



**HAL**  
open science

## Afrique subsaharienne : les implications de l'arrivée de la télémédecine dans les systèmes de santé nationaux

Seidik Abba, Hachimi Abba, Sylvie Leleu-Merviel

### ► To cite this version:

Seidik Abba, Hachimi Abba, Sylvie Leleu-Merviel. Afrique subsaharienne : les implications de l'arrivée de la télémédecine dans les systèmes de santé nationaux. ACFAS'2010, 78ème colloque international ACFAS, " Mutations des systèmes de santé et Communication entre organisations, professionnels, patients et Société civile, ACFAS, May 2010, Montréal, Canada. pp.83-89. hal-03648244

**HAL Id: hal-03648244**

**<https://hal.science/hal-03648244>**

Submitted on 21 Apr 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**78<sup>ème</sup> Congrès international de l'ACFAS  
Université de Montréal**

**COLLOQUE**

**Mutations des systèmes de santé et Communication entre  
organisations, professionnels, patients et Société civile**

Lundi 10 – Mardi 11 Mai 2010

Afrique subsaharienne : les implications de l'arrivée de la télémédecine dans les  
systèmes de santé nationaux

Seidik ABBA, Hachimi E. M. ABBA, Sylvie LELEU-MERVIEL

Journaliste, Chercheur associé,  
Laboratoire de Sciences de la Communication  
[abaseidik@hotmail.com](mailto:abaseidik@hotmail.com),

Enseignant-chercheur,  
Laboratoire de Sciences de la Communication  
[hachimi.abba@univ-valenciennes.fr](mailto:hachimi.abba@univ-valenciennes.fr),

Enseignant-chercheur,  
Laboratoire de Sciences de la Communication  
[Sylvie.merviel@univ-valenciennes.fr](mailto:Sylvie.merviel@univ-valenciennes.fr)

**Résumé** : A la recherche d'une meilleure efficacité de leur système de santé, plusieurs pays d'Afrique subsaharienne ont opté pour la télémédecine. Des expériences en cours au Cameroun, au Mali et au Sénégal, entre autres, montrent l'impact réel de la télémédecine dans l'offre et l'organisation des soins, sur les pratiques professionnelles du personnel soignant ainsi que dans les rapports de soignant à soigné.

**Mots-clés** : Accès, soins, professionnels, communication, système, organisation

## **1. Environnement sanitaire africain**

### **1.1. Situation contrastée**

Le contexte sanitaire présente des réalités très différentes à l'échelle des 47 pays d'Afrique subsaharienne<sup>1</sup>. La situation du Mali est en effet très différente de celle des Seychelles ; celle de l'Afrique du Sud est tout éloignée de celle de la Mauritanie. Il reste cependant un trait commun à l'ensemble des 47 pays d'Afrique subsaharienne : leur système de santé ne répond pas aux normes internationales définies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Le ratio de 1 médecin pour 10.000 habitants est un objectif lointain voire illusoire pour certains pays. Le Niger, par exemple, compte seulement 400 médecins pour une population estimée à plus de 13 millions d'habitants (Salifou, 2002).

Le tableau devient encore plus édifiant lorsqu'on s'intéresse aux spécialités médicales. Avec une population de près de 77 millions de personnes, l'Ethiopie ne compte que deux oncologues alors que le Niger ne dispose que de 5 cardiologues et un seul néphrologue.

La situation n'est guère plus brillante s'agissant des infrastructures sanitaires. La plupart des pays africains manquent cruellement d'hôpitaux généraux à fortiori des centres spécialisés dans la prise en charge des patients comme les grands brûlés, des malades du sommeil ou des personnes présentant des troubles mentaux.

### **1.2. La dualité urbain/rural**

Plus que dans tout autre secteur, la dualité entre l'urbain et le rural apparaît dans le système de santé en Afrique. Les médecins spécialistes vivent dans la capitale et les principales villes du pays, créant ainsi un désert médical dans le milieu rural. Du reste, la carte sanitaire est entièrement calquée sur la carte administrative : hôpitaux nationaux dans la capitale, hôpital régional dans les chefs lieux de région, hôpital de district dans les chefs lieux d'arrondissement. Pour Claude Reynaut, les élites politiques au pouvoir étant en villes, elles accordent d'abord la priorité aux préoccupations urbaines : « *Que le pouvoir réside pour l'essentiel en ville et que les décisions économiques d'ampleur nationale tendent à s'exercer en priorité au bénéfice de celle-ci est un fait qui trouve rarement sa contradiction en Afrique.* » (Reynaut, 1987)

Il apparaît donc clairement que les citadins bénéficient par rapport aux ruraux de la proximité avec les infrastructures sanitaires. Ils bénéficient également d'une facilité d'accès aux soins plus grande. En l'absence d'un système de sécurité sociale dans les pays africains, l'accès aux soins de qualité repose sur les capacités du patient à payer les actes médicaux, les analyses de laboratoire et l'hospitalisation. Un contexte qui creuse davantage le fossé entre l'urbain et le rural.<sup>2</sup>

L'abandon du milieu rural, qui concentre pourtant la plus grande partie des populations africaines, explique les taux de mortalités maternelle et infantile anormalement élevés en Afrique. Au Burkina Faso, près de 2000 femmes sont mortes en 2008 dans les centres

sanitaires en raison de complications liées à leur grossesse<sup>3</sup>. La situation sanitaire dans les pays africains amène Luc Montagnier à soutenir : « *En Afrique tout le monde meurt de tout et de n'importe quoi. Du paludisme, de la tuberculose et de bien d'autres fléaux. La mort des enfants en bas âge est aussi fréquente qu'elle était chez nous au XIX<sup>e</sup> siècle. La mort emporte quatre enfants sur cinq, qui ne meurent pas forcément du Sida.* » (Montagnier, 2004)

Quelles alternatives face à cette situation ? Certains pays ont choisi de s'appuyer sur les nouvelles technologies pour développer la télémédecine.

## **2. L'avènement de la télémédecine**

### **2.1. Les modalités de fonctionnement**

La notion de télémédecine est ici abordée dans le sens proposé par l'Ordre national des médecins français c'est-à-dire la prise en charge à distance d'un patient par un médecin : « *Faire la télémédecine suppose l'utilisation d'un certain nombre d'outils : nous sommes dans un contexte de soins à distance* », souligne le Conseil national de l'Ordre des médecins français<sup>4</sup>.

Dans le contexte africain, la télé-expertise, la téléconsultation et le télédiagnostic sont inséparables de la télémédecine. Car, le médecin consulte, pose le diagnostic et prescrit la thérapie adaptée.

C'est ce que confirme l'expérience en cours au Cameroun : « *la télémédecine est un système de santé unique offrant un accès rapide et efficace grâce à la téléconsultation (consultation à distance). Il associe les technologies de pointe à l'expertise de médecins qualifiés dans une interaction en temps réel et personnalisée à partir d'ordinateurs connectés en réseau* »<sup>5</sup>.

En pratique, le patient se rend sur un site de télémédecine spécialement aménagé puis se fait ouvrir un dossier dans lequel il indique des renseignements personnels tels que ces antécédents médicaux, familiaux, ses allergies connues ainsi que son traitement, le cas échéant. Une fois cette étape franchie, il sera demandé au patient de répondre à un questionnaire électronique visant à préciser la raison de la consultation demandée. Le dossier comprenant la fiche et le questionnaire électronique est alors envoyé au médecin de garde dans le dispositif de consultation à distance.

« *Ce médecin entrera en contact avec le patient rapidement : maximum 30 minutes d'attente. Ainsi, avec l'aide de notre équipe technique une connexion en temps réel sera établie entre le patient et le médecin qualifié qui s'occupera de son cas* », détaille la note de présentation de l'expérience du Cameroun.

Sur la base des informations fournies, le médecin pose son diagnostic et propose un traitement adéquat notamment la prescription des médicaments.

## **2.2. La réorganisation et la décentralisation de l'offre de soins**

Par la création de sites d'où s'effectuent les consultations à distance, la télémédecine modifie la carte sanitaire dans le pays. Elle bouleverse surtout la hiérarchie des établissements. L'électrocardiogramme et la radio qu'on ne pouvait faire que dans les structures de référence deviennent possibles en zone rurale grâce à l'arrivée de la télémédecine. L'accès aux spécialistes qui nécessitait le déplacement vers les grands centres devient possible également sur place. La télémédecine a donc introduit une sorte d'équité devant la maladie entre les citadins et les ruraux.

En outre, le taux de couverture sanitaire a été tiré vers le haut par la télémédecine. Car, des parties du pays qui étaient les laissés-pour-compte ont désormais accès aux services médicaux de qualité.

Dans le contexte culturel africain, l'autre valeur ajoutée indiscutable de la télémédecine aux structures de santé traditionnelles en Afrique, c'est qu'elle offre une alternative à l'hospitalisation.

D'une part, on règle ainsi les problèmes de la capacité d'accueil des hôpitaux, sachant que ces structures n'évoluent jamais aussi rapidement que la démographie. En Afrique, une personne hospitalisée vit avec un ou deux accompagnants, ce qui entraîne une pression plus forte sur les infrastructures. Les accompagnants influent parfois sur la qualité des soins, du fait de leur présence permanente au chevet du patient. En réalité, le système hospitalier africain est conçu de telle sorte qu'il ne puisse pas se passer des accompagnants : la nourriture du malade est apportée par sa famille, ses habits sont lavés par les siens, ses toilettes sont assurées par ces mêmes accompagnants, si c'est nécessaire.

Avec le développement de la télémédecine, on trouve, d'autre part, une solution aux fortes réticences des patients africains à se faire hospitalier. L'hospitalisation est ici vécue non pas comme un moment de repos et de calme, mais comme un enfermement. Grâce à la télémédecine, le domicile du patient devient son hôpital et son principal lieu de soins<sup>6</sup>.

L'ensemble de ces avantages fait dire à Liliane Dusserre que : *« la télémédecine s'avère comme l'une des plus remarquables applications des nouvelles technologies de l'information. Car son retentissement dans la pratique médicale dépasse celui qu'il est habituel d'attendre d'une nouvelle technologie. »* (Dusserre, 1996)

## **2.3. La transformation des pratiques professionnelles**

Les médecins sont une denrée rare que les pays d'Afrique subsaharienne gèrent avec la plus grande parcimonie. A l'exception de la capitale et de certaines principales villes, on ne trouve qu'un seul médecin par structure sanitaire. Il pose le diagnostic, prescrit la thérapie qu'il pense convenir sans possibilité de solliciter l'avis d'un autre médecin. La culture du travail en solitaire prend ainsi le pas sur l'approche collective. Isabelle Gabatto le confirme en prenant l'exemple du Burkina Faso : *« Que les médecins exercent dans un centre médical de province*

*ou qu'ils partagent des structures avec d'autres thérapeutes, ils évoquent en majorité la solitude qu'ils vivent journallement. (...) Le médecin n'a pas de contacts professionnels, il est seul face à ses cas. Il ne compte plus les soirs où il rentre chez lui inquiet et incertain d'avoir choisi le bon diagnostic. » (Gabbato, 1999)*

Même lorsqu'il réfère un cas jugé compliqué à l'hôpital national ou régional, le médecin de province n'a pas de retour d'information, n'a pas le temps d'échange avec ses pairs. Or, avec la télémédecine la démarche est totalement différente. L'acte médical passe par le colloque entre différents médecins impliqués dans la chaîne de diagnostic. La culture de travail du médecin africain se trouve ainsi totalement transformée par l'arrivée de la télémédecine qui lui impose une approche collective et une évaluation a posteriori de son activité professionnelle. En effet, comme le montre l'exemple du Cameroun, en télémédecine, un médecin de renom surveille et assure le contrôle de la qualité de l'activité médicale. Le développement de la télémédecine induit forcément une nouvelle pratique professionnelle chez les médecins africains.

On note le même choc culturel chez le patient africain. Avec la télémédecine, son rapport avec le médecin passe par la médiation d'appareils ; ils ne sont plus directs. La communication interpersonnelle, qui, souvent faite en langues africaines, met le patient en confiance, cède désormais sa place à la médiation de la machine. Chez certains patients africains, cette évolution du soignant au soigné est vécue avec une réelle frustration.

### **3. Les limites de l'expérience**

#### **3.1. L'obstacle technique**

Alors qu'elle représente avec plus d'un milliard d'habitants le 6<sup>ème</sup> de la population mondiale, l'Afrique ne compte que 2,7% d'internautes.<sup>7</sup> Les infrastructures en matière des TIC sont très peu développées. La notion de fracture numérique entre l'Afrique et le reste du monde prend ici toute sa signification. Le parc informatique africain est encore insignifiant par rapport à celui du reste du monde. Dans la plupart des pays du continent le débit est tellement faible qu'il ne permet pas des applications aussi lourdes que certains examens médicaux.

Il s'y ajoute le problème non moins important de l'alimentation en énergie électrique. Seulement 2% du milieu rural africain dispose de l'électricité<sup>8</sup>. Il faut donc apporter des groupes électrogènes pour garantir une alimentation électrique permanente nécessaire au bon fonctionnement du dispositif prévu dans le cadre de la télémédecine. Dans les grandes villes, l'électricité existe mais des coupures intempestives, souvent longues, peuvent retarder voir rendre impossibles les actes médicaux. Actuellement, la plupart des grandes structures sanitaires africaines disposent de leur groupe électrogène.

#### **3.2. L'aléa médical**

En télémédecine, la réussite du diagnostic repose sur la qualité des informations fournies par le patient. Plus les renseignements donnés sont détaillés et précis, plus on se rapproche du

bon diagnostic. L'expérience montre que certains malades africains ont tendance à dissimuler la gravité de leur pathologie pour différentes raisons. Les uns redoutent d'être hospitalisés, si leur état est jugé suffisamment grave. Les autres par simple pudeur ne veulent tout dire sur leur maladie au personnel soignant. Au demeurant, la pratique dans les établissements de soins en Afrique montre que le diagnostic est le croisement des informations fournies par le patient et le constat du médecin lui-même par auscultation de son patient. En télémédecine, cette auscultation devient impossible en raison de la distance entre les intéressés. Il y a donc un aléa certain à faire reposer le diagnostic sur les seuls renseignements fournis par le patient.

### **3.3. La contrainte du pouvoir d'achat**

Les actes médicaux proposés aux populations ne sont pas gratuits en télémédecine. Les tarifs pratiqués peuvent même être proches des ceux des structures sanitaires des milieux urbains. Au Cameroun, la consultation est proposée à 6000 FCFA soit environ 9 euros ; le patient doit déboursier 20.000 FCFA pour l'électrocardiogramme, soit près de 30 euros. Il s'agit des sommes importantes dans le milieu rural africain. En rendant l'offre de soins disponible en milieu rural, la télémédecine n'a pas réglé la question du coût<sup>9</sup>. Au regard de la technologie de pointe qu'elle implique, la télémédecine ne peut pas être gratuite. En même temps, en exigeant que les patients payent, elle laisse une catégorie non négligeable de la population en dehors du circuit des soins.

Faisant mieux que la médecine traditionnelle, la télémédecine apporte l'offre de soins au plus près du patient africain. Elle ne règle pas pour autant la question de l'accès à la santé, notamment pour les démunis.

## Références

- <sup>1</sup> Le propos ne prend pas en compte la situation de l'Afrique du Nord : Algérie, Egypte, Libye, Maroc et Tunisie. Les caractéristiques de leur système de santé étant bien différentes de celle des pays d'Afrique subsaharienne.
- <sup>2</sup> Un autre phénomène atteste de cette différence de traitement entre l'urbain et le rural. La plupart des médecins de la coopération chinoise ou cubaine sont envoyés à l'intérieur du pays, la capitale et les grandes villes préférant garder les autres spécialistes.
- <sup>3</sup> Rapport d'Amnesty international sur la santé maternelle au Burkina Faso diffusé en janvier 2010
- <sup>4</sup> Ordre national des médecins, Conseil national de l'Ordre, op cit.
- <sup>5</sup> Document de présentation de Telemedecine Consultation center par Genesis Telecare, l'opérateur de télémédecine au Cameroun.
- <sup>6</sup> En langue hausa du Niger le même verbe est employé pour désigner l'incarcération dans une prison et l'hospitalisation. En traduisant littéralement, on arrive à cette formule: « qu'un patient a été arrêté à l'hôpital ».
- <sup>7</sup> Rapport du Commissaire aux TIC et aux ressources humaines de la Commission de l'Union africaine présenté au 13<sup>ème</sup> Sommet de l'UA tenue du 25 janvier au 3 février 2010.
- <sup>8</sup> Rapport annuel de la Banque africaine de développement (BAD) présenté en mai 2008 à Maputo à l'occasion des assemblées annuelles du groupe bancaire.
- <sup>9</sup> Les pays africains ont fait le choix de mettre l'accent sur les soins de santé primaires qui privilégient la prévention à travers l'hygiène et l'éducation. En cela, ils suivent la Déclaration de Alma Ata sur les soins de santé primaires. Voir Bulletin de l'OMS N°214, 1978, page 22.

## Bibliographie

- Abba S., 2008, *Le Niger face au Sida. Atouts et faiblesses de la stratégie nationale face à la pandémie*, Paris, L'Harmattan.
- Brunet-Jailly J. (sous la direction de), 1993, *Se soigner au Mali. Une contribution aux Sciences sociales*, Paris, Karthala-ORSTOM.
- Cassagne H., 1996, *Internet pour les médecins. Découverte. Utilisation. Sites médicaux, le généraliste- La Gazette médicale*, Paris, Editions médicales spécialisées.
- Darmoni S. ; Thiron B., 1997, *Annuaire de l'Internet médical francophone*, Paris, Editions médicales spécialisées.
- Degoulet P. ; Fieschi M., 1993, *L'Informatique médicale*, Paris, Masson Editeur.
- Dusserre L., 1996, « La prise en charge des nouvelles technologies de l'information par le code de déontologie », *Autoroutes de l'information et déontologie médicale*, Paris, Masson, 9-23.
- Gabatto I., 1999, *Etre médecin au Burkina Faso*, Paris, L'Harmattan.
- Godard M. ; Godard P., 1997, *Internet et la médecine*, Paris, Masson Editeur.

Harichaux P. ; De Tourdonnet R., 1997, *Internet chez les médecins. Découvrir l'informatique et le multimédia*, Toulouse, Chiron Editeur.

Mathien M. (sous la direction de), 1997, *Média, Santé, Politique*, Paris, L'Harmattan.

Montagnier L., 2004, Interview accordée à la Revue de *l'Intelligent* janvier/février, 197-210.

Ordre national des médecins, 1996, *Autoroutes de l'information et déontologie médicale*, Paris, Masson Editeur.

Raynaut J-C., 1987, « Le privilège urbain : conditions de vie et de santé au Niger », *Politique africaine* N° 28, Paris, Karthala.

Salifou A., 2002, *Le Niger*, Paris, L'Harmattan.

Traoré D., 1983, *Médecine et Magie africaines*, Paris, Présence africain/ACCT.