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

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[1,2,3], LASSEY Agnélé[3]

1- *Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Section Médecine du travail et des Sports, Lomé, Togo*
2- *Université de Lomé, Faculté des Sciences de l'Homme et de la Société, Département de Psychologie Appliquée, Lomé, Togo*
3- *Université de Lomé, Faculté des Sciences de l'Homme et de la Société, Département d'Histoire et Archéologie, Lomé, Togo*

SPECIALITE : GOUVERNANCE HOSPITALIERE

RÉSUMÉ

Introduction : Dans la majorité des pays africains comme au Togo ; la sécurité et la santé des travailleurs de santé reste un défi pour le bien-être des soignants, la qualité des soins et la sécurité des patients. L'objectif de cette analyse est de mettre en exergue les réussites et des défis liés à la mise en place d'une gouvernance hospitalière de qualité basé sur l'approche de la sécurité et santé au travail (SST).

Matériels et Méthodes : Analyse des documents de mise en œuvre du projet pilote HealthWISE, SST en situation d'urgences sanitaires et du plan stratégique de SST pour les travailleurs de santé.

Résultats : Des expériences concluantes issues des améliorations observées dans les centres pilotes mis en place en 2016 ont permis le lancement d'un plan stratégique en vue d'une mise à échelle. Divers renforcements de capacités des agents de santé, la mise en place des comités de SST, la conduite d'enquête de terrain et la rédaction des directives et protocoles SST, courant 2017-2024 ont permis une extension considérable de l'approche HealthWISE dans les formations sanitaires. Ces acquis avaient permis en 2020 une réaction rapide par l'intégration de la SST dans la réponse à l'urgence de la pandémie à la covid-19. Le bien-être des travailleurs est un facteur clé dans l'amélioration de la gouvernance hospitalière.

Discussion : Ces résultats confirment la nécessité de mettre en place des programmes stables de protection des travailleurs de santé en situation d'accalmie et d'urgence pour une gouvernance hospitalière de qualité.

Conclusion : l'approche HealhWISE de OMS/OIT a permis le renforcement de la gouvernance hospitalière en garantissant la santé et le bien-être au travail des travailleurs de santé afin d'assurer des soins de qualité et une sécurité des patients.

Mots clés : Gouvernance, Hôpitaux, Sécurité et santé au travail, HealthWISE

IMPROVING THE SAFETY AND HEALTH AT WORK OF HEALTH WORKERS IN TOGO BY THE HEALTHWISE TOOL, AN OPPORTUNITY FOR QUALITY HOSPITAL GOVERNANCE (2016 – 2024)

KEVI Kokou Silvère[1,2,3], LASSEY A[3]

1- *Ministry of Health, Section of Occupational Medicine and Sports, Lomé, Togo (silvereck@yahoo.fr)*
2- *University of Lomé, Faculty of Human and Social Sciences, Department of Applicated Psycholgy, Lomé, Togo*
3- *University of Lomé, Faculty of Human and Social Sciences, Department of History and Archeology, Lomé, Togo*

SUMMARY

Introduction : In the majority of African countries such as Togo; the safety and health of health workers remains a challenge for the well-being of caregivers, the quality of care and the safety of patients. The objective of this analysis is to highlight the successes and challenges related to the establishment of quality hospital governance based on the occupational safety and health (OSH) approach..

Materials and Methods: Analysis of the HealthWISE pilot project implementation documents, OSH in health emergencies and the OSH strategic plan for health workers.

Results: Conclusive experiences from the improvements observed in the pilot centers set up in 2016 allowed the launch of a strategic plan with a view to scaling up. Various capacity building of health workers, the establishment of OSH committees, the conduct of field surveys and the drafting of OSH guidelines and protocols, during 2017-2024 allowed a considerable extension of the HealthWISE approach in health facilities. These achievements had allowed in 2020 a rapid reaction by integrating OSH into the response to the emergency of the covid-19 pandemic. The well-being of workers is a key factor in improving hospital governance.

Discussion: These results confirm the need to establish stable programs to protect health workers in calm and emergency situations for quality hospital governance**.**

Conclusion: The WHO/ILO HealhWISE approach has strengthened hospital governance by ensuring the health and well-being of health workers at work in order to ensure quality care and patient safety.
Keywords: Governance, Hospitals, Occupational safety and health, HealthWISE

INTRODUCTION

Dans la majorité des pays africains et particulièrement au Togo, la sécurité et la santé des travailleurs du secteur médical reste un défi pour la gouvernance du système de santé, la qualité des soins et la sécurité des patients. Selon l'OMS, Le risque de flambées des maladies hautement infectieuses reste toujours élevé dans le monde avec une recrudescence des situations d'urgence de santé publique (SUSP) dont l'Epidémie d'Ebola en 2014, la Pandémie de la Covid-19 en 2020, l'épidémie de variole du singe en 2024. Le personnel de santé a été énormément touché lors des flambées d'épidémie avec des cas de maladies et de décès.

Dans la majorité des pays africains comme au Togo ; la sécurité et santé des travailleurs de santé reste un défi pour le bien-être des soignants, la qualité des soins et la sécurité des patients.

Au Togo à la fin du 1er semestre 2022 : on a noté 37554 cas confirmés de COVID-19, 275 décès (0,73%), 1878 (5,14%) personnels de santé dont malheureusement 5 décès (1,86%) (Ministère de la santé du Togo, 2022, p.1). Certains cas confirmés ont contracté la maladie en milieu hospitalier

Le lancement de la phase pilote du HealthWISE en 2016, l'élaboration du plan stratégique SST pour le personnel de santé en 2017 et l'intégration du HealthWISE d'urgence dans le dispositif national de de gestion des urgences dont celle de la Covid-19 en 2020 ont été déterminant dans la mise en place du dispositif de sécurité et santé au travail des travailleurs de santé au Togo. Cette dynamique a évolué progressivement en vue d'une intégration en 2022 de la sécurité et santé au travail dans la politique nationale de santé, horizon 2030 ainsi que dans le plan national de développement sanitaire 2023-2027 avec la mise en place des indicateurs traceurs de sécurité et santé au travail dans le plan de suivi du PNDS et les rapports de performance du ministère de la santé.

L'objectif est d'analyser de manière détaillée la mise en œuvre de ce programme national de sécurité et santé au travail du secteur santé avec le projet HealthWISE au Togo, ses effets sur la gouvernance hospitalière et la protection des travailleurs de santé, ainsi que des défis et opportunités identifiés pour pérenniser et étendre ces acquis.

MATÉRIELS ET MÉTHODE

Cette étude repose sur une revue analytique des documents stratégiques, rapports d'ateliers de formation, protocoles sanitaires et évaluations internes réalisés entre 2016 et 2024. Les sources principales incluent : le plan stratégique national de SST pour le personnel de santé (2017-2022) ; Les rapports de mise en œuvre du projet pilote HealthWISE dans 13 centres pilotes (CHU, CHR, PDD, CHP, CMS) ; les documents relatifs à l'intégration de la SST dans la gestion des urgences sanitaires, notamment la riposte Covid-19 ; les données issues des comités SST nationaux, régionaux et préfectoraux ; les enquêtes de terrain sur les déterminants de SST dans les formations sanitaires. L'analyse qualitative des données a été complétée par une synthèse des indicateurs de suivi-évaluation intégrés dans le système national de santé.

RÉSULTATS

1. Mise en œuvre progressive du projet HealthWISE

La phase pilote lancée en octobre 2016 a permis la formation initiale de 57 acteurs clés issus de 13 centres pilotes, incluant des ressources humaines, délégués du personnel et médecins du travail. Cette étape a posé les bases d'une appropriation locale de l'outil. En 2017, des supervisions régulières et des formations complémentaires ont renforcé les compétences des acteurs. La même année, le plan stratégique SST 2017-2022 a été élaboré et validé, impliquant les ministères du Travail, de la Santé, des Finances, de la Défense, les universités et les comités représentant le personnel ou les syndicats. Entre 2018 et 2019, la SST a été intégrée dans le système national de gestion des urgences sanitaires, avec la participation active des acteurs de terrain. L'année 2020 a marqué une étape majeure avec l'intégration de HealthWISE comme pilier dans la riposte nationale à la Covid-19. Des formations régionales ont été organisées, des comités SST ont été créés à tous les niveaux et des protocoles spécifiques ont été élaborés. En 2022, la mise en place des comités nationaux, régionaux et préfectoraux a permis une meilleure coordination. Des enquêtes sur la SST dans les districts sanitaires ont alimenté la politique nationale. Enfin, entre 2023 et 2024, les indicateurs SST ont été intégrés dans les politiques nationales de santé (PNDS 2023-2027) et dans le système de suivi-évaluation. La première table ronde nationale sur la SST des travailleurs de santé a été organisée en 2023 et a permis des échanges fructueuses entres les formations sanitaires et divers partenaires sociaux.

Tableau 1 : Étapes clés du projet HealthWISE au Togo

Étape	Année	Actions Menées	Résultats
1	2016	Formation de 57 personnes (RH, médecins)	13 centres pilotes équipés
2	2017	Supervision et adaptation aux urgences	HealthWISE intégré dans les formations sanitaires : Centre Hospitalier Universitaires(CHU), Centre Hospitalier Régionale (CHR), Unité de Soins Périphériques (USP)
3	2017	Élaboration du Plan Stratégique SST	Cadre légal renforcé
4	2018-2019	Intégration dans la gestion des urgences	Protocoles SST standardisés
5	2020-2022	Riposte COVID-19 (36 formations sanitaires)	Réduction des infections chez les TS
6	2023-2024	Indicateurs SST dans le PNDS (nombre d'Accident du travail enregistrés, nombre de comité de SST mise en place)	Pérennisation institutionnelle

(Source, Kevi 2024)

2. Impacts observés de la mise en œuvre de la stratégie HealthWISE au Togo

La mise en œuvre du HealthWISE a généré divers impacts dans le système de santé du Togo en l'occurrence dans la gouvernance hospitalière, l'amélioration des pratiques SST et la préparation aux urgences sanitaires.

2.1. Renforcement de la gouvernance hospitalière

L'un des impacts majeurs de la stratégie HealthWISE est le renforcement tangible de la gouvernance hospitalière à travers l'institutionnalisation d'un dialogue structuré entre médecins du personnel (médecin généraliste ou médecin du travail) , gestionnaires hospitaliers et représentants du personnel. Avant l'introduction de HealthWISE, la gestion des risques professionnels était souvent fragmentée, avec une faible implication des différentes parties prenantes. La démarche HealthWISE a permis d'instaurer des comités SST ou comité

HealthWISE à tous les niveaux (national, régional, préfectoral et opérationnel), favorisant une approche participative et transversale.

Ce dialogue renforcé a permis :

- Une meilleure identification et priorisation des risques professionnels grâce à la remontée d'informations issues du terrain et à la concertation régulière entre les acteurs.
- L'élaboration et la validation collective de plans d'action SST, impliquant toutes les parties prenantes, ce qui a favorisé leur appropriation et leur mise en œuvre effective.
- L'intégration de la SST dans la gouvernance hospitalière comme une dimension stratégique, au même titre que la qualité des soins ou la gestion des ressources humaines.
- Le développement d'une culture de la sécurité où la SST est perçue non seulement comme une obligation réglementaire, mais comme un levier d'amélioration continue de la performance hospitalière.

Ce renforcement de la gouvernance s'est traduit par une meilleure anticipation des risques, une responsabilisation accrue des gestionnaires et une implication active des travailleurs dans la prévention.

2.2. Amélioration des pratiques SST

La mise en œuvre de HealthWISE a conduit à une transformation notable des pratiques SST dans les établissements pilotes et, progressivement, dans l'ensemble du système de santé togolais. D'abord une sensibilisation accrue avec des campagnes de formation et de sensibilisation qui ont permis d'élever le niveau de connaissance des risques professionnels parmi le personnel de santé. Les soignants sont désormais mieux informés sur les mesures de prévention, les procédures à suivre en cas d'accident d'exposition au sang (AES), et l'importance du respect des précautions standard.

Ensuite, on a constaté une adoption des bonnes pratiques du fait que l'outil HealthWISE a introduit des modules pratiques sur la maîtrise des risques biologiques, la gestion de l'ergonomie et la prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS), la lutte contre la violence et la stigmatisation, et la gestion optimale des horaires de travail. Ces modules ontété adaptés au contexte local et intégrés dans les routines professionnelles.

L'utilisation des équipements de protection individuelle (EPI) ont aussi été amélioré avec la disponibilité et l'utilisation renforcée, en particulier dans les centres pilotes et lors des urgences sanitaires. Les audits internes montrent une augmentation du port systématique des gants,

masques, blouses et lunettes lors des soins à risque surtout pendant et après la pandémie de la Covid-19.

Les protocoles et directives de protection des travailleurs de santé ont connu une nette progression avec des protocoles nationaux de gestion des accidents d'exposition au sang (AES), de la prévention et contrôles des infections (PCI) , des directives sur la qualité des soins et services de santé (QSSS) et la sécurité et santé au travail dans les formations sanitaires en situation d'urgence sanitaire.

Ces avancées ont permis de réduire la fréquence des accidents professionnels, d'améliorer la sécurité des soignants et de renforcer la confiance dans le système de santé. Malgré ces avancées notables, beaucoup de défis liés au financement des activités HealthWISE et à la pérennisation des acquis en SST demeurent.

2.3. Préparation aux urgences sanitaires

Un autre impact déterminant de la stratégie HealthWISE est l'intégration effective de la SST dans la gestion des urgences sanitaires. Avant 2016, la préparation aux épidémies et catastrophes se concentrait principalement sur la prise en charge des patients, avec une attention limitée à la protection des soignants. Depuis la pandémie de Covid-19, la SST est devenue un pilier central des plans de riposte. Les équipes de gestion des urgences comme Système de gestion de l'incident (SGI) de la Covid-19) et le comité sectoriel de gestion de la crise (CSGC) de la Covid-19 ont intégrés les experts SST, et les protocoles d'intervention ont prévu systématiquement des mesures de protection du personnel.

Des formations spécifiques en situation d'urgence dont les sessions HealthWISE d'urgence ont été organisées dans toutes les régions, axées sur la gestion des risques en contexte épidémique, la prévention de l'épuisement professionnel, et la maîtrise des procédures de désinfection et de gestion des déchets. De plus le contexte a permis une mise en place de certains comités HealthWISE d'urgence dont le rôle étaient d'assurer la veille, l'alerte et la gestion rapide des incidents liés à la sécurité du personnel lors de cette crises sanitaires.

On a aussi constaté une résilience accrue du système de santé. Grâce à ces dispositifs, le Togo a pu limiter l'impact des épidémies sur son personnel de santé. Par exemple, lors de la pandémie de Covid-19, malgré 1878 cas confirmés chez les soignants (5,14% des cas totaux), le taux de décès parmi le personnel est resté relativement faible (1,86%) (Ministère de la santé du Togo, 2022, p.1).

L'intégration de la SST en appui à la prévention et contrôle de l'infection (PCI) dans la gestion des urgences a ainsi permis de protéger les soignants, de maintenir la continuité des services essentiels et de renforcer la confiance du public dans le système de santé. L'existence actuelle d'un responsable de la sécurité et santé au travail pour les équipes d'intervention rapide (EIR) ainsi que des équipes médicales d'urgence (EMU) reste un acquis malgré toutes les difficultés rencontrés dans le fonctionnement du centre des opérations d'urgence de santé publique (COUSP).

2.4. Suivi-évaluation et pilotage stratégique

La stratégie HealthWISE a également permis de renforcer le suivi-évaluation et le pilotage stratégique de la SST à l'échelle nationale.

L'implémentation de cette stratégie a permis une Intégration des indicateurs SST dans le système national de santé. Ces indicateurs traceurs de progrès et de performance en SST ont été définis et intégrés dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2023-2027) et dans le système de suivi-évaluation du ministère de la Santé. Les formations sanitaires sont désormais tenues de renseigner périodiquement des données sur les accidents du travail, l'utilisation des EPI, la couverture vaccinale du personnel, et la mise en œuvre des plans SST. L'analyse des indicateurs SST permet d'identifier rapidement les zones à risque, d'ajuster les plans d'action et d'allouer les ressources de manière plus efficace. La publication régulière des résultats et la tenue de la Table Ronde nationale sur la SST des travailleurs de santé en 2023 sont des gages de transparence, d'échange de bonnes pratiques et la redevabilité des gestionnaires. Ces acquis n'occultent pas l'existence de défis liés la prise en compte systématique de ces indicateurs traceurs de SST lors de la rédaction des rapports annuels.

Ce dispositif de suivi-évaluation a permis d'ancrer la SST comme un axe stratégique de la politique de santé et son intégration dans le plan national de développement sanitaire 2023-2027, facilitant la mobilisation des partenaires techniques et financiers et l'alignement sur les normes internationales.

3. Défis et limites de la mise en œuvre du HealthWISE au Togo

Malgré ces avancées, la mise en œuvre du HealthWISE présente des défis et limites à explorer pour la durabilité du processus.

3.1. Ressources humaines : Insuffisance de personnel spécialisé en SST

L'un des défis majeurs pour l'appropriation et la pérennisation du programme HealthWISE au Togo réside dans le manque de ressources humaines qualifiées en sécurité et santé au travail.

L'un des premiers défis est la concentration des compétences. Les médecins du travail, les ingénieurs et techniciens spécialisés en SST sont principalement affectés dans les grands centres urbains ou les hôpitaux de référence. Les structures périphériques, notamment les unités de soins périphériques de type I ou II manquent cruellement de personnel formé à la gestion des risques professionnels.

Il est aussi à noter une persistance de la charge du travail élevée dans les formations sanitaires dont les centres pilotes. le personnel SST doit souvent cumuler plusieurs fonctions (soins, gestion, prévention), ce qui limite le temps et l'énergie consacrés à la SST.

Le constat d'une faiblesse dans le renouvellement du personnel et dans la formation continue. Le *turn-over* important du personnel de santé et l'absence de programmes systématiques de formation continue en SST entraînent une perte régulière de compétences. Les nouveaux agents ne bénéficient pas toujours d'une formation initiale sur les risques professionnels et l'utilisation des outils HealthWISE.

L'une des autres difficultés constatées a été le manque de relais locaux. L'absence de référents SST dans les petites structures empêche la diffusion des bonnes pratiques et la remontée efficace des informations sur les incidents ou les besoins en prévention.

Cette insuffisance de ressources humaines spécialisées freine la mise en œuvre effective des modules HealthWISE, limite la capacité de supervision et d'accompagnement des équipes, et compromet la généralisation des acquis du programme à l'ensemble du territoire.

3.2. Couverture inégale : Difficultés à étendre HealthWISE aux structures privées et aux zones rurales

Malgré les succès enregistrés dans les 13 centres pilotes et les établissements publics majeurs, la diffusion de la démarche HealthWISE reste inégale :

Le secteur privé est sous-représenté dans la mise en œuvre du projet HealthWISE. Les cliniques privées, cabinets médicaux et centres de soins confessionnels sont rarement impliqués dans les formations et supervisions HealthWISE. Ces structures, parfois moins contrôlées, présentent pourtant des risques professionnels similaires, voire accrus du fait de ressources limitées.

Dans les zones rurales et périphériques, l'extension du programme est entravée par des difficultés logistiques (accès, transport du matériel de formation, disponibilité des formateurs), un manque de financement des activités prévues, un manque d'infrastructures adaptées et une faible priorisation de la SST par les gestionnaires locaux.

Il a aussi noté une inégalité d'accès à l'information. Les supports pédagogiques, protocoles et directives SST sont souvent diffusés en priorité dans les grandes villes, laissant les structures rurales en marge des innovations et des bonnes pratiques.

La résistance au changement a constitué l'un des grands défis répertoriés. Dans certains établissements, la culture organisationnelle reste peu ouverte à l'intégration de démarches participatives ou à la remise en question des pratiques traditionnelles.

Cette couverture inégale crée un système de santé à deux vitesses, où seuls les établissements les mieux dotés bénéficient pleinement des avancées HealthWISE, tandis que les autres restent exposés à des risques non maîtrisés.

3.3. Financement : Absence de budget pérenne dédié à la SST

L'un des obstacles structurels majeurs à la généralisation de HealthWISE est l'absence d'un financement stable et dédié à la SST.

La dépendance aux financements extérieurs. Les premières phases du projet ont été largement soutenues par des partenaires techniques et financiers (OMS, OIT, bailleurs de fonds internationaux). Or, la pérennité des actions dépend d'une inscription dans les budgets nationaux et locaux doublés d'une mobilisation des ressources endogènes pour soutenir ces actions de protection du personnel de santé.

Dans un contexte de ressources limitées, la SST est souvent reléguée derrière d'autres priorités sanitaires (médicaments, équipements biomédicaux, salaires du personnel). Les budgets alloués à la prévention des risques professionnels restent marginaux. Peu d'établissements disposent de lignes budgétaires dédiées à l'achat d'EPI, à la formation SST ou à la gestion des accidents du travail. Les dépenses SST sont souvent fondues dans des postes génériques, ce qui rend leur suivi et leur optimisation difficiles.

La difficulté d'accès aux fonds fut une autre difficulté constatée. Même lorsque des fonds existent, les procédures administratives complexes et la faible capacité de gestion financière des petites structures limitent leur mobilisation effective.

Sans financement pérenne, il est difficile d'assurer la maintenance des équipements, la formation continue, l'achat d'EPI et la supervision régulière, ce qui compromet la durabilité du programme.

3.4. Culture organisationnelle : Faible culture de déclaration des accidents et incidents

Un autre défi important est la faible culture de déclaration et d'analyse des accidents et incidents professionnels, particulièrement dans le secteur privé et les structures périphériques :

La peur de sanctions ou de stigmatisation reste un défi important. Les agents hésitent à déclarer les accidents par crainte de représailles, de blâme ou de remise en cause de leur compétence professionnelle. Beaucoup de travailleurs et de gestionnaires ne perçoivent pas l'intérêt de la déclaration des incidents, considérant ces démarches comme bureaucratiques ou inutiles.

Dans de nombreux établissements, il n'existe pas de procédures simples et accessibles pour signaler un accident ou un incident, ni de retour d'information sur les suites données aux déclarations.

A tous défis s'ajoute la faible valorisation de la prévention. La culture organisationnelle privilégie souvent la gestion curative des incidents (prise en charge médicale) plutôt que l'analyse préventive et l'amélioration continue des pratiques.

Cette sous-déclaration prive le système de données essentielles pour le suivi-évaluation, la priorisation des actions et l'apprentissage collectif. Elle limite également la capacité à adapter les modules HealthWISE aux réalités du terrain et à mesurer l'impact réel du programme.

DISCUSSION

La mise en œuvre du HealthWISE au Togo est une approche qui s'intègre dans une démarche d'amélioration de la qualité de vie des travailleurs de santé pour lequel il est important de procéder à une analyse comparative avec d'autres pays ou approche.

1. HealthWISE au Togo : une illustration d'approche intégrée et conforme aux normes internationales

La mise en œuvre de HealthWISE au Togo représente un exemple concret d'application d'une approche intégrée de la sécurité et santé au travail (SST) dans le secteur de la santé, en parfaite cohérence avec les recommandations de l'OMS et de l'OIT, notamment la Convention OIT n°187 sur le cadre promotionnel pour la SST. Cette approche se distingue par l'articulation de plusieurs dimensions : la prévention des risques, la gestion des urgences, la formation continue, la gouvernance participative et l'intégration de la SST dans les politiques nationales de santé et sécurité au travail.

L'intégration des modules HealthWISE (maîtrise des risques professionnels, gestion des TMS, risques biologiques, lutte contre la violence, gestion des horaires, etc.) a permis de couvrir l'ensemble des risques auxquels sont exposés les travailleurs de santé, tout en adaptant les outils aux réalités locales. La démarche a également favorisé la transversalité, en impliquant non seulement les professionnels de santé, mais aussi les gestionnaires, les délégués du personnel et les partenaires institutionnels.

2. Formation continue, sensibilisation et culture SST : des leviers essentiels

L'expérience togolaise confirme que la formation continue et la sensibilisation sont des leviers incontournables pour instaurer une culture SST durable. Les sessions HealthWISE, les supervisions régulières et les ateliers de concertation ont permis de renforcer les compétences des agents, d'améliorer la connaissance des risques et d'ancrer les bonnes pratiques dans la routine professionnelle.

Le développement d'une culture SST ne se limite pas à la transmission de savoirs techniques : il s'agit aussi de transformer les représentations et les comportements, de valoriser la prévention et de responsabiliser chaque acteur, du soignant au gestionnaire. Cette dynamique a été particulièrement visible lors de la riposte à la Covid-19, où la mobilisation des équipes SST a permis de limiter l'impact de la pandémie sur le personnel de santé, malgré la forte pression sur le système.

3. Gouvernance hospitalière et implication des acteurs : un facteur clé de réussite

La réussite du programme HealthWISE au Togo repose en grande partie sur le renforcement de la gouvernance hospitalière. L'instauration de comités SST à tous les niveaux (national, régional, préfectoral, opérationnel) a permis d'institutionnaliser le dialogue entre médecins du travail, gestionnaires, représentants du personnel et partenaires sociaux. Ce dialogue structuré a favorisé la co-construction de plans d'action, l'appropriation des outils et la réactivité face aux situations d'urgence.

L'intégration de la SST dans la gouvernance hospitalière a aussi contribué à rehausser le statut de la prévention dans la hiérarchie des priorités sanitaires, la rendant indissociable de la qualité des soins et de la sécurité des patients. La transparence, la reddition de comptes et l'échange de bonnes pratiques entre établissements ont été renforcés grâce à la mise en place d'indicateurs de suivi-évaluation et à l'organisation de la table ronde nationale sur la SST.

4. Défis structurels et enjeux partagés avec les pays à ressources limitées

Malgré ces avancées, l'expérience togolaise met en lumière des défis structurels qui sont communs à de nombreux pays à ressources limitées :

- Des ressources humaines spécialisées insuffisantes, surtout en périphérie et dans le secteur privé, limitant la diffusion et la supervision des bonnes pratiques SST.
- Une couverture inégale du programme, avec des difficultés à toucher les zones rurales, les petites structures et les établissements privés, souvent moins réglementés et moins dotés.
- Un financement non pérenne avec la dépendance aux bailleurs de fonds et l'absence de lignes budgétaires dédiées à la SST fragilisent la durabilité des actions.
- Une faible culture organisationnelle de déclaration des accidents et incidents, freinant l'apprentissage collectif et la prévention secondaire.

Ces défis appellent à une mobilisation multisectorielle, associant les ministères de la santé, du travail, des finances, les universités, les partenaires sociaux et les bailleurs. L'engagement politique doit se traduire par l'inscription de la SST dans les politiques nationales, la création de postes spécialisés, la généralisation de la formation et l'allocation de ressources dédiées.

5. Portée régionale et potentiel de réplication

L'expérience togolaise avec HealthWISE offre un modèle reproductible pour d'autres pays africains confrontés à des enjeux similaires en matière de protection des travailleurs de santé. Elle démontre qu'il est possible, même dans un contexte de ressources limitées, de structurer une politique SST efficace en s'appuyant sur :

- La volonté politique et l'alignement sur les normes internationales ;
- L'implication de tous les acteurs de la chaîne de soins ;
- L'intégration de la SST dans la gestion des urgences sanitaires ;
- La mise en place de mécanismes de suivi-évaluation et de gouvernance participative.

La diffusion de cette expérience à l'échelle régionale, à travers des réseaux d'échange ou congrès scientifiques, des formations conjointes et le partage de protocoles, pourrait accélérer la montée en compétence des systèmes de santé africains et renforcer leur résilience face aux crises futures.

Le Ghana a également adopté HealthWISE dans plusieurs hôpitaux pilotes, avec un fort soutien du ministère de la Santé et des bailleurs internationaux. Comme au Togo, la formation continue et la création de comités SST ont été des leviers majeurs. Toutefois, le Ghana se distingue par une intégration plus avancée des modules SST dans les curricula universitaires et une meilleure implication du secteur privé, facilitée par une législation plus contraignante. Les défis restent similaires : manque de ressources humaines spécialisées et difficultés d'extension en zones rurales.

Au Sénégal, la démarche HealthWISE a été introduite dans le cadre de la réforme hospitalière et de la riposte à Ebola. Les résultats montrent une amélioration de la culture SST dans les grands hôpitaux urbains, mais une couverture encore limitée dans les régions. Le Sénégal a mis l'accent sur la gestion des risques biologiques et la prévention des troubles musculo-squelettique (TMS), mais rencontre des obstacles liés à la fragmentation institutionnelle et à la faible coordination intersectorielle. La gouvernance hospitalière s'est renforcée, mais la déclaration des accidents reste faible, comme au Togo.

La Tanzanie a intégré HealthWISE dans le cadre d'un partenariat OMS, avec une forte mobilisation communautaire. L'innovation majeure réside dans l'implication des agents de santé communautaires et la décentralisation des comités SST. Les formations sont régulières et adaptées au contexte local, mais le financement demeure un défi, tout comme la disponibilité des EPI. La Tanzanie partage avec le Togo le défi de la couverture inégale et de la pérennisation des acquis hors des centres urbains.

Au Bénin, HealthWISE a été déployé dans quelques hôpitaux de référence, avec des résultats positifs sur la sensibilisation et la gestion des risques biologiques. Cependant, le programme souffre d'un manque de coordination nationale et d'une faible intégration dans les politiques sanitaires. Les défis sont proches de ceux du Togo : ressources humaines limitées, financement insuffisant, faible culture de déclaration et couverture incomplète.

6. Leçons et perspectives pour la région

L'expérience togolaise, comparée à celles du Ghana, du Sénégal, de la Tanzanie et du Bénin, met en évidence plusieurs facteurs de succès et de blocage :

- **Les facteurs de succès** : Approche intégrée, gouvernance participative, formation continue, implication multisectorielle, adaptation des modules aux contextes locaux.
- **Les facteurs de blocage** : Ressources humaines et financières limitées, couverture inégale, faible culture de déclaration, dépendance aux bailleurs.

Pour pérenniser et amplifier les acquis, il est essentiel de :

- Généraliser la formation SST à tous les niveaux, y compris dans le secteur privé et les zones rurales ;
- Renforcer l'intégration de la SST dans les plans nationaux de santé et les curricula universitaires ;
- Développer des mécanismes de financement innovants et durables ;
- Promouvoir une culture organisationnelle de prévention et de déclaration des incidents ;
- Favoriser les échanges régionaux pour mutualiser les bonnes pratiques et les outils.

La mise en œuvre de HealthWISE au Togo, tout comme dans les pays voisins, démontre que l'amélioration de la SST en Afrique est possible à condition d'un engagement politique fort, d'une gouvernance participative, d'une formation continue et d'un financement pérenne. L'expérience togolaise, par son approche structurée et ses résultats tangibles, peut servir de modèle adaptable pour la région, à condition de relever les défis structurels communs à tous les systèmes de santé africains.

CONCLUSION

L'analyse de la mise en œuvre du programme HealthWISE au Togo, de 2016 à 2024, met en lumière une transformation profonde et progressive de la sécurité et santé au travail des agents de santé, dans un contexte marqué par la récurrence des urgences sanitaires et la nécessité d'une gouvernance hospitalière renforcée. L'intégration de l'outil HealthWISE, soutenue par l'OMS et l'OIT, a permis non seulement d'initier une dynamique de prévention des risques professionnels, mais aussi d'ancrer la SST comme un pilier stratégique du système de santé togolais.

Les résultats obtenus témoignent d'avancées majeures : la création et l'animation de comités SST à tous les niveaux, l'élaboration de plans stratégiques et de protocoles adaptés, l'intégration des indicateurs SST dans le suivi-évaluation du PNDS, et la reconnaissance croissante de la SST comme facteur déterminant de la qualité des soins, de la sécurité des patients et les projets d'établissement hospitalier (PEH). La riposte à la pandémie de Covid-19 a servi de catalyseur, accélérant la diffusion des bonnes pratiques, la formation des équipes et la prise de conscience collective de l'importance de la protection des soignants.

Cependant, cette dynamique positive ne doit pas masquer les défis persistants : le déficit de ressources humaines spécialisées, la couverture inégale du programme, notamment dans les zones rurales et le secteur privé, l'insuffisance de financement dédié et la faible culture de déclaration des incidents professionnels, des accidents du travail et des maladies professionnelles. Ces limites, communes à de nombreux pays africains, rappellent la nécessité d'une mobilisation multisectorielle, d'un engagement politique fort et d'un investissement pérenne pour garantir la continuité et l'extension des acquis.

L'expérience togolaise démontre qu'il est possible, même dans un contexte de ressources limités, de bâtir une gouvernance hospitalière de qualité fondée sur la SST, à condition de s'appuyer sur une approche intégrée, participative et conforme aux normes internationales. Les leçons tirées du Togo offrent un modèle adaptable pour d'autres pays africains, en particulier ceux confrontés à des défis similaires de gestion des risques professionnels en milieu de soins.

En définitive, la pérennisation et l'élargissement du programme HealthWISE, alliés à la généralisation de la formation, à l'intégration systématique de la SST dans les politiques nationales et à la promotion d'une culture organisationnelle de prévention, constituent les prochaines étapes essentielles. Protéger les travailleurs de santé, c'est garantir la résilience du système de santé, la sécurité des patients et la qualité des soins, aujourd'hui et pour les crises de demain.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. International Labor Organization, 2016, Health Services Sector, [en ligne] (page consulté de le 30/06/2025) https://www.ilo.org/topics-and-sectors/industries-and-sectors/health-and-social-services
2. International Labor Organization /World Health Organization, 2014, HealthWISE - Work Improvement in Health Services - Action Manual [en ligne] (page consulté de le 30/06/2025) https://www.ilo.org/resource/training-material/healthwise-work-improvement-health-services
3. KEVI Kokou Silvère. 2022, The " HealthWISE " approach in Togo, from pilot centers to the national strategy for the promotion of safety and health at work for health workers (2016-2021)", Saf Health Work; p13: S87-S310 [en ligne] (page consulté de le 30/06/2025) https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2093791121015432

4. Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, Togo. 2017, Plan stratégique SST 2017-2022. 66p
5. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Section Médecine du travail et des sports, Togo, 2024, Rapport du projet HealthWISE Togo 2024, (2016-2024), 50p.
6. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Togo. 2022, Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2023-2027, 88p.
7. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Togo. 2022, Directives et protocoles de sécurité et santé au travail en réponse aux urgences sanitaires dont la covid-19 dans les formations sanitaires au Togo, 48p
8. Organisation Mondiale de la Santé/Organisation International du Travail, 2022, Prendre soins des soignants», Guide d'élaboration des programme de sécurité et santé au travail pour les agents de santé, [en ligne] (page consulté de le 30/06/2025) https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_dialogue/@sector/documents/publication/wcms_877544.pdf
9. Organisation Mondiale de la Santé/Organisation Internationale du Travail, 2020, Sécurité et santé au travail durant les crises sanitaires, , [en ligne] (page consulté de le 30/06/2025), https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/publication/wcms_747127.pdf
10. Organisation Internationale du Travail (OIT). 2006, Convention n°187 sur la SST, [en ligne] (page consulté de le 30/06/2025), https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C187