème session du Conseil des Ministres du CAMES, tenue à Cotonou au Bénin en 2013. Sa principale mission est d'identifier les défis liés à la Gouvernance et de proposer des pistes de solutions en vue du Développement de nos Etats. La revue est pluridisciplinaire et s'ouvre à toutes les disciplines traitant de la thématique de la Gouvernance et du Développement dans toutes ses dimensions.

Éditeur

CONSEIL AFRICAIN ET MALGACHE POUR L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR **(CAMES)**.
01 BP 134 OUAGADOUGOU 01 **(BURKINA FASO)**

Tél. : (226) 50 36 81 46 – (226) 72 80 74 34
Fax : (226) 50 36 85 73
Email : cames@bf.refer.org
Site web: www.lecames.org

Indexation et Référencement dans des Moteurs de recherche

Impact Factor. SJIF 2025: 6.993

SJIF: https://sjifactor.com/passport.php?id=23550
HAL: https://aurehal.archives-ouvertes.fr/journal/read/id/777120
Mir@bel: https://reseau-mirabel.info/revue/19860/Revue-Gouvernance-et-Developpement-RGD

CONTEXTE ET OBJECTIF

L'idée de création d'une revue scientifique au sein du PTRC-GD remonte à la 4ème édition des Journées scientifiques du CAMES (JSDC), tenue du 02 au 05 décembre 2019 à Ouidah (Benin), sur le thème « ***Valorisation des résultats de la recherche et leur modèle économique*** ».

En mettant l'accent sur l'importance de la recherche scientifique et ses impacts sociétaux, ainsi que sur la valorisation de la formation, de la recherche et de l'innovation, le Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur mettait ainsi en mission les Programmes Thématiques de Recherche (PTRC) pour relever ces défis. À l'issue des 5ème journées scientifiques du CAMES, tenue du 06 au 09 décembre 2021 à Dakar (Sénégal), le projet de création de la revue du PTR-GD fut piloté par Dr Sanaliou Kamagate (Maître de Conférences de Géographie, CAMES). C'est dans ce contexte et suite aux travaux du bureau du PTRC-GD, alors restructuré, que la Revue scientifique du PTRC-GD a vu le jour en mars 2024.
L'objectif de cette revue semestrielle et pluridisciplinaire est de valoriser les recherches en lien avec les axes de compétences du PTRC-GD.

COMITÉ SCIENTIFIQUE

1. **Henri BAH**, PT, Université Alassane Ouattara, Philosophie, Ethique, Philosophie Politique et sociale.
2. **Doh Ludovic FIE**, PT, Université Alassane Ouattara, Philosophie de l'art et de la culture
3. **José Edgard GNELE**, PT, Université de Parkou – Géographie et aménagement du territoire
4. **Emile Brou KOFFI**, PT, Université Alassane Ouattara, Géographie urbaine
5. **Lazare Marcellin POAME**, PT, Université Alassane Ouattara, Philosophie ancienne, Biotique
6. **Gbotta TAYORO**, PT, Université Félix Houphouët Boigny, Philosophie (éthique, morale et politique)
7. **Chabi Imorou AZIZOU**, MC, Université d'Abomey-Calavi, Sociologie politique
8. **Eric Damien BIYOGHE BI ELLA**, MC, IRST/CANAREST, Histoire
9. **Ladji BAMBA**, MC, Université Félix Houphouët Boigny, Criminologie (sociologie criminelle)
10. **Annie BEKA BEKA**, MC, École Normale Supérieure du Gabon, Géographie urbaine
11. **Emmanuelle NGUEMA MINKO**, MC, ENS Libreville, Sociologie
12. **Pamphile BIYOGHÉ**, MC, École Normale Supérieure du Gabon, Philosophie morale et politique
13. **N'guessan Séraphin BOHOUSSOU**, MC, Université Alassane Ouattara, Géographie urbaine
14. **Rodrigue Paulin BONANE**, MR, Institut des Sciences des Sociétés du Burkina Faso, Philosophie
15. **Lawali DAMBO**, PT, Université Abdou-Moumouni, Géographie rurale
16. **Koffi Messan Litinmé MOLLEY**, MC, Université de Kara, Lettres Modernes
17. **Abou DIABAGATE**, MC, Université Félix Houphouët Boigny, Géographie urbaine
18. **Kouadio Victorien EKPO,** MC, Université Alassane Ouattara, Bioéthique
19. **Yentougle MOUTORE,** MC, Université de Kara, Sociologie
20. **Gbalawoulou Dali DALAGOU,** MC, Université Jean Lorougnon Guédé, Géographie
21. **Armand Josué DJAH**, MC, Université Alassane Ouattara, Géographie urbaine
22. **Kouadio Victorien EKPO**, M.C, Université Alassane Ouattara, Philosophie pratique - Ethique-Technique-Société
23. **Nambou Agnès Benedicta GNAMMON**, MC, Université Félix Houphouët Boigny, Géographie humaine et économique
24. **Florent GOHOUROU**, MC, Université Jean Lorougnon Guédé, Géographie de la population
25. **Didier-Charles GOUAMENE**, MC, Université Jean Lorougnon Guédé, Géographie urbaine
26. **Emile Nounagnon HOUNGBO**, MC, Université Nationale d'Agriculture, Géographie de l'environnement
27. **Azizou Chabi IMOROU**, MC, Université d'Abomey-Calavi, Sociologie politique
28. **Sanaliou KAMAGATE**, MC, Université Félix Houphouët Boigny, Géographie (Espaces, Sociétés, Aménagements)
29. **Bêbê KAMBIRE**, MC, Université Félix Houphouët Boigny, Géographie de l'environnement
30. **Eric Inespéré KOFFI**, MC, Université Alassane Ouattara, Philosophie politique et sociale
31. **Yéboué Stéphane Koissy KOFFI**, MC, Université Péléforo Gon Coulibaly, Géographie et aménagement.
32. **Mahamoudou KONATÉ**, MC, Université Péléforo Gon Coulibaly, Philosophie des sciences physiques
33. **Zakariyao KOUMOI,** MC, Université de Kara, Géographie
34. **N'guessan Gilbert KOUASSI**, MC, Université Félix Houphouët Boigny, Géographie urbaine
35. **Amenan KOUASSI-KOFFI Micheline**, MC, Université Félix Houphouët Boigny, Géographie de la population
36. **Nakpane LABANTE**, PT, Université de KARA, Histoire contemporaine
37. **Agnélé LASSEY**, MC, Université de Lomé, Histoire contemporaine
38. **Gnazegbo Hilaire MAZOU**, MC, Université Alassane Ouattara, Anthropologie et sociologie de la santé
39. **Gérard-Marie MESSINA**, MC, Université de Buea, Sémiologie politique
40. **Abdourahmane Mbade SENE**, MC, Université Assane-Seck de Ziguinchor, Aménagement du territoire
41. **Jean Jacques SERI**, MC, Université Jean Lorougnon Guédé, Histoire Contemporaine
42. **Minimalo Alice SOME /SOMDA**, MR, Institut des Sciences des Sociétés du Burkina Faso, Philosophie morale et politique
43. **Zananhi Florian Joël TCHEHI**, MC, Université Jean Lorougnon Guédé, Sociologie économique
44. **Bilakani TONYEME**, MC, Université de Lomé, Philosophie et Éducation

45. **Abdourazakou ALASSANE**, MC, Université de Lomé, Géographie
46. **Mamoutou TOURE**, PT, Université Félix Houphouët Boigny, Géographie urbaine
47. **Pornaldriss TRAORÉ**, MC, Université Félix Houphouët Boigny, Géographie urbaine/Urbanisme
48. **Hamanys Brouxdelsmaël KOFFI,** MC, Université Université Péléforo Gon Coulibaly, Géographie
49. **Aka NIAMKEY**, PT, Université Alassane Ouattara, Communication
50. **Pascal Dieudonné ROY-EMMA**, MC, Université Alassane Ouattara, Métaphysique et Histoire de la Philosophie.
51. **Débégnoun Marcelline SORO**, MC, Université Alassane Ouattara, Sociologie.
52. **Effoh Clement EHORA**, PT, Université Alassane Ouattara, Lettres Modernes, Romanafricain.
53. **Assanti Olivier KOUASSI**, MC, Université Alassane Ouattara, Philosophie.
54. **Bantchin NAPAKOU**, MC, Université de Lomé, Philosophie
55. **Jean-Jacques SERI,** MC, Université Jean Lorougnon Guédé, Histoire.
56. **Kain Arsène BLE,** PT, Université Alassane Ouattara, Lettres Modernes.
57. **Amani Albert NIANGUI**, MC, Université Alassane Ouattara, Philosophie
58. **Steeve ELLA,** MC, ENS Libreville, Philosophie
59. **Marie Richard Nicetas ZOUHOULABi**, MC, Université Péléforo Gon Coulibaly, Géographie des transports et échanges commerciaux

COMITÉ ÉDITORIAL

Directeur de publication
Henri BAH: bahhenri@yahoo.fr

Directeur de publication adjoint
Pamphile BIYOGHE: pamphile3@yahoo.fr

Rédacteur en chef
Sanaliou KAMAGATE: ksanaliou@yahoo.fr

Rédacteur en chef adjoint
Totin VODONNON: kmariuso@yahoo.fr

Secrétariat de la revue
Contact WhatsApp: (00225) 0505015975 / (00225) 0757030378
Email : revue.rgd@gmail.com

Secrétaire principale :
Armand Josué DJAH: aj_djah@outlook.fr

Secrétaire principal adjoint:
Moulo Elysée Landry KOUASSI : landrewkoua91@gmail.com

Secrétaire chargée du pôle gouvernance universitaire :
Elza KOGOU NZAMBA: konzamb@yahoo.fr

Secrétaire chargé du pôle gouvernance politique :
Jean Jacques SERI : jeanjacquesseri@yahoo.fr

Secrétaire chargé du pôle gouvernance socio-économique :
Vivien MANANGOU: ramos2000fr@yahoo.fr

Secrétaire chargé du pôle gouvernance territoriale et environnementale:
Yéboué Stéphane Koissy KOFFI: koyestekoi@gmail.com

Secrétaire chargé du pôle gouvernance hospitalière :
Ekpo Victorien KOUADIO: kouadioekpo@yahoo.fr

Secrétaire chargée du pôle gouvernance et genre :
Agnélé LASSEY: lasseyagnele@yahoo.fr

Chargés du site web pour la mise en ligne des publications (webmaster) :
Sanguen KOUAKOU: kouakousanguen@gmail.com
Anderson Kleh TAH : tahandersonkleh@gmail.com

Trésorière :
Affoué Valery-Aimée TAKI: takiaimee@gmail.com
Wave et Orange Money: (+225) 0706862722

COMITÉ DE LECTURE

1. **ADAYE Akoua Asunta**, MC, Université Felix Houphouët Boigny, Géographie rurale;
2. **Gnangoran Alida Thérèse ADOU, MC**, Université Felix Houphouët Boigny, Géographie urbaine,
3. **ANY Desiré**, PT, Université Alassane Ouattara, Philosophie politique et sociale ;
4. **ASSANTI Kouassi Olivier**, MC, Université Alassane Ouattara, Philosophie (éthique, morale et politique);
5. **ASSOUGBA Kabran Beya Brigitte Epse BOUAKI**, MC, Université Felix Houphouët Boigny, Sociologie Politique;
6. **ASSUE Yao Jean-Aimé**, PT, Université Alassane Ouattara, Géographie (Humaine);
7. **BAMBA Abdoulaye**, MC, Université Felix Houphouët Boigny, Histoire contemporaine
8. **BIYOGHE BIELLA Eric Damien**, MR, IRSH-CENAREST Libréville, Histoire Contemporaine,
9. **BLÉ Kain Arsène**, MC, Université Alassane Ouattara, Lettres Modernes (Roman Africain);
10. **BONANE Rodrigue Paulin**, MR, Institut des Sciences des Sociétés (INSS) de Ouagadougou, Philosophie de l'Éducation;
11. **BRENOUM Kouakou**, MC, Université Felix Houphouët Boigny, Géographie urbaine;
12. **DANDONOUGBO Iléri**, MC, Université de Lomé, Géographie des Transports,
13. **DIABATE Alassane**, MC, Université Felix Houphouët Boigny, Histoire contemporaine
14. **DIARRASSOUBA Bazoumana**, MC, Université Alassane Ouattara, Géographie (humaine);
15. **DJAH Armand Josué**, MC, Université Alassane Ouattara, Géographie urbaine ;
16. **EHORA Effoh Clément**, PT, Université Alassane Ouattara, Lettres Modernes;
17. **ELLA Kouassi Honoré**, MC, Université Alassane Ouattara, Philosophie politique et sociale ;
18. **FIE Doh Ludovic**, PT, Université Alassane Ouattara, Philosophie de l'art et de la culture
19. **GNAMMON Nambou Agnès Benedicta**, MC, Université Felix Houphouët Boigny, Géographie humaine et économique ;
20. **GONDO Diomandé**, MC, Université Felix Houphouët Boigny, Géographie de la population,
21. **KANGA Konan Arsène**, PT, Université Alassane Ouattara, Lettres Modernes (Romain Africain);
22. **KOBENAN Appoh Charlesbor**, MC, Université Felix Houphouët Boigny, Géographie humaine et économique;
23. **KOFFI Brou Emile**, PT, Université Alassane Ouattara, Géographie (humaine);
24. **KOUAHO Blé Marcel Silvère**, PT, Université Alassane Ouattara, Philosophie (métaphysique et morale),
25. **KOUAKOU Antoine**, PT, Université Alassane Ouattara, Philosophie,
26. **KOUASSI Amoin Liliane**, MC, Institut National Supérieur des Arts et l'Action Culturelle, Communication,
27. **KOUMOI Zakariyao**, MC, Université de Kara, Géomatique, Télédétection et SIG,
28. **KRA Kouadio Joseph**, MC, Université Péléforo Gon Coulibaly, Géographie humaine et économique,
29. **MAZOU Gnazebo Hilaire**, PT, Université Alassane Ouattara, Anthropologie et Sociologie de la Santé;
30. **NAPAKOU Bantchin**, MC, Université de Lomé, Philosophie Politique et sociale ;
31. **N'DA Kouassi Pekaoh Robert**, MC, Université Jean Lorougnon Guédé, Sociologie du Développement,
32. **N'DRI Diby Cyrille**, PT, Université Alassane Ouattara, Philosophie politique et sociale,
33. **NIAMKEY Aka**, PT, Université Alassane Ouattara, Communication
34. **OULAI Jean Claude**, PT, Université Alassane Ouattara, Communication,
35. **PRAO Yao N'Grouma Séraphin**, MC, Université Alassane Ouattara, Sciences Économie,
36. **SANOGO Amed Karamoko**, MC, Université Alassane Ouattara, Philosophie politique et sociale ;
37. **SODORÉ Abdoul Aziz**, MC, Université Joseph Ki-Zerbo de Ouagadougou, Géographie/Aménagement,
38. **KONÉ Tahirou**, PT, Université Alassane Ouattara, Sciences de l'Information et de la Communication;
39. **ZOUHOULA Bi Marie Richard Nicetas.**, MC, Université Péléforo Gon Coulibaly, Géographie des transports et échanges commerciaux
40. **Pascal Dieudonné ROY-EMMA**, MC, Université Alassane Ouattara, Métaphysique et Histoire de la Philosophie.

NORMES DE RÉDACTION

Les manuscrits soumis pour publication doivent respecter les consignes recommandées par le CAMES (NORCAMES/LSH) adoptées par le CTS/LSH lors de la 38ème session des CCI (Microsoft Word – NORMES ÉDITORIALES.docx (revue-akofena.com). En outre, les manuscrits ne doivent pas dépasser 30.000 caractères (espaces compris). Exceptionnellement, pour certains articles de fond, la rédaction peut admettre des textes au-delà de 30.000 caractères, mais ne dépassant pas 40.000 caractères.

Le texte doit être saisi dans le logiciel Word, police Times New Roman, taille 12, interligne 1,5. La longueur totale du manuscrit ne doit pas dépasser 15 pages.

Les contributeurs sont invités à respecter les règles usuelles d'orthographe, de grammaire et de syntaxe. En cas de non-respect des normes éditoriales, le manuscrit sera rejeté.

Le Corpus des manuscrits

Les manuscrits doivent être présentés en plusieurs sections, titrées et disposées dans un ordre logique qui en facilite la compréhension.
À l'exception de l'introduction, de la conclusion et de la bibliographie, les différentes articulations d'un article doivent être titrées et numérotées par des chiffres arabes (exemple : 1. ; 1.1. ; 1.2. ; 2 ; 2.2. ; 2.2.1 ; 2.2.2. ; 3. etc.).

À part le titre général (en majuscule et gras), la hiérarchie du texte est limitée à trois niveaux de titres :

- *Les titres de niveau 1 sont en minuscule, gras, taille 12, espacement avant 12 et après 12.*
- *Les titres de niveau 2 sont en minuscule, gras, italique, taille 12, espacement avant 6 et après 6.*
- *Les titres de niveau 3 sont en minuscule, italique, non gras, taille 12, espacement avant 6 et après 6.*

Le texte doit être justifié avec des marges de 2,5cm. Le style « Normal » sans tabulation doit être appliqué.

L'usage d'un seul espace après le point est obligatoire. Dans le texte, les nombres de « 01 à 10 » doivent être écrits en lettres (exemple : un, cinq, dix); tandis que ceux de 11 et plus, en chiffres (exemple : 11, 20, 250.000).

Les notes de bas de page doivent présenter les références d'information orales, les sources historiques et les notes explicatives numérotées en série continue. L'usage des notes au pied des pages doit être limité autant que possible.

Les passages cités doivent être présentés uniquement en romain et entre guillemets. Lorsque la citation dépasse 03 lignes, il la faut la présenter en retrait, en interligne 1, en romain et en réduisant la taille de police d'un point.

En ce qui concerne les références de citations, elles sont intégrées au texte citant de la façon suivante :
Initiale (s) du prénom ou des prénoms de l'auteur ou des auteurs ; Nom de l'auteur ; Année de publication + le numéro de la page à laquelle l'information a été tirée.

Exemple :

« L'innovation renvoie ainsi à la question de dynamiques, de modernisation, d'évolution, de transformation. En cela, le projet FRAR apparaît comme une innovation majeure dans le système de développement ivoirien. » (S. Kamagate, 2013: 66).

La structure des articles

La structure d'un article doit être conforme aux règles de rédaction scientifique. Tout manuscrit soumis à examen, doit comporter les éléments suivants :

- *Un titre, qui indique clairement le sujet de l'article, rédigé en gras et en majuscule, taille 12 et centré.*
- *Nom(s) (en majuscule) et prénoms d'auteur(s) en minuscule, taille 12.*
- *Institution de rattachement de ou des auteur (s) et E-mail, taille 11.*
- *Un résumé (250 mots maximum) en français et en anglais, police Times New Roman, taille 10, interligne 1,5, sur la première page.*
- *Des mots clés, au nombre de 5 en français et en anglais (keywords).*

Selon que l'article soit une contribution théorique ou résulte d'une recherche de terrain, les consignes suivantes sont à observer.

Pour une contribution théorique et fondamentale :
Introduction (justification du thème, problématique, hypothèses/objectifs scientifiques, approches/méthodes), développement articulé, conclusion, références bibliographiques.

Pour un article qui résulte d'une recherche de terrain :
Introduction, Méthodologie, Résultats et Discussion, Conclusion, Références bibliographiques.

N.B : *Toutefois, en raison des spécificités des champs disciplinaires et du caractère pluridisciplinaire l de la revue, les articles proposés doivent respecter les exigences internes aux disciplines, à l'instar de la méthode IMRAD pour les lettres, sciences humaines et sociales concernées.*

Les illustrations : Tableaux, figures, graphiques, photos, cartes, etc.

Les illustrations sont insérées directement dans le texte avec leurs titres et leurs sources. Les titres doivent être placés en haut, c'est-à-dire au-dessus des illustrations et les sources en bas. Les titres et les sources doivent être centrés sous les illustrations. Chaque illustration doit avoir son propre intitulé : tableau, graphique (courbe, diagramme, histogramme …), carte et photo. Les photographies doivent avoir une bonne résolution.

Les illustrations sont indexées dans le texte par rappel de leur numéro (tableau 1, figure 1, photo 1, etc.). Elles doivent être bien numérotées en chiffre arabe, de façon séquentielle, dans l'ordre de leur apparition dans le texte. Les titres des illustrations sont portés en haut (en gras et en taille 12) et centrés ; tandis que les sources/auteurs sont en bas (taille 10).

Les illustrations doivent être de très bonne qualité afin de permettre une bonne reproduction. Elles doivent être lisibles à l'impression avec une bonne résolution (de l'ordre de 200 à 300 dpi). Au moment de la réduction de l'image originelle (photo par exemple), il faut veiller à la conservation des dimensions (hauteur et largeur).

La revue décline toute responsabilité dans la publication des ressources iconographiques. Il appartient à l'auteur d'un article de prendre les dispositions nécessaires à l'obtention du droit de reproduction ou de représentation physique et dématérialisées dans ce sens.

Références bibliographiques

Les références bibliographiques ne concernent que les références des documents cités dans le texte. Elles sont présentées par ordre alphabétique des noms d'auteur.

Les éléments de la référence bibliographique sont présentés comme suit: nom et prénom (s) de l'auteur, année de publication, titre, lieu de publication, éditeur, pages (p.) occupées par l'article dans la revue ou l'ouvrage collectif.

- *Dans la zone titre, le titre d'un article est généralement présenté en romain et entre guillemets, celui d'un ouvrage, d'un mémoire ou d'une thèse, d'un rapport, d'une revue ou d'un journal est présenté en italique.*
- *Dans la zone éditeur, indiquer la maison d'édition (pour un ouvrage), le nom et le numéro/volume de la revue (pour un article).*
- *Dans la zone page, mentionner les numéros de la première et de la dernière page pour les articles ; le nombre de pages pour les livres.*
- *Au cas où un ouvrage est une traduction et/ou une réédition, il faut préciser après le titre, le nom du traducteur et/ou l'édition (ex: 2nde éd.).*

Pour les chapitres tirés d'un ouvrage collectif *: nom, prénoms de ou des auteurs, année, titre du chapitre, nom (majuscule), prénom (s) minuscule du directeur de l'ouvrage, titre de l'ouvrage, lieu d'édition, éditeur, nombre de pages.*

Pour les sources sur internet : *indiquer le nom du site, [en ligne] adresse URL, date de mise en ligne (facultative) et date de consultation.*

Exemples de références bibliographiques

Livre (un auteur) : HAUHOUOT Asseypo Antoine, 2002, Développement, aménagement régionalisation en Côte d'ivoire, Abidjan, EDUCI, 364p.

Livre (plus d'un auteur) : PETER Hochet, SOURWEMA Salam, YATTA François, SAWAGOGO Antoine, OUEDRAOGO Mahamadou, 2014, le livre blanc de la décentralisation financière dans l'espace UEMOA, Burkina Faso, Laboratoire Citoyennetés, 73 p.

Thèse : GBAYORO Bomisso Gilles, 2016, Politique municipale et développement urbain, le cas des communes de Bondoukou, de Daloa et de Grand-Lahou, thèse unique de doctorat en géographie, Abidjan (Côte d'Ivoire), Université de Cocody, 320 p.

Article de revue : KAMAGATE Sanaliou, 2013, « Analyse de la diffusion du projet FRAR dans l'espace Rural ivoirien : cas du district du Zanzan », Revue de Géographie Tropicale et d'Environnement, n° 2, EDUCI-Abidjan, pp 65-77.

Article électronique : Fonds Mondial pour le Développement des Villes, 2014, renforcer les recettes locales pour financer le développement urbain en Afrique, [en ligne] (page consultée le 15 /07/2018) www.resolutionsfundcities.fmt.net.

N.B :

Dans le corps du texte, les références doivent être mentionnées de la manière suivante : Initiale du prénom de l'auteur (ou initiales des prénoms des auteurs); Nom de l'auteur (ou Noms des auteurs), année et page (ex.: A. Guézéré, 2013, p. 59 ou A. Kobenan, K. Brénoum et K. Atta, 2017, p. 189).

Pour les articles ou ouvrages collectifs de plus de trois auteurs, noter l'initiale du prénom du premier auteur, suivie de son nom, puis de la mention et "al." (A. Coulibaly et al, 2018, p. 151).

SOMMAIRE

LA BIOBANQUE, UN SUPPORT DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE DANS LA COLLECTE DES DONNÉES D'INFORMATION AUX POLITIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE
BOUAGNON-DROUBLY Rita……1-15

LEADERSHIP ET RESPONSABILITE AU SEIN DU CENTRE DE SANTE URBAIN A BASE COMMUNAUTAIRE (CSUCom) DE GONZAGUEVILLE-PORT-BOUËT (COTE D'IVOIRE) / LEADERSHIP AND RESPONSIBILITY WITHIN THE COMMUNITY-BASED URBAN HEALTH CENTER (CSUCom) OF GONZAGUEVILLE-PORT-BOUËT (COTE D'IVOIRE)
TIE Gouin Bénédicte Edwige Epse KOUAKOU, **N'gnanda Anne-Marie KOUADIO** et N'GORAN Ekian Noël ……..……..……16-29

DROIT À LA SANTÉ ET GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE EN AFRIQUE : QUELLE POLITIQUE POUR UNE REDYNAMISATION DES SOINS DE SANTÉ
OUSSOU Kouadio Jean Richard ……30-44

LUTTE CONTRE LA MORTALITÉ INFANTILE ET MATERNELLE AU TOGO, EXEMPLE DES ODD SANTÉ (2015-2022)
OUGMA Hombamana et GONON Amevi Agberi ……45-60

LA RELATION « POUVOIR-SERVITUDE » À L'ÉPREUVE DE LA GOUVERNANCE MÉDICALE ET HOSPITALIÈRE : CAS DU CHU D'OWENDO (GABON)
Steeve Elvis ELLA ……..……61-71

LA GOUVERNANCE DE LA COMMUNICATION POST-COVID EN CÔTE D'IVOIRE: SITUATION ET PERPECTIVES
BROU Marie Sylvana ……..……72-87

AMELIORATION DE LA SÉCURITÉ ET SANTE AU TRAVAIL DES TRAVAILLEURS DE SANTE AU TOGO PAR L'OUTIL HEALTHWISE, UNE OPPORTUNITE DE GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE DE QUALITE (2016 -2024)
KEVI Kokou Silvère et LASSEY Agnélé ……..…….……88-104

***MA SANTÉ SOUFFRE* DE NFAMARA CAMARA : UNE SCRIPTURALISATION RÉALISTE DE LA POLITIQUE DE LA SANTÉ POUR TOUS EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE** BLÉ Kain Arsène ……..……..……..105-116

BIOTECHNOLOGIES MÉDICALES ET QUESTION DE LA SUBJECTIVITÉ
AMEZUNYE Kodjo Mensavi et Dr ABALO Miesso (MC) ……..……..……..117-129

NÉGOCIER L'AUTORITÉ AU QUOTIDIEN À L'HÔPITAL PUBLIC : QUAND L'ORDRE DES COMPÉTENCES BAT DE L'AILE
GBAKA Loulou Guy ……..……..……..130-150

POLITIQUE SANITAIRE IVOIRIENNE ET ACCÈS AUX SOINS DANS LES HÔPITAUX DE RÉFÉRENCE : CAS DES POPULATIONS RURALES DE LA SOUS-PRÉFECTURE DE GUIGLO (OUEST DE LA CÔTE D'IVOIRE) / IVORIAN HEALTH POLICY AND ACCESS TO CARE IN REFERENCE HOSPITALS: THE CASE OF RURAL POPULATIONS IN THE SUB-PREFECTURE OF GUIGLO (WESTERN IVORY COAST)
KOFFI Kouadio Athanase et BRISSY Olga Adeline ……..…….……..151-171

LA GOUVERNANCE SANITAIRE EN AFRIQUE : ENTRE DÉFIS POLITICO-ÉCONOMIQUES ET EXIGENCES ÉTHICO-CULTURELLES
EKPO Kouadio Victorien ……..……...……..172-184

POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME AU TOGO DE 1994 A 2022
GONON Amèvi Agbéri et OUGMA Hombamana ……..……...……..185-199

LOGIQUE COMMUNAUTAIRE FACE A LA CONTRACEPTION DES ADOLESCENTES AYAOU DE LA SOUS-PREFECTURE DE N'DOUFFOUKANKRO (BOUAFLE-COTE D'IVOIRE)
KOUAME Sara Gémima, MANAN Gnamien Elie, TCHETCHE Obou Mathieu .200-218

DÉSÉQUILIBRE DE L'AMÉNAGEMENT DES RUES DANS LE GRAND-LOME (TOGO) : ENJEUX ET DÉFIS POUR UN DÉVELOPPEMENT DURABLE
AWOKPE Kodjo, **DANDONOUGBO Iléri** et **AGBAMARO Mayébinasso** ……...219-235

LE FINANCEMENT PUBLIC DE L'ÉLEVAGE EN CÔTE D'IVOIRE À L'ÉPOQUE DE LA SODEPRA (1970-1993) / THE FINANCING OF THE PUBLIC REARING IN CÔTE D'IVOIRE DURING THE SODEPRA'S PERIOD (1970-1993)
AKA Adou Marcel et KOUAMÉ Kan Raymond ……..……...……...……..236-257

ÉVOLUTION DE LA GOUVERNANCE DU SECTEUR DE LA MICROFINANCE EN CÔTE D'IVOIRE (1976- 2022)
AHORO Moro Jean Martial et MAH Gli Modeste Franck …..……...……...……..258-273

L'IMMIGRATION AU PRISME DE L'ENGAGEMENT HUMANITAIRE DANS *LA MER À L'ENVERS* DE MARIE DARRIEUSSECQ
ADJE Tanoh Linda Danielle épse BAH ……..……...…….....……..274-285

LE MARCHÉ MINI-DEF DE KORHOGO (NORD DE LA CÔTE D'IVOIRE) : LE PARADOXE D'UN ÉQUIPEMENT MUNICIPAL MODERNE
SILUE Tangologo ……..……...…….....……..286-301

LES PRÉDISPOSITIONS À LA BONNE GOUVERNANCE DES ENTITÉS AFRICAINES : VERS UN MODÈLE DE LÉGITIMITÉ PAR L'APPROCHE DES PARTIES PRENANTES
SOULEYMANOU Kadouamai ……..…….…….....……..302-324

FRAUDE À L'ASSURANCE AUTOMOBILE À ABIDJAN EN CÔTE D'IVOIRE / CAR INSURANCE FRAUD IN ABIDJAN, COTE D'IVOIRE
BAMBA Ladji ……..……...…….…….....……..325-337

AVANTAGES SOCIO-ECONOMIQUES ET ENVIRONNEMENTAUX DE LA VALORISATION DES DECHETS MENAGERS DANS LA VILLE DE BOUAKÉ
GUY Matthieu Ettien Afforo, AYEMOU Anvo Pierre, ZUO Estelle épse DIATÉ,
MOYOU Jeanne Dominique …...…….…….....….…..338-361

CRISE ÉCONOMIQUE ET GESTION DES FINANCES PUBLIQUES EN CÔTE D'IVOIRE DE 1973 À 1994
DJE Yao Lopez ……..……...…….…….....….....362-376

GOUVERNANCE SOCIOECONOMIQUE : DEFIS ET PERSPECTIVES POUR LE DEVELOPPEMENT INCLUSIF DE LA VILLE DE BONDOUKOU (CÔTE D'IVOIRE)
BAMBA Mansé ……..……...…….…….....….....377-391

LA GOUVERNANCE EN RELIGION : ENTRE RIGORISME RATIONNEL ET PLASTICITÉ MYSTICO-IRRATIONNELLE
ELLA Kouassi Honoré …...……...…….…….....….....392-406

EFFET DE L'ÉDUCATION FINANCIÈRE SUR L'INCLUSION FINANCIÈRE DANS LES PAYS DE L'UEMOA
KINDA Augustin ……..……...…….…….....….....407-421

LA BONNE GOUVERNANCE ET LE DÉVELOPPEMENT SOCIO-ÉCONOMIQUE DES ÉTATS D'AFRIQUE
KOFFI Kouadio Fabrice ..……...…….…….....….....422-439

CONTRIBUTION DE L'ENSEIGNEMENT MISSIONNAIRE CATHOLIQUE À LA STRUCTURATION DU CERCLE D'ATAKPAMÉ (TOGO) À PARTIR DE 1900
KOSSOU Sovi ……..……...…….…….....….....440-461

CONFLITS DE GOUVERNANCE ET ENJEUX IDENTITAIRES DANS LA GESTION DU MARCHÉ À BÉTAIL DE BOUNA (CÔTE D'IVOIRE)
Ekian Noël N'GORAN ……...…….…….....….....462-477

COMPARATIVA DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN CATALUÑA Y EN EL PAÍS VASCO
SORO Kassoum ……..……...…….…….....….....478-495

POUR UNE ANALYSE DE LA GOUVERNANCE DES ACTIVITÉS INFORMELLES DE DISTRIBUTION DE PRODUITS MANUFACTURÉS
SOUMAHORO Sainghot ...…….…….....….....496-512

LES DÉTERMINANTS DE L'ESSOR DE L'ANACARDE DANS LA SOUS-PRÉFECTURE DE GUEZON (OUEST DE LA CÔTE D'IVOIRE)
N'Zué Pauline YAO et Kopeh Jean-Louis ASSI …….....….....513-530

DÉVELOPPEMENT ET BONNE GOUVERNANCE : COMMENT « ÉQUATIONER » LES ENTITÉS ?
KOUASSI Assanti Olivier …….…….....…….....531-546

MALENTENDUS ET DYSFONCTIONNEMENTS DES PROJETS DE DÉVELOPPEMENT : CAS DU PROJET SOJA DANS LE NORD-OUEST DE LA CÔTE D'IVOIRE (1988-2002)
YEO Mamadou ……..……..…….…….....….....547-560

ANALYSE EMPIRIQUE DE L'EFFET DE L'OUVERTURE COMMERCIALE SUR LA CROISSANCE ÉCONOMIQUE DANS LES PAYS DE L'UEMOA : QUELLE IMPLICATION DE LA GOUVERNANCE ?
AYENAGBO Kossi ……..…….…….....….....561-578

DYNAMIQUE DES CULTURES PÉRENNES ET CONFLITS FONCIERS DANS LA SOUS-PRÉFECTURE DE MAFÉRÉ (SUD-EST DE LA CÔTE D'IVOIRE)
KOFFI Guy Roger Yoboué et KOMENAN Komenan Gabin .....….....579-602

GOUVERNANCE ET AUTONOMISATION DES FEMMES DE N'ZÉRÉKORÉ PAR LA COMMERCIALISATION DE L'HUILE ROUGE
LAMAH Pépé Julien et AMOATTA Koffi Guy …….…….....….....603-623

GOUVERNANCE BANCAIRE À TRAVERS LES GUICHETS AUTOMATIQUES DE TRANSACTION MONÉTAIRE À KORHOGO : ENTRE REPRÉSENTATIONS ET PRATIQUES
KONE Kapiéfolo Julien …….…….....….....624-642

GOUVERNANCE DURABLE DANS LA VILLE DE TAFIRE (EN CÔTE D'IVOIRE) : LE JEU D'ACTEURS ET LES IMPACTS SUR L'ENVIRONNEMENT URBAIN
KONE N'golo Oumar, DIARRASSOUBA Bazoumana et DJAH Armand Josué 643-661

GESTION DES RESSOURCES HYDRIQUES DANS LA VILLE TOURISTIQUE DE SAN PEDRO : DEFIS ET STRATEGIES
KONAN N'Guessan Olivier …….…….....….....662-677

LA GOUVERNANCE DU SECTEUR DE L'ELEVAGE DANS LA REGION DU NORD DU BURKINA FASO FACE AUX CRISES CLIMATIQUE ET SECURITAIRE
ZOUGOURI Amidou et SODORE Abdoul Azise ….....….....678-693

LA COMMUNE DU PLATEAU (ABIDJAN, COTE D'IVOIRE) SOUS LA LOUPE : UNE ANALYSE SWOT POUR COMPRENDRE SA SITUATION ACTUELLE Abou DIABAGATE et Amadou COULIBALY …….…….....….....694-711

GOUVERNANCE DE LA TRANSHUMANCE PAR L'ÉDUCATION À LA PAIX SOCIALE
BATAMA Kodjo et Pr ALOSSE Dotsè Charles-Grégoire .....….....712-728

CONSERVATION DU PATRIMOINE AUTOCHTONE ET CONTRIBUTION À LA LUTTE CONTRE LE DÉRÈGLEMENT CLIMATIQUE DANS LA COMMUNE DE

DOUFELGOU I AU NORD TOGO
DJALNA Kouyadéga …….…….....….....729-748

IMPACTS DE LA PRODUCTION FONCIÈRE SUR L'AMÉNAGEMENT DES ZONES PÉRIPHÉRIQUES DE LA VILLE DE KATIOLA / IMPACT OF LAND PRODUCTION ON THE DEVELOPMENT OF THE OUTSKIRTS OF THE CITY OF KATIOLA
DOHO Bi Tchan-André, ALLA Affoué Sonya et ETTIEN Aka Yves Serge Pacôme ..749-769

GOUVERNANCE DES ESPACES MARCHANDS DANS LA METROPOLE D'ABIDJAN / GOVERNANCE OF MARKET SPACES IN THE ABIDJAN METROPOLIS
GOZE Thomas et KOBENAN Appoh Charlesbor .....….....770-786

ÉTHIQUE DE LA RESPONSABILITÉ ET GOUVERNANCE : UNE RELECTURE DE LEVINAS ET JONAS FACE AUX CRISES ÉCOLOGIQUES
ILAHIRI Mylène Stéphanie …….…….....…….....787-804

DÉGRADATION DE L'ENVIRONNEMENT SUR LE FRONT LAGUNAIRE ÉBRIÉ À ABIDJAN : CAS D'ABOBO-DOUMÉ
KAMBIRÉ Bêbê et KOUASSI Charles Aimé .....…….....805-824

EXPLOITATION DES RESSOURCES NATURELLES DANS LES ESPACES RÉSERVÉS : L'EXEMPLE DE LA ZONE PASTORALE DE SAMOROGOUAN AU BURKINA FASO
KI Jean Paulin, DABIRÉ Joël et SOMDA Touobawènèkaon Maximin ….....825-846

ENJEUX ET DEFIS DE LA RESTRUCTURATION DES QUARTIERS PRECAIRES D'ABIDJAN FACE AUX EXIGENCES DE RENFORCEMENT DES EQUIPEMENTS URBAINS
Koua Koffi Etienne Trésor KOFFI et Sanaliou KAMAGATE …….....847-864

AMÉNAGEMENT URBAIN ET COORDINATION DES ACTEURS DANS LA VILLE D'ABENGOUROU (CÔTE D'IVOIRE)
KOFFI Akouassi Bénédicte et DJAH Armand Josué …….....865-883

LE NUMERIQUE DANS LA GESTION DES RISQUES D'INONDATION À ABIDJAN
Khan KOUAME, Anouman Yao Thibault OUSSOU et Gnamien Elie MANAN 884-902

LES DÉTERMINANTS DE L'URBANISME SPONTANÉ ET SES CONSÉQUENCES SUR LE DÉVELOPPEMENT URBAIN DANS LE QUARTIER NGAMAKOSSO À BRAZZAVILLE
Robert NGOMEKA …….…….....…….....903-917

AUTONOMISATION FINANCIÈRE DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES : UN ENJEU DE SURVIE EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE FRANCOPHONE
Martin NGOUA EYENE et Emmanuelle NGUEMA MINKO …….....918-931

LA GOUVERNANCE DES RESSOURCES LOCALES ET LE PRINCIPE DE SUBSIDIARITÉ DANS LES ETATS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE : LE CAS DU

CAMEROUN
SANAMA AMBASSA …….....…….....932-949

LA GESTION DE L'INCIVISME ROUTIER VIA LES TIC : QUELLES PERCEPTIONS DES POPULATIONS EN CÔTE D'IVOIRE ?
SEY Henri Joël …….....…….....950-967

COLLOQUE INTERNATIONAL DU PROGRAMME THÉMATIQUE DE RECHERCHE-GOUVERNANCE ET DÉVELOPPEMENT DU CAMES (PTRC-GD)
SISSOKO Pierre Soriba ….....…….....968-984

MUTATION DE LA JEUNESSE AFRICAINE ET PROBLÉMATIQUE DE L'ÉCOLOGIE : PERSPECTIVES D'APPROPRIATION DES APPROCHES
TATA Gaston Gabriel ….....…….....985-1000

QUELS IMPACTS DES PLANS DE DÉVELOPPEMENT SUR LA GOUVERNANCE TERRITORIALE DE LA PROVINCE DU LAC (OUEST DU TCHAD) ?
TOB-RO N'Dilbé ….....…….....1001-1020

DYNAMIQUE URBAINE ET ZONES HUMIDES Á BOUAKÉ DE 2002-2024 : ENJEUX ET PERSPECTIVES
KOUASSI Kobenan Christian Venance, SANGARÉ Nouhoun, TRAORE Fanta et SOROGO Bourahima ….....…….....1021-1036

RÉSISTANCES SOCIO-CULTURELLES ET APPROPRIATION DU CERTIFICAT FONCIER EN CÔTE D'IVOIRE (EXEMPLE DE SAKASSOU) : RECOMPOSITIONS DE L'ACTION COLLECTIVE DANS UNE TRANSITION PARTICIPATIVE
Boni Hyacinthe KPANGBA .....…….....1037-1054

DYNAMIQUE DE L'OCCUPATION DU SOL DANS LE BASSIN DE L'OTI
ALASSANE Abdourazakou .....…….....1055-1067

Gouvernance hospitalière

LEADERSHIP ET RESPONSABILITE AU SEIN DU CENTRE DE SANTE URBAIN A BASE COMMUNAUTAIRE (CSUCom) DE GONZAGUEVILLE-PORT-BOUËT (COTE D'IVOIRE)

LEADERSHIP AND RESPONSIBILITY WITHIN THE COMMUNITY-BASED URBAN HEALTH CENTER (CSUCom) OF GONZAGUEVILLE-PORT-BOUËT (COTE D'IVOIRE)

TIE Gouin Bénédicte Edwige Epse KOUAKOU, Université Félix Houphouët (FHB) de Cocody, (Côte d'Ivoire). Sociologie de la Santé

N'gnanda Anne-Marie KOUADIO, Université Félix Houphouët-Boigny (UFHB) de Cocody, (Côte d'Ivoire). Sociologie de la Santé

N'GORAN Ekian Noël, Université Félix Houphouët-Boigny (FHB) de Cocody, (Côte d'Ivoire). Sociologie Politique

Résumé

La santé des populations est une question qui préoccupe les États car la bonne santé est fondamentale pour le développement humain durable. Ainsi, plusieurs politiques ont-elles été adoptées au cours des conférences internationales qui permettent la création des centres de santé urbain à base communautaire (CSUCom) dans le but de rendre les soins accessibles et équitables. Ils favorisent une cogestion des professionnels de santé et les usagers. L'étude se propose d'analyser les rapports de leadership et la responsabilité des acteurs en relation dans la gestion des CSUCom et leurs influences sur le développement des soins en Côte d'Ivoire. Pour atteindre cet objectif, l'approche qualitative à travers l'entretien semi-directif a été mobilisée pour collecter les données. Ainsi, l'échantillon de l'étude est-il composé de 15 acteurs. Il ressort de ces investigations que les communautés s'approprient les soins lorsqu'ils sont associés à sa gestion. Cette appropriation favorise l'amélioration de la couverture sanitaire. Aussi, le rapport aux soins des populations se construit-il sur des relations de confiance et de collaboration.

Cependant, des rapports conflictuels naissent entre les médecins et la communauté lorsqu'ils partagent la direction des centres de santé suivit d'un faible taux de fréquentation de ces centres.

Mots clés : Santé, Communauté, Cogestion, Conflit, Leadership.

Abstract

Population health is a concern for states because good health is fundamental to sustainable human development. Thus, several policies have been adopted during international conferences that allow for the creation of CSUComs (Community Health Centers) with the aim of making healthcare accessible and equitable. They promote co-management between healthcare professionals and users. This study aims to analyze the leadership relationships and the responsibility of stakeholders involved in the management of CSUComs and their influence on the development of healthcare in Côte d'Ivoire.

To achieve this objective, a qualitative approach using semi-structured interviews was used to collect data. Thus, the study sample consisted of 15 stakeholders.

These investigations show that communities take ownership of healthcare when they are involved in its management. This ownership promotes improved healthcare coverage. Furthermore, the population's relationship with healthcare is built on relationships of trust and collaboration. However, conflicting relationships arise between doctors and the community when they share the management of health centers followed by a low attendance rate of these centers.

Key words: Health, Community, Co-management, Conflict, Leadership.

Introduction

La décentralisation de la gestion de la santé et des centres de soins est nécessaire vue l'échec des systèmes de soins gratuits et l'incapacité des gouvernements à protéger les populations vulnérables (S. Curtis et A. Learmonth, 2017). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

propose alors la santé communautaire comme une stratégie potentielle pour promouvoir la santé, conformément à la Charte d'Ottawa (1986) et à l'Initiative de Bamako (1987). Celle-ci définit la promotion de la santé comme un processus permettant aux populations de mieux contrôler et améliorer leur santé (Initiative de Bamako, 1987 : 2). Dans ce cadre, la santé communautaire est perçue comme une approche participative impliquant les communautés locales dans toutes les initiatives de santé les concernant (Rochon, 1976). Cette participation peut se traduire à travers la conception, la mise en œuvre, la gestion ou la pratique des soins.

Comme de nombreux pays africains, la Côte d'Ivoire a intégré les recommandations de la conférence d'Alma Ata sur les Soins de Santé Primaire (SSP). L'Initiative de Bamako a concrétisé ces recommandations à l'échelle régionale, en favorisant la création de structures participatives (Rochon, op. cit.), intégrant les représentants des communautés où sont construits les centres de santé urbains à base communautaire. En Côte d'Ivoire, cela s'est matérialisé par le « Projet Santé Abidjan (PSA) », soutenu par la coopération française, qui a permis la construction de ces centres à partir de 1992.

Les premiers centres communautaires sont ceux de Yopougon et d'Abobo Sagbé, inaugurés en 1994 (Gobbers, 2013). De 1994 à 1998, dix (10) autres centres ont été construits dans les communes d'Abidjan (Ortiz, 1998). Treize ans après l'ouverture des premiers CSUCom, 42 centres de santé communautaires avaient été établis dans le district sanitaire d'Abidjan, jouant un rôle clé dans le système de santé ivoirien (DIPE, 2012 cité par Koné, 2012). La prise en charge sanitaire par les CSUCom représentent plus de 80% des prestations de soins. Il s'agit des consultations, des accouchements et des vaccinations. En effet, « en 2012, les 42 CSUCom ont pu effectuer plus de 6,76 millions de consultations et environ 483 714 accouchements, dont 88 350 à domicile, avec 1,93 million de consultations prénatales. En matière de santé préventive, 2,43 millions d'enfants ont été vaccinés. Plus de 800 professionnels de la santé y sont employés, ayant généré environ 100 milliards de FCFA pour l'État ivoirien depuis leur création » (ibidem).

Ainsi, « les taux de fréquentation des CSUCom démontrent-ils de leur importance dans le système sanitaire ivoirien » (Tié, 2015). En 2010, des centres comme ceux d'Arras III et de Gonzagueville affichaient des taux de fréquentation respectifs de 42,10% et 20,37%, tandis que le taux national des Soins de Santé Primaire (SSP) était de 21% entre 2000 et 2002.

Malgré les réussites, la gestion collégiale des CSUCom rencontre des difficultés, notamment en matière de collaboration entre les agents de santé et la communauté. En effet, selon les textes règlementaires des CSUCom, la communauté d'un quartier doit s'organiser en association à sa

tête un Conseil d'Administration élu pour gérer le centre de santé. Pourtant, le centre de santé communautaire de Gonzagueville déroge à cette réalité. Il connait des conflits de gestion dus à des tentatives d'appropriation par certaines catégories sociales, en dépit des textes en vigueur. Il se pose donc la question de leadership et de la responsabilité des acteurs au sein des CSCom. Le leadership désigne la capacité d'une personne à influencer, à motiver et à guider un groupe ou une organisation pour atteindre des objectifs.

Dès lors, comment les rapports de leadership et la responsabilité des acteurs impliqués dans la gestion des CSUCom influencent-elles le développement des soins en Côte d'Ivoire, et spécifiquement au CSUCom de Gonzagueville ?

L'ancrage théorique est la Théorie des conflits selon L. A. Coser (1956). Elle repose sur l'idée que la société ou l'organisation fonctionne de manière antagoniste, en raison des intérêts individuels ou de groupe. Chaque participant, ainsi que son groupe, s'efforcent de maximiser ses avantages. La théorie met en évidence les différents conflits entre les classes sociales, notamment la lutte du prolétariat contre la bourgeoisie, ainsi que les oppositions entre idéologies capitalistes et socialistes. Dans le cadre de l'étude, le contrôle des CSUCom affecte les relations entre les acteurs, notamment entre les professionnels de santé et les membres de la communauté. Le principal enjeu qui motive les conflits est le contrôle ou le leadership et la gestion du centre de santé. Bien que le contrôle des structures sanitaires soit théoriquement attribué aux acteurs communautaires, en pratique, cette gestion est largement dominée par les professionnels de santé. Cette situation engendre des frustrations au sein de la communauté.

Le travail va aborder quatre principaux points : la méthodologie, les résultats, la discussion et la conclusion, tout en clarifiant le cadre théorique qui sous-tend les résultats.

I - Méthodologie

Cette section de l'étude examine le site de la recherche, la population, l'échantillonnage et la méthode d'analyse.

L'étude s'est concentrée sur la commune de Port-Bouët dans le district d'Abidjan plus précisément à Gonzagueville. Il est également un quartier de Port-Bouët, situé le long du littoral. Son peuplement est dû à l'ouverture du wharf[1] et à la création du premier port de Côte d'Ivoire en 1950.

[1]Un wharf en mer, de 300 mètres de longueur à quelques kilomètres à l'est de Vridi, dans la commune de Port-Bouët

La commune de Port -Bouët a été choisie car, elle accueille le centre de santé communautaire confronté à des crises internes, où la collaboration entre les professionnels de santé et les membres de la communauté est souvent marquée par des conflits d'intérêts.

Les acteurs interrogés dans cette étude comprennent :

- les professionnels de santé qui dirigent les centres de santé communautaire ;
- les membres du Conseil d'Administration, qui ont géré les CSUCom pendant de nombreuses années avant d'être exclus de leur fonctionnement. Ils détiennent des informations précieuses pour comprendre l'offre de soins ;
- les leaders communautaires (chefs de quartier, présidents d'associations de jeunes et de femmes) : ces acteurs sont concernés par les soins dispensés et le fonctionnement des CSUCom, qui sont intégrés dans leurs quartiers.

De plus, des acteurs témoins ont été sollicités en raison de leur connaissance des réalités de la gestion et du fonctionnement des centres de santé communautaires, tels que :

- le président de la fédération de la santé communautaire de Côte d'Ivoire (FASCOMCI) ;
- le président du réseau national de la santé communautaire de Côte d'Ivoire (RENASCOMCI).

Pour constituer l'échantillon, l'échantillonnage par choix raisonné a été adopté. Les centres de santé communautaires ont été gérés par deux entités distinctes : le Conseil d'Administration et les professionnels de santé.

Les premières catégories d'acteurs n'étant pas disponibles, il n'existe aucune base de données sur leur effectif. C'est pourquoi l'échantillonnage par choix raisonné (non probabiliste) (N'Da, 2015) a été utilisé pour constituer l'échantillon de cette population. En ce qui concerne la seconde catégorie de gestionnaires, l'organigramme a servi de référence pour établir la base de données et a permis de constituer cet échantillon.

À partir des données de l'enquête exploratoire, le nombre de professionnels de santé a été déterminé. L'échantillon s'est donc constitué en fonction du nombre d'agents de santé, car ces derniers dirigent les CSUCom. Les membres du Conseil d'Administration ont également été interrogés en raison de leur expérience dans la gestion de ces structures. Enfin, les usagers des CSUCom ont été sollicités, car ils bénéficient directement de ces services.

Ainsi, l'échantillon est-il composé de 15 individus : 03 professionnels de la santé, 05 membres du Conseil d'Administration, 05 usagers des CSUCom, ainsi qu'un président d'association de CSUCom et un Directeur Départemental de la santé.

La constitution de l'échantillon des membres du Conseil d'Administration a été réalisée grâce à la technique de la boule de neige, comme le suggèrent Marpsat et Razafindratsima (2010). Cette méthode consiste à bâtir l'échantillon à partir d'un premier répondant, qui recommande ou fournit les contacts d'autres personnes jusqu'à atteindre la saturation.

Après l'élaboration de l'échantillon, les données ont été collectées à travers des entretiens libres avec des acteurs clés et témoins. Le guide d'entretien s'est articulé autour de deux grandes thématiques :

- Les idéologies entourant les CSUCom ;
- La structuration des relations sociales entre les professionnels de santé et les membres de la communauté.

Une fois la collecte des données effectuée, le traitement a été réalisé manuellement, suivant plusieurs étapes :

- la transcription des données enregistrées avec un dictaphone et élaboration de fiches individuelles ;
- l'analyse transversale des fiches de données et création de fiches thématiques ;
- la codification des données et élaboration des catégories d'analyse.

II - Résultats

II-1 1 - IDÉOLOGIES ENTOURANT LES CSUCOM

II-1-1 1 - Idéologies d'Appropriation des CSUCom par la communauté

Les idéologies d'appropriation mettent en lumière deux aspects principaux : la perception des CSUCom comme des biens communautaires et la gestion communautaire de ces structures.

Pour le premier aspect, la communauté considère que les centres de santé sont établis pour répondre à ses besoins en matière de santé. Ainsi, les CSUCom sont vus comme des ressources destinées à leurs membres. Ils soulignent également l'idée que la gestion des CSUCom doit-être communautaire. Les membres estiment que ces centres, comme leur nom l'indique, appartiennent à la communauté. Le témoignage illustre cette réalité.

> Pour moi, un centre de santé communautaire est une institution destinée à accueillir la population localement. C'est un bien qui appartient à la communauté. Il est principalement conçu pour fournir les premiers soins aux habitants et, le cas échéant, pour assurer leur évacuation vers un établissement plus approprié (Extrait du discours d'un chef communautaire, Gonzagueville, **Source** : notre enquête, 2023).

Concernant le deuxième point, il souligne l'importance de la gestion communautaire des CSUCom. Les membres de la communauté considèrent que, comme leur nom l'indique, ces centres de santé appartiennent à la communauté. Par conséquent, leur gestion devrait être attribuée à celle-ci. Cette gestion communautaire est essentielle non seulement pour garantir la prise en charge sanitaire des populations, mais aussi pour favoriser le développement de la santé publique. Cela amène certains membres de la communauté à exprimer les idées suivantes :

> Il est essentiel que la population gère ces centres de santé, car ce sont eux qui sont directement concernés. Ils connaissent réellement les problèmes spécifiques du quartier où ces centres sont implantés. Par exemple, il n'est pas judicieux d'installer un laboratoire de gynécologie dans un endroit où les femmes ne viendront pas. La population sait mieux quels sont les besoins des habitants du quartier (Extrait du discours d'un secrétaire du comité d'Administration, Gonzagueville, **Source** : notre enquête, 2023.

Si les membres de la communauté cherchent à s'approprier les centres de santé communautaires urbains, les professionnels de la santé, de leur côté, semblent vouloir les désapproprier.

II-1-2 - Idéologies de désappropriation des membres de la communauté par les professionnels de santé

Les idéologies construites par les professionnels de santé concernant les CSUCom sont marquées par une double démarche de désappropriation des usagers. Ce qui provoque des conflits liés à la présence de la communauté dans le comité de gestion des CSUCom et le manque de formation des membres en matière de santé.

Les professionnels pensent que la gestion des CSUCom devrait être communautaire, mais la participation de la communauté engendre des conflits. Ces conflits entraînent une évolution

dans la gestion. Les discours des acteurs indiquent le passage d'une gestion communautaire à une gestion étatique répondant à la nécessité de réguler socialement et d'assurer une prise en charge adéquate des besoins de santé de la population. En effet, après plusieurs années de fonctionnement, les instances dirigeantes des CSUCom ont été confrontées à des crises internes, qui ont perturbé leur fonctionnement. Cela a conduit à une transformation au sein de ces centres. Selon les professionnels de santé, cette évolution était prévisible, en raison de problèmes de leadership au sein des structures.

> Ce changement était néanmoins prévisible. En effet, dans la gestion des ressources humaines, des évolutions sont inévitables. Maintenant que nous avons échangé et que certains représentants de la communauté, qui faisaient partie de ce COGES, ont voulu s'imposer en tant que dirigeants, il est important de noter qu'il n'y avait pas de problème de leadership ici. La question était plutôt de collaborer pour harmoniser nos forces. Ainsi, le ministère a estimé qu'il était préférable que les soins soient dispensés à la population conformément aux normes établies par l'État, indépendamment de la participation immédiate de la communauté (Extrait d'un discours d'un membre du Conseil d'Établissement, Gonzagueville, **Source** : notre enquête, 2023.

Le manque de formation ou de développement des compétences des membres de la communauté contribue à leur désengagement dans la gestion des structures sanitaires communautaires. En effet, lorsqu'on confie la gestion des centres de santé aux communautés, il est essentiel de mettre en place une formation pour que chacun comprenne son rôle. Cependant, selon les professionnels de la santé, cette formation n'a pas été réalisée, ce qui entraîne une méconnaissance des responsabilités de chaque acteur. Le principe de fonctionnement des actions communautaires reste mal compris par les membres. En l'absence de renforcement des capacités, les administrateurs des CSUCom se retrouvent isolés. Les témoignages des participants à l'enquête illustrent bien cette situation.

> En général, on peut dire qu'actuellement, la gestion de la communauté laisse à désirer. Elle ne se déroule pas comme elle devrait, ce qui pourrait être lié à un manque de formation ou à une absence d'explications de l'État concernant la répartition des responsabilités. Personnellement, j'ai dû venir à Abidjan pour observer la situation, et en étant sur place, on perçoit certaines réalités. Par exemple, il y a des présidents de conseils d'administration qui considèrent les centres de santé comme des biens personnels. C'est un constat que l'on fait aujourd'hui, et cela crée des problèmes pour tous ces centres (extrait de discours d'un membre du Conseil d'Etablissement, Gonzagueville, **Source** : notre enquête, 2023.

Les différentes idéologies mettent en exergues la nature des relations entre les acteurs en présence, qui sont souvent marquées par des conflits et une méfiance mutuelle.

II-2 : Structuration des liens sociaux entre les professionnels de santé et les membres de la communauté

L’analyse des relations entre les acteurs au sein des centres de santé communautaires permet d’examiner les diverses interactions entre les acteurs en compétition. Les relations s'articulent autour des enjeux clés, où les usagers et les professionnels de santé cherchent à prendre le lead des centres. Trois types de relations se dégagent au sein des centres de santé : les relations de confiance, de méfiance ou d’évitement, et les relations conflictuelles.

Concernant les rapports de confiance, les répondants développent des relations solides au sein de leurs groupes respectifs, que ce soient les soignants entre eux ou la communauté. La confiance apparaît notamment lorsque l'un des leurs est leader dans la gestion des centres de santé communautaire. Par exemple, la présence d'un membre de la communauté dans la gestion permet une fréquentation accrue des centres par cette même communauté.

En revanche, bien qu'il existe des relations de confiance entre les professionnels de santé, des dynamiques de méfiance et d’évitement se développent entre eux et les membres de la communauté.

Concernant les relations de méfiance et d’évitement, les acteurs en compétition tendent à se fuir et à se méfier les uns des autres, ce qui entraîne des problèmes de leadership. Les professionnels de santé s'appuient sur leur expertise pour remettre en question la gestion des structures sanitaires par les membres de la communauté. De leur côté, ces derniers estiment que la formation des agents de santé justifie leur position à la tête de ces structures. Ils contestent donc la gestion des centres de santé communautaires par les acteurs locaux, affirmant que le fonctionnement des CSUCom doit être sous le contrôle des professionnels de santé. Contrairement à ces derniers, les membres de la communauté préfèrent éviter tout contact avec eux ainsi qu'avec les CSUCom.

> À l'origine, les médecins étaient réticents à l'idée que les instituts de santé soient gérés par la population. C'était une approche nouvelle ; traditionnellement, un médecin sortant de la faculté devenait automatiquement directeur. Maintenant, on leur disait que leur supérieur était la communauté, qui serait responsable de la gestion et des orientations, tandis qu'eux se contenteraient de faire des consultations. Cela a donc été un changement qui a suscité leur désaccord. Cependant, étant donné que cela faisait partie d'une volonté politique, ils ont dû s'adapter, même si des tensions persistaient en arrière-plan (extrait du discours d’un responsable communautaire, Gonzagueville, **Source** : notre enquête, 2023.

III.DISCUSSION

La discussion des résultats de cette étude porte sur deux thématiques : les CSUCom en tant que politique de développement sanitaire et les conflits internes comme moyen de positionnement des leaders à la tête des CSUCom

III. 1 CSUCom comme politique de développement sanitaire

Les travaux ont montré que les centres de CSUCom ont été établis non seulement pour rapprocher les soins des populations, mais aussi pour les rendre accessibles à tous les groupes sociaux. Ils favorisent ainsi l'équité en matière de soins et renforce la confiance de l'usager envers les structures sanitaires.

Les travaux de Bete (2013) sur la « contribution des mutuelles de santé à l'accès aux services de santé dans les districts sanitaires du Bénin, du Cameroun, de la Guinée et du Togo de 2005 à 2011 » confirme cette assertion. Elle estime que les soins communautaires ont amélioré le système de santé en réduisant la distance d'accès aux soins. Cependant, malgré ces progrès, un problème persiste : le financement des soins par la population. Bien que cette politique ait rapproché les soins des populations, la question du remboursement des frais médicaux reste un défi.

Audibert et al. (2005), dans leur étude sur l'« Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali », montrent également que les CSUCom ont joué un rôle clé dans le développement de la santé publique. Ils mettent en exergue les transformations positive du système sanitaire au Mali. En effet, avant 1985, la gestion des soins était uniquement réservée aux établissements publics et aux centres de santé revitalisés. Mais, avec la décentralisation des soins, les soins communautaires à but non lucratif ont vu le jour, transformant ainsi significativement l'accès aux soins de premier niveau. La réussite des soins de premier niveau est liée à leur gestion collégiale et communautaire, ce qui garantit des services proposés répondant aux besoins de la population.

Soura et Coulibaly (2013) ont abordé la décentralisation des services de santé en Côte d'Ivoire, en mettant en lumière le rôle des centres de santé communautaire dans l'amélioration du système sanitaire. Pour eux, grâce à cette décentralisation, les soins sont devenus accessibles et proches des populations. En effet, « il y a un établissement de soins pour 12 822 habitants, une maternité pour 14 000 femmes en âge de procréer, et un lit d'hôpital pour 2 890 habitants. Aussi, 54 % des Ivoiriens vivent à proximité d'un centre de santé, et 14 % sont à moins de 5 kilomètres (km), ce qui signifie que 68 % de la population rurale est située à environ 5 km d'un centre de santé. Le ratio médecin/habitant est de 1 pour 9 000, toutes structures confondues ». Ces progrès indiquent que la majorité des localités en Côte d'Ivoire disposent désormais de centres de santé.

Les différents travaux ont analysé le développement des soins favorisé par la décentralisation de l'offre. Ils montrent de ce fait que le développement des soins s'appuie sur le rapprochement et l'accessibilité des soins. De plus, l'implication des usagers ou la gestion collégiale des soins constitue l'un des facteurs d'un développement sanitaire. Mais, ce mode de gestion ne se fait pas sans heurts.

III.2. Les conflits internes comme moyen de positionnement des leaders à la tête des CSUCom

Les conflits au sein des centres de santé communautaire entre les professionnels de santé et la communauté représentent un moyen de se positionner comme leader. En effet, la gestion des CSUCom engage la collaboration de deux entités : les professionnels de santé et les usagers qui sont en conflit pour leur positionnement. Comme le souligne la théorie du conflit de L. A. Coser (1956). S'inspirant des travaux de Georg Simmel (1912), Coser perçoit le conflit comme le facteur d'une intégration sociale. En effet, Coser estime que le conflit peut servir à renforcer la cohésion d'un groupe peu structuré. Pour l'auteur, le conflit ne constitue pas un élément destructeur. Bien au contraire, il participe à la cohésion de la société. Dans une société en conflit par exemple, le conflit favorise le renforcement des liens sociaux et l'intégration sociale. Coser démontre ainsi le rôle dynamique des conflits au sein des organisations et en souligne l'utilité et l'importance. Il estime que les conflits surgissent à la suite de certaines défaillances de l'organisation, en l'occurrence, l'indifférence ou l'incapacité de celle-ci à résoudre certains problèmes considérés comme fondamentaux par un ou plusieurs de ses membres, Filakembo (2006).

Pour rendre compte de cette réalité, l'auteur applique le fonctionnalisme à l'analyse du conflit. Ses recherches ont porté principalement sur les formes et la fonction des conflits sociaux. Coser fait la distinction entre deux formes de conflits. Il s'agit des conflits irréalistes et des conflits réalistes. *Conflit irréaliste* : selon Coser, le conflit irréaliste n'est pas provoqué par la recherche ou la satisfaction des fins rivales. Ces conflits surviennent parce que certains des participants ont besoin de relâcher la tension. Il n'est pas question ici de lutter pour obtenir un gain quelconque. La seule satisfaction que les acteurs ont des conflits irréalistes, est l'acte agressif lui-même. Il existe des alternatives fonctionnelles quant aux objets.

Conflit réaliste : contrairement aux conflits irréalistes, ces conflits sont provoqués par les frustrations des acteurs. Au cours des interrelations, certains membres des groupes subissent des frustrations dues à l'inégalité de partage de biens. Pour Coser, les conflits réalistes sont ainsi

provoqués par la frustration de demandes spécifiques au sein de la relation. Les participants sont dirigés par l'attente de gains et s'adressent à ce qu'ils présument être à l'origine de la frustration. Il existe des alternatives fonctionnelles quant aux moyens. Le conflit réaliste intervient lorsque les acteurs décident de lutter pour parvenir à la réalisation d'un objectif bien précis.
L'analyse de Steffen (1979) sur les usagers dans un Centre de santé en France met en évidence les tensions entre les patients et les médecins. Les conflits découlent non seulement du manque de financements pour les centres de santé, mais aussi de leur organisation interne. Les antagonistes dans ce contexte sont les professionnels de santé et les mutuelles. Ils entraînent un ralentissement des activités de la structure et une baisse des revenus.

Curchod (2009) soutient également cette idée dans ses recherches sur les relations entre soignants et soignés. Il constate que l'individualisme caractéristique de la société occidentale impacte tous les domaines, y compris la santé. Ainsi, l'évolution engendre-t-elle des conflits dans le système de santé occidental, opposant les professionnels de santé, les patients et leurs proches. Les relations conflictuelles nuisent non seulement à la qualité des soins, mais aussi à la dynamique de confiance entre les acteurs.

Diallo (2001) observe, quant à lui, les relations entre soignants titulaires et bénévoles dans un contexte de santé publique de Conakry. Les relations sont souvent marquées par l'antagonisme et la jalousie. Ceux-ci sont dues à des inégalités de statut et de revenus. Ainsi, les stagiaires, souvent moins valorisés et non rétribués, travaillent plus, tout en étant sous-estimés. De plus, certains stagiaires masculins éprouvent des difficultés à être sollicités par les soignantes pour des achats personnels, même s'ils le font pour « créer un lien ». Ces tensions entre soignants titulaires et bénévoles compromettent la qualité de l'offre de soins.

Bien que ces études présentent des similitudes concernant les tensions liées aux inégalités de statut et aux rivalités, la spécificité de cette recherche réside dans le manque de volonté des acteurs à collaborer dans la gestion des CSUCom et se positionner comme leader.

Conclusion

Cette étude vise à analyser les relations entre les acteurs impliqués dans la gestion des CSUCom et leur impact sur le développement des soins en Afrique, en particulier en Côte d'Ivoire.

En utilisant une approche qualitative et en s'appuyant sur une population de 15 acteurs, l'étude s'est déroulée dans la commune de Port-Bouët plus précisément à Gonzagueville. Les données collectées sur le terrain révèlent que les membres de la communauté cherchent à s'approprier les CSUCom, tandis que les professionnels de santé tentent de les en déposséder. Ces idéologies divergentes engendrent des relations conflictuelles, marquées par la méfiance et l'évitement.

Les résultats indiquent que le leadership et la responsabilité dans les pratiques professionnelles de soins au sein des Centres de Santé Urbains à base Communautaire représentent un véritable défi pour la prise en charge des patients et le développement des soins en Afrique, notamment en Côte d'Ivoire, à condition qu'une collaboration efficace s'établisse entre les professionnels de santé et les membres de la communauté.

Bibliographie

AUDIBERT Martine, TKINT DE ROODENBEKE, ERIC ANDRE, Traore, Ismail Samba; Pavy-LETOURMY Aude; MALLE Daouda; SOGODOGO Amadou; SIDIBE Sidi (2005) Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : *Analyse de la situation et perspectives* Région Afrique, Département du développement humain Document de travail.

BÉTÉ Franck Hilaire (2013) *Contribution des mutuelles de santé dans l'accès des populations aux services de santé dans les districts sanitaires du Bénin, du Cameroun, de la Guinée et du Togo de 2005 à 2011*, Mémoire de Master 2 Professionnel en économie et management de la Santé Publique dans les Pays en Développement, Université de Paris Dauphiné, 85 p.

COSER Lewis (1956), *Les fonctions du conflit social*, Paris, PUF, coll. "Sociologies", 183 pages.

CURCHOD Claude (2009), *Relations soignants-soignés : Prévenir et dépasser les conflits*, Editeur : MASSON, 224 pages.

DIALLO Youssouf (2001), Les relations des soignants titulaires et des soignants bénévoles dans les centres de santé publics de Conakry, Réseau Anthropologie de la santé, *Les professionnels de santé***,** Unité de Recherche Socio-Anthropologie de la santé SHADYC (EHESS - CNRS) Bulletin n° 2 pp 37-45.

FILAKEMBO Chandrelle Mafuele (2006), *Filles-mères et conflits familiaux dans les ménages de Kinshasa, une enquête menée dans la commune de Bumbu*, Université de Kinshasa (RDCONGO) Diplôme de licence en sociologie, Disponible sur : www.mémoireonline. Com, Consulté le 18/ 03/2014.

GOBBERS Didier (2003), *« Côte d'Ivoire : « les enjeux d'un système d'assurance maladie universelle »,* In adsp (actualité et dossier santé publique) n°43, pp.61-66.

N'DA Paul (2015), Méthodologie de la recherche, de la problématique à la discussion des résultats : comment réaliser un mémoire, une thèse d'un bout à l'autre, Abidjan, EUCI (Edition Universitaire de Côte d'Ivoire) collection pédagogie, 160 pages.

ORTIZ Christine (1998), Les Formations Sanitaires à base Communautaire à Abidjan : Un système naissant de pré-paiement non mutualisé, Atelier « Les mutuelles de santé en Afrique », CIDEF, Paris.

ROCHON Jean (1976), « La santé communautaire dans le système régional des services de santé et des services sociaux », *In Courrier CIE*, 26, n° 3, pp. 474-478.

SARAH Curtis et Alyson LEARMONTH (2017), « La décentralisation va-t-elle améliorer la santé et réduire les inégalités de santé au Royaume-Uni, *Revue francophone sur la santé et les territoires* [En ligne], Décentralisation et territorialisation de la santé, mis en ligne depuis le 06 juin 2017, consulté le 26 juin 2025. URL: http://journals.openedition.org/rfst/586; DOI : https://doi.org/10.4000/rfst.586.

SIMMEL Georges (1912), *Le conflit*, Paris, Circé, 166 pages.

SOURA Biesse, Coulibaly Sékou (2014), « Analyse du processus de décentralisation des services de santé en Côte d'Ivoire », *Med Sante Trop* ; 24 : pp151-156. doi : 10.1684/mst.2013.0255.

STEFFEN Monika (1979), « Les usagers dans une expérience de services communautaires de santé : le cas d'un Centre de santé en France. » *International Review of Community Development* 1 pp 55–66. DOI : 10.7202/1034822ar.

TIE Gouin Bénédicte Edwige (2015), Problématique du maintien des médecins chefs et désertion des Centres de Sante Urbains à base Communautaire (CSUCom) par la communauté : cas des CSUCom D'arras III, de Gonzagueville et de Vridi 3 (Abidjan), Thèse Unique de Doctorat à Université Félix Houphouët Boigny-Cocody.