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

# LA GOUVERNANCE SANITAIRE EN AFRIQUE : ENTRE DÉFIS POLITICO-ÉCONOMIQUES ET EXIGENCES ÉTHICO-CULTURELLES

EKPO Kouadio Victorien
Université Alassane Ouattara, Bouaké (Côte d'Ivoire)
Philosophie – bioéthique

**Résumé**

Les questions de la gouvernance sanitaire constituent des enjeux majeurs pour l'épanouissement de tous les individus. Elles favorisent la quiétude quand elles intègrent les préoccupations humanistes de respect de l'égalité, de l'équité et de prise en charge de la vulnérabilité. Toutefois, en Afrique, les environnements politico-économiques et éthico-culturels, en contribuant à la consolidation de la gouvernance sanitaire, comportent des défis de divers ordres qui sont, parfois, à la source de vives inquiétudes. Dans cette logique, peut-on construire une gouvernance hospitalière fiable dans une Afrique où les pathologies de la gouvernance et les exigences éthico-culturelles créent des désordres dans la promotion des soins de santé ? L'intellection de cette interrogation est orientée par l'objectif qui est d'évaluer les défis de la mise en œuvre des politiques de santé, et l'influence toxique de certaines exigences éthico-culturelles sur celles-ci, en vue de cheminer vers une gouvernance sanitaire plus viable. La réalisation de cet objectif est construite à partir des méthodes historique comparative et critique. L'interaction de ces méthodes conduit à la vérification de l'hypothèse suivante : la gouvernance sanitaire en Afrique peut atteindre ses objectifs si elle est épurée de ses germes nuisibles.

**Mots-clés :** Afrique, éthico-culturelle, gouvernance sanitaire, politico-économique, viable.

**Abstract**

The issues of health governance are major challenges for the flourishing of all individuals. They promote tranquility when they incorporate humanistic concerns of respect for equality, equity, and care for vulnerability. However, in Africa, the political-economic and ethical-cultural environments, in contributing to the consolidation of health governance, present challenges of various kinds that are, at times, a source of great concern. In this logic, can we build reliable hospital governance in an Africa where governance pathologies and ethical-cultural requirements create disorders in the promotion of health care? The intellection of this question is guided by the objective of assessing the challenges of implementing health policies,

and the toxic influence of certain ethical-cultural requirements. The interaction of these methods leads to the verification of the following hypothesis: health governance in Africa can achieve its objectives if it is cleansed of its harmful germs.
**Keywords**: Africa, ethical-cultural, health governance, political-economic, viable.

## Introduction

La gouvernance sanitaire en Afrique est orientée par des textes internationaux et nationaux qui organisent la réalisation du droit à la santé. Dans cette perspective, les États africains investissent dans le domaine sanitaire pour accroitre les conditions d'égal accès aux soins de santé. Par conséquent, les pays africains mènent des négociations avec d'autres pays dans le cadre de la diplomatie sanitaire. La volonté de mise en œuvre d'une gouvernance sanitaire viable engage les États africains à prendre en compte les déterminants de la santé qui sont multifactoriels. Cependant, l'engagement des États pour une bonne gouvernance sanitaire est limité par des exigences politico-économiques et éthico-culturelles qui gangrènent les conditions de la réalisation du droit à la santé. En effet, le mode de gouvernance politique et économique de nombreux États, caractérisé par le manque de transparence et la politique de la dépendance, d'une part, et les exigences éthico-culturelles liées par exemple à l'itinéraire thérapeutique et à la représentation de la maladie, d'autre part, constituent des écueils de la gouvernance sanitaire en Afrique. Dans ces conditions la question principale de notre réflexion est formulée comme suit : peut-on construire une gouvernance hospitalière fiable dans une Afrique où les pathologies de la gouvernance et les exigences éthico-culturelles créent des désordres dans la promotion des soins de santé ? Cette interrogation est guidée par l'objectif qui est d'évaluer les défis de la mise en œuvre des politiques de santé, et les impacts néfastes de certaines exigences éthico-culturelles sur celles-ci, en vue de cheminer vers une gouvernance sanitaire plus viable. Les méthodes historique comparative et critique vont orienter notre réflexion. La combinaison de ces méthodes conduit à la vérification de l'hypothèse qui stipule que : la gouvernance sanitaire en Afrique peut atteindre ses objectifs, si elle est épurée de ses germes nuisibles. Il est question de promouvoir plus de transparence dans la gestion des relations de soins et une éducation pour lutter contre les exigences culturelles néfastes à la santé. La vérification de notre hypothèse sera réalisée à partir de la réponse aux questions subsidiaires suivantes : quels sont les avatars de la gouvernance sanitaire en Afrique ? Qu'est-ce qui caractérise les pathologies politico-économiques de la gouvernance sanitaire et les exigences éthico-culturelles africaines ? Comment envisager une gouvernance sanitaire responsable en Afrique ?

## 1. Les avatars de la gouvernance sanitaire en Afrique

La santé est une exigence universelle. Elle concerne chaque individu, toutes les sociétés et les États. À cet effet, la préservation et la restauration de la santé, y compris la prévention d'états pathologiques, exigent une gouvernance dont la dynamique dépend des époques, des sociétés et du niveau des connaissances biomédicales. Pour faire face à l'adversité de la maladie, les sociétés traditionnelles africaines ont développé une médecine dont la gouvernance était surtout fondée sur les exigences dictée par des dieux. La solidarité, le respect de la vie et de la vulnérabilité des patients fait que les soins de santé étaient dispensés gratuitement, quand il y avait un prix à payer ce prix était symbolique. Dans certaines circonstances le patient offrait des présents symboliques au guérisseur après la guérison, en guise de reconnaissance. La gouvernance sanitaire avait une base communautaire et en cas d'épidémie, s'il y avait des sacrifices à faire pour conjurer le sort, ces sacrifices relevaient de la communauté ou de la famille qui a un droit et un devoir de regard sur la gestion des pathologies développées par ses membres. La régulation de cette médecine, fondée sur une cosmologie traditionnelle dominée par la convocation des dieux dans le processus de guérison, se rapproche des exigences de la gouvernance de la médecine scientifique proposée, entre autres, par Hippocrate à travers un corpus normatif.

Par-delà la prolifération des codes d'éthique et de déontologie dans la pratique médicale, le serment d'Hippocrate constitue l'un des plus anciens textes de régulation de l'art médical. Les principes de respect de la vie, de la confidentialité et de la bienfaisance, occupant une place essentielle dans la gouvernance des relations de soins, sont en réalité une extension du serment d'Hippocrate qui s'actualise et s'enrichie dans le contexte de la gouvernance sanitaire contemporaine.

Dans le prolongement du culte de la santé, marqué du sceau de la médecine scientifique, la gouvernance sanitaire dans les sociétés africaines modernes se situe dans le contexte d'un monde globalisé. Ainsi, les questions sanitaires, au-delà de leurs aspects locaux, se transforment parfois en problème mondial à cause des migrations et de la solidarité au sein de la famille humaine. La gestion de la santé devient objet de négociation entre des acteurs des pays du monde. Elle se réalise à travers la diplomatie sanitaire.

> La diplomatie sanitaire fait référence aux processus de négociation qui façonnent et gèrent l'environnement politique de la santé. Elle prend place dans de nombreux endroits, qui pour certains sont dédiés aux négociations en santé durant l'Assemblée mondiale de la Santé, et pour d'autres couvrent un programme plus vaste, telle l'Assemblée générale des Nations Unies ou le Conseil des droits de l'homme. Ceci peut aboutir à la conclusion d'accords, de traités et de conventions internationaux. Dans

> certains cas, les États Membres sont représentés par de hauts responsables de la santé, tels les ministres de la santé ; dans d'autres forums ou conférences internationales majeures, les négociations sont habituellement menées par des diplomates, mais on peut aussi inclure d'autres acteurs majeurs, telles les organisations non gouvernementales internationales (A. Alwan, 2014).

La diplomatie sanitaire favorise une harmonisation des politiques de santé pour une gouvernance collaborative de la santé. Elle contribue à l'accès aux médicaments, aux technologies de santé et aux innovations thérapeutiques au nom du principe du partage des bienfaits de la recherche scientifique. Elle créé un environnement favorable à la sécurité sanitaire qui est un gage de développement des États africains. La diplomatie débouche sur des accords à respecter par les parties prenantes. Elle participe à la réalisation de l'objectif de la couverture sanitaire universelle en tant que déterminant essentiel pour l'égal accès aux soins de santé en Afrique. L'OMS est la principale structure organisatrice de la gouvernance sanitaire mondiale. Elle oriente l'action sanitaire internationale pour qu'elle soit plus solidaire, juste et équitable. Malgré la quête d'équité dans l'accès aux soins et les efforts de l'OMS, les États n'ont pas tous la même influence dans les négociations.

La diplomatie sanitaire implique des rapports de force, le donnez et le recevoir. Elle met en jeu des intérêts, parfois, complémentaires et divergents (des velléités de domination, des aspects économiques, débouchés pour l'industrie pharmaceutique…) dans le domaine médical. Au-delà des intérêts sanitaires et de la solidarité entre les humains, la diplomatie sanitaire offre des perspectives économiques pour les firmes qui investissent dans la santé et ouvre les tiroirs du néocolonialisme avec des positionnements stratégiques et géostratégiques pour les États. Les pays et les firmes qui investissent plus dans la recherche biomédicale ont un poids déterminant dans les politiques de santé au plan mondial. Dans cette logique, l'Afrique n'a pas une place importante dans la gouvernance sanitaire mondiale, en ce sens que la recherche biomédicale se trouve dans la misère pour des raisons économiques et de gouvernance.

La gouvernance sanitaire en Afrique déborde le cadre des États. Elle part des questions locales pour s'inscrire dans un cadre globale. Elle est, alors, orientée de façon générale par des Déclarations et recommandations internationales et nationales, notamment celles de l'OMS, de l'UNESCO (ODD N° 3), le Serment d'Hippocrate, l'Initiative de Bamako (IB) (1987) à la suite de la Déclaration d'Alma-Ata (1978), la Déclaration d'Abuja 2001, les PNDS, l'éthique et la déontologie médicale, etc. Pour réussir l'accès aux soins des populations africaines grâce à la gouvernance sanitaire, l'article 16 de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples estime que : « les États parties à la présente Charte s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de

maladie » (OUA, 1981). L'accès égal et à tous aux soins de santé, impliquant la non-discrimination, est une exigence de la Charte qui doit servir de boussole à la gouvernance sanitaire. La gouvernance sanitaire est fondée sur des textes justifiant les actions des gouvernements en quête de réalisation du droit à la santé des populations. Les pays africains ont ratifiés la plupart des chartes relatives à la gouvernance sanitaire et s'inspirent des recommandations mondiales et continentales de la gouvernance sanitaire dans leurs pays respectifs. C'est pour cela que,

> En Afrique au sud du Sahara, au lendemain des indépendances, c'est la conception de "la santé pour tous" qui était la règle, et la gratuité des soins le système dominant (…). Cependant, la situation économique des pays africains durant les années soixante-dix et quatre-vingts, caractérisée par une stagnation et une récession économique et par l'aggravation des conditions sanitaires, a conduit les dirigeants de ces pays ainsi que les instances internationales à remettre en question le système de fourniture gratuite des soins (S. Tizio, Y.-A. Flori, 1997, p. 2).

La gouvernance sanitaire en Afrique se situait dans la logique de la santé pour tous promus par l'OMS. Sa mise en œuvre, sur une base égalitariste dans l'accès aux soins sera remodelée pour exiger une contribution financière aux patients. L'Afrique est partie d'une gouvernance caractérisée par la gratuité de l'État providence au payement des soins avec l'initiative de Bamako, découlant de la déclaration d'Alma-Ata. L'équité dans l'accès aux soins qui est essentielle à cette initiative rencontre des difficultés dans sa réalisation : « l'évaluation de l'implantation de l'IB dans huit pays africains réalisée par l'UNICEF (…) a conclu que le problème de l'équité demeurait irrésolu tant d'un point de vue individuel (l'accès aux soins pour les indigents) que collectif (la capacité d'une communauté à auto-financer les coûts récurrents des centres de santé primaires) » (V. Ridde, 2004, p. 18). La crise de l'équité dans la gouvernance sanitaire perturbe l'égal accès aux soins et les privilégiés seraient ceux qui ont les moyens économiques pour payer les soins.

La gouvernance sanitaire en Afrique a connu plusieurs mutations. Nous sommes quittés d'une gouvernance disparate avec la médecine traditionnelle, à une gouvernance institutionnelle avec des engagements nationaux et internationaux. La question d'égal accès traverse toutes les évolutions et structuration de la gouvernance sanitaire en Afrique qui comporte des écueils relatifs à l'égalité dans l'accès aux soins. La problématique de l'Égalité préfigure les pathologies de la gouvernance sanitaire en Afrique.

## 2. Les pathologies politico-économique de la gouvernance sanitaire et les exigences éthico-culturelles africaines

Les pathologies de la gouvernance sanitaire sont liées à plusieurs déterminants. Nous insisterons, ici, sur les déterminants politico-économiques et éthico-culturels qui font entorse à la santé pour tous. Du point de vue politico-économique, la gouvernance sanitaire est assez déstabilisée par de nombreux facteurs. La crise de la recherche médicale est révélatrice des maux qui gangrènent les politiques de soins. En réalité, « le continent reste soumis à un certain nombre de menaces telles que la tuberculose, le VIH, le paludisme, les maladies tropicales négligées et les maladies non transmissibles, qui, malgré leur recul, restent bien au-dessus de la moyenne mondiale » (OMS, 2022, p. 11).

La diplomatie vaccinale, pendant l'épidémie de la Covid-19, a révélé la fragilité de la gouvernance des systèmes de santé africains qui ont une dépendance pathologique vis-à-vis des autres continents. Pendant la Covid-19, le continent africain attendait les remèdes, et principalement les vaccins, de l'extérieur pour faire face à la pandémie. Les limites de la recherche biomédicale, liée au faible investissement dans ce domaine, fait qu'on parle de MTN (Maladie Tropicales Négligée). Le vocable « négligée » exige un questionnement : d'où vient la négligence ? Pourquoi cette négligence ? La négligence vient des firmes pharmaceutiques qui n'investissent que dans des recherches ou produits économiquement rentables. Elle vient aussi des États africains développant une politique de la dépendance à l'égard de la recherche médicale menée dans les autres pays. Après plus de 60 ans d'indépendance, la gouvernance médiocre des ressources économiques maintien de nombreux pays dans la dépendance sanitaire à l'égard des pays occidentaux et asiatiques possédant de nombreux brevets. « L'Afrique ne représente que 4,20% des 5 millions de demandes de brevets déposées en un demi-siècle » (M. Kouamé, 2024). Le faible pourcentage de brevets obtenus par le continent africain consacre la subordination des pays africains aux géants pharmaceutiques dans l'accès aux soins de santé.

Malgré les politiques de partage des bienfaits de la recherche scientifique, en vue d'une justice globale, l'accès équitable aux médicaments est une véritable gageure en Afrique. À en croire l'Unesco (2008, p. 64) « de nombreux bienfaits de la science sont inégalement répartis, par suite des asymétries structurelles qui existent entre les pays, les régions et les groupes sociaux, ainsi qu'entre les sexes ». L'économie joue un rôle fondamental dans le partage des bienfaits de la recherche. Les pays pauvres ne bénéficient pas toujours de façon symétrique des fruits de la recherche médicale à cause des droits de propriété intellectuelle et des exigences de rentabilité des investissements économiques dans la recherche. Dans ce contexte, des conflits d'intérêts opposent les firmes pharmaceutiques et les laboratoires aux impératifs de la santé individuelle et collective, et les pays africains sont parfois écartés à cause des brevets. « Les brevets déposés pour des produits pharmaceutiques représentent l'un des plus gros obstacles

dans l'accès des populations à des médicaments essentiels dans les pays en développement. Ils démultiplient les prix et empêchent une production meilleur marché » (C. Fischer, 2013). Le partage des bienfaits de la recherche est pris en otage pas les brevets qui ne facilitent pas sa réalisation.

Les brevets limitent l'accès à des médicaments. Pourtant, « l'ADPIC peut et devrait être interprété et mis en œuvre d'une manière qui appuie le droit des membres de l'OMC de protéger la santé publique et, en particulier, de promouvoir l'accès de tous aux médicaments » (B. Boidin, 2005, p. 78). Les valeurs humanistes censées orienter la structuration des brevets vers une politique de santé plus équitable sont amputées par la logique économique. En effet, « le droit du commerce prédomine sur le droit à la santé » (B. Boidin, 2005, p. 79). Le droit des propriétés intellectuelles semble exacerber la logique économique au détriment de la solidarité qui exige la prise en charge des personnes vulnérables.

La gouvernance sanitaire, favorisant l'épanouissement du droit à la santé et l'accès aux soins de santé, ne peut être pensée et réalisée de façon lucide, aujourd'hui, sans l'économie qui interfère et module les offres de santé à des degrés variés. La gouvernance des soins a un coût. « Si le soin a un prix, les valeurs du soin ne s'épuisent pas dans le prix qu'on propose » (J.-P Pierron, D. Vinot et E. Chelle, 2018, p. 7). Les investissements financiers dans les soins de santé ne sauraient déconstruire leur humanisme qui transcende le volet économique. Les principes humanistes relatifs au respect de l'humain et à la prise en charge de sa vulnérabilité ne doivent pas être édulcorés par la logique économique.

En réalité, la posture de l'Afrique dans la diplomatie sanitaire s'accommoderait de celle de l'indigence. Par conséquent, la gouvernance sanitaire en Afrique semble dépendre de « l'humanitaire », de la solidarité des autres pays à l'égard du continent. Cela crée un impérialisme sanitaire dans laquelle les pays africains semblent se complaire. Les systèmes de santé de nombreux pays en Afrique bénéficient de l'aide ou de l'assistance extérieure. Des pays n'investissent pas, toujours, le taux de PIB exigé par les normes internationales ou africaines dans la santé. Par conséquent, la gouvernance est sous perfusion de l'aide extérieur et les politiques d'égal accès aux soins sont fragilisées.

La corruption de certains gouvernants et acteurs de la santé accentue la misère économique des populations en réduisant les possibilités d'investissement dans la santé et le pouvoir d'achat des populations. « L'utilisation des ressources publiques à des fins privées, la surfacturation des actes et la création de pénurie à travers le refus de donner les médicaments censés être distribués gratuitement, le détournement des patients et le racket sont des actes qui sabotent les actions des gouvernements qui cherchent à satisfaire le droit à la santé des

populations » (K. V. Ekpo, p. 69). Le détournement des investissements des États dans la santé est préjudiciable à toute la population. L'économie est un déterminant important de la santé. Sans argent, les individus ne peuvent pas se soigner comme il se doit et créer les conditions adéquates pour préserver leur santé. Sur le continent africain,

> L'équité en santé, l'optimisation des ressources et l'accès aux services de santé pour tous sont autant de questions qu'il reste à traiter. Il ne s'agit pas de dépenser plus, mais de le faire plus équitablement. Une mauvaise exécution du budget et la réduction des ressources disponibles pour la santé se traduisent par des dépenses élevées et des systèmes de santé inéquitables qui ne garantissent l'accès qu'à ceux qui peuvent payer (OMS, 2022, p. 15).

Le malaise de la gouvernance politique, caractérisée par la difficile implantation de la démocratie, les guerres et le terrorisme, déstructurent les systèmes de santé. En fait, la mauvaise gouvernance démocratique de certains pays se réalise dans la gouvernance des ressources médicales avec une allocation inique des infrastructures, des acteurs de la santé et de grandes disparités préjudiciables à une partie de la population. Conscient des limites des politiques de santé, les gouvernants de plusieurs pays de l'Afrique subsaharienne pratiquent le tourisme médical : ils vont se soigner à l'extérieur de leurs pays (en Europe, aux États-Unis, en Afrique du nord), non pas, parce qu'il n'y a pas de personnel de santé qualifié dans leurs pays d'origine[1], mais parce qu'ils sont convaincus que le tableau technique est limité, généralement, par le manque ou l'insuffisance d'investissement pour obtenir des infrastructures de pointes.

À côté des problèmes politico-économiques préjudiciables à une gouvernance sanitaire, compatible avec la promotion de l'égal accès aux soins, il y a des problèmes éthico-culturels à évaluer. L'itinéraire thérapeutique des patients et les représentations culturelles de certaines maladies sont de véritables obstacles aux politiques gouvernementales de l'accès aux soins. Les croyances culturelles font que pour certaines maladies où il existe des traitements efficaces, les malades ne vont pas à l'hôpital, parce qu'ils considèrent la maladie comme une réalité métaphysique. Il faut, en conséquence, chercher la solution métaphysique chez les guérisseurs ou des soit disant prophètes (dans des camps de prières) pour conjurer le mal. Les croyances contre-réalistes, relatives à l'origine de certaines maladies font que des malades sont pris en otage dans des camps de prières et par des guérisseurs. Dans ce contexte, lorsque le malade se rend à l'hôpital, il est très affaibli et il est parfois trop tard pour une prise en charge médicale.

Le diagnostic des différentes pathologies de la gouvernance sanitaire en Afrique présenté ci-dessus exige des thérapies. À cet effet, la voie d'une gouvernance sanitaire plus responsable devient salutaire.

[1] La fuite des médecins africains vers l'Occident est récurrente. Il arrive que ce soit ces mêmes médecins qui accueillent les gouvernants pour leur séjour thérapeutique en dehors de leurs pays.

### 3. Vers une gouvernance sanitaire responsable en Afrique

La misère sociale est la résultante de la crise de la gouvernance comportant de multiples déterminants. Quand elle est caractérisée par le clientélisme, des appétits égoïstes individuels, tribaux, ou des intérêts privés relatifs à une classe donnée l'égal accès aux soins de santé dépérit. Pour une gouvernance sanitaire honorable, il faut cheminer vers un nouveau contrat éthique. « Le nouveau contrat éthique doit contribuer à vacciner la société africaine contre la corruption pour déconstruire les discriminations qui sont un terreau favorable pour la misère du droit à la santé. Il est légitime d'améliorer la culture de la responsabilité éthico-juridique et le respect des droits de l'homme qui vont de pair avec le droit à la santé » (K. V. Ekpo, p. 71). La gouvernance sanitaire, éthiquement recevable, contribue à l'épanouissement du droit à la santé des individus en réalisant l'égal accès aux soins de santé.

L'engagement dans cette voie passe par une réforme de la gouvernance sanitaire et une application effective des normes des politiques de santé. Le mal de la plus part des pays de l'Afrique ne réside pas dans l'absence de normes, mais dans l'application médiocre des normes existantes. Pour réussir une gouvernance plus viable, les gouvernements doivent commencer à respecter les constitutions de leurs pays et les législations qui les accompagnent. Il leur revient de créer les conditions d'une véritable démocratie politique ayant pour piliers la transparence intégrale dans la gestion des affaires publiques et le respect des libertés individuelles et collectives dans un climat de sécurité sociale et psychologique. Cela permettra aux citoyens de dénoncer, sans crainte, l'allocation des ressources sanitaires contraire à l'égal accès aux soins.

En outre, le jeu de l'éducation thérapeutique est indispensable pour éviter des pertes de temps inutiles et les croyances contre-réalistes. L'environnement naturel, socio-politique et émotionnel sont des déterminants fondamentaux pour l'éducation thérapeutique inscrit dans un cadre global. L'éducation thérapeutique se réalise à travers des informations adéquates sur la santé. Elle donne des indications nécessaires aux personnes pour qu'elles puissent gérer, de façon adéquate, leur santé et prendre des décisions raisonnables dans le domaine sanitaire. Elle fonde la responsabilité individuelle du sujet. Cette éducation va de pair avec l'idéal démocratique. La gouvernance sanitaire en Afrique, en prenant pour repère le droit des malades, doit consolider la démocratie sanitaire en accordant une place à l'autonomie des patients à travers des informations leur permettant de faire des choix éclairés. Selon G. Moutel (2003, p. 28) « le concept de démocratie sanitaire (…) tend à transposer les principes de la démocratie au champ de la santé. Cette évolution des processus d'information et, par là même, de consentement (…) fait du profane un acteur central dans des choix complexes ». Le principe de

gouvernance par la démocratie sanitaire, en accordant l'autonomie aux patients, ne saurait tolérer des choix individuels préjudiciables à la collectivité. Elle doit éviter la remise en cause du savoir scientifique du médecin au profit des croyances contre-réalistes. Ces croyances accordent du crédit à des attitudes culturelles, dans l'origine des pathologies, au détriment de l'objectivité du diagnostic médical pour des maladies contre lesquelles des traitements efficaces sont disponibles en milieu hospitalier. Le respect de l'autonomie et du consentement des personnes n'implique pas de laisser libre cours aux fantasmes individuelles sans restriction. L'expression des fantasmes doit être raisonnable et un équilibre est à établir entre eux et la rationalité médicale et le bien de la société.

La gouvernance sanitaire en Afrique exige la démocratie sanitaire dans un monde ou l'information médicale est de plus en plus accessible aux citoyens. En effet avec la prolifération d'internet, consacrant la démocratisation dans l'accès au savoir en général et au savoir médical, il serait difficile de cacher certaines informations au malade en ce qui concerne son état de santé et l'évolution de sa maladie et les risques qui l'accompagnent. Avec internet, les patients peuvent être acteurs de leur santé à travers ce qu'il est convenu d'appeler la santé connectée. Suivant G. Moutel (2003, p. 58), « en instituant un véritable self-service de l'information, et, qui plus est, de la décision médicale, ce nouvel outil de communication apporte une nouvelle dimension à l'exercice de la médecine (…) dès lors que chacun peut collecter des informations, voire, effectuer des démarches diagnostiques et/ou thérapeutiques ». La santé connectée, gagne progressivement du terrain dans la gouvernance sanitaire des pays africains et cela est salutaire. Dans cette perspective le Réseau d'Afrique Francophone pour la Télémédecine (RAFT) a été mis en place. Pour aider les populations à accéder aux soins, le RAFT a développé différents outils de la santé connectée :

> [La] Télé-expertise avec le logiciel Bogou. Bogou est un logiciel permettant d'accéder à distance à des avis d'experts pour confirmer des diagnostics, ou affiner la prise en charge de patients. Le système est basé sur le concept de communauté virtuelle d'experts dans différents domaines d'expertise. Il est particulièrement adapté pour gérer des images médicales. La sécurité et la confidentialité est assurée par un système de cryptage par clés publiques et privées. [Le] Télé-enseignement avec le logiciel Dudal. Dudal est un logiciel permettant de diffuser et de suivre des cours interactifs, même sur un réseau à bas débit (RAFT).

Les applications développées par le RAFT contribuent à la gouvernance sanitaire en Afrique pour une meilleure prise en charge des patients, surtout ceux éloignés des centres de santé. Les efforts dans le domaine de la santé sont à améliorer pour un accès plus importants aux outils de la santé connectée qui ne remplacent pas pour autant les médecins. Ces outils sont des auxiliaires pour la prise en charge des individus et permettent à ceux-ci de surveiller leur santé et

de mieux comprendre les symptômes de certaines maladies pour alerter à temps le médecin qui doit assurer la prise en charge médicale.

Il est évident que la coopération est indispensable dans la gouvernance sanitaire, mais la place qu'occupe l'Afrique ne doit pas être celle d'une dépendance pathologique. Son poids dans la diplomatie sanitaire est à améliorer au fil des années pour qu'elle ait une posture honorable. Au regard de la vulnérabilité économique de nombreux États africains, comment trouver les ressources pour financer la recherche médicale ? La solution se trouve dans la bonne gouvernance avec pour corolaire la lutte contre la corruption qui est un véritable mal pour la gouvernance politique en général et pour la gouvernance sanitaire en particulier. La bonne gouvernance facilitera la coopération féconde entre les pays africains pour booster la recherche médicale. Il est donc nécessaire que les gouvernements investissent davantage dans la recherche médicale avec des priorités à court, moyen et long terme. Les coopérations déjà entamées avec la médecine traditionnelles sont à encourager en faisant l'effort d'inscrire cette médecine dans la logique scientifique.

**Conclusion**

La gouvernance sanitaire en Afrique est tiraillée entre plusieurs exigences économico-politiques et imprégnées d'exigences éthico-culturelles qui interfèrent dans les prises de décisions. La qualité viable de la gouvernance sanitaire manifeste la solidarité entre les individus de la famille humaine. Elle favorise la prise en charge du sujet en péril grâce à des thérapies. Et elle met en place des conditions pour éviter la détresse des individus à travers la prévention des maladies. Quelle que soit son orientation, la gouvernance sanitaire a, en principe, pour finalité le souci de l'autre et la lutte contre la vulnérabilité causée par l'adversité de la maladie qui se présente comme un ennemi commun de l'humanité. La maladie est, alors, à combattre, à mettre en quarantaine et son apparition est à désamorcer à travers différentes stratégies.

La gouvernance sanitaire doit donc permettre au médecin de répondre à une demande sociale de solidarité en créant les meilleures conditions de prise en charge possible des patients. L'avenir de la gouvernance sanitaire en Afrique résidera dans sa capacité à contribuer à l'innovation technique pour déconstruire les vulnérabilités qui l'assiègent. Malgré les écueils liés à la prise en compte des besoins individuels et collectifs de santé, une réflexion coopérative pour une gouvernance sanitaire éthiquement responsable est indispensable. Cette réflexion aboutira à une culture de l'interdépendance en accordant une place honorable à l'Afrique dans la diplomatie sanitaire grâce à une nouvelle politique active dans la recherche médicale.

**Bibliographie**

ALWAN Ala, 2014, *Résumé du troisième séminaire sur la diplomatie sanitaire*, https://applications.emro.who.int/docs/Policy_Brief_2014_FR_15495.pdf?ua=1, consulté le 17/03/2025.

BOIDIN Bruno, 2005, « Droit à la santé et coopération internationale : les déficiences institutionnelles », *Monde et développement,* n° 129.

EKPO Kouadio Victorien, 2023, « Le respect de l'humain en Afrique : des avatars de l'économie au droit à la sante », *Mosaïque*, Revue interafricaine de Philosophie et de Sciences humaines, N° 30, Institut Supérieur Don Bosco, Lomé.

FISCHER Christiane, 2013, *Égalité et justice en santé publique ? ADPIC et autres : dispositions réglementant les droits d'exploitation des brevets pharmaceutiques,* Friedrich-Ebert-Stiftung, Politique Globale et Développement, http://library. fes.de/pdf-files/iez/09664.pdf. Consulté le 17/11/2024.

KOUAMÉ Modeste, 2024, *L'Afrique ne représente que 4,20% des 5 millions de demandes de brevets déposées en un demi-siècle*, https://afrique.le360.ma/economie/lafrique-ne-represente-que-420-des-5-millions-de-demandes-de-brevets-deposees-en-un-demi-siecle_NB4SP6XIX5AEVOKLC4HRTWIFTQ/, consulté le 27/06/2025.

MOUTEL Grégoire, 2003, *Le consentement dans les pratiques de soins et de recherche en médecine. Entre idéalisme et réalités cliniques*, Paris, L'Harmattan.

OMS, 2022, *Atlas des statistiques sanitaires africaines 2022 Analyse de la situation sanitaire de la Région africaine*, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/364853/9789290313755-fre.pdf?sequence=1, consulté le 27/06/2025.

OUA, 1981, *Charte africaine des droits de l'homme et des peuples,* https://au.int/sites/default/files/treaties/36390-treaty-0011-african charter on human and peoples rights f.pdf, consulté le 21/08/ 2024.

PIERRON Jean-Philippe, VINOT Didier et CHELLE Elisa (dir.), 2018, « Introduction », *Les valeurs du soin. Enjeux éthiques, économiques et politiques,* Paris, Seli Arslan.

RAFT, « Outils » in https://raft.network/outils, consulté le 25/09/2024.

RIDDE Valéry, 2004, *L'initiative de Bamako 15 ans après Un agenda inachevé*, https://documents1.worldbank.org/curated/en/417091468763473890/pdf/303780HNP0BamakoInitiativeReview.pdf, consulté le 21/5 2025.

TIZIO Stéphane, FLORI Yves-Antoine, 1997, *De la gratuité à la tarification des soins en Afrique subsaharienne: grandeur et décadence de l'objectif « santé pour tous,* [Rapport de recherche] Laboratoire d'analyse et de techniques économiques (LATEC), https://hal.science/hal-01526522/document, consulté le 21/5 2024.

UNESCO, 2008, *Cours de base de bioéthique, section 1 : syllabus programme d'éducation en éthique*, Paris, Unesco.