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

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

OUGMA Hombamana

GONON Amevi Agberi

**Université de Lomé, Laboratoire d'Analyse d'histoire sociopolitique (LaHisPo)**

**Lomé-Togo**

**Spécialité : Gouvernance Hospitalière (GH)**

**Résumé**

La mortalité maternelle et infantile demeure un problème majeur de santé publique au Togo. Les réformes entreprises par l'État togolais dans le domaine de la santé de 2015 à 2022 ont visé à intégrer les Objectifs du développement durable (ODD) à la politique de santé du pays afin de réduire ce fléau. Le taux de mortalité post-natale a baissé de 2015 à 2020 d'environ 6% passant de 14, 9% à 8,1% selon Integrate Health (2021, p. 2). Les ODD ont-ils contribué à la politique de lutte contre la mortalité maternelle et infantile au Togo ? Cette étude est empirique et vise à analyser la politique de lutte contre la mortalité maternelle et infantile au Togo. 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 présenter le contexte de souscription des ODD par l'État togolais, ensuite monter l'exécution des grands axes des ODD santé, et enfin faire le bilan des politiques de lutte contre la mortalité maternelle et infantile au Togo.

MOTS Clés *:* mortalité, infantile, maternelle, ODD santé, Togo.

# FIGHT AGAINST INFANT AND MATERNAL MORTALITY IN TOGO: THE EXAMPLE OF HEALTH SDGs (2015-2022)

**Abstract**

Maternal and infant mortality remain major public health issues in Togo. The reforms undertaken by the Togolese government in the health sector from 2015 to 2022 aimed to integrate the Sustainable Development Goals (SDGs) into the country's health policy to reduce this scourge. The postnatal mortality rate decreased by approximately 6% between 2015 and 2020, falling from 14.9% to 8.1%, according to Integrate Health (2021, p. 2). Have the SDGs contributed to the policy against maternal and infant mortality in Togo? This empirical study

aims to analyze the policy to combat maternal and infant mortality in Togo. The documentary approach used is diverse and based on the consultation of theses, reports, dissertations, and oral sources. First, the context of Togo's adoption of the SDGs will be presented, followed by an overview of the implementation of the main health-related SDG axes, and finally, an assessment of the policies aimed at reducing maternal and infant mortality.

Keywords: mortality, infant, maternal, health SDGs, Togo

**Introduction**

Le système sanitaire du Togo est caractérisé par un taux élevé de mortalité qui affecte l'indice de développement humain. Selon les résultats de l'enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) 2010, la mortalité infanto-juvénile est passée de 123‰ à 124 ‰ soit une augmentation d'un point par rapport à leurs valeurs de 2006. Concernant le taux de mortalité maternelle, il est passé de 350 à 300 décès pour cent mille naissances vivantes entre 2008 et 2011 selon le quatrième rapport de suivi des objectifs du millénaire pour le développement (OMD,2014, p. 37). Ces taux élevés de mortalité ont eu une incidence non seulement sur les indicateurs sanitaires, mais aussi sur le développement socio-économique du pays. D'après nos analyses et recherches documentaires, les inégalités enregistrées dans l'accès aux soins de santé et l'impact des maladies sont à l'origine de ces fléaux. Pour relever ces défis, les réformes entreprises dans le domaine de la santé par l'État togolais ont abouti à l'adoption des objectifs de développement durable (ODD) en 2015. Conformément aux grands axes des ODD, notamment l'ODD trois (3) qui vise à garantir le bien-être, les programmes sanitaires ont été mis en place afin de réduire le taux de mortalité maternelle et infantile. Les ODD-santé ont-ils contribué à la politique de lutte contre la mortalité maternelle et infantile au Togo ?

Cet article a pour objectif d'analyser la contribution des ODD-santé à la politique de lutte contre la mortalité maternelle et infantile au Togo. L'approche documentaire utilisée est variée et fondée sur la consultation des thèses, des mémoires, des articles, des rapports traitants des réalisations des ODD santé. Nous avons également recueilli les informations orales sur les avancées et les défis enregistrés dans la politique de lutte contre la mortalité maternelle et infantile au Togo. Ces sources consultées ont permis de structurer notre analyse en trois (3) parties.

Tout d'abord, nous allons présenter le contexte de souscription des ODD-santé au Togo, ensuite montrer l'exécution des grands axes des ODD-santé et enfin faire le bilan enregistré dans la politique de lutte contre la mortalité maternelle et infantile.

## 1. Contexte d'adoption des ODD-Santé au Togo

Les échecs enregistrés dans la mise en œuvre des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) santé ont amené le gouvernement togolais a adopté les ODD-santé en 2015. En effet, la situation sanitaire du pays à la fin des OMD présentait un bilan négatif particulièrement avec un taux élevé de mortalité maternelle et infantile.

### 1.1. La définition des OMD-santé dans le contexte de lutte contre la mortalité infantile et maternelle

Nous désignons par OMD-santé, les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) quatre (4), cinq (5) et six (6). Ces objectifs se présentaient comme suit : Tout d'abord, l'OMD quatre (4) visait la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans de deux tiers de 1990 à 2015. Ensuite, l'OMD cinq (5) visait à améliorer la santé des mères en réduisant leur mortalité de 75%de 1990 à 2015. Enfin l'OMD six (6) prévoyait de combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies. Tels sont les objectifs qui ont été fixés dans l'exécution des OMD-santé au Togo. Le but visé était de réduire les taux élevés de mortalité occasionnés par les crises socio-économiques.

En effet, les effets conjugués des politiques d'ajustement structurel et des crises démocratiques ont contribué à l'augmentation du taux de mortalité au Togo. Le pourcentage de financement de la santé était passé de 8,3% en 1991 à 5,7% en 2000 selon le quatrième (4e) rapport de suivi des objectifs du millénaire pour le développement (OMD, 2014, p. 42). L'avènement des OMD devait entrainer l'augmentation du budget de la santé et par ricochet contribuer à l'exécution des programmes de lutte contre la mortalité. Mais, la gestion des fonds alloués n'a pas été un succès. Dans le cadre de l'atteinte de l'OMD quatre (4) qui visait à réduire la mortalité infantile, un financement de 30 milliards FCFA a été mobilisé grâce au soutien de l'Union européenne, de l'Alliance globale pour les vaccins et l'immunisation (GAVI), du Fonds Mondial et de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS). Les budgets consacrés respectivement à l'OMD cinq (5) et six (6) s'évaluaient à 11,02 milliards FCFA (OMD,2014, p. 50). Ces fonds alloués à la santé dans le cadre des OMD visaient à réduire le taux de mortalité maternelle et infantile au Togo. Mais, les progrès réalisés n'ont pas été à la hauteur des attentes.

### 1.2. La situation sanitaire du Togo au cours des OMD

Le système de santé au Togo était confronté aux maladies comme le paludisme, le SIDA et la tuberculose. Ces maladies ont engendré un taux élevé de mortalité. Le paludisme représentait le

fardeau le plus lourd de 2000 à 2014. Il affectait les femmes enceintes et les nouveau-nés. Les malades hospitalisés à cause de cette maladie variaient entre 38% pour la région de Kara et de 28% pour celle de Savane (OMD, 2014, p. 55).

En dehors du paludisme, les maladies diarrhéiques ont également menacé la santé de la population togolaise. Elles étaient causées par les infections, la malnutrition, le faible accès à l'eau potable, les mauvaises pratiques d'hygiène et d'élimination des déchets.
La tuberculose et le VIH /SIDA ont influencé le système sanitaire du Togo pendant l'exécution des OMD. Selon le dispositif de surveillance épidémiologique, le taux de prévalence du VIH/SIDA chez les femmes enceintes est passé de 4,8% à 3,6% de 2003 à 2012. Par ailleurs, le nombre d'orphelins et autres enfants rendus vulnérables par cette maladie était estimé à 66 000 en 2012 (OMD, 2014, p. 53). Les nouvelles infections liées à cette maladie sont évaluées à 10000 personnes et les décès à 7 500 personnes en 2012 (OMD, 2014, p. 37). En plus de ces maladies, on a assisté à l'émergence des maladies non transmissibles (MNT), notamment l'hypertension artérielle, qui constitue un facteur de risque des accidents vasculaires cérébraux et des crises cardiaques. Cette maladie a également contribué à l'augmentation du taux de mortalité maternelle.

Les indicateurs en taux de mortalité maternelle n'étaient pas satisfaisants en raison de l'accès limité aux soins prénatals et postnatals. Selon l'Inter Agency Estimates, le taux de mortalité maternelle est passé de 350 à 300 décès pour 100 000 naissances vivantes de 2008 à 2011(OMD, 2014, p. 44). Toutefois, ce taux reste encore très loin de la cible OMD quatre (4) qui visait 142,5 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015. Le pourcentage de naissances assistées par un personnel de santé qualifié était faible dans les zones reculées soit 21,6%, sur les 1666 sages-femmes au plan national, Lomé commune regroupait 348 contre 150 dans les Savanes (OMD, 2014, p. 46).

Le taux de mortalité infantile était aussi élevé. Selon les résultats des enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS) de 2006 à 2010, le taux de mortalité infanto-juvénile était respectivement de 123‰ à 124‰, contre une cible OMD de 51‰ en 2015 (OMD, 2014, p. 37). Le taux de mortalité infantile de moins d'un an était estimé entre 77‰ à 78‰ en fonction du sexe, du milieu de résidence et de la région. Chez les garçons, il était passé de 89‰ à 84‰ de 2006 à 2010. Chez les filles, ce taux a augmenté de 65‰ à 72‰ sur la même période. En milieu urbain, il était passé de 49‰ à 66‰ (OMD, 2014, p. 40).

En effet, ces taux de mortalité élevé se justifiaient par la faible prise en charge des maladies de l'enfant, la pauvreté des ménages, l'inégal accès aux soins de santé, la faible capacité de stockage des vaccins, le non-respect du calendrier vaccinal en vigueur au Togo, et la faible utilisation de la moustiquaire imprégnée.

Eu égard à tout ce qui précède, nous déduisons que les défaillances de l'état sanitaire du pays ont entrainé un taux élevé de la mortalité maternelle et infantile nonobstant la politique des OMD santé. Pour relever ces défis, les autorités du système de santé ont souscrit au ODD-santé.

## 1.3. L'adoption des Objectifs du développement durable (ODD) par le Togo

Les échecs observés à la fin des OMD santé ont amené le gouvernement togolais à l'adoption des ODD. Cette partie va aborder l'origine des ODD et leurs incorporations à la politique sanitaire de lutte contre la mortalité maternelle et infantile.

### 1.3.1 L'origine des ODD

En 1979, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) adoptait la résolution *« la santé pour tous en l'an 2000* », suivie des OMD en septembre 2000. Celles-ci incluaient la réduction de la mortalité infantile et maternelle avant la fin du XX$^{e}$ siècle. Quant aux ODD, ils ont été adoptés le 27 septembre 2015 par l'assemblée générale de l'organisation des nations unies (ONU) lors d'un sommet sur le développement durable conclu par l'adoption historique d'un programme. Il s'agit, des Objectifs du développement durable (ODD). Ils s'appuient sur dix-sept (17) objectifs dont l'ODD trois (3). Il prévoit « *assurer à tous une vie en bonne santé et promouvoir le bien-être pour tous à tous les âges* ».

En effet, l'ODD trois (3) comportait treize (13) cibles, dont neuf (9) sont quantifiées. Parmi ces cibles, on y retrouve la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Ces cibles ont mis l'accent sur la réduction des inégalités en ce qui concerne l'accès aux soins de santé à travers la promotion du concept de couverture sanitaire universelle. Cette promotion vise à garantir à tous les individus un accès aux soins essentiels de qualité et sans coûts financiers excessifs (D. Tabutin et B. Masquelier, 2020, p.29). Les pays membre des Nations unies dont le Togo ont souscrit aux ODD.

### 1.3.2 L'intégration des ODD-santé à la politique sanitaire du Togo

L'ODD trois (3) qui concerne la santé, vise à réduire le taux de mortalité maternelle et infantile. Il a été intégré au plan national de développement sanitaire (PNDS) de 2015 à 2022.

En décembre 2015, le Togo a organisé un atelier de formation à l'intention des acteurs sanitaires nationaux sur les outils et la méthodologie d'intégration des ODD-santé et leurs cibles dans les programmes de planification selon le rapport sur l'état d'avancement de l'intégration des Objectifs de développement durable dans les instruments nationaux de planification (ODD, 2016, p. 10).

Conformément aux orientations des ODD-santé, deux plans de développement économique et social ont été lancés durant cette période. Il s'agit du programme national de renforcement des capacités et de modernisation de l'Etat pour le développement durable du Togo (PNRCME/DD) couvrant la période de 2015 à 2019 et le Plan national de développement (PND) qui couvrait la période de 2018 à 2022. L'objectif visé par ces deux programmes était de promouvoir la gouvernance inclusive tout en contribuant à l'atteinte des objectifs du développement durable. Ils ont inclus l'ODD trois (3) qui promeut respectivement l'amélioration de la santé procréative, maternelle et infantile, en réduisant les principales maladies transmissibles et non transmissibles. L'intégration des ODD-santé au plan national de développement sanitaire (PNDS) a visé « *l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et le renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents* » (PNDS, 2017, p. 3).

Ce plan national de développement sanitaire ( PNDS) devait contribuer à réduire le ratio de mortalité maternelle de 401 décès pour 100.000 nouveau-né (NV) en 2014 à 250 d'ici 2022, à diminuer le taux de mortalité néonatale de 27 décès pour 1000 NV en 2013 à 17 pour 1000 NV d'ici 2022, à faire régresser le taux de mortalité infanto-juvénile de 88 pour 1000 NV en 2013 à 59 pour 1000 NV d'ici 2022, à réduire le taux de natalité chez les adolescentes de 85 pour 1000 en 2014 à 56 pour 1000 à l'horizon 2022 comme l'indique le plan stratégique intégré de la santé génésique, santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (SGSMNEA,2018,p.8). Tels sont les buts fixés par le PNDS dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle et infantile.

Pour atteindre l'objectif de 250 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, de 17 décès néonatals pour 1000 naissances vivantes et de 59 décès infanto-juvénile pour 1000 naissances vivantes à l'horizon 2022, le PNDS a été financé par le gouvernement togolais et les partenaires au développement à hauteur de 93,5 milliards. Ces fonds étaient destinés à financer les programmes de lutte contre la mortalité (SGSMNEA, 2018, p. 10).

### 2. Contribution des ODD-santé à la lutte contre la mortalité maternelle et infantile

Les réalisations dans ce sens ont porté sur la réduction du taux élevé des décès maternels et infantiles. Aussi, le programme élargi des vaccins a été renforcé pour l'accès équitable aux soins de santé pour tous.

### 2.1. La lutte contre la mortalité maternelle et infantile

Pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, infantile et néonatale un programme dénommé Prise en charge intégrée de la mère et du nouveau-né et de l'enfant (PCIMNE) a été mis en œuvre par le gouvernement togolais en 2005. L'exécution de ce programme a permis de former les agents de santé, notamment les sages-femmes des formations sanitaires du Togo. L'objectif, était d'améliorer la couverture sanitaire en intervenant sur les indicateurs, afin de réduire la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile.

La réduction du taux de mortalité maternelle s'est aussi traduite par l'exécution du programme dénommé Campagne d'accélération de la Réduction de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA). Il a été mis en œuvre depuis 2010 et a contribué à accélérer la réduction de la mortalité grâce à la subvention de la césarienne au Togo. Ce programme visait à garantir l'égalité d'accès à des services de santé de qualité, particulièrement le renforcement des soins obstétricaux et néonatals, ainsi que le traitement de la fistule obstétricale, la fourniture d'équipement et de médicament essentiels, la consolidation de la formation des sages-femmes et la consolidation de l'action communautaire en faveur de la prophylaxie.

Par ailleurs un autre programme sanitaire dénommé « *WEZOU* » a été mis en œuvre. Créé par décret présidentiel n° 2021-087/PR du 25 août 2021, il s'inscrivait dans le cadre de la mise en œuvre des ODD-santé « *couverture sanitaire universelle* ». Le mot « *WEZOU* » signifie « *Le Souffle de Vie* » en kabyè. Selon les propos du Président de la République togolaise Faure Gnassingbé, ce programme vise, à « *réduire les taux de mortalité maternelle et néonatale, conformément au renforcement de l'inclusion sociale et à la modernisation de l'Etat telles que prévues dans la feuille de route gouvernementale* » comme l'indique le bulletin mensuel d'information Togo émergent n°007 d'avril (2023, p. 4).

En effet, c'est un programme gouvernemental visant à garantir la gratuité des soins maternels essentiels pour toutes les femmes enceintes. Dès son lancement, le gouvernement togolais a alloué une enveloppe financière de trois (3) milliards de FCFA.

Pour la première année plus de 950 millions de FCFA ont été investis selon le bulletin mensuel d'information Togo émergent n°007 d'avril (2023, p. 9). Ce programme offrait quatre (4)

consultations prénatales comprenant des analyses d'urine, une supplémentation en acide ferrique-folique, les frais d'hospitalisation, les produits de base pour les accouchements sans complication, les césariennes, les accouchements vaginaux assistés et les soins postnatals de base selon le bulletin mensuel d'information Togo émergent n°007d'avril (2023, p. 9). Selon une interviewée,

> Le programme « *WEZOU* » est un programme mis en place par l'Etat togolais conformément aux Objectifs du développement durable (ODD). Il vise à assurer l'accès aux soins de santé des femmes enceintes afin de réduire le taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile à travers un accompagnement médical et financiers. Le programme repose sur plusieurs axes à savoir ; la gratuité des soins au cours des consultations prénatales. En effet, il prend en charge quatre (4) consultations sur les huit (8). Avec « *WEZOU* », la réalisation des analyses médicales, des échographies et les groupages sont gratuits. Les accouchements sont assistés et assurés par les personnels de santé qualifiés. La prise en charge des césariennes à travers la gratuité des kits, les soins du cordon ombilical après la naissance et l'octroi aux nouveau-né des vitamines. Ces différents axes ont contribué à réduire la mortalité maternelle et infantile au Togo[1].

La lutte pour la réduction de la mortalité infantile au Togo s'est également traduite par la mise en œuvre des campagnes de supplémentation en vitamine A. En 2016, l'État togolais a régulièrement organisé des campagnes visant à administrer de la vitamine A aux enfants âgés de 6 mois à 5 ans, afin de prévenir les carences en cette vitamine. Cette campagne est remplacée par les Journées de Santé de l'Enfant (JSE) et permet de prévenir la mortalité infantile. L'exécution du PNDS a contribué à instruire les femmes enceintes sur la nécessité de se rendre à l'hôpital au premier trimestre pour une consultation prénatale.

Au cours de ces consultations, les sages-femmes sensibilisaient les femmes enceintes sur la nécessité du respect des règles d'hygiène pendant la grossesse et après l'accouchement afin de garantir une bonne santé à la mère et à l'enfant. Á cela s'ajoute les programmes de vaccination.

### 2.2. La lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles chez les femmes enceintes et les nouveau-nés

Dans le cadre des ODD santé, le gouvernement togolais a intensifié les efforts de lutte contre les maladies transmissibles de 2015 à 2022. C'est dans cette perspectives que trois (03) programmes ont été adoptés et mis en œuvre. Il s'agit du Programme national de lutte contre le SIDA (PNLS), le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) et le Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT). Par ailleurs, les campagnes de vaccination ont été organisées pour réduire la mortalité des nouveau-nés.

[1] Entretien réalisé le 4 juin 2025 à 16h avec une sage-femme de la préfecture de Tabligbo.

En effet, les programmes élargis de vaccination (PEV) ont contribué à immuniser les enfants et les mères contre les principales maladies évitables, notamment la tuberculose, la coqueluche, le tétanos, la rougeole, la poliomyélite et la fièvre jaune.

En ce qui concerne le VIH/ SIDA, une attention particulière a été portée à la prévention et à la prise en charge, notamment à travers les dépistages précoces et la gratuité des Antirétroviraux (ARV). Plus de 14840 personnes ont été déclarés positives à cette maladie en 2014 dont les femmes enceintes et les nouveaux nés. Pour limiter la transmission de la mère à l'enfant, les tests sont effectués sur des femmes enceintes. L'effectif des personnes séropositives a augmenté, passant de 160000 à 247002 cas dans la population, avec une séroprévalence de 6% à la fin des années 2014 (M. Tcholou, 2009, p. 73). Dans le cadre de la lutte contre la mortalité, l'État togolais a subventionné l'achat des antiviraux chez les femmes enceintes à hauteur de 9% (M. Tcholou, 2009, p. 78).

La lutte contre le paludisme a occupé une place de choix dans la prévention de la mortalité maternelle et infantile au Togo. La lutte contre cette maladie chez les femmes enceintes et les enfants s'est traduite par la prise en charge des cas graves, la mise à disposition de médicaments antipaludiques, la distribution des Moustiquaires imprégnées d'insecticides de longues durées d'action (MILDA), ainsi que les campagnes de sensibilisations sur la nécessité de dormir sous les moustiquaires.

Par ailleurs, la poliomyélite a été prévenue par les campagnes de vaccination et de riposte antipolio. La réduction de la mortalité liée à cette maladie s'est faite par la vaccination surtout chez les enfants de moins d'un an et chez les femmes enceintes sur toute l'étendue du territoire.

En dehors de la poliomyélite, une campagne de vaccination de masse contre la rougeole des enfants de 9 mois à 14 ans a été aussi organisée en janvier 2015. Une attention particulière a été également accordée au renforcement de la surveillance épidémiologique, afin de mieux suivre les tendances d'évolution des maladies transmissibles évitables par la vaccination selon Plan pluriannuel complet (2016-2020) du programme élargi de vaccination au Togo (2015, p.16). Pour renforcer le combat préventif des affections transmissibles, une équipe des cliniques mobiles de prospection a été mis en place pour effectuer les prospections et les visites systématiques sur le terrain comme le montre la photo ci-dessous.

Photo1 : ***les cliniques mobiles de prospection***

Source :https://www.undp.org/fr/togo/actualites/acces-aux-soins-toucher-le-plus-grand-nombre, consulté le 5 juin 2025 à 10h.

Cette image présente les cliniques mobiles mises en place pour faciliter l'accès aux services de soins. L'objectif était de desservir les zones les plus enclavées où les infrastructures sanitaires manquent au Togo. Elles ont contribué à administrer aux enfants trois doses de vaccin contre l'hépatite B, une dose contre la polio et une dose pour la rougeole à travers le programme élargie de vaccination (PEV) en vigueur au Togo (B. Lare, 2017, p. 149).

## 3. Bilan de la mise en œuvre ODD-santé au Togo

L'exécution des ODD-santé au Togo s'est matérialisée par des avancées significatives en terme de réduction de la mortalité maternelle et infantile. Mais, on constate toujours des insuffisances qui remettent en mal l'accès aux soins de santé.

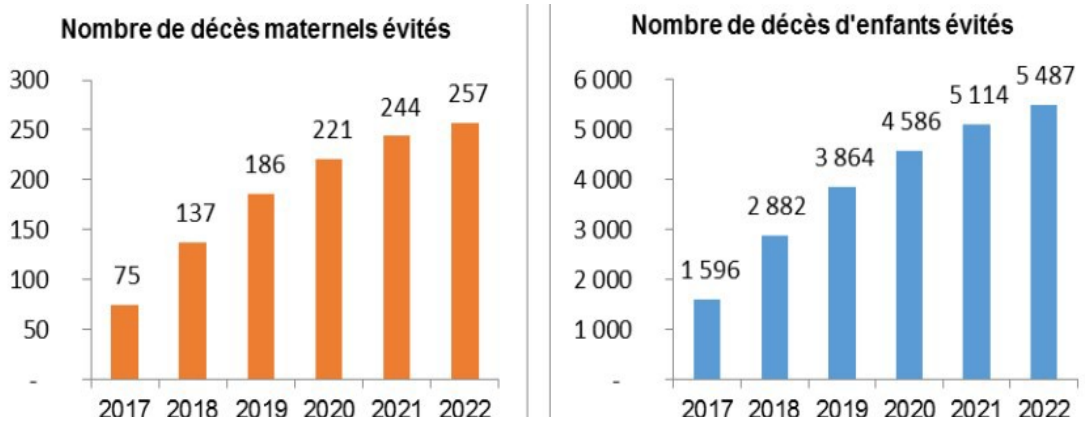
### 3.1. Les avancées remarquées dans l'exécution des ODD santé

En matière d'acquis et de bonnes pratiques à capitaliser dans l'exécution des ODD-santé au Togo, on peut citer l'évolution positive des indicateurs de santé de la mère à l'enfant et ceux liés à la lutte contre le VIH/SIDA et le paludisme. Une étude du Ministère de la santé du Togo et de l'ONG internationale Integrate Health intitulé, « *Explorer les services de santé maternelle et infantile dans le nord Togo* » révèle qu'*« il y a eu une diminution du taux de mortalité maternelle de 10% entre 2010 et 2017* » selon la politique nationale de qualité des services de santé du Togo ( 2019, p. 34). Les progrès ont été enregistrés dans le cadre de la mise en œuvre des programmes sanitaires pour l'atteinte des ODD-santé particulièrement la lutte contre la mortalité maternelle et infantile.

Selon le rapport d'évaluation du PNDS 2017 à 2022, la santé de l'enfant a connu une réelle amélioration au cours des dernières années. Cela s'est traduit par la réduction des taux de mortalité maternelle, infantile et infanto juvénile. Concernant la réduction de la mortalité infantile, les taux sont passés respectivement de 49 à 42 décès pour 1000 naissances vivantes de 2014 à 2017 et la mortalité infantile est passée de 88 à 71 décès pour 1000 naissances vivantes (PNDS, 2023, p. 9).

L'exécution des ODD-santé à travers le plan national de développement sanitaire (PNDS), a contribué à la réduction de la mortalité maternelle. L'ODD-santé a également permis de sauver 1 120 vies de mères et 23 529 vies d'enfants supplémentaires sur la période de 2017 à 2022 (PNDS, 2017, p. 26). Le pourcentage d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié estimé à 61,5% en 2014 (EDST III, 2014) est passé à 90,0% en 2022. L'assistance des accouchements par les sages-femmes a permis d'éviter les décès maternels et infantiles, comme le montre le diagramme un (1) et deux (2) qui suivent (PNDS, 2017, p. 28)

Figure 1: **Graphiques des décès maternels et infantiles évités au Togo**




Source : Développement de l'application OneHealth cité par le PNDS (2017 à 2022), 2017, p.26.

Ces deux diagrammes montrent les mortalités maternelles et infantiles évitées grâce à la contribution des ODD santé et du PNDS au Togo. Les taux de décès évités ont passé de 75 en 2017 à 257 en 2022 tandis que le nombre de décès d'enfants évités en 2017 est évalué à 1596 et est à 5487 en 2022.

Une légère amélioration de la disponibilité des médicaments et autres produits de santé ont été constatées de 2017 à 2021. La disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires a connu une légère amélioration. Le pourcentage d'établissements de santé sans rupture de stocks

d'au moins un médicament est passé de 39,0% en 2012 à 58,10 en 2021 % (PNDS,2023, p. 18). La réduction de la mortalité maternelle et infantile s'est aussi traduite par une lutte contre les maladies à travers l'exécution des programmes élargis de vaccination sur toute l'entendue du territoire togolais. La couverture vaccinale a augmenté et a permis de réduire considérablement le taux de mortalité lié aux maladies au Togo comme le montre le tableau 1.

**Tableau 1**: ***La couverture vaccinale de 2016 à 2020 dans le contexte des ODD santé.***

| | Couverture vaccinale | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| BCG | 90% | 93% | 95% | 96% | 98% |
| VAT2+ - Femmes enceintes | 80% | 82% | 85% | 87% | 90% |
| DTC-HepB-Hib(3) | 86% | 88% | 90% | 92% | 93% |
| Rougeole/Rubéole | ≥95% | ≥95% | ≥95% | ≥95% | ≥95% |
| Vitamine A | ≥95% | ≥95% | ≥95% | ≥95% | ≥95% |

Source : Plan pluriannuel complet 2016 – 2020 du programme élargi de vaccination au Togo,2015, p. 37.

A travers ce tableau, l'on voit que la couverture vaccinale des enfants contre la BCG, VAT2+, la DTC-HepB-Hib (3), la rougeole, et la Vitamine A a considérablement progressé de 2016 à 2020. Les enfants ont été ciblés et ont reçu des doses de la BCG polio notamment dans les communautés où la circulation du virus était intense.

Concernant la lutte contre le paludisme, le pourcentage des cas confirmés traités dans les formations sanitaires conformément aux directives nationales du PNDS est passé de 86,0% en 2015 selon la politique nationale de lutte contre le paludisme (PNLP, 2015) à 95,0% en 2022. Les cas graves sont correctement pris en charge chez les enfants de moins de 5 ans avec un taux évalué à 69,2% en 2015, est passé de 85,0% en 2022. Le pourcentage de femmes enceintes dormant sous MILDA est passé de 40,0% en 2014 (EDSTIII, 2014) à 90,2% en 2022 et les enfants de moins de 5 ans dormant sous les moustiquaires imprégnées étaient de 42,9% en 2014 (EDSTIII, 2014), est passé à 85,0% en 2022 (PNDS, 2017, p. 32).

Les résultats sont satisfaisants dans le contexte de lutte contre le VIH SIDA. Le pourcentage de femmes enceintes séropositives ayant reçu des antirétroviraux dans le but de réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant estimé à 90,0% en 2015 (PNLS, 2015) est passé à 100,0% en 2022. Les enfants nés de mère séropositive ont subi un test virologique au cours de leurs deux premiers mois de vie évalué à 39,0% en 2015 (PNLS, 2015) est passé à 50,0% en 2022 (PNDS, 2017, p. 33).

### 3. 2. Les insuffisances remarquées

Les insuffisances sont à relevés dans la politique de lutte contre la mortalité maternelle et infantile malgré les efforts consentis pour l'atteinte des objectifs fixés par l'ODD-santé.

Selon l'annuaire des statistiques sanitaires de 2021, le paludisme demeure l'une des principales causes des décès maternels et infantiles avec un taux évalué à 7,7% (PNDS, 2023, p.8). En 2014, le ratio de la mortalité maternelle qui était estimé à 401 décès pour 100 000 naissances vivantes est passé de 399 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2021 selon l'agence du Système des Nations Unies en dépit des efforts accomplis. Ces taux élevés de décès sont dus principalement à des causes obstétricales directes, notamment les hémorragies (47%), l'éclampsie (24%) et les infections (13%) (PNDS,2023, p. 8.)

Par ailleurs, on peut également noter l'accès limité aux soins et aux services de santé\. Malgré les efforts déployés dans le cadre des ODD-santé, notamment l'appui aux soins prénatals, l'assistance aux accouchements, le taux de mortalité maternelle et infantile n'a pas connu de baisse significative. Les progrès accomplis dans l'opérationnalisation des sites offrant des soins obstétricaux furent insuffisants. Parmi les conséquences, on note l'incapacité à assurer une prise en charge adéquate des complications obstétricales sur l'ensemble du territoire, le dysfonctionnement du système de référence et contre référence, la faiblesse de l'offre de services de planification familiale, la faible accessibilité financière aux services de soins et une faible utilisation continue des soins prénatals.

Par ailleurs, des faiblesses ont persisté en ce qui concerne l'accès aux médicaments, aux vaccins, aux produits sanguins et aux technologies médicales. En effet, l'insuffisance de disponibilité des médicaments et autres produits de santé a engendré des difficultés au sein des structures sanitaires. Plus de 40% des formations sanitaires ont connu des ruptures de stocks en médicaments essentiels compromettant ainsi le panier de soins pour la prise en charge des femmes enceintes dans le programme *WEZOU.* Le pourcentage de femmes enceintes ayant effectué au moins quatre (4) consultations prénatales reste insuffisant soit 45% et celui d'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié s'est évalué à 70,03% en 2021. Le pourcentage de femmes enceintes ayant reçu au moins trois doses de traitement préventif intermittent (TPI) pendant la grossesse est passé de 58% (PNDS, 2023, p. 8).

Selon les propos d'une sage-femme interviewée, *« Le programme « WEZOU » n'est pas bien respecté dans les zones les plus reculées parce que certains produits ne sont pas pris en charge par le programme. Á cela s'ajoute le manque du matériels et des moyens financiers*[2] ».

Pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et infantile au Togo, en cohérence avec les ODD santé, les dirigeants togolais et les partenaires doivent développer davantage le maillage des services de santé maternelle et néonatale dans les zones rurales. Renforcer la formation des agents de santé communautaire pour qu'ils puissent effectuer des visites à domicile pendant la grossesse et l'accouchement. Renforcer le transport (disponibilité de l'ambulance 24 heures/ 24) des urgences obstétricales pour assurer un transfert rapide et sécurisé des patients vers les structures de soins appropriées. Améliorer aussi les infrastructures pour faciliter l'accès aux soins de santé. Etendre le programme WEZOU aux couches sociales vulnerables pour garantir la gratuité totale des soins liés à la grossesse, l'accouchement et la période postnatale. Renforcer une assurance santé universelle ou systèmes de protection sociale pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. Subventionner les coûts des médicaments essentiels et des vaccins.

**Conclusion**

En définitive, l'incorporation des ODD-santé au PNDS a contribué à la réduction du taux de mortalité maternelle et infantile. Grâce à l'exécution du plan national de développement sanitaire (PNDS) de 2017 à 2022 des résultats significatifs ont été enregistrés, notamment l'amélioration de la santé de la mère et des enfants, la réduction de la morbidité et de la mortalité liée aux maladies transmissibles telles que le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Les programmes de vaccination ont permis de prévenir certaines maladies. La consolidation de la prévention et le contrôle des infections (PCI) dans les formations sanitaires a été remarquable au Togo. Le renforcement des effectifs du personnel de santé, en particulier les sages-femmes chargées d'assister les accouchements dans le cadre du programme *WEZOU*, n'a pas rencontré le succès escompté.

Ces efforts ont contribué à réduire drastiquement le taux de mortalité maternelle et infantile. Toutefois, des insuffisances persistent en matière de santé maternelle et infantile, dans la lutte contre les maladies, ainsi que l'offre de services de soins de qualité. Pour surmonter ces défis, le gouvernement a souscrit un nouveau PNDS 2023 à 2027 qui est en cours d'exécution.

[2] Entretien réalisé le 4 juin 2025 à 16h avec une sage-femme de la préfecture de Tabligbo

**Références Bibliographies**

Alexandre Dumont, 2017, « Réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement : quelles sont les interventions efficaces ? » in, Dans Revue de Médecine Périnatale, n°1, pp.7-14.

Babénoun Laré, 2017, les stratégies d'accès aux soins de santé primaires dans la préfecture tandjouaré au Nord-Togo, thèse unique de doctorat en géographie, Université de Lomé (UL), 227 p.

Christa Attivon & Calire Mestre, 2023, « Dziku dzikui, pour la vie des bébés chez les Adja-Ewé au Togo » in, Dans spirale, n° 107, pp.173-176.

Dominique Tabutin & Bruno Masquelier, 2020, « La démographie de l'Afrique subsaharienne au XXIe siècle : bilan des changements de 2000 à 2020, perspectives et défis d'ici 2050 » in, Dans population, n°2, pp. 169-295.

Kpatchaa Songhai, 2022, « itinéraire thérapeutiques des patients dans un contexte de défaillances du marché de soins au Togo » in, Revue de la société française de santé Publique, n°4, pp.527-536.

Mouzôou Tcholou, 2009, prévention sanitaire au Togo contre le VIH-SIDA de 1987 à 2006, mémoire de maîtrise, Université de Lomé (UL), 102 p.

Patrick MARX,2021, « La santé communautaire : un levier pour faciliter l'accès à la couverture maladie universelle ? » in, Regards Protection Sociale, n°58, pp.191-197.

Politique nationale de qualité des services de santé du Togo, https://www.giz.de/sites/default/files/media/pkb-document/2025-07/politique-nationale-de-qualite-des-services-de-sante-du-togo.pdf, consulté le 28 mai 2025 à 10h30.

République togolaise (2015) Plan pluriannuel complet (2016-2020) du Programme élargi de vaccination ;https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning_cycle_repository/togo/togo_cmyp_2016-2020.pdf,

République togolaise (2017), Plan national de développement sanitaire de 2017 à 2022, https://sante.gouv.tg/wp-content/uploads/2021/06/TOGO_PNDS-2017-2022_version-definitive_210217-.pdf, consulté le 04 juin 2025 à 16h30.

République togolaise (2018), Plan National de Développement (PND) de 2018 à 2022, .,https://www.togofirst.com/media/attachments/2019/04/02/-pnd-2018-2022.pdf?, consulté le consulté le 4 juin 2025 à 15h00.

République togolaise (2023), Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2023 à 2027, 88 p.

République togolaise(1998), une Politique Nationale de Santé( PNS), https://sante.gouv.tg/wp-content/uploads/2021/06/PNS_Version-FINALE.pdf, consulté le 1 juin 2025 à 08h.

Sesso Gbeleou & Etonam Sowu, une initiative de soins primaires intégrés pour la santé infantile dans le nord du Togo, https://integratehealth.org/wp-content/uploads/2022/01/Une-initiative-de-soins-primaires-integree-Etude-Pediatrics-Sante-Integree.pdf, consulté le 08 septembre 2025 à 16h30.

Togo-émergent, Programme WEZOU Impacts et bilan dans la gouvernance sociale du Togo, https://lomegraph.tg/wp-content/uploads/2023/08/TOGO-EMERGENT-n%C2%B0007_Avril-2023.pdf, consulté le 02 septembre 2025 à 13h30.

Togo 4ème Rapport de suivi des objectifs du millénaire pour le développement, https://www.undp.org/fr/togo/publications/quatrieme-rapport-de-suivi-des-omd-2014, consulté le 28 mai 2025 consulté le 28 mai 2025 à 10h00.