



# Revue Burkinabè de Santé Publique

ISSN: 2756 – 7621

## Acceptabilité de la télémédecine au Burkina Faso : Étude auprès des médecins en 2025

### Acceptability of telemedicine in Burkina Faso: Study among doctors in 2025

YAMEOGO Relwendé Aristide<sup>1</sup>, YAO N Grégoire<sup>1</sup>, BERE Noomwendé Ulrich Leonel<sup>1</sup>, SYLLA Bry<sup>1</sup>, MEDA Nicolas<sup>1</sup>

*1, Unité de Recherche et de Formation en Sciences de la Santé (UFR/SDS) – Département de Santé Publique, Université Joseph KI - ZERBO, Ouagadougou, Burkina Faso*

*\*Correspondance : YAMEOGO Relwendé Aristide +22670292426 yraristide@gmail.com*

### Résumé

**Introduction** : La télémédecine offre de nombreux avantages en matière de soins, mais son intégration reste confrontée à de nombreux défis. Au Burkina Faso, son intégration constitue une priorité. Toutefois, l'acceptabilité des médecins, acteurs clés de sa mise en œuvre, demeure peu documentée.

**Objectif** : l'étude avait pour objectif d'analyser les facteurs associés à l'acceptabilité de la télémédecine par les médecins au Burkina Faso en 2025.

**Méthode** : nous avons réalisé une enquête transversale du 31 août au 30 septembre 2025 auprès des médecins

**Résultat** : Au total, 451 médecins ont été inclus soit un taux de réponse de 45%. L'âge moyen était de  $34,8 \pm 7,5$  ans, avec une majorité d'hommes (62,8 %), de médecins généralistes (62,5 %) et d'agents du secteur public (55,4 %) ; 31,5 % déclaraient avoir déjà utilisé la télémédecine. En analyse multivariée, l'âge ( $\beta$  ajusté = - 0,92 ;  $p < 0,01$ ), le sexe masculin ( $\beta$  ajusté = 5,02 ;  $p < 0,01$ ), l'ancienneté professionnelle ( $\beta$  ajusté = 1,03 ;  $p < 0,01$ ), l'expérience en télémédecine ( $\beta$  ajusté = 4,22 ;  $p < 0,05$ ), la performance attendue ( $\beta$  ajusté = 0,48 ;  $p < 0,001$ ), l'effort attendu ( $\beta$  ajusté = 0,25 ;  $p < 0,001$ ), l'influence sociale ( $\beta$  ajusté = 0,21 ;  $p < 0,01$ ) et les conditions facilitantes ( $\beta$  ajusté = 0,18 ;  $p < 0,01$ ) étaient associés à l'acceptabilité de la télémédecine.

**Conclusion** : L'acceptabilité de la télémédecine par les médecins au Burkina Faso dépend de facteurs personnels, professionnels, expérientiels et technologiques. Pour assurer son déploiement réussi, une stratégie combinant formation, infrastructures solides et soutien institutionnel est nécessaire.

**Mots clés** : Télémédecine, acceptabilité, pratique médicale, UTAUT, Burkina Faso

### Abstract

**Introduction**: Telemedicine offers many advantages in terms of healthcare, but its integration still faces numerous challenges. In Burkina Faso, its integration is a priority. However, the acceptability of telemedicine among physicians, who are key players in its implementation, remains poorly documented.

**Objective**: The objective of the study was to analyze the factors associated with the acceptability of telemedicine by physicians in Burkina Faso in 2025.

**Method**: We conducted a cross-sectional survey from August 31 to September 30, 2025, among physicians.

**Results**: A total of 451 physicians were included, given a response rate of 45%. The average age was  $34.8 \pm 7.5$  years, with a majority of men (62.8%), general practitioners (62.5%), and public sector workers (55.4%); 31.5% reported having already used telemedicine. In multivariate analysis, age (adjusted  $\beta = -0.92$ ;  $p < 0.01$ ), male gender (adjusted  $\beta = 5.02$ ;  $p < 0.01$ ), professional seniority (adjusted  $\beta = 1.03$ ;  $p < 0.01$ ), experience in telemedicine (adjusted  $\beta = 4.22$ ;  $p < 0.05$ ), expected performance (adjusted  $\beta = 0.48$ ;  $p < 0.001$ ), expected effort (adjusted  $\beta = 0.25$ ;  $p < 0.001$ ), social influence

(adjusted  $\beta = 0.21$ ;  $p < 0.01$ ), and facilitating conditions (adjusted  $\beta = 0.18$ ;  $p < 0.01$ ) were associated with the acceptability of telemedicine.

**Conclusion:** The acceptability of telemedicine by physicians in Burkina Faso depends on personal, professional, experiential, and technological factors. To ensure its successful deployment, a strategy combining training, robust infrastructure, and institutional support is necessary.

**Keywords:** Telemedicine, acceptability, medical practice, UTAUT, Burkina Faso

## Introduction

La télémédecine est la pratique de la médecine à distance grâce aux technologies de l'information et de la communication [1]. Elle présente de nombreux avantages pour les patients, les professionnels et le système de santé. La télémédecine améliore l'accessibilité et l'équité aux soins, réduit les déplacements et le temps d'attente, et facilite la coordination entre équipes médicales [2–4]. Elle renforce également le suivi à distance, notamment pour les maladies chroniques, tout en limitant les risques de transmission en période épidémique [4,5]. Enfin, elle contribue à la réduction des coûts de santé en optimisant les ressources et en diminuant les hospitalisations et transferts évitables [4–6]. Ces bénéfices se sont particulièrement illustrés lors de situations d'urgence comme celle du séisme en Arménie en 1988 et celle de la COVID-19 où la télémédecine a joué un rôle clé [7,8]. Cependant, la télémédecine n'est pas exempte de limites et de défis. Elle expose à des limites d'évaluation clinique, des contraintes techniques et d'accès, à une relation soignant-patient potentiellement affaiblie, et à des défis organisationnels et réglementaires [3,4,9].

Au Burkina Faso, la transformation numérique dans le secteur de la santé est une priorité majeure en raison des opportunités qu'elle offre pour améliorer la santé des populations [10]. En effet, le pays manque de professionnels de santé qualifiés dans les zones rurales où réside 73,7% de population [11–13]. Il fait face également à une crise sécuritaire depuis fin 2015 qui a entraîné la fermeture ou le fonctionnement à minima de nombreuses formations sanitaires, un isolement de certaines régions et un déplacement massif de populations [13]. Le gouvernement a ainsi lancé en 2021 sa première plateforme pilote de téléconsultation [14] et un plan stratégique de la santé numérique (PSSN) 2024-2028 a été élaboré par le ministère de la santé [10].

L'acceptabilité des utilisateurs est l'un des défis de l'intégration des innovations technologiques dans le domaine de la santé où traditionnellement, la prestation des services de santé s'appuie sur un modèle d'interaction en face à face entre le soignant et le patient [2,15]. L'expérience internationale montre que l'introduction des technologies de l'information en santé s'est souvent heurtée à des échecs coûteux liés à une faible adhésion des professionnels de santé. Ainsi, au Royaume-Uni, le plus vaste programme mondial d'informatisation civile lancé en 2002 pour un budget de plus de 8 milliards de dollars a échoué principalement en raison du manque d'engagement des soignants [16]. De même, en Afrique du Sud, un projet de télémédecine mis en œuvre dans une région rurale défavorisée n'a rendu opérationnel qu'un tiers des sites prévus, en grande partie à cause d'une acceptation limitée par les professionnels de santé [17]. Les médecins sont des acteurs clés dans la mise en œuvre de la télémédecine et leur acceptabilité est cruciale pour garantir son adoption [18]. Des études réalisées dans les pays développés et ceux en développement ont rapporté plusieurs facteurs comportementaux et contextuels influençant l'acceptabilité de la télémédecine par les médecins [19–28]. Dans le contexte spécifique du Burkina Faso, aucune étude à ce jour n'a exploré les facteurs associés à l'acceptabilité de cette pratique par les médecins. C'est pourquoi la présente étude vise à répondre à la question suivante : quels sont les facteurs associés à l'acceptabilité de la télémédecine par les médecins au Burkina Faso ? Sans compréhension de ces facteurs, les initiatives sur la télémédecine risquent d'être faiblement adoptées par le monde médical et par voie de fait, entraîner un gaspillage des ressources investies.

## 1 Matériel et méthode

### 1.1 Période et type d'étude

Nous avons réalisé une enquête transversale du 31 août 2025 au 30 septembre 2025 au Burkina Faso.

## 1.2 Cadre de l'étude

L'étude s'est déroulée au Burkina Faso. Avec une superficie de 274200 km<sup>2</sup>, le Burkina Faso est situé au cœur de l'Afrique occidentale. Le système de santé burkinabè a une organisation pyramidale en trois niveaux. Malgré les progrès enregistrés ces dernières années, ce système de santé fait face à de multiples défis. Il s'agit notamment de l'insuffisance en personnel qualifié avec une densité de personnel soignant qui était estimée en 2020 à 9,4 pour 10000 habitants, bien en deca du seuil critique de 23 pour 10000 habitants recommandé par l'OMS [13], des inégalités géographiques d'accès aux soins, de la faible connectivité numérique, et la dégradation du contexte sécuritaire.

## 1.3 Population

L'enquête a concerné les médecins qui étaient autorisés à exercer au Burkina Faso par l'ordre des médecins du Burkina. La liste de ces médecins nous a servi de source de collecte des données. La sélection des participants a été faite par un échantillonnage aléatoire simple dont la taille minimale était de 401 après calcul à l'aide du logiciel Open Epi dans sa version 3 et une majoration de 10%. Un questionnaire structuré numérisé auto administrée en ligne développé à l'aide de l'outil Kobo Toolbox® a été utilisé pour la collecte des données quantitatives. Il a été distribué individuellement aux médecins sélectionnés grâce au réseau social WhatsApp® et par e-mail. Une note d'information présentant et expliquant les objectifs de l'étude, le formulaire de recueil de consentement, le certificat éthique ainsi que les autorisations administratives ont été joints au questionnaire. Des messages de rappels ont été envoyés aux médecins.

## 1.4 Variables

### ➤ Variable dépendante

La variable dépendante de cette étude est l'acceptabilité de la télémédecine par les médecins au Burkina Faso. C'est une variable latente. Elle a été mesurée par deux items codés AC1 et AC2. Ces items ont été mesurés à l'aide d'une échelle de Likert cotée de 1 à 5.

La somme des réponses aux items a été calculée pour chaque observation. Ensuite un score moyen pour cent des items par observation a été calculé selon la formule suivante sachant que la note de 1 correspond à 0% et celle de 5 correspond à 100%.

Score moyen des items = (Nombre total de points – Nombres d'items) / (Nombre total de points possible – Nombre d'items) \* 100.

Le score moyen total sur cent de la variable acceptabilité a été calculé en faisant la moyenne des scores moyens des items.

### ➤ Variables indépendantes

Les variables indépendantes ont concerné les déterminants de l'acceptabilité selon le modèle UTAUT qui était également des variables latentes chez lesquels des scores moyens ont également été calculés. Les autres variables indépendantes ont concerné les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles et les connaissances sur la télémédecine.

## 1.5 Traitement et analyse des données

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel RStudio. Les graphiques et les tableaux ont été réalisés à l'aide du classeur Excel dans sa version 2016. La moyenne ou la médiane ont été utilisées pour décrire les variables quantitatives en fonction de la normalité de leurs distributions. Le test de Shapiro a été utilisé pour vérification de la normalité de la distribution des variables quantitatives. Les variables qualitatives ont été décrites par proportion. Pour tester les associations entre variables nous avons réalisé une régression linéaire. A l'analyse univariée, les variables associées à l'acceptabilité avec un niveau de signification inférieur à 20% ont été retenues pour l'analyse multivariée. La méthode de pas à pas descendante a été utilisée pour exclure au fur et à mesure du modèle les variables qui étaient associées à l'acceptabilité avec un niveau de signification supérieur à 5%. Le modèle final a inclus l'ensemble des variables associées à l'acceptabilité avec un seuil de significativité statistique inférieur à 5%.

### 1.6 Considérations éthiques

L'étude a été réalisée après obtention du certificat éthique du comité d'éthique pour la recherche en santé (N°2025-05-215). L'étude a également obtenu les autorisations administratives du ministère de la santé et de l'ordre des médecins du Burkina Faso. Une note d'information et un formulaire de recueil du consentement libre éclairé et volontaire ont été partagés à chaque participant. La collecte des données a été faite après consentement des participants. Le respect de l'anonymat et de la confidentialité des données a été rigoureusement observé durant toutes les phases de l'étude. Les enregistrements originaux et les transcriptions des verbatims ont été conservés dans un dossier électronique codé sur un disque dur externe.

## 2 Résultats

### Population de l'étude

Nous avons invité 1000 médecins éligibles à participer à l'étude et 451 ont répondu soit un taux de réponse de 45%. Parmi ces derniers, 451 ont donné leurs consentements, soit un taux de participation de 98,0 % parmi les répondants. Le processus de sélection de l'échantillon de notre étude est représenté dans la figure 1. Les médecins inclus dans la présente étude provenaient de toutes les régions du Burkina Faso.

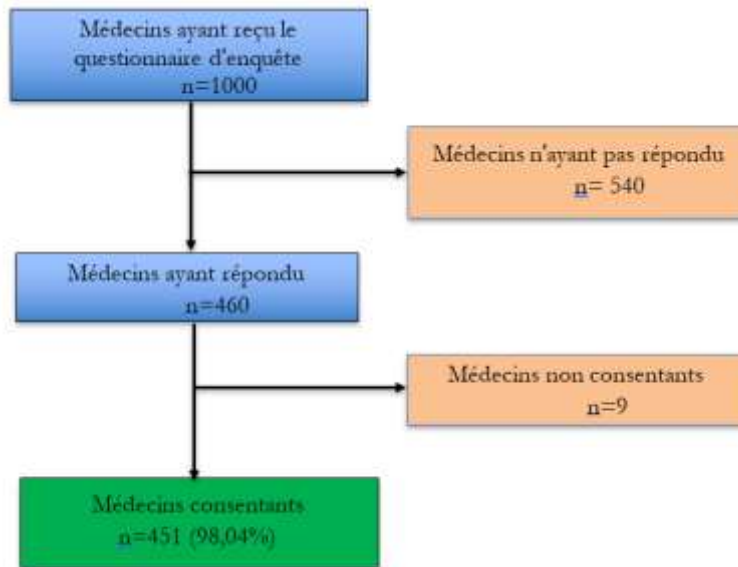


Figure 1 : Sélection de la population d'étude pour l'enquête quantitative

### Caractéristiques sociodémographiques et professionnelle de la population d'étude

L'âge moyen des médecins enquêtés était de  $34,84 \pm 7,49$  ans des extrêmes de 26 et 75 ans. Parmi les enquêtés, 62,75% (n= 283) étaient des hommes et 93,35% (n=421) résidaient milieu urbain. Concernant la répartition des médecins en fonction des régions administratives, La région du centre était la plus représentée avec 66,96% (n=302) des médecins. La région de l'est était la moins représentée avec 0,44% (n=2) des médecins. Sur le plan professionnel, les médecins avaient une ancienneté professionnelle moyenne de  $6,24 \pm 6,91$  ans avec un intervalle interquartile de 2 à 9 ans et des extrêmes de 1 et 47 ans. Ils exerçaient dans 55,43% (n=250) des cas dans la fonction publique et 62,52% (n=282) étaient des médecins généralistes. Le tableau 1 montre la répartition des caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des médecins enquêtés.

Tableau 1 : Répartition des caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des médecins enquêtés au Burkina Faso en 2025.

| Caractéristiques   | Fréquence (N=451) | Pourcentage (%) |
|--------------------|-------------------|-----------------|
| <b>Age (année)</b> |                   |                 |
| [26 ;31[           | 146               | 32,4            |

| Caractéristiques                              | Fréquence<br>(N=451) | Pourcentage<br>(%) |
|---|----------------------|--------------------|
| [31 ; 45[                                     | 259                  | 57,4               |
| ≥ 45 ans                                      | 46                   | 10,2               |
| <b>Sexe</b>                                   |                      |                    |
| Femme   | 168                  | 37,3               |
| Homme   | 283                  | 62,8               |
| <b>Spécialité</b>                             |                      |                    |
| Médecin généraliste                           | 282                  | 62,5               |
| Médecin en spécialisation                     | 52                   | 9,6                |
| Médecin spécialiste                           | 117                  | 25,9               |
| <b>Ancienneté professionnelle</b>             |                      |                    |
| < 2 ans                                       | 109                  | 24,2               |
| [2 ; 4[                                       | 115                  | 25,5               |
| [4 ; 6[                                       | 60                   | 13,3               |
| ≥ 6 ans                                       | 167                  | 37,0               |
| <b>Résidence</b>                              |                      |                    |
| Rurale  | 30                   | 6,7                |
| Urbaine                                       | 421                  | 93,4               |
| <b>Structure d'exercice</b>                   |                      |                    |
| Publique                                      | 250                  | 55,4               |
| Privée ou Confessionnelle                     | 168                  | 37,3               |
| ONG   | 18                   | 4,0                |
| Autres  | 15                   | 3,3                |
| <b>Type de formation sanitaire d'exercice</b> |                      |                    |
| CM/Cabinet médical                            | 68                   | 15,1               |
| CMA/Clinique médicale                         | 116                  | 25,7               |
| CHUR/CHUR/Policlinique                        | 53                   | 11,8               |
| CHU/Hôpital privé ou confessionnel            | 160                  | 35,5               |
| Autres  | 54                   | 12,0               |

### Connaissance et expérience des médecins en télémédecine

La définition de la télémédecine était connue par 99,1% (n=447) des médecins. L'ensemble des composantes de la télémédecine était connu par 28,2% (n= 127) des médecins. La composante téléconsultation était connue par 99,1% (n=447) des médecins. La régulation ou réponse médicale, était connue par 35,0 % (n=158) des médecins. Par ailleurs, 31,5 % (n=309) des enquêtés ont déclaré avoir déjà utilisé la télémédecine dans leur pratique.

### Déterminants de l'acceptabilité selon le modèle UTAUT

Le score moyen total des items de la performance attendue était de  $58,2 \pm 16,34$  sur 100. Celui de l'effort attendu était de  $77,8 \pm 12,4$  sur 100. Le score moyen total des items de l'influence sociale était de  $72,18 \pm 15,45$  sur 100. Le score

moyen total des items des conditions facilitantes était de  $51,19 \pm 14,46$  sur 100. Enfin, le score moyen total des items de l'acceptabilité de la télémédecine était  $66,49 \pm 21,79$  sur 100. Le tableau 2 montre la répartition de la population d'étude selon les déterminants de l'acceptabilité selon le modèle UTAUT

**Tableau 2 :** Répartition des médecins au Burkina Faso en 2025 en fonction des déterminants de l'acceptabilité selon le modèle UTAUT

| Caractéristiques        | Effectif | Moyenne | Erreur standard | IC95%         |
|-------------------------|----------|---------|-----------------|---------------|
| Performance attendue    | 451      | 58,2    | 0,8             | [56,7 ; 59,7] |
| Effort attendu          | 451      | 72,2    | 0,7             | [70,8 ; 73,6] |
| Influence sociale       | 451      | 51,2    | 0,7             | [49,9 ; 52,5] |
| Conditions facilitantes | 451      | 49      | 0,8             | [47,5 ; 50,5] |
| Acceptabilité           | 451      | 66,5    | 1               | [64,5 ; 68,5] |

### Facteurs associés à l'acceptabilité de la télémédecine

Les facteurs associés à l'acceptabilité de la télémédecine après analyse bivariée et multivariée étaient l'âge ( $\beta$  ajusté = - 0,92 ;  $p < 0,01$ ), le sexe masculin ( $\beta$  ajusté = 5,02 ;  $p < 0,01$ ), l'ancienneté professionnelle ( $\beta$  ajusté = 1,03 ;  $p < 0,01$ ), l'expérience en télémédecine ( $\beta$  ajusté = 4,22 ;  $p < 0,05$ ), la performance attendue ( $\beta$  ajusté = 0,48 ;  $p < 0,001$ ), l'effort attendu ( $\beta$  ajusté = 0,25 ;  $p < 0,001$ ), l'influence sociale ( $\beta$  ajusté = 0,21 ;  $p < 0,01$ ) et les conditions facilitantes ( $\beta$  ajusté = 0,18 ;  $p < 0,01$ ). Le tableau 3 montre le résultat de l'analyse bivariée et multivariée des facteurs associés à l'acceptabilité de la télémédecine par les médecins au Burkina Faso en 2025.

**Tableau 3:** Résultat de l'analyse bivariée et multivariée des facteurs associés à l'acceptabilité de la télémédecine par les médecins au Burkina Faso en 2025

| Variables                  | Régression linéaire simple |         | Régression linéaire multiple |         |
|----------------------------|----------------------------|---------|------------------------------|---------|
|                            | Coefficient brut (IC95%)   | P-value | Coefficient ajusté (IC95%)   | P-value |
| <b>Age</b>                 | 0,31 [0,05 ; 0,58]         | 0,022   | - 0,92 [-1,59 ; -0,25]       | 0,008   |
| <b>Sexe</b>                |                            |         | 0                            |         |
| Femme                      | --                         |         |                              |         |
| Homme                      | 5,85 [2,55 ; 9,14]         | 0,001   | 5,02 [1,87 ; 8,16]           | 0,002   |
| <b>Spécialité</b>          |                            |         |                              |         |
| Médecin généraliste        | --                         |         |                              |         |
| Médecin en spécialisation  | 3,02 [-3,45 ; 9,48]        | 0,359   |                              |         |
| Médecin spécialiste        | 3,45 [-1,26 ; 8,16]        | 0,151   |                              |         |
| <b>Région</b>              |                            |         |                              |         |
| Centre                     | --                         |         |                              |         |
| Autres régions             | 3,31 [-0,97 ; 7,59]        | 0,129   |                              |         |
| Ancienneté professionnelle | 0,39 [0,10 -0,68]          | 0,008   | 1,03 [0,31 ; 1,75]           | 0,005   |
| <b>Structure</b>           |                            |         |                              |         |
| Publique                   | --                         |         |                              |         |
| Privée                     | -4,41 [- 8,67 ; - 0,14]    | 0,043   |                              |         |
| ONG                        | 2,04 [- 8,39 ; 12,47]      | 0,701   |                              |         |
| Autres                     | -1,43 [-12,8 ; 9,93]       | 0,804   |                              |         |

| Variables                               | Régression linéaire simple  |              | Régression linéaire multiple  |              |
|---|-----------------------------|--------------|-------------------------------|--------------|
|   | Coefficient brut<br>(IC95%) | P-<br>value  | Coefficient ajusté<br>(IC95%) | P-<br>value  |
| <b>Connaissance sur la télémédecine</b> |                             |              |                               |              |
| <b>Composantes de la télémédecine</b>   |                             |              |                               |              |
| Non                                     |                             |              |                               |              |
| Oui                                     | 7,87 [3,44 ; 12,30]         | 0,001        |                               |              |
| <b>Expérience en télémédecine</b>       |                             |              |                               |              |
| Non                                     | --                          |              | 0                             |              |
| Oui                                     | 10,36 [6,12 ; 14,6]         | 0,000        | 4,22 [1 ; 7,47]               | 0,011        |
| <b>Performance attendue</b>             | <b>0,82 [0,72 ; 0,91]</b>   | <b>0,000</b> | <b>0,48 [0,36 ; 0,60]</b>     | <b>0</b>     |
| <b>Effort attendu</b>                   | <b>0,65 [0,53 ; 0,76]</b>   | <b>0,000</b> | <b>0,25 [0,13 ; 0,36]</b>     | <b>0</b>     |
| <b>Influence sociale</b>                | <b>0,78 [0,67 ; 0,90]</b>   | <b>0,000</b> | <b>0,21 [0,07 ; 0,34]</b>     | <b>0,003</b> |
| <b>Conditions facilitantes</b>          | <b>0,66 [0,55 ; 0,77]</b>   | <b>0,000</b> | <b>0,18 [0,07 ; 0,3]</b>      | <b>0,002</b> |

### 3 Discussion

#### Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles

L'âge était négativement associé au score d'acceptabilité après ajustement. Ce résultat suggère que les médecins plus âgés sont moins enclins à utiliser la télémédecine. Cette relation inverse peut s'expliquer par une moindre familiarité avec les technologies numériques, une résistance au changement ou une préférence pour les pratiques cliniques traditionnelles acquises au fil des années. À l'inverse, les médecins plus jeunes, souvent plus exposés aux outils numériques durant leur formation, semblent plus ouverts à l'innovation technologique. Selon Venkatesh et al., l'âge influence particulièrement la perception de l'effort attendu, ce qui pourrait expliquer cette réticence chez les praticiens les plus âgés. Ce résultat suggère que les politiques de déploiement de la télémédecine au Burkina Faso devraient prioriser le renforcement des compétences numériques des médecins, en particulier chez les praticiens plus âgés, à travers des formations continues adaptées.

Le sexe masculin était associé à l'acceptabilité de la télémédecine. Ce résultat pourrait s'expliquer par la théorie des schémas de genre [29] que par une différence biologique. Selon cette approche, les individus internalisent dès l'enfance des schémas cognitifs fondés sur les normes sociales du masculin et du féminin, qui orientent leurs attitudes, leurs perceptions et leurs comportements. Dans de nombreux contextes socioculturels, y compris en Afrique subsaharienne, les technologies numériques et les compétences informatiques sont socialement perçues comme des domaines majoritairement masculins. Ces représentations peuvent favoriser chez les médecins hommes une auto-efficacité technologique plus élevée, une confiance accrue dans l'usage des outils numériques. À l'inverse, les médecins femmes, bien que disposant de compétences comparables, peuvent être davantage confrontées à des normes de genre limitant leur exposition aux technologies ou renforçant une perception accrue de l'effort attendu.

L'ancienneté professionnelle était positivement associée à l'acceptabilité, indépendamment de l'âge. Ce résultat suggère que l'expérience clinique permet aux médecins de mieux percevoir les avantages organisationnels et cliniques de la télémédecine. Des résultats comparables ont été observés dans certaines études [23]. Cependant d'autres études ont rapporté des effets opposés, soulignant ainsi l'influence du contexte.

L'expérience préalable en télémédecine a été également retrouvé comme facteur associé à l'acceptabilité. Ce résultat est largement documenté dans la littérature, qui montre que l'exposition pratique réduit les barrières cognitives et

renforce la confiance dans l'utilisation des technologies de santé [30,31]. L'expérience préalable plaide en faveur de projets pilotes et d'initiatives de démonstration, qui ont montré leur efficacité pour améliorer l'acceptabilité et l'utilisation durable des technologies de santé

### **Performance attendue**

Dans la présente étude, la performance attendue s'est révélée être un facteur associé à l'acceptabilité de la télémédecine chez les médecins enquêtés. Ce résultat s'aligne sur plusieurs études dans divers contextes et spécialités médicales [21,25,27,28,32–34].

L'explication de ce constat pourrait d'abord être théorique. Théoriquement, l'intention d'usage résulte d'un calcul où l'on pèse les bénéfices attendus contre les coûts ou les risques perçus. Lorsque la solution promet des bénéfices clairs par exemple, réduire les délais d'avis, améliorer la décision, fluidifier la coordination, éviter des évacuations inutiles la performance attendue devient significative pour prédire de l'acceptabilité. Plus l'outil s'ajuste aux tâches de l'individu, plus la croyance de gain de performance est forte et plus l'intention augmente. Sur le plan comportemental, les médecins pourraient fonder leur décision d'utiliser la télémédecine sur des repères concrets et des valeurs. D'abord, la preuve immédiate de gain. Par exemple une télé-expertise, un triage plus rapide ou le suivi des maladies chroniques rend la valeur visible au chevet du patient et ancre la performance attendue. Ensuite, la réduction de l'incertitude clinique grâce à un accès rapide à l'expertise renforce la confiance décisionnelle, ce qui alimente directement l'intention d'usage. La troisième pourrait être organisationnelle et contextuel. Dans la plupart des systèmes de santé les contraintes sont nombreuses (manque de spécialistes, distances, surcharge, etc.). Les utilisateurs cherchent avant tout des outils qui leur permettent de réaliser des gains en performance malgré ces contraintes. La télémédecine devient alors un levier d'efficacité, un moyen de compenser le manque de ressources humaines ou techniques et une solution d'accès rapide à l'expertise.

Les entretiens confirment et éclairent nos résultats quantitatifs. Si les praticiens expriment leur volonté de s'engager dans la télémédecine, c'est principalement parce qu'ils reconnaissent les avantages immédiats et substantiels pour leurs patients et l'organisation globale de la prestation des soins de santé.

### **Effort attendu**

Dans notre étude l'effort attendu était également un prédicteur significatif de l'acceptabilité. Ce résultat pourrait s'expliquer par une charge de travail élevée des médecins au Burkina Faso qui les rend plus réceptif aux innovations moins chronophages. Les études auprès des médecins convergent pour placer l'effort attendu parmi les prédicteurs significatifs de l'acceptabilité de la télémédecine dans divers pays et contextes. Au Nigéria, une enquête nationale auprès de cliniciens montre que la facilité d'usage prédit l'intention d'utiliser la télémédecine [35], ce qui confirme le poids de l'effort attendu dans un système à ressources contraintes, proche du notre. Au Maghreb, des résultats similaires ont été rapportés chez les médecins marocains [32]. Dans le contexte asiatique, l'effort attendu a aussi rapporté comme un facteur prédictif significatif de l'acceptabilité de la téléconsultation par les médecins indonésiens [36]. Dans des contextes européens, des travaux sur l'acceptabilité des vidéo-consultations en santé mentale par les médecins généralistes rappellent que l'intention d'adopter repose sur une combinaison de valeur perçue et de conditions de mise en œuvre qui réduisent la friction d'usage, c'est-à-dire l'effort. L'étude montre que pour convertir les hésitants, il faut simplifier le parcours, outiller et accompagner [37]. En soins primaires en Pologne il a aussi été rapporté qu'il influençait positivement l'acceptabilité des médecins généralistes [28]. En Roumanie, chez les médecins le même constat a été fait [33].

### **Influence sociale**

Dans la présente étude, l'influence sociale était également associée à l'acceptabilité de la télémédecine. Ce résultat s'aligne sur ceux de Diel et al. en Allemagne, de ceux Wu et al. aux USA et de Brahmuyudha et al. en Indonésie [24,25,36]. Ces résultats divergents pourraient s'expliquer par les influences qui sont exercées sur les médecins surtout dans certains contextes comme celle de la COVID-19. Par exemple, en Indonésie, des recherches empiriques ont indiqué que les médecins sont motivés à adopter la télémédecine lorsqu'ils sont encouragés par leurs proches et les membres de leur famille [36,38]. En outre, dans ce pays, une partie importante de la population est influencée par les

points de vue des autres et dépend des points de vue des autres lorsqu'il s'agit de déterminer leur engagement en faveur des innovations technologiques.[39].

Des résultats différents aux nôtres ont toutefois été rapportés, notamment aux Philippines chez les médecins neurologues où l'influence sociale ne présentait pas d'association significative avec l'intention d'utiliser la télémédecine [27]. Cette absence d'effet pourrait s'expliquer par le degré d'autonomie décisionnelle des médecins.

Dans le contexte du Burkina Faso, ce résultat peut s'interpréter à la lumière de plusieurs éléments. La télémédecine, bien que demeurant une pratique encore émergente, bénéficie progressivement d'une reconnaissance institutionnelle et professionnelle, ce qui renforce la pression normative exercée par les pairs, les autorités sanitaires et les structures de tutelle. Dans les environnements professionnels où les médecins sont attentifs aux pratiques de leurs collègues et aux orientations des décideurs, l'influence sociale apparaît ainsi comme un levier important de l'acceptabilité.

Par ailleurs, même si la prise de décision clinique conserve une dimension individuelle, l'opinion des pairs, les recommandations institutionnelles et l'exemplarité des leaders d'opinion médicaux contribuent à façonner les attitudes envers la télémédecine. Ce résultat suggère que, pour favoriser son adoption à l'échelle nationale, les stratégies de déploiement devraient s'appuyer non seulement sur la démonstration de l'efficacité clinique et organisationnelle de la télémédecine, mais également sur des mécanismes d'influence sociale tels que l'engagement des autorités sanitaires, la valorisation des expériences réussies et la promotion par les pairs

### **Conditions facilitantes**

Nos analyses ont montré que des conditions facilitantes étaient également associées à l'acceptabilité de la télémédecine par les médecins. Nos résultats s'alignent avec ceux d'études dans un contexte africain [19,32], asiatique [27,36], européen [40,41] et américain [24]. Nos résultats impliquent la nécessité d'investir dans les infrastructures, la formation et la gouvernance pour garantir une bonne acceptabilité de la télémédecine.

### **Conclusion**

Cette étude a mis en évidence que l'acceptabilité de la télémédecine chez les médecins au Burkina Faso en 2025 est influencée par une combinaison de facteurs sociodémographiques, professionnels et organisationnels. L'âge, le sexe, l'ancienneté professionnelle et l'expérience préalable en télémédecine apparaissent comme des déterminants importants, soulignant le rôle de l'exposition, de la confiance et de l'expérience clinique dans l'adoption des technologies numériques en santé. Par ailleurs, les dimensions du modèle UTAUT, notamment la performance attendue, l'effort attendu, l'influence sociale et les conditions facilitantes, constituent également des facteurs d'acceptabilité de la télémédecine. Ces résultats confirment la pertinence du modèle UTAUT pour analyser l'adoption des innovations numériques dans les contextes à ressources limitées et mettent en évidence l'importance d'une approche systémique intégrant à la fois les perceptions individuelles et l'environnement organisationnel. Ces résultats suggèrent que le déploiement durable de la télémédecine au Burkina Faso nécessite des interventions multiformes, incluant le renforcement des capacités numériques des médecins, l'amélioration des infrastructures et du cadre réglementaire, ainsi que l'implication active des autorités sanitaires et des leaders d'opinion médicaux.

### **Conflits d'intérêts**

Aucun

### **Remerciements**

Aucun

## Références

1. Astruc A, Sarfati S, Halioua B. Télémedecine: les débuts de l'histoire. *La Presse Médicale Formation*. 2020;1(5):551-7.
2. Ryu S. Telemedicine: Opportunities and Developments in Member States: Report on the Second Global Survey on eHealth 2009 (Global Observatory for eHealth Series, Volume 2). *Healthc Inform Res*. 30 juin 2012;18(2):153-5. doi:10.4258/hir.2012.18.2.153
3. Anwari F, Hutomo GS, Supinganto A, Utary D, Rita RS. Implementation of Telemedicine in Medical Practice: Opportunities and Barriers. *Global International Journal of Innovative Research*. 17 juill 2024;1(2):146-53. doi:10.59613/global.v1i2.16
4. Stoltzfus M, Kaur A, Chawla A, Gupta V, Anamika FNU, Jain R. The role of telemedicine in healthcare: an overview and update. *The Egyptian Journal of Internal Medicine*. 30 juin 2023;35(1):49. doi:10.1186/s43162-023-00234-z
5. Schwamm LH, Erskine A, Licurse A. A digital embrace to blunt the curve of COVID19 pandemic. *NPJ Digit Med*. 2020;3:64. doi:10.1038/s41746-020-0279-6 PubMed PMID: 32377575; PubMed Central PMCID: PMC7198549.
6. de la Torre-Díez I, López-Coronado M, Vaca C, Aguado JS, de Castro C. Cost-utility and cost-effectiveness studies of telemedicine, electronic, and mobile health systems in the literature: a systematic review. *Telemed J E Health*. févr 2015;21(2):81-5. doi:10.1089/tmj.2014.0053 PubMed PMID: 25474190; PubMed Central PMCID: PMC4312789.
7. Smith AC, Thomas E, Snoswell CL, Haydon H, Mehrotra A, Clemensen J, et al. Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *J Telemed Telecare*. juin 2020;26(5):309-13. doi:10.1177/1357633X20916567 PubMed PMID: 32196391; PubMed Central PMCID: PMC7140977.
8. Nicogossian AE, Doarn CR. Armenia 1988 earthquake and telemedicine: lessons learned and forgotten. *Telemed J E Health*. nov 2011;17(9):741-5. doi:10.1089/tmj.2011.0118 PubMed PMID: 21861701.
9. Erfanifa A, Hashemi SAHG, Senjedary, ZA, Mosleh H, Samane Z, Atarod MM, et al. Advantages and Disadvantages of Telemedicine in Medicine: A Review Study. *Journal of Zabol Medical School*. 31 janv 2025. doi:10.18502/jzms.v7i1.17725
10. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Plan Stratégique de la Santé Numérique 2024-2028. 2024. Rapport No.
11. Direction générale des études et des statistiques sectorielles. Annuaire statistique 2023. Burkina Faso: Ministère de la santé et de l'hygiène publique; juin 2024. p. 420. Rapport No.
12. Institut National de la Statistique et de la Démographie. Cinquième recensement général de la population et de l'habitation du Burkina Faso: synthèse des résultats définitifs. Burkina Faso: Institut National de la Statistique et de la Démographie; juin 2022. p. 136. Rapport No.
13. Ministère de la santé. Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2021-2030. 2021.
14. Santé : Le Burkina Faso expérimente la téléconsultation - leFaso.net [Internet]. [cité 4 déc 2024]. Disponible sur: <https://lefaso.net/spip.php?article106633>
15. Gupta N, Fischer ARH, Frewer LJ. Socio-psychological determinants of public acceptance of technologies: A review. *Public Underst Sci*. oct 2012;21(7):782-95. doi:10.1177/0963662510392485 PubMed PMID: 23832558; PubMed Central PMCID: PMC3546631.
16. Justinia T. The UK's National Programme for IT: Why was it dismantled? *Health Services Management Research*. 16 nov 2016. Located at: Sage UK: London, England. doi:10.1177/0951484816662492
17. Cilliers L, Flowerday S. User Acceptance of Telemedicine by Health Care Workers A Case of the Eastern Cape Province, South Africa. *The Electronic Journal Of Information Systems In Developing Countries*. 2014;65(1):1-10. doi:10.1002/j.1681-4835.2014.tb00467.x
18. Hincapié MA, Gallego JC, Gempeler A, Piñeros JA, Nasner D, Escobar MF. Implementation and Usefulness of Telemedicine During the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review. *J Prim Care Community Health*. 2020;11:2150132720980612. doi:10.1177/2150132720980612 PubMed PMID: 33300414; PubMed Central PMCID: PMC7734546.
19. Mengesha GH, Garfield MJ. A contextualized IT adoption and use model for telemedicine in Ethiopia. *Information Technology for Development*. 3 avr 2019;25(2):184-203. doi:10.1080/02681102.2018.1461057
20. Muehlensiepen F, Knitza J, Marquardt W, Engler J, Hueber A, Welcker M. Acceptance of Telerheumatology by Rheumatologists and General Practitioners in Germany: Nationwide Cross-sectional Survey Study. *J Med Internet Res*. 29 mars 2021;23(3):e23742. doi:10.2196/23742 PubMed PMID: 33690147; PubMed Central PMCID: PMC8042540.

21. Garavand A, Aslani N, Nadri H, Abedini S, Dehghan S. Acceptance of telemedicine technology among physicians: A systematic review. *Informatics in Medicine Unlocked*. 1 janv 2022;30:100943. doi:10.1016/j.imu.2022.100943
22. Muehlensiepen F, Hoffmann MJ, Nübel J, Ignatyev Y, Heinze M, Butter C, et al. Acceptance of Telemedicine by Specialists and General Practitioners in Cardiology Care: Cross-Sectional Survey Study. *JMIR Formative Research*. 20 févr 2024;8(1):e49526. doi:10.2196/49526
23. Xiong X, Luo L, Zhou S, Li VJ, Zhou Y, Huo Z. A profile of patients' and doctors' perceptions, acceptance, and utilization of e-health in a deprived region in southwestern China. *PLOS Digit Health*. avr 2023;2(4):e0000238. doi:10.1371/journal.pdig.0000238 PubMed PMID: 37098005; PubMed Central PMCID: PMC10129013.
24. Wu MYC, Wu CTL, Saleem N, Zhang M. An Assessment of the COVID-19 Pandemic's Impact on US Physicians' Acceptance of Telemedicine: An Exploratory Study. *Journal of Health Management*. 1 févr 2024;26(1):124-38. doi:10.1177/09720634231217027
25. Diel S, Doctor E, Reith R, Buck C, Eymann T. Examining supporting and constraining factors of physicians' acceptance of telemedical online consultations: a survey study. *BMC Health Serv Res*. 19 oct 2023;23(1):1128. doi:10.1186/s12913-023-10032-6 PubMed PMID: 37858170; PubMed Central PMCID: PMC10588103.
26. Ly BA, Labonté R, Bourgeault IL, Niang MN. The individual and contextual determinants of the use of telemedicine: A descriptive study of the perceptions of Senegal's physicians and telemedicine projects managers. *PLoS One*. 2017;12(7):e0181070. doi:10.1371/journal.pone.0181070 PubMed PMID: 28732028; PubMed Central PMCID: PMC5521789.
27. Pagaling GT, Espiritu AI, Dellosa MAA, Leochico CFD, Pasco PMD. The practice of teleneurology in the Philippines during the COVID-19 pandemic. *Neurol Sci*. févr 2022;43(2):811-9. doi:10.1007/s10072-021-05705-1 PubMed PMID: 34729643; PubMed Central PMCID: PMC8563298.
28. Walczak R, Kludacz-Alessandri M, Hawrysz L. Use of Telemedicine Technology among General Practitioners during COVID-19: A Modified Technology Acceptance Model Study in Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. janv 2022;19(17):10937. doi:10.3390/ijerph191710937
29. Bem SL. Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological Review*. 1981;88(4):354-64. doi:10.1037/0033-295X.88.4.354
30. Maul LV, Jahn AS, Pamplona GSP, Streit M, Gantenbein L, Müller S, et al. Acceptance of Telemedicine Compared to In-Person Consultation From the Providers' and Users' Perspectives: Multicenter, Cross-Sectional Study in Dermatology. *JMIR Dermatol*. 11 août 2023;6:e45384. doi:10.2196/45384 PubMed PMID: 37582265; PubMed Central PMCID: PMC10457706.
31. Kuo KM, Talley PC, Lee CM, Yen YC. The influence of telemedicine experience on physicians' perceptions regarding adoption. *Telemed J E Health*. mai 2015;21(5):388-94. doi:10.1089/tmj.2014.0091 PubMed PMID: 25764024.
32. Roudii M, Elouadi A, Hamdoune A. L'acceptation de la télémédecine chez les médecins marocains : étude qualitative en utilisant le modèle UTAUT. *Moroccan Journal of Quantitative and Qualitative Research*. 2020;2(3):3. doi:10.48379/IMIST.PRSM/mjqr-v2i3.22247
33. Bîlbîie A, Puiu AI, Mihăilă V, Burcea M. Investigating Physicians' Adoption of Telemedicine in Romania Using Technology Acceptance Model (TAM). *Healthcare (Basel)*. 1 août 2024;12(15):1531. doi:10.3390/healthcare12151531 PubMed PMID: 39120234; PubMed Central PMCID: PMC11312213.
34. Harst L, Lantzsich H, Scheibe M. Theories Predicting End-User Acceptance of Telemedicine Use: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*. 21 mai 2019;21(5):e13117. doi:10.2196/13117
35. Adenuga KI, Iahad NA, Miskon S. Towards reinforcing telemedicine adoption amongst clinicians in Nigeria. *Int J Med Inform*. août 2017;104:84-96. doi:10.1016/j.ijmedinf.2017.05.008 PubMed PMID: 28599820.
36. Brahmayudha RA, Legowo N. Examining the Drivers of Sustained Telemedicine Utilization in Indonesia: An Extended UTAUT Perspective. *Journal of logistics, informatics and service science*. 3 sept 2024. doi:10.33168/jliss.2024.1008
37. Haun MW, Stephan I, Wensing M, Hartmann M, Hoffmann M, Friederich HC. Intent to Adopt Video-Based Integrated Mental Health Care and the Characteristics of its Supporters: Mixed Methods Study Among General Practitioners Applying Diffusion of Innovations Theory. *JMIR Ment Health*. 15 oct 2020;7(10):e23660. doi:10.2196/23660 PubMed PMID: 33055058; PubMed Central PMCID: PMC7654505.
38. Alam MZ, Hoque MR, Hu W, Barua, Z. Factors influencing the adoption of mHealth services in a developing country: A patient-centric study. *International Journal of Information Management*. 1 févr 2020;50:128-43. doi:10.1016/j.ijinfomgt.2019.04.016
39. Alviani R, Purwandari B, Eitiveni I, Purwaningsih M. Factors Affecting Adoption of Telemedicine for Virtual Healthcare Services in Indonesia. *Journal of Information Systems Engineering and Business Intelligence*. 28 avr 2023;9(1):47-69. doi:10.20473/jisebi.9.1.47-69

40. Haun MW, Stephan I, Wensing M, Hartmann M, Hoffmann M, Friederich HC. Intent to Adopt Video-Based Integrated Mental Health Care and the Characteristics of its Supporters: Mixed Methods Study Among General Practitioners Applying Diffusion of Innovations Theory. *JMIR Mental Health*. 15 oct 2020;7(10):e23660. doi:10.2196/23660
41. Pikkemaat M, Thulesius H, Milos Nymberg V. Swedish Primary Care Physicians' Intentions to Use Telemedicine: A Survey Using a New Questionnaire - Physician Attitudes and Intentions to Use Telemedicine (PAIT). *Int J Gen Med*. 2021;14:3445-55. doi:10.2147/IJGM.S319497 PubMed PMID: 34295177; PubMed Central PMCID: PMC8290350.