CONSEIL AFRICAIN ET MALGACHE POUR L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

PROGRAMME THEMATIQUE 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, Roman africain.
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 Gnazeboh 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 I 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

NÉGOCIER L'AUTORITÉ AU QUOTIDIEN À L'HÔPITAL PUBLIC : QUAND L'ORDRE DES COMPÉTENCES BAT DE L'AILE

GBAKA Loulou Guy

Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire

Sociologie du politique/ Relation de pouvoir et écarts aux règles

Résumé

Les dynamiques internes aux administrations publiques, qui orientent l'exécution des tâches, apparaissent négligées dans les écrits qui traitent des origines historiques des déséquilibres du système hospitalier ivoirien. Dans ces travaux, les politiques de redynamisation produisent des déséquilibres dans le secteur public, car étant des paravents qui ne servent qu'à solutionner la crise de rentabilité économique des marchés occidentaux et celle de la légitimité vécue au sommet de l'État. Pourtant, ces mécanismes de domination existent à l'hôpital. L'étude analyse la manière dont les rapports quotidiens d'autorité dirigeant-personnels, contraignent à s'écarter des dispositions professionnelles. La recherche ethnographique à Abidjan, révèle que l'hôpital forme un espace privé où chacun a droit de vie et de mort sur l'autre, selon les usages des monopoles professionnels et l'organisation de mobilisations collectives, qui, imposent les écarts aux règles professionnelles. Des agents se donnent des limites dans l'exécution des tâches, pour soumettre leur concurrent à des pressions et le conditionner, ou, avaliser ses choix. Face aux décisions de sanction, les soignants manifestent une communauté de filiation et accroissent les déséquilibres pour soumettre la direction au ralliement. Les cercles en compétition accroissent aussi leur marge de manœuvre, par un système d'autorégulation des failles induites par leurs pratiques d'autorité.

Mots clés : autorité, compétences, dirigeants, gouvernance hospitalière, personnels de contact

Abstract

This study analyzes the influence of everyday authority relationships about competencies, backwards from the literature that deal with the historical origins of imbalances in the Ivorian healthcare system. Ethnographic research in Abidjan's main hospitals highlights three ways in which professional services are blamed. Firstly, because of power relations, contact staff set

themselves limits in the health services supplies. They organize their "insolvency" on aspects of their competence, to condition their competitor or endorse their perspective. Secondly, in the tug-of-war between them and management, caregivers display a community of destiny, so that those who are not affected by the sanction decisions initiated by management enter the fray, and act to increase the dizziness that management intends to reduce. This, to force them to reconsider their position. Thirdly, managers and caregivers have different practices, in places. Regardless of their perspective, each sets up a mechanism to self-regulate the system's flaws, induced by their practice of authority. Separately, they make use of skills not recognized in the law, for the care service, in order to increase their room for maneuver in the power relations that pit them against each other.

Introduction

La recomposition des compétences est devenue courante dans le secteur public comme une norme organisationnelle. Les dirigeants, du Sud et du Nord (D. Gadou, 2002), procèdent à un usage hors contexte des dispositions de régulation institutionnelles (P.L. Williams, 2010 ; P. Lascoumes et C. Nagels, 2018)[1]. Les personnels d'interface franchissent les limites de leurs compétences au quotidien, entre autogestion du domaine financier par les soignants, réinvestissement des compétences des médecins par les paramédicaux et des supplétifs devenus presqu'incontournables, malgré les restrictions formelles de l'organisation du travail.

Dans une sociologie du changement social et des innovations organisationnelles, Norbert Alter prend ces déséquilibres pour des indicateurs de règles limitées dans le temps et la condition légitime de leur renouvellement adapté à un réel dynamique. L'innovation vient quand l'informalité est prise en compte dans la règlementation (N. Alter, 2002a). Pour autant, dans certains systèmes publics africains, ces pratiques demeurent encore à la marge.

Les écrits sur les origines historiques des déséquilibres du champ hospitalier ivoirien, voient en fait des réalités régulées de l'extérieur (Y-A. Fauré, 1992 ; J. Brunet-Jailly, 1996,

[1] Selon les auteurs, l'État du Vatican est devenu l'un des plus puissants États au monde en raison des liens entretenus avec la mafia ; la CIA développe l'économie de la drogue pendant la guerre du Vietnam pour financer la guérilla anti-communiste ; British Petroleum (groupes industriels des États-Unis) sert de relai d'informations aux escadrons de la mort en Colombie pour éliminer les organismes qui jouent les contrepouvoirs dans la sauvegarde de l'environnement, donc contre sa présence dans ce pays.

2002 ; P. Hugon et N. Pages, 1998 ; J-P. Deschamp, 2000). Les politiques de renforcement du système ont, à chaque fois, produit des déséquilibres croissants, car initiées que pour atténuer les contraintes vécues au sommet de l'État ou solutionner la crise de l'investissement privé des marchés occidentaux.

Après la déclaration des indépendances, le système hospitalier fonctionne officiellement à la charge unique de l'État. L'usager est reçu sans contrepartie monétaire (T. Kassoum et F. Memon, 2016). Les dirigeants nouvellement promus tentent en fait d'atténuer une crise de légitimité liée aux masses qui attendaient une rupture du modèle de gouvernance de la colonie, en majorité, acquis à la population occidentale des colonies et leur cercle de proximité composé d'une « petite » frange d'autochtones (D. Domergue-Cloarec, 1986 ; B. Cissé et *al*. 2004). Les emprunts internationaux leur étant favorables (M. LePape et *al.* 1991; A. N'Diaye, 1992; B. Contamin, 1994), en contexte de guerre froide où le bloc occidental négociait ainsi l'attachement de l'Afrique, face au bloc soviétique (R. Yao Gnabeli, 2012), les élites autochtones ont promu le système d'allocation d' « Etat providence », qui, allait bientôt entrainer autant de déséquilibres (M. LePape et *al.* op.cit. ; D.J. Vanié Bi, 2002).

Des reformes d'austérité ont suivi. L'initiative de Bamako (paiement des actes de santé imposés aux usagers) et les programmes d'ajustements structurels (baisse des effectifs, salaires et allocations de fonctionnement), officiellement, envisagent réduire les charges publiques, pour des excédents de recettes dédiés au service de la dette extérieure *(*M.V. Echimane et A.M. Niamkey, 1988). Mais les déséquilibres se sont accrus (désertion des services, personnalisation des circuits de recouvrement) (D. Cogneau et S. Mesple-Somps, 1999), si bien que ces réformes sont prises pour des paravents, ayant servi à orienter le consentement et ouvrir des espaces d'investissement en Côte d'Ivoire (en Afrique), pour solutionner la crise économique des marchés occidentaux où les entreprises étaient soumis aux coûts de production élevés (D. Clerc et J. Sarte-Buisson, 1985[2] ; M.V. Echimane et A.M. Niamkey, op.cit).

L'administration n'apparait que sous la contrainte d'influences extérieures. Des enjeux et processus de domination d'origine extérieure, influencent le système hospitalier. Toutefois, quelles peut-être leurs formes et implications sur l'ordre social en vigueur à l'hôpital, si les propres acteurs de ce champ et leurs interactions quotidiennes venaient à en porter le sceau ?

[2] *«* Avant que n'intervienne la flambée des prix du pétrole (1973-74), tous les éléments de la crise étaient en place. La hausse du prix du pétrole n'a fait qu'amplifier le phénomène ».

L'étude investit le champ des mécanismes de domination sociale, mais, cette fois, dans l'organisation, au plus près des interactions quotidiennes à l'hôpital. La Théorie du travail institutionnel (T. Lawrence et R. Suddaby, 2006 ; T. Lawrence et *al,* 2009), du courant néo-institutionnaliste sociologique, rationnalise ces processus. C'est une théorie de la multiplicité des acteurs. Nul n'a le monopole de l'orientation des rapports dans l'organisation. Les règles résultent de processus de conditionnement et de façonnement du consentement venant d'acteurs multiples, en coalition, en situation d'intermédiation ou de concurrence. Pour ou contre le changement de l'ordre (B.K. Slimane et B. Leca, 2010), chacun agit à son échelle, par ses moyens, et c'est l'ajustement de ces actions intentionnelles qui crée, maintient ou déstabilise l'ordre formel.

Le « travail de création institutionnel » introduit de nouveaux standards et routines, par des activités de légitimation auprès d'acteurs pouvant faciliter ou empêcher ce projet, en constituant des normes coercitives ou indicatives (B. K. Slimane et B. Leca, op.cit.). Le « travail de maintien institutionnel » renvoie aux stratégies des garants des règles, dans une dynamique concurrentielle, conflictuelle, pour maintenir l'ordre face à ceux qui veulent le changement. Il répond aux situations qui révèlent les limites des moyens de base et soumettent ceux qui l'initient à la perte de légitimité. Le « travail de déstabilisation des institutions » comme stratégies portées par ceux qui trouvent leurs intérêts dans le changement de l'ordre, remet en cause les socles idéologiques qui fondent les règles, en jouant sur les aspects problématiques du système et sur des soutiens.

L'étude analyse les rapports quotidiens d'autorité dirigeants-personnels de contact, dans ce qu'ils contraignent chacun à s'écarter des dispositions rattachées au rôle. Elle examine les usages des monopoles professionnels, dans l'imposition des perceptions différenciées des règles, et, décrit l'activité de sécurisation des acquis et habitudes informelles, portée par des réseaux de solidarités de strates professionnelles variées.

De février à avril 2024, l'ethnographie au sein d'hôpitaux généraux à Abidjan, visait à explorer les pistes de recherche qui s'étaient dégagées de l'étude précédente. L'énoncé du sujet a été modifié, pour une proximité avec les routines, durant les 49[3] entretiens semi-dirigés, les entretiens informels et l'« observation participante périphérique ».

[3] Les 49 entretiens semis-dirigés concernent que les agents de santé et n'inclus pas les usagers sur la même période. Les aspects de la réalité étudiée liés aux usagers découlent le plus souvent des observations effectuées.

Des tâches de soignants ont été effectuées avec le port de la blouse : prises de constances à l'accueil du service pédiatrie, répartition des usagers sur les points de consultation, appui aux paramédicaux, en consignant des indications de soin sur des ordonnances, et en stabilisant les malades de moins de 14 ans, agités lors des injections. L'activité des superviseurs a été côtoyée (jour et nuit) et des ballets constants entre les services ont servi à collecter les données.

Orienté par des chefs de personnel et surveillant d'unités de soin, des entretiens de 1h30 à 3h ont été conduits, en suscitant autant d'anecdotes, de « petites histoires », en mettant les répondants dans la position de ceux qui enseignent sur les codes et principes de l'administration, absents des contextes de formation. Ces entretiens ont alors pris la forme de discussions de routine. 36 membres de l'administration, 13 personnels d'interface ont été interviewés et des entretiens fréquemment réalisés auprès de 5 de ces agents, pour consolider des réalités.

En plus, les entretiens informels ont permis de réagir au repli des enquêtés (langue de bois, report des rendez-vous, distance) liés au dévoilement de l'objet réel d'étude suite aux premiers entretiens semi-dirigés. Cela, par la participation aux points de rencontres habituels ou spontanés des agents prompts à produire du lien et à s'extérioriser au contact du chercheur. Ces entretiens relèvent encore d'un cercle de personnels qui remettaient en cause une pratique d'enquête trop centrée sur leurs activités, au détriment des auteurs réels des déséquilibres. Ce cercle a stimulé des discussions informelles mettant en forme les habitudes des auteurs désignés, orientant ainsi le choix des enquêtés cités pour confronter les témoignages.

Manuellement, l'analyse inductive des données (O. Monfette et A. Malo, 2016) a permis de faire émerger du contenu (les sources des écarts aux règles), à partir d'extraits de texte des données collectées, qui ont été catégorisés, en dehors des thèmes du guide d'entretien.

1. Résultats : pratiques d'autorité et recomposition des compétences

1.1. Les usages des monopoles rattachés aux professions

1.1.1. La direction, ses restrictions et l'absence de concession des soignants

Les soignants régulent de façon autonome le domaine financier, en réponse aux restrictions contre les habitudes qu'imposent les dirigeants, dans l'organisation du travail.

À sa prise de fonction, la directrice de l'hôpital général d'Abobo Sud entreprend de mettre fin aux pratiques d'autogestion des frais de soins, des soignants, citées dans la révocation de son prédécesseur, suite à des bavures médicales en chirurgie. Elle fait fermer le service de chirurgie et suspend les *« primes d'intéressement »*. L'ensemble du personnel est également soumis au

respect des règles portant sur les horaires de travail et le paiement des actes de santé. Un cahier d'émargement tenu à l'entrée de l'hôpital lui est transmis, pour vérification des conformités aux horaires de prise de service. La directrice exige encore, le respect des mesures d'exemption sélective de paiement (« gratuité ciblée ») contre les habitudes.

> Au début quand la directrice est venue, les gens faisaient les bêtises (racket) au bloc. Elle a fermé le bloc ! Elle a fait une note : -Emmenez les patients qu'on doit opérer là à Houphouët Boigny (le second hôpital de référence) ! (…) Pour faire les échographies à l'hôpital, ils emmènent ça en clinique. Même au laboratoire, ils emmènent les patients en clinique. Mais quand elle a vu ça, elle a coupé. Elle dit que vos ristournent je vous donne plus! Ils sont venus demander pardon ! (M. A, responsable financier, HGA-S, 02/03/2024).

La direction déborde les limites de ses compétences. La fermeture d'un service de santé relève des décisions du conseil des ministres. La rupture des primes contrevient à la règlementation.

> Tu vois une femme qui est en dread ! Directrice qui est en dread ! (…) eh ! Elle est dangereuse hein ! C'est une « go bri » hein (bagarreuse) ! Elle a fait palabre avec les sages-femmes là ici. Toi-même tu l'as vois pas ! Elle fait tatouage ici ! C'est une « go yanki » (femme qui sait se battre avec les poings et prompt à la bagarre) ! Elle a dit moi, est-ce que les sages-femmes là me connaissent même, moi dans mon avant, tu peux me parler comme ça. (…) Mon frère, elle a « bras long » (puissant carnet d'adresse) ! (…) Elle est Djoula (ethnie du président de la république), et puis elle est RDR (partie politique au pouvoir). Elle est membre du bureau. (…) Actuellement ils sont en manque de publicité, donc si tu fais ça on va te faire passer dans les journaux rapidement, (…) Ils vont dire on travaille et y a des gens qui gâtent le travail, voilà on a attrapé un. (A. D, de la direction, HGA-S, 20/04/2024)

Le dirigeant négocie le respect des règles à partir des acquis d'un parcours de bagarreur et de sa filiation politique. Mais les restrictions imposées passent pour un affront. Les soignants multiplient la gestion parallèle des frais de soins et l'orientation des patients vers les cliniques. De même, les règles sur les heures de pause entre « midi et 2 »[4] sont appliquées, très souvent,

[4] Pour limiter la désertion des services, la direction a exigé le respect des heures de prise de service et de descente : ne pas être en retard, encore moins quitté le service tôt. Cette disposition, commune à toute la fonction publique, prévoit aussi des pauses entre midi et 14h, mêmes s'ils ne sont pas évoqués dans les circulaires des services hospitaliers. En effet, dans le domaine hospitalier les demandes de soins limitent l'imposition des arrêts temporaires de travail entre midi et 2.

peu importe la demande de soin. Ces arrêts de travail sont justifiés par des rhétoriques de « désengorgement des services ». Les soignants font injonctions aux guichets de suspendre le recouvrement, pour réduire le nombre d'usagers encore en attente du soin, du fait du cumul de résultats d'analyse transmis tardivement par le laboratoire. Dans ce contexte, les points d'accueil des services sont désertés par les soignants, confinés dans les salles de consultation ou dans les vestiaires, fermés parfois à tour de clés, laissant les usagers sans interlocuteur direct[5].

> Moi l'après-midi-là, j'aime pas m'asseoir dehors hein ! Sauf si l'infirmier dit faut m'envoyer quelques carnets là, là tu te lèves tu t'en vas ! Sinon là (…) quand tu vas allez t'assoir là-bas, tu vas lui dire que y'a beaucoup de malades là, c'est là ils vont te parler gros-gros français (te faire des scènes de ménage) (Mme S., Aide-Soignante, HGA-S, 02/03/2024).

Se donner des limites dans l'exécution des tâches est une norme de travail, bien que produisant des files d'attentes et un lot de plaintes d'usagers, qui, selon l'urgence du besoin, se mettent en scène contre un supposé manque d'éthique.

> A une autre réunion, elle (la directrice) dit ! On (l'Etat) dit tout est gratuit aux urgences, donc tout ce qui arrive comme appendicites, comme chirurgie dans un délai de 48h, c'est gratuit ! Et puis d'ailleurs faites-moi des Kits ! Je veux plus qu'on prenne l'argent de quelqu'un ici. (…) Elle a demandé aux chirurgiens de faire la liste des produits pour faire une appendicite. (…) On a fait les kits. Sur 12 kits, habituellement, les gens pouvaient faire 5 à 6 appendicites par jour hein ! C'est-à-dire, toi qui a mal au ventre seulement là, allez on t'envoie au bloc ! Comme elle a dit c'est désormais gratuit, sur 12 kits là, pendant 2 semaines, ils ont fait seulement 3 appendicites ! Elle m'a appelé, elle dit (…) je ne comprends pas, l'hôpital se vide là ! (…) je lui ai dit, c'est pour vous dire que vous avez pris une décision unilatérale. Et vous n'avez pas consulté la communauté ! Parce que c'est eux les acteurs ! Aujourd'hui comme vous avez dit de faire gratuit, vous voyez qu'on voit plus d'appendicite ! Ils envoient ça ailleurs ! (…) Essayez de créer un forfait, avec une répartition. Vous allez voir que toutes les appendicites là, vont vous revenir ! (…) Et j'ai dit, ne prenez pas un papier pour dire c'est comme ça ! Ne signez pas ! On a dit c'est gratuit, on fait un arrangement. c'est tacite quoi ! On a fait les répartitions, et c'est venu « foule » (à foison)

[5] Lors des arrêts temporaires de travail, l'urgence du besoin de l'usager devient autant de ressources pour les supplétifs et paramédicaux d'asseoir une activité de soin parallèle. Le « client privé » ou de même filiation est présenté comme un parent au collègue en charge du soin pour favoriser le traitement.

comme ça ! Elle-même elle est fière ! (D. K., Responsable administratif, HGA-S, 20/04/2024).

Les choix de régulation ont des rétroactions. Les conflits dans la relation de soin et la baisse des recettes, soumettent la direction aux pressions de perte du statut social (stigmatisation de l'habilité à gérer, révocation, etc.) et la contraignent à faire des concessions.

1.1.2. « Réaffectations » de chefs de files de contestations, déséquilibre des effectifs et recourt à l'infirmier comme « médecin de circonstances »

Les paramédicaux investissent le domaine de compétence des médecins, au quotidien, pour atténuer les déséquilibres des effectifs parfois causés par les rapports de force entre les centres décisionnels et les personnels d'interface. C'est le cas du projet de privatisation d'un équipement de l'hôpital Houphouët Boigny d'Abobo.

Un directeur en poste entreprend d'attribuer la gestion du laboratoire d'analyse à un opérateur privé. Les soignants du service manifestent une opposition, pour préserver leurs marges de manœuvre dans la captation de « gains additionnels »[6]. Des responsables de tutelle sont intervenus pour réguler le conflit, sans pour autant suspendre le projet de privatisation. Son imminence a contraint les personnels du laboratoire à organiser un *setting* au sein de l'hôpital. La presse en a été conviée pour attirer l'attention sur ces choix de régulation jugés menaçant pour la population. Dans les imaginaires locaux, attribué la gestion d'un équipement au privé symbolise en effet l'augmentation du coût des prestations.

Soumis à la perte du statut social (stigmatisation en terme de gestion arbitraire de la chose publique, révocation, etc.), la direction a suspendu le projet de privatisation. Toutefois, elle a fait réaffecter les chefs de file des manifestations. Des médecins et infirmiers du laboratoire d'analyse ont été mis à la disposition de la direction des ressources humaines du ministère de la santé.

Le laboratoire qui est là, là, l'ancien directeur il voulait privatiser, mais les gens n'ont pas accepté. Ça créé plein de conflit entre eux. (…) Les médecins du labo ne voulaient pas. Les majors (infirmiers, coordonnateur de service) ne voulaient pas, les employés de là-bas ne voulaient pas. Ça créé beaucoup de problèmes. Tout le temps au ministère, tout le temps au ministère. Pour

[6] Comme la plupart des agents de santé, ceux du laboratoire considèrent le milieu professionnel comme le réservoir des profits du métier et s'offrent, au quotidien, des « revenus additionnels », par des actes de soins non-déclarés. Dans certains services, ces pratiques relèvent de compromis informels avec la direction.

finir, il (Directeur) a fait affecter des gens. Ceux qui s'opposaient là, il a fait on les a changé tous. (M. Y. M, Ambulancier, HGA-N,05/02/2024).

L'activité de régulation convoque des dispositions autres que celles rattachées au statut de directeur[7]. Les responsables recourent à des cercles de proximité composés de pairs hiérarchiques et obtiennent des décisions de sanctions hors contexte. Les réaffectations entrainent le déséquilibre des effectifs et impliquent alors les infirmiers qui en appui, agissent sur des aspects des soins réservés aux médecins réaffectés.

1.2. Réseaux de solidarité et sécurisation d'habitudes et acquis multiples

1.2.1. « Démonisation », réduction des possibilités dans les centres décisionnels et indifférence affichée face à l'autogestion des frais de soin

Des cercles communautaires prospèrent dans l'autogestion des frais de soin, en raison de réprobations collectives contre tout manque d'intérêt pour ces pratiques informelles. Ils organisent les conditions du ralliement, par des opérations de production de portraits dévalorisant.

Le contexte hospitalier est marqué par des conflits généralisés dans la relation de soin[8]. La sensibilisation des usagers est entreprise pour réduire cette tendance au conflit. Le chef du service pharmacie est désigné comme le responsable de l'opération de sensibilisation, par des pairs hiérarchiques, qui, plaignaient déjà son habitude à s'opposer contre la vente parallèle de médicaments. Le contexte coïncide avec l'arrivée d'une nouvelle directrice.

La sensibilisation met l'accent sur l'intérêt d'un respect mutuel soignant-usagers et les voies de recourt existant sont indiquées aux usagers en cas d'attentes contrariés.

Si vous arrivez ici, et un médecin, un infirmier, quelqu'un qui travaille à l'hôpital ici vous manques de respect, vous pouvez aller vous plaindre chez la directrice (…) et là, il y a un médecin qui a pris cette phrase-là, pour commencer à se plaindre. Après il m'a appelé pour dire mais ce que tu dis, tu mets la population sur nous ! Mais je lui ai dit (…) Tu peux pas prendre une seule phrase pour gâter le contenu ! Je dis, respectez le personnel de

[7] Dans les textes, les réaffections sont des sanctions disciplinaires, généralement pour les fonctionnaires qui dérogent aux règles (pratiques illicites, etc.). Or, dans le cas précis, les réaffections sont prononcées pour des agents ayant imposé et acquis officiellement le respect des règles.

[8] En Côte d'Ivoire, la commune d'Abobo a été le théâtre d'affrontements armés lors de la crise postélectorale de 2010. A son terme, des catégories de population recrutées au sein de groupes armés et associées au nouveau régime politique, au contact avec l'hôpital, exprimaient des traits du « militaire » ou la logique des vainqueurs par des agressions manifestes à l'encontre des soignants, tant que leurs réactions étaient jugées contrariantes.

santé c'est garanti des soins de qualités, mais le respect doit être réciproque. (D. K., Responsable administratif, HGA-S, 20/04/2024).

Les soignants sélectionnent et mettent en forme publiquement, des aspects des pratiques du responsable pour le soumettre à des regards stigmatisant comme suit : *« Une fois ils ont mis une enveloppe sous la porte de la directrice pour dire si X (le pharmacien) ne reste pas tranquille, ils vont le tuer (il ironise) »* (M. S, coordonnateur du service, HGA-S,17/04/2024).

> Ils ont voulu moi-même me tuer ! Ils m'ont menacé de mort ! Ils ont écrit, la directrice m'a appelé, ils ont déposé une lettre anonyme, la personne a écrit en majuscule (…) ils disent que j'insulte les clients, Je ne donne pas les médicaments gratuit aux gens, je vends les médicaments, j'ai traité la directrice de DJOULA (Non ivoirien)… Ils n'ont qu'à me parler sinon ils vont me tuer (…) Quand on a fait ça, je dis je fais plus ! (…) Aujourd'hui, j'ai pris un petit recule, parce qu'il y a trop de vautour autour, donc je les regarde. (M. L, Médecin, HGA-S, 22/04/2024)

Sous la pression des cercles communautaires au travail, des responsables organisent leur « insolvabilité » sur des aspects de l'activité de régulation.

1.2.2. Supplétifs en proie à des pressions multiples : une incitation à la fidélisation

Les supplétifs atténuent au quotidien les contraintes de l'organisation du travail avec l'aval de la direction et des personnels. Quand ces supplétifs agissent contre les intérêts de ceux qui ont favorisé leur présence à l'hôpital, ces derniers les soumettent à des pressions pour les conditionner à se conformer à leur rôle de soutien.

Des infirmiers retraités sont maintenus au sein de l'hôpital public. En raison de leurs expériences, ils agissent sur les aspects des soins réservés aux médecins qui désertent très souvent les services. Ces supplétifs accroissent les capacités d'accueil des services et atténuent les plaintes des usagers, dans un contexte national où le ratio médecin/patients est de *« 25/1000 »* (M.G.H, Responsable administratif, HGA-S, 06/02/2024). Quand ils sont d'anciens coordonnateurs de services (Major de service), ces supplétifs sont maintenus à leur poste, cela permet aux infirmiers promus à ce poste de mettre leur temps davantage à profit dans le secteur privé.

> La nouvelle Major (coordonnateur de service) est venu matin pour dire M. (infirmier Major retraité) n'a qu'à gérer. Ça l'arrange quand lui il est là. Parce qu'elle a beaucoup de Gombo (activité complémentaires). Et, elle est

allée faire ses Gombos. Si ça l'arrange c'est tant mieux ! » (M. A, agent supplétif, HGA-S,17/04/2024).

Bénéficiant d'une légitimité dans la division du travail, les supplétifs adoptent *in fine*, des pratiques qui bouleversent les services et menacent les intérêts de ceux qui ont favorisé leur présence à l'hôpital. Certains investissent plus de temps en clinique où la rémunération est jugée élevée. Ils laissent vacant leur poste de relaie des médecins qui leurs valent pourtant ces contreparties (attribution d'« emploi complémentaire » dans le privé).

C'est S. (le médecin chef de service) qui m'a trouvé le truc (activité complémentaire) de saint-Viateur. (…) La clinique là, c'est 12.000frs par garde. Maintenant si tu fais 24h, tu es parti matin pour descendre le lendemain matin, ça fait 24.000. 12.000 deux fois. Tu vas trouver ça et puis venir faire les conneries ici (Hôpital public) encore. Même malade même peut pas te donner 200frs pour manger à midi, c'est ça tu vas faire truc (trainer dans le service) (…) Mardi là, matin, je suis parti. Mercredi là, matin, je suis parti. Je vais pas rater mes 12.000frs cadeau comme ça. (M. L, Infirmier coordonnateur de service de soins, HGA-S, 26/04/2024).

C'est devenu discours (les disputes) ici même. Que pourquoi, lui (infirmier retraité) il envoie les patients au labo et puis il s'en va (déserte le service). Or c'est le soir on devait partir même. Peut-être c'est ça ils ont gardé en cœur (pour faire le rapport à la direction) (M. A, agent supplétif, HGA-S, 17/04/2024)

Soignants et dirigeants soumettent les supplétifs à des contraintes, pour les contraindre au ralliement. Ils sont interdits d'exercer leurs activités « privées » autorisées tacitement à l'hôpital[9]. La direction les soumet à des décisions d'expulsion de l'hôpital au même titre que des cercles communautaires de soignants qui leurs font des « scènes de ménages », en prenant ces supplétifs pour la source des déséquilibres. Ces pressions se traduisent par la perte du soutien des soignants qu'ils appuient. Ces derniers rompent le piston au sein des cliniques

Le lundi j'ai été convoqué à l'administration. C'est maintenant ils pensent que je gêne. M. D (le chef de personnels de l'hôpital public) dit que faut faire tu vas partir, sinon s'il y a problème, si quelque chose arrive on n'est pas responsable (M. L, infirmier retraité, HGA-S, 17/04/2024).

[9] En l'absence de rétributions formelles des supplétifs, la direction ferme à l'accoutumée les yeux sur l'autogestion des frais de soins à laquelle s'adonnent les supplétifs.

> Le père (mon mentor) on va partir et tes patients vont nous trouver à la maison (M. A, agent supplétif, HGA-S, 17/04/2024).

Finalement, le supplétif est sous la pression de sa condition réelle dans l'administration.

2. Discussion : mobilisation de soutiens communautaires, symboliques et des limites du système formel : asymétrie de ressources d'influence et écarts aux règles

2.1. User des limites des soutiens du dirigeant et maintenir l'autogestion

L'autogestion des espaces professionnels résulte de monopoles qui s'entrechoquent au quotidien et de l'asymétrie de ressources d'influence. Contre les règles, les soignants organisent de façon autonome le domaine financier, parce qu'ils usent des limites des soutiens que convoque le dirigeant dans la régulation hospitalière.

Lorsque les moyens conventionnels sont limités pour maintenir le contrôle sur l'espace, les dirigeants débordent les limites de leurs compétences et réinvestissent les ressources issues d'expériences communautaires, politiques et des acquis historiques multiples pour imposer les règles de travail. En réponse, les soignants redéfinissent les normes d'éligibilité à leur profession, dans les services. Ils usent des contradictions contenues dans les règles de travail et des monopoles rattachées à leur statut, qui, *in fine*, sont autant de failles, même pour les cercles de dirigeants convoqués par la direction.

Les pauses conventionnelles qu'ils observent, contredisent en fait l'omniprésence des demandes de soin. La proximité avec l'usager et le monopole des décisions de soins servent encore à déclarer la nécessité du traitement en clinique, à prétexter des examens supplémentaires ou à constituer des espaces où se négocient des conditions de soins hors circuit. Les soignants soumettent également, les dirigeants et leurs soutiens à la perte de légitimité, en mettant en forme et en alertant la population sur des choix de direction contraires à leurs attentes.

Le système de pilotage des organisations a une double structure où dispositions formelles et réseaux d'influence informels s'enchâssent. Selon P. Lascoumes et C. Nagels (2018), face aux contraintes de régulation, les dirigeants mobilisent de solides groupes officiels d'autorité auxquels ils sont affiliés ou prennent le « crime organisé » comme interface (P.L. Williams, 2010), qui les appuient et les font prospérer en cassant par exemple les dynamiques de mobilisation des groupements d'intérêts. Cette interdépendance connait des limites, selon l'organisation interne des groupes en place et le *« soft power »* élaboré pour avoir le contrôle

sur l'espace (G. Gbaka Loulou et et J-L. Lognon, 2024). Le dirigeant est soumis à l'intérêt qu'offrent ces groupes, qui, orientent *in fine* ses choix de régulation du système organisationnel global à leur profit. « Tant que se conformer aux règles réduit les chances de préservation de leurs acquis sociaux multiples, les prestataires convoquent à leur tour, d'autres normes institutionnelles contradictoires, pour contraindre la hiérarchie à lever « les verrous » des règles qui gênent » (G. Gbaka Loulou et J-L. Lognon, 2021).

Les directeurs d'hôpital sont en fait des professions à la marge (H. Halliday et F. Schepens, 2024). Leurs pratiques symbolisent les rapports de force et les dynamiques du contexte de travail. Ne faisant pas preuve de corporatisme pour s'imposer aux injonctions paradoxales, ils assument seuls les implications de l'organisation de travail, face aux soignants qu'ils coordonnent et à l'État qu'ils représentent, régulièrement, en écart à la réglementation.

Mais ils sont aussi des « experts contextuels » (J.P. Olivier de Sardan, 2022). Ces agents des services publics affichant, une familiarité avec les logiques réelles du secteur public ; une capacité critique du système qui les implique et les emploie, en dévoilant ses dynamiques, source des dysfonctionnements ; un engagement citoyen consistant, dans l'exercice de leurs tâches, à des initiatives propres, pour résoudre les problématiques et induire le changement. Ces réformateurs de l'intérieur, quand ils sont des professions subalternes aux pratiques uniques dans le contexte global, façonnent les perceptions des acteurs de déviance, par une pédagogie de conditionnement (I.M. Chare, 2024).

2.2. Constitution des monopoles dans les centres décisionnels par le façonnement des identités du dirigeant

Les personnels d'interface franchissent les limites de leurs compétences en raison du contrôle exercé sur les centres décisionnels, à partir du façonnement de l'identité du responsable dans l'organisation du travail.

Les soignants mettent en forme des profils et expériences historiques jugés dévalorisant, par des mobilisations communautaires. Les responsables visés sont soumis à des faiblesses de ressources d'influence, dans les centres décisionnels. Tout agent aux réactions non-conformes aux habitudes des cercles de filiation, de strates professionnelles variées, est érigé en figure sociale des déséquilibres des services. Ses concurrents attirent l'attention de la communauté et orientent les perceptions liées à cet agent. Ses pratiques sont conçues et mises en forme comme engageant et menaçant la réputation de l'audience mobilisée (personnels et direction). Pour des enjeux de filiation, le groupe d'intérêt ainsi façonné, réagit et soumet légitimement le

concurrent à des postures attentistes, dans les centres décisionnels et devant la routine des écarts aux règles.

H. Becker (1985) nomme « croisade de la morale », l'organisation de mobilisations collectives à des fins de façonnement des identités de déviant, comptant pour la défense d'intérêts implicites. Elle est le fait d'« entrepreneurs de la morale » (lanceur d'alerte) dont l'intérêt est d'orienter les perceptions sur une infraction avérée ou non pour convaincre l'audience. Pour l'extinction du monopole des pharmaciens sur les médicaments, le dirigeant d'une firme industrielle, obtient le façonnement des habitudes en invitant les consommateurs à se demander si l'achat ne relève que des pharmacies. Cela façonne un soutien populaire entrainant la réforme de la loi (B.K. Slimane et B. Leca, 2010). Les professions subalternes usent de même stigmatisation et de repli identitaire comme outils d'incitation du dirigeant à militer pour leurs causes dans les centres décisionnels (G. Gbaka Loulou et J-L. Lognon, 2024).

Selon P. Lascoumes et C. Nagels (op.cit.), la « démonisation » est le propre des élites délinquantes, qui procèdent ainsi pour brouiller les pistes de l'évidence de leurs « fautes » et se maintenir dans la hiérarchie organisationnelle. Le dirigeant qui s'écarte des règles, se préserve toujours en tournant le monde en dérision. Il se décharge sur de « seconds rôles », en jouant sur leur profil extrême de déviant qu'il actualise par un sophisme, pour se prémunir des réprobations.

Tout compte fait, L. Boltanski (1990) montre que les publics visés sont hétéroclites et ont une différence de vues qui rendent moins probables les résultats attendus, si la démarche de façonnement des identités reste standard. Sa notion d'« affaire » postule plutôt l'adaptation du travail politique de défense des causes à la multiplicité des statuts des groupes visés. Il s'agit d'un « processus d'enrôlement autour d'un cas problématique et litigieux dont la détermination et la décision sont liées aux manœuvres argumentaires et probatoires, et aux effets de mobilisation déployés dans chaque camp » (p. 256).

2.3.Dirigeants, orientation des perceptions des devenirs professionnels et émulation

Les dirigeants négocient l'autorité en orientant les perceptions des devenirs professionnels, favorisant l'émulation dans les relations de travail. Ils usent de leur ancrage institutionnel et prennent des décisions de sanction, même hors contexte (réaffecter des « concurrents »), générant chez les personnels, des perceptions du statut professionnel non acquis. La proximité du dirigeant avec les centres décisionnels sert de ressource qui soumet individuellement les

personnels, à interpréter les modes d'exercice de la fonction comme la condition du devenir professionnel. L'infirmier investit l'espace de compétences du médecin, accroit les capacités d'accueil, espérant ainsi se protéger des décisions de sanctions.

L'État appui et légitime implicitement des initiatives locales, relevant de l'informel. Le dirigeant qui puise dans les sources des contraintes des personnels, pour les conditionner et normaliser le conformisme, a la figure de l'« expert contextuel ». Selon Tamboura et *al* (2024), son implication en politique devient la condition et la ressource pour convaincre les autorités publiques et contourner les contraintes institutionnelles au profit de son projet.

Les professions subalternes sont contraintes de constamment colmater les brèches dans l'organisation de travail, étant les plus soumises au respect des règles, contrairement aux dirigeants, très souvent légitimés par les instances de contrôles, qui défendent une identité de classe dirigeante (P. Lascoumes et C. Nagels, 2018). L'appartenance à ce cercle fait émerger une filiation. Les instances de contrôle usent du monopole de qualification de la faute, pour désactiver celle du dirigeant. Soit, en ajustant les rapports sur les faits transgressifs, dédouanant les dirigeants. Soit, en produisant des rhétoriques ramenant la faute à de simples erreurs.

Les décisions de sanction de l'élite sont plus régulatrices que punitives. Elles se focalisent sur des profils extrêmes pris pour des irréductibles, dont la sanction préserve le système qui l'accompagne (P. Lascoumes et C. Nagels, op.cit.). Ces décisions servent encore de moyens de communiquer au sein de l'administration, sur la nécessité de normaliser les pratiques en causes, en les intégrants à une réglementation limitée (N. Alter, 2002a). Enfin, ces décisions permettent d'avaliser l'intérêt de l'existence des instances de contrôle (H. Becker, op.cit.).

Pour M. Foucault (2004a, 2004b), la mission légitime des institutions publiques est le résultat contingent de lutte constante entre des intérêts multiples et variés. Gouverner étant avoir l'habileté à mettre en action des ressources (normes, connaissances et compétences) pour façonner les comportements vers des buts prédéfinis. Ces ressources sont donc diffuses. Pour conserver leur monopole professionnel menacé, des commissaires-priseurs ont, durant une décennie, contribuer à retarder la réforme de libéralisation de leur activité, entrainant la mise en place d'une institution chargée d'attribuer les autorisations de vente aux enchères, tenue de comprendre au moins un commissaire-priseur (B.K. Slimane et B. Leca, op.cit.).

2.4. Négocier des monopoles professionnels à partir des interstices : le façonnement des contours des professions à la marge

Des segments professionnels exercent leur contrôle sur l'espace en façonnant les contours des professions à la marge, contenues dans les interstices. Soignants et dirigeants, en communauté d'intérêt, définissent les limites des compétences du supplétif. Il intervient sur ce qui relève du médecin, pour son antériorité aux promotions qui se succèdent non seulement, mais surtout, parce qu'il renforce l'offre de service, en appui aux agents qui désertent les services pour des engagements professionnels et communautaires. Les textes sont par ailleurs activés (restrictions sur les soins, décisions d'expulsion), quand le supplétif contrarie les intérêts de ceux qui favorisent sa présence à l'hôpital.

L'ordre des compétences se redéfinit en lien à des rapports de force. Même si cela reste relatif, les professions en situation de dominance sont celles dont l'autorité et la légitimité confèrent la position de définir et surveiller le travail des autres sans que personne n'en fasse pareil les concernant (C. Gadéa, 2024). Les identités professionnelles se construisent au travail, au-delà des structures de base des compétences comme la formation initiale. Elles dépendent du jugement de compétence porté par des acteurs du milieu professionnel, plus expérimentés, et, du contact avec les contextes *in situ* d'exercice de la profession, complément des compétences issues de la formation (M. Strootband, 1999 ; F. Aubry et Y. Couturier, 2012).

Les processus informels d'habilitation professionnelle, symbolisent les logiques de fonctionnement des services publics. Des habitudes issues des réponses aux problèmes vécus en commun, que H. Becker (op.cit.) nomme la sous-culture (déviante). Autrement dit, ce qui est établit à l'échelle du système social global ne l'est pas nécessairement au sein des sous-systèmes qui le composent. Les habitudes d'ingérence des usagers qu'ils contestent, ont influencé la production d'un habitus chez les musiciens de danse, qui, selon Becker, a fixé une norme d'éligibilité et d'appartenance à leur cercle professionnel ; C'est-à-dire, même sans le contact conflictuel avec les usagers source de l'identité professionnelle générée.

Conclusion

L'administration n'est pas toujours sous l'influence de processus politiques extérieurs. Son ordre constitutif réel relève de propriétés internes, des relations de travail, où des agrégats de professions construisent leur monopole selon les ressources qu'ils sont capables de négocier.

L'hôpital a la forme d'un espace privé où chacun décide de la condition et du devenir de l'autre selon le monopole détenu sur des aspects de fonctionnement de l'administration et l'ordre social privilégié pour en user, de même que, selon des mobilisations collectives qui soumettent à des pressions de pertes du statut social. L'ordre qui régule ces services publics se

construit au gré d'une asymétrie de ressources d'influence, par des activités de légitimation de cercles en compétition ou en coalition, qui, pour leurs intérêts mobilisent des soutiens communautaires et symboliques et usent des limites du système formel.

Les compétences professionnelles sont régulées par cet ordre qui allie dispositions conventionnelles et réseaux d'influence informels. Les dirigeants usent de moyens non-conventionnels dans le pilotage de l'organisation, quand les limites des moyens de base soumettent à la perte d'autorité. Ils convoquent les acquis d'expériences historiques, ceux liés à la filiation à des communautés ou groupements politiques et, la proximité à des cercles d'autorité, laquelle crée une identité de classe dirigeante, entre pairs hiérarchiques, favorable à des décisions de sanctions hors contexte, qui introduisent des déséquilibres dans les services.

Les choix du dirigeant conditionnent les soignants à franchir les limites de leurs compétences, soit pour accroitre les capacités d'accueil, soit pour maintenir les pratiques d'autogestion. Cette résistance prospère en raison d'une identité dévalorisante qu'ils forgent pour les cercles de dirigeants, en jouant sur les limites des dispositions ou en organisant des mobilisations communautaires qui soumettent les dirigeants et leurs soutiens à la perte de légitimité et à des faiblesses de ressources. Les soignants exécutent leurs tâches à partir des contradictions contenues dans les règles de travail, de leur monopole sur les décisions de soins et de celui de la proximité avec les usagers. Ils mettent également en forme et alertent l'entourage de l'hôpital sur des choix du dirigeant, contraires aux attentes communautaires.

Les rapports de pouvoir mettent parfois soignants et dirigeants en situation d'alliance, face à d'autres segments de professions. Il aurait fallu documenter, les conditions de constitution des rapports d'alliance entre agrégats de professions, au-delà des attentes conflictuelles.

Bibliographie

ALTER Norbert, 2002, *Les logiques de l'innovation,* Paris, La découverte.

AUBRY François et COUTURIER Yves, 2012, « L'habilitation des nouveaux préposés aux bénéficiaires par le groupe de pairs dans les organisations gériatriques de type CHSLD au Québec », *Phronesis,* vol. 1, n° 2.

BECKER Howard Saul, 1985, *Outsiders, études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié.

BOLTANSKI Luc, 1990, « L'affaire comme forme sociale », in *L'amour et la justice comme compétence*, Paris, Métailié, 1990, pp. 255-271.

BRUNET-JAILLY Joseph, 1996, « La santé dans quelques pays d'Afrique de l'Ouest après quinze ans d'ajustement », *Etude du CEPED*, n°13.

BRUNET-JAILLY Joseph, 2002, « la santé », in Tapinos George, Hugon Philippe et Vimard Patrice (Dir.), *La Côte d'Ivoire à l'aube du XXIe siècle : défis démographiques et développement durable*, Paris, Karthala, Coll. « Hommes et Sociétés ».

CHARE Idrissou Mounpe, 2024, « Ramer à contre-courant du marchandage des services publics au Cameroun. La gestion de la circulation routière selon Pointinini », *Global Africa*, Vol.6.

CISSE Boubou, LUCHINI Stéphane et MOATTI Jean-Paul, 2004, « Recouvrement des coûts et demande de soins dans les PED », *Revue française d'économie*, Vol.18, n°4, pp. 111-149

CLERC Denis et SARTRE-BUISSON Joël, 1985, « La crise des politiques de crise », *Problèmes économiques*, n° 1828 du 15 juin

COGNEAU Denis et Mesple-Somps Sandrine, 1999, *La Côte d'Ivoire peut-elle devenir un pays émergent ?*, Rapport du programme d'étude « Afrique émergente », Paris, OCDE.

CONTAMIN Bernard, 1994, « Entreprises publiques et désengagement de l'Etat en Côte d'Ivoire. À la recherche des privatisations », in *Couret Dominique,* Ibo Jonas et LePape Marc (dir.)*, Crise, ajustements et recomposition en Côte d'Ivoire : la remise en cause d'un modèle,* 28 novembre au 02 décembre, Abidjan, Côte d'Ivoire, Orstorm.

DESCHAMPS Jean-Pierre, 2000, « Les enjeux de santé publique dans les pays en voie de développement », *Médecine/Science*, n°11, Vol.16.

DOMERGUE-CLOAREC Danielle, 1986, *Politique coloniale française et réalités coloniale. La santé en Côte d'Ivoire, 1905-1958,* Association des publications de l'université de Toulouse-le Mirail, Académie des Sciences d'Outre-Mer, Vol.1.

ECHIMANE Mozou Vincent et NIAMKEY Amlan Madeleine, 1988, « Ajustement structurel et désengagement de l'Etat en Côte d'Ivoire », *Africa Development / Afrique et Développement*, vol. 13, n° 4

FAURE Yves-André, 1992, « Le quatrième plan d'ajustement structurel de la Côte d'Ivoire : de la technique économique à l'économie politique », *Revue Canadienne d'étude du développement*, Vol. 8, n°3.

FOUCAULT Michel, 2004a, *Naissance de la biopolitique*, Paris, Gallimard.

FOUCAULT Michel, 2004b, *Sécurité, territoire, population*, Paris, Gallimard.

GADÉA Charles, 2024, « Conférence d'ouverture : L'espace professionnel de la santé et le modèle centre-périphérie », in Rossignol Antoine et Bédard Jean-Luc (dir.), Actes du colloque *Approcher le monde professionnel de la santé par ses marges*, Montréal, Canada, Comité de recherche 32 de l'AISLF.

GADOU Dakouri, 2002, « Offre de soins de santé et corruption : la quadrature du cercle du système sanitaire moderne ivoirien », *Revue ivoirienne d'Anthropologie et de Sociologie, Kasa Bya Kassa*, n°3

GBAKA Loulou Guy et LOGNON Jean-Louis, 2021, « L'offre des biens et services de santé à l'épreuve de stratégies et logiques d'acteurs dans l'espace hospitalier publics abidjanais», in Actes du colloque international *politiques publiques et construction de l'Etat national en Afrique de l'Ouest Francophone*, du 13 au 15 Janvier, Bénin, Université d'Abomey-Calavi.

GBAKA Loulou Guy et LOGNON Jean-Louis, 2024, « Faillite du Régulateur de la santé en Côte d'Ivoire : l'influence des groupes d'intérêts informels », in Rossignol Antoine et Bédard Jean-Luc (dir.), Actes du colloque *Approcher le monde professionnel de la santé par ses marges*, Montréal, Canada, Comité de recherche 32 de l'AISLF.

HALLIDAY Héloïse et SCHEPENS Florent, 2024, « Au sommet mais invisibles : la construction professionnelle fragile des directeurs d'hôpital dans le monde de la santé française », in Rossignol Antoine et Bédard Jean-Luc (dir.), Actes du colloque *Approcher le monde professionnel de la santé par ses marges*, Montréal, Canada, Comité de recherche 32 de l'AISLF.

HUGON Philippe et PAGES Naïma, 1998, « Ajustement structurel, emploi et rôle des partenaires sociaux en Afrique francophone », *Cahier de l'emploi et de la formation*, n°28.

KASSOUM Traoré et MEMON Fofana, 2016, « Représentations sociales et recours au système de santé publique au sud de la Côte d'Ivoire : une analyse à partir de données empiriques », *Journal of social sciences research*, vol.10, n°2.

LASCOUMES Pierre et NAGELS Carla, 2018, *Sociologie des élites délinquantes. De la criminalité en col blanc à la corruption politique*, Paris, Armand Colin (ed) Dunod (2e édition).

LAWRENCE Thomas et SUDDABY Roy, 2006, « Institutions and institutional Work», in Clegg Stewart, Hardy Cynthia, Nord Walter et Lawrence Tom (dir.), *Handbook of Organization Studies*, Sage London.

LAWRENCE Thomas, SUDDABY Roy et Leca Bernard, 2009, « Introduction : Theorizing and studying institutional Work », in Lawrence Thomas, Suddaby Roy et Leca Bernard (dir.), *Institutional Work Actors and Agency in Institutional Studies of organization*, Cambridge University Press, Cambridge, UK.

LEPAPE Marc, CONTAMIN Bernard et FAURE Yves-André, 1991, « La bataille des entreprises publiques en Côte d'Ivoire. L'histoire d'un ajustement interne », *Cahiers d'études africaines*, vol. 31, n°121-122.

MONFETTE Olivia et MALO Annie, 2016, « Faire de l'analyse qualitative lors d'un stage de recherche : une expérience d'évolution de ma posture d'apprentie-chercheuse », *Recherches qualitatives*, Hors-série, n°19.

N'DIAYE Abdourahmane, 1992, *Les dimensions sociales de l'Ajustement structurel en Côte D'Ivoire*, Mémoire de DEA, Développement et civilisation, Paris, Panthéon-Assas (Paris 2).

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 2022, « « Compter sur ses propres forces ». Face à l'aide, promouvoir les experts contextuels dans les politiques publiques en Afrique », Global Africa, vol.1.

SLIMANE Ben Karim et LECA Bernard, 2010, « Le travail institutionnel : Origines théoriques, défis et perspectives », *Management et avenir*, n°37.

STROOBANTS Marcelle, 1999, « La qualification ou comment s'en débarrasser », in DOLZ Joaquim et OLLAGNIER Edmée (dir.), *Raisons éducatives. L'énigme de la compétence en éducation*,

TAMBOURA Maïrama, BARON Catherine et KABORÉ Ramané, 2024, « La fabrique des innovations d'en bas dans les services urbains d'eau des quartiers précaires de Ouagadougou. Études de cas à Goundrin et à Boassa », *Global Africa*, Vol.6.

VANIE Bi Dje Jules, 2002, *L'évaluation de l'implantation des politiques de recouvrement des coûts des actes de santé en Côte d'Ivoire*, Thèse de Doctorat, santé publique, option gestion des services de santé, Université de Montréal, Dauphine, 331 p.

WILLIAMS Paul, 2010, *Les dossiers noirs du vaticans : l'argent, le crime et la mafia dans l'Église catholique*, Le triadou, H&O, 292. p.

YAO GNABELI Roch, 2012, « Les structures idéologiques de l'État ivoirien entre rupture et continuité (1960-2011) », *Revue Perspective et Société*, vol.3, n°1.