



UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2020

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT**  
**DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Santé connectée : représentations, connaissances et attentes des patients en soins premiers dans le Nord et le Pas-de-Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 30 janvier 2020 à 18 heures  
au Pôle Formation  
**Par Valentin PROY**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Régis BEUSCART**

**Monsieur le Docteur Grégoire FICHEUR**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Matthieu Lustman**

**Travail de l'Institut Catholique de Lille**

---

## **AVERTISSEMENT**

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :  
celles-ci sont propres à leurs auteurs.

## RÉSUMÉ

**Contexte** : La technologie s'impose dans l'évolution de la médecine. Le patient devient encore plus acteur de sa santé grâce à de nouveaux outils permettant un meilleur contrôle.

**Objectifs** : L'objectif était d'analyser, à l'aide d'un regard sociologique, les conceptions et les perceptions sur la santé connectée des patients en médecine générale dans le Nord et le Pas-de-Calais. Les objectifs secondaires étaient d'analyser l'impact des NTIC dans la relation médecin-malade

**Méthodes** : Étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés de treize patients de médecine générale dans le Nord et le Pas-de-Calais.

**Résultats** : Les patients interviewés témoignent d'une évolution de la médecine en parallèle de l'évolution des NTIC. La e-santé reste un domaine flou. La connaissance sur la e-santé est dominée par la perception et l'usage des NTIC. Les attentes et craintes sont modulées par le regard et la position qu'ils ont sur la technologie de manière générale. Il existe un apport biomédical certain et une recherche d'efficacité dans cette utilisation. Les craintes sont dominées par une raréfaction du temps médical et une majoration des contraintes liées à la machine. Cinq profils de patients ressortent de cette étude selon leur rapport aux technologies, à la santé et à la e-santé. Les NTIC permettent des mesures de soi menant à l'illusion d'une prise de pouvoir dans la santé. En parallèle, la majorité d'entre eux y voit une complexité dans la médecine avec une perte du contact humain.

**Conclusion** : Les perceptions sur la E-Santé sont hétérogènes selon le profil du patient interviewé. Encore beaucoup trop floue, la E-Santé suscite autant de réponses que de questions.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS.....</b>	<b>11</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>12</b>
1. Introduction longue.....	12
1.1. Cartographie de la E-Santé.....	13
1.1.1. Système d'information.....	14
1.1.2. Télésanté.....	14
1.1.3. Télémedecine.....	15
1.1.4. Mobile-Santé, applications mobiles, domotique santé et objets connectés.....	16
1.2. La e-santé en France, dans le Nord et le Pas-de-Calais.....	19
2. Introduction courte.....	21
<b>POSTURE DE L'AUTEUR.....</b>	<b>23</b>
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODES.....</b>	<b>24</b>
1. Schéma général.....	24
1.1. Étude qualitative.....	24
1.2. Recueil des données.....	24
1.3. Éthique.....	25
2. Outils méthodologiques.....	26
2.1. Guide d'entretien.....	26
2.2. Enquête préalable.....	27
2.3. Recherche bibliographique.....	27

3.	Traitement des données.....	27
3.1.	Enregistrement et retranscription .....	27
3.2.	Analyse des données .....	28
<b>RÉSULTATS</b>	<b>.....</b>	<b>30</b>
1.	Partie 1 : Regards sur les nouvelles technologies dans la santé .....	31
1.1.	Des perceptions différentes liées aux technologies de l'information et de la communication .....	31
1.1.1.	L'évolution de la médecine .....	31
1.1.2.	La place de l'ordinateur .....	32
1.1.3.	Une évolution liée à la technique et au technologique .....	33
1.1.4.	Une course contre la montre .....	34
1.2.	À l'abordage ou non de la santé connectée .....	36
1.3.	L'avenir de la e-santé .....	38
1.3.1.	L'utilisation de demain : différents regards .....	38
1.3.2.	Quelle place des TIC demain ? .....	39
2.	Quel usage de la e-santé ? .....	42
2.1.	L'utopie technologique .....	42
2.1.1.	L'accessibilité.....	42
2.1.2.	Une immersion dans sa santé .....	44
2.1.3.	Rentabilité.....	45
2.1.4.	Parcours de soin facilité.....	45
2.1.5.	Gain en compétence médicale et autonomisation.....	47
2.1.6.	Vers de meilleures performances, plus faciles .....	49
2.1.7.	Un autre moyen de s'occuper de la santé .....	50
2.1.8.	Une réponse au manque de médecins.....	50

2.1.9. Informer et s'informer.....	51
2.1.10. La recherche d'une qualité de vie améliorée.....	52
2.1.11 Des apports individuels .....	53
2.2. Oppositions aux nouvelles technologies dans la santé.....	54
2.2.1. La commercialisation de la santé et sécurité des données .....	54
2.2.2. Une perte de connexion.....	56
2.2.3. L'ambiguïté des NTIC .....	59
2.2.4. Incohérence avec certaines situations.....	61
2.2.5. L'accès inégal .....	61
2.2.6. Une technologie de la désinformation et de la communication .....	63
2.2.7. Un bénéfice opposable .....	65
2.2.8. La peur du flou.....	67
3. Partie 3 : les profils .....	69
3.1. Adeptes connectés .....	69
3.1.1. Rapport aux nouvelles technologies.....	70
3.1.2. Rapport à la santé .....	72
3.1.3. Rapport à la e-santé .....	73
3.2. L'utilitariste .....	75
3.2.1. Rapport aux nouvelles technologies.....	75
3.2.2. Rapport à la e-santé .....	76
3.3. Le traditionnel.....	78
3.3.1. Rapport aux nouvelles technologies.....	79
3.3.2. Rapport à la santé .....	81
3.3.3. Rapport à la e-santé .....	83
3.4. L'insoumis .....	84

3.4.1. Rapport aux nouvelles technologies.....	85
3.4.2. Rapport à la santé .....	87
3.4.3. Rapport à la e-santé .....	88
3.5. Le paradoxal.....	89
3.5.1. Rapport aux nouvelles technologies.....	89
3.5.2. Rapport à la santé .....	90
3.5.3. Rapport à la e-santé .....	91
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>94</b>
1. Limites et forces de l'étude.....	94
1.1. Limites .....	94
1.1.1. Liées à l'échantillon .....	94
1.1.2. Liées au recueil des données .....	94
1.1.3. Liées à l'analyse des données.....	94
1.2. Forces .....	95
1.2.1. Liées à l'échantillon .....	95
1.2.2. Liées au recueil des données .....	95
1.2.3. Liées à l'analyse des données.....	95
2. La place du patient dans la cybersanté.....	96
3. Différentes approches de la technologie en santé .....	98
3.1. Une classification complexe .....	98
3.2. Tentative d'identification d'une logique d'utilisation de la santé connectée.....	99
3.3. Un profilage qui questionne.....	100
3.4. Particularités de l'insoumis.....	103
3.5. Des profils non indélébiles .....	104

4.	La e-santé : un modèle à double tranchant .....	106
4.1.	La santé connectée, pour connecter le patient à sa santé.....	106
4.2.	Les NTIC pour une autre prise de pouvoir dans la santé.....	107
4.3.	Un rouleau compresseur .....	108
4.4.	Les technologies dans la relation de soin .....	110
5.	Pistes d'amélioration : .....	111
	Point de vue de l'auteur : vers une approche plus personnalisée.....	112
	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>114</b>
	<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>115</b>
	<b>ANNEXES .....</b>	<b>124</b>

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

**ARS** : Agence régionale de Santé

**ASIP** : Agence des systèmes d'information partagés en santé

**BATX** : Baidu, Alibaba, Tencent, Xiaomi

**CNIL** : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

**CNRS** : Centre National de Recherche Scientifique

**GAFA** : Google, Amazon, Facebook, Apple

**HPST** : Hôpital, Patient, Santé et territoire

**IRDES** : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé

**JMIR** : Journal of Medical Internet Research

**NTIC / TIC** : Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**WHO** : World Health Organisation (= OMS)

# INTRODUCTION

## 1. Introduction longue

Aujourd'hui, l'image du médecin, muni de son stéthoscope, a laissé place à une vision du médecin plus technique et technologique (1).

La micro-informatique est apparue dans le monde de la santé à partir des années 1980 où apparaissaient les premiers logiciels de gestion de cabinet médical. Puis, c'est avec l'avènement d'Internet dans les années 90 et l'obligation de télétransmettre les feuilles de soins à l'Assurance Maladie (2) que les pratiques dans la santé ont évolué.

Depuis, l'informatisation dans la santé s'est massivement développé jusqu'à l'apparition du terme de santé connectée, ou encore e-santé pour qualifier la cybersanté (3). Elle correspond à la santé couplée à l'électronique. La e-santé se veut valeur ajoutée à la médecine et permettrait l'amélioration de la prise en charge et de la qualité des soins. Ce « e » qui s'immisce devant le mot santé n'exprime pas seulement l'aspect électronique. Selon le *Journal of Medical Internet Research* (4) d'autres aspects entrent également dans ce concept :

- *Efficiency* : efficience
- *Enhancing quality of care* : amélioration de la qualité des soins
- *Evidence based* : fondée sur les preuves
- *Empowerment* : prise de pouvoir
- *Encouragement*
- *Education*
- *Enabling information exchange and communication* : permettre l'échange d'informations et la communication

- *Extending the scope of health care beyond its conventional boundaries* : extension de la portée des soins de santé au-delà de ses frontières conventionnelles
- *Ethics* : éthique
- *Equity* : équité

Pour le JMIR, la e-santé n'est pas simplement la technologie dans la santé. Il existe d'autres sens qui ne sont pas gravés dans la roche mais qui sont objectivés.

Les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) qui investissent le quotidien de l'utilisateur créent l'illusion d'une « nouvelle » médecine à travers un sens qu'ils trouvent dans les NTIC. Ainsi le « e » prend une logique différente pour chaque utilisateur.

Avant de tenter de comprendre ces différents regards, une mise au point sur le vaste champ d'application de la santé connecté semble judicieuse.

### 1.1. Cartographie de la E-Santé

Selon l'OMS, la e-santé se définit par « *les services du numérique au service du bien-être de la personne* » (5). Elle se définit comme l'application des technologies de l'information et de la communication (TIC), au domaine de la santé et du bien-être.

La e-santé est un terme qui regroupe plusieurs notions en une. C'est une traduction de « e-health » et peut correspondre à la médecine connectée, la santé connectée, la cybersanté ... Autant de mots qui définissent le même ensemble. Ce terme renvoie aux concepts déjà existants comme le e-commerce, la e-dolution, etc., qui sont des domaines d'activité adaptés au milieu du tout-digital.

Aujourd'hui, il y a dans la e-santé les termes complexes de système d'information, de télésanté, m-santé (mobile-santé), télémédecine et de la robotique. Chaque groupe ayant des connexions avec les autres, la e-santé n'est pas un circuit fermé. (Schéma Annexe 2)

#### 1.1.1. Système d'information

C'est le socle de la e-santé. Le système d'information (SI) dans la e-santé, regroupe par exemple le Dossier Médical Partagé (6) ou le Dossier Patient Informatisé Hospitalier (7). L'ASIP Santé, qui correspond à l'Agence française de la santé numérique va dans le sens du projet e-santé établi par le ministère de la Santé en déclarant que ce système d'information est un « *accessoire indispensable à la réalisation de la mission de soins* » (8).

#### 1.1.2. Télésanté

Téléconsultation et télésanté sont deux concepts différents, mais qui s'entrecroisent (9); la télésanté également appelée télématique (10) dans la santé (11) est décrite par l'OMS comme un moyen qui « *peut permettre d'améliorer l'accès aux soins médicaux et aux soins de santé* » donnant ainsi la définition suivante :

« *L'expression télématique sanitaire est un terme composite désignant des activités, services et systèmes en rapport avec la santé mis en œuvre à distance au moyen de technologies de l'information et de la communication afin de promouvoir la santé, de*

*lutter contre la maladie et de développer les soins de santé ainsi que l'éducation, la gestion et la recherche en santé à l'échelle mondiale. »*

Dans la télématique on retrouve alors différents domaines avec notamment :

- La téléconsultation
- La mobile-santé
- La domo-santé (domotique pour la santé)

Mais nous observons également d'autres aspects qui n'entrent pas dans les domaines suscités :

- Les services de santé en ligne.
- L'information en ligne : grâce aux plateformes web en libre accès, l'utilisateur peut se voir fournir une information, un service, un conseil. Il existe un florilège de plateformes : répertoires santé, sites d'information, formations en ligne, prises de rendez-vous en ligne, outils de santé en ligne.
- Les forums et réseaux sociaux : donnée nouvelle dans la santé qui fait émerger les notions d'intelligence en ligne et de crowdsourcing (12).
- Les *serious-games* : plateformes ludiques en ligne ayant un but pédagogique dans la santé.

### 1.1.3. Télémédecine

La télémédecine est désormais cadrée dans le système de soin français avec l'article 78 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 dit HPST (13). Elle est fondée sur l'utilisation

des NTIC dans le cadre de consultations médicales à distance. Il existe cinq types d'actes encadrés par cette même loi :

- La téléconsultation : un professionnel de santé, à distance, dispense une consultation auprès d'un patient, qui peut être seul ou accompagné d'un autre professionnel de santé.
- La téléexpertise : toujours à distance, un professionnel de santé peut solliciter un autre professionnel de santé par l'intermédiaire des NTIC afin d'obtenir un avis.
- La télésurveillance : un recueil manuel ou automatique de données de santé est interprété à distance par un professionnel de santé.
- La téléassistance : un professionnel de santé peut assister un autre professionnel de santé au cours d'un acte médical ou chirurgical.
- La régulation médicale : dans le cadre des centres d'appel du 15, les NTIC peuvent apporter un soutien supplémentaire.

Un rapport de la HAS d'avril 2018 (14) établissait des recommandations d'éligibilité ou non à la téléconsultation ou téléexpertise, permettant ainsi un accompagnement réglementé et rigoureux de ces différentes approches.

#### 1.1.4. Mobile-Santé, applications mobiles, domotique santé et objets connectés

L'OMS a établi en 2011 la définition de la m-santé (15) comme « *pratique médicale et de santé publique reposant sur des appareils mobiles, tels que les téléphones mobiles, appareils de surveillance, assistants numériques personnels (PDA) et autres appareils*

*sans fil* ». Dans ce même rapport, l'OMS pointait le vaste champ d'application que pouvait comprendre la m-santé :

Communication des individus vers les services de santé :

- Centres d'appels de santé
- Services téléphoniques d'urgence gratuits

Communication des services de santé vers les individus :

- Observance du traitement
- Rappels de rendez-vous
- Mobilisation de la communauté
- Sensibilisation aux problèmes de santé

Consultation entre professionnels de santé :

- Télémédecine mobile

Enquêtes autour de la santé :

- Enquêtes mobiles
- Surveillance et télésurveillance

Accès à l'information pour les professionnels de la santé :

- Systèmes d'information et d'aide à la décision
- Accès aux dossiers des patients

Depuis la pénétration importante des téléphones intelligents dans le quotidien et le développement de réseaux de télécommunications, la m-santé s'intercale à travers ces différents moyens, mais aussi en créant les siens. L'ambition des organisations mondiales et des industriels est d'améliorer certes la prise en charge, mais également

de faciliter l'accès au soin aux zones démedicalisées. La m-santé vient donc effacer ces distances géographiques dans l'égalité aux soins (16).

Les applications mobiles viennent se greffer aux smartphones. Estimées à plusieurs centaines de milliers uniquement pour le secteur de la santé, ces applications sont créées et/ou supprimées tous les jours. Qu'elles soient destinées aux patients, aux professionnels de santé ou à tout public, elles ne garantissent pas toutes un label qualité, ne sont pas toujours certifiées (17) et peuvent tromper l'utilisateur.

Dans la recherche appliquée, divers travaux ont déjà été effectués en m-santé (18)(19) mais ces travaux n'apportent pas de réelle preuve. Ils indiquaient une reconduction de nouveaux travaux pour une meilleure évaluation à long terme. Les résultats étaient trop prématurés pour en tirer des conclusions.

Les objets connectés viennent suppléer les applications trouvées sur les smartphones, garantissant ainsi une collecte de données plus élaborée et plus élargie. À disposition du grand public et convoités par les plus grands industriels, l'impact médiatique et économique induit par ces objets connectés devient de plus en plus fort.

La domo-santé est l'adaptation de la domotique (20) à la santé. Il s'agit de l'application des NTIC à l'automatisation de la gestion d'un domicile. Dans un domicile, on peut ainsi retrouver des éléments contrôlant le chauffage, la literie, la lumière, etc. ; ces éléments viennent s'interconnecter avec les applications et les objets connectés. La domo-santé intervient également dans la gestion des actes de la vie quotidienne. On peut y trouver des éléments améliorant la lecture, d'autres vont utiliser des assistants électroniques pour aider les personnes ayant des troubles cognitifs(21), d'autres

encore peuvent gérer le pilulier (22). La liste s'agrandissant selon les besoins, le marché paraît prometteur et plein de bon sens.

## 1.2. La e-santé en France, dans le Nord et le Pas-de-Calais.

La stratégie nationale e-santé 2020 établie par le ministère des Solidarités et de la Santé, a pour projet d'accompagner la digitalisation de la santé dans la population française : « *La rencontre entre le numérique et la santé est une promesse pour les patients, les professionnels et le système de santé dans son ensemble. Cette stratégie permettra à la France d'entrer pleinement dans l'ère de la médecine digitale.* » (23).

Dans les Hauts-de-France, un Groupement d'Intérêt Public (24) axé sur la e-santé a pu voir le jour. Ses actions viennent compléter la formation des professionnels de santé, mais aussi accompagner et promouvoir l'usage des différents services proposés dans la e-santé. Le Nord et le Pas-de-Calais ont pu bénéficier du soutien de fonds européens et du conseil régional permettant la création et l'amélioration de services numériques régionaux (25). Ces investissements rentrent dans le cadre et le soutien d'un programme « PREDICE Ma Santé Hauts-de-France » dont l'objectif est de collaborer autour d'un service interopérable permettant une amélioration des prises en charge « *dans une logique de complémentarité, en mettant l'accent sur le citoyen-usager-patient au cœur du parcours de vie* » (26).

Dans le Nord-Pas-de-Calais, on peut retrouver le parc Eurasanté (27), sur le campus hospitalo-universitaire lillois, qui outre, ses actions de recherche, participe au développement numérique dans la santé en accompagnant les jeunes entreprises dans leur projet d'innovation.

Dans la formation proposée aux professionnels de santé, il leur est proposé de suivre une nouvelle formation, autour de la télémédecine afin d'acquérir de nouvelles compétences face à cette nouvelle demande (28).

L'offre dans le Nord et le Pas de calais semble aller dans le sens des objectifs nationaux, en proposant et en développant des outils pour tous.

## 2. Introduction courte

La e-santé déclenche une nouvelle appréhension de la santé dans l'évolution de la médecine. Le patient a, a priori, toutes les clés en main pour améliorer ses soins à l'aide des NTIC (29).

Ainsi avec l'offre qui grandit de manière exponentielle, tant pour les soignants que pour les patients, et la mise à disposition des nouvelles technologies de l'information et de la communication, on retrouve un patient qui cherche d'avantage à contrôler, à devenir encore plus qu'auparavant, « patient qui sait », et qui devient producteur de données de santé. L'inquiétude aujourd'hui de ces patients se transforme et les attentes changent. Les NTIC apparaissent être la solution idéale et facile pour répondre à ces attentes, dans le but d'apporter un supplément à l'information, délivrée ou non, par un professionnel de santé. Ce discours officiel, soi-disant bénéfique, s'oppose aujourd'hui à de nombreux ouvrages critiques ( *Eric Sadin – La Vie Algorithmique ; Marc Dugain – L'homme nu, la dictature invisible du numérique ; David Gruson – La machine, le médecin et moi ; Vion-Dury Philippe – La nouvelle servitude volontaire ...* ).

Entre médecine collective et *evidence base medicine*, le patient peut se perdre, voire se faire manipuler derrière ce trop-plein d'informations. À l'inverse, une autre personne peut tout à fait comprendre cette même information et devenir spécialiste à sa manière. Ces informations enrichissant le big-data ou tirées de cette base de données, apportent le carburant nécessaire aux GAFAM (Google, Amazon, Facebook, Apple, Microsoft) ou BATX (Baidu, Alibaba, Tencent, Xiaomi, pour l'Asie) (30) pour la recherche et le développement dans la santé. Les algorithmes, toujours plus performants, viennent anticiper la demande de l'utilisateur et créer un besoin qui

n'existait pas forcément au préalable. Appliqués à la santé, ces algorithmes sont désormais confrontés à une sécurité plus accrue (31)(32).

Il peut être alors légitime de se demander si le patient est vraiment maître de ses décisions dans le numérique et s'il est conscient de cette colonie numérique qui l'entoure.

C'est dans ce contexte que nous nous sommes intéressés au patient face à la santé connectée. Déterminer les attentes en fonction de chacun apporterait des pistes de réflexion sur l'utilisation de ces NTIC dans l'avenir et ainsi de mieux comprendre les objectifs de santé, différents d'un patient à un autre.

L'objectif était d'analyser les perceptions et pratiques sur la e-santé du patient en médecine générale dans le Nord et le Pas-de-Calais. Les patients ont-ils tous les mêmes conceptions sur la santé connectée ?

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'impact de ces nouvelles technologies sur la relation médecin-malade.

L'hypothèse est que le patient se confronte aux nouvelles technologies, par choix, mais aussi par nécessité, car qu'il se considère comme « apprenti sorcier » ou « technophile ». Le patient « s'approprie » ces nouvelles technologies, mais comment vraiment laisser la parole aux patients et l'entendre ? Peut-on également dire que les NTIC s'approprient les patients ? Ce patient est-il dépassé ou garde-t-il encore l'emprise ? Quelque chose de nouveau va-t-il surgir ? Quelle place du patient dans ce nouveau processus d'innovation ?

## POSTURE DE L'AUTEUR

Les nouvelles technologies occupent une place importante dans ma vie et ont pu me créer d'importantes opportunités. La e-santé, qui vient associer les 2 aspects, de ma vie professionnelle et personnelle, me donne l'image d'une révolution en marche. Le choix de ce sujet s'imposait indirectement, comme le fil conducteur d'une vie.

La réflexion préalable et mon point de vue permettaient de dégager quelques problématiques, qui ont pu être discutées avec le directeur de thèse. Dès le départ, ma posture se confrontait à une autre pensée, que je ne comprenais pas. Elle remettait en cause tous mes paradigmes et c'est cela que je n'arrivais pas à imaginer .

J'avais l'intime conviction que la e-santé pouvait et allait améliorer positivement la santé de demain. Mon état d'esprit sur cette intégration des NTIC dans la santé était basé surtout sur l'accessibilité des données et la mise en collaboration de ces mêmes données. J'étais convaincu qu'un travail de formation des utilisateurs de manière individuelle ou collective permettrait une approche plus efficace de la santé.

# MATÉRIEL ET MÉTHODES

## 1. Schéma général

### 1.1. Étude qualitative

L'analyse par méthode qualitative dans le cadre d'une recherche dans les sciences humaines (sociologie) est la plus adaptée pour répondre à notre problématique (33). Le but était d'étudier des logiques complexes qui ne se dévoilent pas d'emblée et d'étudier la nouveauté dans un échantillon. La recherche qualitative permet, par l'intermédiaire d'entretiens, de comprendre les propos et d'en comprendre certains comportements. L'ensemble de la démarche est participatif et ne réside pas dans un recueil passif d'informations.

### 1.2. Recueil des données

Il a été choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés individuels afin d'explorer plusieurs thématiques tout en laissant une libre expression à l'interlocuteur et l'abord d'autres problématiques.

Le guide d'entretien a pu évoluer, au fur et à mesure des entretiens en fonction des nouvelles pistes découvertes.

La recherche était centrée sur une démarche sociologique car cette étude s'intéressait à la diversité des perceptions et des conceptions chez les patients.

L'attitude de la personne menant l'entretien a également fait l'objet d'une recherche au préalable (34). Plusieurs éléments devaient prendre place durant l'entretien comme le respect de silence, l'importance des mots utilisés lors des relances (utilisation de « *Pouvez-vous m'en dire plus ?* », « *si j'ai bien compris...* »), le maintien d'une neutralité, l'utilisation de questions simples et la reformulation des questions si nécessaire. Les questions utilisées devaient être ouvertes tant que possible.

Les critères d'inclusion étaient simples : personne majeure.

Les critères de non-inclusion comportaient les personnes avec troubles cognitifs ou les personnes mineures.

Le recrutement de l'échantillon a été réalisé par les méthodologies du volontariat ou par effet boule de neige (35) dans l'objectif d'avoir un échantillon raisonné et diversifié. Cet effet boule de neige a rapidement rendu compte d'une inefficacité, le recrutement s'est recentré sur un échantillonnage raisonné à variation maximale.

L'accord verbal était demandé au patient. Avant chaque entretien, la recherche était présentée de manière très générale pour ne pas influencer les réponses.

La taille de l'échantillon était établie selon le principe de suffisance des données. Aucune taille n'était donc établie à l'avance. La suffisance des données était établie selon l'analyse des entretiens.

### 1.3. Éthique

Dépourvue de données à caractère personnel pouvant identifier une personne physique, cette étude est conforme à la loi Informatique et Libertés. Le protocole a

également reçu l'approbation du comité de recherche de la Faculté de Médecine et Maïeutique (FMM) (ANNEXE 1). Une déclaration a été effectuée auprès de la CNIL par la FMM.

## **2. Outils méthodologiques**

### **2.1. Guide d'entretien**

Chaque entretien se déroulait chez la personne interviewée, avec l'aide d'un guide d'entretien préalablement relu et discuté par un sociologue et un médecin généraliste. Les premières questions étaient d'ordre général et agissait comme question « brise-glace ». Cela permettait ainsi de mettre la personne interviewée à l'aise. Les questions qui découlaient par la suite venaient à se resserrer autour de la E-Santé.

Initialement il comportait 5 grandes thématiques. Des nouvelles idées ont pu voir le jour à travers les entretiens et le canevas s'est enrichi permettant (ANNEXE 2) de nouveaux rebondissements. Les différents thèmes abordés étaient :

- La consultation
- L'avant consultation
- Le suivi de la santé
- Le E-Médecin
- Le E-Patient
- La E-Santé

## 2.2. Enquête préalable

Avant d'établir le guide d'entretien, il avait été jugé nécessaire d'enquêter auprès des autres acteurs de la santé, permettant ainsi d'enrichir les premières idées du guide. Deux médecins généralistes avaient été interviewés. Les entretiens n'étaient pas enregistrés.

## 2.3. Recherche bibliographique

Le recueil de données scientifiques s'est étendu sur de nombreux moteurs de recherches scientifiques tels que : la Haute Autorité de Santé, Pubmed ®, Google Scholar ®, CISMef ®, Science Direct ®, CAIRM ®.

Une restriction a été faite aux études en français et en anglais.

## **3. Traitement des données**

L'analyse des données a été réalisée selon un protocole de thèse qualitative (36), dans une démarche rigoureuse permettant une reproductibilité. Le codage des entretiens a été réalisé en triangulation avec un interne en cours d'écriture de sa thèse.

### 3.1. Enregistrement et retranscription

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone.

La retranscription des entretiens se faisait sur Microsoft ® Word pour Mac © et permettait d'obtenir intégralement l'entretien sous traitement de texte et d'en tirer les

verbatim. Les éléments non verbaux étaient inclus autant que possible. Les enregistrements étaient ensuite détruits.

Afin de garantir l'anonymisation des données plusieurs paramètres d'identification et de structuration ont été choisis. Les verbatim ont été renommés d'A1 à D1 en fonction de l'ordre chronologique de la réalisation des entretiens. Tous les 4 entretiens, une analyse était réalisée permettant de reprendre le guide d'entretien pour inclure de nouvelles idées.

### 3.2. Analyse des données

Dans le cadre des recherches qualitatives, la fiabilité des résultats tient compte de critères de validité interne permettant une rigueur scientifique. Ces critères étaient établis par Rohleder et Lyons (37) selon :

- Son authenticité
- Sa crédibilité
- Sa transférabilité
- Sa fiabilité

L'analyse était ensuite réalisée sous le logiciel NVIVO 12 QSR International© pour Mac © pour permettre un encodage axial afin de détecter les thématiques. Une analyse transversale était ensuite établie. Le codage était fait selon un protocole ouvert puisque la grille d'analyse n'était pas définie au départ, mais élaborée à partir du verbatim. Le verbatim porteur de sens était identifié, en s'intéressant notamment aux mots mais aussi à leur contexte. Ils ont été confrontés les uns aux autres et regroupés en thèmes et en sous-thèmes.

Une prise en main du logiciel avait été nécessaire par l'intermédiaire du manuel utilisateur (38).

# RÉSULTATS

L'ensemble des résultats s'est heurté à une complexité dans l'analyse. La variété des positions sur chaque point permettait de dégager des tendances. Certains points pouvaient être unanimes, d'autres discordants.

## Caractéristiques de la population étudiée

Treize entretiens ont été menés. Au total, plus de 530 minutes ont été enregistrées.

L'échantillon de ce travail se composait de six hommes et sept femmes, de différents âges et niveaux socio-économiques, les données sont retranscrites dans le tableau 1.

	Âge (ans)	Sexe	Lieu d'habitation	Activité	Durée d'entretien
A1	64	H	Rural	Retraité	36 min 20 s
A2	31	H	Semi-urbain	Actif	1 h 13 min 40 s
A3	25	F	Semi-rural	Active	36 min 52 s
A4	27	H	Urbain	Actif	40 min 7 s
B1	49	F	Rural	Active	1 h 21 min 17 s
B2	72	H	Rural	Retraité	30 min 20 s
B3	32	F	Semi-rural	Active	39 min 27 s
B4	29	F	Urbain	Active	32 min 43 s
C1	30	H	Urbain	Actif	28 min 28 s
C2	30	F	Urbain	Active	23 min 3 s
C3	57	H	Semi-rural	Actif	45 min 58 s
C4	61	F	Semi-rural	Retraité	33 min 57 s
D1	58	F	Urbain	Active	38 min 09 s

**Tableau 1** : Caractéristiques des personnes interviewées : âge, sexe, lieu d'habitation, activité, durée de l'entretien.

L'abord du sujet par les différentes personnes était bien perçu. Aucun interviewé n'émettait de réserve ou de retenue sur leurs propos. A plusieurs reprises, certaines personnes pouvaient énoncer de nouvelles idées et rebondir sur leurs propres dires, alors que l'entretien et l'enregistrement étaient terminés.

## **1. Partie 1 : Regards sur les nouvelles technologies dans la santé**

La médecine d'aujourd'hui et de demain questionne et intéresse l'un des acteurs principaux du soin : le patient. La santé connectée, ou e-santé pour certains, donne une image d'évolution. Mais quelle position prend le patient dans cette évolution ?

### **1.1. Des perceptions différentes liées aux technologies de l'information et de la communication**

#### **1.1.1. L'évolution de la médecine**

Dans les différents entretiens, il existe une sorte de transformation de la médecine de ville et hospitalière. Les moyens dont disposent les médecins aujourd'hui changent leur manière de travailler et leur qualité de vie. Les différents recueils font évoquer une médecine différente, avec des outils toujours plus performants, en ville ou à l'hôpital. Certains peuvent être fascinés sur ces nouvelles technologies dans la santé.

D1 : « *Grâce aux progrès de recherche, de la recherche au niveau médical, des pathologies, et aussi au niveau de tout ce qui est radiologique, les examens, etc. Ça a vachement évolué !* »

B1 : « *Quand je regarde les évolutions technologiques depuis une décennie ou deux ça a été fulgurant* »

A l'opposé, sur ces entretiens, 3 personnes n'y prêtent pas plus grande attention.

B3 : « *Je n'ai pas l'impression qu'il y a une énorme évolution non* »

Il existe un sentiment d'évolution de la médecine. Cette évolution peut être-elle attribuée à l'avènement des NTIC ? Les patients ont l'impression que les nouveaux médecins se concentrent autant sur les nouvelles technologies que sur le patient.

B1 : « *Alors on a le sentiment que nos médecins de famille ont disparu* »

C1 : « *je le trouvais beaucoup plus sympa que les médecins jeunes. J'ai tendance, je pense, à les trouver un peu trop... Je ne sais pas, j'ai l'impression qu'ils mettent une barrière. Après c'est mon impression, mon ressenti sur deux trois médecins jeunes, mais j'ai l'impression qu'ils mettent une barrière.* »

### 1.1.2. La place de l'ordinateur

Dans la plupart des entretiens, cet ordinateur apparaît comme l'intrus. La place du patient peut lui paraître secondaire. La relation devient à 3 et pose la place spatiale et temporelle du patient. B1 vient expliquer qu'il ressent la présence de l'ordinateur sans exprimer son sentiment. La consultation ne se ferait pas à deux plus l'ordinateur, mais à trois. Pour C3, ce n'est pas le médecin qui disparaît, mais le patient lui-même. B1 ressent même une présence supplémentaire.

C3 : « *Alors oui parce que le médecin, la moitié de la consultation, il ne vous regarde pas il est sur le côté, il tape à l'ordinateur. De temps en temps il se retourne puis vous parle* »

B1 : « *Je ressens la présence de l'informatique, des applications qu'il peut y avoir...* ».

À l'opposé, pour une minorité, l'informatique s'intercale naturellement dans la consultation chez le médecin. Souvent, l'ordinateur qui fait interface entre le médecin et le patient, n'est pas remarqué par le patient, qui le considère comme outil supplémentaire. B2 explique le caractère naturel et habituel des NTIC dans la consultation.

B2 : *« je lui présente ma carte vitale donc comme ça, tout de suite il la rentre dans l'ordinateur »*

A1 : *« Il va sur son ordinateur, tous les documents que je lui ai fournis quand je l'ai choisi comme médecin, il a tout scanné. »*

Il existe d'ores et déjà une certaine ambiguïté dans la place des technologies, notamment de l'ordinateur dans la consultation.

### 1.1.3. Une évolution liée à la technique et au technologique

Cette évolution observée de la médecine passe également par des pratiques plus ou moins conséquentes. De la technique à la recherche du savoir, ces NTIC viennent entrer en concurrence avec les anciennes méthodes. En s'exprimant sur le cas des ordonnances réalisées de manière informatique, C1 décrit de manière factuelle le processus, qui lui semble facilité. Mais cette forme de neutralité n'exprime-t-elle pas un regret ?

C1 : *« Maintenant je vois plus un médecin ouvrir un bouquin dans un cabinet ; c'est souvent il tape à l'ordinateur tout le long, il renseigne tout un tas de choses. Les ordonnances aussi elles sont faites informatiquement alors qu'avant c'était écrit à la main. »*

Cette santé connectée fait naître une forme de suffisance, avec une habitude à la performance technique. A2, en parlant de son historique médical, ne comprenait pas pourquoi le professionnel de santé lui faisait remplir une feuille, comme il pouvait être coutume de faire auparavant. Comme si toutes ces évolutions étaient acquises pour tout le monde. Ce procédé important de recueil des antécédents, entre autres, dans la prise en charge, se simplifie, mais se banalise.

A2 : « *Ça m'est arrivé une fois, il y a peut-être 6 mois quand je suis allé chez le dentiste. Je vais chez le dentiste, j'avais une carie à faire soigner [...], ça m'a surpris, la femme en me faisant patienter dans la salle d'attente, elle m'a demandé de remplir une feuille. »*

#### 1.1.4. Une course contre la montre

Le temps apparaît être le facteur récurrent et devient même la variable maîtresse dans les divers processus de décision. La médecine connectée introduit la notion de rentabilité, donc de gain de temps.

Le temps accordé au patient est diminué, lié en partie par l'efficacité des NTIC

A2 : « *Je trouve que par rapport à avant, la médecine de maintenant est un peu plus expéditive. »*

Mais cette course au temps prend sa place dans la santé, car le patient du 21<sup>e</sup> siècle cherche l'efficacité et le gain de temps. La perte du temps est liée à une perte de chance et gagner du temps permettrait de profiter de la vie. La réponse à cette variable

temps apparaît aussi importante que la réponse thérapeutique à la maladie. Guérir ce n'est plus simplement soigner, mais c'est soigner rapidement.

A3 : « *J'ai facilement, quand j'y vais en consultation libre, j'ai, des fois, 3 heures d'attente...* »

Le patient veut également intégrer cette rentabilité du temps pour gagner et dépenser son temps différemment. La médecine connectée et contemporaine aurait cette vertu de gain de temps. Une nouvelle fois, il existe une forme d'ambiguïté dans les propos recueillis, les patients sont à la fois dans la recherche du gain de temps, mais ne supportent pas que le médecin soit expéditif.

C1 : « *Il y a tout ce qu'est Doctolib © qui me permet de prendre des rendez-vous rapidement* »

A4 : « *l'e-médecine, comme j'ai dit, oui c'est hyper avantageux ça permet de gagner du temps.* »

La e-santé qui devient un fil conducteur de bouleversement dans la médecine, n'apparaît tout de même pas évidente pour tout le monde. La santé connectée se place dans une nouvelle vague et apporte ses atouts et inconvénients dans la médecine qui cherche sans cesse à se moderniser et se perfectionner. À travers ces différentes approches, le patient peut y voir autant un Eldorado qu'une incompréhension totale.

## 1.2. À l'abordage ou non de la santé connectée

Que connaît le patient de la e-santé et comment s'y confronte-t-il ?

Le vaste champ d'application de la e-santé n'est pas ou peu connu de tous. Pour certains elle renverra à la télémédecine, à la robotique, mais pour la plupart, la e-santé correspond à la recherche sur Internet et la prise de rendez-vous en ligne. L'image de la e-santé peut alors être altérée par le ressenti individuel de l'Internet. Ce flou du champ pourtant vaste, peut être lié à un désintérêt du patient ou à une simple méconnaissance.

A3 : « *La E-Santé [...], ça va être la plateforme Doctolib ©* »

B4 : « *C'est aussi le fait de faire des demandes, des démarches en ligne.* »

Les personnes interrogées expriment une forme d'évidence sur les technologies dans la santé. La santé devient forcée d'entrer dans l'engrenage technologique, poussée par une forme d'évidence collective. La technologie s'impose à la santé.

A2 : « *Là finalement, vous êtes dans l'ère, bon ok c'est l'ère du numérique* »

A3 : « *C'est l'évolution classique. C'est tout.* »

Cette évolution devient indélébile et la marge de manœuvre autour de cette utilisation se restreint. La puissance et la performance, qui sont liées à l'utilisation des nouvelles technologies dans la santé permettent difficilement un retour en arrière. Les technologies deviennent sans limites, obligeant chacun à consommer.

B3 : « *il y a quand même eu des améliorations au niveau de la médecine et je ne pense pas que c'est le but de revenir en arrière.* »

C4 : « Avec tous les progrès qui seraient effacés, non. Et heureusement parce que bon, on a quand même avancé dans la médecine. »

D1 : « De toute façon, on ne peut pas revenir en arrière, c'est pas possible »

En étant le témoin d'un nouveau marché qui se développe autour de ces nouveaux outils, la santé devient un consommable parmi tant d'autres. Le rapport de force se modifie et les NTIC rentrent, dans les foyers par tout type de moyen, notamment par la commercialisation d'outils de santé.

A1 : « E-santé, j'ai déjà entendu le mot, c'est un peu comme E-Commerce ... »

C3 : « Ah la e-santé ! oui oui oui. Chez mon employeur, il fallait se positionner sur la e-santé qui était un marché porteur. »

La santé connectée n'est pas connue de la même manière chez toutes les personnes interviewées. Mais force est de constater que cette information n'est pas, ou peu, apportée par les principaux acteurs de la santé. Le médecin généraliste, entre autres, n'apporte peu d'informations spontanément sur l'évolution des pratiques. Il apportera les réponses si le patient l'interroge. Le patient devient autodidacte dans la e-santé. Il apprend par les médias, par ses propres moyens, par des amis... Quel regard critique ces sources apportent-elles ? Devant ce peu d'information délivrée, il devient légitime de se demander si la e-santé s'impose également au corps médical, et si le médecin est lui-même informé sur la question.

A3 : « on entend de plus en plus à la radio, à la télévision »

C3 : « quand on regarde les informations, n'importe quoi, on vous présente ces trucs-là comme des choses extraordinaires. »

Certains médecins généralistes restent tout de même sensibilisés à la santé connectée. Ces médecins cherchent davantage à protéger plutôt que de comprendre et partager.

B3 : « *Chercher sur Internet, elle (NB : le médecin) me dit toujours "n'allez pas voir sur Internet !" »* »

Petit à petit, le patient prend conscience que ces NTIC s'intègrent dans sa vie et dans sa santé par une force extérieure qu'il ne peut pas expliquer. Entre acteur et spectateur, il explique difficilement ce qu'est la santé connectée aujourd'hui. Mais quelle projection donne-t-il à cette nouvelle dimension ?

### 1.3. L'avenir de la e-santé

#### 1.3.1. L'utilisation de demain : différents regards

Le patient se sent poussé à faire évoluer sa mentalité en fonction de l'évolution médicale. Les NTIC apparaissent pour le patient comme une entité gigantesque s'imposant par-dessus tout. La technologie avance à grands pas, mais la croissance technologique à venir sera d'autant plus grande, et le patient a la sensation de devoir suivre inexorablement.

C3 : « *Mais aujourd'hui on est en train de s'effacer petit à petit, on parle de plus en plus de télé-consultation. »* »

La e-santé devient inéluctable et cette promesse de l'idéal lui est imposée. Son choix est remis en question, et il peut se sentir comme écarté de sa propre santé, où cette santé devient manipulable.

A4 : « *tout le monde va l'utiliser, et je pense qu'on sera un peu forcés de le faire aussi.* »

L'évolution actuelle n'est que le reflet d'un futur proche ou lointain. Ces outils ne seraient qu'une première version avant une meilleure optimisation. Le patient se sent au milieu d'un chemin tout tracé, unique, menant à une meilleure prise en charge, mais qui est imposé. Le débat n'est lui pas invité dans ce voyage.

C1 : « *Et que là on est dans une phase de transition, je pense.* »

B2 : « *De toute façon c'est un passage obligé.* »

Pour certains, cette transition n'en est même qu'à ses débuts. La e-santé ne serait qu'un prototype.

C4 : « *Mais bon on est qu'au "b-a ba" de tout ça* »

Ces différents points de vue sur l'évolution des TIC dans la santé, entre transition et premiers essais, permettent d'expliquer un regard principalement expectatif, toujours dans l'attente.

### 1.3.2. Quelle place des TIC demain ?

Les patients voient dans ces nouvelles technologies une nouvelle ligne de conduite, basée sur la mode. Les patients veulent rester actualisés et intégrés dans la société

en consommant ces nouvelles technologies. Mimétisme ou réelle volonté, le choix du patient est complexe. L'adhésion aux NTIC ne semblerait alors pas totalement réfléchi sur le fond.

C2 : « *Donc voilà, après c'est la mode... Tout le monde aime bien mesurer, tout contrôler.* »

A2 : « *C'est vrai que tout ce qui est nouvelles technologies [...] ça a un super grand attrait* » ; « *En plus c'est un effet de mode* »

Ce qui arrive sera surtout adapté aux prochaines générations, déjà connectées avant la naissance. Chaque génération est en transition dans une logique d'évolution permanente. Mais ces générations ne se sentiront-elles pas elles-mêmes en transition ? N'est-ce pas là le concept de l'évolution d'être toujours dans la transition ?

B4 : « *Parce que tout le monde est de plus en plus ultra connecté et qu'aujourd'hui les personnes qui ont plus de 60 ans ne le sont pas toutes. Mais d'ici 10 15 ans les personnes qui... même les personnes plus âgées seront hyper connectées et les jeunes ils le sont déjà fortement.* »

C2 : « *Ça pourra se généraliser pour les nouveaux qui sont nés avec Internet.* »

La e-santé deviendra une forme de résignation. La force employée par ces dispositifs sera plus forte que le désir de l'homme.

A1 : « *Je ne dis pas que on n'arrivera pas un jour à l'E-Santé à 100%, on y arrivera certainement...* »

Cette méconnaissance pousse le patient à imaginer ce que sera la e-santé de demain. S'appuyant sur des bases de science-fiction, le fond de cette pensée repose sur des

concepts de soins magiques, permis par un système complexe détenant la totalité de la connaissance. La machine apportera toutes les réponses que nous n'avons pas aujourd'hui. Cette approche purement biomédicale des nouvelles technologies vise surtout la performance diagnostique et thérapeutique.

B1 : « *Peut-être qu'on pourrait être mis dans une sorte de sarcophage et puis selon les capteurs et bah on recevrait, je ne sais pas, des médicaments, de l'air, j'en sais rien, je dis n'importe quoi* »

B3 : « *Bah je sais pas, ça serait envoyer dans le corps des petits robots* »

A2 : « *Peut-être qu'un jour que vous aurez une montre qui sera capable de vous dire "vous avez une angine"* »

Cet avenir paraît, pour certains, tout tranché. Mais pour d'autres, de posture différente, ils ne pourront se porter comme juge et parti. La e-santé questionne et le patient s'interroge sur le rôle et le sens des TIC dans la santé.

A3 : « *Donc tout évoluera grâce à la technologie ou à cause de la technologie ?* »

**En partie méconnue, ou attendue au tournant, la e-santé s'impose comme une évidence d'aujourd'hui et de demain. Les patients témoignent principalement d'une relation complexe aux TIC avec une réflexion sur la manière dont la e-santé s'impose à eux.**

**Ce regard mitigé questionne et fait naître une balance bénéfice-risque quant à l'utilisation des TIC dans la santé. Les NTIC répondent-elles aux attentes médicales des patients ? Que pense le patient sur les différents apports des nouvelles technologies dans la santé ?**

## 2. Quel usage de la e-santé ?

Le patient attend de son médecin et de la médecine une sorte d'exhaustivité de sa santé. Le médecin est attendu dans différentes compétences.

C4 : « *qu'il m'écoute, qu'il me soigne et puis qu'il me guérit surtout.* »

Mais devant des NTIC toujours plus performantes, comment viennent-elles s'introduire dans les différentes problématiques rencontrées aujourd'hui et dans celles à venir ?

En donnant son point de vue sur ce qu'apporteraient les NTIC dans la santé, le patient dévoile des aspects attractifs, ou à l'inverse répulsifs, sur la e-santé.

### 2.1. L'utopie technologique

Les TIC apporteraient un panel d'atouts dans la médecine. Elles donnent de nouveaux éléments, enrichissant des aspects déjà existants, dans le but d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins.

#### 2.1.1. L'accessibilité

Disponible, la TIC va pouvoir apporter un grand nombre d'informations en tout lieu, à tout moment, pour n'importe qui. La donnée devient omniprésente. L'instantanéité et l'immédiateté enrayées par les nouvelles technologies permettent d'aider le patient à sortir de l'incompréhension. L'individu cherche à profiter d'un système « en temps réel » qui peut apporter une réponse à sa portée.

B2 : « *C'est génial parce que maintenant j'y vais, à partir du moment où il met ma carte dans son ordinateur il a toutes les coordonnées de mon âge et tout ça donc il n'y a plus besoin de poser de questions* »

A4 : « *J'ai tout à portée de main donc ça facilite* »

A2 : « *Vous tapez simplement les symptômes que vous avez dans Google ©* »

L'accès à la donnée passe également par l'échange entre tous les intervenants, optimisant ainsi les compétences de chacun. L'échange entre la ville et l'hôpital devient, semble-t-il, plus facile, et la transmission d'informations ne dépend plus du patient. Ainsi, pour le patient, les données peuvent être recueillies par les bons destinataires et le patient se décharge de cette lourde tâche de la transmission de données, avec le risque de perdre ces données. Cette centralisation des données, permet selon lui, une meilleure communication entre tous.

B1 : « *le patient va rentrer assez vite chez lui et va être suivi par tout un ensemble de matériel, de capteurs ou autres, qui vont permettre ensuite une relation à la fois avec les médecins de ville, les infirmiers, les paramédicaux, et puis aussi l'hôpital, etc.* »

C2 : « *Quand on change de médecin, s'ils peuvent communiquer entre eux, c'est pas mal. Si on change de pays, on change de ville, ça, c'est hyper important.* »

C1 : « *pouvoir centraliser toutes les données* »

Dans cette accessibilité, le temps est également une variable incontournable. Les données parviennent aux intéressés plus rapidement permettant idéalement une prise en charge plus rapide. La vitesse devient un élément majeur dans la qualité des soins.

C2 : « *Parce qu'on a l'information plus rapidement et on peut réagir plus rapidement.* »

D1 : « *[...] c'est tellement plus rapide* »

A4 : « *nous ce qu'on veut c'est gagner du temps, etc. »*

A2 : « *Mais en termes d'accessibilité c'est quand même 10x plus rapide »*

### 2.1.2. Une immersion dans sa santé

En utilisant des objets connectés aux machines hospitalières, ces nouvelles technologies apportent une visualisation des résultats en direct, donnant ainsi la représentation de ce qui, souvent, est abstrait aux yeux des patients. Cette image vient alors apporter plus de réponses au patient sur ce qui pouvait être non représentable auparavant.

A2 : « *Mais mentalement ça me rassure de voir »*

C2 : « *Moi vu que j'ai un métier assez stressant, j'ai eu une période où j'étais très fatiguée et j'étais curieuse de voir en achetant l'AppleWatch © si ça avait un impact sur ma santé »*

Les nouvelles technologies amènent également à de nouvelles attentions sur certaines situations ou pathologies.

A1 : « *il y a des choses qu'on peut voir d'une façon différente »*

B1 : « *ça permet à l'homme de se concentrer sur des choses, des anomalies et de passer d'avoir plus de temps ou d'être moins fatigué pour mettre le doigt sur ce qui est anormal »*

### 2.1.3. Rentabilité

Le gain de temps occupe une place majeure dans ce travail de recherche. Aller chez le médecin n'est pas une partie de plaisir, et les NTIC donneraient le moyen d'avoir des réponses tout en évitant le déplacement et la consultation médicale. Ce temps devient bien plus contrôlé et optimisé. A4 viendra expliquer que la potentialisation de ces TIC permettrait d'éviter des dépenses.

D1 : « *Parce que c'est plus rapide. Et puis je peux choisir mes dates en fonction de mon agenda de ma convenance personnelle, etc.* »

C1 : « *Par exemple un rhume, si on peut facilement se diagnostiquer un rhume et sur Internet trouver comment facilement soigner un rhume. On n'aura plus besoin de se déplacer chez le médecin pour un simple rhume et engorger les salles d'attente. »*

A4 : « *Et puis on gagne de l'argent potentiellement »*

B1 explique que le médecin lui aussi cherche à être rentable et gagner du temps grâce aux nouvelles technologies. Les outils viendraient jouer le rôle d'auxiliaire, remplissant toutes les tâches répétitives.

B1 : « *ça l'aide sur des choses qui étaient très pénibles avant »*

C2 : « *ça lui permet de gagner en efficacité. »*

### 2.1.4. Parcours de soin facilité

La rencontre avec les médecins se facilite également. Les consultations de renouvellement, banales aux yeux des patients, peuvent être apportées par ces nouvelles technologies, entre autres avec l'apport de la télémédecine. Pourtant, en

pointant du doigt les logiques d'utilisation de la télémédecine, le patient pose indirectement des limites dans l'utilisation de cette dernière dans la médecine générale.

A3 : « *pour renouvellement, ça va être plus, dans ce cas-là, sur la télémédecine.* »

B2 : « *La télémédecine ça pourrait être si je dois renouveler une ordonnance* »

B1 : « *Donc c'est super pratique parce qu'on n'a pas à se déplacer pour aller chercher uniquement le résultat alors que il n'y a aucune valeur ajoutée à aller chercher les résultats puisque on ne voit pas le biologiste.* »

Dans un objectif de mieux communiquer, ces nouvelles technologies vont également permettre d'enrichir la liaison du patient entre les différents spécialistes. Pour B1, il existe un système de soin entre ville et hôpital qui pourrait le mettre en difficulté. Pour lui, les TIC, dont l'objectif initial est d'informer et de communiquer, ont leur place dans ce contexte déjà compliqué.

B1 : « *Ça va permettre de faire le lien peut-être plus facilement entre l'hôpital et la médecine de ville.* »

A2 : « *Si on est loin, on peut éventuellement guider, entreprendre des opérations* »

Les TIC participent à décharger la lourde administration imposée par les soins. Les TIC permettraient, dans leurs désirs, de rendre plus compréhensibles et manipulables certains processus liés aux soins. Les démarches liées aux soins deviendraient plus fluides et pratiques.

B4 : « *C'est vrai que par exemple pour suivre Améli et les remboursements, etc. L'application aussi bien l'application Améli, mais je n'ai pas l'application de la mutuelle*

*par contre. C'est vrai que c'est pratique. L'annuaire santé d'Améli aussi c'est pratique pour aller voir les remboursements. C'est vrai que ça facilite. »*

#### 2.1.5. Gain en compétence médicale et autonomisation

Lui apportant des ressources supplémentaires, ces NTIC lui donnent l'impression de garder l'emprise sur sa santé.

*B3 : « Ça m'a stressé, on pense à plein de choses, du coup j'ai été voir sur Internet. »*

*A2 : « Là je me dis que j'ai un petit moyen à moi »*

C1 explique comment il peut rendre visibles des données plus facilement constructibles et interprétables.

Pour autant, ce suivi, qui existait déjà sous la forme du carnet de santé ou d'un simple suivi manuscrit, ne semble pas avoir le même impact sur le ressenti de son implication dans sa santé.

*C1 : « Si jamais un jour je vais chez le médecin parce que mon poids a évolué je vais pouvoir ressortir tous les enregistrements de mon poids que j'ai fait depuis des années. »*

Cette sensation de maîtrise de l'environnement lui permet de s'organiser de manière pratique. Pour D1, pouvoir cibler sa recherche c'est entrer dans une forme de maîtrise environnementale.

*A2 : « on prend le nom de son médecin, on choisit le planning en fonction des disponibilités, des nôtres et tout, on réserve, c'est bon »*

D1 : « *On peut cibler notre recherche c'est aussi important. Et puis on n'est pas obligé de donner une réponse tout de suite. En fait on maîtrise. »*

A4 : « *On n'est pas obligé forcément de passer chez le médecin pour avoir ce type de statistiques. »*

La question de l'immédiateté revient également dans le débat, les moteurs de recherches, les objets connectés, fournissent des éléments en temps réel, comme si le médecin n'était plus assez suffisant pour satisfaire le patient.

Mais à quelle image de la médecine cela renvoie-t-il ? Le rôle du médecin se banaliserait-il ? La recherche apporte des réponses, mais cette réponse n'est sans doute pas interprétée correctement. La réponse oriente, mais prend-elle en compte la complexité et la globalité du patient ? La pathologie est tout d'abord perçue comme le ressenti du patient, la sémiologie laisse place aux moteurs de recherches, qui apportent des réponses à une recherche qui peut déjà être initialement erronée.

A2 : « *Vous tapez simplement les symptômes que vous avez dans Google © [...] et vous tombez sur des forums. »*

A4 : « *on a l'information médicale tout de suite »*

B4 : « *Et moi je vois au bureau je suis en open-space, rien que de devoir rappeler il faut que je sorte de mon bureau j'appelle et si on décroche pas ce moment-là, du coup je retourne au bureau. Puis en même temps on va me rappeler et je suis dans l'open space, il faut que je ressorte. Sur Internet ya 3 clics à faire. »*

Les TIC changent le recours au médecin, et parfois, le médecin doit se substituer aux NTIC. Nouvelle étape pour échapper au médecin, ces outils apportent un recours supplémentaire dans le soin et vient alors allonger l'accès au professionnel de soin.

C2 : « *C'est surtout quand le problème ne peut plus être résolu par mes propres moyens* »

A4 : « *Du coup je peux rentrer mes informations combien de kilocalories j'ai consommé, que j'ai ingurgité plutôt par jour, et après comme ça, ça me fixe des limites en fait.* »

#### 2.1.6. Vers de meilleures performances, plus faciles

Les NTIC viennent gonfler les aptitudes et le savoir-faire du médecin.

B1 : « *ça augmente ses capacités* »

A2 : « *Du coup ils (NB : les médecins) peuvent plus facilement, par rapport à ce pour quoi je vais les consulter, émettre un diagnostic.* »

Les NTIC permettraient d'aller plus loin et de faire prendre conscience de l'importance du maintien en bonne santé. Ces nouvelles technologies deviennent des outils de prévention. Au-delà de cela, C2 montre les rappels que peuvent relancer les smartphones pour inciter à se remettre en activité. Les NTIC deviennent un outil qui incite à faire attention, qui ne possède pas de propre pensée. Ce fonctionnement de surveillance et d'autodiscipline permet à l'utilisateur de s'écarter de ses failles, de voir ce qu'il ne voit pas. La TIC met l'individu face à lui-même, sans pour autant le guider, car la personne reste libre de l'accepter ou de la refuser. La technologie devient un outil complexe, presque vivant, qui possède une autonomie et qui réinvente le rapport entre l'homme et l'outil.

C2 : « *C'est bête, mais ça m'incite à faire attention. J'ai un métier sédentaire et on a des petits bips quand on est resté trop longtemps assis et ça permet de se rappeler que voilà, il faut se dégourdir les jambes, s'aérer l'esprit.* »

A4 : « *Si par exemple j'ai besoin de maigrir, c'est pareil, si j'ai besoin de maigrir j'ai des applications qui vont pouvoir m'aider.* »

#### 2.1.7. Un autre moyen de s'occuper de la santé

Le patient pourrait jouer avec sa santé. Les NTIC simplifient et dynamisent leur fonctionnement pour une meilleure compréhension et adhésion des utilisateurs d'une façon détournée. L'apport de ce ludisme lui ferait penser à sa santé d'une manière différente apportant une autre forme de plaisir. Ce détournement, qui est à l'inverse de la compréhension, peut alors rapprocher le patient de sa santé.

A4 : « *Et des fois je m'amuse à mesurer aussi mes valeurs* »

C4 : « *c'est un moyen de se divertir.* »

Tous les médecins ne sont pas nécessairement attirés par cet aspect digitalisé de la médecine, mais il a été fait en sorte que ces technologies puissent apporter une forme de récréation, ou de détournement.

B1 : « *Je pense que c'est quelque chose qui l'intéressait et qu'il était friand et il disait "tient j'ai un nouveau joujou".* »

#### 2.1.8. Une réponse au manque de médecins

Le patient met en parallèle les NTIC avec la démographie médicale. La désertification médicale des campagnes devient plus que problématique. L'accessibilité des technologies déjà mise en évidence permettrait alors de combattre ces déserts médicaux auxquels il assiste.

C4 : « *si on est en pénurie de médecins aussi c'est peut-être une porte ouverte pour dire de palier à tout ça. »*

C1 : « *Ça peut aussi aider les gens qui sont loin de tous les médecins »*

L'accès au soin se facilite. Les personnes recluses pourraient à leur tour bénéficier des mêmes moyens que les citadins. La fracture de moyens entre le rural et le citadin s'atténuerait.

A2 : « *quelqu'un [...] qui doit subir une grosse opération et que le médecin le plus habilité pour ça se trouve [...] à 5000 km de là [...], ça peut être un avantage, parce que s'il ne peut pas se déplacer au moment même, il peut "guider" »*

#### 2.1.9. Informer et s'informer

Apprendre à connaître les maladies c'est apprendre à connaître les maladies de son corps.

C3 : « *C'est toujours mieux de traiter les pathologies qu'on arrive à connaître. »*

Internet serait également perçu comme un renfort de l'information. Le patient acteur veut comprendre le mécanisme physiopathologique en œuvre sans la complexité scientifique. Les NTIC apportent des faits, et permettent d'enrichir le savoir du patient.

A3 : « *si c'est nouveau, je vais peut-être regarder quelque chose sur Internet »*

D1 : « *En fait Internet c'est presque un dictionnaire »*

C2 : « *j'ai l'impression d'apprendre des choses, c'est plus pour ma culture générale »*

Le *big-data* vulgarise et apporte souvent des réponses considérées comme solution.

Les données recueillies lui donnent le sentiment de prouver, ou plutôt d'impressionner le médecin. Il s'agirait presque d'une demande indirecte de vouloir montrer qu'il sait et qu'il participe aux soins. Les NTIC interviennent dans cette logique en facilitant ces processus complexes. A2 cherche à faire approuver sa démarche par son médecin, en tentant de l'étonner, de l'intéresser, sans pour autant se demander si cette démarche fait sens pour son médecin.

A2 : « *Et quand on va chez le médecin du coup on sort des termes techniques, on commence à dire voilà nous on a vu ça, on a vu ça, etc. Parfois il est un peu impressionné.* »

#### 2.1.10. La recherche d'une qualité de vie améliorée

La pensée se concentre sur autre chose, permettant d'éviter l'erreur ou l'oubli. Les NTIC agissent comme de véritables guides du confort de vie. Ces TIC se transforment en être de pensée pour l'autre, permettant presque la soumission confortable à l'outil.

B1 : « *Si une appli qui me rappelle que je dois prendre mon cachet à telle heure parce que je suis un peu distraite et que je n'y pense jamais.* »

Les nouvelles technologies dans la santé apportent un confort de vie. L'intérêt des NTIC serait de ne pas compliquer les choses et d'éviter de se poser des questions, dans une logique de moindre effort. Le confort passerait par le principe que les NTIC viennent agir à sa place et améliorer sa qualité de vie.

B4 : « *je ne me pose pas non plus toutes ces questions, mais parce que par simplicité en fait j'ai pas envie de me poser la question de quoi utiliser d'autre si demain je ne devais pas utiliser ça. J'ai pas envie de me compliquer la vie.* »

B2 : « *C'est génial parce que maintenant j'y vais, à partir du moment où il met ma carte dans son ordinateur il a toutes les coordonnées de mon âge et tout ça donc il n'y a plus besoin de se poser de questions* »

Le poids de la santé s'atténuerait grâce aux NTIC.

A4 : « *peut être que je trouverais d'autres solutions pour m'alléger niveau médical* »

A2 : « *pour permettre au médecin de vivre professionnellement, tout en n'ayant pas une surcharge administrative en se disant « à chaque patient je dois faire ça, faire ça, faire ça » »*

La finalité de cette utilisation est principalement la réassurance. Les NTIC agissent en montrant ce que le patient voudrait voir. Mais le patient comprend-il la globalité ou se cantonne-t-il aux éléments qu'il veut à tout prix voir ?

A2 : « *Et donc du coup comme ça me rassure, c'est un peu [...] comme un effet placebo, on croit qu'on a quelque chose [...] et le corps va l'amplifier. Mais en fait on n'a rien.* »

B3 : « *Mais le fait de chercher on se dit "on va trouver" et ça va nous rassurer* »

B1 : « *Il y a une vertu déjà de rassurer* »

C2 : « *C'est aussi bon pour le moral* »

#### 2.1.11. Des apports individuels

Le patient peut également se sentir plus en sécurité et en confiance. Le médecin, avec sa position de professionnel, peut impressionner et intimider. Les NTIC viendraient supprimer les sujets tabous et donner un pouvoir de s'exprimer plus facilement.

B2 : « *Et le patient je pense que du fait qu'il n'est pas en liaison directe avec le praticien il se laisse aller et il dit tout ce qu'il a à dire* »

B1 : « *c'est plus pour faciliter la communication* »

Un des apports relayés par A2 serait l'aspect écologique. La bonne santé passerait pour lui par un mode de vie plus écologique, les NTIC permettraient selon lui d'accéder à cet aspect.

A2 : « *je pense qu'il y a aussi des enjeux écologiques* »

**Les NTIC permettraient, par leurs différentes utilisations, d'apporter une forme de responsabilisation, mais aussi de déresponsabilisation. En cherchant à contrôler à sa manière, mais aussi à se laisser guider par ces outils, n'existe-t-il pas là une forme d'ambiguïté ? La volonté d'avoir des outils qui pourraient gérer à la place de la personne n'écarterait-elle pas le patient de l'action ?**

## 2.2. Oppositions aux nouvelles technologies dans la santé

Les NTIC peuvent apporter une attirance et un certain confort. Mais en s'exprimant sur ce qu'apporteraient (ou apportent déjà) les nouvelles technologies dans la santé, les patients manifestent une méfiance vis-à-vis de la digitalisation de la santé.

A1 : « *Ce n'est pas encore vraiment au point* »

### 2.2.1. La commercialisation de la santé et sécurité des données

Les données recueillies, envoyées ou même reçues, font réagir le patient. La destination de ces données et l'utilisation de ces données à des fins commerciales l'inquiètent. Sa donnée personnelle se dépersonnalise et se valorise. La manière dont est réalisé ce processus peut poser question.

Cette commercialisation, automatique, cachée et dont il n'a pas le retour, est constatée par certains aguerris. Le patient se sent incompetent et abusé, jusqu'à se sentir comme producteur de données de santé commercialisables. Ce qui l'embarrasse, ce n'est pas les nouvelles technologies en elles-mêmes, mais l'utilisation que les Hommes en font.

C2 : « *Après je pense qu'il faut faire attention avec les données qu'on donne, parce que ça circule, c'est exploité par Google, Apple ...* »

C3 : « *Le problème n'est pas la technologie c'est ce que l'humain peut en faire. La technologie en général si on prend ça à part, ça a toujours été un progrès. Mais bon après qu'est-ce qu'on en fait ?* »

La commercialisation des données fait évoquer les grands noms, ceux des GAFAs. B4 pointait l'imposante présence de Google © notamment. Le patient se sent alors seul et démuni face à l'imposante omniprésence des GAFAs et à leur puissance alliée.

B4 : « *Et puis il y a beaucoup de polémiques sur Google © par exemple, etc.* »

Par-delà ce sentiment d'impuissance, le patient peut éprouver le sentiment d'être espionné, voire envahi. Les données recueillies peuvent être exploitées en dehors du champ de la médecine, aux dépens du patient, comme une forme d'espionnage.

A1 : « *Alors les choses qu'il faut laisser sur le côté, c'est tout ce qui est invasion. Un petit peu en dehors de la médecine, sur les portables, sur les emails, on se demande*

*où ils retrouvent toutes nos adresses email pour nous envoyer des pubs, pour ceci, pour cela »*

*D1 : « On m'a déjà prélevé de l'argent sur mon compte à deux reprises, j'ai déjà eu des prélèvements par des pirates ».*

*C1 : « On ne maîtrise pas la portée, donc on peut se sentir espionnés et contrôlés »*

La donnée qu'il diffuse n'est sans doute pas maîtrisée. Les données qu'il met à disposition peuvent devenir la faille de l'accès à son intimité. Le ressenti paraît violent, et l'utilisateur se demande comment ses craintes peuvent être prises en compte. Sans réponse à cette question, il préconise la méfiance.

*C2 : « Le fait que nos données soient vulnérables. »*

*A3 : « ça fait un peu peur quand même de ne plus avoir sa vie privée, ou d'avoir une emprise par de grosses sociétés, c'est quand même ... Il faut s'en méfier ! »*

### 2.2.2. Une perte de connexion

La perte du contact au médecin se ressent.

*B1 : « Alors on a le sentiment que nos médecins de famille ont disparu. »*

Les NTIC participeraient-elles à la transformation du schéma relationnel en soins primaires ?

Entre le médecin et le patient, la communication se transforme ou se détourne entre le médecin et les technologies dans un premier temps, puis entre le médecin et le patient dans un second temps. Pour B3, le patient physique devient dématérialisé sur l'ordinateur, dans un dossier médical.

B3 : « *Par contre effectivement à l'hôpital ça m'a énormément gênée j'avais l'impression de passer après l'ordinateur. Maintenant ils ont leur ordinateur sur roulettes là, ils passent dans toutes les chambres et là c'est vrai que de ce côté-là c'est vrai ça a beaucoup changé. »*

A1 : « *il y a l'écran de son ordinateur qui nous tourne le dos »*

B4 : « *Du coup, prendre rendez-vous sur Internet, c'est plus simple, mais il n'y a pas de relationnel »*

D1 : « *Ben c'est une machine... ça ne s'intéresse pas. »*

C1 : « *C'est peut-être psychologique ce que je dis, mais je me sens plus rassuré comme ça que par une consultation derrière un écran avec quelqu'un qui nous ausculte que avec les yeux. »*

Le patient peut avoir l'impression que cette relation qui existait laissera la place aux NTIC. L'accessibilité décrite se heurte alors à une distance qui se crée entre le patient et le médecin. L'accessibilité pourrait tout aussi bien créer de la distance...

B1 : « *Là où ça commence à m'embarrasser, c'est que je vois qu'on perd ce contact et qu'on voudrait substituer l'homme à la machine »*

C4 : « *C'est moins de rapports humains. C'est moins de contacts humains ça c'est sûr on éloigne certainement le patient du docteur. »*

La e-santé donne l'image de la robotisation et de la machination de la relation médecin-malade. B3 expose le regard absent lors de l'utilisation des NTIC et vient également exposer le caractère automatique de l'anamnèse, ne se préoccupant que de la réponse pour pouvoir entrer dans des cases.

B3 : « *C'est "je tape sur mon ordinateur". "Vous avez quel âge ? Nom prénom âge. " C'est à peine si ils nous regardent. »*

L'automatisation rencontrée dans les commerces donne l'image que les machines remplacent les hommes. Indirectement, le patient se demande si ces mêmes machines s'introduiront dans la santé. La relation deviendra-t-elle un jour machine-malade ?

A3 : « *C'est un peu le système des caisses qui se font automatiques aujourd'hui, et voilà. »*

D1 : « *Par exemple les machines ont remplacé les caissières par des machines. Voilà on parle de chômage et puis on va tout remplacer, tout robotiser. »*

La socialisation s'en verrait également altérée. L'individu s'intégrera plus difficilement avec ses pairs ou différents intervenants. L'usage des NTIC est selon les patients, à l'origine d'un écart grandissant dans la relation à autrui. L'appropriation des patients, voire même des soignants n'est-elle pas à l'origine de cet écart ? Pourtant réalisés pour renforcer le relationnel, ces outils apparaissent détournés dans certains points, et créent ainsi cette perte de contact.

A4 : « *Moi je sais qu'à l'époque sa secrétaire elle me connaissait je la connaissais »*

C4 : « *C'est moins de rapports humains. C'est moins de contacts humains ça c'est sûr on éloigne certainement le patient du docteur. »*

B1 : « *Encore une fois quand il y avait une personne qui veillait sur une autre il y avait quand même l'interaction que la machine n'a pas. »*

### 2.2.3. L'ambiguïté des NTIC

Les patients se servent d'Internet pour leurs recherches et sont tous conscients de l'existence des forums communautaires. Les forums de santé peuvent être un sujet à eux seuls. Les patients sont convaincus que ceux-ci présentent une toxicité pour leur bien-être ; ils prennent parfaitement en compte les avis sur Internet, qu'ils filtreront par la suite. La confiance spontanée retrouvée dans un cabinet médical, vis-à-vis du médecin, ne se reproduit pas si facilement quand l'écran s'interpose. Lors des recherches sur Internet, le patient va ainsi chercher à se rapprocher de cette confiance spontanée et l'avis recherché sera toujours celui d'un médecin, ou qui s'en rapprochera le plus.

B4 : « *Après les avis sur les forums c'est là où je le sais que c'est à prendre avec des pincettes parce que, mais parfois il y a des docteurs qui répondent, mais parfois c'est n'importe qui* »

C1 : « *Si en regardant plusieurs types de symptômes que je peux avoir il va ressortir des maladies graves, je vais me dire "oula je pourrais avoir ça". Avant de commencer à m'emballer un peu sur ce genre de symptômes, sur ce genre de maladie je préfère, soigner les quelques symptômes que j'ai avec ce que j'ai, et si ça suffit pas à prendre rendez-vous chez le médecin et attendre son diagnostic. Donc les gens sur Internet on ne sait pas si c'est des médecins. C'est souvent des forums, des choses.* »

La recherche de cette reproductibilité peut les conduire dans des situations malsaines. Les patients démontrent alors la difficulté à reproduire le processus de diagnostic à partir d'un symptôme perçu, mais aussi de réduire la médecine au biomédical. Il

n'existe pas de mode d'emploi d'Internet, voire du diagnostic sur Internet, et le patient peut tout à fait se perdre.

B1 : « *forcément que je vais être malade si je regarde ce qu'ils disent* »

C1 : « *À partir de n'importe quel symptôme, on trouve n'importe quoi. Comme je n'ai pas envie d'avoir peur, je préfère éviter de regarder.* »

B3 : « *Même chose des fois quand on voit sur Internet certaines choses sur la médecine c'est vrai que bon... mais c'est vrai que quand on me dit d'un côté par exemple que la pilule d'un côté il y a des médecins qui disent que c'est bon, pour ceux qui ont de gros maux de tête des céphalées, etc. ça peut être utile, ça peut être bien et de l'autre côté on nous annonce que ça provoque des cancers du sein, etc..* »

D1 : « *j'ai déjà eu des proches qui étaient en panique parce qu'ils sont allés voir sur Internet et qui ont vu tout et rien et ça va du simple bobo banal au cancer.* »

B1 s'inquiète des conséquences que ces nouvelles technologies provoqueraient sur sa santé. Cette ambiguïté déroutante n'est pour autant pas perçue par tout le monde.

B1 : « *Voilà quelque chose qui pourrait m'inquiéter c'est l'impact de toutes ces ondes sur la santé.* »

Enfin, outre les effets néfastes sur le corps pointés par certains, d'autres mettent en avant l'angoisse provoquée par les NTIC dans le suivi de la santé. B4 expose la situation des objectifs toujours plus hauts et exigeants imposés par les nouvelles technologies, qui ne pouvaient plus être remplis par l'utilisateur. Ce cas montre le fait de ne pas réussir à suivre des objectifs visant à améliorer la santé et générant de la frustration et de l'anxiété.

B4 : « *Après pour revenir au compteur de pas, mon mari en a eu un il y a deux ou trois ans, on lui avait offert ça et en fait un jour il a cassé et il n'en a pas voulu parce qu'il disait que c'était anxiogène. »*

D1 : « *ça peut engendrer d'autres pathologies psychologiques un mal être, etc.. »*

#### 2.2.4. Incohérence avec certaines situations

A2 ne souhaite employer les NTIC qu'en présence de maladies qu'il estimera pouvoir contrôler. À l'opposé, il vient expliquer, après avoir pensé, qu'il existe une inadéquation des NTIC avec les pathologies complexes. La situation semblerait se compliquer avec la multiplicité des symptômes qu'il ne peut pas attacher à une maladie. A2 fait une analyse des limites de l'outil en faisant une sorte de répartition des rôles et des tâches entre le médecin et les NTIC.

A2 : « *Par contre, quand il y a vraiment d'autres symptômes, que les objets connectés ne peuvent pas prendre en compte, là c'est au tour du médecin »*

B1 : « *J'ai eu une urgence pour ma mère et pour le coup je pense que je n'ai même pas réfléchi à passer par Internet. »*

#### 2.2.5. L'accès inégal

La e-santé impose de bénéficier du matériel nécessaire. Le matériel professionnel était initialement détenu par le médecin, tous les patients étaient égaux pour recevoir les mêmes soins. Ce matériel devenant accessible et domestique, l'accès à ces mêmes soins devient inégal, par manque de moyen, de connaissance sur l'existence ou sur la

manière de les utiliser. L'inégalité dans la santé se reproduirait par l'intermédiaire des NTIC.

C3 : « *Je ne suis pas certain que tout soit accessible à tout le monde dans les mêmes conditions. »*

D1 : « *c'est pas à la portée de tout le monde. Il faut savoir s'en servir. »*

C2 : « *Donc on est limité par ses connaissances des outils »*

Sur le plan logistique, tout le monde n'est pas connecté de la même manière. La e-santé demande un minimum de ressources technologiques, celles-ci ne sont peut-être pas disponibles pour tous. Les plus démunis ne pouvant avoir d'accès à l'Internet ne pourront alors avoir le même bénéfice qu'un individu jouissant de tous les prérequis matériels. L'accès au soin devient inégal.

B1 : « *Il y aura une inégalité d'accès à tout ça dans la mesure où il y a une inégalité d'accès à Internet. »*

C3 : « *Maintenant tout ne sera pas accessible à tout le monde. Déjà matériellement... Et avant vous alliez voir votre médecin, ça vous coûtait votre consultation. Maintenant si vous voulez être soigné correctement dans les années qui viennent il vous faudra un smartphone adapté, il faut le changer tous les 4 à 5 ans, ça coûte 700-800 euros pour un smartphone vraiment bien. Vous devrez avoir un abonnement Internet, vous devrez avoir plein de choses qui ont d'ailleurs des coûts déportés vers le patient. En gros il faut plein de choses, plein d'équipements, qui vont coûter cher. C'est pas accessible à tout le monde, tout le temps en permanence. »*

B1 expose par son affirmation qu'il existe un problème intergénérationnel dans la e-santé. La e-santé aurait tendance à mettre de côté les personnes âgées.

B1 : « *il y a encore des générations aujourd'hui qui ne sont pas nées avec, pour lesquelles c'est difficile* »

C1 : « *La E-Santé, même si je dis à ma grand-mère « E-Santé », elle va me regarder dans les yeux et si je lui explique tout ça, elle ne va pas comprendre.* »

La fracture de l'accès aux soins entre ville et campagne, qui existe déjà dans l'esprit de tous, se ressentirait également dans l'accès aux nouvelles technologies.

C1 : *Il y a peut-être aussi les villages dans les campagnes où le réseau Internet c'est compliqué.* »

Les nouvelles technologies renvoient à l'image de l'industrie et de l'urbain. Les patients ruraux peuvent se sentir exclus.

L'absence de standardisation du matériel pour tous fait émerger des différences dans l'accès à la e-santé. Qu'il s'agisse d'un souci d'accès au matériel, à la compréhension... le patient n'est pas égal de son voisin malgré les promesses des NTIC.

#### 2.2.6. Une technologie de la désinformation et de la communication

C2 expose son point de vue en essayant de replacer le rôle de chacun pour tenter de reconstruire un indicateur de confiance. Pour B1, l'expérience se confronte aux algorithmes des machines. L'expérience marque le sentiment d'un vécu avec une réflexion à priori et postérieur. L'algorithme se répète sans réflexion. Pourtant le processus de diagnostic du médecin n'est-il pas fondé sur des algorithmes complexes d'élimination ?

C2 : « là je vais voir un médecin, parce que c'est lui qui a la connaissance, il est diplômé, Internet n'est pas diplômé. »

B1 : « Donc on peut tout à fait créer un algorithme qui permettra à la machine de sortir une phrase qui aura été construite, mais ça reste la phrase d'une machine bâtie sur un algorithme et pas un homme avec toute son expérience. »

L'information fournie notamment par Internet effraie.

B1 : « Internet on va voir ce qui peut correspondre... à la rigueur je me dis c'est peut-être ça, mais souvent c'est des maladies absolument abominables »

Pour A4 et B4, il existe un tabou quant à l'utilisation d'Internet pour des questions de santé, le patient ne le dit pas à son médecin, lié à un sentiment de honte. Dans l'audit réalisé, B4 raconte qu'il lui arrive de faire des recherches sur Internet, dans une forme de confession, en exprimant une forme de honte.

A4 : « Je me renseigne sur Internet, ce n'est pas très bien. »

B4 : « J'avoue que je regarde, mais je me fais pas un avis définitif. »

C1 indique que l'information peut se révéler désuète et insuffisante. La qualité de l'information est aléatoire et il est impossible de la contrôler.

C1 : « On trouve de tout et n'importe quoi sur les sites de vulgarisation. »

L'utilisation d'Internet fait écho aux forums communautaires. A2 analyse Internet comme un lieu de critique de soins et de témoignages sur les limites des soins.

A2 : « Mais en allant voir en amont du rendez-vous que j'avais chez mon médecin, sur des sites comme Doctissimo, etc., sur plein de forums où les gens parlent de leurs

*problèmes, leurs maux, je voyais des choses des choses extrêmement dures, difficiles, barbares, des gens qui expliquaient des situations, mais vraiment extrêmes. »*

La qualité de l'information passe également par l'analyse qui en est faite à posteriori. Toute personne peut interpréter la même information de plusieurs manières. La qualité dépend de l'analyse de chacun et de la diffusion que ces personnes en feront. Une même donnée pourrait être alors reçue différemment. B3 se sent perdu face à la remise en question de l'information.

L'autre point qui est mis en avant est l'absence de formation sur ces NTIC pour chacun. Les personnes qui s'estiment en difficulté par rapport aux nouvelles technologies pourraient se sentir écartées face aux utilisateurs aguerris.

*B3 : « et puis ceux qui savent aussi remettre en cause des fois ce qu'on peut trouver comme information et qui ne sont pas forcément bonnes, mais bon ça ce n'est pas forcément facile à faire. »*

Dans la e-santé, la technicité vient s'opposer à la relation de soin, au prendre soin de. Dans la relation interhumaine de soin, la technicité et la prise de conscience de l'autre agissent ensemble. Pour B1, il existe une séparation des aspects précédents par l'utilisation des TIC dans la santé.

*B1 : « Il y a le geste technique et le fait de prendre soin de l'autre. La médecine c'est prendre soin et est-ce qu'on prend soin uniquement par la technique ? »*

#### 2.2.7. Un bénéfice opposable

Le ressenti de certains sur l'avancée technologique fait état de quelque chose encore en évolution, qui n'est pas fini. Certains aspects viennent changer les habitudes de vie et déséquilibrer une pratique habituelle dans le quotidien des patients. Pour B3, ce qui effraie, c'est la mise en scène enrayée par la téléconsultation avec la perte des habitudes liées à la consultation avec le médecin.

B3 : « *Moi mon docteur, ce que je disais, une de ses qualités c'est que voilà elle regarde elle ausculte ; et là par téléconsult', ça m'irait pas du tout ! Tout serait changé !* »

L'utilisation quotidienne entrainerait le patient dans une nouvelle forme de chronicisation de la maladie. Le confort de la déresponsabilisation amène une forme d'obligation.

B4 : « *Le fait de se dire il faut que je fasse mes 10.000 pas et du coup de se sentir un peu obligé par soi-même finalement de le faire.* »

Les nouvelles technologies peuvent positionner le patient dans un danger, par leur trop grande capacité à fournir des informations et donnant la capacité de suivre des situations médicales qui n'ont pas besoin de l'être. Les NTIC peuvent alors mener à la surmédicalisation si le patient n'en est pas suffisamment averti.

C2 : « *Mais comme dans toutes les nouvelles technologies, il y a des dangers, et ce danger, c'est soit de partir dans une surmédicalisation, les gens qui vont se suivre trop et aller trop loin* »

La consommation peut entraîner une addiction à ces technologies. Pour autant, les nouvelles technologies dans la santé ne semblent pas, in fine, programmées pour créer ce mésusage. Qui devient responsable ?

A4 : « *On est devenu un peu accro à ces technologies-là justement, on ne peut plus s'en passer* »

#### 2.2.8. La peur du flou

Toutes les possibilités exploitables et sans doute non exploitées par chacun font prendre conscience que l'avancement technologique peut être rapide, sans limites et puissant. Pour C1, la complexité des technologies, toujours en expansion, peut faire peur. Cette image de complexité, de nouveau et d'inconnu fait écho à une représentation sociale de quelque chose d'inaccessible et d'incertain.

C1 : « *Après ça fait peur sûrement aussi par la complexité, la nouveauté, l'inconnu.* »

B1 : « *Est-ce qu'on est sûr qu'on a bien rentré tous les bons paramètres ? Est-ce que l'algorithme est bon ?* »

C2 résume la situation en expliquant qu'aujourd'hui, avec le peu d'informations qu'ils disposent, les technologies restent floues dans leur esprit et font peur. Ce manque d'information sur l'avenir ferait pencher la balance vers la méfiance plutôt que vers l'attirance. Pour A2, le futur effraie, car le présent lui paraît déjà difficilement maîtrisable.

C2 : « *Il y a encore trop de flou pour pouvoir dire qu'une analyse comme ça, faite soi-même est bonne.* »

A2 : « *est-ce qu'il n'y aura pas des dérives où ils vont profiter et on pourra leur mettre de barrière, il n'y aura pas de filtre puisque finalement ça sera ouvert.* »

**L'image des nouvelles technologies diffère selon le public. Il n'existe pas de réelle dichotomie chez chaque individu, ils ne sont pas partisans ou ennemis de la e-santé. Leurs propos se mesurent selon l'attrait qu'ils y perçoivent. Conscients qu'il existe une volonté d'accès universel, les patients témoignent pourtant de freins et de facilitateurs dans l'accès à la e-santé.**

**Les questionnements sur les avantages et les inconvénients, tels que perçus par les patients, mettent en avant cette complexité et ambivalence. Au total, ces divergences et convergences ne se contredisent pas, mais se complètent.**

**Ces différentes considérations font émerger des traits communs entre plusieurs individus et il est alors possible de créer des profils selon le regard qu'ils portent à ce sujet. L'intérêt de cette classification réside dans une meilleure identification de chacun afin d'interroger la e-santé en profondeur. Est-il finalement possible de cerner une meilleure approche de chacun pour une meilleure intégration de la santé connectée ou au contraire ce regard commun entre différents individus ne cache-t-il pas des craintes qu'il faudrait prendre en considération ?**

### 3. Partie 3 : les profils

Les personnes interrogées peuvent se classer en 5 groupes selon leur relation aux nouvelles technologies dans la santé.

#### 3.1. Adepte connecté

Ce groupe est représenté par A2, A4, C1 et C2

L'adepte connecté se définit comme un individu avec une utilisation active des TIC et globalement optimiste. Les retours positifs sur l'amélioration et l'optimisation de son organisation générale lui confèrent un regard plutôt simpliste.

Il s'agit principalement d'une personne jeune, active, d'un milieu plutôt urbain. L'adepte connecté est majoritairement masculin (75%) (Tableau 1)

*C1 : « Je m'appelle C1 je suis un homme. J'ai 30 ans je travaille dans l'informatique. J'ai fait des études sur Neurosciences et je me suis reconverti dans l'informatique. Je fais du sport, du tennis de table en compétition. J'ai pas de problème de santé particulier. »*

L'adepte connecté a grandi aux côtés des NTIC et considère appartenir à la génération des nouvelles technologies. Il est donc conscient qu'il existe une différence dans l'accès aux nouvelles technologies.

*A4 : « Je suis né dedans, je suis né dans les années 92 donc fatalement... Je suis en plein boom de l'informatique. »*

*A2 : « on fait partie de cette catégorie de gens [...] qui bénéficient d'objets connectés avec des applications pour mesurer sa santé »*

C1 : « *Je pense que ça correspond surtout aux jeunes* »

Il est curieux, les nouvelles technologies et l'évolution représentent l'innovation attirant sa soif d'apprendre.

C1 : « *l'intelligence artificielle ...Alors ça c'est une chose qui m'intéressait beaucoup en plus.* »

A4 : « *C'est vraiment pour savoir comme ça, parce que je suis curieux et d'un naturel curieux* »

### 3.1.1. Rapport aux nouvelles technologies

L'adepte connecté ressent un plaisir dans l'utilisation des nouvelles technologies. Au-delà de l'aspect pratique, ces NTIC procurent du plaisir.

A4 : « *Dans tous les cas moi j'adore ça.* »

A2 : « *je commence vraiment à rentrer dedans et je dirais même que je commence vraiment à l'apprécier* »

Les NTIC n'ont plus de preuve à apporter et l'adepte promeut ces nouvelles pratiques. A2 explique adhérer logiquement aux nouvelles technologies, sans aucune prise de distance critique et réflexive. Pour C2, l'idée est similaire ; l'évolution technologique fait évoluer l'Homme et les NTIC évoluent avec l'Homme.

A2 : « *Tout ce qui est nouvelles technologies, informatique, téléphonie ou autre [...], moi j'y adhère énormément* »

C2 : « *Ça serait dommage de passer à côté des avantages des nouvelles technologies. Il faut évoluer avec son temps.* »

L'adepte connecté reste conscient que les TIC peuvent être détournées et se faire détourner. L'intrusion qu'il ressent, même si elle n'est pas conventionnelle, n'est pas un frein pour l'utilisation des TIC. Pour C1, l'espionnage est un fait, mais le bénéfice ressenti derrière est plus important.

C1 : *« Mais je le fais en connaissance de cause, je sais que c'est intrusif, que ça prend toutes les données, plein de données personnelles, et je le fais quand même. Parce que je trouve que c'est pratique. »*

Son travail vient également conditionner son rapport aux nouvelles technologies. Elles permettent d'optimiser le temps et la vie en dehors de la vie professionnelle. L'emploi des NTIC se justifie par une sensation de gain et de maîtrise évitant un phénomène de « macrophagie » du temps médical. La médecine, par ce point de vue, se concentre sur le biomédical et met de côté l'aspect psychologique. Il faut gagner du temps, pour gagner du temps et cela semble sans fin.

La question du temps médical, de la pause médicale resurgit. La médecine peut avoir ce rôle, volontaire, de créer ces temps de pause pour donner le temps aux différents acteurs de prendre du recul et de penser. Les NTIC viennent transformer ce temps médical et ôter ce « ralentisseur ».

C2 : *« J'ai un métier assez stressant. Sinon tout va bien. »*

C1 : *« j'essaye toujours d'optimiser au maximum le temps que je peux gagner. Je me sers des nouvelles technologies pour gagner du temps. »*

A4 : *« Je n'ai pas le temps (rires), vu que je travaille beaucoup c'est compliqué d'aller chez le médecin »*

### 3.1.2. Rapport à la santé

En lien avec son trait de personnalité organisé, l'adepte connecté sera partisan de l'automédication, la place complexe du médecin peut être écartée. Cette démarche pourra même évoluer vers « l'automédicalisation », qui associe autodiagnostic et automédication.

A4 « *Sinon je vais rarement chez le médecin. Je pense que je vais y aller une fois tous les cinq ans en moyenne, plus ou moins.* »

Le temps joue son rôle dans la santé de l'adepte. Plus précieux et grignoté par son travail, le temps vient être un critère majeur dans ses choix liés à la santé. Comme sus-cité, le gain de temps devient une obsession.

C1 : « *Pour pas perdre du temps pour moi et pour le médecin...* »

A4 : « *Je ne prends pas le temps de me soigner on va dire.* »

Mais quelle place à la réflexion sur ce temps gagné ? Ces personnes ne semblent pas s'interroger et la course folle au temps devient évidente : il faut gagner du temps et ne pas en perdre.

Il hiérarchise sa santé et sa manière d'aborder la santé. Pour A4, le professionnel de santé devient un recours, une possibilité ; il n'est plus considéré comme la solution. La confiance accordée aux nouvelles technologies devient semblable à celle du médecin.

C1 : « *Je regarde d'abord sur Internet. Dans mon entourage je connais des médecins et je leur demande directement.* »

A4 : « *je vais vraiment en cas de dernier recours chez le médecin. Si réellement je n'arrive pas à m'en sortir de par moi-même.* » ; « *Enfin je ne me réfère pas à une diététicienne par exemple, je me réfère à mon téléphone.* »

Les NTIC peuvent constituer un moyen pour reculer encore plus d'aller chez le médecin. L'idée d'aller chez le médecin constituerait presque l'intrus insupportable dans la gestion de leur vie et ces outils permettraient de repousser cette idée.

C2 : « *Et finalement quand ça va pas, je consulte le médecin.* »

C1 : « *J'ai tendance à y aller vraiment au dernier moment (rires).* »

### 3.1.3. Rapport à la e-santé

Il est partisan de la e-santé. Elle est contemporaine et l'adepte porte un regard principalement positif dans son utilisation.

A2 : « *Il y a des choses positives qu'il faut mettre en place* »

C1 : « *Par contre, je trouve qu'il y a plus d'avantages que d'inconvénients* »

Les nouvelles technologies dans la santé revêtent d'un caractère évident. C2 évoque le fait qu'il devient naturel de les utiliser. La e-santé entre dans la normalité de ce patient. Pour C2, la santé connectée est un réflexe ; A4 dénonce l'importance des technologies dans la santé.

C2 : « *Je l'utilise déjà et je pense que je l'utilise sans m'en rendre compte aussi* »

A4 : « *c'est important les nouvelles technologies dans la santé.* »

Il est coutumier de son usage, dans la plupart des différents domaines de la e-santé et connaît de nombreux moyens de suivre sa santé.

Les usages ne sont pas tous au même niveau, C2 et A4 sont plus impliqués que A2.

A2 : « *Je vais souvent sur Doctissimo* »

C2 : « **Question:** *Comment suivez-vous votre santé ?* »

**Réponse (de C1):** *Avec une AppleWatch (rires).* »

A4 : « *effectivement j'ai même une application, YUKA ©, qui me permet de calculer mes aliments et matières grasses etc.* »

Pourtant, malgré son regard largement positif, il émet quelques méfiances sur la e-santé. La confiance n'est pas aveugle. L'outil en lui-même n'est pas remis en cause, c'est la fiabilité qui l'est.

C2 : « *Par contre quand je vais sur Internet, j'essaye de trouver des sources qui me paraissent plus sûres.* »

L'usage dans le quotidien se fait presque certain et prometteur.

A4 : « *Du coup ça me donne envie même de me remettre un peu plus au sport* »

C2 : « *Ça serait dommage de passer à côté des avantages des nouvelles technologies. Il faut évoluer avec son temps.* »

**Au total, l'adepte connecté apparaît être l'utilisateur confiant et bien averti sur l'utilisation de la e-santé. La place de la réflexion et de la critique autour des TIC est mince, sa logique est plutôt simpliste. Les TIC participent à optimiser sa vie et à gagner du temps. Cette nouvelle normalité, pour lui, est prometteuse, mais**

**ne doit pas devenir exclusive. Dans certaines situations, la place du médecin pourrait se confronter aux machines.**

### 3.2. L'utilitariste

Ce groupe est représenté par B2 et D1 (Tableau 1).

Le profil général de l'utilitariste est complexe.

L'utilitariste a un suivi médical régulier qu'il n'exprime peu.

B2 : « *Je vais le voir déjà pour le renouvellement de mes médicaments* »

D1 : « *Alors je suis bien suivi, pour mes médicaments et un suivi régulier* »

#### 3.2.1. Rapport aux nouvelles technologies

Il possède du matériel varié et sait l'utiliser. Le matériel est différent de l'adepte connecté, moins complexe et plus abordable pas le grand public. D1 explique être l'utilisateur moyen qui sait utiliser ses technologies comme ses pairs.

B2 : « *Oui j'utilise l'appareil de tension, après je vais utiliser un ordinateur, je fais mes courbes.* »

D1 : « *Moi je suis dans la moyenne, je pense oui.* »

Les nouvelles technologies sont surtout représentées par Internet et le smartphone qui englobent leur utilisation.

D1 : « *Moi je pensais au niveau médical c'est pour ça... alors moi j'utilise Facebook©, Internet évidemment. Sinon mon téléphone, un iPhone©, et j'ai Internet à la maison,*

*j'ai une résidence secondaire où j'ai aussi Internet. Après technologie genre CanalSat© tout ça, j'ai aussi. »*

L'utilitariste est optimiste sur l'utilisation des nouvelles technologies, mais néanmoins conscient qu'il existe de nombreux points de discordance.

*D1 : « Il y a beaucoup de positif il y a aussi beaucoup de points négatifs. »*

*B2 : « Pour moi c'est plus bénéfique que maléfique »*

Il utilise déjà les NTIC pour faciliter son quotidien. Par rapport à l'adepte connecté, l'utilitariste ne cherche pas à tout optimiser.

*B2 : « Ah oui téléphone et puis bon bah les automatismes tout ça ça en fait partie. »*

*D1 : « Je télécharge énormément d'applications sur le téléphone, que soit l'Eurostar ©, que ce soit... enfin n'importe quoi. Je fais beaucoup ... Je réserve beaucoup... Je passe beaucoup par Internet pour mes réservations. »*

### 3.2.2. Rapport à la e-santé

L'utilitariste est plutôt favorable à l'introduction des NTIC dans la santé.

L'utilisation des outils dans la e-santé (recherche Internet, objets de mesure connectés...) n'est pas exhaustive et se limite aux besoins.

*B2 : « Ah non moi je n'utilise pas tout »*

*D1 : « Non c'est pas systématique en tout cas au niveau personnel quand j'ai un souci j'essaye de me débrouiller. Je dis pas que j'ai beaucoup de connaissances, mais ça va je me débrouille. »*

Il a un regard particulièrement méfiant lorsqu'il évoque la prise d'information sur Internet.

D1 : « Je n'utilise pas vraiment non, si ce n'est qu'Internet pour faire une recherche particulière. »

Pour autant, cette méfiance disparaît lorsqu'un professionnel de santé intervient dans ce processus.

B2 : « À partir du moment où c'est un professionnel de santé, il n'y a pas de problème. »

D1 : « Il faut... il faut absolument avoir des connaissances sur l'utilisation »

La e-santé apparaît judicieuse pour son utilisation de la santé, avec notamment le renouvellement de traitement pour D1, qui perdrait son caractère pénible.

D1 : « C'est possible... Pour les renouvellements, pour certaines choses banales »

L'utilitariste voit dans ces technologies une opportunité d'emprise sur son temps dédié à la santé. Il possède la même logique de gain du temps que l'adepte connecté. Pourtant ce potentiel gain de temps semble moins obsessionnel. Pour B2, l'idée est plutôt de planifier que d'optimiser. Le médecin est-il un accessoire dans l'organisation du temps ?

D1 : « Parce que je passe souvent par Doctolib pour prendre mes rendez-vous. »

B2 : « En plus on peut planifier en fonction des journées, on en profite on doit aller quelque part, on va passer voir le médecin en même temps sur la route. »

**Au total, le terme utilitariste regroupe les utilisateurs dits « occasionnels ». L'utilitariste utilisera ponctuellement les NTIC. Il dispose de nouvelles technologies variées, qu'il utilisera de manière fonctionnelle et pratique. Il possède ce regard autoprotecteur avec une part de curiosité. La e-santé, utilisée à bon escient, pourrait être un bon outil dans sa santé. N'existe-t-il pas de fascination ou d'adoration évidente, mais une distance instrumentale, dépassionnée ?**

### 3.3. Le traditionnel

Ce groupe est représenté par A1, A3, B3, C4. Il s'agit d'un groupe complexe avec des traits communs, mais également des hétérogénéités sur certaines idées.

Ce groupe est surtout représenté par des femmes (75%) vivant à l'écart de la ville. (Tableau 1).

Le traditionnel se sent proche de la nature. Il considère avoir un mode de vie centré sur la simplicité. Dans les différents entretiens, les différentes personnes opposaient la nature aux nouvelles technologies, en se rapprochant de la nature, comme si ces nouvelles technologies étaient contre-nature.

C4 : « *Moi je suis une dame de 61 ans qui aime bien la nature* »

A3 : « *J'aime me balader dans la nature* »

A1 : « *(à propos du médecin traitant) je lui avais dit : "vous aussi vous êtes assez proche de la nature ?"* »

Il s'agit d'une personne sociable, qui privilégie le contact humain. Le traditionnel est attiré par le partage et la découverte.

B3 : « *Et donc je viens d'une famille nombreuse que j'ai beaucoup apprécié d'ailleurs. »*

A3 : « *J'aime aller au cinéma, voir des amis, la famille. Et puis profiter de la vie. »*

C4 : « *Oui je suis intéressée aussi par la cuisine. J'aime cuisiner des produits locaux et les partager. J'essaye de trouver des nouveautés tant bien que mal parce que ce n'est pas toujours évident, mais je suis de cette catégorie de personnes là, qui est naturelle. »*

A1 : « *tous les matins, je vais sur le portail free et je vais voir les actualités à la une »*

### 3.3.1. Rapport aux nouvelles technologies

Il dispose de très peu de nouvelles technologies. Le traditionnel n'éprouve que de peu d'intérêt pour les NTIC, il est intéressé par autre chose. Pour B3, il n'existe pas d'attrait pour les NTIC, mais il existe tout de même une utilisation pour le cadre professionnel.

C4 : « *Je trouve qu'on fait de la bonne cuisine dans une cocotte en fonte vous voyez. Je ne suis pas tellement robot. »*

B3 : « *À la maison c'est surtout Internet. Après on n'a pas forcément de nouvelles technologies à la maison, mais Internet pour faire des recherches pour mon métier. »*

Il utilise les nouvelles technologies de manière simple et minimale. A3 nous indique utiliser les nouvelles technologies surtout pour les réseaux sociaux, le but étant d'allier sa sociabilité avec une facilité de contact avec autrui. L'utilisation des nouvelles technologies apporte alors un aspect pratique qu'un aspect ludique ou apportant de la distraction. Pour C4, il y a un choix de ne pas vouloir être envahi par les NTIC, car leur compréhension peut devenir compliquée ; C4 n'exprime pas de désir de faire un effort pour saisir le mode d'emploi des NTIC.

A3 : « *Côté personnel, je vais dire c'est un peu classique, le téléphone portable, avec les réseaux sociaux* »

B3 : « *On a un téléphone, le mien il fait juste téléphone.* »

A1 : « *Mon portable il sert à envoyer des messages, à téléphoner, c'est tout, ça s'arrête là* »

C4 : « *Je ne vois pas l'intérêt de multiplier tous ces engins. Pour moi c'est simple ça doit rester simple et accessible.* »

Le traditionnel oppose cet aspect pratique aux effets néfastes que peut introduire l'utilisation des NTIC.

Cette réflexion sur le risque, l'intérêt qu'ils portent, montre la complexité de ce groupe et du caractère homogène et hétérogène à la fois. Certains pourront s'approprier les NTIC, mais cela se déroulera à leur rythme, en prenant leur temps.

B3 : « *Après effectivement tout ce qui concerne les ondes et tout ça, ça fait peur. Donc moins on en a mieux on se porte je pense. De toute façon les voisins en ont et ça arrive jusque chez nous.* »

A1 : « *à condition, comme je l'ai souligné pour le paragraphe précédent de ne pas se laisser envahir* »

Le traditionnel n'imagine pas non plus accroître son utilisation d'ici peu, tout au moins par sa propre volonté. Le traditionnel reste pourtant conscient que les technologies représentent une évolution, mais il continuera à fonctionner sans, autant que possible. Ce choix par rapport aux nouvelles technologies peut être multifactoriel, Pour B3 il s'agit d'une mauvaise expérience, mais aussi de la recherche d'une qualité de vie plus proche de la nature ; pour A3 c'est surtout le manque d'intérêt.

L'hétérogénéité du groupe se ressent dans ces différents points de vue. A3 se différencie de A1 et B3 par son refus plus marqué. A1 et B3 préfèrent eux ne pas se « surconnecter » et choisir les technologies qui font sens à leurs yeux.

A3 : « *Je ne prendrai pas une montre connectée, c'est pas mon dada* »

A1 : « *Je n'en vois pas l'intérêt, ça me convient comme ça, c'est tout* »

B3 : « *Mais après oui il faut faire confiance, mais après j'utiliserai pas tout* »

### 3.3.2. Rapport à la santé

Le traditionnel accorde une certaine importance à sa santé et au maintien de celle-ci. C4 se sent autonome, n'ayant pas besoin des technologies pour lui rappeler de se mettre au sport.

A3 : « *j'ai 25 ans, en bonne santé, toutes ses dents (rires)* »

C4 : « *J'essaye de me maintenir en forme, je fais de l'aquagym aussi* »

Le médecin est le premier recours lors de soucis de santé. Le chemin paraît moins complexe, sans passer par les proches ou les NTIC.

B3 : « *Normalement j'appelle en priorité le médecin* »

C4 : « *Je ne recherche pas vraiment. Si je vois que ça ne va pas, je vais chez le médecin traitant c'est sûr.* »

Le traditionnel connaît certains aspects thérapeutiques et peut pratiquer, dans une moindre mesure, l'automédication, pour soulager un symptôme. Il ne cherchera pas à trouver la cause de.

C4 : « *Quand j'ai un gros rhume, je prends un grog avec du miel (rires).* »

B3 : « *Je prends un petit Doliprane ça passe tout de suite, un mal de tête... »* »

En seconde ligne, le traditionnel pourra alors s'orienter vers un proche ou par Internet.

B3 : « *Mais c'est vrai que des fois quand on n'a pas de rendez-vous tout de suite c'est là où je vais passer à aller voir sur Internet ou quand on n'a pas la réponse à notre question »* »

A3 : « *Oui Internet, après c'est d'en parler autour de soi. Si dans mon entourage il n'y a pas une personne qui a eu telle ou telle pathologie, ou bouton... »* »

Le médecin traitant occupe une place importante pour sa santé. Il est l'image du médecin de famille qui connaît la vie du patient, mais aussi l'ensemble des membres d'une même famille. Ce médecin est le premier à vérifier, il possède la place centrale dans la santé du traditionnel.

A3 : « *comme ça fait très longtemps que je le connais, depuis toujours, il me demande des nouvelles, généralement de la famille, de mon travail. »* »

C4 : « *Bon après à force d'y aller forcément on a aussi une petite complicité. »* »

Le traditionnel attend du médecin une approche globale, pas seulement centrée sur la pathologie. Le médecin doit situer le patient dans son environnement et son entièreté. Le traditionnel ne prend pas en compte que le biomédical, il attend, comme l'annonce B1, un accompagnement.

A1 : « *J'attends un accompagnement »* »

A3 : « *C'est quelqu'un qui est soucieux de ses patients, qui [...] prend des nouvelles, qui fait son travail correctement. »* »

### 3.3.3. Rapport à la e-santé

La connaissance de la e-santé se résume aux plateformes de prise de rendez-vous en ligne, d'applications smartphone et à Internet.

A3 : « *La e-santé [...], ça va être la plateforme Doctolib, ça va être les applications sur les smartphones, les montres connectées pour le rythme cardiaque. Voilà principalement tout ce qui me vient à la tête là, à l'esprit. Après il y a sûrement plein d'autres choses, mais comme je ne suis pas vraiment dans ce truc là non plus.* »

B3 : « **Q :** *vous y mettriez quoi dans la e-santé?* **R :** *Tout et rien.* »

A1 : « *Non, e-santé, j'ai peut être déjà entendu le mot, c'est un peu comme e-commerce ?* »

Le traditionnel n'extrapole pas encore la santé connectée dans son quotidien.

C4 : « *Dans ma santé, ces nouvelles technologies... (longue réflexion) dans l'immédiat j'en ai pas trop besoin* »

Une utilisation antérieure non satisfaisante ou ne répondant pas à ses attentes lui donne alors un regard ombrageux et pessimiste. Pour A1, l'utilisation de la e-santé évoluera vers une majoration des avis perturbants des forums de santé, provoquant une limitation de son utilisation.

B3 : « *Même limite je devrais moins l'utiliser concernant Internet, concernant les informations sur ma santé que je trouve sur Internet je devrais moins l'utiliser* »

A1 : « *J'irai sur Internet, mais en limitant un peu mes recherches, en évitant les forums, pour éviter les influences.* »

**Au total, le traditionnel appartient à un groupe complexe qui associe traits communs et divergents. Tous se rejoignent sur l'utilisation d'une nouvelle technologie dans sa santé qui ne sera pas systématique, voire nulle. Il possède une connaissance limitée sur la e-santé, mais cette limite peut être à moindre mesure volontaire.**

**Ce profil n'est pourtant pas indélébile et pourrait évoluer vers le profil utilitariste tout en gardant un regard suspicieux.**

#### 3.4. L'insoumis

Ce groupe est représenté par C3. Il se considère lui-même comme à l'écart des autres, comme le résistant parmi un monde déjà envahi.

C3 : « *Sur l'environnement des nouvelles technologies, (je me considère) plutôt comme un résistant. »*

Seul représentant, il est minoritaire. Il s'agit d'un homme, senior, proche de la retraite (Tableau 1). Il est curieux de la vie. C'est une personne cultivée qui enrichit sa culture autant que possible.

C3 : « *J'adore la lecture. Alors la lecture... j'ai des milliers d'ouvrages à la maison : bibliothèque, musique, voyages, découverte aussi beaucoup beaucoup beaucoup. J'aime beaucoup la France, les différents terroirs, c'est ma passion, c'est de découvrir un peu toutes les régions françaises, toutes les parties françaises, que ça soit la géographie physique, la culture, la gastronomie. »*

Son ouverture au monde et à la culture vient s'opposer à un profil strict. Convaincu par quelque chose, il sera compliqué de lui faire changer l'idée.

Sa réflexion est poussée, argumentée. Il a un point de vue stratégique sur ses réflexions.

C3 : « *J'ai vraiment une attitude de refus total. Je n'en veux pas.* »

C3 : « *Mais je crois beaucoup à faire en amont pour que ça aille mieux après.* »

« [...] *je ne veux pas. Je ne ferai pas.* »

Il se rapproche du mode de vie du traditionnel. Il préfère un mode de vie fondé sur des bases naturelles, dépourvu de technologie.

C3 : « *Pas de cuisine industrielle, pas de choses comme ça, tout ça s'est largement écarté, si possible bio, si possible local. C'est toute cette mouvance-là qui me tient.* »

#### 3.4.1. Rapport aux nouvelles technologies

Il utilise les NTIC de manière simple et minimale. Il considère avoir une utilisation basique sans pour autant expliquer ses limites.

C3 : « *Moi je l'utilise de manière très basique. Non, non je ne suis pas nouvelles technologies.* »

« *Alors honnêtement comme je dis souvent, là-dessus je peux faire vieux, mais le monde connecté n'est absolument pas mon monde.* »

Il porte un regard principalement critique sur l'avenir apporté par les NTIC, avec des arguments de collapsologie.

C3 : « *On est parti dans des vitesses où on ne maîtrise plus grand-chose en ce monde qui est en train de foutre le camp par tous les bouts* »

Son trait rigoureux associé à l'image qu'il se fait des nouvelles technologies, font surgir un rejet catégorique des NTIC.

C3 : « *Mais dans ma vie, je dirais simple, basique, de tous les jours, je me refuse. J'ai vraiment une attitude de refus total. Je n'en veux pas.* »

Par-delà le rejet, il argumente également une prudence et une vigilance sur les données apportées par ces nouvelles technologies. Jusqu'à preuve du contraire, il diabolise les informations pouvant être tirées des NTIC.

C3 : « *Je me méfie beaucoup aussi de tout ce qu'on trouve sur Internet, je suis quelqu'un de très très méfiant avec Internet.* »

L'autre élément pointé par C3 est celui des personnes à l'origine de ces nouvelles technologies. Les intentions des dirigeants ne seraient pas tournées vers l'utilisateur et pourraient nuire à n'importe quel individu.

C3 ressort d'autres groupes par son idée déjà posée et réfléchie, ne laissant que peu de place à la réflexion inverse.

C3 : « *C'est cette dimension-là qui me bloque totalement sur les nouvelles technologies. Pas les technologies en elles-mêmes, mais la façon dont on les utilise. Parce que c'est toujours... le ver il est rarement au cœur du truc, il est périphérique le ver. Il est dans la façon dont on fait les choses. Tous ces progrès sont extrêmement fantastiques, il doit y avoir plein de nouveaux métiers et plein de choses. Maintenant*

*comment on l'utilise pour comme je disais pour augmenter la productivité tout le monde y compris de la population tout simplement. Ça me gêne cette approche-là. »*

#### 3.4.2. Rapport à la santé

Il est rigoureux dans sa santé et accorde une importance au maintien de celle-ci pour une bonne qualité de vie. Il possède sa propre vision de la santé, il utilise ses remèdes qui pourront s'opposer à la contrainte imposée par son suivi médical pour le renouvellement de son traitement.

*C3 : « Moi je le vois régulièrement. Je le vois tous les deux mois puisque je suis soumis à un traitement particulier. Je suis astreint à un renouvellement. »*  
*« Pour moi le premier remède c'est l'alimentation, l'équilibre alimentaire. »*

Le médecin doit être de son côté vigilant et doit prendre le patient dans sa globalité. C3 considère qu'il doit être pris en charge au titre d'humain dans sa complexité. Il ne doit pas être une information traitée ou une maladie à guérir.

*C3 : « Quelqu'un qui est vigilant sur l'état de forme au sens général y compris psychologique. Et donc j'attends plutôt ça. »*

Le médecin traitant doit être dans certaines mesures, le médecin de famille. Il est alors central dans cette sphère très intime et doit savoir baliser le patient, l'amener vers une santé idéale.

La place du médecin devient complexe, entre prestataire de service et guide suprême, il se voit imposé d'un rôle de nouvelle technologie humanisée.

C3 : « *Le médecin traitant, comme je disais tout à l'heure, le médecin de famille est également un peu guide pour savoir quand on doit aller faire des examens plus poussés ou des pathologies particulières ; pour indiquer un petit peu... baliser la route, faire des courriers quand il faut. »*

### 3.4.3. Rapport à la e-santé

La e-santé bouscule les routines sans l'accord des usagers, sans interroger les utilisateurs.

C3 : « *On s'attache à l'organisation médicale habituelle »*

Outre ce bouleversement, l'Insoumis ne comprend pas et ne veut pas de ce changement vers la santé connectée. Ces nouveaux moyens à disposition rendraient la santé plus complexe et dépendante. Sa résistance est pensée et il doit exister une stratégie pour palier à cela.

C3 : « *Ce monde qui arrive je peux pas. On peut vivre beaucoup plus simplement que ça, tout en étant en sécurité et en bonne santé et tout ça. »*

Il perçoit l'arrivée de la e-santé comme inéluctable et a le sentiment d'être utilisateur à son insu. Son choix devient alors secondaire et il perçoit cet ensemble comme une atteinte profonde de sa liberté.

C3 : « *Je l'utilise peut-être déjà sans le savoir. »*

**Au total, l'Insoumis se considère donc comme l'irrésistible gaulois qui résiste à l'envahisseur, représenté par la e-santé et les nouvelles technologies.**

**Il se désolidarise de cet univers par manque d'intérêt, mais également avec une pointe d'anticonformisme. La e-santé ne pourrait être le remplaçant du médecin généraliste.**

### 3.5. Le paradoxal

Ce groupe est représenté par B1 et B4.

Il s'agit d'un groupe qui associe des traits retrouvés chez l'utilitariste, l'insoumis et le traditionnel. Les deux personnes interrogées, intégrées dans ce groupe possèdent des points communs, mais également des divergences.

Dans cette étude, il s'agit principalement d'une femme active entre 30 et 50 ans (Tableau 1).

#### 3.5.1. Rapport aux nouvelles technologies

Le discours diffère dans les 2 cas étudiés. B4 trouve une part de confiance dans les nouvelles technologies alors que B1 se trouve plutôt réticente. Pour autant, B1 évoque le fait qu'elle s'intéresse tout de même au sujet des nouvelles technologies.

B4 : « *Oui je suis confiante* »

B1 : « *Je n'ai pas d'appétence particulière par rapport aux nouvelles technologies, mais je crois quand même très curieuse, voilà, je reste pas à côté* »

Le discours de B1 et B4 possède la particularité d'être, à certains moments, ambigu. B1 énonçait ne pas être attirée par les NTIC, pourtant, elle pourra également énoncer une forme d'intérêt. Cela s'explique surtout par le fait qu'elle considère avoir de fortes lacunes sur l'utilisation des nouvelles technologies.

B1 : « *En fait, c'est un domaine qui m'intéresse, mais en même temps je me sens très très nulle par rapport à ça et je pense qu'on pourrait peut-être s'en passer* »

Dans ce même état d'esprit, B4 est consciente d'un certain degré de dépendance à ces nouvelles technologies, avec une volonté de s'en détacher tout en sachant qu'il serait compliqué de faire sans ces NTIC. Le paradoxal se sentirait presque « drogué » par les NTIC.

B4 : « *ça prend beaucoup de place dans nos vies. C'est un peu paradoxal c'est qu'à la fois je me dis qu'il faudrait qu'on arrive à se déconnecter et en même temps c'est difficile.* »

B4 : « *Et puis parce qu'on a envie d'être encore connectée* »

Ce caractère paradoxal revient à plusieurs reprises dans les 2 discours, leur opinion balance entre deux horizons.

B1 : « *je l'utilise tout en sachant que ce n'est pas fiable* »

B4 : « *Effectivement il est un peu scotché à moi. [...] A par un téléphone, finalement je n'ai pas grand chose d'autre.* » « *Après je me rends compte que je suis aussi beaucoup avec mon téléphone* »

### 3.5.2. Rapport à la santé

Lors de ces 2 interviews, chacun se considère en bonne santé ; ce bon état passe par le médecin, qui connaît son patient. Dans ces 2 discours, l'attention portée au patient est un critère majeur d'appréciation. Il doit être l'oreille attentive qui partage une

relation unique. Pour B4, l'écoute prend son sens, car le médecin peut entendre dans son écoute. La machine ne peut elle qu'imiter une écoute.

B1 : « *qu'il connaisse son patient. Et je pense que cette connaissance on peut l'avoir en s'intéressant à lui, à ce qu'il fait, son métier, sa famille, qui il est, qu'il connaisse le patient. Et justement que ce patient ne soit pas forcément un numéro parmi d'autres.* »

B4 : « *Qu'il soit à l'écoute.* »

Le médecin occupe une place importante dans la relation de soin. Il doit exister une confiance entre le médecin généraliste et le patient, qui se construit par les échanges.

B1 : « *c'est la place du médecin généraliste aujourd'hui autant je la trouve essentielle, pour moi c'est un pilier fondamental de la médecine* »

B4 : « *Mais moi je ne saurais pas entretenir une relation avec un médecin si la confiance n'est pas établie après* »

### 3.5.3. Rapport à la e-santé

Chez ces 2 personnes, il semble exister des connaissances sur la e-santé. Pourtant la e-santé connectée leur fait évoquer surtout Internet et les dérives de « l'auto-bibliographie ». Internet est un réflexe pour chercher comment éviter le stress lié aux problèmes de santé.

B1 : « *ça devient un réflexe, presque, quand on a besoin de se renseigner pour se rassurer.* »

B4 : « *Je pense que c'est le fait de me dire "est-ce que ça a l'air alarmant ou pas ?"* »

B1 et B4 s'accordent sur le générateur de stress que peut aussi procurer ces recherches sur Internet.

B1 : « Généralement ça me fait peur et quand ça me fait trop peur j'arrête. »

B4 : « Bah je regarde un peu sur Internet. Après je sais que c'est toujours à prendre avec des pincettes. »

Pour B1, la santé connectée fait écho à la télémédecine. Pour B4, cette télémédecine crée la distance et fait perdre le contact. Ces 2 points de vue, qui réduisent la santé connectée à la télémédecine, leur donnent une image plutôt négative des TIC dans la santé. Cette réflexion sur la e-santé est pourtant fondée sur des données « picorées », non exhaustives, en fonction de ce qui fait sens pour eux, en acceptant certaines NTIC et en refusant d'autres. L'analyse se fait en fonction de l'outil qui fait sens pour ces individus.

B1 : « Et puis il y a la question de la E-médecine. Me dire que demain je rentrerai dans une machine qui par un certain nombre de capteurs prendra les constantes. Bon pourquoi pas. Mais je n'imagine pas que ce soit substituable au médecin généraliste et au médecin, au médecin Homme. »

B4 : « Après si, si on parle du côté de la télé consultation, etc., je pense que rien ne vaut un contact physique quand même. Expliquer à quelqu'un quand on n'est pas bien même la personne, si elle a besoin de faire des examens, etc., je pense que c'est quand même mieux d'avoir quelqu'un en face. Moi demain si je vais voir un dermatologue, j'ai envie de l'avoir en face et qu'il soit capable de m'ausculter. »

**Au total, ce groupe de personnes, intitulé paradoxal, recueille des propos d'individus qui auraient pu appartenir à d'autres groupes.**

**Le point commun majeur réside dans le fait que les personnes inhérentes apparaissent indécises face aux nouvelles technologies et à la e-santé. Ce paradoxe s'efface lorsque la place de la relation médecin malade est évoquée, celle-ci étant qualifiée de fondamentale, elle ne sera pas substituable par les nouvelles technologies.**

# DISCUSSION

## 1. Limites et forces de l'étude

### 1.1. Limites

#### 1.1.1. Liées à l'échantillon

Il s'agit d'un échantillon de petite taille limitant la généralisation des données, qui n'est pas l'objectif d'une étude qualitative

#### 1.1.2. Liées au recueil des données

L'entretien était réalisé par un unique enquêteur qui réalisait sa première expérience de recherche qualitative. La méthodologie n'étant pas acquise, des erreurs ont pu être retrouvées lors des premiers entretiens.

L'enregistrement par un dictaphone pouvait limiter les réponses des interviewés.

#### 1.1.3. Liées à l'analyse des données

L'analyse des entretiens a pu être confrontée à un biais d'interprétation. Ce biais a cependant pu être réduit par l'analyse en triangulation.

Les regards n'ont pas été croisés avec les médecins ou autres professionnels de la santé.

L'exploitation des résultats par écrit induit l'effacement de toute expression du discours au profit de son contenu pouvant constituer une perte d'information.

## 1.2. Forces

### 1.2.1. Liées à l'échantillon

L'échantillon était raisonné et diversifié. Les âges, milieux socioprofessionnels et lieux d'habitation étaient variés. La parité était respectée (7 femmes, 6 hommes).

### 1.2.2. Liées au recueil des données

La méthode qualitative retenue et les entretiens de longue durée permettaient aux patients d'exprimer librement leur ressenti. Cela a permis de faire émerger de nouvelles idées et d'enrichir le guide d'entretien. Ce même guide était ainsi être évolutif et enrichi.

### 1.2.3. Liées à l'analyse des données

La retranscription et le codage étaient réalisés rapidement après chaque entretien limitant la perte d'information. Le codage a été réalisé en triangulation afin de limiter le risque d'interprétation. L'étude a été menée jusqu'à suffisance des données, confirmée par la réalisation d'un entretien supplémentaire (D1).

## **2. La place du patient dans la cybersanté**

Cette étude a fait ressortir une image forte de la e-santé : il n'existe pas une e-santé mais plusieurs e-santés. Les différents témoignages montrent un abord différent en fonction des connaissances, de l'image qu'ils en ont, ou de leur utilisation actuelle (39). Chaque personne voit dans la santé connectée ce qu'il utilise déjà ou a déjà entendu parler. Chaque patient confronte sa e-santé à la e-santé littéraire, pour y trouver ce qui fait sens

La e-santé a pu se résumer, au minimum, à deux entités fortement récurrentes : Internet et Doctolib. Ces 2 services témoignent surtout d'un gain immédiat et d'un contrôle de leur santé.

La e-santé n'est donc pas perçue de la même manière par tous, et la volonté d'en connaître plus n'est pas forcément présente, les logiques sont différentes (40).

La pratique guide la perception. L'expérience qu'il se fait module son état d'esprit. L'utilisation se confronte à l'intérêt que le patient trouve dans cette utilisation, elle doit mener à un objectif.

Les connaissances autour du sujet de la santé connectée sont inégales. L'information reçue et perçue est également inégale ; cette différence s'explique par plusieurs phénomènes qui peuvent se croiser mais qui ne peuvent se résumer qu'à un manque de moyens, d'intérêt ou de compréhension. On note également que les patients qui ne perçoivent pas ou peu d'information des professionnels de santé, et qui en témoignent, imaginent qu'une information, sur la santé connectée, doit être abordée par le praticien. Pourtant le sujet n'est abordé ni par le médecin ni par le patient. Il n'existe pas de consensus sur l'information de la santé connectée.

Dans une étude de l'European Journal of General Practice, il est ainsi montré que les médecins généralistes ne connaissent pas non plus la e-santé (41). Dans une autre étude qui s'intéresse aux médecins généralistes, qui eux, connaissent la e-santé, il est indiqué que ces médecins voient des aspects positifs et en discutent avec les patients, mais qu'ils perçoivent des barrières pour utiliser la e-santé et l'implanter.

Les NTIC semblent évoluer selon les patients vers un modèle d'optimisation croissante de la santé. Mais ces technologies, qui n'apparaissent pas être des imposteurs, s'imposent dans la santé d'une manière évidente, mettant les différents interlocuteurs de la santé dans des situations a priori inégales. Le médecin subit ou s'approprie de nouvelles pratiques ; le patient avance pour ne pas se sentir dépassé par sa santé (42). L'interaction primitive entre ces 2 interlocuteurs évolue donc nécessairement vers un schéma imposé par les NTIC.

La télémédecine, lorsqu'elle était évoquée, générait un sentiment de méfiance. Le problème réside principalement dans la téléconsultation, les autres composantes ne sont-elles peu remises en question. Encore une fois, la téléconsultation questionne sur les bénéfices. Il existe un intérêt commun, unique, pour le renouvellement de traitement et la facilitation.

Dans une étude de la société française de télémédecine, il est démontré que 74% de la population interrogée n'est pas informée sur la télémédecine et qu'elle est responsable, pour 61,7% d'une perte du contact humain (43). Nos résultats semblent concorder avec ceux-ci. La télémédecine, grande inconnue, peut être utile pour certaines situations, mais une majorité ne connaît pas son intérêt voire son existence (44).

### 3. Différentes approches de la technologie en santé

#### 3.1. Une classification complexe

La libre expression de chacun permettait de faire comprendre leur point de vue.

Une première analyse permet de comprendre que les patients qui ont un certain attrait pour les objets connectés dans la vie de tous les jours auront un regard plutôt positif sur la e-santé. À l'opposé, les patients qui n'ont peu, voire pas d'utilité des nouvelles technologies, auront un regard plus méfiant de la technologie dans la santé. Entre les deux, plusieurs profils complexes viendront nuancer l'intérêt des TIC dans la santé.

	<b>Age</b>	<b>Sexe</b>	<b>Lieu de vie</b>	<b>Proportions</b>
<b>Adepte connecté</b> <i>A2, A4, C1, C2</i>	27 – 31 ans	H : 75% F : 25 %	Majoritairement urbain	31%
<b>Le traditionnel</b> <i>A1, A3, B3, C4</i>	25 – 61 ans	H : 25 % F : 75 %	Majoritairement rural	31 %
<b>Utilitariste</b> <i>B2, D1</i>	58 – 72 ans	H : 50 % F : 50 %	Rural ou Urbain	15 %
<b>Paradoxal</b> <i>B1, B4</i>	29 – 49 ans	F	Rural ou Urbain	15 %
<b>Insoumis</b> <i>C3</i>	57 ans	H	Rural	8 %

**TABLEAU 2** : Proportions et Résumé des différents profils selon l'âge, le sexe, lieu de vie

Les deux groupes majoritaires sont les Adaptes et les Incurieux, qui représentent plus de la moitié des interviewés.

La classification par profils, avec des composantes similaires, permettait de comprendre le rapport de chacun aux différentes thématiques abordées. La comparaison entre eux était plus facile.

Chaque personne interviewée dispose d'Internet. Le smartphone était pour la plupart un outil pratique du quotidien. Un écart était patent entre l'Adepte connecté et les autres groupes.

La relation aux nouvelles technologies et à la santé permettait souvent de comprendre la relation à la santé connectée.

### 3.2. Tentative d'identification d'une logique d'utilisation de la santé connectée

L'utilisation plus ou moins régulière des TIC, retrouvée chez l'Adepte connecté, l'Utilitariste et le Paradoxal permet d'identifier certains points communs liés à cette utilisation : l'âge jeune et le lieu de vie urbain sont associés à une meilleure acceptation et une utilisation régulière des TIC dans le quotidien et la santé (45)(46). Les propos recueillis permettaient d'enrichir l'idée que la modernité était associée aux jeunes urbains (47).

Dans une autre étude sur l'introduction des objets connectés en santé (48), il est montré que les hommes seraient plus ouverts à l'introduction de lunettes connectées. Le sexe masculin retrouvé majoritairement dans le profil adepte connecté peut corroborer ces propos.

Les paramètres opposés permettent de préjuger un écart aux nouvelles technologies (49).

Les différentes personnes interviewées témoignent de cette sélectivité « naturelle » des technologies. Plusieurs d'entre eux venaient appuyer l'idée d'une dimension générationnelle, comme si elle devenait inaccessible ou incompréhensible pour plusieurs catégories de personnes.

La difficulté relationnelle à ces technologies semble complexe, associant le ressenti d'une ergonomie unique adaptée à une population, mais aussi une « auto-exclusion » des patients eux-mêmes, sans faire d'effort pour aborder ou comprendre ces outils.

Les attentes envers leur santé expliquent le regard différent de chaque groupe sur les NTIC dans la santé. Les personnes en activité chercheront en priorité à optimiser le temps et à se décharger de toute contrainte médicale (43).

Ainsi un patient jeune, actif, se considérant en bonne santé, va pouvoir s'acquérir plus facilement de la santé connectée par rapport à un sénior suivi pour une pathologie chronique, pour qui, l'apport humain prime sur la machine. L'étude à la recherche du ePatient (50) nous apprend qu'une personne présente sur le web sur deux, avec une maladie chronique, aimerait avoir l'aide de son médecin pour s'y retrouver dans la e-santé.

### 3.3. Un profilage qui questionne

L'Adepte connecté, qui se considère comme l'utilisateur confiant, est un profil plutôt homogène dans l'âge et le lieu d'origine avec une tendance masculine alors que le traditionnel, le Paradoxal et l'Utilitariste relèvent d'un profil plus hétérogène. La e-santé devient utilisée de manière optimale par une certaine catégorie de personne, une niche d'individus. La santé connectée prend son sens pour une personne présentant des attributs se rapprochant de l'Adepte connecté.

La complexité de l'analyse résidait également dans la nomination de ces groupes. Le traditionnel avait initialement été appelé incurieux, l'adepte connecté était appelé adepte e-patient, l'insoumis était appelé résistant.

Dans une étude déjà citée, centrée sur le patient et Internet (50) un profilage avait été réalisé, en fonction de l'utilisation de l'Internet dans la santé. Il ressortait alors des données pouvant aller dans le même sens : 6 groupes étaient retrouvés et classés selon l'usage et l'approche d'Internet dans la santé :

- Les méfiants
- Les déconnectés
- Les occasionnels
- Les détachés
- Les communicants
- Les adeptes

Il est retrouvé au sein de ce travail de recherche, de nombreux points communs avec l'étude sur le e-patient. Toutefois, cette étude, d'échantillon plus important, retrouve des proportions différentes pour certains groupes similaires à cette étude. Leurs résultats permettaient de généraliser cette classification à la population française.

Dans une autre étude, mesurant l'impact des nouvelles technologies sur la santé et la qualité de vie des personnes vivant avec une maladie chronique (51), les patients sont classés selon 3 profils d'usage :

- hyperconnectés,
- biconnectés
- hypoconnectés

Une nouvelle fois, d'échantillon plus important, ses proportions ne concordent pas en tout point avec celles retrouvées dans notre recherche.

Ces 2 travaux classent les profils principalement en fonction d'un degré d'utilisation, d'un point de vue quantitatif. Le sujet portant sur d'importantes questions tant sur l'éthique, que sur les intentions de chacun, ne peut se confiner uniquement à des mesures.

Une approche plus qualitative proposée par la Société française de Télé médecine le 06 décembre 2018 (43), en corrélation avec un recueil quantitatif permettait de classer les patients en partisan ou réfractaire. Ces résultats témoignaient d'une extrême complexité dans l'acceptabilité de la téléconsultation en soins primaires.

La télé médecine n'étant qu'une partie de la santé connectée, cette nouvelle étude ne peut, à son tour, suffire à conclure à un état des lieux de la santé connectée dans la population générale.

Les groupes constitués dans notre recherche se rapprochent de la littérature. Les données qualitatives permettaient de rassembler les différents profils qui ont pour l'ensemble, de nombreuses similitudes avec les précédentes recherches citées. L'usage des NTIC permettait de créer plus facilement des liens entre les différents individus. Cet usage était analysé en fonction des besoins de santé de chacun et permettait de comprendre les différents regards sur la santé connectée.

Notre étude a également pu se confronter à des divergences au sein même des groupes constitués. Ceci pourrait démontrer que l'analyse ne peut s'emprisonner dans une approche purement catégorielle, ou que cette dernière n'est pas suffisante dans une volonté d'approche globale.

### 3.4. Particularités de l'insoumis

L'insoumis s'écarte particulièrement des autres groupes par sa position négative. Néanmoins minoritaire, il dégage une réflexion intense sur le sujet, avec une prise de position argumentée par son expérience altérée, mais aussi par enquête personnelle et un important raisonnement autour de ce sujet. Ce regard, a priori négatif, l'ancre dans un schéma de refus systématique, le débat peut s'opposer à une barrière que l'insoumis s'impose.

Il justifie sa résistance par le mésusage des utilisateurs, qui pourrait être présent dans les autres groupes. Cette utilisation deviendrait alors détournée de la prise en charge globale du patient, pour une approche purement biomédicale. L'insoumis se sent seul dans son combat contre ce bouleversement des pratiques. L'évolution étant un fait, il est convaincu de ne pas être écouté.

Cette interview a permis de libérer la parole de l'interviewé et faire ressortir un sentiment fort d'allure pessimiste, comme s'il n'avait jamais été entendu. L'échange riche en émotions vient conforter le sentiment du patient de ne pas être écouté.

Les propos forts recueillis peuvent également avoir un impact sur les échanges qu'il pourrait entretenir avec différents interlocuteurs.

### 3.5. Des profils non indélébiles

Les propos analysés pouvaient déjà être tout tranchés pour certains. Pour d'autres, la complexité de leur point de vue permettait de les rapprocher entre eux sans pour autant les écarter des autres groupes d'individus (figure 2).

Le paradoxal, par son ambiguïté et ses nombreuses différences, devient un modèle de changement possible. On pouvait retrouver des traits communs chez l'insoumis, l'utilitariste ou l'adepte. Chez le paradoxal, il existe cette addiction latente des NTIC, à laquelle il est difficile de s'en échapper. Il existe en parallèle cette envie d'en découdre avec ces machines, de rester sur des mécanismes autour de l'Homme, tout en utilisant, des technologies de temps en temps, comme pourrait le faire l'utilitariste.

Ce changement de point de vue est difficilement explicable, l'environnement, les réflexions individuelles et collectives, l'information reçue viennent s'emboîter. Un élément pourtant important pourrait jouer dans ce changement de conformation : l'expérience utilisateur. Une mauvaise expérience pourrait ainsi faire changer la conformation de l'utilisateur (52).

Il est également notable que l'Adepte connecté puisse être le maillon final d'une chaîne d'utilisation. Sa conviction forte du bénéfice de la santé connectée, voire du tout connecté, presque inébranlable, peut poser 2 questions opposées : a-t-il compris avant les autres qu'il existe un bénéfice supplémentaire des TIC dans la santé ? Ou s'est-il rendu aveugle devant ces technologies, perdant ainsi toute forme de réflexion et marge de manœuvre ?

Son adoration est difficilement explicable devant ces quelques propos recueillis. Sa relation à la santé connectée semble bien plus compliquée qu'un banal fanatisme ; il

existe une idée de fond de faciliter tout ce qui peut l'être afin de gagner du temps, qui pourrait servir, sans s'exprimer sur quoi.

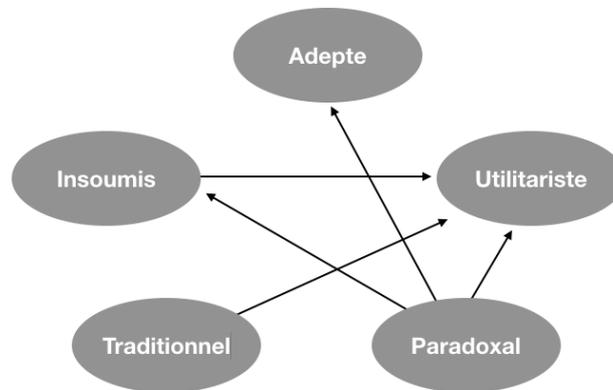


Figure 1 : *Évolution possible des différents profils*

Cette typologie permet de mieux situer le patient dans cette évolution. Pour ne pas le déstabiliser ou pour satisfaire ses attentes, il devient judicieux de repérer le profil du patient afin d'allier les différentes opportunités de soin.

Cela permettrait également d'apporter une information adaptée dans les groupes repérés. Une étude décrivait ainsi un processus d'identification par les informations d'entrée que disposent les cliniciens, permettant de trouver la combinaison optimale des nouvelles technologies (53).

Enfin cette typologie permet de replacer le patient au centre du soin, qui, comme montré dans cette étude, témoigne majoritairement d'un sentiment de mise à l'écart au profit des nouvelles technologies. Créer de tels groupes permet de sortir de la pensée en tunnel et de montrer qu'il existe plusieurs pensées différentes.

#### **4. La e-santé : un modèle à double tranchant**

Dans le rapport créé par la société française de télémédecine (43) l'utilisation de la médecine interposée par écran présente autant de freins que d'avantages.

##### **4.1. La santé connectée, pour connecter le patient à sa santé**

Les bénéfices de la santé connectée, notés par les patients interviewés, permettent l'avènement d'une logique d'automesure, comme forme « d'auto-médicalisation » (54).

Ce quantified-self (55) intervient à plusieurs moments dans la relation de soin (56). Il devient accessible par tous et devient aussi performant qu'un matériel professionnel (57). Cette automesure peut être à l'origine d'une demande de consultation, elle peut compléter une consultation ou elle peut tout simplement se suffire à elle-même.

Dans cette étude, le quantified-self est surtout représenté par Internet. Le patient l'utilise alors pour des recherches liées à sa santé. Les patients cherchent et trouvent des réponses sur ce qui les questionne. Ils vont pouvoir lire des conseils sur des forums, prendre en compte des témoignages, donner leur avis, expérimenter des prises en charge...

Le quantified-self entre en jeu dans une variable retrouvée dans la bouche de chacune des personnes : le temps.

Pour chacun, il apparaît être un décisionnaire dans cette balance bénéfice-risque. L'optimisation et la rentabilité énoncées prennent un sens particulier dans la qualité du soin. L'utilisation de nouvelles technologies dans la santé vient alors s'excuser par une volonté de gagner du temps.

Cette automesure intervient dans une forme d'autoréassurance immédiate. Les interrogés reconnaissent que la prise d'information permet un bénéfice immédiat sur l'état psychologique ou sur l'état de santé. Dans une enquête réalisée en 2015 aux États-Unis, 60 % des propriétaires de smartphones adultes indiquent que les smartphones et les applications ont changé leur façon de gérer leur santé et leur bien-être (58).

Effrayé par l'idée de l'être encore plus, le patient va se mettre en quête d'une fiabilité et va trier les différents contenus. Il va tenter de retrouver la confiance installée dans un cabinet médical. L'information sera d'autant plus fiable si elle est apportée par un médecin ou recommandée par un médecin.

#### 4.2. Les NTIC pour une autre prise de pouvoir dans la santé

Le quantified-self permet la prise de pouvoir du patient dans sa santé par les NTIC. Aidé et facilité par les objets connectés, l'empowerment (59) offre la possibilité au patient de se sentir légitime et autonome dans sa santé. Les NTIC viennent donc lui donner l'illusion qu'il devient maître de sa santé. Dans son livre blanc sur la santé connectée (60), le CNOM déclarait :

*« Les frontières de la e-santé ont en effet été repoussées depuis la fin des années 90 sous l'influence des usages grand public, comme on peut le constater avec l'apparition de la m-santé et, aujourd'hui, de l'expression « santé connectée ». Cette dernière formule illustre la naissance (espérée) d'un marché, fruit d'une triple évolution : sociologique, marquée par l'« empouvoirement » des patients, technologique (avec une explosion d'innovations dans le monde des smartphones, capteurs et objets*

*connectés), politico-économique (avec la recherche de solutions pour améliorer l'efficacité des systèmes de santé). »*

Cette prise de pouvoir dans sa santé à l'aide des TIC, diminue la sensation que la santé ne tient qu'au hasard (61). Le hasard supposé effacé, le gain ressenti sur sa santé lui apparaît majoré.

La santé connectée comme modèle de prise de pouvoir est au cœur de la stratégie nationale e-santé 2020 (62). Elle serait alors la finalité d'un modèle pensé autour de nouveaux outils et organisations. Cet empowerment n'apparaît plus être un simple modèle de relation, mais aussi un objectif de santé publique avec des fins politico-économiques. Une étude menée en Suisse (63) proposait aux entreprises des TIC, une nouvelle ligne marketing basée sur le comportement de l'utilisateur pour les actions futures et activités. Entre pouvoir politique et commercialisation, nous pouvons nous questionner sur l'illusion de cette prise de pouvoir

#### 4.3. Un rouleau compresseur

Cette enquête d'opinion a pu montrer que les NTIC donnent l'image d'être bien plus qu'un outil. N'auraient-elles pas plutôt le rôle d'influencer et de donner la sensation d'être aux commandes ? Les technologies employées conduisent, guident, donnent une illusion de maîtrise, sans forcément transformer l'utilisateur.

L'étude « les objets connectés et applications de santé » (47) montre que la réticence à l'utilisation d'objets connectés en santé est surtout liée à la crainte de la sécurité des données.

Qu'il soit adepte connecté, insoumis, ou de n'importe quel groupe, cette dimension interroge et modifie plus ou moins le rapport aux nouvelles technologies. Pour l'adepte connecté, l'agissement se fait en connaissance de cause, la réflexion est minimale, la confiance accordée aux nouvelles technologies est suffisante pour accorder cette intrusion.

Pour les autres, la réflexion vient imputer l'utilisation ; la NTIC accède à des données sensibles. La sphère de l'intimité devient sans limites, le patient qui ne maîtrise plus cette relation est convaincu que ses données peuvent tomber dans les mains de la personne qui ne devrait absolument pas jouir de ces données. Théorie du complot ou réelle crainte, ce patient n'est pas rassuré.

Ces peurs se retrouvent et se majorent quand ils évoquent la question des forums communautaires. Il en ressort l'idée que ces sites web sont le lieu d'une désorganisation et de désinformation.

Dans une étude du centre de sociologie et de l'innovation du CNRS, il est pourtant prouvé que les forums ne sont pas des espaces d'anarchie et de non-droit, et permettent d'enrichir la collaboration et le savoir (64). Une autre étude (65) montrait que cette recherche sur Internet améliore la relation médecin-malade, tout en considérant que cette relation soit changée pour une meilleure acceptation.

Le rejet de ces technologies devient lié à l'autrui. Comme si tout était de la faute des autres, comme pouvait le pointer l'insoumis. Les écarts et le mésusage sont tirés d'une mauvaise information et un usage inapproprié et/ou excessif. Mais ce patient est lui aussi non averti, il n'a pas l'information et il n'est pas formé. En utilisant les technologies, il peut prendre la place de celui qu'il critique.

#### 4.4. Les technologies dans la relation de soin

Plusieurs interviewés mettent en avant l'inadéquation de la e-santé avec certaines pathologies du ressort psychologique/psychiatrique. Ils évoquaient le manque d'empathie lors de l'échange d'une téléconsultation par exemple. La téléconsultation qui apporte une facilité de connexion entre un demandeur de soin et un professionnel de santé, se fait plus percevoir comme un brise-chaine. Dans notre étude, plusieurs patients expliquaient que la téléconsultation avait ce double pouvoir de faciliter l'accès au médecin, tout en l'éloignant géographiquement.

Dans un article sur la téléconsultation en psychiatrie, paru en octobre 2019 dans la Revue du Praticien Médecine générale (66) il est mis en avant que la téléconsultation permet de créer un lien thérapeutique malgré l'absence de contact physique.

Mais ce lien ainsi créé ne s'imposerait-il pas dans cette relation digitale, à la manière de la recherche du confort du cabinet médical dans la recherche sur Internet ? Cette absence physique se substitue par une autre forme de relation qui tend à se rapprocher du contact physique, mais qui ne l'égale pas.

Les nouvelles technologies, incluant la recherche sur Internet, ne sont pas ou peu dévoilées au médecin généraliste. Il existe un sentiment de honte et de culpabilité. Dans un article publié pour le lab e-santé (67), la majorité des personnes auditées n'en parlent pas à leur médecin. Qu'est-ce que cela signifie ?

Le patient pourtant demandeur de plus d'informations et d'explications de son praticien est au cœur d'une ambiguïté profonde et cache cette utilisation. On peut ainsi imaginer qu'en cachant cette information, le patient tend à considérer le médecin comme inapte ou insuffisamment compétent. On pourrait également se demander si ce même patient n'en voudrait pas indirectement au médecin de ne pas apporter l'information comme

la machine. Cette présomption d'incompétence (68) vient se confirmer quand certains auditionnés indiquent utiliser une application de santé avant de voir leur médecin généraliste. La nouvelle technologie vient apporter le sentiment de suffisance dans l'immédiateté, plus rapide qu'un médecin.

La relation avec le médecin tend à devenir objective et de nouvelles exigences de performances du corps médical apparaissent. Pourtant, alors que beaucoup de patients prennent en compte cette dimension purement biomédicale et souhaitent prendre du recul, ce modèle de soin s'impose à eux.

La dichotomie retrouvée dans cette étude devient inexistante quand la question de la place du médecin est évoquée directement. Pour le patient, quel que soit son degré d'utilisation, le médecin est, et reste le pivot de l'information. Les personnes interrogées s'accordent sur le principe que le médecin sera toujours indispensable dans la prise en charge du patient.

Tous les patients souhaitent que le médecin généraliste reste LA référence alors que la machine s'impose à eux. Cette facilité est difficilement acceptable et il faut que cela soit sanctionné par l'autorité du médecin. Cette autorité doit rester au médecin. Il existe cette volonté que l'Homme ne doit pas disparaître. La e-santé effraie et tous mettent déjà des limites, plus ou moins importantes, sur la place des technologies dans la santé.

##### **5. Pistes d'amélioration :**

Ces différents témoignages montrent une difficulté dans l'appropriation de la e-santé par les patients. Une étude menée au Ghana (69) concluait que les caractéristiques des établissements et des gestionnaires de soins de santé avaient une influence

importante sur l'adoption de la cybersanté. Cela s'explique par un travail qui doit être fait en amont, pouvant permettre une meilleure adaptation de chacun vis-à-vis des nouvelles technologies.

Donc plutôt que d'introduire les nouvelles technologies comme objectif de santé publique ou comme prétention à une meilleure prise en charge collective, comment agir en fonction de l'individualité de chacun ?

L'objectif doit être mixte, collectif et individuel, avec une intégration de tous les acteurs (70). L'ensemble des acteurs de santé pourraient ainsi trouver leur place dans ce modèle de santé qui évolue parallèlement à l'utilisation des nouvelles technologies. (29).

Deux thèses autour de la e-santé s'accordaient sur le bénéfice de la e-santé, la thèse réalisée par RAMAY Virginie, en 2018 concluait à un bénéfice des NTIC dans la prise en charge des patients âgés au domicile (71). Dans la thèse pour le diplôme de Docteur en Pharmacie, soutenue par Céline Courmont en 2016 (72), elle conclue par : « la plus grande révolution à opérer est celle des mentalités ».

#### Point de vue de l'auteur : vers une approche plus personnalisée

Cette absence de réflexion sur l'acceptation inéluctable de ce nouveau « modèle » de santé porte à réflexion. J'étais convaincu que la santé pouvait évoluer vers une forme de technocratie optimisée. Mais ces différents entretiens m'ont permis de voir le ressenti de chacun, effaçant le ressenti que je leur imaginais et leur imposais. Avec du recul, je pourrais presque m'inclure dans ce modèle de médecin adepte connecté.

Je me pose alors la question de la place de la subjectivité dans l'inclusion des nouvelles technologies, qui, je reste convaincu de cela, permettent une approche scientifique plus performante. Comment rester dans l'inclusion subjective plutôt que l'acceptation ?

Dans une étude menée au Bangladesh, il est expliqué qu'un travail préalable permettrait de faire changer les aprioris (73). Avons-nous encore le temps de procéder à ce changement ou ces NTIC sont-elles déjà trop ancrées ?

Le cas-échéant, l'avenir doit se tourner vers la co-conception et l'intégration d'une attitude centrée sur le patient, qui reste l'essence même de la santé (74)(75). Comme pouvait le signaler le CNOM (76) : « le patient fait partie de la solution ».

## CONCLUSION

Peu de thèses en médecine générale s'intéressent de près aux conceptions des patients sur un sujet. Dans ce contexte particulier, d'évolution rapide et inexorable des NTIC dans la santé, les représentations et connaissances apparaissent complexes et hétérogènes et définissent des attentes différentes.

L'avis porté sur la E-Santé n'est pas tranché. Dans cette dynamique complexe de participation dans sa santé, le patient qui est alors au cœur de la relation de soin voit la médecine évoluer avec ou sans lui.

Les NTIC suscitent autant de réponses que de questions aux yeux des patients interviewés. L'apport de la E-Santé se ressent quand il est question d'une réponse à la démographie médicale et à l'accès aux soins. La NTIC est optimiste et utile pour gagner du temps, pour connaître et comprendre les maladies. La prise de contrôle promise par les nouvelles technologies n'est pas si évidente qu'il n'y paraît, l'usage de la E-Santé n'entre pas dans une adéquation absolue avec toutes les situations en médecine générale.

Ces différentes conceptions permettent d'établir des connexions entre les individus avec l'émergence de 5 profils en fonction de leur utilisation et du regard sur la santé et la santé connectée.

Le débat entre concepteur, utilisateur et professionnels n'existe pas ou peu aujourd'hui. La santé connectée n'est donc pas neutre et s'impose dans la relation de soin comme un être vivant supplémentaire, offrant et imposant des solutions. Cette approche par groupe permet de situer le patient dans l'évolution et d'évoluer avec lui pas-à-pas, sans lui imposer la démarche.

Cette complexité d'opinions témoigne d'un point commun qui s'apparente à une volonté : les NTIC ne doivent pas remplacer le médecin de famille.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Jg Jeannot. Médecin moderne, médecin connecté? Swiss Sports & Exercise Medicine, 66 (4), 49–52, 2017.
2. Conseil National de l'Ordre des Médecins, Logiciels destinés aux médecins : livre blanc. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/logiciels\\_metiers\\_medecins.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/logiciels_metiers_medecins.pdf)
3. Université Paris-EST Créteil Val de Marne, Petit guide d'exploration au pays de la santé numérique
4. Eysenbach G. What is e-health? J Med Internet Res [Internet]. 18 juin 2001;3(2). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1761894/>
5. World Health Organism, eHealth [Internet]. WHO. Disponible sur: <http://www.who.int/ehealth/en/>
6. DMP : Dossier Médical Partagé. Disponible sur: <https://www.dmp.fr/>
7. DGOS. Atlas des systèmes d'information hospitaliers [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/article/atlas-des-systemes-d-information-hospitaliers>
8. TIC & Santé [Internet]. Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/asip-sante/tic-sante>
9. eVISIC, Difference Between Telehealth and Telemedicine: A Definition [Internet]. eVisit. Disponible sur: <https://evisit.com/resources/what-is-the-difference-between-telemedicine-telecare-and-telehealth/>
10. TÉLÉMATIQUE : Définition de TÉLÉMATIQUE. Disponible sur:

<https://www.cnrtl.fr/definition/t%C3%A9l%C3%A9matique>

11. Conseil exécutif, 101 session, WHO, Politique de la santé pour tous pour le XXI<sup>e</sup> siècle : "télématique sanitaire" [Internet]. EB101/INF.DOC./9 21 janvier 1998, Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/82480/fraid9.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Burger-Helmchen T, Pénin J. Crowdsourcing : définition, enjeux, typologie. Manag Avenir. 4 mai 2011;n° 41(1):254-69.
13. Ministère de la Santé et des Sports. La loi HPST à l'hôpital: les clés pour comprendre [Internet]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum\\_loi\\_HPST.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf)
14. HAS. Fiche mémo : Téléconsultation et téléexpertise, critères d'éligibilité [Internet]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-04/fiche\\_memo\\_qualite\\_et\\_securite\\_des\\_actes\\_de\\_teleconsultation\\_et\\_de\\_teleexpertise\\_avril\\_2018\\_2018-04-20\\_11-05-33\\_441.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-04/fiche_memo_qualite_et_securite_des_actes_de_teleconsultation_et_de_teleexpertise_avril_2018_2018-04-20_11-05-33_441.pdf)
15. WHO Global Observatory for eHealth. MHealth: new horizons for health through mobile technologies. Geneva: World Health Organization; 2011.
16. Wright V, Dalwai M, Smith RV, Jemmy J-P. Médecins Sans Frontières' Clinical Guidance mobile application: analysis of a new electronic health tool. Public Health Action. 21 déc 2015;5(4):205-8.
17. Mobin Y, Jérome B, Pierre D, Lucas P, Guillaume M. mHealth Quality: A Process to Seal the Qualified Mobile Health Apps. Stud Health Technol Inform. 2016;205–209.
18. Burke LE, Ma J, Azar KMJ, Bennett GG, Peterson ED, Zheng Y, et al. Current Science on Consumer Use of Mobile Health for Cardiovascular Disease Prevention: A

Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 22 sept 2015;132(12):1157-213.

19. Melki V, Galie S, Guillaume A, Halbron M, Franc S, Joubert M, et al. m-santé francophone et diabète : quoi de neuf en 2018 ? French-speaking m-health and diabetes: What's up in 2018? Médecine Mal Métaboliques. févr 2019;13(1):63-74.

20. Définitions : domotique - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/domotique/26402>

21. Demily C, Franck N. Remédiation cognitive dans la schizophrénie. EMC - Psychiatr. janv 2008;5(1):1-4.

22. DO-Pill, le pilulier connecté - Pharmagest. Disponible sur: <https://pharmagest.com/solutions/dopill-pilulier-connecte/>

23. ARS : Hauts-de-France. La stratégie E-santé de l'ARS. Disponible sur: <http://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/la-strategie-e-sante-de-lars>

24. Sant& Numérique Hauts-de-France - GIP [Internet]. Disponible sur: <https://sites.google.com/esante-hdf.fr/snhdf/qui-sommes-nous/gip>

25. Urgences en neurochirurgie : TELURGE célèbre ses 20 ans et un statut de référence nationale [Internet]. Disponible sur: <https://www.reseau-chu.org/article/urgences-en-neurochirurgie-telurge-celebre-ses-20-ans-et-un-statut-de-reference-nationale/>

26. Projet de plateforme PREDICE – FHF HDF [Internet]. Disponible sur: <https://www.fhf-hdf.fr/2019/02/28/projet-de-plateforme-predice/>

27. Eurasanté : Pôle économique & scientifique d'envergure européenne [Internet]. Disponible sur: <https://www.eurasante.com/>

28. DIU de télémédecine - Université de Lille - Université de Lille [Internet].. Disponible sur: <https://www.univ-lille.fr/formations/fr-MDUTM217.html>

29. Brouard B. Les nouvelles technologies de la communication au service de la santé. Actual Pharm. mars 2015;54(544):18-22.
30. Cynober T. Enjeux des big data en santé. Actual Pharm. sept 2018;57(578):25-9.
31. WHO. Cadres juridiques pour la cybersanté [Internet]. Disponible sur: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78076/9789242503142\\_fre.pdf;jsessionid=8F3F12A6587D025B3ECA5911020AB3F?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78076/9789242503142_fre.pdf;jsessionid=8F3F12A6587D025B3ECA5911020AB3F?sequence=1)
32. CNIL. Règlement européen sur la protection des données : se préparer en 6 étapes [Internet]. Disponible sur: [https://www.cnil.fr/sites/default/files/atoms/files/pdf\\_6\\_etapes\\_interactifv2.pdf](https://www.cnil.fr/sites/default/files/atoms/files/pdf_6_etapes_interactifv2.pdf)
33. Pires A. “Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique”. :88.
34. Ink M. Mener et retranscrire un entretien sociologique : trucs et astuces [Internet]. Le carnet des étudiant-e-s du Master Sociologie générale de l'EHESS. Disponible sur: <https://mastersociologie.hypotheses.org/3342>
35. Dufour C, Gazo D. Techniques d'échantillonnage. SCI6060 - Cours 4 (27 janvier 2012) :1.
36. Miles MB, Huberman AM. Analyse des données qualitatives. De Boeck Supérieur; 2003. 630 p.
37. Rohleder P, Lyons AC. Qualitative Research in Clinical and Health Psychology. Macmillan International Higher Education; 2014. 345 p.
38. NVIVO 10 for windows, guide de démarrage rapide [Internet]. Disponible sur: <http://download.qsrinternational.com/Document/NVivo10/NVivo10-Getting-Started-Guide-French.pdf>
39. Télémédecine, e-santé : pourquoi ça coince ? [Internet]. Université de

Montpellier. 2019 Disponible sur: <https://www.umontpellier.fr/articles/telemedecine-e-sante-pourquoi-ca-coince>

40. Wernette F. L'e-santé, un colosse aux pieds d'argile. *Actual Pharm.* mars 2015;54(544):23-30.
41. Kleij RMJJ van der, Kasteleyn MJ, Meijer E, Bonten TN, Houwink IJF, Teichert M, et al. SERIES: eHealth in primary care. Part 1: Concepts, conditions and challenges. *Eur J Gen Pract.* 10 oct 2019;0(0):1-11.
42. Peeters JM, Krijgsman JW, Brabers AE, Jong JDD, Friele RD. Use and Uptake of eHealth in General Practice: A Cross-Sectional Survey and Focus Group Study Among Health Care Users and General Practitioners. *JMIR Med Inform.* 2016;4(2):e11.
43. Ologeanu-Taddei R, Salles N, Demoucelle C. Les français et la télémédecine. :46.
44. Levy J-D, Potéreau J., Hausser M. Les Français et la téléconsultation. *Harris interactive.* Janvier 2019.
45. Schaefer B., Georges Hatchuel, David Alibert, Régis Bigot, Patricia Croutte, Isabelle Delakian, Franck Delpal, Catherine Duflos, David Foucaud. La dynamique des inégalités en matière de nouvelles technologies Méthodes d'approche – Analyse évolutive. CREDOC. cahier de recherche n°217, novembre 2005 :103.
46. Murray E, Lo B, Pollack L, Donelan K, Catania J, White M, et al. The Impact of Health Information on the Internet on the Physician-Patient Relationship: Patient Perceptions. *Arch Intern Med.* 28 juill 2003;163(14):1727-34.
47. M. del Río Carral; A. Schweizer; A. Papon; M. Santiago-Delefosse. Les objets connectés et applications de santé : étude exploratoire des perceptions, usages (ou

- non) et contextes d'usage. *Pratiques Psychologiques*, ISSN: 1269-1763, Vol: 25, Issue: 1, Page: 1-16 48. Philipp A. Rauschnabel; Young K. Ro. Inderscience Publishers - linking academia, business and industry through research *International Journal of Technology Marketing (IJTMKT)*, Vol. 11, No. 2, 2016
49. Mackert M, Mabry-Flynn A, Champlin S, Donovan EE, Pounders K. Health Literacy and Health Information Technology Adoption: The Potential for a New Digital Divide. *J Med Internet Res*. 04 2016;18(10):e264.
50. TMS Sofres. A la recherche du ePatient [Internet]. Disponible sur: <http://www.patientsandweb.com/wp-content/uploads/2013/04/A-la-recherche-du-ePatient-externe.pdf>
51. Institut Mines-Télécom Business School. Impact des nouvelles technologies sur la santé et la qualité de vie des personnes vivant avec une maladie chronique. [Internet]. Disponible sur: [https://www.imt-bs.eu/wp-content/uploads/2019/02/2019\\_RAPPORT\\_FINAL\\_IMT\\_ICA.pdf](https://www.imt-bs.eu/wp-content/uploads/2019/02/2019_RAPPORT_FINAL_IMT_ICA.pdf)
52. Serindou M. L'expérience utilisateur au cœur de l'innovation [Internet]. Interférences. 2016 Disponible sur: <http://www.marieserindou.net/2016/04/l'experience-utilisateur-au-coeur-de-l'innovation-2/>
53. Holubová A, Vlasáková M, Mužík J, Brož J. Customizing the Types of Technologies Used by Patients With Type 1 Diabetes Mellitus for Diabetes Treatment: Case Series on Patient Experience. *JMIR MHealth UHealth* [Internet]. 9 juill 2019 ;7(7).
54. Andrieu B. L'osmose technique avec son corps viv@nt: une auto-santé connectée du patient immersif. *L'Évolution Psychiatr*. avr 2016;81(2):253-65.
55. CNIL. Quantified self [Internet]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/definition/quantified-self>

56. Intérêts du quantified self ou mesure de soi, en santé au travail ? | AtouSante [Internet]. Disponible sur: <https://www.atousante.com/actualites/interets-quantified-mesure-sante-travail/>
57. Sagl G, Resch B, Petutschnig A, Kyriakou K, Liedlgruber M, Wilhelm FH. Wearables and the Quantified Self: Systematic Benchmarking of Physiological Sensors. Sensors [Internet]. 14 oct 2019;19(20).
58. APIGEE. Apigee Digital Impact Survey 2015 : Digital is Destiny [Internet]. Disponible sur: <https://pages.apigee.com/rs/351-WXY-166/images/apigee-digital-impact-survey-2015-apigee-institute-report-2015-12.pdf>
59. Le “E-patient” peut-il “prendre le volant” de sa propre E-santé ? [Internet]. ManagerSante.com. 2018. Disponible sur: <https://managersante.com/2018/02/23/rien-sur-moi-sans-moi-ou-comment-me-conduire-comme-e-patient-au-volant-de-ma-e-sante/>
60. CNOM. Déontologie médicale sur le WEB : le livre blanc du conseil national de l'Ordre des médecins. [Internet]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/livre\\_blancdeontoweb2012.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/livre_blancdeontoweb2012.pdf)
61. Bloss CS, Wineinger NE, Peters M, Boeldt DL, Ariniello L, Kim JY, et al. A prospective randomized trial examining health care utilization in individuals using multiple smartphone-enabled biosensors. PeerJ [Internet]. 14 janv 2016
62. La stratégie nationale e-santé 2020 [Internet]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/la-strategie-nationale-e-sante-2020>
63. Seiler, Roger & Huettermann, Marcel. (2015). E-HEALTH, FITNESS TRACKERS AND WEARABLES – USE AMONG SWISS STUDENTS. 10.13140/RG.2.1.1054.8649.
65. Tan SS-L, Goonawardene N. Internet Health Information Seeking and the

Patient-Physician Relationship: A Systematic Review. *J Med Internet Res.* 19 2017;19(1):e9.

66. Jacq F, Falala-Séchet C. Téléconsultation : possible en psychiatrie ? :2.

67. e-Santé PLL. Santé mobile et connectée : usages, attitudes et attentes des malades chroniques [Internet]. Le Lab e-Santé. 2015. Disponible sur: <http://lelabesante.com/sante-mobile-et-connectee-usages-attitudes-et-attentes-des-malades-chroniques-%e2%80%a2-enquete-le-lab-e-sante-juin-2015/>

68. Livian YF. Les organisations productrices d'incompétence. *Rev Int Psychosociologie.* 2010;XVI(39):189.

69. Kesse-Tachi A, Asmah AE, Agbozo E. Factors influencing adoption of eHealth technologies in Ghana. *Digit Health.* 1 janv 2019;5:2055207619871425.

70. Lir. Étude sur l'usage des données de santé : France et International, Evolutions et perspectives. [Internet]. Disponible sur: <https://www.lir.asso.fr/wp-content/uploads/2019/04/ETUDE-SUR-L-USAGE-DES-DONNEES-DE-SANTE.pdf>

71. Ramay V. Étude qualitative sur l'intérêt des objets connectés pour le maintien à domicile du sujet âgé : point de vue du médecin généraliste. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Montpellier-Nîmes; 2018.

72. Courmont C. L'ère connectée au service de notre métier. [Thèse de Doctorat d'Université, Pharmacie]. Université de Lille 2. 2016.

73. Zobair KM, Sanzogni L, Sandhu K. Expectations of telemedicine health service adoption in rural Bangladesh. *Soc Sci Med.* 1 oct 2019;238:112485.

74. Ciere Y, van der Vaart R, van der Meulen-De Jong AE, Maljaars PWJ, van Buul AR, Koopmans JG, et al. Implementation of an eHealth self-management care path for chronic somatic conditions. *Clin EHealth.* 1 janv 2019;2:3-11.

75. Shaw T, McGregor D, Brunner M, Keep M, Janssen A, Barnet S. What is

eHealth ? Development of a Conceptual Model for eHealth: Qualitative Study with Key Informants. J Med Internet Res. 2017;19:e324.

76. CNOM. Médecins et patients dans le monde des DATA, des algorithmes et de l'intelligence artificielle [Internet]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnomdata\\_algorithmes\\_ia\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnomdata_algorithmes_ia_0.pdf)

# Annexes

**Annexe 1 : Avis Favorable de la commission de Recherche des Départements de Médecine générale et de Maïeutique (CRD2M) de la FMM.**



**Avis de la Commission de Recherche des  
Départements de Médecine générale et de  
Maïeutique (CRD2M) de la FMM**

**Intitulé de la recherche :**  
*La e-santé et la pratique médicale : analyse des visions et attentes du patient en Médecine Générale dans les Hauts-de-France*

**Investigateur principal :** *PROY Valentin*

Mémoire de Maïeutique     Mémoire de DES     Thèse d'exercice de Médecine

**Date de réunion de la CRD2M :** *06/11/2018*

**Avis de la CRD2M :**     FAVORABLE     DEFAVORABLE

Si avis défavorable, justification :

-----

**Type d'étude retenu :**

- Recherche impliquant la personne humaine (RIPH, Loi Jardé) :
  - Type 1 : recherche interventionnelle
  - Type 2 : recherche interventionnelle à risques et contraintes minimales
  - Type 3 : recherche non interventionnelle
- Recherche « non-RIPH » :
  - Recherche rétrospective sur données existantes
  - Evaluation des pratiques professionnelles ou pédagogiques
  - Recherche dans le domaine des sciences humaines
  - Recherche bibliographique

**Conformité à une méthodologie de référence :**     OUI     NON    Si oui : *MR004*

**Nécessité de l'avis d'un comité d'éthique :**     OUI     NON

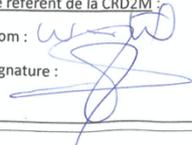
Si oui, lequel et pourquoi ?

-----

**Remarques éventuelles :**

**Le référent de la CRD2M :**

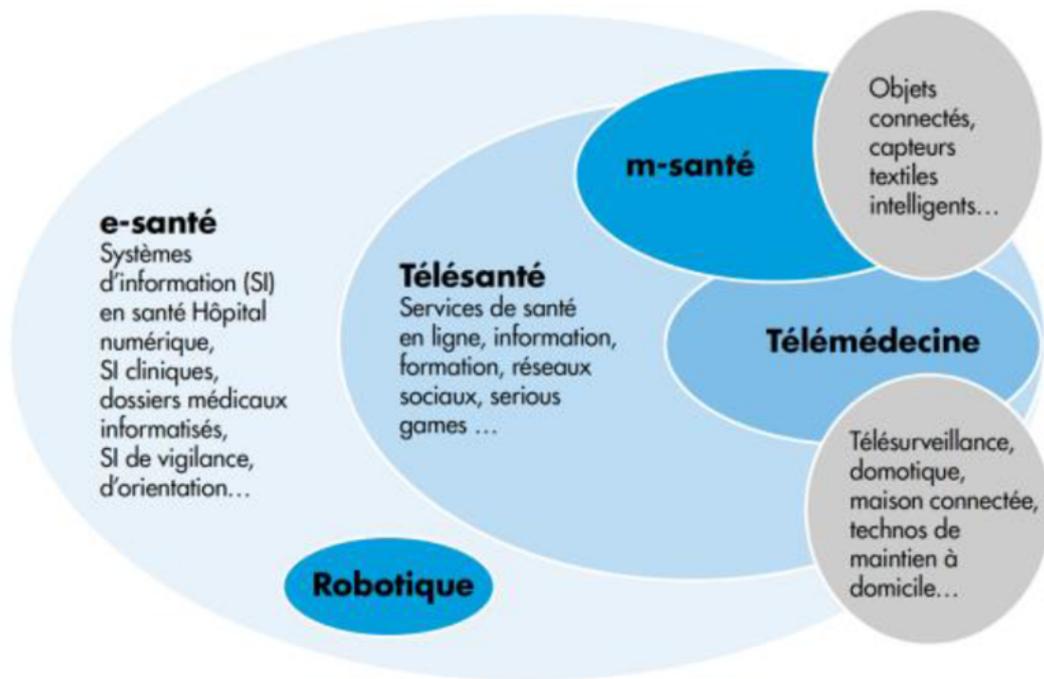
Nom : *W. S. P.*

Signature : 

## Annexe 2 : Guide d'entretien et schéma montré au patient

THEME	Questionnement
	Pourriez-vous me parler de vous ?
<b>La consultation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Est-ce que vous avez un médecin ?</li> <li>- Comment ça se passe avec lui ?</li> <li>- Quand allez-vous voir votre médecin traitant ?</li> <li>- Les dernières fois, comment avez-vous pris le rendez-vous ?</li> <li>- Qu'attendez-vous d'un médecin généraliste ?</li> </ul>
<b>L'avant consultation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si vous ne vous sentez pas bien, que faites-vous avant de consulter ?</li> <li>- Qu'est ce qui fait que vous pourriez vous renseigner avant d'aller en consultation ?</li> <li>- Quand vous vous posez des questions avant de consulter, comment faites-vous ?</li> <li>- Qu'est-ce que ça vous apporte ?</li> </ul>
<b>Suivi de la santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelles questions de santé vous préoccupent ? ou Votre santé vous la suivez comment ?</li> <li>- Est-ce que vous mesurez votre santé à la maison ?</li> <li>- Qu'est-ce que vous pensez des automesures de santé par des objets ?</li> <li>- Qu'en pense votre médecin ?</li> </ul>
<b>Le E-Médecin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comment la pratique de votre médecin a-t-elle évolué ?</li> <li>- Est-ce qu'on peut imaginer retourner 20 ans en arrière ou plus lors d'une consultation ?</li> <li>- Votre médecin s'est donc informatisé, quelles nouvelles technologies utilise-t-il ?</li> <li>- Est-ce qu'il vous explique pourquoi il utilise tout ça ?</li> </ul>
<b>Le E-Patient</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Et vous de votre côté, quels NTIC utilisez-vous ? Lesquels préférez-vous ?</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que faites-vous grâce aux nouvelles technologies dans la vie de tous les jours ?</li> <li>- Quel(s) sentiments éprouvez-vous sur les nouvelles technologies ?</li> <li>- Quelle place possèdent les nouvelles technologies pour votre santé ?</li> <li>- Faites-vous confiance aux nouvelles technologies et pourquoi ?</li> <li>- Comment vous qualifieriez vous face aux nouvelles technologies ?</li> </ul>
<p><b>La E-Santé</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tout ceci porte le nom d'E-Santé Que connaissez-vous de la E-Santé ou santé connectée ?</li> </ul> <p><i>Diagramme montré au patient</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pensez-vous que la e-santé correspond à tout le monde ?</li> <li>- De quelle manière pensez-vous utiliser la E-Santé aujourd'hui ?</li> <li>- Quels seraient pour vous, les avantages de la E-Santé et les inconvénients de la E-Santé ?</li> <li>- Pensez-vous que les nouvelles technologies auront-elles toujours une place dans la santé ?</li> <li>- En regard de ce que nous venons de dire, pensez-vous que la E-Santé transformera la qualité des soins ?</li> <li>- Seriez-vous prêt à l'utiliser demain ?</li> </ul>



**AUTEUR : Nom :** PROY

**Prénom :** Valentin

**Date de soutenance :** 30 janvier 2020

**Titre de la thèse :** Santé connectée : représentations, connaissances et attentes des patients en soins premiers dans le Nord et le Pas-de-Calais

**Thèse - Médecine - Lille 2020**

**Cadre de classement :** DES de médecine générale

**Mots-clés :** santé connectée, e-santé, cybersanté, médecine générale

**Résumé :**

**Contexte :** La technologie s'impose dans l'évolution de la médecine. Le patient devient encore plus acteur de sa santé grâce à de nouveaux outils permettant un meilleur contrôle.

**Objectifs :** L'objectif était d'analyser, à l'aide d'un regard sociologique, les conceptions et les perceptions sur la santé connectée des patients en médecine générale dans le Nord et le Pas-de-Calais. Les objectifs secondaires étaient d'analyser l'impact des NTIC dans la relation médecin-malade

**Méthodes :** Étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés de treize patients de médecine générale dans le Nord et le Pas-de-Calais.

**Résultats :** Les patients interviewés témoignent d'une évolution de la médecine en parallèle de l'évolution des NTIC. La e-santé reste un domaine flou. La connaissance sur la e-santé est dominée par la perception et l'usage des NTIC. Les attentes et craintes sont modulées par le regard et la position qu'ils ont sur la technologie de manière générale. Il existe un apport biomédical certain et une recherche d'efficacité dans cette utilisation. Les craintes sont dominées par une raréfaction du temps médical et une majoration des contraintes liées à la machine. Cinq profils de patients ressortent de cette étude selon leur rapport aux technologies, à la santé et à la e- santé. Les NTIC permettent des mesures de soi menant à l'illusion d'une prise de pouvoir dans la santé. En parallèle, la majorité d'entre eux y voit une complexité dans la médecine avec une perte du contact humain.

**Conclusion :** Les perceptions sur la E-Santé sont hétérogènes selon le profil du patient interviewé. Encore beaucoup trop floue, la E-Santé suscite autant de réponses que de questions.

**Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

**Assesseurs :** Monsieur le Professeur Régis BEUSCART, Monsieur le Docteur Grégoire FICHEUR

**Directeur de thèse :** Monsieur le Docteur Matthieu LUSTMAN