COMMUNICATION NUMÉRIQUE ET PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES EN CÔTE D'IVOIRE : UN LEVIER DE CHANGEMENT SOCIAL À L'ÉPREUVE DE LA FRACTURE NUMÉRIQUE

Nangahouolo Oumar SORO
Institut National Polytechnique Félix HOUPHOUËT-BOIGNY (INP-HB), BP. 1093 Yamoussoukro, Côte d'Ivoire**.** **https://www.inphb.edu.ci**

&

Hortense Euphrasie KOUASSI YAO
Doctorante, EDP STI
Institut National Polytechnique Félix HOUPHOUËT-BOIGNY (INP-HB), BP. 1093 Yamoussoukro, Côte d'Ivoire**.** **https://www.inphb.edu.ci**

Reçu : 03/09/2026 **Évalué** :12/09/2026 **Publié** : 02/11/2026

Résumé : En Côte d'Ivoire, la mortalité maternelle fait partie plus élevées en Afrique de l'Ouest (460 décès pour 100 000 naissances vivantes). Face à l'éloignement géographique, au déficit de personnel qualifié et aux carences informationnelles, la communication numérique est présentée comme un levier stratégique d'amélioration de la prise en charge prénatale. Cet article l'analyse non comme une simple offre technologique, mais comme un processus de communication pour le développement et le changement social, mêlant transmission descendante et dialogue communautaire. Cette étude a mobilisé une approche mixte. Un questionnaire auprès de 400 femmes a été réalisé dans trois zones contrastées (Abidjan, Yamoussoukro, Attiégouakro). Ensuite, 30 entretiens semi-directifs avec des professionnels et responsables a été réalisé. Enfin une observation directe dans 10 structures a été effectuée. Les résultats montrent que les utilisatrices d'outils numériques présentent une probabilité significativement plus élevée de suivi prénatal complet et une meilleure connaissance des signes de danger. Mais la fracture numérique inverse partiellement la promesse d'équité. Analysés à la lumière des paradigmes participatifs (Freire, Servaes, Figueroa et al.) et systémiques (Watzlawick), ces résultats confirment un impact réel mais conditionnel. Ainsi, ils plaident pour une communication numérique dialogique, multilingue et sensible au genre adossée aux réseaux communautaires.

Mots-clés : Communication numérique, santé maternelle, suivi prénatal, e-santé, changement social, fracture numérique.

DIGITAL COMMUNICATION AND CARE FOR PREGNANT WOMEN IN IVORY COAST : A LEVER FOR SOCIAL CHANGE FACING THE DIGITAL DIVIDE

Abstract : In Côte d'Ivoire, maternal mortality is among the highest in West Africa (460 deaths per 100,000 live births). Faced with geographical distance, a shortage of qualified staff, and informational gaps, digital communication is seen as a strategic way to improve prenatal care. This article looks at it not just as a

technological tool, but as a communication process for development and social change, blending top-down messaging with community dialogue. This study used a mixed-method approach. A survey of 400 women was conducted in three contrasting areas (Abidjan, Yamoussoukro, Attiégouakro). Then, 30 semi-structured interviews with professionals and officials were carried out. Finally, direct observation was done in 10 facilities. The results show that users of digital tools have a significantly higher likelihood of complete prenatal care and better knowledge of danger signs. But the digital divide partially reverses the promise of equity. Analyzed in the light of participatory paradigms (Freire, Servaes, Figueroa et al.) and systemic ones (Watzlawick), these results confirm a real but conditional impact. Thus, they call for dialogic, multilingual, and gender-sensitive digital communication based on community networks.

Keywords : Dgital communication, maternal health , prenatal follow-up , e-health, social change, digital divide.

1. Introduction

La Côte d'Ivoire affiche un taux de 385 décès pour 100 000 naissances vivantes, l'un des plus élevés d'Afrique de l'Ouest et quatre à cinq fois supérieur à la moyenne mondiale (UNFPA Cote d'Ivoire 2026). Derrière chaque chiffre, une femme souvent jeune disparaît d'une complication détectable et évitable si elle avait été informée à temps. C'est cette injustice fondamentale largement informationnelle et communicationnelle, qui est au cœur de la présente recherche.

Face à ce défi persistant, un outil à l'essor exponentiel attire l'attention : la communication numérique. En Afrique subsaharienne, la pénétration mobile dépasse 80 % dans de nombreux pays et la Côte d'Ivoire compte près de 37 millions d'abonnements actifs en 2026 (ARTCI). Mais l'hypothèse d'une transformation de la santé maternelle par le numérique soulève des questions fondamentales : dans quelles conditions le numérique améliore-t-il efficacement la prise en charge ? Qui en bénéficie réellement ? Et dans quelle mesure la fracture numérique risque-t-elle de reproduire, voire d'aggraver des inégalités déjà profondes ?

Pour comprendre l'apport du numérique, il faut d'abord préciser ce que l'on entend par communication en santé. Le modèle de Shannon et Weaver (1949) a posé le paradigme dominant, à savoir, une transmission linéaire d'un message de l'émetteur (le soignant) vers le récepteur (la patiente). Ce cadre utile pour structurer les systèmes d'information sanitaire, s'avère insuffisant pour rendre compte de la complexité des échanges en santé maternelle. Les approches interactionnelles de l'École de Palo Alto (Watzlawick, Beavin et Jackson, 1972) rappellent au contraire que la communication est un processus permanent où chacun est simultanément émetteur et récepteur. Elles montrent que la relation thérapeutique n'est pas un simple transfert d'informations mais une co-construction de sens traversée par des rapports de pouvoir et des représentations culturelles. Cette conception systémique ouvre directement sur le champ de la communication pour le développement et le changement social (CDCS), qui constitue la base de cet article.

Malgré les efforts déployés depuis les années 2000, les indicateurs ivoiriens restent préoccupants : une minorité de femmes atteignent les huit consultations prénatales (CPN) préconisées par l'OMS, et les disparités entre villes et campagnes témoignent

d'un système peinant à toucher les plus vulnérables. Cette situation tient à une constellation de facteurs (inégalités géographiques d'infrastructures, insuffisance de personnel qualifié, coûts encore élevés, déficits informationnels). C'est dans cet optique que s'inscrit la communication numérique (SMS de rappel, groupes WhatsApp de soutien, applications de suivi et téléconsultation forment une infrastructure informelle de communication sanitaire au potentiel sous-évalué), mais inégalement accessible (87 % des femmes urbaines possèdent un téléphone contre 64 % à Attiégouakro).

La question principale de recherche est donc : dans quelle mesure la communication numérique contribue-t-elle à améliorer la prise en charge des femmes enceintes en Côte d'Ivoire, en termes d'accès aux soins, de suivi prénatal et d'information sanitaire ? Elle se décline en trois questions secondaires : comment les outils numériques réduisent-ils les difficultés d'accès liées à la distance et au transport ? dans quelle mesure compensent-ils le manque d'équipement et de personnel qualifié ? comment améliorent-ils l'information et la réactivité face aux signes de danger ?

L'hypothèse principale postule que la communication numérique améliore la prise en charge des femmes enceintes en facilitant l'accès aux soins, à l'information et au suivi prénatal. Elle se décline en trois hypothèses spécifiques : la communication numérique réduit les difficultés d'accès aux soins liées à la distance et au transport ; elle améliore la prise en charge malgré le manque de personnel et d'équipements, en facilitant la coordination entre acteurs de santé ; elle améliore l'information et la réactivité des femmes enceintes face aux signes de danger.

L'enjeu de cette étude dépasse la seule efficience sanitaire. Car, la santé maternelle est un indicateur sensible du développement social et l'inclusion numérique en santé engage une dynamique de changement social à condition qu'elle ne devienne pas un nouveau vecteur d'inégalités. L'article se structure de la façon suivante : le cadre théorique et la revue de la littérature, le cadre méthodologique, les résultats et la discussion.

2. Cadre théorique et revue de la littérature

Ce cadre se situe à la croisée des sciences de l'information et de la communication, de la sociologie de la santé et de la santé publique. Elle est organisée en trois phases : les paradigmes de la communication pour le développement et le changement social, base intégrateur ; les théories de la communication numérique en santé ; les acquis empiriques sur la prise en charge prénatale, l'e-santé et la fracture numérique.

2.1. De la transmission au dialogue : la communication pour le développement et le changement social

Le champ de la communication pour le développement s'est d'abord construit autour d'un paradigme diffusionniste, dont la matrice procède du modèle linéaire de Shannon et Weaver (1949) et de la théorie de la diffusion des innovations de Rogers (2003). La communication y est conçue comme la transmission de comportements « modernes » d'un centre émetteur vers des récepteurs à convaincre. Ici, des femmes enceintes sont à « sensibiliser ». Ce paradigme a fourni des outils analytiques précieux (rôle des canaux, des leaders d'opinion, des attributs de l'innovation). Cependant, il a été critiqué pour son unilatéralité et son présupposé de déficit, qui impute le non-usage à un manque de la réceptrice plutôt qu'à une inadéquation de la relation (Waisbord, 2001).

À partir des années 1970, un paradigme participatif et dialogique s'impose. Freire (1970) en pose le fondement à la communication « bancaire » qui dépose un savoir dans des esprits passifs. Il y oppose une communication dialogique génératrice de conscientisation où les personnes deviennent sujets et non objets du changement. Servaes (1999) systématise ce tournant sous le nom de paradigme de la multiplicité ou le développement emprunte des voies plurielles ancrées dans les cultures locales. Ce qui impose une communication participative contextualisée et respectueuse des codes linguistiques des communautés. Mefalopulos (2008) distingue la communication monologique (informer) de la communication dialogique (co-construire) et fait de cette dernière la condition d'un développement approprié et durable.

Le modèle intégré de la communication pour le changement social de Figueroa, Kincaid, Rani et Lewis (2002) offre un cadre opératoire particulièrement adapté à la santé maternelle car le changement social y résulte d'un processus itératif de dialogue communautaire et d'action collective produisant des effets mesurables au niveau individuel (savoir, confiance, auto-efficacité) et collectif (normes sociales, cohésion, capacité d'agir). Ce modèle prolonge le modèle de convergence de Rogers et Kincaid (1981), pour lequel communiquer, c'est converger vers une compréhension mutuelle. Il rejoint ainsi la théorie sociale cognitive de Bandura (1986), échanger dans un groupe d'entraide qui renforce le sentiment d'auto-efficacité, moteur de l'adoption de comportements préventifs. Cette base éclaire d'emblée un résultat central de l'étude : les dispositifs les plus appropriés par les femmes ne sont pas les canaux descendants mais les espaces dialogiques (groupes WhatsApp, relais communautaires), pleinement cohérents avec la logique participative de la CDCS.

2.2. La communication numérique en santé : apports et mises en garde

La communication numérique (échanges d'informations via internet, téléphonie mobile, applications et plateformes) se distingue par le stockage massif d'informations, la décentralisation des flux, la quasi-instantanéité et une diffusion multidirectionnelle. Elle déplace la relation de soin d'un modèle descendant vers un modèle bidirectionnel où la « patiente connectée » s'informe, partage et interagit. Plusieurs auteurs en éclairent les enjeux. Wolton (1999) met en garde contre le technocentrisme. Pour lui, le numérique n'est qu'un support dont l'efficacité dépend de la capacité des individus à interpréter etiliser l'information (mise en garde décisive là où littératie et barrières culturelles pèsent lourd). Breton et Proulx (2002) soulignent le rôle de la communication dans la construction des représentations et des comportements, mais aussi le risque de diffusion d'informations erronées, notamment via les réseaux sociaux. Foucault (1963) à travers le biopouvoir éclaire les rapports de savoir/pouvoir (l'élargissement de l'accès au savoir médical reconfigure la relation entre savoirs profanes et experts ; et peut renforcer l'autonomie des patientes).

Ces apports s'articulent autour de la participation. La théorie des deux étages de la communication de Katz et Lazarsfeld (1955) rappelle que les messages médiatiques transitent par des relais interpersonnels (leaders d'opinion) en conditionnent la réception. L'on retrouve ces mécanismes dans le rôle des mères, belles-mères, sages-femmes et administratrices de groupes WhatsApp. Castells (1998, 2001) montre que la société en réseau redistribue l'accès au savoir mais engendre aussi de nouvelles exclusions pour les non-connectés. Le modèle d'acceptation de la technologie (TAM)

de Davis (1989) rappelle enfin que l'usage dépend de l'utilité et de la facilité perçues, elles-mêmes tributaires de la compréhension et de la confiance.

2.3. Prise en charge prénatale, e-santé et fracture numérique : les acquis empiriques

L'OMS (2016) préconise un minimum de huit CPN (consultation prénatale) contre quatre auparavant dans une approche holistique associant soins médicaux, soutien psychosocial et éducation sanitaire. La qualité de l'expérience vécue lors des consultations conditionne fortement la fréquentation (mauvais accueil et déficit de communication constituent des barrières majeures). L'approche socio-anthropologique d'Olivier de Sardan (1995) montre que le recours aux soins est modelé par les représentations sociales de la grossesse et les normes culturelles, tandis que la sociologie distingue des déterminants sociaux de la santé (Krieger, 2001) rappellant que les inégalités sociales structurent l'état de santé des populations.

L'e-santé désigne l'usage des TIC pour améliorer la santé et la télémédecine en est une composante (téléconsultation, télé-expertise, télésurveillance). La m-santé cible spécifiquement les technologies mobiles particulièrement pertinentes là où le mobile dépasse l'internet fixe. En Afrique subsaharienne, plusieurs initiatives sont documentées : le SMSGH au Ghana, le MOTECH au Ghana et en Bolivie, le MomConnect en Afrique du Sud, le RapidSMS au Rwanda et la plateforme DHIS2. Ces expériences montrent une efficacité réelle lorsque les dispositifs sont adaptés au contexte local et accompagnés de formation et d'implication communautaire. Cependant leur durabilité et leur passage à l'échelle butent sur le financement, la fragmentation et l'inadaptation culturelle et linguistique. La fracture numérique (accès, coût, littératie, inégalités de genre) menace de concentrer les bénéfices sur les femmes urbaines et instruites. C'est-à-dire celles qui en ont le moins besoin de tension centrale. Et c'est cela que cette recherche entend documenter.

3. Cadre méthodologique

Cette recherche adopte une posture épistémologique constructiviste, qui reconnaît à la fois la réalité objective des phénomènes (taux de fréquentation, indicateurs de mortalité) et la part de construction sociale de leur interprétation (représentations, expériences des actrices). Elle procède selon une logique hypothético-déductive, confrontant des hypothèses théoriquement fondées, à des données de terrain.

L'approche mixte que nous choisissons s'articule autour d'un volet quantitatif (usage des outils, fréquentation des CPN, connaissance des signes de danger) et d'un volet qualitatif qui en approfondit les mécanismes. Cette triangulation avec l'exigence participative de la CDCS croise trois sources : questionnaire, entretiens et observation directe.

Un échantillon 400 femmes au nombre desquelles figurent des femmes enceintes et celles qui ont récemment accouché a été réuni. La technique retenue est celui de l'échantillonnage probabiliste stratifié dans trois zones : Abidjan (160 femmes ; contexte urbain), Yamoussoukro (120 ; ville intermédiaire) et Attiégouakro (120 ; localité rurale). Trente (30) entretiens semi-directifs ont été conduits par échantillonnage raisonné : vingt (20) professionnels de santé, six (6) responsables de

structures et quatre (4) représentants institutionnels. Dix (10) structures ont fait l'objet d'observations directes non participantes.

Le questionnaire comprend quatre items : profil sociodémographique, suivi prénatal, accès et usage du numérique, connaissance des signes de danger. Les données quantitatives ont été traitées sous SPSS et les données qualitatives par analyse thématique de contenu selon Bardin (1977). Le respect du consentement, de l'anonymat et de la confidentialité a été garanti avec une attention particulière à la vulnérabilité des participantes.

4. Résultats

Les résultats sont issus du croisement des données quantitatives (N = 400), qualitatives (N = 30) et d'observation (10 structures).

4.1. Profil de l'échantillon et fracture numérique

L'échantillon est majoritairement jeune (52 % de 20–30 ans ; âge moyen 26,4 ans), avec 15 % de moins de 20 ans, ce qui souligne le poids des grossesses précoces. Le niveau d'instruction est hétérogène (18 % sans instruction, 24 % primaire, 35 % secondaire, 23 % supérieur). La majorité des ménages (68 %) vivent en-dessous de 100 000 FCFA de revenu mensuel. Ces caractéristiques conditionnent l'accès au numérique, dont les disparités entre zones sont considérables (Tableau 2).

Tableau 1. Accès et usage du numérique selon la zone (n = 400)

Indicateur	Abidjan	Yamoussoukro	Attiégouakro
Possession d'un téléphone mobile	87 %	78 %	64 %
Possession de smartphone	62 %	38 %	18 %
Accès internet régulier	58 %	32 %	8 %
Accès internet occasionnel	28 %	24 %	22 %
Usage du numérique pendant la grossesse	55 %	28 %	12 %

Globalement, 35 % des répondantes ont utilisé au moins un outil numérique pendant leur grossesse. Mais l'écart entre Abidjan (55 %) et Attiégouakro (12 %) matérialise une fracture numérique profonde. Parmi les utilisatrices, les groupes WhatsApp d'entraide (67 %) et la recherche internet (58 %) devancent les applications de suivi (31 %) et les SMS de rappel (24 %). Le coût de l'accès (cité par 73 % des non-utilisatrices de Attiégoukro) et la faiblesse du réseau (58 %) sont les principaux obstacles. La prépondérance des groupes d'entraide confirme les usages dialogiques et communautaires sur les usages purement informationnels.

4.2. Suivi prénatal et connaissance des signes de danger

Si (92 %) des répondantes déclarent au moins une CPN, la continuité du suivi reste faible et très inégale selon les zones (Tableau 2) : 12 % seulement atteignent les huit CPN de l'OMS au niveau national, contre (21 %) à Abidjan et (3 %) à Attiégouakro.

Tableau 2. Nombre de CPN effectuées par zone (n = 400)

Nombre de CPN	Abidjan	Yamoussoukro	Attiégouakro	Total
Aucune	3 %	6 %	15 %	8 %
1 à 3 CPN	22 %	38 %	58 %	38 %
4 à 7 CPN	54 %	44 %	24 %	42 %
8 CPN et plus (seuil OMS)	21 %	12 %	3 %	12 %

Les femmes qui ont recours aux applications ou aux rappels par SMS atteignent bien plus souvent les 8 CPN que les autres. Les raisons du suivi incomplet sont multidimensionnelles (difficultés de transport (38 %), manque de temps (25 %), coût perçu malgré la gratuité (20 %) et manque d'information (17 %). Sur les signes de danger, (44 %) seulement des répondantes en citent au moins trois (03). Le personnel de santé reste la première source d'information (72 %), suivi des réseaux sociaux et groupes WhatsApp (38 %) parmi lesquelles (61 %) ont moins de 25 ans. Ce qui soulève les questions sur la qualité et sur la fiabilité des contenus qui y circulent.

4.3. Vérification statistique de l'effet numérique

Une régression logistique multivariée montre que l'usage des outils numériques est associé à une probabilité accrue de suivi prénatal complet (OR : 2,8 ; IC 95 % : 1,7–4,6 ; $p < 0,001$), indépendamment du niveau d'instruction et de la zone. La connaissance des signes de danger est positivement corrélée à l'usage du numérique ($r = 0,42$; $p < 0,001$) et à l'instruction ($r = 0,38$), et négativement au lieu de résidence ($r = - 0,35$). L'effet compensatoire du numérique sur le déficit de personnel relève de l'analyse qualitative.

4.4. Apports qualitatifs : perceptions, expériences et obstacles

Les professionnels sont majoritairement positifs car (73 %) reconnaissent une amélioration de l'assiduité. Les rappels par SMS cités par 17 des 20 professionnels, auraient réduit l'absentéisme d'environ (30 %) dans un centre d'Abidjan, et la téléconsultation permet à des sages-femmes isolées de consulter des spécialistes et d'éviter des évacuations dangereuses. Ils pointent toutefois deux limites majeures : la fracture numérique « les femmes qui bénéficient le plus de ces outils sont souvent celles qui en ont le moins besoin » et la circulation d'informations erronées sur les réseaux sociaux, qui sape l'observance.

Les expériences des femmes sont contrastées car une usagère urbaine diplômée combine applications, pages spécialisées et rappels SMS pour préparer ses consultations. Parallèlement, une femme de Attiégouakro se limite à l'appel faute de réseau et de moyens ou s'en remet à sa mère, sa belle-mère et à la sage-femme parfois surchargée. Entre les deux, les groupes WhatsApp de quartier apparaissent comme des espaces de dialogue et de soutien continu mais aussi soumis à des désinformations potentielles. L'analyse thématique dégage quatre catégories d'obstacles : techniques (réseau, coût, équipement) ; humains et organisationnels (déficit de formation et de temps, absence de protocoles) ; socioculturels (représentations de la grossesse, contrôle masculin ou familial du téléphone, inégalités de genre) et institutionnels (absence de

cadre juridique de la télémédecine, protection des données, fragmentation des initiatives). L'analyse transversale confirme la corrélation numérique et le suivi tout en révélant que la confiance et l'usage du numérique en conditionnent l'efficacité.

5. Discussion

La discussion confronte les résultats aux hypothèses et au cadre théorique en réinscrivant l'analyse dans la perspective de la communication pour le développement et le changement social.

5.1. Réduction des difficultés d'accès aux soins (H1)

La corrélation entre usage du numérique et suivi régulier est élevé (OR : 2,8). Par ailleurs, les rappels SMS et téléconsultations améliorent la continuité pour certaines femmes. Mais le numérique informe et facilite la décision sans se substituer au transport car dans les zones enclavées, l'obstacle géographique demeure entier. Ce résultat illustre la limite du paradigme diffusionniste (mettre l'outil à disposition ne suffit pas) et confirme, avec Krieger (2001), que la communication agit sur un déterminant parmi d'autres d'un système d'inégalités. L'hypothèse1 est partiellement validée.

5.2. Compensation du manque de personnel et d'équipements (H2)

La téléconsultation et le partage d'informations médicales pallient en partie le déficit de spécialistes dans les zones périphériques. Elle se fait en cohérence avec la lecture systémique de Watzlawick (1972) et la logique de coordination en réseau (Castells, 1998). Mais les professionnels rappellent unanimement que ces outils sont complémentaires, non substituables : « ils ne remplacent pas un scanner, une salle d'opération ou un pédiatre ». Le numérique renforce la coordination sans compenser l'absence d'infrastructure et de ressources humaines. L'hypothèse 2 est partiellement validée.

5.3. Amélioration de l'information et de la réactivité (H3)

Les utilisatrices sont mieux informées et plus réactives face aux signes de danger. Cela est prouvé par la théorie sociale cognitive de Bandura (1986) comme un gain d'auto-efficacité et par le modèle de Figueroa et al. (2002) comme un effet du dialogue communautaire car les groupes WhatsApp fonctionnent comme des espaces de conscientisation au sens de Freire. Cette autonomisation rejoint l'analyse foucaldienne de la redistribution du savoir médical (Foucault, 1963) et la société en réseau de Castells. Elle demeure toutefois conditionnelle car une information erronée ou alarmiste peut induire des comportements inadaptés. C'est pourquoi Wolton (1999) affirme que la littératie en santé numérique reste une compétence-clé à développer. L'hypothèse 3 est la mieux validée ($r = 0,42$; $p < 0,001$).

5.4. Promesse d'équité à l'épreuve de la fracture numérique

Le résultat le plus structurant est un paradoxe : conçu comme levier d'équité, le numérique risque de reproduire, voire d'aggraver les inégalités existantes en concentrant ses bénéfices sur les femmes urbaines et instruites (55 % d'usage à Abidjan contre 12 % à Attiégouakro). Ce paradoxe constitue une critique du diffusionnisme et un plaidoyer pour l'approche participative. Les canaux les plus appréciés par les femmes (groupes d'entraide, relais communautaires, médiation interpersonnelle) sont précisément ceux du dialogue et du soutien. Trois orientations en découlent : une

réduction de la fracture numérique (extension du réseau, tarification sociale, littératie numérique adossée aux réseaux de femmes) ; une intégration formelle du numérique dans la stratégie nationale de santé maternelle (protocoles, formation du personnel, dossiers prénataux partagés, SMS en langues locales sur téléphones basiques) et une mobilisation des communautés (associations de femmes, relais, groupes WhatsApp, interventions sensibles au genre impliquant hommes et familles). Ces axes traduisent le passage d'un modèle « informer » à un modèle « dialoguer et responsabiliser ».

6. Conclusion

Cette étude s'est proposée, d'analyser la contribution de la communication numérique à la prise en charge des femmes enceintes en Côte d'Ivoire, en l'abordant comme un processus de communication pour le développement et le changement social. Les résultats confirment globalement l'hypothèse principale : les outils numériques améliorent la fréquentation des CPN (OR : 2,8) et la connaissance des signes de danger (r = 0,42), particulièrement là où les infrastructures le permettent. Mais la fracture numérique en limite fortement la portée car, à Attiégouakro, les femmes les plus vulnérables restent à l'écart de ces bénéfices.

Au-delà de la validation des cadres d'adoption et de diffusion, la contribution de l'article est de montrer que ces effets ne se réalisent pleinement que dans le registre participatif. C'est le dialogue de proximité, le soutien communautaire et la médiation interpersonnelle qui crées la confiance et la capacité d'agir. La communication numérique est un levier réel mais insuffisant à lui seul. Elle doit s'articuler à des investissements dans les infrastructures, la formation du personnel et des politiques d'équité, sous peine de faire du numérique un amplificateur d'inégalités plutôt qu'un instrument de justice sanitaire. Aussi le numérique doit-il rester au service d'une vision humaniste et dialogique de la santé maternelle, condition pour devenir un authentique vecteur de changement social en Côte d'Ivoire.

Références bibliographiques

ARTCI (2023). Rapport annuel sur l'état du marché des communications électroniques en Côte d'Ivoire. Abidjan : ARTCI.

BANDURA, Albert (1986). *Social Foundations of Thought and Action : A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs : Prentice-Hall.

BARDIN, Laurence (2013 [1977]). *L'analyse de contenu*. Paris : Presses Universitaires de France.

BRETON, Philippe et PROULX, Serge (2002*). L'explosion de la communication*. Paris : La Découverte.

CASTELLS, Manuel (1998). La société en réseaux. Paris : Fayard.

CASTELLS, Manuel (2001). La Galaxie Internet. Paris : Fayard.

DAVIS, Fred D. (1989). Perceived Usefulness, Perceived Ease of Use, and User Acceptance of Information Technology. MIS Quarterly, 13(3), 319-340.

FIGUEROA, Maria Elena, KINCAID, D. Lawrence, RANI, Manju et LEWIS, Gary (2002). Communication for Social Change : An Integrated Model for Measuring the Process and Its Outcomes. New York : Rockefeller Foundation / CFSC Consortium.

FOUCAULT, Michel (1963). Naissance de la clinique. Paris : Presses Universitaires de France.

FREIRE, Paulo (1970). Pedagogy of the Oppressed. New York : Herder and Herder.

KATZ, Elihu et LAZARSFELD, Paul (1955). Personal Influence. New York : Free Press.

KRIEGER, Nancy (2001). Theories for Social Epidemiology in the 21st Century. International Journal of Epidemiology, 30(4), 668-677.

LABRIQUE, Alain B. et al. (2013). mHealth Innovations as Health System Strengthening Tools. Global Health : Science and Practice, 1(2), 160-171.

LUND, Stine et al. (2014). Mobile Phones as Health Communication Tools in Sub-Saharan Africa. The Lancet, 384(9946), 30-31.

MECHAEL, Patricia N. (2009). The Case for mHealth in Developing Countries. Innovations, 4(1), 103-118.

MEFALOPULOS, Paolo (2008). Development Communication Sourcebook: Broadening the Boundaries of Communication. Washington D.C. : Banque mondiale.

NATIONS UNIES (2024). Rapport sur les Objectifs de Développement Durable 2024. New York : ONU.

OLIVIER DE SARDAN, Jean-Pierre (1995). Anthropologie et développement. Paris : Karthala.

OMS (2010). Telemedicine: Opportunities and Developments in Member States. Genève : OMS.

OMS (2016). Recommandations concernant les soins prénatals pour une expérience positive de la grossesse. Genève : OMS.

OMS (2021). Stratégie mondiale pour la santé numérique 2020-2025. Genève : OMS.

ROGERS, Everett Mitchell (2003). Diffusion of Innovations. 5e éd. New York : Free Press.

ROGERS, Everett Mitchell et Kincaid, D. Lawrence (1981). Communication Networks : Toward a New Paradigm for Research. New York : Free Press.

SERVAES, Jan (1999). Communication for Development : One World, Multiple Cultures. Cresskill : Hampton Press.

SHANNON, Claude Elwood et WEAVER, Warren (1949). The Mathematical Theory of Communication. Urbana : University of Illinois Press.

UNICEF (2022). Santé maternelle en Afrique de l'Ouest et du Centre. Dakar : UNICEF WCARO.

WAISBORD, Silvio (2001). Family Tree of Theories, Methodologies and Strategies in Development Communication. New York : Rockefeller Foundation.

WATZLAWICK, Paul, BEAVIN, Janet et JACKSON, Don (1972). Une logique de la communication. Paris : Seuil.

WOLTON, Dominique (1999). Internet et après ? Paris : Flammarion.