Revue des Sciences humaines et sociales, Lettres, Langues et Civilisations

ISSN
(E) 2958-2814
(P) 3006-306X

Volume 3, Numéro 3, Juin 2025

Université Alassane Ouattara
UFR Communication Milieu et Société

revue.akiri-uao.org

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

DOI: https://dx.doi.org/10.4314/akiri

Site web: https://revue.akiri-uao.org/

E-mail : revueakiri@gmail.com

Editeur

UFR Communication, Milieu et Société

Université Alassane Ouattara, Bouaké (Côte d'Ivoire)

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

INDEXATIONS INTERNATIONALES

Pour toutes informations sur l'indexation internationale de la revue ***AKIRI***, consultez les bases de données ci-dessous :

https://aurehal.archives-ouvertes.fr/journal/read/id/398946

https://reseau-mirabel.info/revue/15150/Akiri

http://sjifactor.com/passport.php?id=23334

https://orcid.org/0009-0002-6794-1377

https://journalseeker.researchbib.com/view/issn/2958-2814

https://www.ajol.info/index.php/akiri

https://ipindexing.com/journal-details/AKIRI-(Revue-des-sciences-humaines-et-sociales,-lettres,-langues-et-civilisations)/2360

https://olddrji.lbp.world/IndexingCertificate.aspx?jid=14086

SJIF 2025 : 6.586

REVUE ELECTRONIQUE

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

AKIRI

Revue Scientifique des Sciences humaines et sociales, Lettres, Langues et Civilisations
E-ISSN 2958-2814 (Online ou en Ligne)
I-ISSN 3006-306X (Print ou imprimé)

Equipe Editoriale

Coordinateur Général : BRINDOUMI Kouamé Atta Jacob
Directeur de publication : MAMADOU Bamba
Rédacteur en chef : KONE Kiyali
Chargéde diffusion et de marketing : KONE Kpassigué Gilbert
Webmaster : KOUAKOU Kouadio Sanguen

Comité Scientifique

SEKOU Bamba, Directeur de recherches, IHAAA, Université Félix Houphouët-Boigny
OUATTARA Tiona, Directeur de recherches, IHAAA, Université Félix Houphouët-Boigny
LATTE Egue Jean-Michel, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
FAYE Ousseynou, Professeur titulaire, Université Cheick Anta Diop
GOMGNIMBOU Moustapha, Directeur de recherches, CNRST,
ALLOU Kouamé René, Professeur titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny
KAMATE Banhouman André, Professeur titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny
ASSI-KAUDJHIS Joseph Pierre, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
SANGARE Abou, Professeur titulaire, Université Peleforo Gbon Coulibaly
SANGARE Souleymane, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
CAMARA Moritié, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
COULIBALY Amara, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
NGAMOUNTSIKA Edouard, Professeur titulaire, Université Marien N'gouabi de Brazzaville
KOUASSI Kouakou Siméon, Professeur titulaire, Université de San-Pedro
BATCHANA Essohanam, Professeur titulaire, Université de Lomé
N'SONSSISA Auguste, Professeur titulaire, Université Marien N'gouabi de Brazzaville
DEDOMON Claude, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
BAMBA Mamadou, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
NGUE Emmanuel, Maître de conférences, Université de Yaoundé I
N’GUESSAN Mahomed Boubacar, Professeur titulaire, Université Félix HouphouëtBoigny
BA Idrissa, Professeur titulaire, Université Cheick Anta Diop
KAMARA Adama, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara
SARR Nissire Mouhamadou, Maître de conférences, Université Cheick Anta Diop
ALLABA Djama Ignace, Maître de conférences, Université Félix Houphouët-Boigny
DIARRASSOUBA Bazoumana, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara
TOPPE Eckra Lath, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara
M’BRA Kouakou Désiré, Maître conférences, Université Alassane Ouattara

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

Comité de Lecture

BATCHANA Essohanam, Professeur titulaire, Université de Lomé
N'SONSSISA Auguste, Professeur titulaire, Marien N'gouabi de Brazzaville
CAMARA Moritié, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
FAYE Ousseynou, Professeur titulaire, Université Cheick Anta Diop
BA Idrissa, Maître de conférences, Université Cheick Anta Diop
BAMBA Mamadou, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
SARR Nissire Mouhamadou, Maître de conférences, Université Cheick Anta Diop
GOMGNIMBOU Moustapha, Directeur de recherches,
DEDOMON Claude, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
BRINDOUMI Atta Kouamé Jacob, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
DIARRASOUBA Bazoumana, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara
ALABA Djama Ignace, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara
DEDE Jean Charles, Maître-Assistant, Université Alassane Ouattara
BAMBA Abdoulaye, Maître de conférences, Université Félix Houphouët-Boigny
BAKAYOKO Mamadou, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara
SANOGO Lamine Mamadou, Directeur de recherches, CNRST, Ouagadougou
GOMA-THETHET Roval, Maître-Assistant, Université Marien N'gouabi de Brazzaville
GBOCHO Roselyne, Maître-Assistante, Université Alassane Ouattara
SEKA Jean-Baptiste, Maître-Assistant, Université Lorognon Guédé,
SANOGO Tiantio, Maître-Assistante, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle
ETTIEN N'doua Etienne, Maître-Assistant, Université Félix Houphouët-Boigny
DJIGBE Sidjé Edwige Françoise, Maître-Assistante, Université Alassane Ouattara
YAO Elisabeth, Maître-Assistante, Université Alassane Ouattara

Comité de rédaction

N'SONSSISA Auguste, Professeur titulaire, Marien N'gouabi de Brazzaville
KONÉ Kpassigué Gilbert, Maître-Assistant, Histoire, Université Alassane Ouattara
KONÉ Kiyali, Maître-Assistant, Histoire, Université Péléforo Gon Coulibaly
BAKAYOKO Mamadou, Maître de Conférences, Philosophie, Université Alassane Ouattara
OULAI Jean-Claude, Professeur titulaire, Communication, Université Alassane Ouattara
MAMADOU Bamba, Maître-Assistant, Histoire, Université Alassane Ouattara
TOPPE Eckra Lath, Maître de Conférences, Etudes Germaniques, Université Alassane Ouattara,
ALLABA Djama Ignace, Maître de Conférences, Etudes Germaniques, Université Félix Houphouët-Boigny,
KONAN Koffi Syntor, Maître de Conférences, Espagnol, Université Alassane Ouattara
SIDIBÉ Moussa, Maître-Assistant, Lettres Modernes, Université Alassane Ouattara
ASSUÉ Yao Jean-Aimé, Maître de Conférences, Géographie, Université Alassane Ouattara
KAZON Diescieu Aubin Sylvère, Maître de Conférences, Criminologie, Université Félix Houphouët-Boigny
MEITÉ Ben Soualiouo, Maître de Conférences, Histoire, Université Félix Houphouët-Boigny
BALDÉ Yoro Mamadou, Assistant, FASTEF, Université Cheikh Anta Diop de Dakar
MAWA Miraille-Clémence, Chargée de cours, Université de Bamenda

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

Contacts

Site web: **https://revue.akiri-uao.org/**
E-mail : revueakiri@gmail.com
Tél. : + 225 0748045267 / 0708399420/ 0707371291

Indexations internationales :

Auré HAL : https://aurehal.archives-ouvertes.fr/journal/read/id/398946

Mir@bel : https://reseau-mirabel.info/revue/15150/Akiri

Sjifactor: http://sjifactor.com/passport.php?id=23334

ORCID: https://orcid.org/0009-0002-6794-1377

AJOL: https://www.ajol.info/index.php/akiri

IPIndexing: https://ipindexing.com/journal-details/AKIRI-(Revue-des-sciences-humaines-et-sociales,-lettres,-langues-et-civilisations)/2360

DRJI: https://olddrji.lbp.world/IndexingCertificate.aspx?jid=14086

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

PRESENTATION DE LA REVUE AKIRI

Dans un environnement marqué par la croissance, sans cesse, des productions scientifiques, la diffusion et la promotion des acquis de la recherche deviennent un impératif pour les acteurs du monde scientifique. Perçues comme un patrimoine, un héritage à léguer aux générations futures, les productions scientifiques doivent briser les barrières et les frontières afin d'être facilement accessibles à tous.

Ainsi, s'inscrivant dans la dynamique du temps et de l'espace, la revue « ***AKIRI*** » se présente comme un outil de promotion et de diffusion des résultats des recherches des enseignants-chercheurs et chercheurs des universités et de centres de recherches de Côte d'Ivoire et d'ailleurs. Ce faisant, elle permettra aux enseignants-chercheurs et chercheurs de s'ouvrir davantage sur le monde extérieur à travers la diffusion de leurs productions intellectuelles et scientifiques.

AKIRI est une revue à parution trimestrielle de l'Unité de Formation et de Recherches (UFR) : Communication, Milieu et Société (CMS) de l'Université Alassane Ouattara. Elle publie les articles dans le domaine des Sciences humaines et sociales, Lettres, Langues et Civilisations. Sans toutefois être fermée, cette revue privilégie les contributions originales et pertinentes. Les textes doivent tenir compte de l'évolution des disciplines couvertes et respecter la ligne éditoriale de la revue. Ils doivent en outre être originaux et n'avoir pas fait l'objet d'une acceptation pour publication dans une autre revue à comité de lecture.

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

PROTOCOLE DE REDACTION DE LA REVUE AKIRI

La revue ***AKIRI*** n'accepte que des articles inédits et originaux dans diverses langues notamment en allemand, en anglais, en espagnol et en Français. Le manuscrit est remis à deux instructeurs, choisis en fonction de leurs compétences dans la discipline. Le secrétariat de la rédaction communique aux auteurs les observations formulées par le comité de lecture ainsi qu'une copie du rapport, si cela est nécessaire. Dans le cas où la publication de l'article est acceptée avec révisions, l'auteur dispose alors d'un délai raisonnable pour remettre la version définitive de son texte au secrétariat de la revue

Structure générale de l'article :
Le projet d'article doit être envoyé sous la forme d'un document Word, police Times New Roman, taille 12 et interligne 1,5 pour le corps de texte (sauf les notes de bas de page qui ont la taille 10 et les citations en retrait de 2 cm à gauche et à droite qui sont présentées en taille 11 avec interligne 1 ou simple). Le texte doit être justifié et ne doit pas excéder 18 pages. Le manuscrit doit comporter une introduction, un développement articulé, une conclusion et une bibliographie.

Présentation de l'article :

- Le titre de l'article (15 mots maximum) doit être clair et concis. De taille 14 pts gras, il doit être centré.
- Juste après le titre, l'auteur doit mentionner son identité (Prénom et NOM en gras et en taille 12), ses adresses (institution, e-mail, pays et téléphones en italique et en taille 11)
- Le résumé (200 mots au maximum) présenté en taille 10 pts ne doit pas être une reproduction de la conclusion du manuscrit. Il est donné à la fois en français et en anglais (abstract). Les mots-clés (05 au maximum, taille 10pts) sont donnés en français et en anglais (key words)
- Le texte doit être subdivisé selon le système décimal et ne doit pas dépasser 3 niveaux exemples : (1. - 1.1. - 1.2. ; 2. - 2.1. -2.2. - 2.3. - 3. - 3.1. - 3.2. etc.)
- Les références des citations sont intégrées au texte comme suit : (L'initial du prénom suivi d'un point, nom de l'auteur avec l'initiale en majuscule, année de publication suivie de deux points, page à laquelle l'information a été prise). Ex : (A. Kouadio, 2000 : 15).
- La pagination en chiffre arabe apparait en haut de page et centrée.
- Les citations courtes de 3 lignes au plus sont mises en guillemet français («…. »), mais sans italique.

N.B. : Les caractères majuscules doivent être accentués. Exemple : État, À partir de …

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

Références bibliographiques

Ne sont utilisées dans la bibliographie que les références des documents cités. Les références bibliographiques sont présentées par ordre alphabétique des noms d'auteur. Les divers éléments d'une référence bibliographique sont présentés comme suit : NOM et Prénom (s) de l'auteur, Année de publication, zone titre, lieu de publication, zone éditeur, pages (p.) occupées par l'article dans la revue ou l'ouvrage collectif.

Dans la zone titre, le titre d'un article est présenté entre guillemets et celui d'un ouvrage, d'un mémoire ou d'une thèse, d'un rapport, d'une presse écrite est présenté en italique. Dans la zone éditeur, on indique la maison d'édition (pour un ouvrage), le Nom et le numéro/volume de la revue (pour un article). 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.).

Les références des sources d'archives, des sources orales et les notes explicatives sont numérotées en série continue et présentées en bas de page.

- Pour les sources orales, réaliser un tableau dont les colonnes comportent un numéro d'ordre, nom et prénoms des informateurs, la date et le lieu de l'entretien, la qualité et la profession des informateurs, son âge ou sa date de naissance et les principaux thèmes abordés au cours des entretiens. Dans ce tableau, les noms des informateurs sont présentés en ordre alphabétique
- Pour les sources d'archives, il faut mentionner en toutes lettres, à la première occurrence, le lieu de conservation des documents suivi de l'abréviation entre parenthèses, la série et l'année. C'est l'abréviation qui est utilisée dans les occurrences suivantes :
  Ex. : Abidjan, Archives nationales de Côte d'Ivoire (A.N.C.I), 1EE28, 1899.

- Pour les ouvrages, on note le NOM et le prénom de l'auteur suivis de l'année de publication, du titre de l'ouvrage en italique, du lieu de publication, du nom de la société d'édition et du nombre de page.
  Ex : LATTE Egue Jean-Michel, 2018, *L'histoire des Odzukru, peuple du sud de la Côte d'Ivoire, des origines au XIX*^{e} *siècle*, Paris, L'Harmattan, 252 p.

- Pour les périodiques, le NOM et le(s) prénom(s) de l'auteur sont suivis de l'année de la publication, du titre de l'article entre guillemets, du nom du périodique en italique, du numéro du volume, du numéro du périodique dans le volume et des pages.
  Ex : BAMBA Mamadou, 2022, « Les Dafing dans l'évolution économique et socio-culturelle de Bouaké, 1878-1939 », *NZASSA*, N°8, p.361-372.

NB : Les articles sont la propriété de la revue.

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

SOMMAIRE

LANGUES, LETTRES ET CIVILISATIONS

Anglais

1. **Guilty Feeling as a Catalyst of Moral Transformation in Nathaniel Hawthorne's The Scarlet Letter**
Michel PODA & Adama Sabine MOYENGA…….. **1-20**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.1

2. **Bonne gouvernance en Afrique : une relecture de l'Egypte antique dans the resolutionaries d'Ayi Kwei Armah**
Souleymane TUO…… **21-36**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.2

3. **Othello and Steve Richard: An Intertextual Reading of William Shakespeare's Othello and Jonathan Coe's The Rotters' Club**
SILUE Nannougou, SILUE Téléna Mamadou & TUO Wandja Fatoumata …… **37-49**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.3

Espagnol

4. **Las expresiones de la lesbofobia en Guinea Ecuatorial : entre prejuicios y violencias en Yo no quería ser madre (2019) de Trifonia Melibea Obono**
D'Acise Junior NGUIMBI…….. **50-59**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.4

Etudes germaniques

5. **Beiträge von Politik, Linguistik und Neuropsychologie in der Lernmotivation in Deutsch als Fremdsprache: Fall von der Côte d'Ivoire**
KOUADIO N'GUESSAN NORBERT……... **60-76**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.5

Lettres Modernes

6. **Approche sémiotique de la communication de l'objet ''émergence'' face aux ''microbes'' en Côte d'Ivoire**
Abdoulaye TRAORE……..……..... **77-92**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.6

7. **L'étude des symboles dans les chansons koulango : le cas du Palongo d'Awa Kouman**
Kra Ferdinand KOFFI & Bi Irié Ernest TOUOUI……..... **93-104**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.7

8. **L'image de la société dans La République des slips d'Ayayi Togoata Apédo-Amah et Charles Manian**
Dramane OUOLOU…… **105-117**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.8

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

9. **Le schéma actantiel à l'épreuve des entreprises : analyse sémiotico-organisationnelle de Pike Place Fish**
Koffi François KOUADIO…….. **118-134**
doi : https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.9

10. **Du schéma actantiel aux passions de la souffrance et de la résilience dans les larmes de dieu de Macaire Etty**
Dingny Yannick ASSOH……... **135-151**
doi : **https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.10**

COMMNUNICATION, SCIENCES DU LANGAGE, ARTS ET PATRIMOINE

Sciences du langage et de la communication

11. **Analyse morphosyntaxique des constructions nominales en baoule-gôdê [gɔdɛ]**
N'DRE Damanan Joachim & KOUADIO Kouassi Clauterne……. **152-167**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.11

12. **Le yel-bũndi « proverbe » moaaga : entre tradition orale, culture et éducation**
Abdoul Dramane Karim COMPAORE……..... **168-178**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.12

13. **Kéita ! L'héritage du griot ou le défi de l'éducation de l'enfant Africain**
Yacinthe SAM……..... **179-191**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.13

14. **Communication digitale publique et formalisation des PME en Côte d'Ivoire : catalyseur ou simple accompagnement ?**
Pricille SEAN …… **192-208**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.14

SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

Histoire

15. **Marginalité et transnationalisme aux espaces frontières du Sud du Sénégal (1946-2012)**
Mohamed Lamine MANGA…… **209-222**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.15

16. **L'excision dans le Tagbana sud : rituels sacrés, festivité et pratiques soignantes (XIXe-XXe siècle)**
TOURÉ Bohantchin Anne Audrey & GBÉDIA Marc Stéphane…….. **223-232**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.16

17. **Protestantisme, coutumes et traditions dans l'ouest-volta de 1923 à 1977**
Essai KONATÉ……..... **233-251**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i2.17

18. **La commune mixte de Ouagadougou à l'ère de l'électrification, 1929-1936**
Salam DEMBÈGA……..... **252-263**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.18

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

19. Patrimoines funéraires et initiatiques à l'épreuve de l'urbanisation et des religions chez les Sénoufo de Côte d'Ivoire : le cas des régions du Poro et de la Bagoué (XXe siècle-2012)
Tininnon COULIBALY…….. **264-282**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.19

20. Les Suamara de Dadieso, un noyau Asante intégré aux groupes baoulé et agni en Côte d'Ivoire (XVIIIe-XIXe siècles)
Kan Yannick YEBOUE…….... **283-299**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.20

21. Félix Houphouët-Boigny (1946-1960) : stratégies et enjeux de la construction du parti unique
Kouakou Mechak N'GORAN……..... **300-311**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.21

22. Les funérailles d'une femme mariée à Lilgomdin (Bassem-Poessé) dans la province du Kouritenga
NIKIÉMA Victor & TRAORÉ Ténihan ……..... **312-327**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.22

23. Le Gabon et la Francophonie dans les médiations en Afrique centrale : deux acteurs au service de la paix et de la sécurité (1990-2005)
Landry Junior TADOU…… **328-345**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.23

24. Les rapports de solidarité entre les riches et les pauvres en Égypte ptolémaïque au IIIe siècle av. J.-C.
Nahouo Youssouf COULIBALY & Hugues Marcel BOTEMA…… **346-362**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.24

25. La pédérastique en Grèce : acteurs, codes, typologies et valeurs en Grèce (Ve s. av. J.-C./ier s. apr. J.-C.)
Zrihonon Linda Simone DAMENAN…… **363-377**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.25

26. La gouvernance des transports collectifs conventionnels dans le processus de développement du district d'Abidjan (1960-1990)
Dié Octave MANIGA & Moro Jean Martial AHORO …… **378-390**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.26

27. Les madrassas en Côte d'Ivoire : naissance et évolution de 1948 à 1993
Arna KONATÉ……..... **391-409**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.27

28. Institutionnalisation d'un mouvement syncrétique, le cas de l'église papa nouveau
Affouminou Emmanuel SIGNAUX & Eugénie OUATTARA…… **410-422**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.28

29. Anthroponymie infantile dans la tradition abidji : l'exemple de Bécédi (Côte d'Ivoire) du XIXe au XXe siècle
KRÉ Okpobé Henriette…… **423-436**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.29

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

30. Rôles et Problèmes des élites musulmanes dans l'espace sénégambien, (XIXe-XXIe siècles) : l'exemple du Sénégal
MAMADOU MARIAME DIALLO ……..... **437-454**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.30

31. Les cultures maraîchères dans le développement socio-économique des femmes de Bouaké (1984-2002)
Kissa Gnougué OUATTARA…… **455-471**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.31

Géographie

32. Gestion des boites vides des pesticides utilisés et risques sanitaires sur riziculteurs de la sous-préfecture de Boundiali
YEO Nafolo Drissa, COULIBALY Moussa & COULIBALY Mamoutou……. **472-486**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.32

33. Croissance démographique, intensification des activités agricoles et évolution du couvert forestier de la région de la Nawa (sud-ouest de la Côte d'Ivoire)
Hamed KOBENAN, Antoine Yapo GBOCHO & Tozan Bi ZAH …… **487-497**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.33

34. Difficile accès au foncier : une contrainte majeure à l'autonomisation économique des femmes dans la sous-préfecture de Taabo (Sud-Côte d'Ivoire)
Amenan Ba Inès KOFFI, Nogodji Jean YEO,
Dhédé Paul Eric KOUAME & Arsène DJAKO …….. **498-511**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.34

35. Dynamique climatique et systèmes de production agricole dans la commune de Arbollé, Burkina Faso
Tegwendé Habibou OUÉDRAOGO, Wendlassida OUÉDRAOGO,
Sayouba ILBOUDO & Lucien OUÉDRAOGO …….. **512-529**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.35

36. Dynamiques spatiales en milieu péri-urbain sénégalais : développement de projets d'aménagements publics et recul du foncier agricole à la périphérie Est de la ville de Kolda
Issa MBALLO & Aliou BALDE……..... **530-546**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.36

37. Évaluation de la fragmentation des bassins versants en urbanisation de Marza, Ngaoundéré, Cameroun entre 1990 et 2023
Lila Bibriven Reni & Deuleu Kamdem Rosine Aimee…… **547-572**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.37

Philosophie

38. L'observation scientifique complexe : entre erreur et vérité scientifique
N'Goran Vincent ALLA…….. **573-586**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.38

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

39. La pensée morale kantienne à l'épreuve des dilemmes médicaux contemporains : principes et perspectives éthiques
Yaya BAMBA……..... **587-605**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.39

40. Spinoza et Locke : pionniers, apôtres de la laïcité et de la tolérance
Assanti Olivier KOUASSI & Jean-Marc Irié Bi IRIÉ…….. **606-617**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.40

41. Le geste métaphysique de Nietzsche : l'exégèse de Heidegger
Dimitri OVENANGA-KOUMOU ……..... **618-633**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.41

42. La notion d'obstacle épistémologique : une notion ambigüe de l'épistémologie bachelardienne ?
Kouassi Yves Romaric GOLI……..... **634-646**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.42

43. Crise démocratique et quête de légitimité : l'alternative de la palabre comme compromis à l'africain pour un développement des États d'Afrique francophone
Agnazoulèlou PITOKI……... **647-662**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.43

44. La déclaration sur le droit au développement et la problématique de sa mise en œuvre
Yaovi Mathieu ACCROMBESSI……..... **663-676**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.44

45. L'école moderne sous l'emprise de l'idéal néolibéral : une analyse de CHRISTIAN LAVAL
BARRY Saidou……. …… **677-692**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.45

46. Crise environnementale et entropie démocratique : esquisse d'une médiation politico-écologique
Pascal BONKOUNGOU…… **693-710**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.46

47. Hospitalité universelle et intégration nationale des étrangers
Abdul Vassirima CISSE…….. **711-722**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.47

48. La télémédecine, la voie de l'émergence médicale dans le monde
AMANI YAO VICTORIN…….. **723-739**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.48

49. Engagement citoyen, démocratie et paix à la lumière de John Rawls
Souleymane DEMBELE, Vambé Blaise KONE & Mahamadou CISSE……. **740-753**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.49

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

Anthropologie et sociologie

50. Connaissances populaires des effets de l'interaction entre l'environnement et l'Homme à Dédougou au Burkina Faso
Mariétou ZOBO, Abdoul Galilou SAWADOGO, Abdramane BERTHE, Ardjima NABA, Athanase Wendmèté OUMSAORE, Lalla BERTHE/SANOU & Patrice TOE……. **754-767**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.50

51. Analyse socio-anthropologique de la pratique de la circoncision chez les circonciseurs traditionnels sahéliens en Côte d'Ivoire : étude de cas à Abidjan et Daloa
Ahouansou Stanislas Sonagnon HOUNDJI……..... **768-781**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.51

52. Gestion isolée de la menstruation et rendement scolaire des jeunes filles à Botro (centre de la Côte d'Ivoire)
Affoué Edwige KOUAKOU…….…….. **782-801**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.52

53. Perceptions des mères et relations des soins dans le traitement de la malnutrition au district sanitaire de Ouahigouya (Burkina Faso)
Miyemba LOMPO, Koana Jacques LOMPO & Payaïssédé Salfo OUEDRAOGO…… **802-815**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.53

54. Pouvoir, harcèlement sexuel et santé au travail : décryptage sociologique d'une violence normalisée
Lhaur-Yaigaiba Annette OUATTARA……... **816-830**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.54

55. Déplacés internes et maladie vectorielle : cas de la commune rurale de Guiaro, Burkina Faso
Adeline Dorothée KANDO, Eulalie ZONGO, Jacqueline SOW & Patrice TOE ……... **831-846**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.55

56. Orpaillage et développement communautaire en milieu rural : cas de la Sous-Préfecture de Kokumbo dans la région des lacs au Centre de la Côte d'Ivoire
Lassina KONE……. **847-860**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.56

57. Pratiques foncières urbaines et perceptions de l'avenir du maraîchage chez les exploitants à Bouaké (Côte d'Ivoire)
Hyppolite Lossé VAHI, Irafiala TOURE & Marcelline Débégnoun SORO…… **861-874**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.57

58. Les coopératives de vivriers et de maraîchers dans l'autonomisation des femmes rurales du département de San-Pedro
N'zué Koffi Arsène GNA…… **875-892**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.58

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

59. Sexe transactionnel chez les adolescentes et jeunes filles confiées : Quelques facteurs de vulnérabilités
Bi Zanhan Guy Marcel LEH…… **893-911**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.59

60. Déterminants de la persistance des pratiques traditionnelles de sécurité sociale chez les travailleurs informels à Bouaké
Hermann Medard SEUH……..... **912-922**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.60

61. Dessins animés et vulnérabilités sociales : analyse des contenus de sons et d'images des émissions pour enfants
Paulette Mappi Dzukou …….. **923-944**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.61

62. Légitimité Étatique en Côte d'Ivoire, présupposés théoriques selon Hagmann et Péclard
Cynthia Ozoua BAILLY …… **945-962**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.62

63. Acquisition foncière et conflit foncier en milieu rural ivoirien : cas du village de Kononfla
Adjoua Sandrine KOUADIO, Assemien BOUA & Adon Simon AFFESSI…… **963-977**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.63

64. Leadership-féminin en contexte de crise sécuritaire au Bénin : le numérique comme stratégie de résilience
Monique Ouassa-Kouaro, Boni Florent Tasso & S. Luther Rustico Tasso…….. **978-992**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.64

Psychologie

65. Autonomie décisionnelle, qualité de vie au travail et motivation des salariés du privé d'Abidjan
YAPI N'cho David & KOUAME Konan Simon……... **993-1005**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.65

66. Performances scolaires, Handicap et degré d'adaptation psychologique des élèves déplacés internes du Burkina Faso
Charlotte TOÉ ép. NIGNAN, Bawala Léopold BADOLO & Beli Alexis NEBIE…….. **1006-1021**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.66

67. Adolescence, délinquance et consommation de drogues : une analyse des facteurs psychologiques et socio-économiques sous-jacents
Saiba BAKOUAN……..... **1022-1038**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.67

68. Épuisement des travailleurs en fin de carrière : étude exploratoire sur les promotionnaires à Tchaodjo-Togo
Amaèti SIMLIWA PITALA ……... **1039-1051**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.68

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

Science de l'éducation

69. Les perceptions sociales de la question enseignante au Burkina Faso
Yorsaon Christophe HIEN……..... **1052-1068**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.69

70. Impact des technologies numériques sur la gouvernance universitaire et l'amélioration de l'éducation au Tchad : Enjeux et perspectives
Abraham DAGUE, Alhadji MAHAMAT, Mbaindo DJIMRABEI & Mbaïrenaye NAMBE…….. **1069-1091**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.70

Sciences économiques

71. Entente entre nouveau management public, gouvernance et leadership : vers une redéfinition du management public
Karima EL GHIGHAI & Noufissa EL MOUJADDIDI …… **1092-1108**
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.71

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

REVUE AKIRI
Revue des Sciences Humaines et Sociales, Lettres, Langues et Civilisations

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

La télémédecine, la voie de l'émergence médicale dans le monde

AMANI YAO VICTORIN
Université Alassane Ouattara,
Bouaké, Côte d'Ivoire,
Email : amanivictorin88@gmail.com

Date de soumission : 15-05-2025
Date de publication : 30-06-2025
doi: https://dx.doi.org/10.4314/akiri.v3i3.48

Résumé

L'émergence de la médecine moderne passe par la mécanisation de l'univers médical. La télémédecine, en tant que solution aux cardiopathies et à bien d'autres maladies, est l'une des voies de la mécanisation de la médecine moderne. La télémédicalisation est devenue une exigence dans l'univers médical en vue du bonheur des patients. Cependant, la mécanisation à elle seule, est loin de réaliser la suffisance et la qualité des soins médicaux. Il faut élaborer de nouvelles lois qui inciteront nos autorités à développer tous nos secteurs d'activités et surtout l'univers médical en passant par l'éthicisation des pratiques télémédicales.

Mots clés: Télémédecine, Télémédicalisation, Mécanisation

Telemedecine, the way to medical emergence in the world

Abstract

The emergence of modern medecine involves the mechanization of the medical field. Telemedecine, as a solution to heart diseases and many other illnesses, is one of the ways modern medecine is becoming mechanized. Telemedical care has become a necessity in the medical field for the well being of patients. However, mechanization alone is far from achieving sufficient and quality medical care. New laws must be developed to encourage our authorities to promote all sectors of activity, and especially the medical field, by ensuring the ethical use of telemedical pratctices.

Keywords: Telemedecine, Telemedicalisation, Mechanisization

Introduction

L'avènement des technosciences a impacté positivement les conditions de vie de l'humanité. En effet, les technosciences apportent des solutions aux hommes et à tous les niveaux d'activités humaines. Elles ont permis à l'univers médical de fonctionner normalement, afin d'améliorer les conditions de vie des populations au plan sanitaire et médical. Gilbert HOTTOIS, dans *Paradigme bioéthique : Une éthique pour la technoscience,* ne cesse de souligner le bien-fondé des technosciences biomédicales dans tous les secteurs d'activités en général et en particulier l'univers médical.

> Voyant dans la technique, dans l'activité pratique et sensible le moteur du développement historique de l'humanité et de la transformation de la nature

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

> en matériel du travail social et voyant dans la technique la plus développée, l'industrie, ce qui prépare la désaliénation de l'homme, la libération de son activité (bien qu'elle parachève, dans le présent, l'aliénation), la satisfaction de la totalité de ses besoins naturels, humains et sociaux (G. Hottois, 1990 : 49).

Cependant, malgré ces efforts conjugués, nombreux sont les défis à relever dans l'univers médical. Dans la résolution de ces difficultés, la télémédecine se présente comme une pratique médicale indispensable voire incontournable à l'univers médical. D'où l'urgence de la mécanisation de la médecine ou de la santé. Alors, la télémédecine peut-elle vraiment contribuer à la résolution des problèmes relatifs à l'univers médical et sanitaire ? L'intellection de cette question sera guidée par notre objectif qui est de présenter la télémédecine comme la voie inéluctable de l'émergence médicale dans le monde. Pour une réussite parfaite de l'univers médical, il faut un accompagnement éthique des pratiques télémédicales afin d'éviter toute atteinte à la dignité et à la vie des patients. L'étude de cette hypothèse sera fondée sur une méthode critique et analytique. Ces méthodes favoriseront une compréhension profonde du sens de la télémédecine en particulier et de l'univers médical en général. Cette compréhension permettra d'appréhender la problématique éthique liée aux pratiques télémédicales. Cette démarche déterminera les mesures à prendre pour promouvoir l'univers médical dans le monde et surtout en Afrique.

1. Genèse de la télémédecine, Mécanisation de la médecine et Utilité de la télémédecine

1.1. Le contexte historique de la télémédecine

La mise en place de la télémédecine dans le monde, n'a pas été réalisée de façon procédurale ou méthodique. Elle a été faite de manière circonstancielle ou occasionnelle. Ce sont les circonstances qui ont poussé les États-Unis, pour la première fois au monde, à pratiquer un acte de télémédecine. En 1920, les États-Unis étaient déjà avancés dans le commerce international. Dans leur trafic maritime, confrontés à des manques de professionnels médicaux pour résoudre des éventuels évènements médicaux qui pourraient survenir sur le navire, ils créent une liaison téléphonique médicale. Cette liaison téléphonique a servi à relever le défi de façon satisfaisante. C'est dans ce contexte que la télémédecine a connu le jour.

> En 1920, les États-Unis ont été les premiers à développer une solution de téléassistance médicale pour les évènements médicaux qui pouvaient survenir sur les navires de commerce et les transatlantiques. Cette solution utilisait une liaison téléphonique. (P. Simon, 2015 : 37).

De 1920 à 1949, les États-Unis faisaient de la téléassistance médicale une solution idoine médicale dans leur trafic commercial maritime. Toute l'équipe maritime est soumise à une téléassistance dans l'intention de satisfaire tous leurs besoins médicaux. Les acteurs de cette

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

nouvelle pratique médicale multiplient en faveur de la télémédecine. Ils visent la promotion de la télémédecine en vue de résoudre les problèmes auxquels l'univers médical était confronté. Ils cherchent à faire de la télémédecine une pratique médicale officielle ou reconnue de tous. « En 1950, le premier transfert d'image eut lieu à Philadelphie. Le radiologue Gershon-Cohen avait mis au point un moyen d'élaborer un diagnostic radiologique à partir de copies de radiographies transmises par onde radio ou par téléphone ». P. Simon, 2015, p.37). Cette réussite médicale du radiologue Gershon-Cohen a motivé l'Institut psychiatrique du Nebraska de se doter d'un réseau de télévisions en circuit fermé.

> En 1955, l'institut psychiatrique de Nebraska se dota d'un réseau de télévision en circuit fermé. En 1959, il réalisa la première téléconsultation de psychiatrie. En 1964, un lien bilatéral fut établi entre lui et l'hôpital de norfolk situé également dans le Nebraske (...) ce lien vidéo consacré essentiellement à l'éducation des patients a permis de réaliser les téléconsultations entre les spécialistes et les médecins généralistes. (P. Simon, 2015 : 37).

Ces expériences médicales ont donné de très grande satisfaction aux personnes bénéficiaires. Ces personnes réclament vivement les pratiques télémédicales qui les considèrent comme une solution médicale idéale. Cet engouement manifeste de la population américaine a amené les États-Unis à organiser le premier congrès international de télémédecine. L'objectif principal de ce congrès est de faire connaître cette nouvelle pratique médicale qu'est la télémédecine et de définir ses bases de développement. Ce congrès a relevé les insuffisances technologiques qui constituent un frein à la mise en place des projets de télémédecine à cette époque.

> Les États-Unis organisèrent en 1973 le premier congrès international de télémédecine. Ce congrès fit néanmoins le constat que les technologies étaient encore insuffisamment développées pour permettre une pratique médicale acceptable. Les problèmes technologiques ont été en partie résolus dans les années 1980, ce qui a permis l'essor de la télémédecine aux USA. (P. Simon, 2015 : 37).

Ce congrès international très enrichissant et important à l'univers médical, a incité le Canada, la Norvège et la France de s'engager dans la pratique de la télémédecine dès 1980. Les expériences de tous ces États, ont servi de modèle au reste du monde dans la pratique télémédicale. Et aujourd'hui, la télémédecine se pratique à travers le monde. On retient que la télémédecine est une pratique médicale réalisée à distance aux moyens des technologies de l'information et de la communication, a connu le jour par circonstances.

1.2. Mécanisation de la médecine moderne

Malgré les efforts fournis conjugués par les acteurs de la santé et de la médecine, mais l'univers médical rencontre toujours des difficultés relatives aux pratiques médicales. L'humanité reconnaît les efforts abattus par tous les acteurs de la santé ou de la médecine à travers le monde.

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

Ils ont, en effet, amélioré l'univers médical à travers la modernisation du monde médical. La technoscience biomédicale a fourni des matériels d'équipements médicaux plus modernes et très sophistiqués adaptables aux besoins de l'univers médical. Les acteurs de la santé ont également offert des formations efficientes aux professionnels de la santé et de la médecine. Tous ces efforts ont facilité la tâche aux acteurs et aux professionnels médicaux et sanitaires.

Cependant, malgré tous ces travaux abattus en faveur de la qualité des soins médicaux, cependant le monde médical est toujours en difficultés. L'univers médical fait face à des manques de spécialistes, à des insuffisances de professionnels médicaux, à des insuffisances d'établissements médicaux et sanitaires, à des manques d'équipements médicaux qui impactent négativement la qualité et la quantité des soins médicaux. La résolution de ces problèmes évoqués consiste à la mécanisation de l'univers médical et sanitaire. La mécanisation de la médecine ou de la santé consiste à la télémédicalisation de l'univers médical.

L'avènement de la télémédecine exige une redéfinition de la médecine. Chaque structure médicale doit être définie en fonction de son service de télémédecine et surtout en fonction de la qualité des soins médicaux et sanitaires. Cela dit, tout service médical ou structure sanitaire qui ne dispose d'aucun service télémédical sera considéré comme dépassé, caduc et un service médical ou sanitaire incomplet. La redéfinition de la médecine exigerait que chaque structure médicale soit télémédicalisée et chaque service médical ait des services télémédicaux. Et il faut impérativement les 5 actes de télémédecine tels que la téléconsultation, la téléassistance, la télé-expertise et le téléconseil dans tous les services médicaux et sanitaires. Car, l'on se rend compte que « la télémédecine est susceptible d'apporter une réponse à ces problématiques ». (P. Simon, 2015 : 31). Tous les services médicaux en leur sein, doivent avoir des services de télémédecine. Il faut nécessairement mécaniser la médecine.

1.3. Télémédecine comme une solution aux cardiopathies.

La télémédecine en tant qu'une pratique médicale qui s'opère à distance peut apporter des solutions idoines dans le traitement de toutes les formes de cardiopathies. « Les cardiopathies désignent toute maladie du cœur, quelle qu'en soit l'origine. Elles se divisent en deux grands groupes. Les cardiopathies congénitales et les cardiopathies acquise ». (Le Petit LAROUSSE Médical, 2011 : 152). Cela veut dire que les cardiopathies sont toutes les maladies liées au cœur. Ces cardiopathies aujourd'hui, font rage dans le monde. On pourrait les considérer comme des maladies les plus dangereuses au monde. Car, ces cardiopathies interrompent immédiatement la vie du patient. Parlant des cardiopathies congénitales, « il s'agit de malformations du cœur présentes à la naissance et résultant d'un défaut de développement survenu pendant la vie

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

embryonnaire. Leur fréquence est d'environ 700 sur 100000 naissances ». (Le Petit LAROUSSE Médical, 2011 : 152). Il existe, en réalité, deux types de cardiopathies congénitales notamment les cardiopathies avec cyanose et les cardiopathies sans cyanose. Les cardiopathies congénitales avec cyanose sont les maladies cardiaques les plus complexes et les plus graves à traiter. Elles sont provoquées généralement par une variété de shunt qui fait passer directement et immédiatement, le sang pauvre en oxygène vers la grande circulation artérielle est normalement riche en oxygène. Il existe plusieurs cardiopathies avec cyanose associées à une complexité et de nombreuses malformations.

> Les cardiopathies avec cyanose, autrefois appelées « maladies bleues », sont les cardiopathies les plus graves et les plus complexes des cardiopathies congénitales. Elles sont dues, en général, à une variété de shunt (court-circuit) faisant passer directement, sans passage par les poumons, le sang pauvre en oxygène (veines caves) vers la grande circulation artérielle (aorte), normalement riche en oxygène (Le Petit LAROUSSE Médical, 2011 : 152).

Quant aux cardiopathies sans cyanose, elles sont provoquées généralement par la sténose ou par des communications anormales à l'intérieur du cœur. Il s'agit d'une diminution ou d'une réduction des vaisseaux qui entraîne une coarctation aortique. Tout ce dysfonctionnement cardiaque entraîne la diminution de la circulation sanguine dans la partie inférieure du corps humain. Ce rétrécissement peut être constaté au niveau de l'artère pulmonaire qui conduit le sang non oxygéné du cœur vers les poumons. Une ouverture anormale dans la paroi interne du cœur peut être l'une des causes évidentes.

> Les cardiopathies sans cyanose sont essentiellement dues à des rétrécissements de vaisseaux ou à des communications intracardiaques anormales. La coarctation aortique est un rétrécissement sur une certaine longueur de l'aorte thoracique (l'artère qui distribue le sang oxygéné à tout l'organisme), qui entraîne une diminution de la circulation sanguine dans la partie inférieure du corps. (Le Petit LAROUSSE Médical, 2011 : 152).

Les cardiopathies congénitales peuvent se manifester par la perception d'un souffle à l'auscultation du cœur. Ce bruit précise le type de cardiopathie en cause, l'endroit et le moment où il est perçu. Les cardiopathies congénitales peuvent se manifester par la perception d'un souffle à l'auscultation du cœur. Ce souffle donne des renseignements importants sur le type de cardiopathie en cause, selon l'endroit exact et le moment où il est perçu, pendant la systole (contraction) ou la diastole (relâchement). Les cardiopathies avec cyanose se différentient des cardiopathies sans cyanose. Elles se manifestent par le changement de la couleur de peau de l'individu.

> Les cardiopathies avec cyanose se traduisent par une coloration bleutée de la peau, des muqueuses et des ongles, due au manque d'oxygène dans le sang. Par ailleurs, une malformation gênant la circulation sanguine normale peut entraîner une anomalie de fonctionnement du cœur, puis sa défaillance :

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

> accélération des contractions, augmentation de volume du cœur, puis sa défaillance. (Le Petit LAROUSSE Médical, 2011 : 152).

Ces cas de maladies très dangereuses, qui sont des tueuses silencieuses, doivent être traités sérieusement avec dextérité. C'est là le bien-fondé de la télémédecine. La télélmédecine pourra permettre aux professionnels médicaux de réaliser des téléconsultations médicales, des téléassistances médicales, des télésurveillances médicales, des télé-expertises médicales et des téléconseils médicaux dans ces formes de cardiopathies

Tout d'abord, la télémédecine servira de méthode sûre d'instruction aux professionnels médicaux et même à la population sur les symptômes des cardiopathies congénitales. Dans ce cas d'espèces, la e-santé, la télésanté et la m-santé sont la voie par laquelle les acteurs de la santé doivent procéder pour instruire les populations et les patients. Car, le diagnostic d'une cardiopathie congénitale se fait de diverses manières soit avant la naissance, soit après la naissance grâce à des examens complémentaires approfondis. À preuve,

> Grâce à la pratique systématique de l'échographie chez les femmes enceintes, le diagnostic d'une cardiopathie congénitale est parfois fait avant la naissance. Dans les autres cas, les signes décrits ci-dessous invitent à réaliser différents examens complémentaires. (Le Petit LAROUSSE Médical, 2011 : 152-153).

Le traitement médical des cardiopathies se fait pour la plupart des cas par l'administration d'oxygène.

Ce traitement médical soulage efficacement souvent les patients. Il répond aux attentes des professionnels médicaux et même des parents des patients y compris les patients eux-mêmes. Il existe également le traitement chirurgical pour les cas de gravité des cardiopathies congénitales. C'est ici que se situe le bien-fondé de la télémédecine dans nos CHU, CHR, nos hôpitaux, nos dispensaires ou centres de santé et nos maternités. Les actes de la télémédecine nous faciliteront le diagnostic et le traitement des cardiopathies congénitales à travers la téléconsultation, la téléassistance, la télésurveillance, la télé-expertise et le téléconseil.

La télé-expertise est la voie par excellence qui permettra aux professionnels médicaux généralistes et surtout aux professionnels spécialistes de s'échanger d'expériences. Avec la télémédecine que nous pourrons réussir à éviter les cardiopathies congénitales et même à éradiquer davantage les cardiopathies. Les cas de cardiopathies sont toujours fréquents dans le monde qui exige des évacuations du patient dans des conditions difficiles.

> Le diagnostic requiert souvent l'opinion du spécialiste en cardiopathie pédiatrique, expertise concentrée essentiellement dans les centres hospitaliers de grandes villes. Les nouveaux nés doivent y être transférés, souvent dans des conditions difficiles, afin de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

> cardiopathie congénitale. De tels transferts représentent un risque non négligeable. (Le Petit LAROUSSE Médical, 2011 : 153).

Cela suppose que la télémédecine est la voie inéluctable dans le traitement des cardiopathies congénitales.

Au-delà des cardiopathies congénitales, existent les cardiopathies acquises. Les cardiopathies acquises sont des anomalies constatées au niveau du cœur qui apparaissent dans la vie de l'homme. Il existe plusieurs cas de cardiopathies acquises et chaque cas a son mode d'expression, d'évolution et de traitement. « Cardiopathies acquises, il s'agit de diverses anomalies cardiaques apparaissant au cours de la vie. Il en existe plusieurs, chacune ayant son mode d'expression, d'évolution et de traitement ». (Le Petit LAROUSSE Médical, 2011 : 153). Il y a plusieurs formes de cardiopathies acquises, notamment les cardiopathies hypertensives, les cardiopathies ischémiques, les cardiopathies valvulaires et le cœur pulmonaire chronique.

Chaque forme de cardiopathies acquises a ses spécificités et exige un traitement particulier chacune. Car, il y a de très grandes différences entre les différentes formes de cardiopathies acquises.

> Les cardiopathies hypertensives sont provoquées par l'hypertension artérielle prolongée et insuffisamment contrôlée. Les cardiopathies ischémiques correspondent à une ischémie (insuffisance d'oxygénation du muscle cardiaque) par rétrécissement des artères coronaires irriguant le cœur ; les formes les plus caractéristiques en sont l'angor (angine de poitrine) et surtout infarctus du myocarde. (Le Petit LAROUSSE Médical, 2011 : 153).

La télémédecine est la méthode par excellence pour éradiquer et prévenir toutes les formes des cardiopathies acquises. Donc, désormais tout service médical et sanitaire sans le service de télémédecine en son sein, est incomplet.

2. Difficultés médicales en Afrique, politique prospective médicale en Afrique et Principes éthiques de la bioéthique

2.1. La mauvaise politique médicale en Afrique

Les États africains font partie des États que Dieu a dotés naturellement d'une grande richesse au monde. Autrement dit, ils font partie des États bénis par Dieu en matière de ressources naturelles. Les atouts naturels dont disposent les États africains sont l'un des facteurs de développement spectaculaire d'un État. Ils favorisent l'évolution rapide d'un pays. Ces fondements naturels sont les éléments fondateurs du développement d'un État. Ces fondements naturels doivent servir à construire le développement d'un État dans tous les secteurs d'activités. En effet, ils servent à industrialiser chaque État du monde. Aucun État ne saurait s'industrialiser sans ces matières premières. Cela dit, ces fondements naturels sont les facteurs

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

primordiaux et prépondérants de l'industrialisation de chaque État du monde. Ces ressources, en Afrique, suffisent largement pour le développement de nos États. En d'autres termes, ces potentialités naturelles sont en quantité suffisante pour l'industrialisation totale de tout le continent africain.

Mais, nos dirigeants, pour le grand nombre ne travaillent pas dans l'intérêt de notre continent ou dans l'intérêt de leur peuple. Ils préfèrent mettre nos ressources à la disposition de l'occident au détriment de leurs peuples. Ils fournissent nos ressources naturelles et bien d'autres richesses aux autres continents pour leur industrialisation ou développement tout en ignorant l'industrialisation ou le développement de notre cher continent africain. Ils ne se soucient pas du développement du continent africain sinon ils ne se préoccupent pas non plus du bonheur de leurs peuples. La majorité de nos dirigeants se soucient plus du bonheur des autres continents sans toutefois se préoccuper du bonheur de leur propre peuple. C'est ce qui explique le retard du continent africain observé à tous les niveaux des domaines d'activités. Jusqu'à aujourd'hui, l'Afrique ne dispose d'aucune technologie approuvée.

Or, un État qui ne dispose d'aucune technologie, est un État mort qui ouvre la porte à la régression et à la misère. Les domaines phares telles que l'éducation et la médecine sont mis au second plan par certains de nos dirigeants. Ils ne font qu'appauvrir notre système éducatif dans presque toute l'Afrique. Ils préfèrent envoyer leurs enfants à l'étranger pour faire une très bonne sinon une excellente formation éducative. Cela exige une prise de conscience qui doit pouvoir nous interpeler et mettre fin à cette mauvaise foi, méchanceté ou à cet égoïsme de certaines nos autorités en Afrique. C'est pourquoi nous devons mettre en place des lois capables qui interdiraient nos autorités d'envoyer leurs enfants à l'étranger pour leur formation éducative et même d'inscrire leurs enfants dans les établissements privés ici en Afrique. Comme le dit Kwame Nkrumah, il faut le consciencisme pour une Afrique libre et prospère. « La philosophie appelée consciencisme est celle, partant de l'état actuel de la conscience africaine, indique par quelle voie le progrès sera tiré du conflit qui agite actuellement cette conscience. Son fondement est le matérialisme ». (K. Nkrumah, 1965 : 90).

Une telle politique éducative inciterait même obligerait nos autorités à développer nos structures et institutions publiques pour le développement de l'Afrique et surtout pour le bonheur des Africains. Sinon, comment comprendre que nous disposons des systèmes éducatifs primaires, secondaires et supérieurs puis certaines de nos autorités refusent que leurs enfants fassent leur formation éducative ici en Afrique, si nos établissements, structures et notre système éducatif sont vraiment de la qualité. Tel doit être le cas pour l'univers médical en

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

Afrique. À l'heure actuelle l'univers médical en Afrique demeure précaire presque sur toute l'étendue du continent africain. Certains de nos représentants résignent de promouvoir l'univers médical. C'est ce qui explique assez de manques, assez d'insuffisance dans cet univers.

De prime abord, certaines de nos autorités africaines, presque toutes, ne se préoccupent pas du développement de l'univers médical en Afrique. Dans la plupart des États africains, les autorités ne pensent pas à la construction des structures médicales et sanitaires ou à la construction des établissements médicaux et sanitaires tel que CHU, CHR, les hôpitaux généraux ou régionaux, des centres de santé et des maternités. Elles utilisent les fonds publics pour leurs intérêts personnels au détriment de l'intérêt du peuple. C'est l'une des raisons fondamentales qui expliquent d'énormes insuffisances et de nombreux manques dans ces domaines d'activités. Ces insuffisances et manques observés dans ces domaines d'activités impactent négativement la qualité de soins de santé et soins médicaux.

> Malgré cette nouvelle organisation, le sentiment d'une réelle difficulté d'accès aux soins s'est installé progressivement dans la population, notamment chez les personnes âgées atteintes de maladies chroniques et dans les régions devenues des déserts médicaux suite au non-remplacement des médecins qui partaient en retraite. L'impossibilité de joindre son médecin traitant le week-end ou en dehors des heures ouvrables du cabinet médical a entraîné de grandes frustrations chez les patients. (P. Simon, 2015 : 30).

De plus, certaines de nos autorités n'équipent pas nos établissements médicaux et sanitaires notamment les CHU, les CHR, les hôpitaux généraux ou régionaux, les centres de santé et les maternités. Dans certains établissements médicaux, il y manque des matériels nécessaires et sophistiqués pour relever le défi auquel l'univers médical fait face en Afrique et surtout pour améliorer la qualité des soins médicaux et sanitaires. « L'OMS estime que la population africaine dispose de 10 lits d'hôpitaux pour 10000 habitants contre 63 lits pour 10000 habitants pour la population européenne ». (S. Aude, S. Bexdi, C. Hamidou et A. Nelly, 2017 : 2-5). C'est-à-dire qu'elles ne se soucient aucunement pas de la santé de la population. C'est ce qui explique les insuffisances observées dans le milieu médical et sanitaire, notamment l'insuffisance de lits, des matériels de travails, des salles de mise en observation, des salles hospitalisation et surtout le manque des produits pharmaceutiques dans des pharmacies de l'hôpital ou des centres de santé.

Si on fait des recrutements arbitraires et on organise les concours arbitraires relatifs à l'univers médical et non pas par mérite dans l'univers médical, alors on aura assurément des problèmes dans ce domaine d'activités. Si dans la plupart de nos États africains, les recrutements et même les concours directs dans l'univers se font par tricherie et non pas par mérite alors, c'est sûr qu'on conduira notre population à l'abattoir. Nous pensons que c'est ce qui est à l'origine des

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

difficultés dont souffre l'univers médical. Certains de nos professionnels médicaux ne sont pas à la hauteur de leur tâche. Ils n'arrivent pas souvent à faire face à certaines situations notamment les cas de complication, les maladies chroniques et bien d'autres. Le manque et les insuffisances d'équipement dans nos établissements sanitaires et médicaux rendent les agents de santé souvent incompétents, impuissants, incapables face à certains cas critiques observés dans nos hôpitaux et surtout dans nos établissements sanitaires.

Enfin, le manque et les insuffisances de professionnels de santé impactent négativement la santé des patients. Le manque de spécialistes médicaux constitue un véritable danger dans notre univers médical. C'est la raison pour laquelle certaines autorités refusent de se faire soigner en Afrique. Elles savent que nos structures et établissements médicaux et sanitaires, tel que organisés, n'offrent pas des soins médicaux et sanitaires de qualité. C'est pourquoi elles préfèrent se faire soigner à l'étranger. Car, à l'étranger, elles savent très bien que le système médical est très bien organisé et répond aux attentes des patients. Cependant, nous pensons qu'il faut mettre fin à cet égoïsme. « Le continent africain est celui qui présente le moins de professionnels de santé avec une moyenne de 3 médecins pour 10000 habitants en Afrique contre 22 en Amérique et 32 en Europe ». (S. Aude, S. Bexdi, C. Hamidou et A. Nelly, 2017 : 5). Tout est à refaire dans nos sociétés africaines. Il faut courageusement mettre en place des lois qui les inciteront et même les obligeront à développer nos structures dans tous les domaines d'activités. Donc tout est à refaire dans l'univers médical, car l'univers médical est un domaine très sensible tout comme l'univers éducatif.

2.2. Politiques prospectives médicales en Afrique

Les difficultés auxquelles l'univers médical est confronté, nous exigent des politiques prospectives médicales en Afrique en vue du développement ou de la mécanisation de l'univers médical. Aujourd'hui, le temps des demandes de constructions des infrastructures dans tous les domaines d'activités à nos autorités est passé. Nous devons mettre en place de nouvelles stratégies impartiales et apolitiques qui contraindront nos autorités à promouvoir la santé par le biais de la télémédecine en Afrique. Ces stratégies mettront fin à toutes les fausses promesses ou à toute démagogie relevant de nos représentants au plan étatique.

D'abord, le peuple africain doit mettre une loi en place capable d'interdire les autorités africaines de se faire soigner à l'étranger. Elles ne doivent plus sortir du pays pour une question de soins médicaux. Il s'agit des présidents de la République, Ministres, Préfets, sous-préfets, gouverneurs, députés, conseils généraux, sénateurs, Maires, directeurs des districts et bien

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

d'autres. Tous ces représentants étatiques doivent être interdits de se soigner à l'étranger. Cela les incitera à développer nos institutions, nos structures et établissements médicaux et sanitaires.

De plus, nos autorités des différentes localités doivent être interdites à se soigner dans une autre localité ou région. Elles doivent se soigner seulement dans un établissement médical public de leur région et non dans une autre région, ni dans une clinique. Une telle loi obligera nos autorités à développer les établissements médicaux et sanitaires dans leurs départements et régions pour le bonheur des populations.

Enfin, nous devons exiger de nos autorités de résider dans leurs localités respectives. Le grand nombre de nos autorités préfèrent mener leur existence dans grandes villes étrangères qui reflètent leur statut d'autorités. Elles résignent de résider dans leurs propres localités, car elles estiment que ces localités ne reflètent plus la qualité de leur personnalité. Elles qualifient leurs localités de porcherie qui ne correspondent plus à leur statut social. Paradoxalement, c'est grâce à ces localités qu'elles sont ce qu'elles sont aujourd'hui. Si ces personnes ont opté pour ces autorités c'est bien dans le but que ces autorités les représentent, industrialisent et développent leurs localités. En d'autres termes, les autorités doivent être toujours proches de leurs peuples pour connaître les réalités, les difficultés de leurs peuples. À travers ces lois, nous pourrons réussir à développer nos institutions, nos établissements médicaux et sanitaires, à développer ou à mécaniser nos systèmes médicaux et éducatifs.

2.3. Les principes éthiques de la bioéthique

2.3.1. Le principe d'autodétermination ou du consentement éclairé et libre du patient.

Le principe d'autodétermination ou du consentement est la liberté qu'a une personne de juger de son propre bien, sans influence extérieure. Il s'agit de l'un des principes fondamentaux de la bioéthique. Gilbert HOTTOIS définit ce principe comme suit : « le principe d'autonomie est la liberté, pour chacun, de juger de son propre bien. » (H. Gilbert, 2009 : 20).

Ce principe fait la promotion de la liberté individuelle. Toute décision doit être fondée sur le consentement libre et éclairé de la personne. Le consentement, tel que défini plus haut, est acquis avant tout acte médical. Tout consentement acquis pendant les interventions médicales n'est absolument pas un consentement, mais plutôt une violation du consentement du patient. Le consentement ne doit ni être imposé ni exercé de façon à contraindre le patient en vue de servir un quelconque intérêt.

> Toute intervention médicale de caractère préventif, diagnostique ou thérapeutique ne doit être mise en œuvre qu'avec le consentement préalable,

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

> libre et éclairé de la personne concernée, fondé sur des informations suffisantes. Le cas échéant, le consentement devrait être exprès et la personne concernée peut le retirer à tout moment et pour toute raison sans qu'il en résulte pour elle aucun désavantage ni préjudice. (Déclaration Universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme, 2005 : 20).

De plus, le consentement n'est pas à négocier ou à discuter. Le consentement n'est jamais et ne sera jamais négociable. Un consentement obtenu après une négociation, une discussion, un dialogue n'est plus un consentement. C'est plutôt un arrangement ou un compromis opéré dans l'intérêt de celui qui le demande. C'est dans cette optique que KOUASSI Marcel affirme que

> Le respect du consentement n'est pas marchandable. Le but de cette affirmation est d'éviter le respect sélectif du principe de consentement qui est facteur déterminant et important de la crédibilité et l'efficacité des recherches et des soins médicaux. (N. M. Kouassi, 2016 : 23-24).

Le consentement ne s'acquiert pas au prix d'un avantage ni d'un profit. L'autodétermination s'obtient après une très bonne exposition des informations claires, explicites et sincères sans hypocrisie.

Aujourd'hui, l'espace numérique, surtout celui des réseaux sociaux, constitue un monde de libertinage, un univers idéal et favorable à l'expression des désirs interdits par l'éthique et la déontologie médicale. En clair, nous retenons que l'espace numérique et les réseaux sociaux sont les lieux du libertinage, un monde perverti et insensé par les nouvelles technologies et la nouvelle vision de la génération présente. Certains médecins mal intentionnés, dépourvus de toute moralité et d'éthique agressent sexuellement leurs patientes. Ils photographient les parties intimes de leurs patientes sans leur consentement libre et éclairé. Ils s'adonnent à ces pratiques perverties pour leur plaisir personnel. À preuve, plusieurs médecins à travers le monde ont agressé ou violenté leurs patients.

> Un médecin Sud-Africain qui a agressé sexuellement et photographié les patients dès l'âge de 18 ans pendant six ans a été emprisonné le mardi 10 septembre 2013 par un tribunal anglais-Barend Delport, 55 ans un médecin généraliste et prédicateur baptiste, a pris 800 photographies de femmes et enfants dans son cabinet pour sa propre gratification sexuelle (…). Jusqu'à 100 photos intimes des jeunes filles ont été retrouvées sur l'ordinateur de l'G.P. après une descente de police (…) quand il a été arrêté, la police a trouvé 500 000 images sur son ordinateur (…). Parmi elles, plus de 5500 étaient pornographiques et 842 étaient des patientes qu'il avait prises lui-même. (N.M. Kouassi, 2016 : 27).

Ce passage montre que certains professionnels médicaux et sanitaires portent atteinte à l'intimité et à la dignité de leurs patients. Il faut impérativement exiger le principe de consentement pour mettre fin à ces pratiques dangereuses.

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

2.3.2. Principe de confidentialité

Le principe de confidentialité, lumineusement inscrit dans le serment d'Hippocrate depuis l'Antiquité, est aujourd'hui mis au jour pour éthiciser les pratiques médicales et télémédicales. Ce principe recommande que toute pratique médicale ou télémédicale soit fondée sur la confidence et sur la confiance. Ce principe fait la promotion des secrets médicaux dans les actes médicaux et télémédicaux. Il recommande de ne pas ébruiter les informations secrètes. En effet, le principe de confidentialité impose aux médecins l'obligation de protéger la confidentialité dans les rapports entre médecin et patient. « Le code de déontologie des médecins impose au médecin l'obligation de protéger la confidentialité des renseignements qu'il a obtenus dans l'exercice de sa profession ». (Collège des médecins du Québec, 2005 : 16).

Ce principe exige la préservation ferme des données médicales du patient quel que soit le différend qui naît après les pratiques médicales. Selon le principe de confidentialité, le médecin doit agir dans le but de rassurer le patient qui cherche à se confier à quelqu'un de digne et de sage capable de conserver son secret. Il doit se rassurer que les TIC utilisées pour communiquer avec le patient lui permettront de préserver secrètement les données recueillies. « Il appartient au médecin d'évaluer si les technologies utilisées pour communiquer avec son patient ou avec un tiers permettent de préserver le secret professionnel ». (Collège des médecins du Québec, 2005 : 16). C'est dire que le principe de confidentialité exige la préservation stricte des secrets professionnels entre médecin et patient.

Le médecin est invité à éviter tout laisser-aller, à préserver à la lettre les données du dossier du patient. En télémédecine, le principe de confidentialité recommande au médecin de bien vérifier les sites et les réseaux de connexion et de communication.

2.3.3. Principe de Responsabilité

La médecine, en général et en particulier, la télémédecine sont un art fondé sur le vivant. Elles nécessitent assez d'exigences en vue de leur rationalisation. Le principe de responsabilité peut se définir comme un ensemble d'exigences recommandées par la bioéthique ou par la biomédecine pour le bon fonctionnement de toutes les pratiques médicales. Le principe de responsabilité situe les responsabilités de chacun dans la pratique médicale et télémédicale. Lorsqu'un professionnel médical pratique son art médical sans se conformer aux principes éthiques de la bioéthique, il est responsable de tous éventuels risques. De même, si le patient ne suit pas correctement le protocole de traitement dont il est soumis avec consentement, il assumera toutes les responsabilités d'un éventuel risque. Les acteurs télémédicaux ont une grande responsabilité dans les pratiques télémédicales. Lorsqu'ils ne créent pas les conditions

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

idoines ou propices pour permettre aux professionnels médicaux de réaliser des pratiques télémédicales réussies, alors ils sont responsables de tous éventuels risques. Les responsabilités, dans ce cas de situation incombent à toute l'équipe médicale. La télémédecine, spécialisée dans les soins à distance, exige une grande précaution dans ses activités. Le principe de responsabilité appelle à la responsabilité éthique de tous les professionnels médicaux et sanitaires.

Les professionnels de la télémédecine doivent être d'une bonne moralité dans l'exercice de leur fonction médicale, car les actes médicaux doivent être fondés sur la bienveillance et la bienfaisance.

> Le médecin doit agir, non seulement conformément à ses devoirs, mais encore et surtout par devoir, par une disposition (inclination) éthique ou morale. Ainsi, les intentions, les motivations et la volonté qui précèdent son agir doivent être pures, absolument bienveillantes. (N.M. Kouassi, 2016 : 52).

Le principe de responsabilité attire notre attention sur les laisser-aller et les laisser-faire constatés dans certains hôpitaux. Il supprime toutes les légèretés, les plaisanteries et tous les actes irresponsables dans toutes les pratiques télémédicales. Le rôle essentiel d'un médecin est, en premier lieu, la guérison et en second lieu la qualité des soins. Le respect du principe de responsabilité dans les pratiques télémédicales, non seulement rassure les patients, mais aussi les motive à prévenir les maladies. Car « la prévention vaut mieux que la guérison ». (H. Jonas, 2012 : 54).

Le principe de responsabilité exige que chaque professionnel médical soit à mesure d'assumer les conséquences d'un traitement quels qu'en soient les résultats. Le principe de responsabilité exige aux professionnels de santé à reconnaître leurs erreurs quelle que soit leur gravité. Lorsqu'un professionnel médical commet des erreurs pendant les pratiques médicales, il doit impérativement les reconnaître malgré leur gravité afin d'éviter d'éventuelles erreurs. Il doit à ce moment rappeler le patient pour corriger ces erreurs avant qu'il ne soit tard. Il ne doit pas demeurer dans son manteau d'orgueil afin d'éviter d'occasionner des complications chez le patient. Car « être un bon médecin est nécessaire mais devenir un médecin bon est encore mieux ». (V. Guy, 2015 : 143).

Aussi, le principe de responsabilité n'implique-t-il pas seulement les professionnels de la télémédecine, mais aussi, les patients. Les patients sont responsables du mode d'évaluation médicale qu'ils choisissent. Après avoir consenti à une pratique télémédicale à l'appui d'informations sincères, claires et libres, le patient doit être à mesure d'assumer les retombées si le professionnel de santé a failli à sa mission médicale.

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

Conclusion

En définitive, la télémédecine contribue au développement de l'univers médical. Toutes les actions de la télémédecine militent en faveur de l'amélioration de la qualité des soins médicaux. Elle est en pleine mécanisation de l'univers médical et sanitaire. Son apport dans la résolution des insuffisances constatées à tous les niveaux de l'univers médical a témoigné de son indispensabilité dans le monde médical.

L'émergence de la médecine moderne dans le monde en général et en Afrique en particulier exige des lois contraignantes vis-à-vis de nos autorités afin d'accomplir leurs missions qui leur ont été confiées dans l'intérêt du peuple. Un accompagnement éthique s'impose aux pratiques télémédicales en vue de leur bonne orientation. Les principes éthiques sont la lumière de toutes les pratiques télémédicales.

Références bibliographiques

HABERMAS Jürgen, 2002, *L'avenir de la nature humaine,* Paris, Gallimard, BOUCHINDHOMME Christian, 181 p.

HANS Jonas, 2012, *L'art médical et la responsabilité humaine,* Paris Cerf, Trad. Pommier, Éric, 76 p.

HANS Jonas, 1990, *Le principe responsabilité,* Une éthique pour la civilisation technologique, Paris, Cerf, Trad. GREISCH Jean, 470 p.

HOTTOIS Gilbert, 2009, *Dignité et diversité des hommes,* Paris, Jean Vrin.

HOTTOIS Gilbert, 1990, *Le paradigme bioéthique : une éthique pour la technoscience,* Bruxelles, De Boeck Université, 198 p.

HOTTOIS Gilbert, 2007, *Technoscience et sagesse ?* Nantes, pleins feux, 59 p.

HUET Jean-Michel, ROMDHANE Mouna et TCHENG Henri, 2010, *TIC et systèmes de santé en Afrique,* Bruxelles, IFRI, CEDEX, 33 p.

KARAMOKO Tiéba, 2015, *Technique et rationalité chez Horkheimer* (Esquisse d'une éthique du développement), Québec, Différance Pérenne, 337 p.

KOUASSI N'dri Marcel, 2013, *Heidegger et la question du transfert des technologies en Afrique,* Abidjan, creste Éditions, 190 p.

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

KOUASSI N'dri Marcel, 2016, *La pratique du consentement en contextes médico-culturel hostiles,* Abidjan, creste Éditions, 123 p

KWAME N'krumah, 1965, *Le Consciencisme,* Paris, Payot, 150 p.

KWAME N'krumah, 1973, *Le néo-colonialisme dernier stade de l'impérialisme,* Paris, Présence africaine, 269 p.

MARION et SALOMON-POISSON Anne-Silvie, 2023, *De l'interrogatoire à la décision clinique,* Paris,Vuibert, 720 p.

MARTIN Pascale, LEHERICEY Hélène, LEMOINE Benjamin, 2016, *La télémédecine en action : construire un projet de télémédecine,* Paris, Jean Vrin, 36 p.

OKENDA Benoît Okolo, 1999, *La technologie entre la tradition et la modernité, In Revue philosophique de Kinshhasa,* Paris, Vol, XII, n*23-24, 128 p.

PIERRE Simon et GAYRARD Pascale, 2017, *Pratiques de télémédecine et politique actuelle,* Paris, le coudrier, 18 p.

PIERRE Simon et GAYRARD Pascale, 2017, *Télémédecine des pratiques innovantes pour l'accès aux soins,* Paris le coudrier, 55 p.

PIERRE Simon, 2007, *L'insuffisance rénale-prévention et traitement,* Paris, Elsevier Masson, 283 p.

PIERRE Simon et LUCAS Jacques, 2013, *La télémédecine, ce n'est pas du e-commerce !* Paris, le coudrier, 11 p.

20-PIERRE Simon et MOULIN Thierry, 2021, *Télémédecine et Télésoin, l'essentiel pour pratiquer,* Paris, le Coudrier, 173 p.

PIERRE Simon, 2019, *Télémédecine et défis de santé en Afrique,* Paris, le Coudrier, 50 p.

PIERRE Simon, 2015, *Télémédecine-Enjeux et pratiques,* Paris, Le Coudrier, 190 p.

PIERRE Simon, 2021, *Télémédecine et télésoin Inclus 100 cas d'usages pour une mise en œuvre réussie,* Paris, Elsevier-Masson, 190 p.

PITCHO Benjamin, DEPADT-SEBAG Valérie, BACHELOT-NARQUIN Roselyne et HIRSCH Emmanuel, 2008, *Médecine et droits de l'homme textes fondamentaux depuis 1948,* Paris, Vuibert, 483 p.

ISSN-L: 2958-2814
ISSN-P: 3006-306X

POSTEL-VINAY, Nicolas, BOLRIE Guillaume et TOPOL Éric, 2020, *Livre Blanc de la santé connectée*, Withings Health Institute, 47 p.

SAFON Marie-Odile, 2019, *La e-santé, télésanté, santé numérique ou santé connectée*, Paris, ISBN, 377 p.

SALGUES Bruno, 2013, *L'e-santé et la télémédecine*, Paris, Lavoisier, 2013, 317 p.

SHOENTGEN Aude, SANGARÉ Bexdi, CISSÉ Hamidou et AGBOKOU Nelly, 2017, *Les usages du numérique dans le domaine de la santé*, l'Afrique des Idées, 22 p.

TRAORE Seydou Tidiane, 2008, *La télémédecine dans la formation et les prestations d'un service de chirurgie au Mali*, thèse Bamako, Université de Bamako, 113 p.

VALLANCIEN Guy, 2015, *La médecine sans médecin ? Le numérique au service du malade*, Paris, Gallimard, 299 p.