



CONSEIL AFRICAIN
ET MALGACHE POUR
L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR



*Numéro spécial
Octobre 2025*

La Revue **DG** 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 4^{ème} 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 5^{ème} 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 BAMBÀ**, MC, Université Félix Houphouët Boigny, Criminologie (sociologie criminelle)
10. **Annie BEKA BEKA**, MC, École Normale Supérieure du Gabon, Géographie urbaine
11. **Emmanuelle NGUEMAMINKO**, MC, ENS Libreville, Sociologie
12. **Pamphile BIYOGHÉ**, MC, École Normale Supérieure du Gabon, Philosophie morale et politique
13. **N'guessan Séraphin BOHOUSOU**, 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. **Yentoug 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. **Hamany Brouxdelmaï KOFFI**, MC, 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. **Débégoun 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 NPAKOU**, 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 Ellysée Landry KOUASSI : landrewkoua91@gmail.com

Secrétaire chargée du pôle gouvernance universitaire :

Elza KOGOUNZAMBA: konzamb@yahoo.fr

Secrétaire chargé du pôle gouvernance politique :

Jean Jacques SERI : jeanjacquesseri@yahoo.fr

Secrétaire chargé du pôle gouvernance socio-économique :

Vivien MANANGO: 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 Valéry-Aimée TAKI: takiamee@gmail.com

Wave et Orange Money: (+[225](tel:2250706862722)) 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 Désiré**, PT, Université Alassane Ouattara, Philosophie politique et sociale ;
4. **ASSANT 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. **BIYOGHEBIELLA Eric Damien**, MR, IRSH-CENAREST Libreville, Histoire Contemporaine,
9. **BLÉ Kain Arsène**, MC, Université Alassane Ouattara, Lettres Modernes (Roman Africain);
10. **BONANER 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. **DANDONOU GBO 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. **FIEDOH 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. **GONDODI mandé**, 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. **KOUAHOBI 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 de 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'DAKOUASSI Pekaoh Robert**, MC, Université Jean Lorougnon Guédé, Sociologie du Développement,
32. **N'DRIDIBY 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 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 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 (engras 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 : 2^{de} 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 Asseyo 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 Noël16-29

DROIT À LA SANTÉ ET GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE EN AFRIQUE : QUELLE POLITIQUE POUR UNE REDYNAMISATION DES SOINS DE SANTÉ

OUSSOU Kouadio Jean Richard30-44

LUTTE CONTRE LA MORTALITÉ INFANTILE ET MATERNELLE AU TOGO, EXEMPLE DES ODD SANTÉ (2015-2022)

OUGMA Hombamana et GONON Amevi Agberi45-60

LA RELATION « POUVOIR-SERVITUDE » À L'ÉPREUVE DE LA GOUVERNANCE MÉDICALE ET HOSPITALIÈRE : CAS DU CHU D'OWENDO (GABON)

Steeve Elvis ELLA61-71

LA GOUVERNANCE DE LA COMMUNICATION POST-COVID EN CÔTE D'IVOIRE: SITUATION ET PERSPECTIVES

BROU Marie Sylvana72-87

AMÉLIORATION DE LA SÉCURITÉ ET SANTÉ AU TRAVAIL DES TRAVAILLEURS DE SANTÉ AU TOGO PAR L'OUTIL HEALTHWISE, UNE OPPORTUNITÉ DE GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE DE QUALITÉ (2016 -2024)

KEVI Kokou Silvère et LASSEY Agnélé88-104

MA SANTÉ SOUFFRE DE NFAMARA CAMARA : UNE SCRIPTURALISATION RÉALISTE DE LA POLITIQUE DE LA SANTÉ POUR TOUS EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

BLÉ Kain Arsène105-116

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 Guy130-150

POLITIQUE SANITAIRE IVOIRIENNE ET ACCÈS AUX SOINS DANS LES HÔPITAUX DE RÉFÉRENCE : CAS DES POPULATIONS RURALES DE LA SOUS-PREFECTURE 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)	
AHORU 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 épouse 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
GOVERNANCE 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 « ÉQUATIONNER » 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 MAFÉRE (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 Kouyadéga729-748

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 Charlesbor770-786

ÉTHIQUE DE LA RESPONSABILITÉ ET GOUVERNANCE : UNE RELECTURE DE LEVINAS ET JONAS FACE AUX CRISES ÉCOLOGIQUES

ILAHIRI Mylène Stéphanie787-804

DÉGRADATION DE L'ENVIRONNEMENT SUR LE FRONT LAGUNAIRE ÉBRIÉ À ABIDJAN : CAS D'ABOBO-DOUMÉ

KAMBIRÉ Bêbê et KOUASSI Charles Aimé805-824

EXPLOITATION DES RESSOURCES NATURELLES DANS LES ESPACES RÉSERVÉS : L'EXEMPLE DE LA ZONE PASTORALE DE SAMOROGOUE AU BURKINA FASO

KI Jean Paulin, DABIRÉ Joël et SOMDA Touobawènèkaon Maximin825-846

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 KAMAGATE847-864

AMÉNAGEMENT URBAIN ET COORDINATION DES ACTEURS DANS LA VILLE D'ABENGOUROU (CÔTE D'IVOIRE)

KOFFI Akouassi Bénédicte et DJAH Armand Josué865-883

LE NUMERIQUE DANS LA GESTION DES RISQUES D'INONDATION À ABIDJAN

Khan KOUAME, Anouman Yao Thibault OUSSOU et Gnamien Elie MANAN884-902

LES DÉTERMINANTS DE L'URBANISME SPONTANÉ ET SES CONSÉQUENCES SUR LE DÉVELOPPEMENT URBAIN DANS LE QUARTIER NGAMAKOSSO À BRAZZAVILLE

Robert NGOMEKA903-917

AUTONOMISATION FINANCIÈRE DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES : UN ENJEU DE SURVIE EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE FRANCOPHONE

Martin NGOUA EYENE et Emmanuelle NGUEMA MINKO918-931

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

CAMEROUN

SANAMA AMBASSA932-949

LA GESTION DE L'INCIVISME ROUTIER VIA LES TIC : QUELLES PERCEPTIONS DES POPULATIONS EN CÔTE D'IVOIRE ?

SEY Henri Joël950-967

COLLOQUE INTERNATIONAL DU PROGRAMME THÉMATIQUE DE RECHERCHE-GOUVERNANCE ET DÉVELOPPEMENT DU CAMES (PTRC-GD)

SISSOKO Pierre Soriba968-984

MUTATION DE LA JEUNESSE AFRICAINE ET PROBLÉMATIQUE DE L'ÉCOLOGIE : PERSPECTIVES D'APPROPRIATION DES APPROCHES

TATA Gaston Gabriel985-1000

QUELS IMPACTS DES PLANS DE DÉVELOPPEMENT SUR LA GOUVERNANCE TERRITORIALE DE LA PROVINCE DU LAC (OUEST DU TCHAD) ?

TOB-RO N'Dilbé1001-1020

DYNAMIQUE URBAINE ET ZONES HUMIDES Á BOUAKÉ DE 2002-2024 : ENJEUX ET PERSPECTIVES

KOUASSI Kobenan Christian Venance, SANGARÉ Nouhoun, TRAORE Fanta et SOROGO Bourahima1021-1036

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 KPANGBA1037-1054

DYNAMIQUE DE L'OCCUPATION DU SOL DANS LE BASSIN DE L'OTI

ALASSANE Abdourazakou1055-1067

Gouvernance hospitalière

DROIT À LA SANTÉ ET GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE EN AFRIQUE : QUELLE POLITIQUE POUR UNE REDYNAMISATION DES SOINS DE SANTÉ

OUSSOU Kouadio Jean Richard
Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire
Département de Philosophie, Histoire des Sciences et bioéthique

Résumé :

Le droit à la santé vise à garantir à chaque citoyen la possibilité d'accéder à des soins de qualité sans discrimination. Il s'agit d'un objectif ambitieux inscrit dans de nombreux traités internationaux et constitutions nationales. Toutefois, la mise en œuvre de cette aspiration noble reste un défi majeur dans la plupart des pays africains au regard des nombreux obstacles relatifs à la gouvernance hospitalière. Les établissements de santé et les populations sont confrontés à des crises croissantes en matière d'allocation des ressources sanitaires. Dans ce contexte, en partant des approches comparative, critique et systémique, l'objectif de cette communication est d'analyser les mécanismes de gouvernance hospitalière en Afrique, et d'en identifier les leviers permettant de renforcer l'effectivité du droit à la santé. Il est question d'examiner des facteurs tels que les déserts médicaux et les avancées technologiques rapides. Il s'agit alors pour revitaliser les soins de santé en Afrique, d'établir une gouvernance hospitalière efficace qui respecte le droit à la santé, afin d'assurer une amélioration de la qualité des services et une réponse adéquate aux besoins de toutes les populations.

Mots-clés : Afrique, Droit à la santé, Établissements de santé, Gouvernance hospitalière, Technologie.

Abstract:

The right to health aims to guarantee every citizen the opportunity to access quality care without discrimination. This is an ambitious goal enshrined in numerous international treaties and national constitutions. However, the implementation of this noble aspiration remains a major challenge in most African countries given the numerous obstacles related to hospital governance. Health institutions and populations are facing growing crises in the allocation of health resources. In this context, based on comparative, critical and systemic approaches, the objective of this communication is to analyze the mechanisms of hospital governance in Africa, and to identify the levers to strengthen the effectiveness of the right to health. It is a question of examining factors such as medical deserts and rapid technological advances. To revitalize health care in Africa, it is therefore necessary to establish effective hospital governance that respects the right to health, in order to ensure an improvement in the quality of services and an adequate response to the needs of all populations.

Keywords: Africa, Right to health, Health establishments, Hospital governance, Technology.

INTRODUCTION

La question du droit à la santé et de la gouvernance hospitalière en Afrique comme partout ailleurs dans le monde sont essentielles. Entendu selon M. Moulin (2001, p. 720), comme un état allant de « l'absence de maladie à un état de bien-être global, psychique et physique de l'individu », le droit à la santé va au-delà de son aspect purement médical pour se situer dans une optique sociale, politique et éthique. En Afrique, ce droit joue un rôle spécifique dans les stratégies de développement, puisqu'il conditionne directement l'accès des individus à une existence digne et fructueuse. Cependant, malgré les progrès réalisés au niveau normatif et institutionnel, l'application réelle du droit à la santé demeure un enjeu important pour plusieurs Etats africains.

De nombreux défis demeurent dont le financement insuffisant des établissements hospitaliers, l'absence d'une couverture sanitaire universelle efficace, les disparités régionales dans l'accès aux services de santé, le manque de personnel qualifié et la dépendance au secteur privé. De plus, les enjeux démographiques (la population africaine en 2025 est estimée à plus de 1 milliards d'habitants) intensifient la tension sur les hôpitaux et les établissements de santé. Ce contexte souligne l'importance de réviser la gouvernance des hôpitaux pour garantir une planification plus efficace, une administration optimale des ressources et un accès aux soins équitables. Elle concerne non seulement l'État, mais également les professionnels de la santé, les patients et le privé. Bien que des pays africains tels que le Maroc, le Rwanda ou l'Afrique du sud aient initié des réformes significatives, d'autres comme la Côte d'Ivoire et le Kenya sont toujours en proie à des situations disparates où les PND peinent à réduire l'écart entre les exigences sanitaires et la situation sur le terrain.

De ce point de vue, cette étude pose le problème suivant : la gouvernance sanitaire en Afrique favorise-t-elle une gestion hospitalière efficace compatible avec le droit à la santé ? L'objectif de cette étude est d'analyser les mécanismes de gouvernance hospitalière en Afrique, et d'en identifier les leviers permettant de renforcer l'effectivité du droit à la santé. Les approches comparative, critique et systémique seront combinées pour éclairer cette interrogation. Pour conforter notre compréhension, les fondements du concept de droit à la santé seront scrutés (1). Cela conduira à examiner les modalités de la mise en œuvre du droit à la santé à travers la gouvernance hospitalière en Afrique (2). À la lumière des premiers points de notre analyse, des pistes pour une redynamisation des soins de santé en Afrique seront proposées (3).

1. Les fondements du droit à la santé

Le droit à la santé est une notion qui trouve son fondement dans plusieurs traités et constitutions tant sur l'échiquier international que national. De fait, il est objet de proclamation dans de nombreux textes de lois qui définissent ses contours, ses obligations et ses principes directeurs.

1.1- Les sources philosophiques et éthiques du droit à la santé

La notion de droit à la santé érigée comme droit fondamental de l'être humain est récente, mais son contenu et les valeurs qui la sous-tendent s'articulent autour des idéaux philosophiques. Déjà dans l'Antiquité, la pensée d'Hippocrate a posé les bases éthiques de la pratique d'une médecine responsable comme élément indispensable à l'existence humaine. Le « Serment d'Hippocrate » qui oblige le médecin à exercer son art sans causer de tort est, à cet effet, considéré comme l'un des premiers fondements normatifs ou philosophiques du droit à la santé. Ce texte illustre que la protection de la santé comporte des obligations du médecin à l'égard du patient. Mes amis s'écrit-il : « dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément » (M. Margo, 2017). Cette affirmation souligne avec véhémence le devoir éthique du médecin envers son patient.

Ces devoirs, encore aujourd'hui, s'imposent comme des normes déontologiques incontournables. Leurs non-respects constituant une atteinte grave au droit fondamental à la santé. Il est également exigé au médecin de fournir à son patient, les soins adaptés à ses besoins, en s'assurant à agir dans l'intérêt supérieur de celui-ci. Hippocrate, en posant l'interdiction de donner la mort, même à la demande du patient pour mettre fin à ses souffrances, considère le droit à la vie comme un droit important du patient. Ce texte crée un lien direct entre la sauvegarde de la vie et l'obligation d'assurer des conditions de traitement respectables pour chacun. Dans cette perspective, la morale hippocratique, dit-on, peut-être perçue comme l'une des premières sources philosophiques du droit à la santé. Hippocrate, inconsciemment, (sans doute il ignorait à cette époque qu'il énonçait les premières ébauches fondamentales du droit à la santé) fonde les principes éthiques et déontologiques de la pratique médicale.

Toutefois, au-delà de cette morale hippocratique, d'autres courants philosophiques, tels que la pensée kantienne, ont enrichi la réflexion sur le droit à la santé en tant que droit fondamental de l'homme. Emmanuel Kant durant l'époque moderne, a consolidé cette perspective en positionnant la dignité humaine au cœur de l'éthique. Selon Kant, chaque personne détient une valeur inhérente, indépendante de son utilité ou de ses attributs sociaux. En effet, assurer à un individu l'accès aux soins de santé équivaut à protéger son intégrité physique et psychologique, condition essentielle pour lui permettre de vivre de manière indépendante et en accord avec sa dignité. La santé s'impose, ainsi, comme une exigence éthique et un droit lié au respect de l'humanité de chaque être humain. C'est tout le sens de l'impératif catégorique établi comme suit : « agis uniquement d'après la maxime qui fait que tu puisses vouloir en même temps qu'elle devienne une loi universelle » (L. Langlois, 2004, p. 155). La philosophie kantienne, en général, et sa conception de l'impératif catégorique, en particulier, invite à agir uniquement en conformité avec des principes que nous souhaiterions voir adoptés universellement.

Et dans le cadre de la santé singulièrement, cela signifie que le droit à la santé doit être considéré comme une règle universelle. Par exemple, autant, je comprends moi-même l'importance d'accéder aux soins, je suis également tenu de reconnaître ce même droit pour les autres. Il s'agit d'une logique qui établit un parallèle entre devoir moral de solidarité et égalité dans l'accès aux soins de santé. Par ailleurs, dans cette perspective, Kant estime que, l'État n'est pas seulement un garant de paix, mais également une institution dédiée à établir des conditions permettant aux citoyens d'exercer leur liberté et leur indépendance. Protéger la santé, c'est honorer la valeur inhérente de l'être humain. La pensée de Kant, peut-on dire, ne s'éloigne aucunement de celle d'Hippocrate. Elle constitue dans l'histoire des droits de l'homme un repère théorique fondamental, d'autant plus qu'elle sert de fondement à la reconnaissance du droit à la santé. De l'Antiquité à la modernité, l'intérêt philosophique pour la santé se justifie par l'appropriation par des philosophes des questions sanitaires. Ces deux traditions (l'Antiquité et l'Époque moderne) ont ouvert la voie à la reconnaissance contemporaine juridique du droit à la santé comme un droit fondamental.

1.2- Fondements juridiques et constitutionnelles africaines du droit à la santé

D'un point de vue juridique, le droit à la santé est, aujourd'hui, largement adulé en Afrique, tant au niveau des constitutions nationales que des instruments régionaux. Selon l'article 16 de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples « Toute personne a le droit de

bénéficier de la meilleure santé physique et mentale possible » (OUA, 1981). Elle oblige les nations africaines à prendre des dispositions nécessaires pour sauvegarder la santé de leurs citoyens et leur fournir des soins médicaux en cas de maladie. Plusieurs pays africains incluent ce droit dans leurs constitutions. À titre indicatif, l'article 27 de la Constitution sud-africaine de 1996 assume clairement le droit à la santé, alors que la Constitution ivoirienne de 2016 proclame le droit de tous à la santé et impose à l'État de renforcer les infrastructures sanitaires. L'élaboration des politiques de santé est fréquemment influencée par les ressources économiques telles que le produit intérieur brut (PIB), la croissance, le plan national de développement (PND), et par l'habileté à engager le secteur privé. Par conséquent, bien que les bases philosophico-éthiques et juridiques soient robustes, leur mise en œuvre dépend fortement de la gestion des hôpitaux. C'est à travers l'organisation des établissements, la structuration des soins et la coordination des intervenants que ces principes sont susceptibles d'être traduits en pratiques concrètes.

2- Gouvernance hospitalière et modèles de développement hospitalo-africain

La gouvernance des hôpitaux constitue un enjeu majeur pour l'application du droit à la santé en Afrique. Elle est caractérisée par l'ensemble des dispositifs institutionnels, normatifs, organisationnels et éthiques garantissant l'organisation, la coordination et l'efficacité des structures de santé. Dit autrement, la gouvernance vise à assurer que les hôpitaux accomplissent efficacement leurs rôles en matière de soins, d'enseignement, de recherche et de service public. Au plan africain, malgré des restrictions financières, démographiques et technologiques, une gouvernance robuste au sein des hôpitaux semble être la condition essentielle pour une santé publique efficace et juste.

2.1- Gouvernance hospitalière : principes, acteurs et valeurs

La notion de gouvernance, de façon générale, fait référence à « la conception, la conduite et l'évaluation de l'action collective à partir d'une position d'autorité » écrit A. P. Contandriopoulos (2008, p. 195). À ce titre, elle s'entend comme une fonction supérieure qui guide et régule l'ensemble d'un système qu'il soit économique, politique, social, sanitaire donné pour l'atteinte des objectifs fixés. Elle est l'art d'administrer efficacement, de piloter correctement une structure ou une organisation. La gouvernance appliquée au domaine hospitalier est considérée comme un système d'organisation, de décision et de contrôle visant à assurer la qualité, l'efficacité et l'équité des soins au sein des établissements de santé. Pour ce faire, elle repose principalement sur une série de principes essentiels.

Le premier pilier, la transparence, nécessite une administration limpide et vérifiable des ressources, un rapport fréquent et une communication transparente entre les divers échelons de responsabilité. Le deuxième, la responsabilité, indique que chaque intervenant, du ministère de la santé à la direction hospitalière, doit être tenu responsable de ses choix, de ses performances et de l'excellence des prestations fournies. Un autre principe fondamental, le troisième est l'équité. Celle-ci implique une distribution équilibrée des infrastructures, du personnel et des ressources financières pour garantir un accès égalitaire aux soins, indépendamment de la localisation géographique ou de la situation socio-économique. À travers ce principe, il est question écrit L. M. Poamé (2024, p. 23) « de faire marcher de front le légal et le légitime, de façon à activer les leviers de l'équité là où la loi pourrait s'avérer injuste ». Dans ce contexte, la gouvernance hospitalière et le droit à la santé deviennent solidaires l'un à l'autre pour assurer une distribution adéquate des ressources et un accès équitable aux soins. Pour finir, l'intégration de la voix des utilisateurs et des collectivités territoriales complète ce socle en tant que quatrième pilier.

Ces principes se traduisent dans l'action quotidienne de différents acteurs institutionnels et professionnels. En tant que garant du droit à la santé, l'Etat établit des lignes directrices stratégiques et réglementaires par le biais des politiques nationales et des programmes de développement sanitaire. Les directions d'hôpitaux sont responsables de la planification, de la gestion administrative et du contrôle technique, en s'assurant de l'efficacité et de la qualité des soins. Les professionnels de santé - médecins, infirmiers, pharmaciens, chercheurs - représentent le socle opérationnel de la gouvernance, étant donné que leur éthique et leurs compétences ont un impact direct sur la confiance des patients et la crédibilité des établissements. Le secteur privé, en partenariat avec eux, prend une part de plus en plus significative dans le développement d'infrastructures, l'approvisionnement en équipements biomédicaux et la recherche dans le domaine médical. Finalement, les patients commencent progressivement à jouer un rôle dans la gouvernance, en particulier via les comités d'usagers et les dispositifs de retour d'expérience.

La gouvernance hospitalière ne peut également se concevoir sans un ensemble de valeurs qui donnent à l'intervention sanitaire une portée éthique et sociale. Celle-ci prône avant tout l'humanisme qui requiert que la dignité du patient soit mise au centre du dispositif hospitalier. Mettre la dignité du patient au cœur des actions hospitalières, c'est reconnaître à ce dernier, sa valeur intrinsèque, son unicité et sa capacité à prendre une part active aux décisions le concernant. L'humanisme s'oppose à toute pratique paternaliste où le patient

serait mis en minorité. La justice sociale réclame que l'allocation des ressources sanitaire participe à la diminution des disparités d'accès aux soins. Elle exprime donc « l'exigence d'une régulation éthique des rapports entre les hommes vivant en société » déclare (M. Salvi, 2001, p. 555). La transparence et la responsabilité cultivent la confiance du public tout en consolidant la légitimité institutionnelle des établissements hospitaliers. Enfin, la quête de l'excellence clinique, via la formation continue et la mise à jour technologique, contribue à rehausser la qualité et la sécurité des soins. Ces éléments représentent un référentiel crucial pour standardiser les pratiques et guider les réformes de gouvernance en Afrique.

2.2- Structuration et organisation hospitalière : regard comparatif des modèles africains

La configuration des hôpitaux en Afrique reflète la variété des modèles politiques et économiques mises en œuvre par les gouvernements pour réaliser le droit à la santé. L'étude de cinq nations (la Côte d'Ivoire, le Maroc, le Rwanda, l'Afrique du Sud et le Kenya) permet d'identifier les principales orientations, les similitudes et les disparités structurelles qui définissent la gouvernance des hôpitaux sur le continent.

En Côte d'Ivoire, le système hospitalier est structuré par trois niveaux distincts que sont les Établissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC), les Hôpitaux Généraux et les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), auxquels s'ajoutent les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). Dans la pratique, les ESPC dispensent des soins primaires et préventifs, alors que les CHR et les CHU, eux, se consacrent à la gestion des cas complexes et à l'enseignement universitaire. Actuellement, le pays abrite cinq centres hospitaliers universitaires dont quatre à Abidjan, la capitale (Yopougon, Cocody, Angré et Treichville) et un à l'intérieur du pays, Bouaké, deuxième grande ville ; ainsi que dix-sept centres hospitaliers régionaux. Toutefois, la gestion du système sanitaire ivoirien rencontre toujours des difficultés. En effet, entravée par un financement insuffisant – environ 5,2 % du PIB alloué à la santé en 2023 – et une dépendance au secteur privée, qui « contribue à près de la moitié de l'offre nationale de services de santé (environ 40 % au niveau national et 60 % à Abidjan) » d'après le Ministère de la Santé de Côte d'Ivoire (2023).

Le Royaume chérifien (le Maroc) pour sa part offre un modèle plus centralisé et performant. La gouvernance des hôpitaux y repose sur la régionalisation progressive et l'élaboration de stratégies, appuyée par le plan « Santé 2025 ». Ce plan souligne (A. Maaini, 2024, p. 4) vise principalement à « mettre le citoyen au centre d'un système de santé efficace, novateur et de

qualité ». Ainsi, en 2024, le Maroc, selon le Ministère de la Santé (2024) « consacre 6,5 % de son PIB à la santé » et investit largement dans la numérisation, la télémédecine et l'éducation médicale. Le pays compte à ce jour sept CHU (Casablanca, Rabat, Fès, Marrakech, Tanger, Oujda et Agadir) ainsi qu'un réseau d'hôpitaux régionaux et provinciaux très étendu. Le secteur privé, qui connaît une croissance rapide, complète de manière efficace le dispositif public. Tous ces éléments mis ensemble font du modèle hospitalier marocain l'un des systèmes de soins les plus dynamiques d'Afrique.

En ce qui concerne le Rwanda, il représente un exemple de modèle de gouvernance intégrée et décentralisée. Depuis 2010, en effet, le pays a entrepris une vaste réforme intégrale de son système de santé, laquelle réforme met l'accent sur l'engagement communautaire et la couverture universelle. Son réseau englobe à peu près 45 hôpitaux régionaux et plus de 500 centres de soins, supervisés par des structures de contrôle au niveau régional. La stratégie la plus connue sous le nom de « 4×4 », mise en œuvre en 2023, a pour objectif de quadrupler la formation des professionnels de santé sur une période de quatre ans. À terme, cela permettra d'améliorer significativement la capacité du système. Le Rwanda, faut-il le souligner, grâce à ces réformes engagées dans le cadre du *Health Sector Strategic Plan IV* (2023-2027), a « atteint un taux de couverture sanitaire d'environ 90 % ». Un niveau historique et sans précédent sur le continent.

En Afrique du Sud, la gestion des hôpitaux se caractérise par une durabilité structurelle. La nation possède 622 établissements hospitaliers, parmi lesquels 422 sont publics et fréquemment en proie à des problèmes de financement et de gestion, tandis que 200 sont privés et disposent d'une technologie de pointe. Malgré un budget de la santé représentant 8,6 % du PIB (l'un des plus conséquents en Afrique), les disparités sont flagrantes. En effet, près de 80 % de la population sud-africaine recourent au système public tandis que 20 % profitent des soins privés hautement qualitatifs, selon les données officielles accompagnant le *National Health Insurance Bill* (Republic of South Africa, 2024). Cette situation dénote d'une chose : les contraintes d'une gouvernance fragmentée ou l'efficacité économique cohabite avec des dislocations sociales durables.

Pour finir, le modèle Kenyan s'efforce de trouver un équilibre entre la participation publique et privée en mettant en œuvre une politique d'ouverture et de collaboration. Son réseau hospitalier regroupe plus de 14 000 structures de santé, avec une répartition de 47 % dans le secteur public et de 46 % dans le privé. Le Plan Stratégique de Santé du Kenya pour 2023-

2027 se concentre sur la mise à jour des infrastructures rurales, la numérisation de la surveillance hospitalière et le perfectionnement de la gouvernance financière. Pour l'année 2024, le pays alloue approximativement 5,8 % de son PIB à la santé, avec des réformes en cours qui ont pour objectif de développer la couverture universelle et d'améliorer la formation des professionnels de santé.

L'examen de ces modèles, de l'Afrique de l'ouest à l'Afrique de l'est en passant par l'Afrique du Nord, du Sud et central, révèle que l'efficacité de la gouvernance hospitalière repose principalement sur la concordance entre la planification stratégique, le financement durable et l'implication des intervenants. Le Maroc et le Rwanda, à cet effet, se distinguent par une gouvernance efficace et coordonnée, là où la Côte d'Ivoire et le Kenya rencontrent encore des difficultés pour surmonter les contraintes notamment budgétaires et structurelles. Tout cela démontre que l'avenir de la gestion des hôpitaux en Afrique sera déterminé par la capacité de nos États à allier performance, justice et solidarité dans le but de faire du droit à la santé une réalité tangible pour tous les citoyens du continent sur le long terme.

3- Politiques et stratégies amélioratives pour redynamiser les soins de santé

L'amélioration de la gouvernance des hôpitaux en Afrique ne sera effective que grâce à une refonte complète des politiques de santé publique, dans le but d'allier performance administrative, justice sociale et viabilité financière. Certes, la Constitution de plusieurs États africains et des documents juridiques internationaux comme la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples reconnaissent le droit à la santé, et imposent une responsabilité positive à chaque gouvernement : assurer un accès juste aux soins de qualité pour tous. Cependant, malgré les avancées des deux dernières décennies, les systèmes hospitaliers en Afrique continuent d'être caractérisés par des disparités durables entre les régions urbaines et rurales, entre les établissements publics et privés, ou encore entre les investissements consacrés aux infrastructures et ceux alloués aux ressources humaines.

3.1- Vers une refondation des politiques publiques de santé : efficacité, équité et durabilité

La refondation nécessite tout d'abord une planification de la santé intégrée. Cette action nécessite une harmonisation entre les plans nationaux de développements PND et les plans nationaux de santé (PNS). Cela est nécessaire pour assurer une concordance entre les objectifs économiques et les exigences sociales. Par exemple, dans son PND 2021-2025, la

Côte d'Ivoire mise sur la modernisation des infrastructures hospitalières, la transition numérique de la gestion des soins et l'expansion des partenariats public-privé (PPP). Cela se traduit depuis un moment par la construction de plusieurs hôpitaux sur l'ensemble du territoire national avec un plateau technique renforcé pour un diagnostic plus précis. À Abidjan, la capitale tout comme à l'intérieur, le nombre de scanners, d'IRM et les centres de dialyse ont été revus à la hausse pour permettre aux patients de bénéficier des soins de santé de qualité sans nécessairement être obligé de se déplacer jusqu'à Abidjan. Nonobstant, les restrictions budgétaires considérables, le pays alloue près de 5,2 % de son PIB à la santé, ce qui est inférieur aux taux conseillés de 15 % selon la déclaration d'Abuja.

Pour rappel, en 2001, à Abuja, indiquent L. Bertrand et J. L. Rey (2012, p. 341), les États africains se sont à l'unanimité engagés à « respecter le principe d'investir 15 % de leur budget national dans la santé ». La réalité est que la majorité des pays du continent sont très loin de ce pourcentage (même si certains ont consenti des efforts importants), le pourcentage du PIB investi dans la santé pour la plupart des États est de 7 ou 8 %, (Rwanda et Afrique du Sud) certains moins encore (Côte d'Ivoire, Maroc, Kenya). Le Maroc et le Rwanda, investissant respectivement 6,5 % et 7,3% de leur PIB, ont réussi à mieux allier planification stratégique et gouvernance locale. La refonte des politiques publiques nécessite aussi une vision systémique de la santé. En fait, cela revient à envisager l'hôpital non pas comme une structure indépendante, mais comme un point d'interaction entre les facteurs sociaux, économiques, technologiques et environnementaux. L'hôpital, sait-on représente une institution médicale qui a pour but de « conserver la santé et de guérir les maladies » (F. Quéré, 1991, p. 25). L'Afrique ne pourra combattre efficacement les maladies endémiques ou pandémiques qu'à travers une amélioration de la prévention, de l'information sanitaire et l'investigation biomédicale.

Par exemple, le Rwanda, avec son Plan Santé 2030, priorise la prévention communautaire, l'application de l'intelligence artificielle pour le diagnostic et la téléconsultation. Ces efforts ont conduit à une diminution de 30 % du taux de mortalité maternelle entre 2015 et 2023 rapporte l'organisation mondiale de la santé (OMS, 2024). Par ailleurs, les modèles conventionnels, reposant uniquement sur les subventions gouvernementales et les dons extérieures, révèlent des contraintes. Il est temps que les pays africains diversifient leurs sources de financement. Par exemple, l'instauration d'une taxe spécifique sur les produits à risque pour la santé peut aider à atteindre cette ambition. Le financement solidaire et novateur est essentiel pour assurer la pérennité du système hospitalier. En définitive, la restructuration

des politiques de santé publiques en Afrique ne se limite pas à une simple modification institutionnelle. Il s'agit d'une véritable transformation de civilisation qui repose sur la reconnaissance du caractère universel, indivisible et interdépendant du droit à la santé.

3.2- Pour une redynamisation du système hospitalier africain : innovation, formation et coopération

Pour atteindre l'objectif de la revitalisation des soins hospitaliers en Afrique, une transformation structurelle et culturelle basée sur trois axes principaux que sont l'innovation technologique, la formation des médecins et la collaboration internationale est nécessaire. Cela d'autant plus que, si une gouvernance avisée les coordonne, ces éléments fondamentaux peuvent aider les hôpitaux africains à répondre aux demandes modernes d'efficacité et de qualité. Aujourd'hui, il est clair que l'innovation technologique joue un rôle central dans l'efficacité hospitalière. L'émergence de la télémédecine, des systèmes d'information hospitaliers et des plateformes digitales de gestion modifie peu à peu la dynamique médecin-patient et améliore l'administration des ressources. Alors que S. Abba, H. Abba et S. L. Merviel (2022, p. 2) établissent que dans certaines capitales africaines « à l'exception de certaines principales villes, on ne trouve qu'un seul médecin par structure sanitaire. Il pose le diagnostic, prescrit la thérapie qu'il pense convenir sans possibilité de solliciter l'avis d'un autre médecin » le Maroc et le Rwanda se démarquent par leurs progrès dans ce secteur.

En 2024, 65 % des hôpitaux marocains sont reliés à un réseau national de données médicales, alors que le Rwanda a instauré une base de données centralisée qui assure le suivi électronique des patients dans plus 80 % de ses établissements (Banque mondiale, 2024). Depuis 2022, la Côte d'Ivoire a lancé une démarche visant à numériser les hôpitaux, avec l'objectif de connecter les CHU aux hôpitaux régionaux. Cependant, cette initiative n'est pas encore complètement mise en œuvre. La revitalisation est aussi le fait d'une stratégie audacieuse de formation et d'amélioration du personnel médical. L'insuffisance de médecins, d'infirmiers et de techniciens biomédicaux demeure l'un des principaux obstacles à l'efficacité des hôpitaux en Afrique. D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2024), il y a en moyenne 1 médecin pour 5 000 habitants en Afrique subsaharienne, là où la norme préconise 1 médecin pour 3 000 habitants. Afin de pallier ce problème, de nombreux pays mettent l'accent sur la formation locale et l'établissement de collaborations universitaires à l'échelle internationale. Par exemple, aujourd'hui, des pays subsahariens, avec le soutien de leurs gouvernements, et le concours de jeunes médecins et universitaires

locaux, confère C. O. Bagayoko (2005-2006, p. 41), s'organisent pour « déplacer de l'expertise plutôt que des patients ou des médecins », dans les pays du Sud pour accroître les réponses au droit à la santé. Cette initiative dénommée Réseau d'Afrique Francophone pour la Télémédecine (RAFT), utilise les outils technologiques pour renforcer la collaboration et la formation continue des acteurs de santé.

En outre, la collaboration à l'échelle continentale et internationale constitue un levier important pour la modernisation des hôpitaux. D'ailleurs, l'Union Africaine (UA) et les organisations régionales encouragent les collaborations Sud-Sud, qui promeuvent le partage des compétences, des équipements et des meilleures pratiques à l'instar du RAFT. Par la même, il est à noter que les collaborations entre le Nord et le Sud facilitent l'accès à des technologies de pointe et à des financements durables. En effet, aujourd'hui, rappelle M. Kouassi (2013, p. 125) « il faut être conscient de ce que l'Afrique doit subir des transformations, des améliorations qui prennent en compte la nature dynamique et systémique des objets techniques ». De fait, l'an dernier, l'Union européenne et la Banque mondiale ont octroyé une aide de 3,2 milliards USD pour améliorer les infrastructures hospitalières et soutenir la recherche biomédicale dans dix pays africains, parmi lesquels le Kenya, le Maroc et la Côte d'Ivoire (Banque mondiale et Union européenne, 2024). En somme, la revitalisation du système hospitalier en Afrique ne doit pas se réduire à une simple réforme structurelle. Elle nécessite d'être envisagée comme un projet de transformation intégral, englobant les aspects humains, technologiques et éthiques.

Conclusion

Le droit à la santé reste un pilier crucial de la dignité humaine et de l'équité sociale sur le continent africain. Son efficacité est fortement liée à la performance de la gouvernance des hôpitaux, c'est-à-dire à la capacité des établissements à fournir des soins équitables, efficaces et durables. L'étude comparative des modèles de la Côte d'Ivoire, du Maroc, du Rwanda, du Kenya et de l'Afrique du Sud met en évidence des tendances divergentes : certains pays ont réussi à conjuguer planification stratégique, financement solide et innovation technologique, alors que d'autres ont toujours du mal à régler les déséquilibres structurels et le manque de compétence humaine. Trois éléments essentiels sont au cœur de l'avenir des systèmes hospitaliers en Afrique : une gouvernance efficace, qui accentue la transparence et la responsabilité ; l'innovation, qui apporte une modernité aux infrastructures tout en améliorant la qualité des soins ; et la solidarité, qui assure un accès universel ainsi qu'une viabilité

financière. La revitalisation de l'hôpital nécessite donc une reconstruction intégrale des politiques publiques, impliquant l'État, les acteurs et les communautés locales. En somme, l'établissement d'un hôpital de qualité en Afrique contribue à la construction d'une société plus équitable et résiliente. Gouverner avec rigueur, prodiguer des soins avec une équité et innover avec humanité : c'est ainsi que devrait se dessiner le modèle d'un véritable droit africain à la santé, vivant et universel.

Références bibliographiques

ABBA Seidik, ABBA Hachimi et LELEU-MERVIEL Sylvie, 2022, « Afrique subsaharienne : les implications de l'arrivée de la télémédecine dans les systèmes de santé nationaux », *78^{ème} colloque international ACFAS, Mutations des systèmes de santé et commission entre organisations, professionnels, patients et société civile*, p. 83-89.

BAGAYOKO Cheick Oumar, 2005-2006, *Réseau de télé-enseignement médical, identification des barrières technologiques, organisationnelles et humaines*. Master d'Informatique Biomédicale, Paris.

BANQUE MONDIALE, 2024, « Digital Health in Africa : Infrastructure, Equity and Innovation », *Washington, DC: World Bank Group*, [en ligne] (page consultée le 07/10/2025) <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/2024-digital-health-africa>

BANQUE MONDIALE ET UNION EUROPÉENNE, 2024, « Join Investment Framework for Health systems Strengthening in Africa », *Washington, DC & Bruxelles: World Bank & Group European commission* [en ligne] (page consultée le 07/10/2025) <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2024/Africa-health-infrastructure-research-investment>

BERTRAND Livinee et REY Jean-Loup, 2012, « Systèmes de santé en Afrique subsaharienne : revenir aux fondamentaux », *Med Sante Trop*, 22, p. 341-342.

CONTANDRIOPOULOS André-Pierre, 2008, « La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance », *Santé Publique*, Vol. 20, n°. 2, p. 195.

GOVERNMENT OF RWANDA, 2023, « *Health Sector Strategic Plan IV (2023-2027)* », *Kigali: Ministry of Health*, [en ligne] (page consultée le 07/10/2025) <https://www.moh.gov.rw/strategic-plans-priorities>

KOUASSI Marcel, 2013, *Heidegger et la question du transfert des technologies en Afrique*, CRESTE éditions, 2013.

LANGLOIS Luc, 2004, « Impératif catégorique, principe de généralisation et situation d'action », *Cités*, n° 19, p. 153-171.

MARGO Marc, 2017, « Une ancienne ordonnance d'Hippocrate cachée sous un texte biblique » [en ligne] (page consultée le 07/10/2025) <https://lesgeneralistes-csmf.fr/2017/09/29/histoire-hippocrate-pere-de-medecine/>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE CÔTE D'IVOIRE, 2023, « Bulletin trimestriel d'informations générales de la DEEPS », [en ligne] (page consultée le 07/10/2025) https://www.depps.sante.gouv.ci/DocPDF/BULLETIN_DEPPS.pdf

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU MAROC, 2024, « Plan Santé 2025 et Stratégie Santé Numérique » *Rabat: Ministère de la santé et de la Protection Sociale*, [en ligne] (page consultée le 07/10/2025) <https://echelle11.com/wp-content/uploads/2024/11/Le-Plan-Santé-2025.pdf>

MOULIN Madeleine, 2001, « Droit à la santé », *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*, Bruxelles, De Boeck Université.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2024, Rapport sur la santé maternelle en Afrique : progrès et défis », *Genève : OMS* [en ligne] (page consultée le 07/10/2025) <https://www.who.int/fr/news/item/2024-rwanda-maternal-health-progress>

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2024, « Rapport mondial sur les ressources humaines en santé 2024 : Afrique subsaharienne », Genève : OMS [en ligne] (page consultée le 07/10/2025) <https://www.who.int/fr/publications-detail/2024-health-workforce-africa>

ORGANISATION DE L'UNITÉ AFRICAINE (OUA), 1981, « Charte africaine des droits de l'homme et des peuples », Nairobi : OUA [en ligne] (page consultée le 07/10/2025) https://www.achpr.org/fr_instruments/detail?id=49

REPUBLIC OF SOUTH AFRICA, 2024, « National Health Insurance Bill », *Pretoria: Government of South Africa*, [en ligne] (page consultée le 07/10/2025) <https://www.gov.za/news/speeches/president-cyril-ramaphosa-signing-national-health-insurance-bill-15-may-2024>

POAMÉ Lazare Marcellin, 2010, *Discours de Bioéthique*, Bouaké, PUBK- Publications de l'Université de Bouaké.

QUÉRÉ France, 1991, *L'Éthique et la vie*, Paris, Odile Jacob.

SALVI Maurizio, 2001, « Principe de justice », *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*, Bruxelles, De Boeck Université.