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

POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME AU TOGO DE 1994 A 2022

GONON Amèvi Agbéri

OUGMA Hombamana

Université de Lomé, Laboratoire d'Analyse d'histoire Sociopolitique (LaHisPo), Lomé-Togo

Spécialité : Gouvernance Hospitalière (GHO)

Résumé

Au Togo, le paludisme demeure un problème de santé publique. Cette endémie représente la première cause de morbidité et de mortalité des enfants de moins de cinq (5) ans enregistrés dans les formations sanitaires avec un taux de 33,1% en 2010 (Rapport PNS, 2010, p.6). L'Etat Togolais conscient de l'importance que revêt la santé, a entrepris des reformes en matière de lutte contre le paludisme. Ainsi, plusieurs efforts ont été consentis pour lutter contre cette maladie notamment la lutte anti vectorielle et la chimioprohylaxie. Mais, on a toujours assisté à une persistance du paludisme malgré les actions qui ont visé à l'éradiquer**.** Par rapport à ce constat, la politique nationale de lutte contre le paludisme a-t-elle été efficace ? L'objectif visé par cette étude est d'analyser la politique nationale de lutte contre le paludisme. L'approche documentaire utilisée est variée et fondée sur la consultation des mémoires, des rapports, des thèses et des sources orales. Tout d'abord, il s'agit de faire l'état des lieux du secteur de la santé, ensuite présenter les différentes politiques de lutte contre le paludisme, et enfin dresser le bilan de la lutte antipaludique.

Mots clés : mortalité, morbidité, paludisme, politique, santé.

Abstract

In Togo, malaria remains a public health problem. This endemic disease is the leading cause of morbidity and mortality among children under the age of five recorded in health facilities, with a rate of 33.1% in 2010. The Togolese government, aware of the importance of health, has undertaken reforms in the fight against malaria. These reforms have made the fight against this

disease a strategic focus of the various policies adopted. The objective was to ensure that the population enjoys good health. Thus, several efforts have been made to combat the disease, notably through vector control and chemoprophylaxis. However, there has been a persistent resurgence of malaria despite the actions aimed at eradicating it. In light of this observation, what has the national malaria control policy consisted of? The objective of this study is to analyze the national malaria control policy in Togo. The documentary approach used is varied and based on the consultation of dissertations, reports, theses, and oral sources. First, it involves assessing the current state of the health system, then presenting the various malaria control policies, and finally evaluating the outcomes of the malaria control efforts.

Keywords: mortality, morbidity, malaria, policy, healt.

Introduction

Endémie parasitaire majeure au Togo, le paludisme bénéficie d'une attention particulière de la part de l'Etat togolais et du bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Cette maladie transmise par les piqûres de moustiques du genre Anophèles, constitue depuis plusieurs décennies un obstacle majeur à la sécurité sanitaire des populations, puis au développement socio-économique du pays. Malgré les avancées scientifiques et les efforts déployés à l'échelle mondiale, régionale et nationale, le paludisme continue de peser lourdement sur les populations vulnérables. Conscient de cette réalité, le Togo a, dans les années 1970, mis en œuvre diverses politiques et stratégies visant à contrôler, puis à éradiquer le paludisme sur son territoire (M. Abi, 2006, p.60). Mais, force est de constater que cette endémie représente la première cause des morbidités et de mortalité des enfants de moins de cinq (5) ans enregistrés dans les formations sanitaires avec un taux de 33,1% en 2010 (Rapport PNS, 2010, p.6). Ce constat nous amènes à poser la question suivante : **La politique nationale de lutte contre le paludisme au Togo de 1994 à 2022 a-t-elle été efficace?**

Cet article a pour objectif d'analyser la politique de lutte contre le paludisme au Togo de 1994 à 2022. En vue de répondre à la problématique posée et atteindre l'objectif de cette contribution, nous avons consulté les documents à la bibliothèque nationale de l'Université de Lomé, des rapports du PNLP, la presse écrite et d'autres ouvrages abordant directement cette thématique. Nous avons également interrogé certains agents de santé au PNLP-Togo. Les résultats des recherches nous permettent d'esquisser le plan comme suit, tout d'abord, nous allons présenter

l'état sanitaire du pays entre 1994 à 2022, ensuite identifier les différentes politiques de lutte contre le paludisme et enfin faire le bilan de lutte contre cette maladie au Togo.

1. L'état des lieux du secteur sanitaire du Togo de 1994 à 2O22

L'analyse des données statistiques des formations sanitaires du pays révèle que le paludisme est l'une des causes principales des consultations au Togo. Cette maladie totalise en moyenne 40% des consultations externes en 1998, selon la politique nationale de santé (PNS, 1998, p.6). Elle représente la première cause des décès infantiles et chez les femmes enceintes.

Les enfants sont plus victimes de cette maladie. Selon la politique de santé (PNS) réalisé en 2010, le taux de prévalence nationale du paludisme est de 33,1% chez les enfants de moins de cinq ans. Elle est reconnue comme l'une des principales causes de décès des enfants. Cette maladie contribue également à l'anémie des enfants (PNS, 2010, p.6). Les données hospitalières révèlent que le paludisme grave est responsable de 14% des décès hospitaliers selon le recensement général de la population et de l'habitat. Cette endémie est également l'une des causes des mortalités maternelles au Togo. Ainsi, le taux de mortalité était de 437 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes de 2006 à 2010. Ce ratio est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain où on note respectivement 492 et 303 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (RGPH4, 2016, p.10).

En effet, la mortalité engendrée par cette pandémie a attiré l'attention des autorités du secteur de la santé. Les réflexions sur les mesures d'éradication de cette maladie ont permis d'adopter les politiques nationales de lutte contre le paludisme selon les orientations de l'Organisation Mondial de la santé (OMS).

2. Les politiques nationales de lutte contre le paludisme au Togo

La lutte contre le paludisme au Togo de 1994 à 2022 est caractérisée par une succession de plusieurs programmes avec des stratégies bien définies conformément au protocole sanitaire de cette maladie.

2.1. Les différentes étapes des programmes sanitaires de lutte contre le paludisme

En 1970, les travaux de dragage des lagunes de Lomé et d'Aného ont été les activités de grande envergure qui ont contribué à la réduction de la nuisance paludéenne. De 1975 à 1976, des études entomologiques ont permis d'établir la carte de répartition des vecteurs selon des strates écologiques. Durant cette période, une enquête épidémiologique réalisée au Togo par l'expert de l'OMS, le docteur Maruto, montre que sur 15 espèces d'anophèles présentes au Togo, seules 2 prédominent au pays (gambiae et funestus) (M. Abi, 2006, p. 60).

Les années 1980 ont connu l'application de la chimiothérapie des accès fébriles à la chloroquine et la prophylaxie antipaludique chez la femme enceinte. Les activités principales sont basées sur la prise en charge de tous les cas fébriles, la chimioprophylaxie chez les femmes enceintes, la surveillance épidémiologie du plasmodium falciparum et les essais de lutte biologique par les poissons larvaires. Durant cette période, les travaux de salubrité ont été entrepris. On note aussi, le désherbage des gîtes de repos aux alentours des habitations; le curage des caniveaux ; le recensement et la maitrise des gîtes périphériques (M. Abi, 2006, p.63).

Après l'adoption de la politique nationale de lutte contre le paludisme de 1994 à 1999, le Togo est retenu en 1997 parmi les 21 pays africains pour la mise en œuvre accélérée d'un plan de lutte antipaludique.

En Avril 2000, il a souscrit à l'initiative mondiale *« faire reculer le paludisme »* et il a également adhéré à la déclaration des chefs d'Etat et de gouvernement africains lors du sommet extraordinaire sur le paludisme à Abuja. La lutte contre le paludisme s'est intensifiée en 2004 avec la promotion des MID pour éviter la piqure de moustiques (M. Abi, 2006, p.66). C'est dans cette même perspective que le Coordonnateur du PNLP, Atekpe Somiabalo déclarait:

«L'apport des moustiquaires imprégnées réside essentiellement dans le fait que le moustique est tué avant d'avoir piqué, contrairement au principe de l'application murale des insecticides simple qui ne le tue évidemment pas du tout »[1]. La promotion et l'utilisation des moustiquaires ont connu une progression de 2004 à 2022.

De 2004 à 2008, le Programme National de Lutte contre le paludisme (PNLP) a adopté le traitement à base d'artémisinine (ACT) comme traitement de première ligne contre le paludisme simple. Aussi, des Comités de Lutte contre le Paludisme (CLP) dans certaines régions ont été mis en place avec le renforcement des actions et campagne de masse couvrant

[1] ATEKPE Somiabalo, Coordonnateur national du PNLP, entretient le 11/04/2025 au siège du PNLP.

l'ensemble du territoire. Pour mieux lutter contre cette maladie, un renforcement du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) avec l'appui de l'OMS, Fonds mondial, USAID (United States Agency for International Development) a été mise en place. Face à la résilience des effets indirects du COVID-19 sur les services de lutte antipaludique, une hausse couverture a été mise en place dans les zones endémiques de 2019 à 2022. Dans les pays touchés par le paludisme, les personnes qui ont de la fièvre deviennent réticentes à se faire soigner par crainte de se faire prendre pour un malade du COVID 19, ce qui pouvait entrainer un paludisme grave ou la mort. C'est dans cette perspective que lors de la journée mondiale de lutte contre le paludisme, le 25 Avril 2021, le coordonnateur du PNLP-Togo, Tinah Atcha-oubou déclarait :

> Dans le contexte de cette pandémie, nous intégrons le COVID 19 dans la mise œuvre de toute nos interventions et nos messages de prévention. Nous encourageons les populations à ne pas avoir peur en cas de fièvre et à se rendre dans les centres de santé les plus proches pour y effectuer un test et recevoir le traitement antipaludique.

Malgré la pandémie du COVID 19, le gouvernement a mis en place des stratégies de lutte contre le paludisme.

2.2. Les stratégies de lutte contre le paludisme

La lutte anti vectorielle et le traitement préventif intermittent sont les stratégies qui ont été définies au Togo dans le cadre de lutte contre cette pandémie.

2.2.1. La lutte anti vectorielle

Les barrières préconisées pour la lutte contre le paludisme sont : les MID (Moustiquaires Imprégnées Durables), les rideaux imprégnés d'insecticide, les grillages anti-moustiques.

La nouvelle politique a permis l'accès de la majeure partie de la population aux Moustiquaires Imprégnées Durables et leur utilisation effective dans tous les ménages. Les MID sont distribués à travers les campagnes de masse organisées périodiquement ciblant les groupes vulnérables. Les rideaux imprégnés et grillages sont recommandés pour les maisons d'habitation, les dortoirs, les hôtels, les locaux d'hospitalisation dans les formations sanitaires, le milieu carcéral et certains lieux publics. En fonction des résultats d'études probantes, d'autres outils sont préconisés, notamment les produits répulsifs.

Mise à part la lutte anti-vectorielle, le traitement des gîtes larvaires aux larvicides permet également de tuer les larves de moustiques et de réduire en aval la densité des moustiques adultes dans les habitations (A.Thomas, 2022, p.26). Cependant, deux types de larvicides sont

utilisés : larvicides chimiques et larvicides biologiques. Aussi, la pulvérisation intra domiciliaire avec l'insecticide à effet rémanent est souvent utilisée comme stratégie complémentaire. Elle vise à réduire les anophèles endophages et endophiles dans les habitations. Son application dans le pays se fait sur la base des critères entomologiques des zones ciblées (environnement, agriculture, université).

2.2.2. Traitement préventif intermittent

Le traitement du paludisme est incontestablement une urgence qui interpelle tout le monde. La communauté internationale se mobilise pour faire face à ce problème. La réduction de la propagation du paludisme passe par l'efficacité de son traitement. Ainsi sa négligence peut engendrer une hécatombe dans les zones impaludées, donc une réduction sensible de bras valides capables d'œuvrer pour le développement économique de ces régions (M. Abi, 2006, p. 68). Par exemple, pour prévenir le paludisme, surtout chez la femme enceinte, le traitement se fait à base de la sulfadoxine-pyriméthamine. Toutefois, la prévention du paludisme chez l'enfant de moins de 1 an par le traitement saisonnier se fait à base de la sulfadoxine-pyriméthamine en association avec l'amodiaquine (SP-AQ) dans les zones éligibles. Certains paludéens préfèrent les plantes tropicales.

En ce concerne la chimiothérapie du paludisme, elle est fondée sur les concepts de dont Paul Ehrlich, pionnier dans ce domaine, s'est inspiré dans ses études à la fin du XIXéme siècle. Ses recherches ont montré que les bactéries et les parasites possèdent toute une série de chimiorécepteurs différents les uns des autres (K. Gbétoglo, 1991, p. 85). Certains de ces récepteurs n'ont pas d'analogue dans l'organisme humain. Recherchant de tels composés, Ehrlich a été conduit par deux idées directrices à savoir celle d'un médicament dont une dose unique détruirait tous les parasites, et celle de l'indice chimio-thérapeutique. Cette deuxième idée était basée sur le postulat qu'aucun composé chimique ne peut être totalement inoffensif pour l'organisme humain. Mais, la notion d'action sélective des composés chimiothérapeutiques doit être considérée tant du point de vue qualitatif que quantitatif.

Il faut dire que la chimiothérapie du paludisme se déroule souvent dans les centres de santé et administré aux paludéens. Ces moyens de lutte ont contribué à lutter contre le paludisme au Togo. De ce fait, quel bilan pouvons-nous établir de la lutte contre cette pandémie au Togo.

3. Le bilan de la lutte contre le paludisme au Togo

Des progrès ont été constatés dans la lutte contre le paludisme. Toutefois, des défis restent encore à relever dans l'exécution des politiques de lutte contre cette affection.

3.1. Les progrès réalisés dans la lutte contre le paludisme

L'année 1994 marque un tournant important dans la lutte contre le paludisme au Togo avec la mise en place officielle du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). Ce programme visait à coordonner toutes les actions de lutte au niveau national, en s'appuyant sur les orientations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). C'est dans cette logique que Essoham Ataba, épidémiologiste au PNLP déclarait : *« la lutte contre le paludisme particulièrement en Afrique serait une des priorités majeures des organisations et des dirigeants»*[2]. C'est ainsi qu'en 2004, plusieurs avancées majeures ont été enregistrées: on note l'adoption du premier Plan Stratégique National de lutte contre le paludisme, aligné sur les recommandations de l'initiative *"Faire Reculer le Paludisme"* (Roll Back Malaria). A cela s'ajoute, la promotion du diagnostic clinique et parasitologie, bien que rudimentaire à cette époque, l'utilisation des tests de diagnostic rapide (TDR) a commencé à se développer. Aussi, des projets pilotes ont été initiés avec l'appui de partenaires comme l'UNICEF, notamment dans certaines zones rurales. Cette période a donc jeté les bases institutionnelles, techniques et logistiques pour une lutte plus structurée contre le paludisme.

En 2005, la lutte contre le paludisme au Togo a connu une forte accélération grâce au soutien de nombreux partenaires internationaux et l'intégration de la lutte dans les politiques de santé publique (Rapport ministère de la santé, 2005, p.3). À partir de 2006, le Togo a intégré le traitement préventif intermittent dans les consultations prénatales, permettant de réduire significativement le paludisme.

En 2012, la prise en charge gratuite du paludisme simple et grave chez les enfants de moins de cinq ans a été initiée grâce à l'appui du Fonds mondial et du gouvernement togolais. Tous les centres de santé ont été progressivement dotés de tests de diagnostic rapide afin de réduire les cas de traitement présomptif (un traitement précoce administré pour une infection suspectée chez des personnes à haut risque). A cet effet, la gestion des stocks de médicaments et moustiquaires a été améliorée, avec la mise en place d'un système logistique d'information sanitaire (LMIS).

[2] ATABA Essoham, épidémiologiste au PNLP, entretient le 11/04/2025 au siège du PNLP.

Le nombre de cas de paludisme grave chez les enfants a diminué dans plusieurs régions. La proportion de la population dormant sous moustiquaire est passée de moins de 10 % en 2000 à plus de 60 % en 2015 (Rapport PNLP, 2016, p.1).

À partir de 2016, la lutte contre le paludisme au Togo est entrée dans une phase plus stratégique, axée sur la réduction durable de la charge de morbidité, avec un objectif à long terme d'élimination du paludisme dans certaines zones. Ainsi, le Système d'Information Sanitaire Intégré (DHIS2) a été étendu à toutes les régions sanitaires du pays, permettant une remontée plus rapide et fiable des données. Par exemple, dans les régions du nord du Togo, particulièrement touchées par la transmission saisonnière, la Chimio prévention du paludisme Saisonnier a été introduite pour protéger les enfants de 3 à 59 mois pendant la saison des pluies. Les agents de santé communautaires ont été formés pour le dépistage et le traitement de première intention du paludisme au niveau des villages (Rapport PNLP, 2016, p. 4).

En 2020, plus de 91 % des ménages possédaient au moins une moustiquaire, et environ 75% des enfants dormaient sous moustiquaire. Bien que le paludisme reste la première cause de morbidité au Togo, les décès dus au paludisme ont diminué de plus de 40 % de 2010 à 2022. Près de 95 % des cas de fièvre chez les enfants de moins de 5 ans sont testés pour le paludisme (Rapport PNLP, 2020, p.13).

3.1.1. Collaboration nationale

La lutte contre le paludisme au Togo n'est pas seulement l'affaire de l'Etat, du ministère de la santé et Service National du Paludisme (SNP), elle concerne aussi tous les secteurs de développement socio-économique. Le ministère du développement rural intervient dans cette lutte en faisant des barrages d'irrigation avec des poissons larvivores. Ainsi, un recensement des barrages s'effectuait en collaboration avec le SNP et le service spécialisé du ministère du développement rural. Les agents de promotion agricole en milieu rural étaient formés et sensibilisés par les médecins de subdivisions sanitaires pour qu'ils puissent transmettre les messages éducatifs relatifs à la lutte antipaludique à l'occasion des rencontres de vulgarisations agricoles avec la population rurale (M.Abi, 2006, p.63).

Le ministère de l'éducation nationale et de la recherche met à la disposition des établissements scolaires des caisses à pharmacie. Les instituteurs responsables de ces caisses bénéficiaient d'un appui technique du service du paludisme (M. Abi, 2006, p.64). En collaboration avec la direction de l'enseignement du premier degré, le paludisme occupe une place de choix dans l'enseignement des sciences de la vie et de la terre (SVT). Les ministères

tels que : le ministère de l'assainissement a initié ville propre tous les premiers samedi du mois afin de maintenir les communes propre. A ces initiatives, s'ajoutent l'aménagement territorial et les curages des caniveaux par l'Agence nationale d'Appui au Développement à la Base (ANADEB). En 2017, le Fonds mondial finance notamment cinq (5) projets en matière de lutte contre le paludisme au Togo. Des projets financés à hauteur de 57,6 M €, couvrant la période de 2018 à 2020, dédiée à la prévention, au traitement et à la distribution des moustiquaires (Rapport Ministère de la santé, 2022).

De 1994 à 2022, le Togo a réalisé des progrès significatifs et multidimensionnels dans la lutte contre le paludisme. En partant d'une approche fragmentaire et peu structurée, le pays a réussi à mettre en place une stratégie nationale cohérente, soutenue par des plans stratégiques successifs, des partenaires engagés et une volonté politique grandissante. Les progrès ont été visibles dans l'accès aux soins, la prévention, la gestion des cas et la participation communautaire. Cependant, malgré ces avancées, la politique de lutte contre le paludisme a des limites.

3.2. Les difficultés de la lutte antipaludique

La pérennité du paludisme malgré la lutte engagée contre cette endémie est due à une pléthore de difficultés liées à la maladie elle-même, à l'organisation de la lutte et à l'impact de la malaria sur la société.

3.2.1. La chimiorésistance

En matière de paludisme, la chimiorésistance a été définie comme l'aptitude d'une souche de parasites du paludisme à survivre ou à se reproduire malgré l'administration et l'absorption d'un médicament employé à des doses égales ou supérieures aux doses ordinairement recommandés, mais comprises dans les limites de tolérance du sujet. Il faut maintenant modifier cette définition pour tenir compte des connaissances actuelles sur le métabolisme des sulfamides chez certains individus, en précisant que le principe actif contre le parasite doit parvenir jusqu'à celui-ci ou à l'hématie infectée et y demeurer le temps nécessaire pour exercer son action. Par exemple, ils se lient aux protéines et sont trop lents pour assurer une concertation antiparasitaire efficace.

En effet, il faut signaler que cette chiomiorésistance s'observe aussi bien chez les *plasmodiums* que les anophèles. Des infections *à plasmodium falciparum* réfractaires aux doses curatives habituelles de chloroquine furent également signalées au Brésil et au Venezuela.

Le paludisme aigu à *plasmodium falciparum* réagissait à la quinine, mais ce médicament ne permettait pas toujours d'obtenir une guérison radicale. Cette maladie devient difficile à traiter du fait que les souches à plasmodium résistances aux insecticides (M. Abi, 2006, p. 54).

Face à cette situation, l'OMS a pris des mesures pour soutenir la recherche dans ce domaine particulier qui, pendant la décennie écoulée a porté sur trois principales activités à savoir la collecte de données et l'évaluation de la distribution, du degré et d'autres caractéristiques de la pharmacoréisitance ; l'étude des mécanismes biologiques enjeu, la recherche de nouveaux composés pouvant servir d'agents thérapeutiques de remplacement.

Il faut reconnaitre que la chimiorésistance des plasmodiums et des anophèles aux antipaludiques est l'un des principaux obstacles reconnus dans la lutte antipaludique. Ce phénomène s'observe aussi en tradithérapie où on parle d'accoutumance des plasmodiums et des anophèles aux antis palustres traditionnels (A. Gbadoé, A. Lade, et K. Morgah, 2004, p.2). Pour tenter de régler ce problème, les tradithérapeutes procèdent à des variations de combinaison des plantes utilisés. Aussi, certaines zones restent mal couvertes par les centres de santé. Les agents de santé sont parfois en nombre insuffisant ou insuffisamment formés pour assurer un suivi efficace. Cela compromet la continuité des actions de prévention et de traitement.

Malgré les efforts de lutte, le paludisme reste un problème majeur au Togo. En 2022, il a été signalé 16 652 852 cas de paludisme. Les enfants de moins de 5 ans représentaient 61 % (10 079 930/16 652 852), les personnes de plus de 5 ans et 5 % (774 453/16 652 852) les femmes enceintes. L'incidence la plus élevée est enregistrée dans la région sanitaire de la Kara, 547 cas pour 1000 habitants (T. Katansaou, 2024, pp.2). Cela souligne la nécessité de renforcer les stratégies de lutte et de s'assurer que les outils disponibles sont déployés efficacement. En réalité, les opérations exécutées pendant la période ont été basées sur le principe du contrôle du paludisme. Elles n'eurent pas pour objet l'éradication.

> A vrai dire, malgré la distribution de médicaments aux populations et les pulvérisations domiciliaires, les résultats ne furent pas satisfaisants. Il y eut quelques espèces d'anophèle qui acquièrent une résistance à l'égard de certains médicaments après quelques temps d'utilisation. Le plus important encore est que la plupart de ces médicaments avaient un effet rémanent assez court. En conséquence, un malade guéri par des médicaments pouvait être de nouveau rapidement infecté. En outre, seule une faible fraction de la population reçue des médicaments anti-malariques nécessaires en cas d'accès. La protection collective de la population par la prise régulière de médicaments appropriés pour éviter les rechutes et baisser le taux d'infection revient malheureusement cher, ce que le budget de l'Etat ne put supporter. (K. Alonou, 1994, p. 250).

Bien que le Togo utilise des outils tels que les moustiquaires imprégnées d'insecticide, la pulvérisation intra domiciliaire et la chimio prévention saisonnière, la couverture de ces outils n'est pas toujours optimale. L'accès universel à ces interventions est un objectif clé pour réduire l'incidence et la mortalité du paludisme.

3.2.2. La Pauvreté

Tout comme le paludisme, la pauvreté est pérenne au Togo.

En effet, quand on essaie de revoir un peu l'histoire de ces pays, on remarque que cette situation de pauvreté s'explique par plusieurs raisons. D'abord, ils ont été victimes de la traite négrière qui a entrainé une déportation massive de bras valides laissant sur place les enfants et les vieux incapables d'exercer les activités de production. Après la traite négrière, vint la colonisation avec le pillage des ressources de ces pays par les colons.

Aujourd'hui c'est la mondialisation du commerce qui entraine une concurrence sévère. A ces raisons s'ajoute le problème du paludisme. Cette endémie constitue un véritable obstacle à la production. Des paysans sont souvent victimes de sous-production parce que c'est en saison pluvieuse, période d'intenses activités agricoles que le paludisme sévit davantage empêchant un grand nombre d'agriculteurs de travailler. Ceci accentue la pauvreté des familles paysannes (M. Abi, 2006, p.55). Aussi, les ouvriers qui ne vivent que de leur force de travail sont handicapés par ce mal qui les prive de cette force de travail et les maintient à la maison. Ces derniers qui n'ont aucune garantie se retrouvent sans salaire parce que n'ayant pas pu travailler.

Bref, les activités de production sont souvent entravées par la maladie surtout que le paludisme sévit à tout moment de l'année. En dehors de ces effets néfastes sur la production, le paludisme absorbe quotidiennement les maigres économies que des populations pauvres arrivent à réaliser difficilement. Parfois, des familles entières sont obligées de s'endetter pour pouvoir sauver les paludéens hospitalisés. En 2006, la vulnérabilité à la pauvreté monétaire concernait 76,7% des ménages (M. Abi, 2006, p.56). Le taux de vulnérabilité des ménages est important dans tous les milieux de résidence mais en particulier dans les régions du nord et centrale du pays dans une moindre mesure.

Le Togo abrite environ 8,5 millions personnes. De 2018 à 2019, le taux de pauvreté est nettement plus élevé dans les zones rurales (58,8 %) par rapport aux zones urbaines (26,5 %). Cela s'explique en grande partie par une croissance économique principalement concentrée dans les secteurs modernes et un accès limité à des services de qualité. La pauvreté est plus

élevée dans les ménages dirigés par des femmes (45,7 %) que dans ceux dirigés par des hommes (45,2 %) (Rapport INSEED, 2020, p.2). Les femmes demeurent plus vulnérables, avec un accès plus limité aux opportunités économiques, à l'éducation, à la santé, ainsi qu'à d'autres infrastructures socioéconomiques de base. Cette caractéristique de la pauvreté reflète les faibles progrès enregistrés en matière d'inclusion et de disparités régionales.

La pauvreté augmente la vulnérabilité au paludisme en créant un environnement propice à la prolifération des moustiques et en limitant l'accès aux moyens de prévention, au traitement et à l'information. C'est pourquoi la lutte contre le paludisme est étroitement liée aux efforts de réduction de la pauvreté et au développement socio-économique.

Plusieurs acteurs interviennent dans le financement de la santé au Togo. Comme on peut le noter, les ménages restent la première source de financement (51% environ) du système de santé à travers le paiement direct (Rapport OMS, 2015, p.2). La plupart des pays touchés par le paludisme sont sous-développés, donc confrontés à des difficultés financières. Leur produit national brut (PNB) est inférieur à 1000 dollars US. Au Togo, le taux d'épargne intérieure a atteint 11,3 % du produit intérieur brut (PIB) en 2022, confirmant une progression par rapport à l'année précédente où il s'établissait à 9,2 % (Rapport BCEAO, 2023, p.3). Cette évolution s'inscrit dans une dynamique de redressement amorcée depuis 2020, année marquée par la crise sanitaire du Covid-19, Banque centrale de des Etats de l'Afrique de l'Ouest (Rapport BCEAO, 2023. p.3). Cette situation se complique avec la crise sanitaire du COVID 19. De plus, la balance commerciale de ces pays sous-développés est déficitaire pour deux raisons : les produits exportés par ces pays sont en nombre insignifiant et les prix de ces produits sont fixés d'une façon arbitraire par les acheteurs des pays du nord. Par contre, les produits livrés par ces pays du nord aux pays du Sud coûtent très cher, ce qui complique la tâche à ces pays du Tiers monde. Aussi, on peut noter la mauvaise gouvernance dans la gestion des fonds, les détournements abusifs et la corruption des dirigeants de ces pays impaludés.

Les faibles revenus des Etats les plus touchés par le paludisme ne leur permettent pas de mettre en œuvre la totalité des techniques de lutte disponibles. Cette situation est aggravée par la médiocrité des structures de lutte anti-vectorielle et l'insuffisance numérique de personnel qualifié. En conséquence, beaucoup de pays, voire des régions ont été amenées à faire un choix. Ainsi pour ces mêmes raisons, la contribution financière de ces Etats pour la lutte antipaludique est souvent insignifiante. La lutte antipaludique résulte aussi du besoin fondamental d'assurer

la croissance économique et le bien-être général dans ces pays en proie à une pauvreté aussi endémique.

Face à cette faible accessibilité financière aux soins de santé et dans la perspective d'une meilleure mutualisation du risque, le gouvernement a initié une importante réforme dans le financement de la santé qui a abouti à l'instauration d'un régime obligatoire d'assurance maladie depuis 2011. Mais du chemin reste encore à parcourir pour garantir l'accès de tous, y compris les personnes les plus pauvres et les plus vulnérables, à des services de santé de qualité sans risque de difficultés financières et, au-delà, pour amener la population togolaise à un état de santé optimal. La disponibilité et l'accès aux traitements du paludisme, notamment les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT), sont essentielles pour une prise en charge efficace. Il est important de s'assurer que les populations ont accès aux soins appropriés et en temps opportun, en particulier dans les zones rurales et éloignées. L'implication de la communauté est cruciale pour la lutte antipaludique. La sensibilisation à la prévention, à la nécessité de dormir sous moustiquaire imprégnée, et à l'importance de consulter rapidement en cas de symptômes est essentielle pour réduire la transmission du paludisme et améliorer la prise en charge.

Conclusion

En guise de conclusion, on peut retenir que la politique nationale de lutte contre le paludisme au Togo a connu une évolution notable, marquée par une volonté politique soutenue, une adaptation stratégique progressive et un renforcement des partenariats. L'engagement de l'État, à travers la mise en place du Programme National de Lutte contre le Paludisme(PNLP) en 1994, a constitué un tournant décisif dans la structuration de la réponse sanitaire face à ce fléau. En adoptant successivement plusieurs plans stratégiques nationaux (1994-1998, 2001-2005,2006-2010,2011-2015,2017-2022), le Togo a progressivement intégré les recommandations de l'OMS, privilégiant des approches multisectorielles basées sur la prévention, le traitement efficace et la surveillance épidémiologique. Les résultats obtenus témoignent d'un certain succès. L'extension de la distribution gratuite de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILD), l'introduction du traitement préventif intermittent chez la femme enceinte (TPI-SP), ainsi que la généralisation du traitement à base d'artémisinine (ACT) ont permis une réduction sensible de la morbidité et de la mortalité palustres, notamment chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. L'amélioration de l'accès aux soins, la formation du personnel de santé, l'implication

communautaire et la collaboration avec les partenaires techniques et financiers comme le Fonds mondial, l'OMS et l'UNICEF, ont renforcé l'efficacité des interventions.

Cependant, malgré ces avancées, plusieurs défis persistent notamment la résurgence périodique du paludisme, la résistance croissante aux insecticides et aux médicaments, les inégalités d'accès aux services de santé, surtout en milieu rural, ainsi que la dépendance financière vis-à-vis des partenaires extérieurs. Ces contraintes soulignent la nécessité d'un financement national plus soutenu, d'un renforcement de la recherche locale et d'une surveillance épidémiologique plus dynamique et décentralisée. En somme, la période 1994-2022 reflète une dynamique encourageante mais incomplète.

Sources et bibliographiques

1. **Sources orales**

Noms et prénoms	Profession	Lieu et Date d'entretien
ATABA Essoham	Epidémiologiste au PNLP-Togo	11 Avril 2025 au siège du PNLP-Togo
ATEKPE Somiabalo	Coordonnateur National du PNLP-Togo	11 Avril 2025 au siège du PNLP-Togo

2. **Bibliographie**

ABI Mandamili, 2006, « Histoire de lutte contre le paludisme : cas du Togo de 1952 à 2004», Mémoire de Maitrise, UL, 99 p.

ALONOU Kokou Benjamin, 1994, « Politique sanitaire de la France au Togo 1919-1960 », Thèse de doctorat, Université de Poitiers, 395p.

GBADOE A. D; ALADE A. ; KOFFI S.; et MORGAH K., 2004, « Prise en charge du paludisme dans les communautés du Togo », *in Manuscrit,* n°2747, pp4.

GBETOGLO Kokou, 1991, « Notes synthétiques sur l'évolution du paludisme au Togo » in *Agence internationale pour le développement*, n° Afro-0481, pp.82-90.

KATANSAOU T., 2024, « Analyse des données de la surveillance épidémiologique des cas de paludisme, Togo de 2008-2022 », *in volume* 72, pp.9

THOMAS Annne, 2022, « Analyse de la saisonnalité du paludisme au Togo et détection d'épidémies saisonnières », Thèse de doctorat, Université Claude Bernard Lyon 1, 171p.

Les Rapports

Ministère de la santé, rapport de la politique nationale de santé (PNS), 2010, 25p.

Programme National de Lutte contre, Rapport du plan stratégique, 2001-2005 au Togo, PNLP.

Rapport Banque Centrale des Etats de l'Afrique de Ouest, 2020, Evolution du taux d'épargne intérieur.

Rapport d'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS) réalisée, 2010.

Rapport de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques et Démographiques, 2020, 2p.

Rapport du 4 émè Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH4), 2016, 38p.

Rapport du point sur les activités de lutte contre le paludisme au Togo, 2005, Lomé, 7p.

Rapport du Programme Nationale de Lutte contre le paludisme (PNLP), 2016, « politique de lutte contre le paludisme au Togo», 36p.

Rapport Enquête sur les indicateurs du Paludisme au Togo, 2020, 136p.

République du Togo-PNLP, 2011, Plan stratégique 2011-2015 de lutte contre les vecteurs du paludisme au Togo.