



CONSEIL AFRICAIN
ET MALGACHE POUR
L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR



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).
01BP134 OUAGADOUGOU01 (BURKINA FASO)

Tél : (226)50368146 – (226)72807434

Fax : (226)50368573

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-Développement-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 (Bénin), 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 PTRC-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. **Zanahi 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. **MamoutouTOURE**, PT, Université Félix Houphouët Boigny, Géographie urbaine
47. **Pornaldriss TRAORÉ**, MC, Université Félix Houphouët Boigny, Géographie urbaine/Urbanisme
48. **Hamany Broux delsmaël 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 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 KOIFFI: koyestekoi@gmail.com

Secrétaire chargé du pôle gouvernance hospitalière :

Ekpo Victorien KOUADIO: kouaudioekpo@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, IRSN-CENAREST Libreville, 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. **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. **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 Zakari Yao**, MC, Université de Kara, Géomatique, Télédétection et SIG,
28. **KRAKouadio 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 Cyril**, 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 Abdou 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 / 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 Asseyopo 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	
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'AILLE	
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)	151-171
KOFFI Kouadio Athanase et BRISSY Olga Adeline	
LA GOUVERNANCE SANITAIRE EN AFRIQUE : ENTRE DÉFIS POLITICO-ÉCONOMIQUES ET EXIGENCES ÉTHICO-CULTURELLES	172-184
EKPO Kouadio Victorien	
POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME AU TOGO DE 1994 A 2022	185-199
GONON Amèvi Agbéri et OUGMA Hombamana	
LOGIQUE COMMUNAUTAIRE FACE A LA CONTRACEPTION DES ADOLESCENTES AYAOU DE LA SOUS-PREFECTURE DE N'DOUFFOUKANKRO (BOUAFLE-CÔTE D'IVOIRE)	200-218
KOUAME Sara Gémima, MANAN Gnamien Elie, TCHEUCHE Obou Mathieu .	
DÉSÉQUILIBRE DE L'AMÉNAGEMENT DES RUES DANS LE GRAND-LOME (TOGO) : ENJEUX ET DÉFIS POUR UN DÉVELOPPEMENT DURABLE	219-235
AWOKPE Kodjo, DANDONOUGBO Iléri et AGBAMARO Mayébinasso	
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)	236-257
AKA Adou Marcel et KOUAMÉ Kan Raymond	
ÉVOLUTION DE LA GOUVERNANCE DU SECTEUR DE LA MICROFINANCE EN CÔTE D'IVOIRE (1976- 2022)	258-273
AHORO Moro Jean Martial et MAH Gli Modeste Franck	
L'IMMIGRATION AU PRISME DE L'ENGAGEMENT HUMANITAIRE DANS LA MER À L'ENVERS DE MARIE DARRIEUSSECQ	274-285
ADJE Tanoh Linda Danielle épse BAH	
LE MARCHÉ MINI-DEF DE KORHOGO (NORD DE LA CÔTE D'IVOIRE) : LE PARADOXE D'UN ÉQUIPEMENT MUNICIPAL MODERNE	286-301
SILUE Tangologo	
LES PRÉDISPOSITIONS À LA BONNE GOUVERNANCE DES ENTITÉS AFRICAINES : VERS UN MODÈLE DE LÉGITIMITÉ PAR L'APPROCHE DES PARTIES PRENANTES	302-324
SOULEYMANOU Kadouamai	

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 BONDOKOU (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 Pénépé 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 Dotsé 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 Bébê 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) <i>KOFFI Akouassi Bénédicte et DJAH Armand Josué</i>	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	
<i>SANAMA AMBASSA</i>	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 À 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

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

Par Steeve Elvis ELLA
Maître de conférences en philosophie/Ecole Normale Supérieure de Libreville

Résumé : La gouvernance médicale et hospitalière pose deux problématiques. La première concerne l'expérience clinique de la maladie qui gouverne le corps humain par un mal d'origines diverses ; la seconde renvoie à un ordre institutionnel à l'intérieur duquel le sujet malade est gouverné par le pouvoir du soignant sous le mode de l'obéissance et de la servitude. Le malade ignore de quoi il souffre, et sa seule certitude demeure la soumission à un mal subi, tout autant qu'il est sous la servitude d'une institution – l'hôpital – qui donne trop de pouvoir au soignant au motif qu'il sait, qu'il sait-faire, tout en manquant peut-être de savoir-être. En enquêtant sur les pratiques soignantes dans deux services du centre hospitalier universitaire d'Owendo (Gabon), en interrogeant les praticiens et leurs patients, il ressort que la gouvernance médicale et hospitalière est dominée par une relation « pouvoir-servitude » dans laquelle la maladie exerce un pouvoir d'assujettissement sur notre corps, et où le patient occupe une position d'objet de soins au lieu de sujet de soins. Grâce à la méthode phénoménologique et d'analyse de contenus issue des entretiens semi directifs avec les patients et les soignants, les objectifs de cette étude consistent à montrer que, d'une part, le malade constitue un acteur de la gouvernance institutionnelle par le corps, et d'autre part que l'éthique et la déontologie doivent mobiliser leurs efforts pour reconfigurer la gouvernance de l'institution hospitalière à travers le pacte de confiance.

Mots-clés : CHU d'Owendo, Confiance, Ethique, Gouvernance médicale, « Pouvoir-servitude ».

THE LINK BETWEEN « SERVITUDE POWER » AT THE ERA OF MEDICAL GOVERNANCE AND HOSPITAL MANAGEMENT (GABON)

Abstract : Medical governance and hospital management sort out two main issues. The first issue deals with the clinical experience of the disease which govern the human body by a pain of multiple origins. The second issue sort out the institutional aspect within which the sickness people is goern by the healer power in the context of Servitude obedience. The disease ignore the sickness pain and its only certainty remain the enduring. In addition, just as well that he is enduring the hospital institution Servitude which gives much more power to hearler because he know how to ideal with their job which is consisting of healing people. But by the way he could even miss the patient well being by acting as such. Moreover, by requesting on healers governing methods within two services in central center university oh Owendo (Gabon) by interrogating patients and healer. I come up with the conclusion that medical governance and hospital management is under the influence of the issue of « servitude power » under which the disease impulse some disabilities upon the sickness people body and the patient hold the position of objets in the healing process, rather than the position of actor in the healing process. In the matter of fact, regarding this phenomenon of servitude in our hospital the medical Ethic and reconfiguration of the link bound together the patient and his lealer.

Keys Words : Owendo University Hospital, Trust, Ethics, Governance and hospital management, Servitude power.

Introduction

La gouvernance médicale ou hospitalière est un concept majeur et récent qui met en lumière les difficultés auxquelles sont confrontés les acteurs du soin, et les modalités pratiques relatives à l'exercice du soin médical. Depuis Hippocrate (1999, p. 48), deux ordres régulent notre gouvernance : « savoir et croire savoir : savoir, c'est la science, croire savoir, c'est l'ignorance. » Et la démarche hippocratique est davantage éclairante lorsqu'elle précise que « c'est par la médecine seule qu'on arrivera à quelques connaissances positives sur la nature humaine, mais à condition d'embrasser la médecine même dans sa véritable généralité. » (1999, p. 36) On le voit, la préoccupation du bien-être de l'humain est au centre de la réflexion du plus illustre des médecins de l'Antiquité grecque.

Ce travail est le fruit d'une enquête de terrain menée au Gabon, au Centre Hospitalier Universitaire d'Owendo (CHUO), une structure sanitaire de référence située au sud de Libreville, qui a pour vocation la chirurgie réparatrice. Entre autres services, on y trouve la traumatologie, l'orthopédie complétée par le service de rééducation fonctionnelle. L'enquête sociologique réalisée au cours de l'année 2024, a consisté à toucher du doigt les réalités pratiques de la démarche de soin à l'hôpital, d'une part, et d'autre part à examiner l'effectivité des concepts philosophiques dans un domaine qui prend en charge la vie en gestation, accueille la naissance et répare les corps malformés, fracturés, et donc en souffrance. De fait, l'hôpital apparaît pour nous comme un lieu d'observation susceptible d'alimenter la réflexion philosophique, voire de l'éclairer. Il s'agit, à proprement parler, d'une étude qualitative adossée aux entretiens semi-directifs, qui elle-même emploie une double méthode inspirée de la phénoménologie et de l'analyse des contenus.

D'où les interrogations fondatrices suivantes : à quelles conditions de possibilité la gouvernance médicale explore la relation « pouvoir-servitude » ? Plus exactement, la relation pouvoir-servitude est-elle le lieu d'un dévoilement et d'un dévoiement de l'autorité médicale qui affecte la relation de soin ? Comment, par l'éthique et la déontologie, cette relation de « pouvoir-servitude » peut-elle être corrigée ou inversée ? Avec quels arguments ?

Les objectifs de cette recherche consistent à montrer, d'une part, le malade constitue un acteur de la gouvernance médicale institutionnelle par le corps, et d'autre part que l'éthique et la déontologie médicales doivent mobiliser leurs efforts et servir de contre-pouvoir au pouvoir institutionnel, grâce notamment à l'autonomie du patient et à la possibilité de rompre le « pacte

de confiance ». Entendu que l'éthique et la déontologie interrogent sur « l'exigence d'une certaine forme de comportement de la médecine au service du malade » (D. Sicard, 2009, p. 3).

Ainsi, cette réflexion qui se veut éthique et déontologique, sera articulée autour de trois axes. Le premier axe portera sur l'hôpital et le pouvoir médical comme ordre institutionnel ; le deuxième axe consacrera l'inégalité de la relation « pouvoir-servitude » ; quant au dernier axe, il analysera les conditions de possibilité d'une rupture du « pacte de confiance ».

1. L'hôpital et le pouvoir médical : un ordre institutionnel

Qui dit pouvoir médical évoque nécessairement un ordre institutionnel dénommé l'hôpital. En effet, le pouvoir médical s'exerce à l'hôpital entendu comme un lieu spécifique d'accueil, d'hospitalité et de bienveillance à l'égard des personnes en souffrances et en demande de soins. L'institution hospitalière est semblable à un repère orthonormé dans lequel on retrouve, d'un côté, un ordre horizontal caractérisé par une demande de soins formulée par des personnes en souffrance appelées malades ou patients, et de l'autre un ordre vertical dominé par des soignants qui sans cesse offrent des soins c'est-à-dire répondent à ladite demande. L'hôpital apparaît alors comme une institution politique et sociale capable de prodiguer des soins et de soulager la souffrance humaine. L'étymologie latine *hospitális*, qui renvoie à l'hôte, à l'hospitalité, l'illustre très bien. Qui accueille-t-on si ce n'est l'étranger, celui qui est étranger au milieu, qui ignore tout de sa souffrance, de son origine ou des remèdes y relatifs. D'où l'intérêt de bien comprendre « que ce que traite le fantasme de l'institution malfaisante, c'est avant tout l'agressivité ressentie lorsque l'institution semble se dresser entre l'agent et sa mission hospitalière (à entendre comme celle qui l'exerce à l'hôpital mais aussi, plus largement, au sens de l'hospitalité que chacun peut accorder à autrui) occasionnant alors un sentiment d'impuissance ». (H. Haliday. 2022, p. 15).

A ce point du chemin, on peut avancer que l'institution hospitalière accueille, héberge, accompagne et soulage les souffrances humaines les plus urgentes comme les plus bénignes. On pourrait la comparer à un marché : à savoir le lieu de rencontre de la demande de soins et de l'offre de soins caractérisées par deux acteurs principaux qui sont le malade et le soignant. Cet ordre institutionnel est alors régulé par la médecine, considérée depuis Platon, comme « un art. » La difficulté réside pourtant là : « comment en effet concilier la déontologie infirmière, qui réclame la conservation de l'objectivité des gestes soignants (objectivité qui nourrit l'une des postures idées, et peut-être restrictivement idéelles du métier en le renvoyant à sa pure dimension technicienne – où l'infirmier se veut un opérateur technique), avec l'appréhension

analogique d'autrui qui fait de ce dernier, malgré la frontière du corps intériorisant et dissimulant la conscience, un Moi autre que moi. » (J.-M. Chikaoui, 2010). En effet, si la médecine a vocation à répondre à la souffrance humaine en apportant des remèdes contre les maladies, alors elle incarne un certain pouvoir institutionnel. La médecine, parce qu'elle apporte des réponses à des préoccupations humaines urgentes, et de fait prodigue des soins à l'ensemble de la société, possède un certain pouvoir institutionnel. Pour preuve : le médecin pénètre partout, accède à l'intimité de tous, y compris à celle des puissants, des tyrans comme des démocrates, des pauvres comme des riches. On peut même dire qu'à l'hôpital comme en médecine, nous sommes dans le domaine de l'humanité indifférenciée. Comme le montrait Frédéric Worms (2022, p. 11) : « Avec la pandémie récente du coronavirus, l'hôpital s'est encore montré comme le berceau du soin initial et ultime, qui accueille, répare, écoute, soigne et sauve des vies ».

Le pouvoir institutionnel, dans sa composante, établit d'abord que la maladie engendre un nouvel homme appelé le malade ou le pathologique. Il nous révèle la fragilité humaine et la tyrannie exercée par la maladie sur le corps humain, voire sur la *psychè* humaine. N'oublions pas que face à la maladie, le malade ne peut rien à part se refugier à l'hôpital pour obtenir des soins. D'où cette interrogation formulée de bonne heure par l'auteur du *Gorgias* (1967, p. 215) : « Et dans la constitution du corps, le mal, à tes yeux, n'est-il pas la faiblesse, la maladie, la laideur et les autres disgrâces du même genre ? » On le voit, la pouvoir médical joue un rôle régulateur, restaurateur et stabilisateur vis-à-vis de la société en soignant des corps blessés, fracturés, déchirés, etc. Platon a alors raison de penser que si l'économie est l'art qui nous délivre de la pauvreté, il en est de même pour la médecine vis-à-vis de la maladie. Ce pouvoir médical est établi pour lutter contre les forces du mal qui réduisent l'être humain malade à un animal. En effet, la maladie a tendance à réduire l'être humaine à un paquet de chair et d'os, à de la peau, et « le rôle du soignant, en médecine, est de réparer les ruptures, qu'elles soient physiques ou psychologiques, voire psychiatriques. Réparer les vies, c'est aussi, pour le soignant, reconstruire des ruptures qui sont de l'ordre de la santé. » (C. Marin, 2020, p. 53).

On n'a donc pas tort d'indiquer que le pouvoir médical en tant qu'ordre institutionnel non variable selon les sociétés, répond à juste titre à une forme de violence exercée sur le corps par la maladie, quelles qu'en soient ses causes ou ses manifestations. Certes, il est acquis que « la maladie est réaction généralisée à intention de guérison. L'organisme fait une maladie pour guérir. » (G. Canguilhem, 2007, p. 12) Mais avant toute intervention du pouvoir médical, des dégâts provoqués par la maladie sont préalablement enregistrés. Ces dégâts sont les douleurs,

les amputations d'organes, les troubles du langage, l'atrophie de certains organes, l'amaigrissement, la perte de cheveux, l'impuissance sexuelle, etc. Comme le montrait C. Marin (2008, p. 29) : « La maladie constitue l'expérience de l'altérité et de l'altération tout à la fois, elle met en jeu une double modification : celle de la différence d'avec soi subie et celle d'une transformation volontaire, élaborée en réponse au premier changement déstabilisant. La puissance modificatrice de la maladie engendre des efforts pour la surmonter ou guérir. » C'est donc contre un tel pouvoir dévastateur de la maladie que le pouvoir médical réagit et exerce son autorité.

2. L'inégalité de la relation « pouvoir-servitude »

Il est vrai que la tâche de toute médecine, même celles dites alternatives comme la médecine traditionnelle africaine ou la médecine chinoise, est de soulager la souffrance humaine. « La médecine se donne ainsi comme un pouvoir rationnel pour corriger ou améliorer l'organisme humain sur le modèle du pouvoir technique acquis sur l'ensemble des phénomènes de la nature (J.-J. Wunenburger, 2006, p. 11-12). A partir de là, Il y a lieu de s'interroger sur ce qui fait la spécificité du pouvoir médical dans la relation qu'elle établit au sein de l'institution hospitalière. Autrement formulé : comment s'organise la relation de soins à l'hôpital ? Se fonde-t-elle sur un « pacte de confiance » ou sur une forme d'inégalité de la relation « pouvoir-servitude » ? Pour répondre à ces préoccupations, nous commencerons par indiquer que la spécificité du pouvoir médical est l'inégalité de la relation qu'elle fonde entre le soignant et le patient. Et cette inégalité tient d'abord au fait que le premier détient un pouvoir consécutif à un savoir et à un savoir-faire acquis par la maîtrise d'une science. Et peut-être que cette possession d'un savoir et d'un savoir-faire peut jouer, si l'on n'y prend garde, contre le malade. Qu'est-ce à dire ? Cela voudrait dire que dans la relation de soins, les deux acteurs en présence ne sont pas égaux : le soignant ou médecin possède une compétence liée à son savoir et son savoir-faire médical. Ici est prise en compte la relation entre l'acte médical et le pouvoir qui risque de le corrompre. Et G. Durand (2023, p. 65) a raison de pointer cette inégalité du pouvoir médical en indiquant que dans ses progrès accrus, la médecine cède souvent à la tentation d'un abus de pouvoir sur les personnes vulnérables ou en quêtes de soins. Ce pouvoir médical se traduit par : « un pouvoir de jugement sur l'état de santé du patient, un pouvoir d'influence sur le traitement à suivre et un pouvoir de décisions qui s'exprime sur l'acte médical le plus approprié à entreprendre. »

Le mot de pouvoir, à nos yeux, concerne d'abord la maîtrise d'une technique, d'un savoir et d'un savoir-faire pratique. Une telle maîtrise n'est pas sans risque d'altération de la

santé du patient ou de gestes déplacés pouvant causer des troubles ou un handicap. Dans cet ordre d'idées, les dérives de la médecine nazie ou de celle du Docteur Schweitzer à Lambaréne, ont permis de découvrir que la médecine pouvait avilir, abuser et détruire l'être humain en position de faiblesse et de domination, au-delà de le guérir. S. E. Ella (2019, p. 79) mentionnait que, dans le contexte du Gabon, à Lambaréne, dans la première moitié du XX^e siècle, le docteur Albert Schweitzer procédait à des expériences sur les indigènes sans leur consentement. Ce qui a conduit à de nombreux cas d'infirmité, chez les jeunes, et de stérilité chez les femmes. » Et qu'en est-il aujourd'hui de cette inégalité de la relation « pouvoir-servitude dans le contexte gabonais en particulier ? Au Centre Hospitalier Universitaire d'Owendo (CHUO) situé au sud du Gabon, une structure sanitaire de référence, spécialisée dans la chirurgie orthopédie et traumatologie, la vocation première des soins est la chirurgie réparatrice. Deux services nous ont servi d'enquête au cours de l'année 2023-2024 : la chirurgie traumatologie et la stomatologie. Deux consultations ont retenu notre attention.

Le service de chirurgie traumatologie s'occupe des cas de blessures graves, aiguës, et des séquelles de traumatisme de l'appareil locomoteur. La plupart du temps, ce sont des cas d'accidents de la route, voire de bagarres ou d'altercations qui conduisent de nombreux patients dans ce service. Le patient X1 âgé d'une trentaine d'années, et victime d'un traumatisme crânien à l'issue d'un accident de voiture, est conscient et fait le narratif de cet événement auprès du médecin en chef du service. La relation « pouvoir-servitude » est apparue dans trois attitudes. La première concerne l'attitude du médecin et des infirmières : une prise en charge lente due au débordement des infirmières et à l'attente injustifiée du médecin absent depuis un quart d'heure quoique présent dans l'hôpital. La deuxième attitude concerne l'intervention du médecin : il fait moins cas de la situation présente que des causes de l'accident tout en imputant le tort au patient. La troisième et dernière attitude réside dans le fait que le médecin se soit refusé à toute réponse aux interrogations du patient, des roches concernant le traitement et sa durée : il montrait bien qu'il n'avait d'égal avec qui que ce soit, et qua sa science et son savoir-faire lui suffisait au point de ne rendre compte à aucun parent, ni même au chercheur en face de lui. Résultat : en dehors du traitement et de la stabilisation de l'hémorragie, rien de précis, aucun dialogue, aucun échange accordé ni au patient ni aux proches.

Certes, nous déformons la description car le médecin n'interroge qu'en vue de mieux comprendre et afin de guérir ; en règle générale, il n'avance qu'avec précaution, mais matériellement, la situation n'en est pas moins vécue par le malade, quelles que soient les précautions, non comme une « rencontre » mais comme une sujexion et surtout comme une

relation trop inégalitaire. Ces attitudes du médecin vont aggraver la dépendance, parce que le malade est entièrement livré à la technosphère. Des experts vont de fait proposer des examens instrumentalisés, dont ils ne parlent qu'à travers un langage codé.

Ainsi, le médecin se présente comme celui qui sait et qui peut. Le vocabulaire induit à lui seul la soumission. La suite sera l'ordonnance. En effet, l'ordonnance renvoie bien au verbe ordonner ou donner des ordres. Celle-ci est écrite, et comme le remarquait Jean-Jacques Rousseau, l'écriture transporte avec elle l'obligation, à la différence d'une parole qui se reprend, peut s'annuler, implique un peu de chaleur, d'autant que les mots aussi s'envolent alors que ce qui est écrit subsiste et s'impose. François Dagognet (1998, p. 253) a raison de préciser que « le médecin, à son insu, est revêtu d'un rôle d'agent d'autorité, ce qui, une fois encore, déséquilibre la relation. » S'impose ici, qu'on le veuille ou non, le langage de la violence, celui de l'élimination qui confirme l'aspect guerrier de l'acte médical ; le patient n'est alors que l'enjeu ou le théâtre d'une lutte, ce qui auréole de prestige celui qui décide des opérations victorieuses, celui auquel on s'abandonne en toute confiance. A ce niveau, ce n'est pas le « pouvoir médical » que nous redoutons, mais le pouvoir excessif qui s'empare du médical et le plie à ses desseins. De telle manière que nous entrons dans l'examen d'une situation brouillée, du fait du mélange des genres. L'enjeu éthique d'une telle relation est la sujexion ou le mépris ressenti par le malade X1, qui se voit réduit à un simple objet de soins, au lieu d'un sujet de soins. « Or le soin ne signifie pas simplement guérir ou lutter contre les maladies, mais s'occuper de la personne : son corps, ses organes, une multiplicité de désirs, d'opinions et de valeurs. » (G. Durand, 2021, p. 11) L'éthique médicale requiert d'appréhender le patient dans sa globalité, et de le placer au centre du dispositif soignant. Autrement dit : la médecine est indissociable de l'éthique : « soigner, c'est d'abord répondre à l'appel d'un être humain en péril, et non accomplir sa part d'obligation contractuelle dans une relation de type technique ou commercial » (D. Folscheid, 1996, p. 13), voire instrumental.

3. La rupture du « pacte de confiance » : un autre mode de gouvernance hospitalière

La relation soignante configurée par les deux acteurs principaux qui sont le malade et le soignant est fondée sur un aspect déontologique du nom de « pacte de confiance » (P. Ricœur, 2002, p. 228). Cet aspect met en lumière l'autonomie du patient, c'est-à-dire sa capacité à s'affranchir d'une relation jugée arbitraire ou autoritaire, fût-elle médicale ou soignante. Cette mesure constitue en effet un contre-pouvoir au pouvoir médical qui s'exerce de manière verticale, et obéit au bon sens ou à autre type de savoir qui n'a rien de technique ou de spéculatif, mais qui est entièrement éthique et déontologique : c'est le savoir-être. Il s'agit, en creux, du

« lien de liberté entre le soignant et le soigné (liberté pour l'un de choisir l'autre, liberté pour celui qui est consulté de décider du traitement, liberté pour le malade de mettre un terme à la relation) » (F. Dagognet, 1998, p. 250). En ce sens, il est possible, à l'avantage du patient, de sortir de la domination médicale verticale et de choisir un autre partenaire, moins autoritaire, plus humain et plus attentif. Puisque nous défendons « une éthique de l'autonomie qui reconnaît à chaque individu le droit de décider des fins de son existence et des moyens pour les atteindre » (G Durand, 2021, p. 12). C'est ce qui est apparu sous nos yeux, par la patiente X2, âgée de 56 ans, dont les soins dentaires n'étaient pas jugés à son goût. En effet, victime d'une extraction dentaire pour des raisons de déformations suite à un accident de la route, la relation médicale ajoutait une souffrance à la souffrance. Lors de nos échanges, elle expliquait : « *Le médecin se contente de me donner des ordres, de tripoter ma mâchoire, d'introduire des appareils dans ma bouche sans demander ce que je ressens, ni s'assurer de mon bien-être.* »

L'entretien et l'observation nous ont également conduit vers sa fille aînée qui l'accompagnait à l'occasion, et qui ne comprenait pas l'absence de bienveillance du médecin à l'égard de sa mère. Au cours des entretiens avec le médecin en charge de la ladite patiente, il nous revenait ce qui suit : « *Nous recevons, chaque jour, de nombreux patients, et les cas ne sont pas toujours les mêmes. La journée passe vite, et il faut s'efforcer de satisfaire chacune des demandes. Je n'ai pas le temps d'être particulièrement tendre avec mes patients. L'essentiel est dans l'exécution de ma tâche.* » En apparence, rien ne méchant si ce n'est une insistance sur ce qui semble essentiel : à savoir l'acte médical ou l'exercice d'une compétence attendue. Cependant, l'une des dispositions déontologiques voudrait que, à la demande du patient, le pacte de confiance, « le noyau éthique de cette rencontre singulière » (P. Ricœur, 2002, p. 229), soit rompu. Au départ, le pacte de confiance encore appelé « pacte de soins » définit « une sorte d'alliance scellée entre deux personnes contre l'ennemi commun, la maladie. L'accord doit son caractère moral à la promesse tacite partagée par les deux protagonistes de remplir fidèlement leurs engagements respectifs. » (P. Ricœur, 2001, p. 230) Mais quand ces engagements ne sont plus respectés par l'une des parties, le pacte est alors brisé, et l'éthique clinique se trouve être prise à défaut. Cette rupture du pacte de confiance peut aussi être justifiée par un excès de confiance du patient en son médecin, ou d'une méconnaissance de la règle déontologique relative au consentement éclairé. Car il s'agit de respecter suffisamment la personne que l'on soigne ou chez laquelle on fait la recherche médicale en recueillant son consentement libre et éclairé, avant toute intervention grave ou jugée importante » (C. Marin, 2020, p. 27). Et comme le souligne D. Sicard (2009, p. 77) : « le véritable consentement est une information

suffisamment élaborée pour que le refus soit plus fort l'acceptation : un choix plutôt qu'un consentement. » Ce qui a fait défait, en l'occurrence dans notre enquête sociologique au service de stomatologie, puisque le pouvoir médical n'a pas jugé utile de demander l'avis du patient. Le médecin dentiste a jugé son seul jugement nécessaire et décisif.

Conclusion

Au total, que retenir de cette réflexion centrée sur la gouvernance hospitalière à l'aune de la relation « pouvoir-servitude » ? La médecine peut-elle se satisfaire uniquement de ses aspects techniques liés à son savoir et à son savoir-faire ? Ou doit-elle aussi développer d'autres compétences en lien étroit avec le soin ?

La réponse à ces interrogations réside dans la « relation », nœud de toute démarche thérapeutique. La démarche de soins est d'abord élaborée autour de la relation. Il est vrai que dans cette relation, la verticalité tient une place dominante, mais à condition qu'elle n'entrave en rien l'axe horizontal qui privilégie moins la maladie que le malade. Le soignant est en réalité l'obligé du soigné, et son savoir comme son savoir-faire doivent être au service de ce dernier de manière à travailler pour sa seule et unique cause. Depuis le Procès de Nuremberg qui s'est tenu de novembre 1945 à octobre de 1946, mettant en cause le personnel médical pour avoir exercé son pouvoir et son expertise sur des innocents et contre leur gré pendant la Seconde Guerre mondiale, l'éthique et la déontologie s'imposent désormais comme des compétences indispensables à la formation des acteurs de santé. Seules les compétences techniques ne suffisent plus pour exercer la médecine, où que l'on soit. A partir de cette date, il est acquis que « les médecins se sont trouvés éthiquement démunis. » (M. Cymes, 2015, p. 22) Ce qui revient à penser que toute bonne gouvernance médicale passe par cette double articulation des compétences de base et des compétences transversales relevant de deux disciplines connexes que sont : l'éthique et la déontologie.

Références bibliographiques

- Canguilhem Georges, 2007, *Le normal et le pathologique*, Paris, Puf, « Quadrige » ;
- Cymes Michel, 2015, *Hippocrate aux enfers. Les médecins des camps de la mort*, Paris, Stock, « Le Livre de Poche ».
- Chikaoui Jean-Marie, La philosophie en milieu hospitalier », *Diotime. Revue internationale sur les pratiques et didactiques de la philosophie*, consulté le 16 octobre 2025 à 15h 41, N° 44/04/2010. <https://Diotime. La fabriquephilosophique.be> :

Dagognet François, 1993, *La peau découverte*, Paris, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, « Les empêcheurs de penser en rond » ;

Dagognet François, 1998, *Savoir et pouvoir en médecine*, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, « Les empêcheurs de penser en rond » ;

Durand Guillaume, 2021, *Un philosophe à l'hôpital*, Paris, Flammarion, « Au cœur de nos vies » ;

Ella Steeve Elvis, *Essai sur les pratiques médicales au Gabon. Rites, croyances, ethnies*, Paris, Presses universitaires européennes, 2019.

Folscheid Dominique, 1996/1, « Editorial : Notre médecine est-elle malade ? », *Ethique. La vie en question*, Paris, Editions universitaires ;

Foucault Michel, 1963, *Naissance de la clinique*, Paris, Puf, « Quadrige » ;

Hippocrate, 1999, *Connaître, soigner, aimer. Le serment et autres textes*, Paris, Seuil, « Sagesse » ;

Haliday Héloïse, « Le travail de la relation à l'institution hospitalière : du traitement de l'agressivité dans et par la recherche-action », *Questions vives. Recherches en éducation*, N° 38/2022 : Le travail de la relation dans les métiers de l'éducation du social et de la santé ;

Marin Claire, 2008, *Violences de la maladie, violence de la vie*, Paris, Armand Colin ;

Platon, 1967, *Gorgias*, Traduction et notes par E. Chambry, Paris, G. Flammarion ;

Ricœur Paul, 2001, *Le Juste*, Paris, Esprit, « Philosophie » ;

Sicard Didier, 2009, *L'éthique médicale et la bioéthique*, Paris, Puf, « Que sais-je ? » ;

Worms Frédéric, *Vivre en temps réel*, Paris, Bayard, 2022.

Wunenburger Jean-Jacques, 2008, *Imaginaires et rationalité des médecines alternatives*, Paris, Les Belles Lettres, « Médecine & Sciences humaines ».