



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Étude en association libre des représentations sociales de la e-santé mentale parmi les acteurs du système de santé

Présentée et soutenue publiquement le 06/10/20 à 16h
au Pôle Formation
par **Pierre MESDJIAN**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Monsieur le Docteur Ali AMAD

Directrices de thèse :

Madame le Docteur Déborah SEBBANE

Madame Margot MORGIEVE

AVERTISSEMENT

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

Liste des abréviations

CCOMS : Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé

CFA : Correspondence Factor Analysis

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DMP: : Dossier Médical Partagé

HDC : Hierarchical Descending Classification

MAT : Modèle d'Acceptation des Technologies

m-Health : mobile health

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TAM : Technology Acceptance Model

TDA : Text Data Analysis

TIC : Technologie de l'Information et de la Communication

WHO : World Health Organization

Table des matières

Résumé	1
Introduction (Version Française).....	3
Contexte.....	3
Modèle d'Acceptation des Technologies (MAT) et étude des représentations sociales en santé.....	5
Objectif.....	6
Introduction.....	7
Context.....	7
Technology Acceptance Model (TAM) and study of social representations in health....	8
Objective.....	9
Methods.....	10
Study Design	10
Procedures and choice of method.....	10
Data analysis.....	11
Lexical analysis.....	11
Thematic or categorical analysis	13
Results.....	13
Baseline Assessment	13
Lexical analysis.....	14
Semantic analysis.....	18
Discussion.....	20
Limit.....	24
Conclusions	24
Discussion (Version Française).....	26
Limites.....	30
Conclusion (Version Française).....	30
Annexes	32
Bibliographie.....	33

Résumé

Contexte : La e-santé mentale offre une opportunité de surmonter de nombreux défis tels que le coût et l'accessibilité des soins de santé mentale ainsi que la stigmatisation qui leur est associée. La plupart des personnes vivant avec des troubles psychiques se déclare favorable à l'utilisation d'applications et de sites web pour la gestion de leurs problèmes de santé mentale. Pourtant l'utilisation de ces nouvelles technologies reste faible en psychiatrie et dans le champ de la santé mentale.

Objectif : Analyser les représentations sociales des différents acteurs du système de soins de santé mentale afin d'appréhender la complexité de leurs intentions d'utilisation des dispositifs de e-santé mentale.

Méthodes : Une méthode en association libre a été utilisée. Les données ont été soumises à une analyse lexicométrique pour qualifier les mots énoncés. Leur quantification a été réalisée via l'analyse de leur distribution statistique à l'aide du logiciel IRaMuTeQ, utilisant la méthode ALCESTE.

Résultats : Par ordre de fréquence, les termes les plus fréquemment utilisés pour décrire la e-santé mentale dans l'ensemble du corpus sont : "soins" (n=21), "internet" (n=21), "informatique" (n=15), "santé" (n=14), "information" (n=13), "patient" (n=12) et "outil" (n=12). Le corpus de texte apparaît divisé en deux volets, avec d'une part des termes technologiques et informatiques, et d'autre part des termes médicaux et de santé publique. Dans l'analyse IRaMuTeQ, le groupe de mots le plus important est centré sur les "soins", les "progrès", la "recherche", la "vie", la "qualité" et le "bien-être", il est significativement associé au groupe des usagers. Le groupe des infirmiers utilise davantage des termes très médicaux tels que "traitement", "diagnostic", "psychiatrie", "patient", pour définir la e-santé mentale.

Discussion : Il existe un écart net entre les attentes des usagers relatives prioritairement à l'amélioration de leur qualité de vie et celles des professionnels de santé (excepté les infirmiers) davantage axées sur le potentiel technologique des nouveaux outils de soin numérique.

Conclusion : La représentation sociale de la e-santé mentale conditionne une intention d'usage dont les développeurs, concepteurs, cliniciens et usagers doivent avoir conscience. Cette compréhension des enjeux pour chacun permettra de réorienter le développement des outils pour les adapter du mieux possible aux besoins et attentes des acteurs du système de santé mentale.

Introduction (Version Française)

Contexte

Les soins dans le champ de la santé mentale au niveau mondial continuent de faire face à de nombreux challenges tels que leurs coûts, leur accessibilité et la stigmatisation associée à ce type de soin. Il en découle des inégalités et des insuffisances dans le traitement de nombreuses personnes souffrant de troubles psychiques (1). Le domaine de la e-santé offre une opportunité de surmonter ces obstacles structurels et individuels à la demande de soin (2). La psychiatrie semble bien être la discipline qui pourra le plus bénéficier de ces nouvelles technologies. La e-santé mentale (ou santé mentale digitale ou santé mentale numérique) inclut le téléservice / la télémédecine, les référentiels d'interopérabilité, le dossier médical partagé, les applications mobiles (m-santé), le e-learning, la recherche et le partage d'informations en ligne, etc.. Pendant la crise liée à la pandémie de Covid-19, la rapide digitalisation des pratiques a démontré que les cliniciens, les patients et les systèmes de santé étaient capables de s'adapter rapidement à la télépsychiatrie, en surmontant les précédents obstacles tels que les contraintes réglementaires, l'inertie du système et la résistance générale à la télépsychiatrie (3,4).

L'utilisation des technologies est exponentielle dans notre société, notamment celle des téléphones portables (plus de 3.8 billions d'utilisateurs de smartphone dans le monde) (5) pour se déplacer, communiquer, travailler, gérer ses finances ou encore pour avoir des relations sociales. Récemment, le nouveau directeur de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour l'Europe, entend bien utiliser « les nouvelles opportunités, la créativité, l'apprentissage et la technologie [...] pour assurer la santé

et le bien-être de chacun » (6). Depuis les années 2000, l'application des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) au domaine de la santé favorise l'accès aux soins en renforçant la communication entre les patients et les soignants et en rendant les systèmes et les décisions en matière de santé plus efficaces et rentables (7). En effet, outre la mise à disposition de services, la e-santé permet aux patients d'accéder à leur dossier médical partagé (DMP), de recevoir des conseils et des informations médicales directement sur leur ordinateur, tablette ou smartphone.

Cependant, malgré toutes ces promesses, l'utilisation de ces nouvelles technologies reste faible. En France, seulement 6% de la population aurait déjà expérimenté la téléconsultation et 9% des professionnels de santé auraient déjà fait (au moins) une téléconsultation avec l'un de leurs patients (8). De même près de deux tiers de la population française ne se dit pas prête à utiliser des objets connectés dans le futur dans le domaine de la santé (9). A l'inverse, les patients présentant des troubles psychiatriques sont de plus en plus « connectés », la plupart d'entre eux sont favorables à l'utilisation d'applications et de sites web pour gérer leurs problèmes de santé mentale (10).

La présente étude propose d'explorer les représentations sociales de la e-santé mentale parmi les différentes typologies d'acteurs du système de santé mentale.

Nous faisons l'hypothèse qu'elles peuvent aider à comprendre et à caractériser leurs différentes intentions d'utilisation. Est-ce une question de confidentialité des données ou de manque de confiance dans les nouvelles technologies ? Quelles utilisations les différents acteurs du système de santé souhaitent ils faire de la e-santé mentale ? Comment est-elle perçue dans la population de personnes vivant avec un trouble psychique, leurs proches, les soignants, et plus largement la population générale ? Et

aussi, comment s'adaptent ces individus à l'avancé des technologies dans leur propre écosystème de santé ?

Modèle d'Acceptation des Technologies (MAT) et étude des représentations sociales en santé

Plusieurs questionnaires ont été créés dans le but de comprendre quels étaient les freins à l'utilisation des nouvelles technologies en général. Ces Modèles d'Acceptation (MAT) des Technologies, créés dans les années 1980, ont été utilisés pour mieux cibler les attentes de la e-santé des usagers (11) et des professionnels (12) en se basant sur deux questions principales : « Est ce que cette nouvelle technologie est utile pour moi ? » et « Est ce que cette technologie est facilement utilisable ? ». Certains chercheurs (13,14) ont mis en évidence la nécessité d'élargir ce questionnement aux facteurs environnementaux des individus comme par exemple l'influence sociale entre sujets mais également entre l'outil et le sujet.

En effet, cet abord très logico-scientifique des MAT doit être complété par une vision, certes plus subjective, mais qui interroge directement les cognitions sociales renvoyant à « l'objet de e-santé mentale ». Pour comprendre la place de l'individu par rapport à cet objet dans la société et les enjeux de pouvoir socio-économique qui s'en dégagent, il paraît essentiel de questionner l'image mentale de la e-santé mentale en fonction des croyances et des attitudes à son propos (15).

D'après D. Jodelet c'est à partir de cette représentation mentale singulière que se construit une forme de « connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la constitution d'une réalité commune à un ensemble social » (16). Ainsi la représentation sociale crée du lien entre les individus et des sous-groupes se créés dans la société à partir de ce partage représentationnel des usages de la e-santé mentale. Etudier le contenu et la structure des représentations sociales

de la e-santé mentale permettrait donc de définir les différentes intentions d'usages de cet objet dans la collectivité et de comprendre comment elles peuvent s'articuler entre elles.

Une première étude qualitative (étude EQUME) utilisant des *focus groups* a été menée par le Centre Collaborateur de l'OMS (CCOMS) pour la recherche et la formation en santé mentale de Lille afin d'appréhender les représentations sociales et les normes de différentes typologies d'acteurs du système de santé français. Les premiers résultats d'EQUME ont mis en évidence une définition hétérogène et instable de la e-santé mentale au regard des différents groupes d'acteurs concernés ainsi qu'au sein d'un même groupe (17). La méthodologie utilisée a fait l'objet d'une déclaration de conformité à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (N°2040798 v 0, 3 mars 2017).

Objectif

Le second volet qualitatif de l'étude EQUME, qui fait l'objet de ce travail, poursuit le même objectif, par une étude complémentaire utilisant une méthodologie d'associations libres. Le but est de caractériser les représentations sociales de la e-santé mentale parmi les différents acteurs du système de santé mentale pour implémenter du mieux possible les nouvelles technologies dans ce système de soins.

Introduction

Context

Mental health care continues to face many challenges such as cost, accessibility and the stigma associated with mental health. This results in inequalities and inadequacies in the treatment of many people living experience of mental disorder (1). The field of e-Health offers an opportunity to overcome these structural and personal barriers to seeking help (2). Electronic Mental Health (or digital mental health) includes teleservice/telemedicine, interoperability repositories, shared medical records, mobile applications (m-Health), e-learning, online information search and sharing, etc. Psychiatry, more than any other discipline, will be able to benefit from these new technologies. During the Covid19 pandemic crisis, rapid virtualization demonstrated that clinicians, patients and healthcare systems were able to quickly adapt to telepsychiatry, overcoming previous obstacles including regulatory constraints, system inertia and general resistance to telepsychiatry (3,4).

The use of technology is exponential in our society, especially the use of cell phones (more than 3.8 billion smartphone users worldwide) (5) to travel, communicate, work, manage one's finances or to have social relations. Recently, the World Health Organization (WHO) Director for Europe, intends to use "new opportunities, creativity, learning and technology [...] to ensure the health and well-being of everyone" (6). The application of Information and Communication Technologies (ICTs) in health care since the 2000s is already improving access to care by strengthening communication between patients and providers and by making health systems and decisions more efficient and cost-effective (7). Indeed, in addition to the provision of direct service

delivery, e-health enables patients to access their shared medical record, receive medical advice and information directly on their computers, tablets or smartphones. However, the application of these new technologies in the area of health and mental health remains weak. In France, only 6% of the population would have already experienced teleconsultation and 9% of healthcare professionals would have already done (at least) a teleconsultation with one of their patients (8). Also, nearly two thirds of the French population telling themselves not ready to use connected objects in the future in the healthcare field (9). On the contrary, people with living experience of mental disorder are more and more connected, most of them are in favour of using applications and websites to manage their mental health problems (10).

This study proposes to explore the social representations of e-mental health with the actors of the mental health system. We make the hypothesis that they can help to understand and characterize the intentions of use. Is it just a question of data confidentiality or a lack of confidence in new technologies? What uses do the different actors in the health system wish to make of e-mental health? How is it perceived in the population of patients living with a mental disorder and the partners who care for them? And also, how do these individuals adapt to technological advances in their own health ecosystem?

Technology Acceptance Model (TAM) and study of social representations in health

Several questionnaires were created in order to understand what were the barriers to the use of new technology in general. Those Technology Acceptance Models (TAMs), created in the 1980s, were used to better target the e-health expectations of users (11) and professionals (12) based on two main questions: "Is this new technology useful for

me" and "Is this technology easily usable? ». Some researchers (13,14) have highlighted the need to broaden this questioning to include environmental factors of individuals, including social influence between subjects but also between the tool and the subject. Indeed, this very logical-scientific approach to TAMs must be supplemented by a vision, certainly more subjective, but which directly questions social cognitions referring to the "object of e-mental health". In order to understand the place of the individual in relation to this object in society and the socio-economic power issues that emerge from it, it seems essential to question the mental image of e-mental health according to beliefs and attitudes about it (15).

According to D. Jodelet, it is from this singular mental representation that a form of "knowledge is constructed, socially elaborated and shared, having a practical aim and contributing to the constitution of a reality common to a social group" (16). Thus the social representation creates a link between individuals and a feeling of belonging to a group in society with the same interpretations and uses of e-mental health as they do. Studying the content and the structure of the social representations of e-mental health would thus make it possible to give a definition closest to that of its user in direct link with the object and the community.

Objective

This study aims to characterize the social representations associated with e-mental health by all stakeholders in order to implement new technologies in the best possible way in the health system.

Methods

Study Design

A qualitative study (EQUME) was conducted by the WHO Collaborating Centre of Lille (France) in order to assess the social representations and norms of 10 typologies of actors involved in the health care system. A first part of the study, based on data collected in focus groups revealed an heterogeneous and unstable definition of e-mental health with regard to the different groups of actors concerned as well as within the same group (17). A second part of the study, presented here, is based on the free association task method.

Each focus-group was initiated by a sociodemographic questionnaire collecting the variables: age, gender and profession. It was then asked to complete a self-reported familiarity scale ranging from 0 to 10 with e-mental health devices (see Table 1). Finally, a free association task which is detailed below, proposed to collect a total of twelve words.

EQUME study was the subject of a declaration of compliance with reference methodology at the French National Agency for Medicines and Health Products Safety (N°2040798 v 0, March 3, 2017). All participants signed a consent form.

Procedures and choice of method

The free-association method was chosen to study the social representations of e-mental health. This method is based on a question of evocation (or word associations) with the main instruction: "when we tell you: "e-mental health", what words or expressions come to your mind? " asked in writing (see Appendix 1). The result is three words called "level 1", then nine words called "level 2". Three "level 2" words are

attached to one "level 1" word. This makes a total of twelve words or expressions per participant. The free-association method is a classic tool in studies on social representations (18–20). It calls upon the latent content of representation (21,22) opening a path to the semantic field of the social object studied through the spontaneity and projective dimension of the method of free-associations (21). According to Abric J.C., social representation is composed of a content (information, opinions, beliefs, attitudes, etc.) and a structure. The latter consists of a central system (or central core) and a peripheral system, each of which is composed of the beliefs of the same name. The central elements have "evidential status" and help to "provide a framework for interpreting and categorizing new information" (21). The peripheral system links the central core of the representation to the reality of the moment for individuals. For example, if we consider "knowledge acquisition" as the central core of the object "study", for some "the library" will be a peripheral element, for others "the scholarship" will be an entirely different one (considering that knowledge acquisition would allow one to obtain a scholarship related to further study).

Data analysis

We used several types of Text Data Analysis (TDA) in this study. TDA correspond to a set of methods that aim to analyse the information contained in a text. They use categories to qualify elements of the text and quantify them by analysing their statistical distribution.

Lexical analysis

The data were subjected to a lexical or lexicometric analysis: the ALCESTE method. It was developed by M. Reinert (1987) on the basis of the work of Benzécri (1973) and

the textual statistics of Lebart and Salem (23). We used the IRaMuTeQ software, in "open source" and free, which uses the R language (24) and is developed since 2009 by P. Ratinaud and Dejean (University of Toulouse 2, Laboratoire d'Etudes et de Recherches Appliquées en Sciences Sociales).

Text segments have been created from each "level 1 word" and the three "level 2 words" associated with them (equivalent to a branch of the tree structure of the free association diagram, see *Appendix 1*). This makes 3 sentences or text segments called B1, B2, B3 (in the order of the word branches quoted from left to right on the diagram) per participant. In order to identify groups of words often together in these text segments, the analysis performed is mainly a Hierarchical Descending Classification (HDC). The software builds a tree structure and a classification is proposed grouping the words most often used together in the same sentences or segments.

Still using the IRaMuTeQ software, we obtained a visualization of the relations between the word clusters and the variables studied (age, sex, familiarity with e-mental health, categories of actors, order of text segments, i.e. B1, B2 and B3) with the corresponding χ^2 ($p=0.05$). We define a significance threshold at 5%. Based on Correspondence Factor Analysis (CFA) applied to the centre of the clusters, it provides pairs of superimposable images representing for one the relative proximity of words and for the other the types of text segments concerned, around the centers of these lexicons. The central words are the most common and the distance from the center indicates the specificity of this or that word. The axes mathematically maximize the visibility of specificities, but their orientation on the page (top/bottom and right/left) is arbitrary.

Thematic or categorical analysis

To deepen the links that exist between the different terms, we use a graph representation tool (neovis) in order to visually understand the different word associations. For this purpose, three researchers independently classified the one hundred eighty terms of “level 1” into twenty-four categories.

On a technical level, the graphs were built from the excel file resulting from the encoding of the responses that we injected into a dedicated database (neo4j) using a python script. We then built an html page that connects to this database, retrieves the relationship we are interested in and represents it using neovis.

Results

Baseline Assessment

The sample comprises a total of 70 people (37 women and 33 men) between 24 and 77 years old (average age of 44). They correspond to 10 categories of actors: general practitioners, psychiatrists, user representatives, general public, family carers, social workers, psychologists, users, occupational therapists and nurses.

Self-reported familiarity with e-mental health ranges from 0 to 9/10 but is on average very low for all groups. The occupational therapists report the lowest familiarity (1,1) while general practitioners report the highest familiarity (4,5).

Responses to the free-association questionnaire had 167 words missing for 828 possible answers (20,16%). The user group has the highest rate of missing words (46%), as it is the group with the most participants.

Table 1. Participants characteristics and self-assessment of e-health knowledge

Categories of actors	Participants			Age of participants	Knowledge of e-mental health tools
	Men	Women	Total		
General Practitioners	4	1	5	48,4 (40-59)	4,5 (3-5)
Psychiatrists	3	2	5	43,6 (25-62)	3,2 (0-8,5)
Users representatives	2	1	3	54,3 (29-77)	3,3 (1-6)
General public	0	6	6	38,5 (29-53)	3,2 (1-7)
Family carers	6	3	9	62,2 (48-74)	1,8 (0-4)
Social workers	0	5	5	43,2 (29-57)	1,6 (0-5)
Psychologists	1	6	7	35,7 (25-59)	1,7 (0-5)
Service users	11	1	12	42 (30-59)	3,7 (0-9)
Occupational therapist	2	7	9	38,4 (24-56)	1,1 (0-4)
Nurses	4	5	9	36,7 (25-48)	2,6 (0-6)
Total/Average	33	37	70	44,3 (24-77)	2,2 (0-9)

Lexical analysis

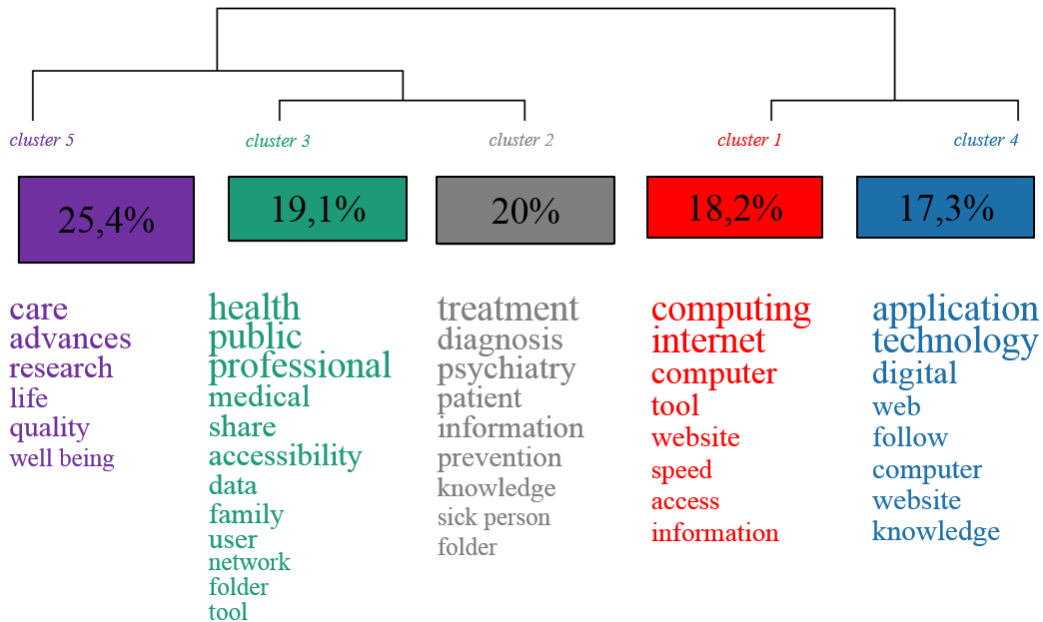
In order of frequency, the terms most frequently used to describe e-mental health in the whole corpus are: "care" (n=21), "internet" (n=21), "computing" (n=15), "health" (n=14), "information" (n=13), "patient" (n=12) and "tool" (n=12).

The terms that are cited several times together (co-occurrences) throughout the corpus are: "internet" and "information" (n=6), "internet" and "computer" (n=6), "activity" and "workshop" (n=5), "activity" and "care" (n=5), "hope" and "activity" (n=5), "carefree" and "activity" (n=5), "will" and "activity" (n=5).

Analysis of the similarities and differences between the terms used by the participants (Figure 1) shows 5 clusters of words characteristic of the main themes addressed. The

percentages represent the number of times the words are cited together throughout the corpus.

Figure 1. Classification of words used according to their frequency of co-citation^a



^aIn the same text segment by all participants in 5 clusters with $p < 0.05$ for all words.

The corpus of text is divided in two, with technological and computing terms one side and medical and public health terms on the other.

As for the medico-social terms, the largest family (cluster 5) is centered on "care", "advances", "research", "life", "quality" and "well-being". It is attached to two families (clusters 2 and 3) which also include health-related terms but differ from them by more general terms. These two other clusters are distinguished by more specific terms related to psychiatry and preventive medicine ("psychiatry", "diagnosis", "prevention", "information", etc.) and by access terms related to public health and the direct environment of the user of the health system ("health", "public", "share", "user", "family", etc.).

Figure 2. Correspondence factor analysis of free word association about e-mental health.

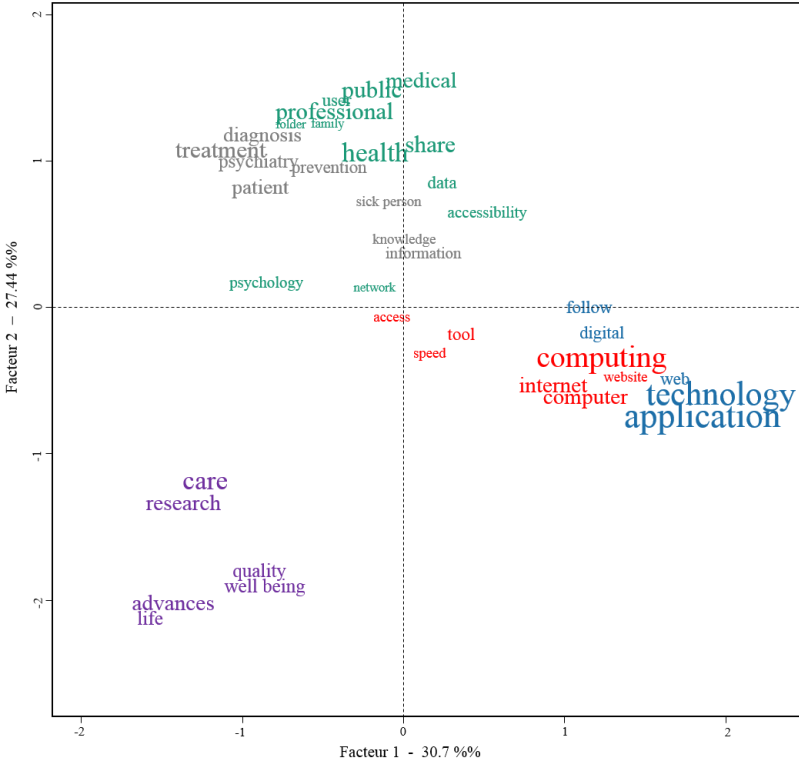
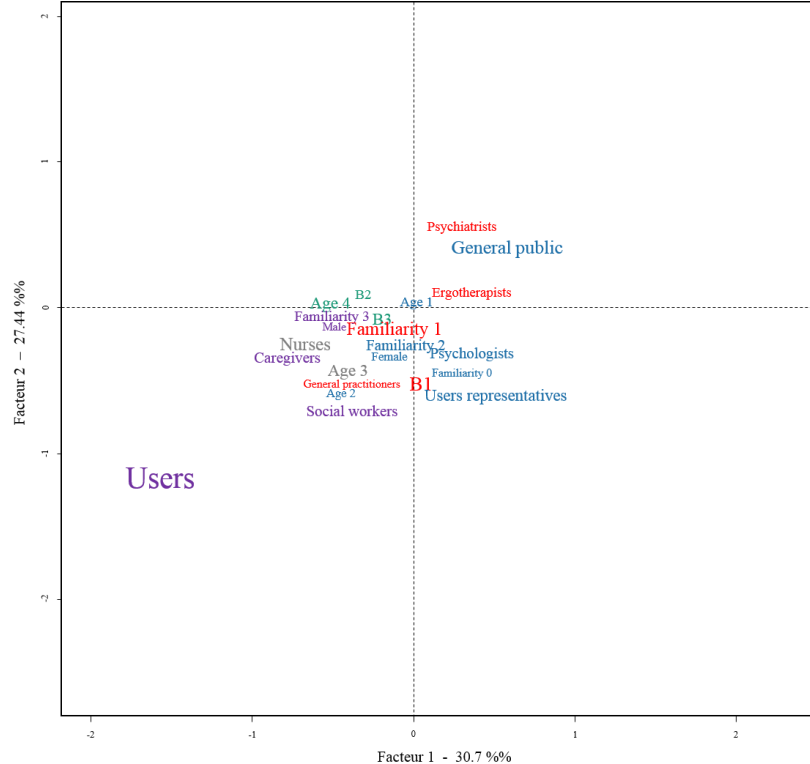


Figure 3. Correspondence factor analysis with the different variables studied^{a-c}



^aB1: “text segment 1”, B2: “text segment 2”, B3: “text segment 3”, i.e (Appendix 1).

^bAge 1: 20 to 30 years old; Age 2: 31 to 40 years old; Age 3: 41 to 60 years old; Age 4: >61 years old.

^cFamiliarity 0: no answer; Familiarity 1: 0-2; Familiarity 2: 3-5; Familiarity 3: 6-9.

During the task of free-association, we can see that the participants very frequently quote in the first line of response ($\chi^2=4,93$ and $p=0,02$) terms associated with the lexical fields of technology and computer science - B1 in red in (Figure 3) overlaps with cluster 1 in (Figure 2).

Participants over 61 years of age relate e-mental health to terms in the fields of "health", "public", "professional", "medical", "accessibility", "family", "user", and "network" ($\chi^2=3,93$ and $p=0,04$).

The correspondence factor analysis (Figures 2 and 3) shows that the group of users (in purple) are those who use the terms access on "care", "progress", "research", "life", "quality" and "well-being" the most ($\chi^2=11,16$ and $p=0,00083$). It appears that this group of participants would make very little use of the other families of words, and even almost none for the terms technology and computer type (clusters 1 and 4).

The nursing group uses very medical terms such as "treatment", "diagnosis", "psychiatry", "patient", etc. to define e-mental health. ($\chi^2=4,8$ and $p=0,02$). They would also use more global words, focusing on "quality", "care", "progress", "well-being" as well as users. They do not associate e-mental health at all with the terms of the more public health-oriented family (cluster 3).

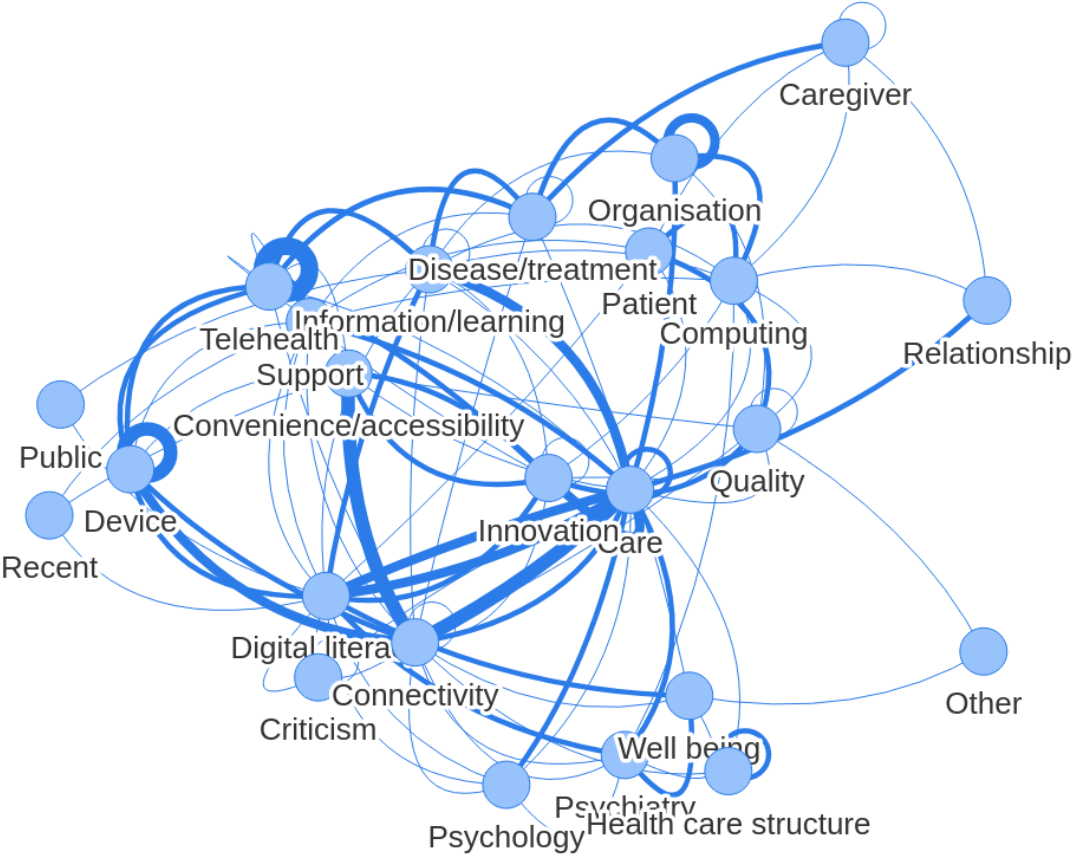
The public group associate terms such as "application", "technology", "digital", "web", "monitoring", "computer", "site" and "knowledge" with e-mental health ($\chi^2=4,63$ and $p=0,03$). So does the group of user representatives ($\chi^2=3,11$ and $p=0,07$).

The general public, psychiatrists, occupational therapists, user representatives and general practitioners use very little or no medical-social vocabulary (from clusters 2, 3 and 5) in their representations of e-mental health. These groups are more likely to use access terms about computers and technology.

Semantic analysis

The twenty-four ad hoc categories constituted by the investigators and based on “level 1” terms are illustrated in (Figure 4). This graph summarizes the global corpus by lexical fields. It introduces a dynamic dimension by adding links between the different categories, which can be compared to more or less stretched springs depending on the number of relationships between groups of words.

Figure 4. Links between ad hoc categories on level 1 words^a



^aStroke thickness and node distances represent the frequencies of word co-occurrences between categories.

We notice the central place of the category "care" which has a link with almost all the other categories. The terms constituting this category are therefore at least once related to the words used in the other categories.

The other graphs constructed according to the different variables (age, gender, familiarity with e-mental health except groups of participants) all show a core of close relationships between the categories: "care", "connectivity", "pathology/treatment", "device", "telehealth", "computing", "information/training", "digital literacy", "practicality/accessibility" and "innovation". There was no clear structural difference from the graph shown in (Figure 4). For the groups of participants graphs, one can see differences, but the number of participants per group does not allow to conclude anything.

Discussion

The scores on the self-reported familiarity scales are globally below average and are in contrast to the abundance of words and lexical fields mobilized by the participants during the free-association task. This observation echoes the necessary distinction between daily digital use and access to digital literacy for controlled health (25). It is the responsibility of the State to set up (i) an education system starting at school enabling future e-citizens to know how to use these tools in an enlightened manner and to manage their digital identities as well as (ii) a digital infrastructure in order to avoid, on the one hand, the "digital divide" and, on the other hand, "illectronism" in health (7).

In the global corpus, a homogeneous and frequent vocabulary related to care and ICT allows us to formulate the hypothesis of the centrality of these lexical fields illustrating the social representations of e-mental Health of the participants. The absence of terms with positive or negative valences is to be noted. Also a very consensual and materialistic definition characterizes here the central system of social representation. The e-mental health is considered as a new technological, computer and medical tool that would allow to propose a diagnosis or treatments to patients being also at the service of information and training. The peripheral elements are linked to the structural and organizational dimensions of e-mental health, i.e. "structure of care", "organization".

The user group is distinguished by a specific vocabulary. It differs from the words most found in the global corpus but also from the other groups of participants. These gaps evoke the nuance between the expectations of users, primarily related to improving

their quality of life, and those of health professionals (except for nurses) who are more focused on the technological potential of new digital care tools.

Psychiatry and psychology are also peripheral elements in the representation of e-mental health. While psychiatry has established itself as the "normal practice" regulating the conception of disorders and their treatment for many years, it may seem "natural" that it now extends its jurisdiction to the field of mental health. This extension could announce the renewal of psychiatric practices, as well as their social role. The current frameworks that guide clinical practice in psychiatry and psychology are limited because they do not allow the complex reality of people with mental health disorders to be taken into account. They project on them a predefined reading grid and disregard the dynamic interaction between their real, lived experiences, which are inextricably linked to social, psychological and biological contexts (26). The mental health care system thus ignores the fundamental realities of people with disorders in their daily lives. Thus, we urgently need new paradigms of clinical practice to effectively treat these people in vivo, in which what matters most to patients - the loss of meaning, impoverishment, social isolation, disability associated with disorders - is also what matters most to clinicians (26,27). Yet new digital tools can precisely enable the observation and treatment of people in vivo, integrating a flow of ecological and multidimensional data. These developments require theorizing methodological approaches to guide the design of new digital tools adapted to the challenges of an innovative digital clinic.

"Well-being" is also a peripheral element associated with "care" for users specifically. This representation illustrates the process of gradual extension since the 1980s of psychiatry to "mental health", well-being, and even happiness. This extension is

notably based on the WHO's redefinition of health no longer as the "absence of disease" but as "complete physical, mental and social well-being". Mental health has become omnipresent in public health discourse and, more broadly, in the entire social landscape since the early 2000s. Many actors in the field see it as a form of injunction to happiness and well-being that goes beyond the scope of psychiatrists' interventions. This presence of "well-being" in the discourse of users can also be explained by the fact that current technological tools are not necessarily medical tools but common objects (connected watches, actimetry bracelets, smartphone applications...) that have been designed according to ways of thinking about the world that come from fields other than psychiatry, in particular well-being and self-quantification.

"Relationship" is also one of the peripheral representations associated with e-mental health. New technologies are modifying the patient - caregiver relationship. The most recent example comes from the Covid-19 pandemic crisis, during which telepsychiatry made it possible to maintain social links through digital health despite the need for physical distancing (28). Even if the technology has allowed the maintenance of a patient - caregiver "connection", experts recommend the complementary use of telepsychiatry with face-to-face interviews (3,29). It is a question of finding the balance point of these new hybrid relationship modalities within the patient-physician-technology triad. Shore questions us as follows: "Is there a virtual saturation point, at which the benefits of a virtual relationship diminish and patients demand more face-to-face interactions? » (30). The relationship between users and professionals seems to be evolving towards a rebalancing of each person's roles and is being profoundly transformed under the effect of new technologies, the user-connected citizen

becoming informed, an actor in his or her health, an expert, and a partner in an increasingly digitalized ecosystem.

The processes of "autonomy" and empowerment are recommended by public health authorities and these terms are increasingly present in the contemporary discourse of patients' and users' associations and more widely disseminated in society, although it is surprising that they are totally absent from the discourse of the actors gathered in this study by the task of free association. However, the involvement of patients in their care through technology is the subject of debate: promoted by certain as a way of horizontalizing the relationship between caregivers and patients, and decried by others as a social injunction and the sign of the expression of a Foucauldian bio-power (31).

Similarly, "datas" are absent from the free-associations task. Thus, participants do not seem to question the place of their own data in the e-mental health ecosystem, or to worry about the use that private lobbies may make of them. This could be explained by the difficult acquisition of health literacy for users of the health care system as well as for professionals, not by lack of interest but rather by the increasing complexity of the health ecosystem (i.e. the lack of source and reliable evaluation of medical information on the Internet). Health literacy is evolving, requiring medical, informational and more recently digital skills (25). Considered more and more civic and social (32), it is becoming part of the community with, on the one hand, the need for an awareness of "self-care" at the individual level (31) and, on the other hand, the need for an optimal organization of the health ecosystem operated by the care authorities.

Limit

The aim of this study was to "photograph" the social representations of e-mental health of the different typologies of actors in the health care system. The speed of development of new devices implies new uses likely to have a retroactive impact on users' representations, making it difficult to capture these constantly evolving representations. Our material has a certain number of non-responses to the task of free-association without us being able to talk about it with the participants. More qualitative studies, using narrative content, interviews, focus group and field observation methodologies are needed to further explore the social representations of e-mental health among different actors.

Conclusions

The rise of e-mental health in our health systems is both a challenge and an opportunity for mental health. This study showed that the social representation of e-mental health differs according to the social group to which participants belong. It actually conditions an intention of use that developers, designers, clinicians and users must be aware of. This better understanding of everyone's stakes will make it possible to redirect the development of tools to adapt them as well as possible to the needs and expectations of the actors of the mental health system. In this process of listening and horizontalization of the relationships between actors, the guardianships must guarantee a deployment process in order to harmonize the contribution of digital tools to enable the appropriation of digital tools by all users and make equal access to care essential by fighting the digital divide. If these policies are to concern all user-citizens, and if they are to remain committed to a better knowledge of themselves and their

health, these reflections must be participatory and collaborative. In this sense, the improvement of the components relating to the training of actors through the acquisition of digital skills and the increase of literacy in e-mental health is at the dawn of a successful implementation of digital mental health.

Discussion (Version Française)

Les scores des échelles de familiarité auto-déclarée sont globalement en dessous de la moyenne et s'opposent à la richesse des mots et des champs lexicaux mobilisés par les participants lors de la tâche d'association libre. Ce constat fait écho à la nécessaire distinction entre un usage quotidien du numérique, et l'accès à une littératie digitale de santé maîtrisée (25). Il est de la responsabilité de l'état de mettre en place (i) un système d'éducation dès l'école permettant aux futurs e-citoyens de savoir utiliser ces outils de façon éclairée et de gérer leur identités numériques ainsi (ii) qu'une infrastructure numérique afin d'éviter d'une part la « fracture du numérique » , d'autre part l'illectronisme en santé (7).

Dans le corpus global, un vocabulaire homogène et fréquent relatif au soin et aux TIC permet de formuler l'hypothèse de la centralité de ces champs lexicaux illustrant les représentations sociales de la e-santé mentale des participants. L'absence de termes à valences positives ou négatives est à noter. Aussi une définition très consensuelle et matérialiste, caractérise ici le système central de la représentation sociale. La e-santé mentale est considérée comme un nouvel outil technologique, informatique et médical qui permettrait de proposer un diagnostic ou des traitements à des patients étant également au service de l'information et de la formation. Les éléments périphériques sont liés aux dimensions structurelles et organisationnelles de la e-santé mentale, i.e. « structure de soin », « organisation ».

Le groupe des usagers se distingue par un vocabulaire spécifique. Il diffère des mots les plus retrouvés dans le corpus global mais également des autres groupes de participants. Ces écarts évoquent la nuance entre les attentes des usagers relatives en premier lieu à l'amélioration de leur qualité de vie, et celle des professionnels de

santé (excepté les infirmiers) davantage axée sur le potentiel technologique des nouveaux outils de soin numérique.

La psychiatrie et la psychologie sont également des éléments périphériques de la représentation de la e-santé mentale. Alors que la psychiatrie s'est imposée comme « la pratique normale » régulant la conception des troubles et de leurs traitements depuis de nombreuses années, il peut sembler « naturel » qu'elle étende désormais son territoire de juridiction au champ de la santé mentale. Cette extension pourrait ainsi annoncer le renouvellement des pratiques psychiatriques, ainsi que de leur rôle social. Les cadres actuels qui guident la pratique clinique en psychiatrie et en psychologie sont limités car ils ne permettent pas de prendre en compte la réalité complexe des personnes présentant des troubles de santé mentale. Ils projettent sur eux une grille de lecture prédéfinie et négligent l'interaction dynamique entre leurs expériences réelles, vécues, inextricablement liées à des contextes sociaux, psychologiques et biologiques (26). Le système de soins de santé mentale ne tient ainsi pas compte des réalités fondamentales des personnes présentant des troubles dans leur vie quotidienne. Nous avons ainsi urgemment besoin de nouveaux paradigmes de pratique clinique pour traiter efficacement ces personnes *in vivo*, dans lesquels ce qui importe le plus pour les patients – la perte de sens, l'appauvrissement, l'isolement social, le handicap associé aux troubles- est aussi ce qui importe le plus pour les cliniciens (26,27). Or les nouveaux outils digitaux peuvent précisément permettre d'observer et de traiter les personnes *in vivo*, en intégrant un flux de données écologiques et multidimensionnelles. Ces évolutions requièrent de théoriser des approches méthodologiques pour guider la conception de nouveaux outils digitaux adaptés aux enjeux d'une clinique digitale innovante.

Le « bien-être » constitue également un élément périphérique associé aux « soins » pour les usagers spécifiquement. Cette représentation illustre le processus d'extension progressive depuis les années 1980 de la psychiatrie à la « santé mentale », au bien-être, voire au bonheur. Cette extension s'appuie notamment sur la redéfinition de la santé par l'OMS non plus comme l' « absence de maladie » mais comme un « complet bien-être physique, mental et social ». La *santé mentale* devient omniprésente dans les discours de santé publique et plus largement dans l'ensemble du paysage social depuis le début des années 2000. De nombreux acteurs du champ y voient une forme d'injonction au bonheur et au bien-être dépassant le cadre d'intervention des psychiatres. Cette présence du « bien-être » dans le discours des usagers peut également s'expliquer du fait que les outils technologiques actuels ne sont pas nécessairement des outils médicaux mais des objets communs (montres connectées, bracelets d'actimétrie, applications smartphones...) qui ont été conçus selon des manières de penser le monde issu d'autres domaines que la psychiatrie, en particulier le bien-être et la quantification de soi.

La « relation » est également l'une des représentations périphériques associées à la e-santé mentale. Les nouvelles technologies viennent modifier les relations soignants-soignés. L'exemple le plus récent nous vient de la crise liée à la pandémie Covid-19, durant laquelle la télépsychiatrie a permis le maintien du lien social par la santé digitale malgré la nécessité d'une distanciation physique (28). Même si la technologie a permis le maintien d'une « connexion » soignant/soigné, les experts recommandent l'usage complémentaire de la télépsychiatrie avec l'entretien en présentiel (3,29). Il s'agit de trouver le point d'équilibre de ces nouvelles modalités de relations hybrides au sein de la triade patient-médecin-technologie. Shore nous interroge ainsi : « Existe-t-il un point

de saturation virtuel, à partir duquel les avantages d'une relation virtuelle diminuent où les patients demandent davantage d'interactions en personne ? » (30). La relation entre les usagers et les professionnels semble évoluer vers un rééquilibrage des rôles de chacun et se transformer en profondeur sous l'effet des nouvelles technologies, l'usager-citoyen-connecté deviendrait ainsi informé, acteur de sa santé, expert, partenaire dans un écosystème de plus en plus digitalisé.

Bien que les processus d'« autonomie », et d'empowerment soient recommandés par les instances de santé publique et que ces termes soient de plus en plus présents dans les discours contemporains des associations de patients, des usagers et plus largement diffusés dans la société, on peut s'étonner qu'ils soient totalement absents du discours des acteurs recueillis dans la présente étude par la tâche d'association libre. L'engagement des patients dans leurs soins par le biais de la technologie fait pourtant débat : prôné par certains comme un moyen d'horizontalisation des rapports soignants/soignés et décrié par d'autres comme une injonction sociale et le signe de l'expression d'un bio-pouvoir foucauldien (31).

De même, les « datas » sont absentes des associations libres. Les participants ne semblent ainsi pas questionner la place de leurs propres données dans l'écosystème de la e-santé mentale ni s'inquiéter de l'utilisation que les lobbies privés peuvent en faire. Ceci pourrait s'expliquer par la difficile acquisition d'une littératie en santé pour les usagers du système de soin ainsi que pour les professionnels, non pas par manque d'intérêt mais plutôt par la complexification de l'écosystème de santé (i.e. le manque de source et d'évaluation fiable de l'information médicale sur internet). La littératie en santé évoluée, elle requiert des compétences médicales, informationnelles et plus

récemment numériques (25). Considérée de plus en plus citoyenne et sociale (32), elle s'inscrit dans la communauté avec d'une part la nécessité d'une prise de conscience du « souci de soi » au niveau individuel (31) et d'autre part la nécessité d'une organisation optimale de l'écosystème de santé manœuvrée par les tutelles.

Limites

L'objectif de cette étude était de « photographier » les représentations sociales de la e-santé mentale des différentes typologies d'acteurs du système de soin. La vitesse de développement de nouveaux dispositifs technologiques implique de nouveaux usages susceptibles de rétroagir sur les représentations des usagers, il est ainsi difficile de capturer ces représentations en permanente évolution. Notre matériel compte un certain nombre de non-réponses à la tâche d'association libre sans que nous ayons pu échanger à ce propos avec les participants. Plus d'études qualitatives, utilisant du contenu narratif, basées sur des interviews, des *focus group* et des méthodologies d'observation sur le terrain sont nécessaires pour approfondir l'exploration des représentations sociales de la e-santé mentale auprès des différents acteurs.

Conclusion (Version Française)

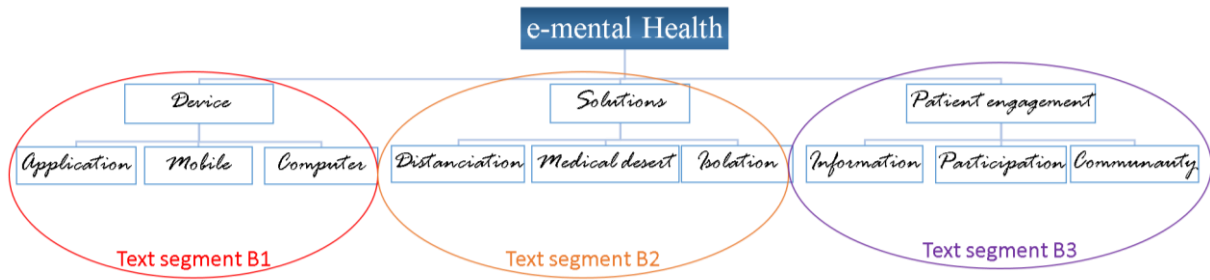
L'essor de la e-santé mentale dans notre système de santé constitue à la fois un challenge et une opportunité pour la santé mentale. Cette étude a montré que la représentation sociale de la e-santé mentale diffère en fonction du groupe social auquel les participants appartiennent. Elle conditionne de fait une intention d'usage dont les développeurs, concepteurs, cliniciens et usagers doivent avoir conscience.

Cette meilleure compréhension des enjeux pour chacun permettra de réorienter le développement des outils pour les adapter du mieux possible aux besoins et attentes des acteurs du système de santé mentale. Dans cette démarche d'écoute et d'horizontalisation des rapports entre acteurs, les tutelles doivent garantir un processus de déploiement afin d'harmoniser l'apport du digital pour permettre l'appropriation des outils numériques par l'ensemble de ses utilisateurs et rendre indispensable l'égalité d'accès aux soins par la lutte contre la fracture numérique. S'il est souhaité que ces politiques concernent tous les usagers-citoyens et que ceux-ci restent engagés dans une meilleure connaissance de soi et de leur santé, ces réflexions se doivent d'être participatives et collaboratives. Dans ce sens l'amélioration des volets relatifs à la formation des acteurs par le biais de l'acquisition de compétences digitales et de l'augmentation de la littératie en e-SM est à l'aube d'une implémentation réussie de la santé mentale numérique.

Annexes

Annexe 1. Exemple d'un questionnaire en association libre.

Quote three words related to « e-mental Health » then three more words related to those words.



Bibliographie

1. Ngui EM, Khasakhala L, Ndetei D, Roberts LW. Mental disorders, health inequalities and ethics: A global perspective. Vol. 22, *International Review of Psychiatry*. 2010. p. 235-44.
2. Shaw T, McGregor D, Brunner M, Keep M, Janssen A, Barnett S. What is eHealth (6)? Development of a Conceptual Model for eHealth: Qualitative Study with Key Informants. *J Med Internet Res* [En ligne]. *Journal of Medical Internet Research*; 24 oct 2017 [cité le 20 sept 2020];19(10):e324. Disponible: <https://www.jmir.org/2017/10/e324/>
3. Conférence nationale des présidents de CME/CHS. La télé-psychiatrie en période COVID-19 : un outil d'appui aux soins en psychiatrie publique. 2020;1-4.
4. Khanna R, Forbes M. Telepsychiatry as a public health imperative: Slowing COVID-19. *Aust N Z J Psychiatry* [En ligne]. SAGE PublicationsSage UK: London, England; 4 mai 2020 [cité le 6 mai 2020];4867420924480. Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32363911>
5. Statista [En ligne]. S O'Dea. • Smartphone users worldwide 2020 | Statista; 2020 [cité le 14 juin 2020]. Disponible: <https://www.statista.com/statistics/330695/number-of-smartphone-users-worldwide/>
6. Kluge H. Invitation message from Dr Hans Henri P. Kluge, WHO Regional Director for Europe. World Health Organization; 31 août 2020 [cité le 31 août 2020]; Disponible: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/european-programme-of-work/news/news/2020/06/have-your-say-on-who-europes-proposed-european-programme-of-work/invitation-message-from-dr-hans-henri-p-kluge,-who-regional-director-for-europe>
7. Isaac H. D'un système de santé curatif à un modèle préventif grâce aux outils numériques. *Renaiss Numérique* [En ligne]. 2014 [cité le 13 juin 2020]; Disponible: https://www.renaissancenumerique.org/ckeditor_assets/attachments/55/lb_sante_preventive_renaissance_numerique_1.pdf
8. Odoxa. Le baromètre de la Télémédecine de l'ANS. 2020.
9. -CGE - société du numérique arcep. Baromètre du numérique 2019. 2019.
10. Torous J, Chan SR, Yee-Marie Tan S, Behrens J, Mathew I, Conrad EJ, et al. Patient Smartphone Ownership and Interest in Mobile Apps to Monitor Symptoms of Mental Health Conditions: A Survey in Four Geographically Distinct Psychiatric Clinics. *JMIR Ment Heal*. 2014;1(1):e5.
11. Safi S, Danzer G, Schmailzl KJG. Empirical Research on Acceptance of Digital Technologies in Medicine Among Patients and Healthy Users : Questionnaire Study Corresponding Author : 2019;6.
12. Yarbrough AK, Smith TB. Technology Acceptance among Physicians. *Med Care Res Rev* [En ligne]. Sage PublicationsSage CA: Los Angeles, CA; 5 déc 2007 [cité le 31 juill 2020];64(6):650-72. Disponible:

<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077558707305942>

13. Venkatesh V, Morris MG, Davis GB, Davis FD. User acceptance of information technology: Toward a unified view. *MIS Q Manag Inf Syst.* 2003;27(3):425-78.
14. Tonn P, Reuter SC, Kuchler I, Reinke B, Hinkelmann L, Stöckigt S, et al. Development of a Questionnaire to Measure the Attitudes of Laypeople, Physicians, and Psychotherapists Toward Telemedicine in Mental Health. *JMIR Ment Heal.* 2017;4(4):e39.
15. Abric J-C. L'étude expérimentale des représentations sociales. Dans: *Les représentations sociales.* Presses Universitaires de France; 2003. p. 203.
16. Jodelet D. Représentations sociales: un domaine en expansion. Dans: *Les représentations sociales.* Presses Universitaires de France; 2003. p. 45.
17. Morgiève M, Sebbane D, De Rosario B, Demassiet V, Kabbaj S, Briffault X, et al. Analysis of the Recomposition of Norms and Representations in the Field of Psychiatry and Mental Health in the Age of Electronic Mental Health: Qualitative Study. *JMIR Ment Heal [En ligne]. JMIR Publications Inc.;* 9 oct 2019 [cité le 30 août 2020];6(10):e11665. Disponible: <https://mental.jmir.org/2019/10/e11665/>
18. Wachelke J. Relationship between response evocation rank in social representations associative tasks and personal symbolic value. *Rev Int Psychol Soc.* 2008;21(3):113-26.
19. Bergamaschi A, Alessandro. Attitudes et représentations sociales. <http://journals.openedition.org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/ress> [En ligne]. Librairie Droz; 15 déc 2011 [cité le 21 août 2020];(49-2):93-122. Disponible: <http://journals.openedition.org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/ress/996>
20. Fontaine S, Hamon J-F. La représentation sociale de l'école des parents et des enseignants à La Réunion. *Les Cah Int Psychol Soc. CAIRN;* 2010;Numéro 85(1):69.
21. Jean-Claude Abric. *Pratiques sociales et représentations [Social practices and representations].* Presses Universitaires de France, rédacteur. Paris, France; 2011.
22. Salès-Wuillemin É, Galand C, Cabello S, Folcher V. "Validation d'un modèle tri-componentiel pour l'étude des représentations sociales à partir de mesures issues d'une tâche d'association verbale? *Les Cah Int Psychol Soc. CAIRN;* 2011;Numéro 91(3):231.
23. [En ligne]. Reinert M. QUEL « OBJET » POUR UNE « ANALYSE STATISTIQUE DU DISCOURS » ?; 1998 [cité le 1 août 2020]. Disponible: <http://lexicometrica.univ-paris3.fr/jadt/jadt1998/reinert.htm>
24. Fallery B, Rodhain F. Quatre approches pour l'analyse de données textuelles. *XVIe Conférence AIMS [En ligne].* 2007 [cité le 19 juin 2020];28(3):3-17. Disponible: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00821448>
25. Le Deuff O, Le O, La D. La littératie digitale de santé : un domaine en émergence [En ligne]. Disponible: <https://hal.univ-antilles.fr/hal-01258315>
26. Braslow JT, Brekke JS, Levenson J. Psychiatry's Myopia—Reclaiming the Social,

- Cultural, and Psychological in the Psychiatric Gaze. *JAMA Psychiatry* [En ligne]. 9 sept 2020 [cité le 16 sept 2020]; Disponible: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2770563>
27. Bolton D. Clinical significance, disability, and biomarkers: Shifts in thinking between DSM-IV and DSM-5 [En ligne]. Kendler KS, Parnas J, rédacteurs. Vol. 1. Oxford University Press; 2017 [cité le 20 sept 2020]. Disponible: <http://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780198796022.001.0001/med-9780198796022-chapter-2>
 28. Anderson RM, Heesterbeek H, Klinkenberg D, Hollingsworth TD. How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? [En ligne]. Vol. 395, *The Lancet*. Lancet Publishing Group; 2020 [cité le 13 sept 2020]. p. 931-4. Disponible: <https://doi.org/10.1016/>
 29. Smith K, Ostinelli E, Macdonald O, Cipriani A. COVID-19 and telepsychiatry: an evidence-based guidance for clinicians. *JMIR Ment Heal* [En ligne]. *JMIR Mental Health*; 10 juill 2020 [cité le 20 sept 2020];7(8):e21108. Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32658857>
 30. Shore JH, Yellowlees P, Caudill R, Johnston B, Turvey C, Mishkind M, et al. Best Practices in Videoconferencing-Based Telemental Health April 2018. *Telemed e-Health* [En ligne]. Mary Ann Liebert Inc.; 1 nov 2018 [cité le 9 avr 2020];24(11):827-32. Disponible: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/tmj.2018.0237>
 31. Foucault M, Fontana A, Gros F. *L'Hermeneutique du sujet : Cours au Collège de France*. Seuil. [En ligne]. 2001 [cité le 6 sept 2020]. 560 p. Disponible: <https://www.seuil.com/ouvrage/l-hermeneutique-du-sujet-cours-au-college-de-france-1981-1982-michel-foucault/9782020308007>
 32. Health Organization W, Office for Europe R. *Health literacy : The solid facts* [En ligne]. 2013 [cité le 6 sept 2020]. Disponible: <http://www.euro.who.int/pubrequest>

AUTEUR : Nom : MESDJIAN

Prénom : Pierre

Date de soutenance : 06/10/2020

Titre de la thèse : Étude en association libre des représentations sociales de la e-santé mentale parmi les acteurs du système de santé

Thèse - Médecine - Lille « 2020 »

Cadre de classement : *Psychiatrie*

DES + spécialité : *Psychiatrie*

Mots-clés : e-mental health; social representations; free-association task; psychiatry; technology; digital health

Contexte. La e-santé mentale offre une opportunité de surmonter de nombreux défis tels que le coût et l'accessibilité des soins de santé mentale ainsi que la stigmatisation qui leur est associée. La plupart des personnes vivant avec des troubles psychiques se déclare favorable à l'utilisation d'applications et de sites web pour la gestion de leurs problèmes de santé mentale. Pourtant l'utilisation de ces nouvelles technologies reste faible en psychiatrie et dans le champ de la santé mentale.

Objectif. Analyser les représentations sociales des différents acteurs du système de soins de santé mentale afin d'appréhender la complexité de leurs intentions d'utilisation des dispositifs de e-santé mentale.

Méthodes. Une méthode en association libre a été utilisée. Les données ont été soumises à une analyse lexicométrique pour qualifier les mots énoncés. Leur quantification a été réalisée via l'analyse de leur distribution statistique à l'aide du logiciel IRaMuTeQ, utilisant la méthode ALCESTE.

Résultats. Par ordre de fréquence, les termes les plus fréquemment utilisés pour décrire la e-santé mentale dans l'ensemble du corpus sont : "soins" (n=21), "internet" (n=21), "informatique" (n=15), "santé" (n=14), "information" (n=13), "patient" (n=12) et "outil" (n=12). Le corpus de texte apparaît divisé en deux volets, avec d'une part des termes technologiques et informatiques, et d'autre part des termes médicaux et de santé publique. Dans l'analyse IRaMuTeQ, le groupe de mots le plus important est centré sur les "soins", les "progrès", la "recherche", la "vie", la "qualité" et le "bien-être", il est significativement associé au groupe des usagers. Le groupe des infirmiers utilise davantage des termes très médicaux tels que "traitement", "diagnostic", "psychiatrie", "patient", pour définir la e-santé mentale.

Discussion. Il existe un écart net entre les attentes des usagers relatives prioritairement à l'amélioration de leur qualité de vie et celles des professionnels de santé (excepté les infirmiers) davantage axées sur le potentiel technologique des nouveaux outils de soin numérique.

Conclusion. La représentation sociale de la e-santé mentale conditionne une intention d'usage dont les développeurs, concepteurs, cliniciens et usagers doivent avoir conscience. Cette compréhension des enjeux pour chacun permettra de réorienter le développement des outils pour les adapter du mieux possible aux besoins et attentes des acteurs du système de santé mentale.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs : Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Monsieur le Docteur Ali AMAD

Directrices de thèse : Madame le Docteur Déborah SEBBANE, Madame Margot MORGIEVE