CONSEIL AFRICAIN ET MALGACHE POUR L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

PROGRAMME THEMATIQUE DE RECHERCHE
GOUVERNANCE ET DEVELOPPEMENT DU CAMES

Numéro spécial
Octobre 2025

La Revue Gouvernance et Développement

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

Revue semestrielle

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

LA BONNE GOUVERNANCE DANS TOUS SES ETATS ET FORMES

Tome 1

- Gouvernance hospitalière
- Gouvernance socioéconomique
- Gouvernance territoriale et environnementale

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

PRÉSENTATION DE LA REVUE

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

Éditeur

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

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

Indexation et Référencement dans des Moteurs de recherche

Impact Factor. SJIF 2025: 6.993

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

CONTEXTE ET OBJECTIF

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

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

COMITÉ SCIENTIFIQUE

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

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

COMITÉ ÉDITORIAL

Directeur de publication
Henri BAH: bahhenri@yahoo.fr

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

Rédacteur en chef
Sanaliou KAMAGATE: ksanaliou@yahoo.fr

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

COMITÉ DE LECTURE

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

NORMES DE RÉDACTION

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

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

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

Le Corpus des manuscrits

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

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

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

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

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

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

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

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

Exemple :

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

La structure des articles

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Références bibliographiques

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

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

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

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

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

Exemples de références bibliographiques

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

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

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

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

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

N.B :

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

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

SOMMAIRE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Gouvernance hospitalière

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

BLÉ Kain Arsène
Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire
Lettres Modernes - Roman africain

Résumé

Partant du postulat que les romans africains prennent leur source dans les réalités de leur société, et s'inscrivant dans une approche sociocritique de l'œuvre littéraire selon la perspective de l'École de Montréal, la présente étude fait une radioscopie désastreuse du système de santé d'un pays fictif semblable, à tous points de vue, à la Guinée-Conakry, et par extension aux États de l'Afrique subsaharienne. Elle met de prime abord en évidence les facteurs qui font de la politique de la santé pour tous en Afrique subsaharienne un simple slogan en dépeignant un système de santé défaillant dans lequel l'hôpital est un véritable mouroir ; d'où la nécessité et l'urgence de procéder sans délai à des réformes pour que, de l'hôpital-mouroir, l'on passe à l'hôpital-centre de santé, accessible à tous et où l'on recouvre la santé.
Mots-clés : Afrique subsaharienne, Santé pour tous, Slogan, Hôpital-Mouroir, Hôpital-Centre de santé.

Abstract

Starting from the postulate that African novels are rooted in the realities of their society, and being part of a socio-critical approach to literary work from the perspective of the Montreal School, this study provides a disastrous X-ray of the health system of a fictional country similar, in all respects, to Guinea, and by extension to the states of sub-Saharan Africa. It first highlights the factors that make the policy of health for all in sub-Saharan Africa a simple slogan by depicting a failing health system in which the hospital is a veritable death trap; hence the necessity and urgency to proceed without delay with reforms so that, from the death hospital, we move to the health center hospital, accessible to all and where we recover our health.
Keywords: Sub-Saharan Africa, Health for all, Slogan, Death hospital, Health center hospital.

Introduction

La santé pour tous, objectif ultime caressé par l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.) depuis sa création en 1948, stipule que tous les êtres humains, naissant libres et égaux en dignité et en droit, doivent bénéficier de services de santé de qualité, sans risquer de plonger dans des difficultés financières. Malgré les efforts fournis au fil du temps, cette aspiration demeure encore chimérique puisque près de la moitié des habitants de la planète-Terre restent privés d'accès à des services de santé essentiels. En Afrique subsaharienne, et particulièrement en Afrique de l'Ouest, la situation est encore plus calamiteuse, l'état des services de santé et leur accès demeurant déplorables.

Une telle situation fâcheuse est au principe du roman *Ma santé souffre* du Guinéen N'famara Camara. Ce récit politique fait une radioscopie désastreuse du système de santé d'un pays fictif semblable, à tous points de vue, à la Guinée-Conakry, et par extension aux États de l'Afrique subsaharienne ; d'où les interrogations qu'il suscite. Dans quelle mesure ce roman se présente-t-il comme la littérarisation de la gouvernance désastreuse des services de santé du pays fictif

qu'il décrit ? Quels aspects liés à la question de l'accès aux soins de santé met-il à l'index ? Quelle est l'intention sous le sens d'une telle mise en texte de la question de la santé pour tous en Afrique subsaharienne ?

Partant du postulat que les romans africains naissent des réalités de leur société et s'inscrivant dans la perspective d'une approche sociocritique de l'œuvre littéraire, la présente étude se noue autour de deux idées essentielles. La première dépeint un système de santé défaillant qui fait de l'hôpital un mouroir ; la seconde interpelle quant à la nécessité de procéder sans délai à des réformes en vue de donner une nouvelle perception de l'hôpital en tant que centre de soins.

1. L'hôpital-mouroir : un système de santé défaillant

Élément fondamental des droits de l'homme, le droit à la santé est une problématique ancienne qui tire son origine de la conception des hommes de vivre une vie longue et saine. Ce droit, énoncé pour la première fois en 1946 dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé[1], prend en compte plusieurs facteurs dont l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement, une alimentation saine et suffisante, un logement décent, des conditions de travail et environnementales saines, une éducation à la santé et la diffusion d'informations (HCDH, 2009, p. 1).

Contrairement à une certaine opinion populaire qui le confond au droit à être en bonne santé, le droit à la santé renvoie plutôt au droit de bénéficier de la diversité des biens, infrastructures, services et conditions nécessaires à sa réalisation. Le droit à la santé est donc interdépendant des autres droits de l'homme tels que le droit à l'alimentation, à l'eau, à un logement décent, à l'accès à l'information, à la vie privée, au droit de bénéficier du progrès scientifique et de ses applications. Cette interdépendance fait, du reste, que, dans les pays pauvres comme ceux du continent africain, la santé demeure le seul véritable moyen qui permet d'exercer tous les autres droits tels que le droit à l'éducation ou le droit au travail (HCDH, 2009, p. 5). Le droit à la santé est ainsi un droit très important dans l'exercice des autres droits :

> La Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 évoque également la santé comme partie intégrante du droit à un niveau de vie suffisant (art. 25). Le droit à la santé a par ailleurs été reconnu comme un droit de l'homme par le Pacte international de 1966 relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (HCDH, 2009, p. 1).

[1] La Constitution de l'OMS, mise en place en 1946, entre en vigueur le 7 avril 1948, date de la création officielle de l'organisme.

Dans cette veine, la Conférence d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, qui s'est tenue le 12 septembre 1978, souligne la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale. Elle réaffirme que l'accession au niveau de santé le plus élevé est un objectif social important. S'inscrivant dans cette optique, les pays de l'Afrique de l'Ouest vont, à travers « l'initiative de Bamako » de 1987, décider de la participation de la communauté dans le paiement direct des soins de santé primaires.

Dans le roman *Ma santé souffre*, N. Camara rappelle, à juste titre, le principe fondateur de ladite Initiative de Bamako qui devrait, de fait, consister en

> la vente directe aux usagers de médicaments génériques acquis à faible prix et revendus avec une marge bénéficiaire qui doit assurer le réapprovisionnement en médicaments et le financement des dépenses de fonctionnement des centres de santé. Par la suite, la notion de recouvrement des coûts (terme utilisé pudiquement et à tort pour désigner le paiement par les usagers) sera étendue à diverses recettes collectées par les formations sanitaires : consultations, hospitalisation, accouchements, examens de laboratoire, traitements ophtalmologiques, soins dentaires, etc. (p.17).

Cette initiative, conçue, dit-on, pour faire accéder toute la population aux soins de santé primaires, produira pourtant l'effet contraire : « du paradigme des soins de santé primaires gratuits pour tous [au début des indépendances africaines, l'on est ainsi passé à celui] des centres de santé payants [qui conduisent alors au] paradoxe des payeurs pauvres » (p. 19-20). Les populations les plus vulnérables que sont les femmes enceintes, les enfants et les vieilles personnes qui devraient être, en principe, les premiers assistés à l'hôpital deviennent plutôt les premières victimes d'un système de santé dont les défaillances se font de jour en jour par trop visibles.

En se fondant sur le discours social des personnages du roman *Ma santé souffre*, N. Camara fait ressortir les obstacles liés à l'accès des populations vulnérables aux centres de santé. À partir d'un point de vue interne et à travers des propos aux discours direct, il donne à voir les nombreuses contrariétés auxquelles font face les patients dans les hôpitaux de l'Afrique subsaharienne.

Le premier obstacle inhérent à l'accès aux soins pour tous qu'évoque le roman *Ma santé souffre* est le caractère onéreux des services hospitaliers : les consultations, les analyses, les radiologies, et même les médicaments, demeurent hors de portée des populations, surtout de celles vulnérables. M. Cotinat décrit cet état de fait au Cameroun en mettant en lumière la situation de nombreux malades démunis qui sont fréquemment retenus dans les hôpitaux pour cause de factures impayées : « Dans les hôpitaux camerounais, les patients les plus démunis

sont retenus en attendant le règlement de leur facture, quand on ne leur refuse pas l'accès aux soins » (M. Cotinat, 2011). Il renchérit en résumant les propos d'un malade de la tuberculose de l'hôpital Jamot : « Au Cameroun, si tu es malade et que tu n'as pas l'argent, tu meurs (M. Cotinat, 2011).

N. Camara révèle alors, avec un luxe de détails, quelques mésaventures de patients confrontés à la cherté de l'hôpital. L'instituteur Amara Conté relève ainsi : « On ne peut plus aller se soigner dans une structure de santé si on n'a pas l'argent en poche, depuis le lancement de l'Initiative de Bamako » (p. 32). Kadi Conté, son épouse venue se faire accoucher, corrobore cette affirmation : « La sage-femme […] sortit s'entretenir avec mon mari, non seulement pour l'informer d'un accouchement imminent, mais aussi pour savoir s'il avait l'argent pour payer les frais de l'accouchement » (p. 71). Les propos de leur fils Sékou Conté, hospitalisé, et ceux de Binty, la vieille mère grabataire de Kadi Conté, respectivement à la p. 107 : « Le médecin des urgences, la première des choses qu'il contrôle à la réception, c'est le reçu du paiement de consultation » et à la p. 132 « Mon séjour à l'hôpital fut un véritable parcours de santé et de dépenses » achèvent de convaincre que seul l'argent intéresse les acteurs de l'hôpital ; la santé est reléguée au second rang.

Le coût exorbitant de l'hôpital en Afrique exclut ainsi les populations les plus défavorisées. Au-delà cependant de cette donne, la prise en charge des patients demeure également une des faiblesses du système de santé. Celle-ci est jugée lente et parfois non discrète par les malades. Le circuit de soin est, de fait, trop long. Dans une étude relative à l'inhospitalité des centres de santé de l'Afrique subsaharienne, Y. Jaffré et J.-P. de Sardan relèvent, d'ailleurs, quelques facettes de cette « médecine non centrée sur le patient ». Ils citent entre autres le

> non-respect des normes de bienséance [qui se manifeste à travers] les attentes injustifiées ou mal organisées infligées aux malades […], la non prise en considération de l'intimité ou de la pudeur des malades […], le fait de ne pas saluer ou de mal saluer le malade, de ne pas le faire asseoir, de lui parler de façon autoritaire, distante, excédée, de lui couper brutalement la parole ou de refuser même de l'écouter (Y. Jaffré et J.-P. de Sardan, 2003, p. 54)

Ils évoquent également

> la violence […] des mots (insultes, injonctions) ou des gestes » […], l'« absence d'écoute du malade […] : quelques questions brèves et stéréotypées du soignant, qui n'attend que des réponses toutes aussi brèves et stéréotypées du malade […] le toucher, la palpation, l'auscultation sont réduits à la portion congrue, voire évités » (Y. Jaffré et J.-P. de Sardan, 2003, p. 55-56).

Aucune information en outre n'est donnée au malade relativement à son mal. Y. Jaffré et J.-P. de Sardan (2003, p. 56-57) le mentionnent assez bien dans leur analyse : « Bien souvent, aucune explication n'est fournie sur le diagnostic, sur la maladie et son évolution, sur les problèmes que

peuvent poser les traitements […], les ordonnances sont délivrées sans information véritable » (Y. Jaffré et J.-P. de Sardan, 2003, p. 56-57).

Règne enfin, dans les hôpitaux africains, un certain « régime des "faveurs" [caractérisé par des] relations privilégiées avec des malades recommandés » (Y. Jaffré et J.-P. de Sardan, 2003, p. 54). Y. Jaffré et J.-P. de Sardan (2003, p. 57) affirment ainsi : « Il n'est pas rare que le soignant délaisse son poste et ses malades pour s'occuper de son protégé, le guider dans le dédale de l'hôpital, l'introduire auprès de ses collègues, etc. ».

Tous ces écarts de conduite des soignants sont clairement relatés dans *Ma santé souffre* de N'famara Camara. Le roman met, en effet, à l'index ces manquements dans la relation soignant-soigné. L'échange entre le personnage d'Amara Conté et sa condisciple d'école primaire, Yari, est évocateur de ces nombreux dysfonctionnements : « Yari commença à répondre à Amara en allant droit au but : la maladie dont je souffre me donne honte d'aller à l'hôpital, car si tu pars à l'hôpital, tu seras déshabillée, avant d'être consultée. S'il y a plusieurs personnes dans la salle, elles participent toutes à la consultation » (p. 46-47).

Elle ajoute d'ailleurs :

> Je serais obligé d'expliquer au médecin mon problème et le payer. Il ne me donnera pas directement le médicament. Peut-être un bout de papier pour aller voir une autre personne. Peut-être le laborantin. Lui aussi est au courant de mon problème et je paye ce dernier aussi. Ensuite un autre bout de papier pour aller voir une autre personne. Peut-être, le pharmacien, où j'achèterais les médicaments. Ça fait beaucoup de monde, beaucoup d'argent et beaucoup de temps perdu. (p.46-47)

La corruption apparaît enfin, dans le roman, comme une des tares de l'hôpital africain. Elle est si généralisée qu'elle ne permet pas aux plus fragiles de penser à recourir aux soins hospitaliers. Dans une étude sur l'ampleur et les corrélats de la corruption dans les services de santé en Afrique, A. Nayihouba et Q. Wodon affirment :

> La corruption à grande échelle peut cependant affecter la population via des allocations inférieures à l'optimum pour les secteurs sociaux, ou via le financement de projets ayant un coût trop élevé ou une utilité limitée […]. La corruption dans la prestation de services peut avoir des effets négatifs importants sur la population, et en particulier sur les pauvres qui ont déjà des difficultés à se procurer les services de base. Dans le cas des services de santé, elle peut conduire les ménages à ne pas chercher à se soigner en cas de besoin (A. Nayihouba et Q. Wodon, 2022, p. 3).

Dans *Ma santé souffre*, Amara Conté en fait les frais chaque fois qu'il se rend à l'hôpital pour trouver une solution aux problèmes de santé de sa famille :

> Il restait à faire des additions. Celles-ci se faisait presqu'en coulisse, loin des yeux curieux et oreilles attentives. La sage-femme nous conduit ensuite dans une pièce au bout du couloir […]. La sage-femme, heureuse comme tout, nous accompagna au laboratoire. Là aussi mon mari paya de l'argent. C'était

> beaucoup d'argent. Inconsciemment, la sage-femme était prête à aller chercher au forceps les derniers sous qui restaient au fond de la poche de mon mari. Mais au sortir du laboratoire, si elle n'était pas fatiguée, l'argent de mon mari était épuisé. Il ne pouvait plus couvrir l'imagerie et la pharmacie. (p. 58-59)

Tous ces facteurs font que les populations désertent les hôpitaux pour s'orienter vers des cliniques de fortune, s'adonner à des soins traditionnels et aller dans des pharmacies dites « par terre ». Amara Conté soigne souventes fois sa femme enceinte dans ces cliniques de fortune ou selon des méthodes traditionnelles et achète presque tous ses médicaments dans des pharmacies dites « par terre » (p. 51 ; p. 60 ; p. 66). Son fils Sékou est également soumis au même régime médical (p. 79-80 ; p. 114-119). Même la mère de sa femme, atteinte de rhumatisme, pense que son passage chez un féticheur lui a permis d'être un peu plus soulagé comparativement à tous les tours effectués à l'hôpital (p. 120-121).

Conscients, du reste, de la situation aporétique dans laquelle ils sont engagés avec "l'Initiative de Bamako", les pays de l'Union africaine se sont retrouvés à Abuja en avril 2001. De leur rencontre naît une déclaration dite Déclaration d'Abuja de 2001 demandant aux États d'allouer 15% de leur budget gouvernemental à la santé. Cette déclaration n'a malheureusement pas atténué les effets pervers de la situation consécutive à "l'Initiative de Bamako". Pire, en plus de ne pas honorer leur engagement, « l'aide au développement dans le domaine de la santé a évincé les ressources gouvernementales et créé une dépendance à l'égard des donateurs - ce qui complique la transition des pays dont le financement par les donateurs est en baisse » (A. Gatome-Munyua et N. Olalere, 2020) ; d'où le sombre tableau sanitaire qui est celui des pays d'Afrique subsaharienne que révèle N'famara Camara (p. 21) :

> En Guinée comme dans la plupart, des pays d'Afrique subsaharienne, les femmes enceintes, constituent, autant que les personnes âgées et les enfants, un groupe de population vulnérable. En effet, environ 800 femmes enceintes meurent tous les jours parce qu'elles n'ont pas les moyens de payer des services médicaux, 100 enfants sur 1 000 naissances vivantes n'arrivent pas à fêter leur cinquième anniversaire, plus de 90 % des personnes âgées ne peuvent pas prétendre à une pension de retraite, la moitié d'entre elles souffre de maladies chroniques et la grande majorité ne bénéficie d'aucune couverture sociale.

Au regard de ce pathétique constat, il est plus qu'urgent de revoir la gouvernance des hôpitaux en Afrique subsaharienne. Des réformes courageuses doivent être ainsi engagées pour que l'hôpital ne soit plus un mouroir, mais qu'il redevienne un centre de santé, un centre de soins.

2. De l'hôpital mouroir à l'hôpital centre de santé[2] : le temps des réformes

Si l'objectif affirmé, mais non atteint, de la Déclaration d'Alma-Ata était de « parvenir [en 2000] à l'amélioration progressive de services médico-sanitaires complets accessibles à tous [en] accordant la priorité aux plus démunis » (p. 11) et que l'Initiative de Bamako qui devrait la remodeler n'a rien pu faire non plus pour faire avancer les choses, il est évident qu'il urge de trouver des remèdes à l'impasse dans laquelle semblent engagés aujourd'hui les pays de l'Afrique subsaharienne.

Au regard de toutes les défaillances du système de santé susmentionnées, N'famara Camara, en tant que médecin-écrivain, ne manque pas de faire des propositions pour que l'hôpital cesse d'être un mouroir afin de redevenir un véritable centre où l'on recouvre la santé. La première solution proposée est la sécurité sociale. Quand le narrateur dit qu'« À [l']époque, les spécialistes en économie de la santé soutenaient que le financement du système de santé par la sécurité sociale [semblait] prématuré dans les pays en développement » (p. 16), il insinue que les raisons qui justifiaient une telle position ne sont plus valides et d'actualité.

De fait, même si le rapport de l'Association internationale de la sécurité sociale (2023, p. 15) affirme qu'« en Afrique, le principal enjeu réside dans l'extension de la couverture sociale, qui, en dépit d'avancées considérables, reste inférieure à celle d'autres régions [puisque] seulement 17,4 pour cent de la population est couverte par au moins une prestation sociale, contre 46.9 pour cent à l'échelle mondiale », cette association encourage cependant les initiatives déjà prises pour l'extension de la sécurité sociale dans les pays africains. Il s'agit, par exemple, de l'extension de la couverture qui permet aux individus d'être mieux protégés au fil d'un cycle de vie changeant grâce à des programmes sociaux coordonnés. Ces développements reposent sur des transformations et des innovations en matière de gestion. Le rapport souligne ainsi que

> des réformes juridiques fondamentales sont engagées sur l'ensemble du continent pour étendre la couverture. Il fournit des exemples concrets de dispositions mises en œuvre pour améliorer la couverture dans le cadre des régimes de retraite, ou encore pour créer des régimes de soins de santé ou étendre les dispositifs existants. Il aborde aussi l'extension des programmes de sécurité sociale contributifs aux groupes difficiles à couvrir, tels que les travailleurs indépendants, ceux qui exercent une activité dans l'économie informelle et les travailleurs migrants, entre autres (AISS, 2023, p. 45).

En réponse à l'engagement mondial à instaurer une protection sociale universelle pour tous, notamment à travers les « socles » évoqués dans les Objectifs de Développement Durable (ODD), l'Union africaine souligne à son tour l'importance de garantir un accès effectif aux prestations et services de protection sociale dans le cadre du programme de développement pour

[2] Calqué sur le titre d'un article de Yannick Marec (Voir références bibliographiques)

l'Afrique. La protection sociale universelle devient, en effet, un pilier indispensable dans l'édification de sociétés dynamiques et inclusives et dans la promotion de la croissance économique, de la cohésion sociale et de la résilience socioéconomique, conformément à l'Agenda 2063 pour l'Afrique (AISS, 2023, p. 21).

L'association de mécanismes de financement contributifs et non contributifs constitue le principal levier d'amélioration des taux de couverture. Ce constat démontre la nécessité de recourir à des politiques économiques saines permettant de produire les recettes fiscales nécessaires au financement des prestations et services requis pour garantir un accès universel à la sécurité sociale (AISS, 2023, p. 21).

La deuxième proposition de N'famara pour que l'hôpital redevienne fréquentable réfère à la formation des médecins à une meilleure prise en charge des patients, à partir d'une relation soignant-soigné de qualité. Pour M. Formarier (2007, p. 33-42), si certains sont tentés de parler d'interactions en situation de soins entre le patient et les soignants, la plupart des prises en charge des patients devraient être fondées sur des relations dont il cite sept types qui font plus ou moins consensus, à son sens : la relation de civilité, la relation de soins, la relation d'empathie, la relation d'aide psychologique, la relation thérapeutique, la relation éducative et la relation de soutien social.

Ma santé souffre présente ainsi, en guise d'exemple, Dr Gomou qui cherchait à créer une bonne relation soignant-soigné (p. 55) et qui était apprécié de tous pour la maîtrise parfaite de ces types de relations, en plus de ses connaissances médicales (p. 57). L'auteur en profite d'ailleurs pour évoquer quatre niveaux d'expression de la relation soignant-soigné :

> Évoquer la relation soignant-soigné, c'est d'abord considérer qu'elle s'exprime à au moins quatre niveaux, chacun d'eux : ne répondant pas aux mêmes objectifs de soins ; n'impliquant pas forcément les mêmes professionnels […] Le premier niveau, c'est la relation de civilité […]. Le deuxième niveau, c'est la relation fonctionnelle. […] Le troisième niveau, c'est la relation de compréhension, de soutien, de réassurance. […] Le quatrième niveau, c'est la relation d'aide thérapeutique (p. 56-57).

Il est donc impératif, pour établir une relation de confiance entre soignants-soignés, de revenir à certains paradigmes de base qui, pour A. Parvais (2023), incombent aussi bien aux soignants qu'aux soignés. L'écoute attentive et l'empathie des soignants vis-à-vis des soignés mettraient ainsi en confiance les soignés et réduiraient l'asymétrie de pouvoir entre le soignant et le soigné. Les soignants devraient, pour ce faire, être continuellement formés sur la bientraitance et la communication ; les soignés et leur entourage gagneraient tout aussi à les soutenir et à leur manifester de la reconnaissance pour le travail qu'ils abattent. Ainsi une

relation de soin plus humaine et bénéfique à la fois pour les patients et pour les soignants verrait jour dans les hôpitaux.

Depuis 1990, un changement s'est opéré dans l'économie mondiale. De l'économie des matières premières avec le capitalisme industriel, l'on en est aujourd'hui à l'économie de la connaissance, à l'économie du savoir, encore qualifiée par certains économistes de capitalisme cognitif. « La source de la richesse des nations se trouve désormais en amont de la sphère du "travail salarié et de l'univers marchand", c'est-à-dire dans la société, et notamment dans le système de formation et de recherche » (P. Dieuaide, B. Paulré et C. Vercellone, 2003). Dans un tel contexte, seule la production de savoirs endogènes, à travers la mise à disposition de moyens conséquents pour une authentique recherche médicale locale, permettrait de rehausser la qualité des soins en Afrique subsaharienne.

La journaliste camerounaise d'investigation J. Kouagheu (2019), reprenant les propos d'une interview faite au Professeur Yap Boum II, Professeur de microbiologie, Directeur général de l'Institut Pasteur de Bangui, engagé pour la santé en Afrique, pense, à cet effet, que c'est à travers une synergie d'actions de tous les Africains, quel que soit leur statut social, que l'Afrique parviendra à « écrire sa propre histoire scientifique et [à] mettre en place des solutions pratiques pour améliorer la vie des patients africains ». Il rejoint en cela le sociologue S. Bouamama (2017) qui pense que « les politiques de coopération, d'aide soi-disant technique, les ONG, la francophonie, etc., [sont] des outils de [la] mise en dépendance culturelle et psychologique [de l'Afrique] ». Il appartient donc aux Africains de trouver des financements pour investir dans les problèmes qui sont les leurs.

Comme le pensent S. Tizio et Y-A. Flori (1997, p. 26),

> dans le cas de l'initiative de Bamako, l'État joue un rôle important : il doit poser les principes de la participation communautaire, il doit définir clairement les activités qu'il prend en charge et celle qu'il laisse au marché. Ainsi, il convient que son pouvoir réglementaire et incitatif soit assez fort pour influencer les comportements des différents acteurs du système de santé dans le sens désiré, l'amélioration de la qualité des soins.

Les gouvernements africains sont malheureusement aujourd'hui en perte d'autorité, l'affairisme ayant gangréné leur fonctionnement. C'est pourquoi, même si prioritairement le financement devrait provenir d'eux, Y. Boum II pense cependant qu'il doit réellement reposer plus principalement sur les actions philanthropiques des milliardaires africains qui sont de plus en plus nombreux :

> Il faut effectivement que nous trouvions l'argent, mais c'est possible, car l'Afrique n'a jamais eu autant de milliardaires qu'aujourd'hui. Or les milliardaires africains doivent financer la recherche médicale sur le continent,

> pour que nous puissions avancer sur les sujets qui répondent à nos problématiques.
> Le premier financeur de la recherche dans le monde aujourd'hui, c'est Bill Gates. Aliko Dangote, l'homme le plus riche d'Afrique, peut faire la même chose avec le continent. Certains, comme le milliardaire Strive Masiyiwa, au Zimbabwe, finance [déjà] des recherches sur les maladies négligées (J. Kouagheu, 2019).

Outre les milliardaires, Y. Boum II en appelle à la responsabilité sociale des entreprises installées en Afrique : « Il nous faut aussi aller vers les entreprises, car beaucoup ont ce qu'elles appellent la responsabilité sociale des entreprises (RSE) qui leur permet d'investir une partie de leurs bénéfices pour la communauté dans laquelle elles vivent ». Dans son analyse des propos de Professeur Y. Boum II, J. Kouagheu relève que, en plus des philanthropes milliardaires, des entreprises et du gouvernement dont le partenariat public-privé permettrait de trouver des fonds et du matériel pour la recherche, les chercheurs africains doivent également jouer leur partition :

> Un bon chercheur qui travaille aux États-Unis, en France, en Allemagne ou ailleurs doit pouvoir mettre en place des collaborations. Si je travaille dans un laboratoire aux États-Unis, je devrais mettre en place des projets pour mon pays. Au lieu que ce soit un Américain qui vienne mener des recherches au Cameroun, il serait plus intéressant que ce soit moi, scientifique camerounais, qui le fasse, car je connais les deux environnements (J. Kouagheu, 2019).

Pour ceux restés sur place, le Professeur Y. Boum II affirme qu'il devrait faire plus d'efforts pour vulgariser leurs recherches et trouver les moyens de communication idoines pour s'adresser aux instances les mieux indiquées pour leur mise en œuvre, notamment les politiques. C'est pourquoi il explique avec remord que :

> Malheureusement, nous les chercheurs, nous parlons entre nous, dans nos conférences, colloques, et nous nous adressons trop peu souvent aux politiques.
> **[…]** nous savons que les budgets des États sont serrés et les besoins, énormes. Mais par-delà ce problème, est-ce que les chercheurs ont manifesté pour réclamer « leur 1 % » ? Non. Pourtant, à la fin de l'année, les chercheurs africains des pays où cette règle n'est pas respectée devraient s'insurger. Comme les scientifiques l'ont fait en France pour demander aux politiques de respecter leurs engagements (J. Kouagheu, 2019).

La question de la gouvernance hospitalière dans les pays de l'Afrique subsaharienne n'est donc pas uniquement le problème d'une entité administrative particulière. Il ne s'agit pas d'une préoccupation du gouvernement seul ou d'un groupe particulier de personnes. Il s'agit d'un problème national, d'une préoccupation concernant la communauté tout entière. Certes les gouvernants devraient être les premiers à trouver une orientation quant aux amendements à apporter pour rendre fiables les structures sanitaires, mais les entreprises installées en Afrique, les mécènes africains et les chercheurs africains doivent également jouer leur partition ; les

populations devraient enfin, à leur tour, participer par des contributions directes organisées et constituer des groupes de pression pour emmener les autorités publiques à travailler pour la communauté nationale.

Conclusion

La politique de la santé pour tous en Afrique subsaharienne demeure, au total, de nos jours, de l'ordre de la propagande. Le système de santé servi aux populations se trouve dans un état déplorable tant sur le plan structurel que du point de vue administratif. Dans son roman *Ma santé souffre*, C. N'famara, en tant que praticien de la santé, s'intéresse certes aux défaillances structurelles des hôpitaux de Guinée, et par extension, des hôpitaux de l'Afrique subsaharienne tout entière, mais il met beaucoup plus un point d'honneur à décrire les manquements liés à la gouvernance administrative. Il dépeint ainsi les nombreuses transgressions qui rendent l'hôpital en Afrique subsaharienne inaccessible aux populations et en font même un hôpital-mouroir : le caractère exorbitant des coûts des prestations, la qualité exécrable de l'accueil et la corruption galopante.

Si l'État devrait, en principe, faciliter l'accès de tous à l'hôpital, à travers les contributions directes payées pour les soins à l'hôpital, il faut comprendre, au vu des manquements précités, que la santé pour tous en Afrique subsaharienne est, après tout, l'affaire de tous. Il est donc impératif de proposer des solutions endogènes culturellement et socialement réalistes en mettant un accent particulier sur l'éducation pour tous. Toutes les couches de la société devraient, en effet, jouer leur partition : les milliardaires d'Afrique, les entreprises installées en Afrique, les chercheurs africains et les populations africaines devraient se disposer à être les premiers acteurs de la bonne gouvernance hospitalière en Afrique subsaharienne ; d'où la question de savoir si la politique de la santé pour tous ne rejoint pas finalement la problématique de l'éducation pour tous, dès lors que le changement de paradigme attendu ne viendra que d'un changement de mentalité.

Références bibliographiques

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, 2023, *Développements et tendances de la sécurité sociale – Afrique 2023*, Genève, AISS.

BOUAMAMA Saïd, 18/05/2017, « Le néocolonialisme est l'instauration de mécanismes de dépendance sans occupation militaire », entretien réalisé par Elodie Descamps, *Jeuneafrique.com*

CAMARA N'famara, 2024, *Ma santé souffre*, Paris, L'Harmattan.

COTINAT Mathieu, 31 août 2011, « Cameroun : dans les hôpitaux, la double peine », *Jeune Afrique*.com.

DIEUAIDE Patrick, PAULRE Bernard, VERCELLONE Carlo, 2003, *Le capitalisme cognitif*, Halshs_00226409.

FORMARIER Monique, 2007, « La relation de soins, concepts et finalités », *Recherches en soins infirmiers*, Vol. 2, n° 89, p. 33-42.

GATOME-MUNYUA Agnès et OLALERE Nkechi, octobre 2020, « Financement public de la santé en Afrique : 15% d'un éléphant n'est pas 15% d'un poulet », *Afrique Renouveau*, un.org.

HAUT-COMMISSARIAT DES NATIONS-UNIES AUX DROITS DE L'HOMME, 2009, *Le droit à la santé*, Génève, Nations Unies.

JAFFRÉ Yannick et DE SARDAN Jean-Pierre Olivier, 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.

KOUAGHEU Josiane, 17 avril 2019, « Les milliardaires africains doivent financer la recherche médicale en Afrique », *Le Monde Afrique*, https:// www.lemonde.fr/ afrique/ article/2019/04/17/les-milliardaires-africains-doivent-financer-la-recherche-medicale-en-afrique_5451745_3212. Html, Consulté le 17/09/2024.

MAREC Yannick, 2013, « De l'hôpital mouroir à l'hôpital centre de santé. Regard d'historien sur la fièvre puerpérale et la transformation du système de protection sociale », *Sciences sociales et santé*, n°4, Vol. 31, p. 29-39.

NAYIHOUBA Ada et WODON Quentin, 2022, « La corruption dans les services de santé en Afrique : ampleur et corrélats », *Educatio*, n° 12, [en ligne : https://revue-educatio.eu], Consulté le 11/09/2024.

PARVAIS Audrey, 05/07/2023, « Soignant-patient, comment réenchanter la relation ? », [En ligne], https://walter-learning.com/blog/sante/infirmier/bientraitance/relation-soignant-soigne, Consulté le 11/09/2024.

TIZIO Stéphane, FLORI Yves-Antoine, 1997, « De la gratuité à la tarification des soins en Afrique subsaharienne : grandeur et décadence de l'objectif "santé pour tous" », [Rapport de recherche] Laboratoire d'analyse et de techniques économiques (LATEC).