Le téléphone mobile dans la relation entre soignants et soignés à Abidjan : une tentative de construction d'une proximité familiale.

DJE BI TRAZIE SYLVAIN[1]

Résumé

Les relations entre soignants et soignés sont de plus en plus médiées par le téléphone portable dont le numéro figure parfois sur la feuille de prescription médicale. Ce qui implique un contact minimum entre ces deux catégories d'acteurs, notamment la possibilité d'appeler ''son'' médecin pour avoir un avis sur un état de santé ou celle d'avoir une information sur l'évolution d'un soin dont a bénéficié le malade à l'hôpital. Cette situation facilite un glissement vers la recherche de proximité familiale. Soignants et soignés sont alors en tension pour maintenir la frontière entre la sphère professionnelle et la sphère familiale, alors que le téléphone portable et la maladie les pousse à dépasser cette césure.

***Mots clés** : Téléphone portable, proximité familiale, relations de soin, soignant/soigné.*

Abstract

Relationships between carers and patients are increasingly mediated by mobile phones, the numbers of which sometimes appear on medical prescription forms. This implies minimal contact between these two groups, notably the possibility of calling 'one's' doctor to seek advice on a medical condition or to obtain information on the progress of treatment the patient has received in hospital. This situation facilitates a shift towards seeking family closeness. Caregivers and patients then find themselves under pressure to maintain the boundary between the professional and family spheres, whilst the mobile phone and the illness push them to cross this dividing line.

[1] Sociologue à l'Université Virtuelle de Côte d'Ivoire. Email: bi11.dje@uvci.edu.ci. ORCID identifiant : 0009-0000-8885-5983. ORCID website https://orcid.org/0009-0000-8885-5983

***Keywords**: Mobile phone, family proximity, care relationships, carer/care recipient.*

Introduction

Les usages du téléphone mobile sont devenus multiformes, au point que le téléphone mobile ne sert plus seulement à lancer et recevoir des appels ; mais aussi à effectuer plusieurs activités telles que produire et télécharger des vidéos, écouter de la musique, faire des recherches d'informations et transférer de l'argent. Toutefois, l'option voix reste encore prégnante comme on peut le voir sur la plate-forme de l'Autorité de Régulation des Télécommunications en Côte d'Ivoire (ARTCI). Au titre du 4ème trimestre 2023, le trafic voix comptait pour 44,5% des recettes enregistrées par les opérateurs de télécommunication à partir des usages du téléphone mobile en Côte d'Ivoire (Autorité de Régulation des Télécommunications/TIC de Côte d'Ivoire - Chiffre d'affaires - Téléphonie mobile, consulté le 30 octobre 2025). L'option voix est tout de même talonnée de très près par le trafic Internet, soit 43,3%. On peut dire que les usagers du téléphone considèrent ces deux types d'échange comme moyens principaux de communication actuellement, le coût de ces prestations ayant été réduit au fil des années avec les efforts conjugués de l'Etat et des opérateurs de télécommunication.
En tout en état de cause, le caractère interactif et la réduction de la distance entre interlocuteurs grâce à l'Internet et au téléphone mobile (Paul Virilio, 1997) intensifient la construction de liens sociaux à travers le téléphone portable. En effet, la nécessité implicite de répondre à un appel ou un message même venant d'un inconnu facilite le rapprochement entre des populations dont la distance sociale ne permettrait pas, d'une certaine manière, la familiarité en dehors du cadre

social d'échange institutionnalisé. C'est le cas de populations telles que le personnel soignant et les patients ou accompagnateurs de malades. En théorie, en dehors de la relation de soignant (la consultation hospitalière ou l'intervention médicale proprement dite), le lien disparait. Dans la pratique, ces rapports se prolongent, au point de transformer parfois ceux-ci en harcèlement en ligne comme ce fut le cas en août 2023 pour une infirmière à Abidjan (https://www.artci.ci/index.php/marches-regules/10-observatoire-du-secteurs-des-telecoms/sevice-mobile/85-chiffre-daffaires-service-mobile.html, consulté le 30 octobre 2025).

Les rapports professionnels s'effritent de plus en plus pour faire place à des rapports plus intimes, plus familiaux. Et le téléphone portable est un vecteur ou un accélérateur de ce processus, du fait qu'il facilite le rapprochement à travers ses multiples fonctions Android.

L'objectif de l'article est de montrer que téléphone portable place les soignants et les soignés à une distance variable (Simmel cité par Patrick Watier in Proximité et distance chez Georg Simmel - Persée, consulté le 07 mai 2026) ; de sorte que son usage entre groupes sociaux différents fait glisser la relation professionnelle vers la relation familiale et inversement ; même si ce glissement n'est pas toujours accepté ou bien perçu par certains acteurs, notamment les soignants. Le téléphone portable devient ainsi un objet structurant des relations sociales (Simmel, Georg Simmel : un aperçu - Persée, consulté le 02 décembre 2025 ; Latour, 1995). C'est cette perspective que nous allons détailler dans les lignes qui suivent en commençant clarifier l'approche méthodologique.

I-Méthodologie

Le personnel soignant est composé de tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre, participent à la prise en charge des malades ou de parents de malades. Il s'agit donc de médecins, d'infirmiers des aides-soignants et aussi de brancardiers, de gardiens d'hôpitaux, de pharmaciens, etc. Cette extension du concept de soignant n'est pas toujours celui qui est utilisé par les praticiens eux-mêmes. C'est pourquoi, nous nous sommes limités aux médecins et infirmiers, ces derniers étant considérés comme étant directement engagés dans la prise en charge médicale. Même dans ce cas, plusieurs infirmiers au Centre hospitalier de Treichville ont refusé de répondre à nos sollicitations au motif qu'ils ne font pas de consultation, activité réservée aux seuls médecins (internes au moins). Précisons que nos répondants ont été essentiellement des étudiants en médecine à la recherche d'un diplôme de spécialité (DES) dans cinq services du centre hospitalier et urbain de Treichville et de la Formation de santé urbaine et communautaire de Yopougon Toits-Rouges, deux centres hospitaliers de la ville d'Abidjan.
Par ailleurs, bien qu'il y ait une version en ligne du questionnaire (Google forms), la grande majorité des enquêtés ont préféré répondre en face à face et sur la version papier, entre la mi-décembre 2025 et la fin du mois de février 2026. Les raisons évoquées sont multiples, allant du devoir de réserve au manque de temps ou à la fatigue après le travail. L'échantillon de 79 personnes, obtenu dans ces conditions, reflète donc la particularité du métier, mais aussi la particularité même du sujet : la tentative d'intrusion d'une personne ''étrangère'' dans la sphère privée. On pourrait penser à la crainte de harcèlement (Koffi Acapko, 2024) ou à l'accusation de pratiques

corruptives en milieu hospitalier selon Mathias Gadou (Gadou, 2002).

De fait, l'ensemble des personnes considérées comme soignants selon la terminologie globalement retenue dans les centres visités (médecins, infirmiers et sages-femmes pour le centre de santé communautaire) est de 106 (en 2025 pour la formation sanitaire communautaire de Toits-Rouges à Yopougon) et de 131 en 2025 pour les cinq services du CHU de Treichville. A ces chiffres, qui proviennent des services Ressources Humaines des deux centres hospitaliers, il faudrait ajouter 56 DES ivoiriens pour le CHU de Treichville. Notre échantillon représente donc globalement 27% de la population mère.

A Chacune des 17 questions du questionnaire nous avons affecté des catégories avec un code chiffré : Jamais (0), parfois (1), Souvent (2) et Toujours (3). L'analyse se fait sur les moyennes (type Likert), mais aussi selon le Rating Scale (www.rasch.org, consulté le 26 avril 2026), un prolongement stochastique de l'échelle de Likert. Ce dernier permet d'observer la cohérence des réponses et dégager un profil, celui de soignant pris entre la volonté de mieux comprendre le malade et la maladie et un cloison professionnel qui s'effrite.

II-Revue de la littérature

Notre étude s'engage dans une perspective interactionniste. Plusieurs auteurs de courant notent que les rapports humains sont toujours médiés par les objets techniques comme le constate Bruno Latour et conduisent à la formation de réseaux sociotechniques (Latour, 2005). De sorte que les groupes humains et non humains se trouvent liés durablement pour former des collectifs. Ces derniers ne sont pas des

communautés au sens de Ferdinand Tönnies, mais des groupes constitués par l'usage d'un ou plusieurs objets techniques (Latour, 1996 ; 2005 ; Nicolas Dodier, 1997). Selon Michel Callon, 2012, ce collectif réunit des personnes qui peuvent se détester dans d'autres secteur de la vie sociale, mais elles sont unies solidement entre elles et les objets techniques pour former une singularité (Michel Callon : Les sciences sociales confrontées aux nouvelles pratiques de recherche..., consulté le 29 avril 2026). Le téléphone portable est donc le vecteur de cette singularité dans le domaine de la santé, un attachement entre soignants et soignés, même en dehors du cadre de la consultation à l'hôpital. Selon Callon, le monde que nous constituons est un collectif hybride fait d'humains et de non-humains impossible à séparer (Callon, 1999). Plus encore, pour lui, les relations entre humains et entre humains et non humains se construisent sur un mode performatif (Fabian Muniesa et Michel Callon, 2008) ; c'est-à-dire que les individus ne constatent ou ne subissent pas seulement la réalité ; ils la fabriquent.

On peut donc considérer les soignés et les soignants comme engagés dans un système cherchant à dépasser le ''cadre structurel'' ou formel pour tisser un rapport basé sur la familiarité. Ce faisant, ils inventent une nouvelle réalité.

Dans son analyse de la vie sociale, Georg Simmel affirme que la sociabilité se construit autour d'actions réciproques (malades et soignants), donnant ainsi une forme sociale particulière à leurs relations (cité par Gilles Ferréol et Jean-Pierre Noreck, 1990 ; Pier Luca Marzo, 2007, (57) Simmel et la morphologie sociale, consulté le 04 mai 2026). Cette forme de relation est accentuée encore par l'arrivée du téléphone portable (et sa version intelligente). Cet appareil, par l'interactivité qu'il permet, casse les rapports institutionnels (l'hôpital) et facilite

la construction d'un collectif dont le soin est un des ressorts. Ce collectif médiatisé par le téléphone est donc un acteur-réseau (Callon, 1986 ; Dodier, 1997 ; Latour, 2005) ou, encore dans le cade l'analyse stratégique de Michel Crozier et Erhard Firedberg, un système d'actions concret (Crozier et Frideberg, 1977 ; Frieberg, 1997). Ce collectif est donc un cadre informel de relations réciproques, une traduction au sens de Latour (cité par Theophilos Rifiotis, 2025) ; c'est-à-dire une déviation ou un déplacement des objectifs premiers (un programme d'actions humain) vers d'autres champs d'action ou de possibilité, du simple fait de la présence du téléphone portable (un programme d'action non humain).

III-Une tension vers un déplacement de la relation de soin

III-1-Une opinion contrastée

La structure des questions est telle que la catégorie ''Jamais'' désigne une attitude plus ou moins correcte : les malades adoptent une attitude attendue. Ils n'utilisent pas leur téléphone portble (ou Smartphone) pour nouer des relations hors des rapports de soins. Pas de liens personnels entre soignants et soignés en dehors du cadre formel. Au contraire, la réponse ''Toujours'' indique que les patients et/ou leurs accompagnateurs effectuent un glissement de la relation de soin, allant parfois vers le harcèlement.

Tableau n°1 : Fréquence des réponses par catégorie

Scores (catégories)	Observations	Pourcentages
0 (Jamais)	1123	47,1%
1 (Parfois)	711	29,8%
2 (Souvent)	398	16,7%
3 (Toujours)	152	6,4%

Le tableau ci-dessus montre que, selon 47,1% des soignants interrogés, les malades et leurs accompagnateurs se comportent plus ou moins correctement : ils restent dans le cadre formel de la relation de soin. Environ 47% d'entre eux estiment que les malades et leurs accompagnateurs sortent de ce cadre formel des rapports de soin sans adopter un comportement de harcèlement. Ce dernier comportement serait celui des malades et de leurs accompagnateurs pour 6,4% des soignants. C'est dire que le harcèlement est une attitude marginale pour nos enquêtés dans l'analyse du comportement de leurs malades ou accompagnateurs. Il reste tout de même une part importante des malades ou de leurs accompagnateurs qui sortent du cadre formel des rapports de soin pour essayer de créer des familiarités avec eux, selon 47% des enquêtés.
Globalement (53% des enquêtés), on peut affirmer que les malades et leurs accompagnateurs, grâce au téléphone portable, sortent du cadre formel des rapports de soins pour nouer des liens qui dépassent leurs conditions de malades. Ce qui confirme notre intuition.

III-2-Des patients qui connaissent la limite des relations de soin

A la question de savoir si les malades ou leurs accompagnateurs partagent des vidéos et autres publications sur Internet avec les soignants, ces derniers affichent une moyenne de 0,47. Ce score se rapproche de la catégorie 0 (Jamais). Cette question est l'une de celles qui ont reçu le plus faible score. Ce qui indique que les malades restent dans la sphère ou la logique de malades, alors qu'ils ont la possibilité d'en sortir (même si le soignant peut les bloquer ou les signaler). Le même esprit a prévalu pour la question de savoir si les malades proposaient de rendre service à nos enquêtés ; puisque, selon eux, les

malades ne demandent jamais (moyenne = 0,28) à connaître le domicile de son soignant. Et pourtant, on observe un score élevé de la question qui se rapporte à savoir si les malades ou leurs accompagnateurs demandent le numéro de téléphone de leurs soignants. La moyenne 1,6 montre que cette demande est souvent effectuée par les patients selon les soignants. S'il ne s'agit pas de proposer des services ni d'envoyer des crédits de connexion, d'appels ou des contenus des réseaux sociaux, pourquoi demander le contact du médecin ? Par ailleurs, les patients sont conscients que le médecin de l'hôpital public n'est pas le médecin d'une personne ou d'une catégorie particulière de la population. Il ne peut avoir, en principe, de relations particulières ; puisqu'il y a une longue liste d'attente de malades, comme l'indique le ratio soignants/patients pour la Côte d'Ivoire est de 2,55 en 2024 selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), loin du maximum qui est de 56,7 (OMS, 2024 217795A, consulté le 14 avril 2026).

En retirant la catégorie ''Toujours'' (6,4% des réponses), qui indique la tendance forte vers une sorte de harcèlement des soignants, les indicateurs de cohérence OUTFIT et INFIT pour le Rating Scale (voir le site : www.rasch.org), restent autour de 1, comme on peut le voir ci-dessous. Ce qui indique une cohérence de l'échelle des réponses en s'appuyant sur le modèle de Rasch avec plusieurs catégories ou échelles polytomiques selon Richard Smith : Polytomous Mean-Square Fit Statistics, consulté le 25 avril 2026. Pour les modèles dichotomiques, voir CHO HONG Yu, 2017, Unlike the classical test theory, in which the test scores of the same examinees vary from test to test, depending upon the te, consulté le 20 juin 2020.

Tableau n°2 : Cohérence globale des réponses sans la catégorie ''Toujours'' selon le modèle Rating Scale

Variables	Difficulté de la variable	INFIT	OUTFIT
V1	0.00	1.01	1.05
V2	1.37	0.95	0.98
V3	1.84	1.02	1.10
V4	1.92	1.00	1.04
V5	0.813	0.97	0.92
V6	1.60	1.04	1.12
V7	2.42	1.10	1.25
V8	2.22	1.08	1.18
V9	2.04	1.07	1.12
V10	1.48	0.98	1.02
V11	1.07	0.92	0.88
V12	1.60	1.00	1.03
V13	3.00	1.15	1.30
V14	0.332	0.85	0.90
V15	1.22	1.00	1.05
V16	0.995	0.90	0.95
V17	0.944	0.92	0.95

On voit sur cette échelle que l'item ou la variable 13 (''Chercher à connaître le domicile du soignant'') et la variable 7 (''Partager des vidéos avec les soignants'') s'écartent de 30% et 25% respectivement de la cohérence externe du modèle de Rasch polytomique.

Les acteurs soignés et leurs accompagnateurs utilisent le téléphone pour tenter de nouer une relation plus ou moins constante avec les soignants sans véritablement troubler la vie quotidienne de leurs soignants. Le téléphone portable, plus que le smartphone, semble le médiateur de cette attitude (variable 7, ci-dessus). En plus, on note un certaine homogénéité dans les réponses car l'écart entre les valeurs du paramètre des personnes est faible et se situe à l'intérieur de 2 logits (Mark Stone et Benjamin Wright, 1979, voir le site : www.rasch.org) soit : (1,1258-(-0,7275)) = 1,853. En mettant ces deux bornes en

valeurs absolue, on obtient moins d'un logit (0,3983) indiquant une certaine proximité entre les enquêtés qui semblent avoir un esprit de corps.

Tableau n°3 : Les paramètres des personnes ou thêta

Paramètres Thêta
0.01111018
1.12584864
0.01111018
0.10955893
0.72757980
0.20746658

Le retrait de la catégorie ''Toujours'' (la perception de la tendance au harcèlement des soignants par les soignés) montre que les soignés sont à la recherche d'autre chose que la volonté d'importuner leurs soignants.

D'ailleurs la comparaison entre les probabilités de répondre dans la catégorie 1 est forte comme de répondre dans la catégorie 2.

III-3-A la recherche de ''médecin de famille'' : prolongement virtuel de la relation de soin

Une idée se trouve dans les réponses à la question de savoir si le fait d'être en contact avec le médecin fait de ce dernier un médecin de famille. Le score indique une moyenne de 1,21 que c'est parfois ce qui est recherché par les patients (et même les soignants, vu que c'est eux qui répondent). Les soignants, quant à eux, affirment qu'ils répondent souvent (moyenne = 1,78) aux appels, pas seulement aux appels des malades.

Bien avant l'idée même de médecin de famille, c'est toujours important d'avoir dans ses contacts une personne du corps

médical ; la santé étant un bien précieux, qu'il convient d'entretenir.

En outre, les malades appellent parfois (moyenne = 1,36) les soignants par des termes familiers tels que ''mon ami'', mon frère'', ''ton malade'', ''ton fils'', ''ta fille'', ''ton papa'' ou ''ta maman'', ''mon cher'', ''doc'', etc.

Un médecin de famille est une personne qu'on peut consulter quand un souci de santé apparait, ne serait-ce que pour avoir un avis de personnes dans le domaine des soins. Ce comportement pourrait s'expliquer par le ratio soignants/soignés ; mais, il est aussi facilité par la présence du téléphone portable. Le fait qu'il accompagne le détenteur sur différents lieux, cet appareil le rend disponible d'une certaine manière à tout instant. La tentation d'appeler se fait alors jour et plus pressant, entendu qu'une brèche est ouverte pour nouer le contact. C'est ce que font certains malades, selon les soignants, qui les appellent parfois (moyenne = 1, 25) à des heures tardives ou en dehors des jours ou des heures officielles de travail.
Par ailleurs, avoir le contact d'un soignant dans son répertoire téléphonique implique d'emblée un certain niveau de rapprochement : la possibilité d'avoir un ''ami médecin ou infirmier'' dans son carnet d'adresse. C'est l'une des raisons du fait que les soignés s'empressent souvent (moyenne = 1,64) de demander le numéro (professionnel) de celui qui s'occupe d'eux à l'instant précis ou après. L'idée est qu'en cas de problème de santé, la relation ''formelle'' du contexte de soin précédent se prolonge avec l'aide du téléphone mobile. Réciproquement, recevoir un appel d'un individu, ne fut-il pas forcément un patient ou un parent, implique qu'il y a

d'une certaine manière un rapprochement entre cet appelant et le soignant. Ce dernier est bien conscient qu'il y a des chances que les malades, anciens malades ou accompagnateurs fassent partie des catégories de personnes susceptibles de l'appeler. Autrement dit, il s'agit d'une personne à qui il transmis son contact téléphonique mobile. Ce qui implique d'une manière une familiarité minimum. Sur ce point, les soignants estiment qu'avec le téléphone portable, les relations entre eux et les malades ou leurs accompagnateurs ont dépassé parfois (moyenne = 0,84) le simple cadre professionnel.

Toutefois, la notion de médecin de famille reste équivoque. En effet, pour les soignants, la médecine de famille est une profession médicale à part entière et il n'est pas question qu'ils en deviennent sans les garanties et accompagnements nécessaires. Plusieurs ont réfuté cette expression qui leur semble inappropriée dans les rapports qu'ils ont avec les malades ou leurs accompagnateurs. D'ailleurs, la corrélation entre la demande de numéro de téléphone du médecin (le fait même qu'il donne son numéro) et la réponse à un appel de la part du soignant reste faible (coefficient de corrélation appels/réponses = 16,4 %).

Mais, les soignants reconnaissent que les patients ignorent souvent le contenu de cette notion ; c'est pourquoi, ces patients croient à tort qu'avoir un ''ami'' ou avoir le contact du mobile du médecin fait de ce dernier un médecin de famille.

On pourrait simplement classer ce type de rapport dans le cadre du service rendu à un humain dans le besoin. Or, c'est ce service rendu qui fait penser peu ou prou à l'idée d'une relation disponible en cas de problème de santé, d'une sorte d'ami médecin ou de médecin de famille. Ayant à l'esprit une

acception large du concept de médecin de famille, les soignants reconnaissent que le contact régulier entre eux et les malades (surtout dans les services de soins longs tels que la diabétologie ou la traumatologie) font d'eux parfois (moyenne = 1,21) des sortes de médecins de famille. C'est d'ailleurs pourquoi, certains malades n'hésitent pas parfois (moyenne = 1,25), selon les soignants, à les appeler à des heures tardives.

On pourrait essayer de juguler ce problème (somme toute inévitable) par une association combinant malades, médecins et familles de malades. Ce type d'association tel que l'Association française de lutte contre les myopathies est décrit par Michel Callon (Callon, 1999) et Volona Rabehisora et Michel Callon, (Rabehisora et Callon, (PDF) L'engagement des associations de malades dans la recherche, consulté le 29 avril 2026.

Par une telle association, soignants et soignés gagneraient en termes de co-production de savoirs ; car elle réunit scientifiques (biologistes, sociologues, psychologues, etc.), praticiens (soignants) et malades et leurs représentants (Callon, 1999). L'Etat accompagnerait cette association par un effort d'amélioration indispensable du ratio soignants/soignés en faveur des premiers. En attendant, le téléphone portable (avec ses fonctions smart) serait le pendant de ce collectif par le maintien d'une communication continue entre acteurs.

Mais, de plus en plus de personnes possèdent un téléphone portable avec un taux de pénétration de 185,1% au 31 décembre 2024, selon l'agence de régulation des télécommunications en Côte d'Ivoire (ARTCI, 2025, Rapport Annuel - 2024 MAJ 28 04 25.pdf, consulté le 16 avril 2026).

Cette tentative de créer un rapprochement entre soignants et soignés de la part de ces derniers, selon nos enquêtés, pose le

problème du soin à distance et du décloisonnement de l'hôpital, donc des relations de soin.

III-4-Le diagnostic médical à distance : une résistance des soignants

Nous avons constaté que la fonction smart (Internet, intelligence artificielle, vidéo, etc.) du téléphone mobile n'est pas utilisée dans les relations entre soignants et soignés dans nos différentes structures d'accueil. Selon les soignants, les appels des malades ou leurs accompagnateurs se rapportent à l'explication d'un souci de santé, à la confirmation d'un rendez-vous, à une demande de prescription médicale ou de conseil. Le trafic voix est donc le moyen de communication des usagers malades dans leurs relations avec les médecins, inscrivant ces deux catégories dans les statistiques officiels sur ce type de trafic (voir plus haut).

A la question de savoir si une communication téléphonique maintenue entre médecins et malades permettrait un diagnostic médical plus simple, les soignants ont répondu en moyenne ''Parfois'' (moyenne = 1,08). Plusieurs ont indiqué que leur spécialité exige la palpation et des examens, l'analyse de visu et l'échange en face à face avec les patients pour poser un diagnostic correct. En indiquant que, pour ces deux derniers points, on pourrait parler de consultation au sens globale (justifiant la tentative de rapprochement effectuée par les soignés), les soignants ont réfuté cette extension du mot consultation. Pourtant, ces soignants reconnaissent que, parfois (moyenne = 1,33), un diagnostic médical est plus simplifié ou plus précis lorsqu'on dispose dans son téléphone portable d'un dossier numérique sur les patients et leurs habitudes médicales et/ou familiales (variable 17).

On voit que, qu'il s'agisse de communication téléphonique maintenue ou de dossier numérique des patients dans son téléphone, le diagnostic médical est parfois simplifié selon les soignants.

De fait, cet apparent hiatus entre les soignants et les soignés sur le concept de diagnostic indique simplement la possibilité de prolonger les rapports en dehors de l'hôpital. Il ne s'agit pas de transformer le médecin en soignant d'un patient ou d'un groupe de patients en particulier avec tous les accompagnements financiers. Il ne s'agit pas aussi de poser un diagnostic péremptoire à travers un contact téléphonique et un échange de vidéo sur le mal. L'idée est celle d'une permanence virtuelle minimum dans le suivi sanitaire à travers le maintien de la communication téléphonique. Les médecins semblent comprendre cette préoccupation des soignants ; puisqu'ils affirment tous se mettre à la place des patients (ou de la population). De fait, ce sont les conditions matériels, l'aménagement du temps, les soutiens salariaux et surtout l'augmentation du ratio soignant/soigné en faveur des soignants qui semblent faire blocage.

IV-Discussion

Donatien Kinaya Touré dénonce l'usage abusif du téléphone portable par les agents de santé, nuisant ainsi au fonctionnement du centre hospitalier et universitaire de Yopougon dans la ville d'Abidjan (Touré, 2023). Ce qu'il dénonce s'imbrique en fait dans l'idée qu'une technologie est multi-usage et que certaines ''dérives'' font aussi partie de ces usages (Rifiotis, 2025). Il convient aussi d'interroger les affordances (Marion Luyat et Regia-Corte, 2009) ou expériences utilisateurs de ces objets techniques. Avec

l'apparition ces dernières années des options intelligentes (vidéos, les communautés en ligne, l'intégration des intelligences artificielles conversationnelles, etc.), le téléphone portable redevient un objet d'exploration de redécouverte. On peut donc comprendre le comportement des agents de santé étudiés par Touré, surtout que le téléphone portable n'est pas interdit à l'hôpital pour le moment.

Agobé Jacob, Koffi Eben-Ezer et Adjoumani Kobenan soulignent quant à eux une corruption généralisée dans le système de santé ivoirien (Agobé Jacob, Koffi Eben-Ezer et Adjoumani Kobenan, 2025). Dans une approche fonctionnaliste, ils interrogent le fonctionnement du système sanitaire ivoirien et laissent croire qu'il y aurait une sorte d'invariant corrupteur dans l'organisation du système de santé ivoirien. Ce qui soulève des questions : le comportement corruptif est-il culturel ? Si un équilibre fonctionnel existe, comment expliquer le changement social (le passage à la dégradation du système sanitaire) ?

Selon Gadou Mathias, cette tentative de rapprochement entre médecins et patients ou accompagnateurs de malades, s'est accentuée vers la moitié de la décennie 1990 avec le protocole de Bamako. Cet accord entre Etats de l'Afrique de l'ouest en 1994 demande que les malades participent aux frais de santé, entendu que ces Etats n'ont plus la capacité de le faire efficacement. Ce serait donc le retrait de l'Etat dans la prise en charge médicale qui a encouragé ce qu'il nomme ''pratiques corruptives'' (Gadou, 2002) du personnel soignant vis-à-vis des malades. On pourrait se demander ce qui a engendré la faiblesse de l'Etat, au point de se retirer de la prise en charge des soins de santé.

Gadou cite plutôt des stratégies de contournement chez les patients qui préféreraient se tourner vers les hôpitaux dans lesquels ils ont des amis ou des parents pour réduire l'effet des

pratiques corruptrices des soignants (Gadou, 2002). On peut indiquer que les pratiques corruptrices ne sont pas systématiques chez les patients ou de leurs accompagnateurs pauvres et même chez les soignants uniquement. En ce sens, on peut dire que les pratiques dites corruptrices, comme les affordances, constituent une sorte de déplacement interactionniste, une traduction (Herbert Blumer cité par Lionel Lacaze, 2013 ; Latour, 1996 ; Simmel cité par Denis Pelletier, 1992) intrinsèque au relation sociale. Toutes les couches de la société essaient de se rapprocher d'un soignant pour la simple raison qu'il s'agit d'une question de vie (ou de mort). La nécessité de contrôler cette incertitude au sens l'analyse stratégique (Michel Crozier et Erhard Friedberg, 1977 ; Friedberg, 1997), pousse les acteurs à mettre en œuvre des actions de rapprochement : les soignants qui essaient de mieux comprendre la (ou leur vie) et la mort en cherchant des informations sur la vie des malades et des malades qui cherchent à prolonger leur vie en rapprochant de façon plus ou moins permanente du soignant. Il convient de noter que le soignant est lui-même aussi un soigné, donc un malade qui utilise aussi son téléphone portable…

La situation de soin, du fait qu'elle engage la vie de l'homme, oblige à construire un réseau de relation de type familial et le téléphone portable (par ses affordances), facilite ce mouvement, s'il n'est pas l'une des causes…

Toutefois, l'étude souffre de la faiblesse de la taille de l'échantillon. En effet, une taille de 79 personnes ne permet pas de généraliser les idées, même si le modèle statistique utilisé est solide. Cela est lié au fait que la corporation des médecins ne se laisse pas facilement approcher. C'est dire qu'une étude d'envergure, impliquant plusieurs équipes de recherches, couvriraient l'ensemble du problème pour aboutir à cerner la

complexité des rapports médiés et trouver un modèle de gestion des rapports de soins convenanble.

Conclusion

Peu d'études en Côte d'Ivoire ont été effectuées sur la formation de collectifs autour d'un groupe tel que celui des soignants/soignés, surtout dans l'usage d'outils techniques tels que le téléphone portable. Ce dernier permet de construire des collectifs qui prolongent virtuellement la relation soignant/soigné sur lequel il convient de jeter un regard plus attentif. En effet, le fait de posséder un contact téléphonique mobile implique une proximité minimum entre des individus, cassant ainsi le cadre formel et rigide des rapports de soins hospitaliers impersonnels. Par ailleurs, les fonctions Internet intelligentes intégrées à cet appareil ouvrent la voie à une médecine de proximité dans le sens où soignants et soignés font corps ensemble contre la maladie, la mort.

L'objectif de cette étude se rapporte à comprendre comment un outil performe les relations entre soignants et soignés, les obligeant à s'engager dans des relations qui dépassent le soin lui-même. On pourrait donc utiliser toutes les fonctionnalités pour nourrir une plate-forme de discussion et de partage d'expériences en dehors de l'acte médical. Certes, celui-ci est encadré par des protocoles ; mais si deux groupes sociaux sont obligés de vivre ensemble, le téléphone mobile est un prétexte pour partager son humanité. Toutes choses qui facilitent le recueil d'informations de première main, le partage d'un langage commun et la résolution ensemble des problèmes rencontrés par ces deux groupes. A condition que l'Etat joue le jeu en donnant une forme transparente à ces rencontres

formales, pour ne pas que ces dernières versent dans des attitudes prédatrices.

Finalement, l'apport social de cette étude est la construction d'un hôpital fondé sur l'intelligence artificielle, qui dépasse le cadre physique étroit de l'institution hospitalière pour s'intégrer dans la vie quotidienne des soignés dont font partie les médecins eux-mêmes et les responsables étatiques. Le téléphone portable et ses fonctionnalités intelligentes constituent un bon point de départ.

Bibliographie

AGOBE Jacob, KOFFI Eben-Ezer et ADJOUMANI Kobénan, 2025, « Analyse sociologique des logiques de corruption et de leur incidence systémique sur la gouvernance des services de santé en Côte d'Ivoire », in revues Acaref, vol. 4 n° 12 Juin 205 pp 386-431.

AKRICH Madeleine, CALLON Michel, LATOUR Bruno, 1988, « A quoi tient le succès des innovations ? 1 : L'art de l'intéressement ; 2 : Le choix des porte-parole. Gérer et Comprendre » in *Annales des Mines*, 11 & 12, pp.4-17 & 14-29.

CALLON Michel, 1986, « Eléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc » in L'année sociologique, vol. 36, pp 169-208

CROZIER Michel et FRIEDNERG Erhard, 1977. *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Paris Seuil

DODIER Nicolas, 1997, « Remarques sur la conscience du collectif dans les réseaux sociotechniques », in Sociologie du travail, n°2/97 avril- juin pp 131-148

FRIEDBERG Erhard, 1997. *L'analyse sociologique des organisations*, L'Harmattan, Paris

GADOU Mathias, 2002, « Offres de soins de santé et corruption, la quadrature du cercle du système saniatire ivoirien », in Kasa Bya Kasa*,* n°3, 2002, pp 23-42

LACAZE Lionel, « L'interactionnisme symbolique de Blumer revisité in Société », 2013/3 n°121, pp 41-52

LATOUR Bruno, 1994, « Une sociologie sans objet ? Remarques sur l'interobjectivité », in Sociologie du travail, n°4/94 pp 587-607.

LATOUR Bruno, 1996. *Petites leçons de sociologie des sciences*, Paris, Points

LATOUR, Bruno, 1997. *Nous n'avons jamais été modernes. Essai d'anthropologie symétrique*, La découverte, Paris

LATOUR Bruno, 2005. *La science en action : introduction à la sociologie des* sciences, La découverte/poche, Paris

LATOUR Bruno, 2022. *Sur le culte moderne des dieux faitiches, suivi de Iconoclash*, La découverte, Paris

LUYAT Marion et REGIA-CORTE Tony, « Les affordances : de James Jérôme Gibson aux formalisations récentes du concept » L'année psychologique'', 2009/2 vol 109 pp 297-332.

MUNIESA Fabian et CALLON Michel, 2008, La performativité des sciences économiques.2008. ⟨halshs-00258130⟩ in La performativité des sciences économiques, (mise en ligne le 21 février 2008), consulté le 20 août 2026.

RIFIOTIS Theophilos, « Médiations sociotechniques : le ''faire avec'' à l'aube du numérique et de l'intelligence artificielle », in *Revues des médiations*, n° 5 janvier 2025 pp 63-71

PELLETIER Denis, « Georg Simmel : la sociabilité ''forme ludique des forces éthiques de la société concrète » in Bulletin de l'institut d'histoire du temps présent, année 1992/20 pp 34-37

TOURE Kinaya Donatien, « Les agents des hôpitaux publics ivoiriens et l'utilisation abusive du smartphone à des fins extra-

professionnelles », in ''revue Hybrides'', vol. 1 n° 2, décembre 2023 (tome 1), pp 186-205
VIRILIO Paul, 1997, « Un monde surexposé », Le monde diplomatique n°521, 44è année, Août, pp 17-19
WRIGHT Benjamin et STONE Mark, 1979. *Best test design*, MESA Press Chicago,
WRIGHT Benjamin et MASTERS Geofferey, 1982. *Rating Scale analysis*, MESA Press, Chicago

Liens et sites Internet

(57) Simmel et la morphologie sociale, consulté le 04 mai 2026
(PDF) L'engagement des associations de malades dans la recherche, consulté le 29 avril 2026
ACAPKO Koffi, 2024, Cyberharcèlement en Côte d'Ivoire : une infirmière victime de fausses accusations en ligne — Africa Cybersecurity Mag, consulté le 18 décembre 2025.
ARTCI, 2025, Rapport_Annuel_-_2024_MAJ_28_04_25.pdf, consulté le 16 avril 2026
Autorité de Régulation des Télécommunications/TIC de Côte d'Ivoire - Chiffre d'affaires - Téléphonie mobile, consulté le 30 octobre 2025
Georg Simmel : un aperçu - Persée, consulté le 02 décembre 2025
https://www.artci.ci/index.php/marches-regules/10-observatoire-du-secteurs-des-telecoms/sevice-mobile/85-chiffre-daffaires-service-mobile.html, consulté le 30 octobre 2025
Michel Callon : Les sciences sociales confrontées aux nouvelles pratiques de recherche..., consulté le 29 avril 2026
OMS, 2024, 217795A, consulté le 14 avril 2026

Polytomous Mean-Square Fit Statistics, consulté le 25 avril 2026
Proximité et distance chez Georg Simmel - Persée, consulté le 07 mai 2026
Unlike the classical test theory, in which the test scores of the same examinees vary from test to test, depending upon the te, consulté le 20 juin 2020
www.rasch.org, consulté le 26 avril 2026
DJE BI TRAZIE SYLVAIN