ISSN : 3105-8485 (L) / 3105-8493 (P)
https://perspectivesplurielles.net/

ENJEUX DE LA COMMUNICATION NUMÉRIQUE DANS LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION EN MILIEU URBAIN : PERCEPTION DES JEUNES MÈRES DU QUARTIER AIR France (BOUAKÉ, CÔTE D'IVOIRE)

CHALLENGES OF DIGITAL COMMUNICATION IN REPRODUCTIVE HEALTH IN URBAN SETTINGS: PERCEPTIONS OF YOUNG MOTHERS IN THE AIR FRANCE NEIGHBORHOOD (BOUAKÉ, CÔTE D'IVOIRE)

Ardjouma TUO
Université Alassane Ouattara (Bouaké — Côte d'Ivoire)
E-mail : tuoardjouma@gmail.com
Dramane Nibé SILUE
Université Alassane Ouattara (Bouaké — Côte d'Ivoire)
E-mail : nibedramane@yahoo.fr
Adam Lego KONE
Université Alassane Ouattara (Bouaké — Côte d'Ivoire)
E-mail : legokone@gmail.com

Résumé : *Cet article analyse les perceptions des jeunes filles mères (JFM) et des femmes en âge de procréer (FAP) du quartier Air France, à Bouaké (Côte d'Ivoire), à l'égard de la e-santé comme outil d'autonomisation décisionnelle en matière de Santé Sexuelle Reproductive (SSR). L'étude repose sur une approche quantitative. Les données ont été collectées en avril 2026 par questionnaire auprès de 101 personnes (47 FAP, 48 jeunes filles, 5 sage-femmes et 1 médecin-chef). Elles ont été traitées à l'aide du logiciel Sphinx Plus 5, complété par une analyse factorielle des correspondances (AFC). Les résultats montrent que les formats audios (64 citations sur 198) et les vidéos courtes (62 citations) sont les supports les plus plébiscités. Cette préférence est liée à la difficulté de compréhension du langage technique (57 citations) et au coût élevé de la connexion internet (52 citations). Les réseaux sociaux numériques tels que Facebook, WhatsApp et TikTok, occupent une place centrale dans la recherche d'informations relatives à la SSR. En définitive, la e-santé est perçue comme un complément utile mais non substituable à la relation humaine. Son déploiement suppose une adaptation des contenus aux réalités socioculturelles locales, notamment linguistiques.*

Mots-clés : *communication numérique ; e-santé ; santé sexuelle et reproductive ; perception ; analyse factorielle des correspondances.*

Abstract: *This article analyses the perceptions of teenage mothers (TMs) and women of reproductive age (WRAs) in the Air France neighbourhood of Bouaké (Ivory Coast) regarding e-health as a tool for empowering decision-making in the area of sexual and reproductive health (SRH). The study employs a quantitative approach. Data were collected in April 2026 via a questionnaire administered to 101 participants (47 women of reproductive age, 48 teenage girls, 5 midwives, and 1 chief physician). The data were analysed using Sphinx Plus 5 software, supplemented by a correspondence factor analysis (CFA). The results show that audio formats (64 mentions out of 198) and short videos (62 mentions) are the most popular media. This preference is linked to the difficulty of understanding technical language (57 mentions) and the high cost of internet access (52 mentions). Digital social media platforms such as Facebook, WhatsApp, and TikTok play a central role in the search for information related to SRH. Ultimately, e-health is perceived as a useful complement to human interaction, but not a substitute for it. Its implementation requires adapting content to local sociocultural realities, particularly linguistic ones.*

Keywords: *digital communication; e-health; sexual and reproductive health; perception; correspondence analysis.*

1. Introduction

Avec l'évolution rapide des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC), le secteur de la santé connaît une transformation majeure à travers le développement de l'e-santé (télémédecine, dossier médical électronique, applications de santé, téléconsultation, etc.) La communication numérique joue un rôle central dans cette évolution en permettant la transmission rapide et sécurisée des données médicales, la communication à distance entre professionnels de santé et patients, ainsi que l'accès aux soins dans les zones éloignées.

Toutefois, l'accès à internet demeure préoccupant en Afrique : seuls 29 % des 1,3 milliard d'habitants du continent utilisent internet, une proportion qui progresse rapidement à mesure que les réseaux mobiles se développent et que le coût des appareils compatibles diminue (Union Internationale des Télécommunications, 2021). Plus de 700 millions de personnes sont utilisateurs actifs d'internet en Afrique (GSMA, 2026). Cette dynamique s'accompagne d'une vague croissante d'innovation. Certains entrepreneurs africains lancent des projets sur le web, notamment des modèles commerciaux fondés sur le paiement à la consommation (PAYG, de l'anglais Pay-as-You-go), qui visent à faciliter l'accès aux services par paiement mobile. C'est le cas des technologies de santé mobiles comme Gomedical, développé par la start-up béninoise Open SI, qui permet de prendre un rendez-vous médical en ligne et d'éviter les temps d'attente.

En Côte d'Ivoire, les initiatives d'insertion du numérique dans le système de santé sont encore expérimentales. Selon le Ministère de la Santé, de l'Hygiène publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU), en 2026, le gouvernement a alloué la somme de 808,99 milliards de francs CFA pour améliorer le système sanitaire du pays, notamment celui de la Santé de la Reproduction (SR) (MSHPCMU, 2025). Ainsi, grâce à son partenariat avec l'UNFPA, l'État ivoirien entend améliorer certains indicateurs de la SR et garantir la gratuité de la Planification Familiale (PF) à travers l'intégration du numérique dans son programme d'e-santé. Il s'agit, entre autres, de la télémédecine (DSANTE.COM), lancée en mai 2026, et du renforcement de la Supply Chain. Cette dernière initiative vise à réduire les ruptures de stocks en PF dans 56 districts sanitaires du pays grâce au numérique. Ces initiatives sont appuyées par d'autres projets tels que le projet Accès Universel à la Contraception Moderne en Côte d'Ivoire (UAmC-CI, 2025-2028), la Modernisation et l'Harmonisation du Programme National de Santé de la Mère et de l'Enfant (PNSME) et les projets d'ONG (2024-2026). À Bouaké, l'ONG AIDSCOM contribue à la promotion des droits à la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR).

Cependant, malgré les avancées, l'intégration efficace du numérique dans le système de la SR soulève plusieurs difficultés préoccupantes. On observe des inégalités d'accès aux infrastructures numériques, surtout dans les zones rurales ou

défavorisées. À cela s'ajoutent le manque de formation des professionnels de la SR, les problèmes de fiabilité des réseaux et les risques liés à la protection des données personnelles et à la confidentialité médicale, de même que les contraintes juridiques et éthiques qui freinent l'adoption du numérique. L'aire sanitaire d'Air France, dans la ville de Bouaké, n'échappe pas à l'ensemble de ces défis liés à l'intégration du numérique dans le système de la SR. Ce constat interroge l'appropriation du numérique dans les pratiques de la SR par les praticiens de l'aire sanitaire d'Air France et la perception qu'en ont les bénéficiaires. Dès lors, comment le dispositif communicationnel favorable à l'utilisation de la e-santé en matière de santé reproductive est-il perçu par les jeunes mères de l'aire sanitaire d'Air France ?

À partir d'une approche hypothético-déductive, l'hypothèse retenue postule que la e-santé, mobilisée dans le processus de la SR, est perçue par les jeunes filles mères de l'aire sanitaire d'Air France comme un catalyseur d'émancipation décisionnelle. Toutefois, son efficacité serait limitée par un accès restreint aux ressources numériques et par une communication organisationnelle trop technique. Cette étude vise donc à analyser les perceptions des jeunes filles mères du quartier Air France sur l'insertion de la e-santé dans le processus de prise en charge de la SSR comme moyen d'autonomie décisionnelle.

2. Matériels et méthodes

Cette étude relève d'une approche quantitative, adossée à un échantillonnage non probabiliste de type accidentel, constitué au quartier Air France, à Bouaké (Côte d'Ivoire). Les enquêtées ont été sollicitées au fur et à mesure de leur disponibilité, aux abords des principaux points de fréquentation du quartier (Centre de Santé Urbain, marchés, dispensaires), ce qui explique le caractère non aléatoire de la sélection. Ce mode de constitution de l'échantillon, s'il facilite l'accès au terrain, limite la généralisation des résultats à l'ensemble des femmes de la ville et invite à interpréter les tendances observées avec prudence. Le quartier Air France se caractérise par un ensemble de secteurs résidentiels et de banlieues, notamment Air France 1, 2 et 3, situés dans la partie sud de la ville. Proche de plusieurs points d'intérêt tels que des marchés (marché Air France ou petit marché d'Air France), des écoles, un Centre de Santé Urbain (CSU), des dispensaires et des cliniques, le quartier est relié aux autres zones urbaines par des axes principaux. Les données ont été collectées en avril 2026 au moyen d'un questionnaire, auprès de 101 personnes comprenant 47 femmes en âge de procréer (FAP) âgées de 25 à 35 ans, 48 jeunes filles mères (JFM) âgées de 13 à 24 ans, 5 sage-femmes (SF) et le médecin-chef du CSU concerné par l'étude. Les cinq sage-femmes et le médecin-chef ont été interrogés à titre d'informateurs-clés, afin de contextualiser l'offre de soins. Par ailleurs, l'interview auprès de ces spécialistes a été une étape préliminaire nécessaire pour l'élaboration du questionnaire soumis aux JFM et aux FAP. C'est pourquoi leurs réponses ne sont pas intégrées aux traitements statistiques présentés

dans les résultats. Ceux-ci sont centrés sur les FAP et les JFM. En outre, la question relative aux formats de communication admettait des réponses multiples, ce qui explique que le total des citations (198) excède l'effectif des enquêtées. L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel de traitement Sphinx Plus 5, complétée par une analyse factorielle des correspondances (AFC). Pour l'interprétation des résultats, le cadre mobilisé est celui de la théorie de la téléconsultation, qui repose sur la dématérialisation de l'acte médical par le biais des TIC afin de remédier aux problèmes de distance.

3. Résultats

3.1. Les obstacles structurels limitant l'efficacité de la e-santé

Le tableau 1 présente le croisement entre les obstacles liés à l'insertion de la e-santé en SSR et les formats de supports de communication privilégiés par les enquêtées.

La dépendance n'est pas statistiquement significative ($\chi^2 = 20{,}94$; ddl = 16 ; p = 0,181). Sept cases (28 %) présentant un effectif théorique inférieur à 5, les conditions d'application du test du khi-deux ne sont pas réunies ; les valeurs correspondent au nombre de citations de chaque couple de modalités et sont interprétées à titre indicatif.

Tableau 1 : Résultats du croisement des obstacles liés à l'insertion de la e-santé en SSR et les formats de supports de communication

Format Obstacles	Vidéos courtes	Audios (en langue locale)	Textes simplifiés	Images	Infographies	TOTAL
Non-réponse	0	2	0	0	0	2
Coût de la connexion internet	12	18	7	10	5	52
Fausses informations (fake news) sur les réseaux	17	16	8	1	4	46
Difficulté à comprendre les termes techniques	19	18	4	9	7	57
Mauvaise couverture réseau dans certaines zones du quartier	14	10	9	2	6	41
TOTAL	62	64	28	22	22	198

Source : enquêtes de terrain, avril 2026.

À la lecture du tableau 1, les formats audios (64 citations) et les vidéos courtes (62 citations) dominent la demande. Ils constituent à eux seuls 64 % des choix exprimés, soit 126 citations sur 198. À côté de ces formats dominants, les textes simplifiés (28 citations), les images (22 citations) et les infographies (22 citations)

suscitent peu d'intérêt au sein des FAP et des JFM interrogées. Ce désintérêt résulte de la difficulté à comprendre les termes techniques (57 citations) et du coût de la connexion internet (52 citations), qui constituent les deux freins majeurs identifiés par les enquêtées. Toutefois, les autres cases du tableau font ressortir plusieurs profils comportementaux.

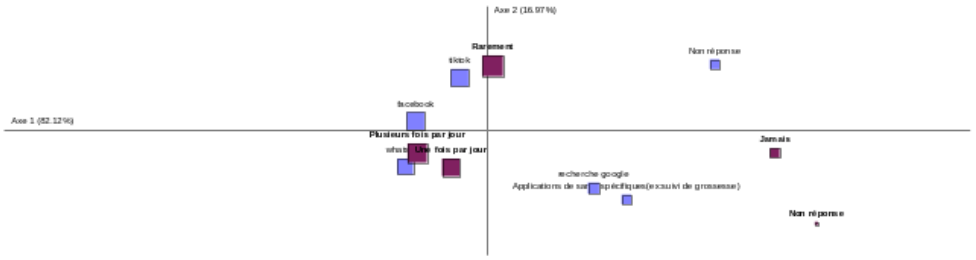
D'abord, les FAP et les JFM qui rencontrent à la fois des difficultés à comprendre les termes techniques (18 citations) et sont freinées par le coût de la connexion internet (18 citations) préfèrent recourir à des formats audios en langue locale. Ce format apparaît comme une solution d'inclusion face au taux élevé d'analphabétisme et à la faible maîtrise des outils technologiques (smartphones, tablettes, etc.). Ensuite, les sujets qui associent les vidéos courtes et les difficultés à comprendre les termes techniques (19 citations) témoignent de l'intérêt des FAP et des JFM pour les contenus vidéos en matière de SSR, car ce support facilite la compréhension de concepts complexes à travers des contenus animés. Enfin, les FAP et les JFM confrontées à des contraintes budgétaires se tournent soit vers des contenus audios (18 citations), soit vers les vidéos courtes (12 citations) ou les images (10 citations). En effet, les images favorisent l'accès à une information moins onéreuse et moins fastidieuse, et sont adaptées à une cible peu instruite.

En s'intéressant aux obstacles rencontrés par les FAP et les JFM à la suite de l'insertion de la communication numérique dans la SSR, il convient de souligner que certaines, par prudence, se méfient des visuels fixes, souvent jugés manipulables, donc moins crédibles et manquant d'originalité. Par ailleurs, la qualité de la couverture du réseau, souvent instable ou très faible dans certaines zones de l'aire sanitaire malgré la présence de plusieurs pylônes de téléphonie mobile, conduit une catégorie d'enquêtées à privilégier le téléchargement instantané de vidéos courtes dès la disponibilité du réseau. Cette connectivité momentanée n'est toutefois pas favorable à une relation à distance instantanée avec le personnel soignant en matière de SSR.

3.2. Fréquence d'usage des réseaux sociaux numériques et accès à l'information en SSR

La figure 1 présente la carte factorielle de l'AFC croisant les canaux de recherche d'information (en bleu) et la fréquence d'utilisation (en violet) en lien avec les problèmes de SSR.

Figure 1 : Carte factorielle du croisement des applications fréquemment utilisées et de leur fréquence d'utilisation



Source : enquêtes de terrain, avril 2026.

L'axe 1 est le plus dominant (82,12 % de l'inertie), car il porte les valeurs essentielles. L'axe 2 (16,97 %) est nettement marginal. La lecture de cette carte factorielle met en évidence une opposition radicale des comportements des FAP et des JFM face à l'utilisation de la e-santé en matière de SSR, qui se dégage sur l'axe 1. Du côté gauche de cet axe se trouvent les modalités d'usage à haute fréquence, telles que « Plusieurs fois par jour » et « Une fois par jour » ; du côté droit se situe le pôle de l'inactivité des enquêtées quant au recours aux réseaux sociaux numériques (RSN) pour la recherche d'informations en matière de SSR, marqué par les modalités « Jamais » et « Non-réponse ».

Le comportement d'usage des RSN par les FAP et les JFM de l'aire sanitaire d'Air France se traduit par une proximité des modalités du côté gauche de l'épicentre de la figure. En effet, les modalités de haute fréquence (« Plusieurs fois par jour » et « Une fois par jour ») sont presque fusionnées, en raison de leur proximité étroite avec les variables « Facebook », « TikTok » et « WhatsApp ». Ces plateformes numériques font partie intégrante du quotidien des usagères de l'unité de SSR. Or, ces applications diffusent des contenus en fonction des centres d'intérêt des internautes, influençant ainsi leur rapport au langage technique en matière de SSR.

Le cas spécifique de la modalité « TikTok » s'éloigne quelque peu de l'épicentre et se situe à proximité de la modalité de fréquence « Rarement ». Cette disposition traduit une catégorisation de la population étudiée : une partie recourt régulièrement à cette application pour s'informer sur les problématiques liées à la SSR, tandis qu'une autre l'utilise de façon irrégulière. Cette répartition traduit l'effet des algorithmes de recommandation sur l'exposition aux contenus de SSR.

Les outils utilitaires se regroupent en bas à droite de l'axe 1. On y retrouve les modalités « Recherche Google » et « Applications de santé spécifiques », proches l'une de l'autre et éloignées de l'usage quotidien. Ces deux modalités entretiennent un rapport de complémentarité avec les modalités de rejet et d'indifférence « Jamais » et « Non-réponse ». Ce voisinage révèle la méconnaissance des outils numériques utilitaires en matière de SSR chez les sujets

de l'étude. Il ressort donc de ces résultats que la perception du dispositif de la e-santé en matière de SSR est étroitement liée au niveau de connaissance des FAP et des JFM : celles qui maîtrisent mieux les outils mobiles perçoivent la e-santé comme un moyen de gain de temps et de discrétion pour leur santé reproductive. Par ailleurs, des applications telles que « Santé Civ », « E-santé Jeunes CI » ainsi que les sites dédiés à la santé ne sont presque jamais consultés par les FAP et les JFM, comme en témoigne ce groupe de répondantes totalement désintéressées ou refusant de se prononcer.

3.3. Fiabilité des sources de l'information

La figure 2 présente la carte factorielle de l'AFC croisant les canaux d'information ou d'échange en matière de SSR (en bleu) et les outils technologiques ou interlocuteurs mobilisés (en violet).

Figure 2 : Carte factorielle du croisement des sources d'informations et des types de téléphone utilisés

Source : enquêtes de terrain, avril 2026.

L'axe 1 est l'axe dominant (99,66 % de l'inertie). Il coupe l'axe 2, de valeur négligeable (0,33 %), au niveau de l'épicentre. La modalité isolée « Non-réponse », située à l'extrême gauche, en bas, se distingue par sa grande distance à l'épicentre et traduit le comportement singulier d'une catégorie des sujets de l'étude. Cette modalité a été traitée comme élément supplémentaire (illustratif). Elle est projetée sur le plan factoriel sans intervenir dans le calcul des axes, ce qui permet de la visualiser sans qu'elle en biaise la structure.

Du côté droit de l'axe 1, les variables regroupées permettent de distinguer deux profils : d'un côté, les sources connectées et médicalisées et, de l'autre, les sources dites traditionnelles favorisant la proximité. En effet, les modalités d'interaction « Réseaux sociaux / Internet » et « Agent de santé » sont proches l'une de l'autre, en lien avec la variable technologique « Smartphone (tactile avec internet) ». Il existe donc une forte association entre l'usage des RSN, celui des smartphones et la consultation d'un agent de santé en matière de SSR au sein de l'aire sanitaire d'Air France. On en déduit que le recours aux TIC, notamment aux RSN, fait partie intégrante du système de prise en charge de la SSR et confère un caractère formel et crédible à la e-santé dans cette aire sanitaire.

Quant au profil traditionnel et de proximité, il se dessine à travers la modalité de relation sociale « Famille / amis » et la variable d'interaction « Téléphone basique ». Ces deux résultats s'inscrivent dans une dynamique d'humanisation de

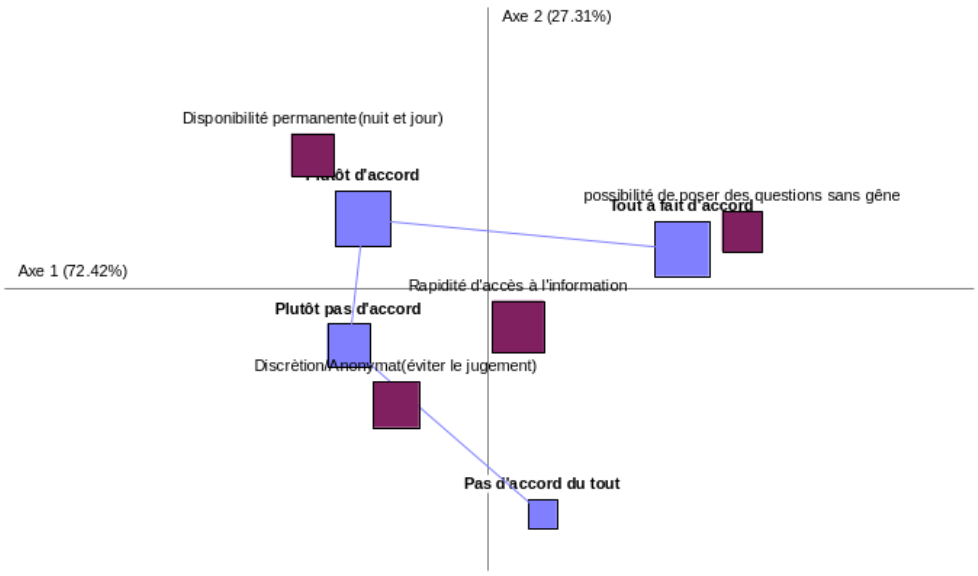
la communication en matière de SSR : ils mobilisent les réseaux sociaux de proximité (l'entourage des FAP et des JFM) et les outils classiques de la communication interpersonnelle (appels téléphoniques, échanges de messages, notifications) sans recours à internet. On peut en déduire que la qualité de l'information joue un rôle central dans la relation entre les FAP, les JFM et le personnel soignant de l'aire sanitaire du CSU d'Air France.

Cependant, bien que la e-santé favorise l'accès à l'information en matière de SSR, son usage se heurte, s'agissant de la fiabilité des sources et du dynamisme des interactants, à la persistance des normes socioculturelles et à des intérêts communicationnels encore dominants dans l'aire sanitaire. En effet, les FAP et les JFM considèrent la e-santé comme un complément nécessaire mais insuffisant pour la prise en charge en matière de SSR. Elles privilégient ainsi une approche hybride, favorable à l'intégration du numérique dans le processus de prise en charge de la SSR, sans pour autant remplacer la communication humaine existante.

3.4. Les représentations sociales de la e-santé chez les JFM et les FAP

La figure 3 présente la carte factorielle de l'AFC croisant une échelle d'accord (en bleu) et les avantages perçus de l'insertion de la e-santé dans le système de la SSR (en violet).

Figure 3 : Carte de l'analyse factorielle du croisement entre une échelle d'accord et les avantages de l'insertion de la e-santé en matière de SSR



Source : enquêtes de terrain, avril 2026.

Les axes 1 et 2 représentent les dimensions expliquant la plus grande part de la variance des données. L'axe horizontal (axe 1, 72,42 % de l'inertie) est plus important que l'axe vertical (axe 2, 27,31 %), car il structure l'essentiel des

variations d'opinions. Le centre de la carte représente le profil moyen : les modalités qui en sont proches sont moyennes ou peu discriminantes.

Selon les résultats de l'étude, à droite de l'axe 1 se situe le pôle de l'adhésion, caractérisé par la modalité « Tout à fait d'accord ». À l'opposé, le pôle gauche et le bas du centre de l'axe regroupent les modalités « Plutôt d'accord », « Plutôt pas d'accord » et « Pas du tout d'accord ». L'analyse des correspondances fait ressortir trois avis distincts. D'abord, en haut à droite, la modalité « Tout à fait d'accord » est fortement proche de la modalité d'évaluation « Possibilité de poser des questions sans gêne ». Ce rapport traduit un avis partagé des FAP et des JFM concernant la liberté de parole en matière de SSR et l'absence de barrières psychologiques liées à l'usage de la e-santé dans l'aire sanitaire urbaine d'Air France.

Ensuite, la modalité « Plutôt d'accord », étroitement liée au critère « Disponibilité permanente (nuit et jour) », traduit le degré de satisfaction des usagères du CSU d'Air France en matière de SSR. Cette position témoigne de la facilité d'accès au service, de jour comme de nuit, mais ne dénote aucun enthousiasme particulier des répondantes.

Enfin, le pôle bas, à gauche de la carte factorielle, est marqué par les avis insatisfaits, à travers les modalités « Plutôt pas d'accord » et « Pas du tout d'accord », reliées par la variable d'évaluation « Discrétion / Anonymat (éviter le jugement) ». Il s'en dégage un désaccord des FAP et des JFM quant au respect de la confidentialité au sein du service de SSR.

L'épicentre de la carte, formé par le croisement des axes 1 et 2, est marqué par la variable d'évaluation « Rapidité d'accès à l'information ». Ce point d'intersection marque l'accord des FAP et des JFM sur les critères d'évaluation de l'insertion de la e-santé dans le système de SSR. Par déduction, les FAP et les jeunes filles mères du quartier Air France de Bouaké perçoivent la e-santé comme un moyen d'instauration d'un cadre d'échange, d'écoute et d'accompagnement. Toutefois, cette perception positive pourrait être influencée par la recommandation de pairs satisfaits de la qualité et de la fiabilité des informations fournies par la e-santé en matière de SSR.

4. Discussion

La question de la SSR constitue un problème de santé publique tant au niveau mondial qu'en Côte d'Ivoire, et se décline sous divers concepts. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), elle touche en priorité les décès maternels et infantiles. Le décès maternel est défini comme « tout décès survenu au cours de la grossesse, de l'accouchement ou dans les 42 jours suivant la terminaison de la grossesse, quelles qu'en soient la durée et la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite » (OMS, 2016). Cette réflexion est prolongée par

l'OMS pour prendre en compte le décès néonatal, qui concerne tout décès de nouveau-né, et les décès infanto-juvéniles, qui concernent les enfants de moins de 5 ans. Les actions visant à améliorer la santé du couple mère-enfant sont nombreuses et diversifiées, et le recours au numérique y est fortement encouragé par l'OMS.

En effet, cette institution intègre le numérique dans le système de prise en charge de la SSR à travers un guide de référence intitulé Monitoring and Evaluating Digital Health Interventions (OMS, 2016). Ce document propose une approche stratégique structurée pour analyser l'impact des technologies numériques sur la santé maternelle, la Planification Familiale (PF) et la prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST). Par ailleurs, à travers son manuel Global Strategy on Digital Health 2020-2025 (OMS, 2021), l'OMS conseille d'évaluer la e-santé en tenant compte de son cycle de développement plutôt que de la recherche d'impacts immédiats en matière de santé publique. Elle propose ainsi la démarche suivante :

– la surveillance du développement (prototype) ;

– le suivi de la mise en œuvre (pilote) ;

– l'évaluation de l'efficacité (démonstration) ;

– l'évaluation de l'impact (généralisation).

Pour l'OMS, toute solution numérique en matière de SSR doit être soumise à une évaluation selon plusieurs dimensions strictes définies dans le manuel proposé. L'OMS recommande ainsi de coupler les indicateurs traditionnels de SSR à ceux du numérique : indicateurs de processus (taux de notifications de rappel prénatal délivrées, nombre de consultations prénatales réalisées par télémédecine, taux d'utilisation d'une application de e-santé) et indicateurs de résultats (proportion de femmes enceintes orientées à temps vers un centre de santé grâce aux alertes de e-santé, augmentation du taux d'utilisatrices de méthodes contraceptives grâce aux plateformes numériques).

En Côte d'Ivoire, selon le rapport de l'Enquête Démographique et de Santé 2021 (INS, 2023), les Comportements Procréateurs à Risque (CPR) constituent un frein à l'amélioration de la SSR, et la situation des FAP et des JFM demeure une préoccupation pour l'État ivoirien. Sur le plan national, la probabilité de décès en bas âge des enfants nés de mères très jeunes (moins de 18 ans) ou de femmes âgées de plus de 34 ans est très élevée. Outre l'âge des mères, d'autres facteurs tels que le faible espacement des grossesses, le recours tardif à la consultation prénatale (CPN) et la distance à parcourir pour accéder aux soins expliquent ce taux élevé de mortalité en matière de SSR. Le recours à la télémédecine y est perçu comme une solution d'amélioration de la prise en charge de la mère et de l'enfant.

S'agissant de l'accès aux soins, selon A. Nanga-Adjaffi (2018, p. 240), le recours à la e-santé réduit l'intervention humaine dans le processus de prise en charge et allège les difficultés des usagers. Autrement dit, l'État n'aurait plus à mobiliser un grand nombre d'agents dans une unité de prise en charge sanitaire grâce aux consultations par télémédecine. Pour les usagers, les files et les durées d'attente dans les formations sanitaires seraient sensiblement réduites, d'autant qu'ils peuvent fixer leur rendez-vous avec le médecin selon leur disponibilité et l'agenda du personnel soignant. Cependant, cette stratégie n'est pas sans conséquence : l'État devra faire face au problème d'insertion des agents de santé diplômés qui sortent chaque année des centres et écoles de formation. Par conséquent, la e-santé ne remplace pas la relation humaine dans la prise en charge en matière de SSR, mais elle apporte un appui supplémentaire aux acteurs du système afin de faciliter l'accès aux soins et de réduire les décès.

M.-O. Safon (2025) pose le problème de l'efficacité dans le choix de l'outil numérique de santé en fonction du domaine et du besoin. Elle distingue cinq types de communication numérique :

– la téléconsultation, qui consiste, pour un médecin, à effectuer une consultation à distance ;

– la télé-expertise, qui permet une interaction ou un partage d'expériences entre professionnels de santé ;

– la télésurveillance médicale, qui permet à un professionnel de santé d'interpréter des données ou une radiographie d'un patient afin de décider du traitement à suivre ;

– la téléassistance médicale, approche distancielle qui permet à un professionnel de santé d'en assister un autre au cours de la réalisation d'un acte ;

– la réponse médicale, qui intervient dans le cadre de la régulation médicale des urgences ou de la permanence des soins.

Ces différentes approches de la communication numérique peuvent être mobilisées séparément ou de façon hybride. L'avènement de la crise mondiale du COVID-19 a favorisé le développement de la télésanté. Il importe dès lors de distinguer la télémédecine médicale de la télémédecine informative. La première renforce la mobilité du personnel de santé en facilitant l'accès aux soins et l'assistance des usagers à distance. La seconde facilite l'accès à l'information pour les usagers et les professionnels de santé. Dans le cadre précis de cette étude, le cadre théorique retenu est celui de la théorie de la téléconsultation.

La théorie de la téléconsultation a connu un développement sans précédent durant l'épidémie de COVID-19 et a été plébiscitée par de nombreux patients. Elle désigne la dématérialisation de la consultation médicale au moyen des TIC et fournit le cadre à partir duquel se dérivent les hypothèses de la présente étude, en

particulier celle d'une e-santé perçue comme catalyseur d'autonomie décisionnelle. Son cadre juridique, fondé sur le droit commun de la responsabilité médicale, est appelé à évoluer afin de préserver la qualité de la pratique médicale et le secret professionnel. Cette approche, en plein essor, soulève un enjeu central à savoir comment l'intégration du numérique dans le parcours de soin périnatal, à travers la téléconsultation, transforme-t-elle la relation entre les jeunes mères et les professionnels de santé ? Sur le plan juridique, l'application du droit commun de la responsabilité médicale offre une adaptation satisfaisante à la prestation de soins en matière de SSR, à condition d'une vigilance accrue sur certains points inhérents à son utilisation. Il s'agit en outre d'une évolution, dans la mesure où elle ouvre une perspective de complémentarité entre le distanciel et le présentiel.

5. Conclusion

La confrontation des résultats à l'hypothèse de départ conduit à une validation partielle de cette dernière. D'une part, la perception de la e-santé comme catalyseur d'autonomie décisionnelle est confirmée. Les jeunes filles mères et les femmes en âge de procréer y voient un cadre d'échange, d'écoute et d'accompagnement favorisant la liberté de parole et la rapidité d'accès à l'information en matière de SSR. D'autre part, la restriction de son efficacité est également corroborée. En effet, l'accès limité aux ressources numériques et le caractère trop technique de la communication organisationnelle freinent son appropriation, au point que la e-santé est perçue comme un complément et non comme un substitut à la relation humaine. L'hypothèse est donc validée dans son principe, mais nuancée quant à la portée effective du dispositif.

L'intégration des outils numériques dans le système de santé sexuelle et reproductive constitue une opportunité d'amélioration de l'accès aux soins et à l'information sanitaire en Côte d'Ivoire. Cette étude, menée auprès des jeunes filles mères et des femmes en âge de procréer du quartier Air France à Bouaké, montre que la e-santé favorise la rapidité d'accès à l'information, la liberté d'expression ainsi qu'une meilleure autonomie dans la prise de décision.

Les résultats montrent que les supports numériques les plus appréciés sont les audios et les vidéos courtes, mieux adaptés à l'environnement socioculturel et au niveau de compréhension des usagères des services de santé de la reproduction. Toutefois, le coût élevé de la connexion internet, les difficultés de compréhension du langage technique et l'insuffisance des infrastructures numériques constituent, entre autres, des obstacles au déploiement de la communication numérique. Loin de se substituer aux relations interpersonnelles, la e-santé doit être envisagée comme une approche complémentaire des pratiques traditionnelles d'échange en santé de la reproduction.

Ces résultats doivent néanmoins être appréciés à la lumière de plusieurs limites. Le caractère non probabiliste de l'échantillon restreint la portée statistique

des conclusions et interdit toute généralisation à l'ensemble de la ville. Les conditions d'application du test du khi-deux n'étant pas réunies (effectifs théoriques trop faibles), les liens statistiques ne sont établis qu'à titre indicatif. Par ailleurs, la faible représentation des professionnels de santé (six informateurs) et la circonscription du terrain à un seul quartier limitent la diversité des points de vue recueillis.

En définitive, le développement de la e-santé en Côte d'Ivoire nécessite le renforcement des infrastructures techniques, la formation des usagers et du personnel soignant, ainsi qu'une adaptation des contenus aux réalités socioculturelles, notamment par l'intégration des langues locales, afin de garantir une communication inclusive et fiable au service de la santé reproductive.

Références bibliographiques

DJADOUN Walid, 2022, « Téléconsultation : clinical case and legal framework », *Progrès en Urologie FMC*, vol. 32, Elsevier Masson, p. 25-31.

EPFL. (s. d.). *Centre for Excellence in Africa (EXAF)*. École Polytechnique Fédérale de Lausanne. Repéré à l'adresse : https://www.epfl.ch/research/domains/epfl-exaf/ consulté le 27/07/2026 à 16h23.

GSMA Intelligence, 2026, *The Mobile Economy — Sub-Saharan Africa 2026*, Londres, GSMA, 34p.

Institut National de la Statistique & International Classification Function, 2023, *Enquête Démographique et de Santé de Côte d'Ivoire 2021*, Abidjan, Côte d'Ivoire et Rockville, Maryland, USA, INS/Côte d'Ivoire et ICF, 675 p.

NANGA-ADJAFFI Angeline, 2018, « Des objets connectés à la santé en Côte d'Ivoire : usages et enjeux », *Sciences et Langage du Corps*, n° 12, décembre 2018, p. 229-249.

Organisation mondiale de la santé (OMS), 2016, *Monitoring and Evaluating Digital Health Interventions: A practical guide to conducting research and assessment*, Genève, OMS, 144p.

SAFON Marie Odile, 2025, *La e-santé : télésanté, santé numérique ou santé connectée. Bibliographie thématique*, Paris, IRDES, 58p.

Union Internationale des Télécommunications (UIT), 2021, *Mesurer le développement numérique : faits et chiffres 2021*, Genève, UIT, 28p.

World Health Organization (WHO), 2021, *Global Strategy on Digital Health 2020–2025*, Génève, World Health Organization, 71 p.