



UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2026

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Avis des parents concernant l'utilisation de vidéos en ligne pour
améliorer leurs connaissances médicales sur la santé de leur(s)
enfant(s).**

Présentée et soutenue publiquement le 29 mai à 16h
au Pôle Formation
par Candice Pranio

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Patrick TRUFFERT

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Madame le Docteur Sylvie LELEU

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur François LOEZ

AVERTISSEMENT

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

LISTE DES ABREVIATIONS

AI	Artificial Intelligence
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
e-santé	Santé électronique
IA	Intelligence artificielle
MG	Médecine générale
PMID	PubMed Identifier
QR code	Quick Response code
SRQR	Standards for Reporting Qualitative Research

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	13
INTRODUCTION.....	15
MATERIELS ET METHODES.....	18
1. Type d'étude.....	18
2. Population.....	18
3. Recueil des données.....	19
4. Analyse des données.....	20
5. Aspects éthiques et réglementaires.....	20
RÉSULTATS.....	22
1. Population.....	22
2. Analyse thématique des entretiens.....	25
2.1. Comportements et pratiques de recherche d'informations.....	25
2.1.1. Modalités des recherches : entre démarche active et exposition opportuniste....	25
2.1.2. Écosystème informationnel large : entre Google, les réseaux sociaux et maintenant l'émergence de l'IA.....	27
2.2. Motivations des recherches : besoin parental immédiat de compréhension, réassurance et prise de décision rapide dans un contexte d'accès difficile aux soins.....	29
2.3. Choix du format (vidéos VS textes).....	31
2.3.1. Pourquoi les vidéos ? Plus-value spécifique : montre, incarne, rend les situations plus concrètes et permet plus de détails.....	31
2.3.2. Limites des vidéos : pas forcément le format préféré de toutes et support parfois jugé peu fiable.....	33

2.4. Construction de la confiance et critères de fiabilité.....	34
2.4.1. La confiance dans le contenu repose sur une véritable activité critique de sélection.....	34
2.4.2. Impact décisionnel : les vidéos peuvent modifier les comportements, mais sans remplacer la consultation médicale.....	36
2.5. Ressentis et émotions au décours d'une vidéo.....	37
2.5.1. L'expérience émotionnelle des vidéos est ambivalente : elles rassurent autant qu'elles peuvent inquiéter.....	37
2.5.2. La surabondance d'informations expose à la confusion, ce qui conduit les parents à développer des stratégies d'autorégulation.....	38
2.6. Perspectives et futur.....	39
2.6.1. Perception d'une augmentation inévitable de ces usages, dans un contexte de numérisation croissante et de tension sur le système de soins.....	39
2.6.2. Cette évolution entraîne de la crainte et appelle donc à une régulation et une certification officielle des contenus.....	41
2.7. Conclusions de l'analyse.....	42
DISCUSSION.....	43
1. Modèle explicatif.....	43
2. Résultats principaux et comparaison avec la littérature.....	43
2.1. Résultats principaux.....	43
2.2. Mise en perspective avec la littérature.....	44
2.2.1. Des pratiques informationnelles hybrides et en mutation.....	44
2.2.2. Un recours motivé par la réassurance et la prise de décision rapide.....	46
2.2.3. Une valeur spécifique de la vidéo dans l'apprentissage (dimension visuelle et pédagogique) : plus-value démonstrative et expérientielle.....	47
2.2.4. Une littératie numérique critique, mais hétérogène.....	48
2.2.5. Une exposition à la désinformation et à la surcharge informationnelle entraînant la confusion.....	50

2.2.6. Le paradoxe émotionnel et cognitif : l'effet « pharmakon » de la vidéo.....	51
2.2.7. Le numérique comme palliatif aux failles du système de soins.....	52
2.2.8. Une surreprésentation féminine : reflet possible de la charge maternelle en santé. 53	
3. Forces de l'étude.....	55
4. Limites de l'étude.....	57
5. Perspectives pratiques : redéfinir le rôle du médecin généraliste.....	59
CONCLUSION.....	62
BIBLIOGRAPHIE.....	63
Annexe 1 : Autorisation de la CNIL.....	71
Annexe 2 : Grille COREQ.....	72
Annexe 3 : Lettre d'information à destination des participants.....	75
Annexe 4 : Guide d'entretien initial.....	76
Annexe 5 : Guide d'entretien final.....	77
Annexe 6 : Retranscription des entretiens.....	78
Annexe 7 : Verbatims sélectionnés et triés sous forme de tableau.....	79

RÉSUMÉ

Introduction : Le recours à Internet pour des informations de santé est devenu fréquent chez les parents, notamment via les formats vidéo. Cependant, les usages et les perceptions de ces contenus restent encore peu explorés en médecine générale. L'objectif est d'explorer les avis des parents concernant l'utilisation de vidéos en ligne pour améliorer leurs connaissances médicales sur la santé de leur(s) enfant(s).

Matériel et Méthodes : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés réalisés auprès de 15 parents recrutés en cabinet de médecine générale dans les Hauts-de-France entre mars 2025 et janvier 2026. Une analyse thématique inspirée de la théorisation ancrée a été réalisée.

Résultats : Les vidéos sont principalement utilisées dans des situations d'incertitude, dans un objectif de compréhension, de réassurance et d'aide à la décision. Leur principal intérêt réside dans leur dimension visuelle et démonstrative, notamment pour les gestes techniques. Les parents développent une démarche critique de sélection des contenus, basée sur plusieurs critères (expertise médicale, sources, validation sociale). Toutefois, l'exposition à des informations nombreuses et parfois contradictoires peut entraîner confusion et anxiété. Les vidéos s'intègrent dans un écosystème informationnel plus large incluant les moteurs de recherche, les réseaux sociaux et l'intelligence artificielle. Elles ne remplacent pas le médecin, qui reste la référence finale dans la prise de décision.

Conclusion : Les vidéos en ligne constituent un outil complémentaire dans les pratiques parentales, répondant à un besoin d'immédiateté et d'autonomie. Leur intégration dans la relation de soin apparaît nécessaire afin d'accompagner les parents dans un environnement informationnel complexe.

INTRODUCTION

Durant les deux dernières décennies, le développement d'Internet et des technologies numériques a profondément transformé les modalités d'accès à l'information. Autrefois limitées à des lieux ou des supports spécifiques, les connaissances sont aujourd'hui accessibles de manière immédiate, en tout lieu et à tout moment. Cette évolution concerne particulièrement le domaine de la santé, où les patients, et notamment les parents, ont de plus en plus recours aux ressources en ligne pour répondre à leurs interrogations.

De nombreuses études mettent en évidence ce phénomène. Une étude menée auprès de 258 parents d'enfants âgés de 0 à 18 ans montre que 96 % d'entre eux utilisent les médias sociaux, dont 68 % pour rechercher des informations en santé pédiatrique (1). Une autre étude australienne rapporte que 89 % des parents interrogés recherchent des informations en ligne lorsque leur enfant est malade (2). Ces résultats sont aussi retrouvés dans une étude suisse qui montre que 91 % des parents utilisent des ressources numériques pour s'informer sur la santé et le développement de leur enfant, principalement en raison de leur accessibilité et de leur disponibilité permanente (3).

Cependant, cette accessibilité s'accompagne de certaines limites, notamment en termes de fiabilité et de qualité des informations disponibles. Les parents, qui sont en première ligne dans la prise de décision concernant la santé de leur enfant, doivent interpréter ces informations et adapter leurs comportements en conséquence. En effet, les enfants n'étant pas autonomes dans leurs décisions de santé, ce sont leurs parents qui déterminent les

conduites à tenir : consulter un professionnel de santé, administrer un traitement ou encore surveiller l'évolution des symptômes.

Plusieurs travaux montrent que les informations trouvées en ligne peuvent influencer les décisions parentales. Certaines études suggèrent que les parents peuvent s'appuyer sur ces ressources pour évaluer la nécessité d'une consultation, voire modifier leurs comportements de recours aux soins (2). Néanmoins, la confiance accordée au médecin reste un élément central dans l'arbitrage entre les informations issues d'Internet et les recommandations médicales.

Au-delà de la simple recherche d'information, les parents expriment des besoins variés, allant du diagnostic à l'approfondissement de leurs connaissances (4). Leur utilisation des ressources numériques apparaît ainsi comme une démarche évolutive, dépendant à la fois du contexte, de la perception de la gravité de la situation et de leur relation avec les professionnels de santé (5).

Dans ce contexte, le format vidéo semble prendre une place croissante. Les études montrent que les parents privilégient des contenus accessibles, fiables et synthétiques, avec une préférence pour de courtes vidéos pédagogiques (6). Par ailleurs, certains travaux suggèrent que les supports vidéo peuvent améliorer la compréhension des informations médicales, notamment chez les patients ayant un faible niveau de littératie en santé (7).

Toutefois, malgré leur diffusion croissante, les usages et les perceptions des vidéos en ligne dans le domaine de la santé pédiatrique restent encore peu explorés, en particulier

du point de vue des parents.

Dans ce contexte, il apparaît pertinent de mieux comprendre la place qu'occupent ces vidéos dans les pratiques informationnelles parentales. L'objectif de cette étude est donc d'explorer les avis des parents concernant l'utilisation des vidéos en ligne pour améliorer leurs connaissances médicales sur la santé de leur(s) enfant(s).

MATERIELS ET METHODES

1. Type d'étude

Il s'agit ici d'une étude qualitative. Ce choix méthodologique a été retenu, car il permet d'explorer des éléments subjectifs tels que les représentations, les émotions et les expériences des participants.

Cette approche est particulièrement adaptée à notre objectif car il vise à comprendre les perceptions des parents concernant l'utilisation des vidéos en ligne en santé pédiatrique.

2. Population

Les participants ont été recrutés lors de consultations dans deux cabinets de médecine générale en ville, l'un situé à Beaurains en périphérie d'Arras et l'autre à Avion en périphérie de Lens, entre le 25 mars 2025 et le 30 janvier 2026.

Ont été inclus les parents ayant au moins un enfant âgé de moins de 18 ans. Les parents dont tous les enfants étaient majeurs ont été exclus.

Le recrutement reposait sur un échantillonnage raisonné, avec une recherche de variation maximale des profils. Celui-ci a été ajusté de manière itérative au cours du recueil et de l'analyse des données. L'ensemble des participants recrutés était constitué de mères,

aucun père n'ayant été inclus au décours du recrutement, le recueil ayant été réalisé en consultation de médecine générale où les mères étaient majoritairement présentes avec leur enfant.

À l'issue de la consultation, les parents étaient informés de l'étude et invités à y participer. Une fiche d'information leur était remise, suivie d'un recueil de consentement oral. Les participants résidaient dans la région Hauts-de-France, principalement dans le Pas-de-Calais.

3. Recueil des données

J'ai commencé le recueil des données le 25 mars 2025 et je l'ai poursuivi jusqu'au 30 janvier 2026. J'ai réalisé au total 15 entretiens. La saturation des données, qui s'est définie par l'absence d'émergence de nouveaux thèmes, a été atteinte au dixième/onzième entretien. D'autres supplémentaires ont été réalisés pour confirmer cette saturation.

Les données ont été recueillies lors d'entretiens semi-dirigés individuels, réalisés en présentiel au cabinet à la suite d'une consultation médicale, à l'aide d'un guide d'entretien initial puis qui a évolué au cours de l'étude.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de l'application Dictaphone d'un téléphone portable et retranscrits intégralement.

4. Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité sur le logiciel PAGES et anonymisés (P1, P2...).

L'analyse s'est inspirée de la théorisation ancrée, avec un codage thématique progressif. Un premier codage ouvert a permis d'identifier les thèmes émergents, suivi d'un regroupement en catégories.

L'analyse a été réalisée à l'aide du logiciel EXCEL.

La rigueur méthodologique de cette étude qualitative a été assurée en s'appuyant sur la grille COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research), spécifiquement adaptée aux études reposant sur des entretiens individuels. Cette grille permet une description détaillée et transparente des différentes étapes de la recherche, notamment en termes de recrutement, de recueil des données et d'analyse. Elle a été préférée à des recommandations plus générales telles que SRQR, en raison de son niveau de précision méthodologique particulièrement pertinent pour ce type de démarche.

5. Aspects éthiques et réglementaires

Le consentement libre et éclairé des participants a été recueilli à l'oral. Les participants pouvaient se retirer de l'étude à tout moment.

Les données ont été anonymisées afin de garantir la confidentialité.

Cette étude s'inscrit dans le cadre des recherches non interventionnelles hors loi Jardé.

Une déclaration a été effectuée auprès de la CNIL et l'accord a été donné le 19 mars 2025.

RÉSULTATS

1. Population

	Sexe	âge (ans)	nombres d'enfants	âge(s) du ou des enfant(s)	Profession	Utilisation de vidéos de santé
P1	Femme	36	1	11 ans	Monitrice éducatrice	Oui
P2	Femme	43	1	7 ans et demi	Animatrice en EHPAD	Oui
P3	Femme	32	4	12 ans, 11 ans, 10 ans et 2 mois	Intérimaire à l'usine	Oui
P4	Femme	31	2	4 ans et 14 mois	Animatrice en micro crèche	Non
P5	Femme	42	2	11 et 7 ans	Orthophoniste	Non
P6	Femme	37	1	4 ans	Maman au foyer	Non
P7	Femme	27	1	2 ans	Ressources humaines	Des fois
P8	Femme	29	1	1	Sans emploi	Une fois ou deux
P9	Femme	28	2	2,5 ans et 3 mois	Assistance socio-éducative	Non
P10	Femme	38	2	4 et 2 ans	Conseillère administrative	Oui
P11	Femme	28	1	17 mois	Préparatrice de commande	Oui
P12	Femme	43	3	13, 11 et 11 ans	Sans emploi	Non
P13	Femme	46	3	16, 13 et 10 ans	Attachée d'administration hospitalière	Oui
P14	Femme	42	2	13 et 10 ans	Education nationale	Non
P15	Femme	37	2	9 ans et 15 mois	Congé parental	Non pas trop

| Tableau 1-1

L'étude, réalisée entre fin mars 2025 et fin janvier 2026, a inclus 15 patientes lors de 15 entretiens semi-dirigés. La moyenne de durée des échanges est de 10,06 minutes (arrondi au dixième). La médiane de durée est de 9 minutes et 25 secondes. La saturation des données a été atteinte au dixième/onzième entretien. Aucun nouvel élément émergeant de manière significative. Toutefois, 4 à 5 entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de confirmer cette saturation et de renforcer la robustesse des résultats.

Toutes les participantes étaient des femmes et des mères d'au moins un enfant âgé de moins de 18 ans. Le nombre d'enfants par mère était variable (entre 1 et 4 enfants), ce qui doit être pris en compte dans l'interprétation des résultats.

L'âge des participantes variait de 27 à 46 ans, avec une moyenne d'âge de 36 ans. La population présentait une certaine hétérogénéité en termes de tranches d'âge qu'on peut distinguer en 3 groupes d'âge :

Groupe d'âge	Participants
< 30 ans	P7, P8, P9, P11
30 - 39 ans	P3, P4, P6, P10, P15
≥ 40 ans	P2, P5, P12, P13, P14

| Tableau 1-2

Sur le plan professionnel, les participantes exerçaient des activités variées :

- Professions du secteur médico-social (orthophoniste, administration hospitalière, assistance socio-éducative),
- Educatif (monitrice éducatrice, éducation nationale, animatrice en micro crèche),
- Administratif
- Milieu ouvrier (intérimaire à l'usine, préparatrice de commande)
- Administratif (ressources humaines, conseillère administrative)
- Congé parental ou maman au foyer
- Absence d'activité professionnelle (sans emploi).

Cette diversité a permis de recueillir des expériences et des points de vue contrastés concernant l'accès à l'information en santé.

Par rapport à l'utilisation des vidéos en ligne pour des informations en santé pédiatrique, les pratiques apparaissent hétérogènes :

- 6 participantes rapportaient un usage régulier (P1, P2, P3, P10, P11, P13)
- 2 participantes un usage occasionnel (P7, P8)
- 7 participantes déclarent un usage rare ou inexistant (P4, P5, P6, P9, P12, P14, P15)

Ainsi, un peu plus de la moitié des participantes ont déclaré avoir recours, au moins ponctuellement, à des vidéos en ligne concernant la santé de leur(s) enfant(s).

L'échantillon se caractérisait par une diversité d'âges, de situations familiales et professionnelles, ainsi que par un usage hétérogène des vidéos en ligne. Cela permet donc d'explorer un large éventail de représentations et d'usages des vidéos en ligne, ce qui a permis de recueillir des discours contrastés à la fois favorables, nuancés et critiques.

2. Analyse thématique des entretiens

2.1. Comportements et pratiques de recherche d'informations

2.1.1. Modalités des recherches : entre démarche active et exposition opportuniste

Deux modalités de recherche d'informations ressortaient des entretiens. La première était une recherche active et ciblée, à partir de mots-clés ou de symptômes, dans une logique de résolution de problèmes. Certaines participantes disaient rechercher elles-mêmes de façon précise, par exemple en tapant directement les symptômes observés chez l'enfant.

- « *C'est plutôt moi qui recherche.* » (P7)
- « *Souvent, je tape les mots clés [...] sur Google.* » (P8)
- « *Je tape les symptômes en essayant d'être le plus précise possible.* » (P10)
- « *Je cherche des symptômes sur Google directement, j'essaie d'être le plus précise possible.* » (P11)

Cette modalité de recherche s'inscrit dans une forme de recherche autonome d'information où les parents mobilisent leurs propres compétences et connaissances pour répondre à une situation perçue comme problématique.

À l'inverse, la seconde relevait d'une exposition plus passive et opportuniste, lorsque le contenu apparaissait au fil des réseaux sociaux, via l'algorithme, sans recherche préalable, notamment via TikTok, Instagram ou Facebook.

- « *C'est que je tombe dessus sur les réseaux facilement maintenant.* » (P2)
- « *Des fois, je tombe sur des infos médicales [...] dans le fil d'actualité.* » (P7)
- « *Instagram [...] là, c'est plus construit sur un contenu qui arrive à moi.* » (P15)

Cette exposition illustre une transformation du rapport à l'information médicale : celle-ci n'est plus uniquement recherchée volontairement, mais également rencontrée fortuitement.

Par ailleurs, certaines participantes rapportaient rechercher spécifiquement des contenus de type tutoriels et témoignages, en complément ou en alternative à des informations strictement médicales. Cela démontre que les parents ne se limitent pas à une recherche de savoir médical strict, mais à un savoir qui intègre des dimensions expérientielles et pratiques.

- « *Non, des tutos, souvent. Des témoignages, par exemple.* » (P3)
- « *Des tutoriels et des témoignages.* » (P8)
- « *Donc ça peut être du témoignage, ça peut être des tutos et ça peut être de l'information médicale.* » (P15)

On voit donc avec ces résultats que les pratiques informationnelles sont hybrides, articulant recherche active, exposition passive et recours à des savoirs profanes.

2.1.2. Écosystème informationnel large : entre Google, les réseaux sociaux et maintenant l'émergence de l'IA

Ces entretiens nous montrent que la recherche d'informations sur la santé des enfants s'inscrit dans des pratiques numériques désormais banales. En effet, la majorité des participantes décrivaient une recherche en ligne qui ne se limitait pas aux vidéos, mais qui associait plusieurs sources : moteur de recherche, réseaux sociaux, témoignages, tutoriels et intelligence artificielle.

On peut voir l'omniprésence de Google qui apparaissait comme une porte d'entrée quasi systématique des recherches : plusieurs participantes expliquaient "regarder sur Google" puis naviguer "d'un lien à l'autre". Parfois même sans prêter attention au site consulté.

- « *Souvent sur Google et puis après, je vois en fonction de où ça mène. » (P1)*
- « *En général, je regarde sur google. » (P4)*
- « *Oui, sur Google... vous allez d'un lien à l'autre. » (P13)*
- « *Internet, Google et après, je clique sans forcément regarder un site. » (P14)*

Les réseaux sociaux occupaient une place importante dans les pratiques de recherche d'information des participantes. Plusieurs d'entre elles décrivaient une utilisation régulière de plateformes telles que TikTok, Facebook ou Instagram pour accéder à des contenus en lien avec la santé de leur enfant. Ces réseaux étaient souvent évoqués comme des sources d'information facilement accessibles, où les contenus apparaissent directement dans le fil d'actualité, sans démarche de recherche active. Certaines participantes mentionnaient voir « beaucoup passer » de contenus sur TikTok, tandis que d'autres participantes utilisaient principalement Facebook pour consulter des articles ou Instagram

en suivant certains comptes spécifiques. Cette utilisation des réseaux sociaux illustre une exposition fréquente, parfois passive, à l'information médicale, qui s'intègre dans l'utilisation du numérique, aujourd'hui quotidienne pour les parents.

- « *Le réseau le plus souvent, c'est TikTok. » (P3)*
- « *TikTok ça arrive ça on en voit beaucoup passer. » (P4)*
- « *Facebook qui passe des articles [...] j'utilise que ça. » (P8)*
- « *Instagram, c'est vraiment [...] J'ai quelques comptes spécifiques. » (P15)*

À côté de Google et des réseaux sociaux, un autre élément marquant est le nouveau paradigme de l'IA générative comme nouvel outil de recherche. Plusieurs participantes évoquaient ChatGPT comme une alternative plus directe ou plus "terre à terre" que Google. Cela suggère une évolution récente des pratiques informationnelles : l'accès à l'information ne passe plus seulement par la recherche de sources, mais aussi par des outils qui synthétisent et reformulent.

- « *Avant Google. Mais Google, ce n'est pas fiable, je trouve, comparé à ChatGPT. » (P6)*
- « *ChatGPT est quand même beaucoup plus terre à terre. » (P7)*
- « *Et récemment, j'ai découvert ChatGP. » (P9)*
- « *Maintenant avec l'IA, parfois, je vais directement sur l'IA. » (P13)*
- « *Maintenant, il y a ChatGPT aussi. » (P15)*

Par ailleurs, on remarque qu'entre les premiers entretiens et les derniers réalisés à quelques mois d'intervalle, l'IA est de plus en plus citée d'où l'expansion rapide de l'IA et de son utilisation.

En revanche, certaines participantes exprimaient une attitude critique vis-à-vis de certaines sources d'information en ligne, en particulier des sites ou des forums jugés peu fiables. Le site Doctissimo était fréquemment cité de manière négative, plusieurs participantes indiquant l'éviter volontairement ou ne pas le consulter en priorité. Ces plateformes étaient associées à des contenus perçus comme anxiogènes, peu fiables ou insuffisamment validés sur le plan médical. Cette méfiance témoigne d'une capacité des participantes à opérer un tri dans les sources disponibles et à développer une vigilance vis-à-vis de certains supports identifiés comme moins crédibles. On peut donc voir le développement d'une littératie informationnelle, mais qui reste variable selon les mères.

- « *Doctissimo c'est le plus terrible.* » (P7)
- « *J'évite les sites, les forums ... J'évite Doctissimo, parce que ça voilà...* » (P10)
- « *Ça ne va pas être Doctissimo en priorité.* » (P14)

2.2. Motivations des recherches : besoin parental immédiat de compréhension, réassurance et prise de décision rapide dans un contexte d'accès difficile aux soins

Les vidéos étaient mobilisées dans des moments de tension ou d'incertitude, le plus souvent lorsque survenait un symptôme, une inquiétude, ou une difficulté, à savoir quelle conduite tenir. Les motivations principales étaient le besoin de réassurance :

- « *C'est plutôt de l'assurance, de savoir si on fait les choses comme il faut.* » (P4)
- « *C'est un besoin de réassurance et c'est ça qui me conduit à regarder une vidéo.* »

(P13)

La rapidité d'accès à une réponse :

- « *Le fait d'avoir une réponse rapide en fait.* » (P1)
- « *Quand on a besoin de réponses rapides aux questions.* » (P13)

Egalement la validation d'une décision déjà envisagée, comme consulter ou attendre :

- « *Voir si je gardais ma ligne de conduite.* » (P8)
- « *Pour voir si finalement, il fallait que je consulte en urgence ou si je gardais, ou si je restais sur, entre guillemets, ma ligne de conduite.* » (P13)

Mais aussi le besoin de compréhension :

- « *Dès qu'on voit un symptôme, on essaie de savoir un peu ce que l'enfant il a.* » (P1)
- « *Je pense que c'est dans un moment de difficulté... dès que je sens que soit le traitement ne fonctionne plus.* » (P2)
- « *C'est juste pour savoir ce qu'elle a là au final.* » (P6)

Plusieurs participantes décrivaient avoir besoin de faire une recherche dans le but de “savoir ce que l'enfant a”, de vérifier qu'elles “faisaient ce qu'il faut”, ou de voir s'il fallait “consulter en urgence” ou “garder la ligne de conduite”.

Ce recours est aussi expliqué et favorisé par le contexte d'accès difficile aux soins. Certaines participantes mentionnaient la longueur des délais de rendez-vous, l'absence de place disponible, ou la volonté de ne pas se rendre inutilement à l'hôpital. Dans ce

contexte, la vidéo apparaissait comme un outil palliatif, accessible immédiatement, permettant d'obtenir un premier niveau d'orientation.

- « *Les rendez-vous sont beaucoup trop longs. » (P2)*
- « *Je ne regarde pas tout sur Internet, vaut mieux pas. Mais quand je vois qu'il n'y a pas de place. » (P6)*
- « *Du coup, on s'inquiétait mais on voulait pas aller à l'hôpital non plus pour pas courir pour rien. » (P8)*

Ainsi, la vidéo n'était pas recherchée d'abord pour sa dimension technologique ou attractive, mais parce qu'elle répondait à une attente très concrète de l'expérience parentale : agir vite, comprendre mieux et réduire l'incertitude.

2.3. Choix du format (vidéos VS textes)

2.3.1. Pourquoi les vidéos ? Plus-value spécifique : montre, incarne, rend les situations plus concrètes et permet plus de détails

La vidéo est perçue comme utile lorsqu'elle apporte quelque chose que le texte ne permet pas totalement. Sa plus-value principale est la visualisation du geste. Pour les gestes pratiques, comme le lavage de nez ou la conduite à tenir en cas d'étouffement. Voir une démonstration donne aux participantes le sentiment d'un apprentissage plus concret, plus "réel", plus facilement transposable à la situation vécue avec leur enfant.

- « *Tout bête, un lavage de nez, il y a des nouvelles façons de faire. » (P3)*
- « *En voyant les gens faire, alors que c'est sur des mannequins, en voyant la chose*

- faire directement, on a l'impression que c'est plus réel. » (P4)*
- *« Ça m'a convaincu, parce que je me suis dit que ça a l'air de vraiment bien dégager. » (P9)*

Cette valeur ajoutée tient aussi à une logique d'identification. Voir un enfant dans une situation comparable, reconnaître des comportements ou des signes semblables à ceux de son propre enfant, permettait une appropriation plus immédiate du contenu. Certaines participantes évoquaient le fait de “retrouver” leur enfant dans la vidéo, ou d’avoir accès à quelque chose de très “pratico-pratique”, corrélé à la vraie vie.

- *« On a le concret de voir l'enfant, vraiment les réactions, les yeux qui tournent, l'enfant qui devient mou, la perte de tonicité complète. » (P10)*
- *« Je retrouvais ma fille, enfin, je retrouvais des comportements de ma fille. » (P13)*
- *« C'était très concret.... c'était vraiment le côté pratico-pratique et corrélé à la vraie vie. » (P15)*

Enfin, la vidéo était décrite comme offrant une explication plus détaillée, plus pédagogique, notamment quand elle associait parole, schéma, démonstration et support visuel. Elle permettait donc une compréhension multimodale, particulièrement appréciée dans les situations techniques ou anxiogènes.

- *« Il y a des démonstrations, il parle beaucoup, il y a des affiches, ça démontre beaucoup plus. » (P3)*
- *« Parce qu'ils expliquent plus... donc ça montre un peu plus comment le faire en fait. » (P8)*

Ainsi, la vidéo s'inscrit dans une logique d'apprentissage incarné et contextualisé, particulièrement adaptée aux besoins pratiques des parents.

2.3.2. Limites des vidéos : pas forcément le format préféré de toutes et support parfois jugé peu fiable

Malgré ces avantages, le format vidéo ne faisait pas consensus. Certaines participantes préféraient clairement le texte, perçu comme plus assimilable, plus sourcé, plus facile à relire et à intégrer à son rythme.

- « *Je lirai plutôt des petits articles que de regarder des vidéos.* » (P5)
- « *Le texte. Déjà en général, c'est sourcé, j'ai le temps de l'assimiler.* » (P10)
- « *Je suis de la vieille génération, donc j'aime plus le texte.* » (P15)

D'autres se disaient peu attirées par la vidéo, voire méfiantes à son égard. Cette réserve concernait autant le fond que la forme : certains contenus semblaient trop envahissants, peu sérieux, ou peu compatibles avec les contraintes du quotidien. Une participante évoquait même le fait de ne pas vouloir que ses enfants entendent ses recherches.

- - « *Ça m'attire pas et je m'en méfierai un peu en fait.* » (P5)
- - « *J'ai pas envie qu'ils [les enfants] écoutent mes recherches.* » (P14)

Le résultat important ici est que la vidéo n'écrase pas les autres formats. Elle occupe une place spécifique, utile dans certains contextes, mais reste en concurrence avec le texte, considéré par plusieurs comme plus compatible avec une démarche de vérification et

d'appropriation réfléchie. Le choix du format dépend donc du besoin du moment : la démonstration et le concret pour la vidéo, la distance critique et l'assimilation progressive pour le texte.

2.4. Construction de la confiance et critères de fiabilité

2.4.1. La confiance dans le contenu repose sur une véritable activité critique de sélection

Les participantes adoptaient une démarche réflexive et critique vis-à-vis des contenus visionnés. Leurs discours montrent un travail actif d'évaluation de la fiabilité. Le premier critère de confiance était l'expertise médicale affichée : la présence d'un médecin, d'une pédiatre, d'un hôpital, d'un cabinet ou d'un cadre institutionnel constituait un repère fort de crédibilité.

- « *Que ce soit fait vraiment par des médecins [...] un gage de sérieux.* » (P5)
- « *Quand il y a un médecin quand même qui intervient.* » (P7)
- « *Si c'est une pédiatre.* » (P8)
- « *Si c'est dans un cadre particulier, si c'est peut-être dans un hôpital ou dans un cabinet.* » (P11)

Le deuxième critère était la vérification des sources et des preuves scientifiques. Certaines mères refusaient d'accorder de l'attention à un contenu sans source, ou allaient jusqu'à vérifier l'existence réelle des études citées. Cela témoigne d'une forme de littératie numérique et informationnelle, même si elle est variable selon les participantes.

- « *Il faut qu'il y ait des preuves. » (P3)*
- « *Sans source [...] non, moi, c'est direct, en fait, même je l'écoute pas, en fait. » (P13)*
- « *Et après, je vérifie en général sur internet quand il s'agit d'une étude, si l'étude existe vraiment. » (P15)*

Un troisième registre de confiance reposait sur la notoriété sociale du contenu : nombre de vues, commentaires, avis, étoiles. Ces indicateurs semblaient jouer un rôle de raccourci d'évaluation, surtout lorsqu'il n'était pas possible de juger directement la validité médicale du message.

- « *Les avis. Surtout les avis... Dans les commentaires, dans les étoiles (note). » (P3)*
- « *Le nombre de vues. » (P9)*

Enfin, la qualité formelle du contenu comptait également : langage adapté au grand public, clarté, brièveté, orthographe, vocabulaire, dessins ou visuels explicatifs. Autrement dit, la crédibilité était construite à l'intersection de l'expertise perçue, des sources, de la validation sociale et de la présentation du message.

- « *Un langage approprié, adapté à tout public [...] ils font des dessins. » (P1)*
- « *Très court, quoi. Voilà très court quelques minutes. Que ça soit clair et précis et voilà. » (P5)*
- « *Si c'est censé être un professionnel, je fais attention à l'orthographe et au vocabulaire. » (P10)*

On voit bien que la crédibilité d'une vidéo ne repose pas sur un critère unique, mais sur une évaluation multidimensionnelle, combinant expertise, preuves, validation sociale et qualité de présentation.

2.4.2. Impact décisionnel : les vidéos peuvent modifier les comportements, mais sans remplacer la consultation médicale

Certaines participantes rapportaient un impact concret sur leurs pratiques. Les vidéos pouvaient déclencher une nouvelle action, comme s'inscrire à une formation, changer un geste, ou modifier une conduite face à un symptôme. Elles participaient donc parfois à une véritable transformation comportementale.

- « *Savoir qu'il existe une formation qui peut aider [...] ça m'a poussé parce que je l'ai faite.* » (P2)
- « *J'ai arrêté Zyma D.* » (P3)
- « *Je me dis je la laisse tousser, je la laisse faire. J'interviens pas je me dis que c'est bien c'est que l'air passe et que ça va.* » (P11)

Cependant, un autre résultat majeur est que le recours au médecin restait central. Même parmi les mères qui utilisaient les vidéos, le professionnel de santé demeurait la référence finale, la source jugée la plus importante, ou l'instance de validation définitive. Plusieurs participantes exprimaient clairement que, malgré leurs recherches, elles continuaient à consulter ou à demander confirmation au médecin.

- « *Après, je prends un peu sur les réseaux, mais on va dire que le neuro et le*

- médecin traitant, c'est le plus important. » (P2)*
- « *La source finale ça reste le médecin. Souvent quand j'ai un doute j'en parle au docteur. » (P7)*
 - « *Et systématiquement, je prends rendez-vous chez le médecin, peu importe les recherches effectuées. » (P9)*

Cela permet de comprendre que les vidéos apparaissent davantage comme un outil complémentaire, utilisé en amont, en parallèle ou en appui, que comme un substitut plein et entier à la relation de soin.

2.5. Ressentis et émotions au décours d'une vidéo

2.5.1. L'expérience émotionnelle des vidéos est ambivalente : elles rassurent autant qu'elles peuvent inquiéter

Le vécu émotionnel associé aux vidéos était contrasté. D'un côté, elles pouvaient produire de la réassurance, en particulier lorsqu'elles validaient un geste déjà réalisé ou donnaient le sentiment d'agir de façon plus cohérente et plus sécurisée. Dans cette fonction, elles soutiennent la compétence parentale et diminuent l'incertitude.

- « *Ça rassure et ça sécurise [...] d'avoir des gestes plus cohérents. » (P10)*
- « *Ça m'a rassuré sur le fait que je faisais ce qu'il faut. » (P15)*

D'un autre côté, elles pouvaient majorer l'anxiété, susciter de la peur, du stress parental, voire de la colère ou de l'agacement face à certains contenus. Plusieurs participantes

décrivaient des vidéos “trop anxiogènes”, au point de s’imposer de ne plus les regarder pour se protéger.

- « *Je ressens la peur. La peur qui passe en premier. Je ne vais pas y arriver.* » (P4)
- « *Moi, je sais que ça je me l'impose de plus le faire parce que sinon c'est trop anxiogène. Donc après ça m'impacte.* » (P7)
- « *Là, c'est limite de la colère ou de l'indignation.* » (P10)
- « *Ça peut provoquer encore plus d'anxiété [...] stress parental [...] Parfois, il y a des contenus qui sont hyper anxiogènes.* » (P14)
- « *Maintenant, je sens que c'est plus... un peu d'agacement et un peu de colère.* » (P15)

Ce caractère ambivalent est central : la vidéo peut être un outil de réassurance, mais aussi un déclencheur d’affects négatifs. Son effet dépend du contenu, du contexte émotionnel de visionnage, et probablement aussi du niveau initial d’inquiétude de la mère.

2.5.2. La surabondance d’informations expose à la confusion, ce qui conduit les parents à développer des stratégies d’autorégulation

Plusieurs participantes insistaient sur le fait que les informations disponibles étaient parfois contradictoires, abondantes et difficiles à hiérarchiser. La coexistence de ces contenus divergents et leur accumulation entraîne donc une interprétation complexe, pouvant générer un sentiment de confusion quant à la conduite à tenir.

- « *Des fois, on entend blanc le lendemain, on entend bleu, donc on sait jamais vraiment si on fait bien.* » (P7)

- « *Je ne regarde pas plus que ça parce qu'après, on a trop d'informations, mais on s'embrouille facilement, je trouve.* » (P8)
- « *Ouais, première grossesse : « mais qu'est-ce que je suis censée faire en tant que maman » quand j'ai trois trucs différents.* » (P15)

Face à cela, les mères développaient des stratégies de tri et de prise de distance. Certaines disaient “en prendre et en laisser”, passer rapidement sur ce qui semblait absurde, ou prendre du recul pour se préserver émotionnellement. Cette autorégulation montre que les mamans ne sont pas seulement exposés à l'information : ils composent activement avec elle, en cherchant à protéger à la fois leur jugement et leur équilibre émotionnel.

- « *Je me dis que le médecin va être là pour me le dire... J'en prends et j'en laisse.* » (P6)
- « *Ça dépend. Si c'est de la bêtise, on va passer vite fait.* » (P10)
- « *J'ai vraiment pris de la distance pour me préserver.* » (P13)

2.6. Perspectives et futur

2.6.1. Perception d'une augmentation inévitable de ces usages, dans un contexte de numérisation croissante et de tension sur le système de soins

Les discours prospectifs convergent vers l'idée que l'usage des vidéos et des outils numériques va encore augmenter. Cette évolution est décrite comme liée à l'époque, aux

pratiques générationnelles, à la place croissante des réseaux sociaux et à l'essor de l'IA. Plusieurs participantes considèrent même que ce mouvement est inévitable.

- « *La génération actuelle franchement, c'est tout, c'est les vidéos, c'est l'IA, il faut rester connecté, évoluer avec son temps.* » (P1)
- « *Mais après, on sait que tout ce qui est réseaux sociaux, on avance là-dedans et on ne peut pas y échapper. Donc ça sera de plus en plus.* » (P2)
- « *Pour moi, tout ça, c'est le futur.... Parce que internet a pris le dessus sur tout.* » (P3)
- « *Je pense que les utilisateurs vont utiliser plus l'IA.* » (P13)
- « *L'IA va prendre la place.* » (P14)

Cette projection vers le futur est aussi reliée aux difficultés structurelles du système de soins, notamment la raréfaction des médecins et la difficulté d'obtenir des rendez-vous. Dans cette perspective, les contenus en ligne sont perçus comme un palliatif possible aux déserts médicaux, même si cette fonction suscite des réserves.

- « *Et puis il y a de moins en moins de médecins [...] et puis les rendez-vous sont beaucoup trop longs. Donc si on peut se soigner soi-même.* » (P3)
- « *Puisqu'on a de moins en moins de médecins en plus [...] des gens qui ne trouvent pas de rendez-vous. Donc ils cherchent des solutions comme ils peuvent.* » (P5)
- « *C'est de plus en plus compliqué les rendez-vous c'est vrai aussi et de moins en moins de médecin donc ils vont se dire c'est plus facile là on se ne se déplace pas.* » (P11)

2.6.2. Cette évolution entraîne de la crainte et appelle donc à une régulation et une certification officielle des contenus

Enfin, les entretiens mettent en évidence une demande forte de régulation institutionnelle. Les participantes craignent une déshumanisation de la relation de soin, ainsi que le risque que des contenus erronés retardent une consultation pourtant nécessaire.

- « *Ça me fait un peu peur d'ailleurs parce que l'on perd beaucoup d'humains. » (P9)*
- « *Et si le contenu est mauvais, est-ce que ça empêche pas aussi d'aller consulter des fois quand c'est vraiment nécessaire ? » (P14)*

En réponse à cette inquiétude, plusieurs mères expriment le souhait d'une certification officielle, d'une plateforme publique, ou d'une "bibliothèque officielle" garantissant la qualité des vidéos disponibles. Cette attente est particulièrement intéressante : elle montre que les parents ne rejettent pas le numérique, mais demandent qu'il soit encadré, validé et articulé au système de santé.

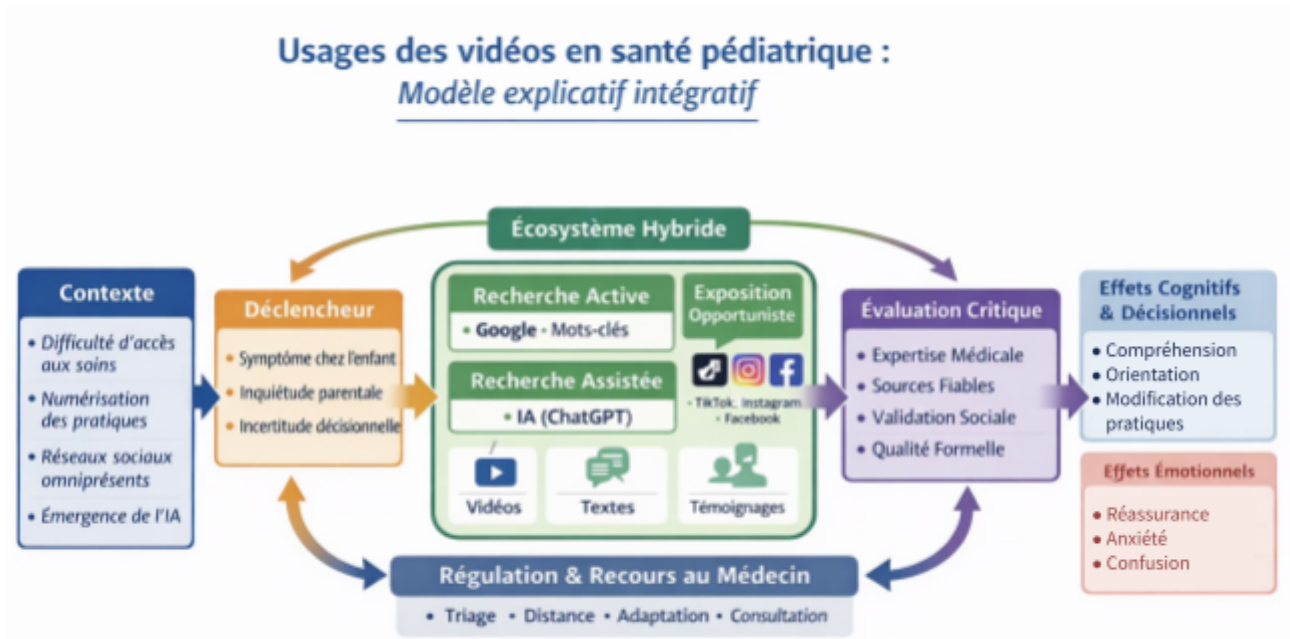
- « *Il faudrait réglementer [...] Je pense qu'il doit y avoir des autorités, des autorités de tout au niveau du gouvernement donc qu'ils mettent un peu le nez là-dedans et qu'ils regardent un peu [...] Que le gouvernement crée une plateforme ou quelque chose. » (P7)*
- « *C'est d'obliger une espèce de certification [...] ce qui pourrait être bien, c'est d'avoir une bibliothèque officielle. » (P10)*

2.7. Conclusions de l'analyse

Au total, ces entretiens montrent que les vidéos en ligne occupent une place réelle dans l'expérience parentale concernant la santé de leur(s) enfant(s), mais une place qui est nuancée. Les vidéos sont recherchées pour leur accessibilité, leur rapidité et leur force démonstrative, en particulier lorsqu'il s'agit de comprendre un symptôme ou de réaliser un geste. Elles peuvent être rassurantes et aussi renforcer le sentiment de compétence parentale, mais peuvent en revanche accentuer l'anxiété, la confusion et conduire à de la mésinformation. Leur utilisation s'inscrit dans une écologie informationnelle plus large qui est dominée par Google, les réseaux sociaux et plus récemment par l'émergence de l'IA. Surtout, elles sont complémentaires du recours au médecin et ne suppriment pas la place du médecin : elles la déplacent partiellement en amont, tout en laissant au professionnel le rôle d'arbitre final avec une légitimité qui demeure centrale.

DISCUSSION

1. Modèle explicatif



| Schéma 1 Modélisé à l'aide de l'IA ChatGPT

2. Résultats principaux et comparaison avec la littérature

2.1. Résultats principaux

Ce travail de recherche qualitatif met en évidence que les vidéos en ligne occupent, dans les pratiques informationnelles des mères au sujet de la santé de leur(s) enfant(s), une place réelle, mais nuancée. On les utilise principalement pour répondre à un besoin immédiat de compréhension, de réassurance et d'aide à la décision, souvent dans un contexte d'accès aux soins difficile.

La plus-value du format vidéo s'explique surtout pour les gestes techniques grâce à la dimension visuelle et démonstrative. Toutefois, elles ne remplacent pas les autres formats, comme le texte, qui reste privilégié par certaines participantes pour la lisibilité et sa perception de crédibilité plus importante.

Un des résultats qu'on peut particulièrement souligner est que, les participantes développent une véritable démarche critique vis-à-vis des contenus consultés, à l'aide de plusieurs critères : expertise médicale, présence de sources, validation sociale et qualité formelle.

Enfin, on peut noter que l'impact des vidéos est ambivalent : elles peuvent rassurer et soutenir le sentiment de compétence parentale, mais elles peuvent aussi générer de l'anxiété et de la confusion. Malgré cette influence, elles ne remettent pas en cause la place centrale du médecin, qui demeure la référence finale dans la prise de décision.

2.2. Mise en perspective avec la littérature

2.2.1. Des pratiques informationnelles hybrides et en mutation

Nos résultats mettent en évidence des pratiques informationnelles hybrides, qui s'inscrivent dans un écosystème informationnel pluriel, associant la recherche active via les moteurs de recherche, l'exposition opportuniste aux contenus des réseaux sociaux et, plus récemment, le recours à l'intelligence artificielle.

Ces observations sont cohérentes avec la littérature : Internet apparaît comme première source d'information en santé, souvent par le biais de recherches ciblées sur les symptômes (8,9). Toutefois, ces travaux décrivent une démarche surtout active et explorent peu l'exposition passive aux contenus.

Notre étude apporte ici un éclairage complémentaire en montrant que l'information médicale n'est plus seulement recherchée, mais elle est également rencontrée de manière opportuniste, au fil des contenus proposés par les plateformes numériques (10,11). Ce phénomène rejoint les travaux décrivant une exposition incidente à l'information de santé, notamment via les plateformes numériques et les réseaux sociaux (10,11). Cette évolution montre un changement de paradigme dans l'accès à l'information : la navigation est désormais multimodale et sans hiérarchie explicite.

Par ailleurs, l'émergence de l'intelligence artificielle, surtout via des outils comme ChatGPT, fait apparaître un nouveau mode d'accès à l'information, reposant sur des réponses synthétiques immédiatement disponibles. Ce phénomène, encore peu étudié chez les parents, illustre la rapidité d'évolution des usages numériques en santé (12).

Pour autant, ces pratiques ne se substituent pas au recours au médecin. Comme le montre la littérature, les patients combinent différentes sources selon leurs besoins, le contexte et le degré d'urgence perçu. Le professionnel de santé conserve ainsi un rôle central de validation. (13,15)

Ainsi, on est donc face à une hybridation des savoirs, articulant savoir médical, expérience parentale et ressources numériques. Sur le plan pratique, cela invite le médecin à intégrer

ces nouvelles sources d'information dans la consultation et à accompagner les patients dans leur utilisation.

2.2.2. Un recours motivé par la réassurance et la prise de décision rapide

Dans notre étude, les recherches d'informations, et particulièrement le recours aux vidéos, sont principalement motivées par un besoin de réassurance, de compréhension et d'aide à la décision face à un symptôme chez l'enfant. Les parents cherchent ainsi à déterminer rapidement la conduite à tenir, notamment la nécessité ou non de consulter.

Ces résultats sont en accord avec la littérature, qui montre que les patients utilisent Internet pour réduire l'incertitude, mieux comprendre leur situation de santé et orienter leurs décisions (13,16,17). Les recherches peuvent intervenir en amont de la consultation, afin d'évaluer la nécessité d'un recours médical, mais aussi en aval, dans un objectif de réassurance ou de complément d'information (13).

L'accès immédiat à l'information joue ici un rôle central, en particulier dans des situations perçues comme urgentes ou anxiogènes, où il permet d'orienter rapidement les décisions (16,18). Le recours aux vidéos s'inscrit ainsi dans une logique fonctionnelle, il répond à des besoins concrets de la parentalité, davantage qu'à une simple consommation de contenu numérique.

On peut interpréter ce recours comme une forme de « triage parental numérique » : l'outil numérique agit en premier filtre décisionnel permettant d'évaluer la nécessité d'une consultation. Il semble donc témoigner d'une attente croissante d'autonomie et d'immédiateté dans l'accès à l'information. (19)

Par ailleurs, le contexte d'accès aux soins paraît favoriser ce recours. Les difficultés d'obtention de rendez-vous renforcent l'utilisation des ressources en ligne comme outil palliatif temporaire, participant à une gestion intermédiaire de l'incertitude. (20)

Toutefois, cette recherche de réassurance peut, en réalité, s'avérer ambivalente. En effet, certaines informations sont anxiogènes ou contradictoires, et peuvent donc majorer l'inquiétude initiale (21).

Ces résultats suggèrent, pour le médecin généraliste, l'intérêt d'identifier ces pratiques et d'accompagner les parents dans leur recherche d'information, notamment en les orientant vers des contenus fiables et adaptés (22).

2.2.3. Une valeur spécifique de la vidéo dans l'apprentissage (dimension visuelle et pédagogique) : plus-value démonstrative et expérientielle

Les participantes de notre étude soulignent la plus-value du format vidéo, en particulier pour la réalisation de gestes techniques et la compréhension de situations concrètes. La dimension visuelle, démonstrative et incarnée apparaît comme un élément central de l'appropriation des contenus.

Ces résultats sont en accord avec la littérature. En effet, les contenus de santé diffusés sur des plateformes comme YouTube, montrent que les vidéos améliorent la compréhension et l'apprentissage des gestes grâce à une transmission multimodale de l'information, en combinant image, parole et démonstration (23,24).

Ce bénéfice est cohérent avec les théories de l'apprentissage, en particulier de l'apprentissage vicariant : l'observation d'un geste en favorise l'appropriation et peut renforcer le sentiment d'auto-efficacité. Une revue systématique montre d'ailleurs que les vidéos peuvent influencer les comportements de santé (25), ce que les théories de l'apprentissage social permettent d'éclairer (26).

La vidéo rend donc le soin plus concret, reproductible et rassurant, et particulièrement lorsqu'il s'agit de gestes techniques anxiogènes.

Pour les professionnels de santé, il serait intéressant de proposer des supports pédagogiques diversifiés, et d'intégrer la vidéo comme un outil d'éducation thérapeutique, notamment pour l'apprentissage des gestes techniques. L'objectif serait que le patient ne se contente plus d'une explication orale souvent oubliée dès la sortie du cabinet, mais reparte avec une forme de « prescription pédagogique ». Par exemple avec des vidéos de références ou des liens vers des tutoriels certifiés, garantissant que la technique réalisée au domicile est à la fois efficace et sécuritaire.

2.2.4. Une littératie numérique critique, mais hétérogène

Notre étude montre que la vidéo ne remplace pas les autres formats. Le texte reste privilégié par certaines participantes pour l'analyse, la vérification des informations et une appropriation plus réflexive. On retrouve ici un résultat cohérent avec les travaux sur la littératie en santé, qui montrent que l'appropriation des informations dépend des compétences et des besoins des individus (27).

Par ailleurs, les résultats montrent que les parents ne sont pas passifs face à l'information : ils développent une démarche active d'évaluation critique des contenus. Les critères de crédibilité identifiés reposent notamment sur l'expertise médicale, la présence de sources, la validation sociale (commentaires, nombre de vues) et la qualité formelle des contenus.

Ces éléments s'inscrivent dans le cadre du concept de littératie numérique en santé, défini comme la capacité à rechercher, comprendre et évaluer l'information en ligne (28). La littérature montre que cette compétence conditionne la qualité des décisions prises à partir des informations disponibles et reste variable selon les individus (29).

En revanche, notre étude met en évidence une coexistence entre raisonnement critique et heuristique simplificatrice. Même si on voit que certaines participantes vérifient activement les sources ou l'expertise des auteurs, on voit aussi que d'autres participantes s'appuient davantage sur des indicateurs comme le nombre de vues ou les témoignages, ce qui peut exposer à des biais d'interprétation.

Cette hétérogénéité rejoint les travaux montrant que les usages du numérique en santé peuvent reproduire des inégalités sociales de santé, y compris dans l'accès et l'évaluation de l'information (30, 31).

Enfin, cette diversité des modes d'évaluation repose en partie sur des logiques de crédibilité perçues, où coexistent confiance dans l'expertise médicale et valorisation des expériences de pairs.

Pour le médecin généraliste, il serait intéressant d'adapter son accompagnement en fonction du niveau de littératie des parents, avec des repères fiables et un travail de renforcement de leurs capacités d'analyse critique.

2.2.5. Une exposition à la désinformation et à la surcharge informationnelle entraînant la confusion

Les résultats montrent que les participantes sont exposées à une multiplicité d'informations, parfois contradictoires. Il en résulte un sentiment de confusion et une difficulté à déterminer la conduite à tenir.

Ce phénomène est décrit dans la littérature sous les concepts d'infobésité ou d'infodémie : une surcharge informationnelle susceptible d'altérer la compréhension et la prise de décision en santé, phénomène particulièrement marqué depuis la pandémie de COVID-19 (32). Cette exposition à des informations abondantes, hétérogènes et parfois erronées est associée à une augmentation de l'anxiété et à une désorientation décisionnelle (33).

Face à cette situation, les participantes mettent en place des stratégies d'autorégulation, comme le tri des informations ou la prise de distance. Cela peut traduire une adaptation active à cet environnement informationnel complexe, mais aussi les limites de leurs capacités face à la surcharge. (34)

Cette surcharge peut conduire à une forme de saturation cognitive, avec pour conséquence soit une difficulté à décider, soit un évitement de l'information. (33)

En pratique, le médecin généraliste a un rôle de filtre et de hiérarchisation de l'information à assumer pour aider les parents à identifier des sources fiables et à structurer les informations reçues. Ceci dans le but de limiter les effets délétères de cette surcharge.

2.2.6. Le paradoxe émotionnel et cognitif : l'effet « pharmakon » de la vidéo

Notre étude montrent que les vidéos peuvent être perçues à la fois comme rassurantes et anxiogènes, selon les situations et les contenus visionnés.

Cette ambivalence se retrouve dans la littérature à travers le phénomène de « cybercondrie », néologisme entre deux mots : cybernaute synonyme d'internaute et hypocondrie. Cela se traduit par le fait que la recherche d'informations en ligne peut à la fois diminuer et majorer l'anxiété (21,35). Elle semble dépendre non seulement du contenu consulté, mais aussi du contexte émotionnel initial, autrement dit l'effet des vidéos varie selon le contexte dans lequel elles sont regardées.

Dans notre travail, la vidéo apparaît ainsi comme un véritable « pharmakon ». En grec, ce mot désigne à la fois le remède et le poison. On peut l'utiliser ici car la vidéo est : à la fois ressource utile et source potentielle de perturbation. Comme support pédagogique, elle facilite la compréhension et l'apprentissage des gestes, notamment dans des situations aiguës où les parents se sentent démunis. (23,24,25) Mais cette même puissance visuelle peut également majorer l'anxiété. En rendant les situations plus concrètes, plus réalistes et plus marquantes, elle renforce la charge émotionnelle associée aux contenus. (36, 37)

L'exposition à des contenus impressionnants, à des situations graves ou à des informations contradictoires peut ainsi alimenter la confusion et l'inquiétude. (32,33)

Ce paradoxe souligne que l'efficacité pédagogique du format visuel s'accompagne d'un impact émotionnel non négligeable.

Pour le médecin généraliste, l'enjeu est d'intégrer cette dimension émotionnelle dans la consultation. En effet, en accompagnant les parents dans leur utilisation des contenus numériques, il peut les aider à transformer cette exposition en ressource sécurisante plutôt qu'en source d'anxiété.

2.2.7. Le numérique comme palliatif aux failles du système de soins

Nos résultats montrent que le recours aux vidéos s'inscrit dans un contexte de difficulté d'accès aux soins en particulier devant des délais de rendez-vous prolongés ou la volonté d'éviter une consultation jugée non nécessaire.

Dans ce cadre, la vidéo fait office d'outil palliatif, car elle permet d'obtenir rapidement une première orientation ou de temporiser avant une consultation. Ce recours relève à la fois d'un choix individuel et d'une adaptation aux contraintes du système de soins.

Ces observations sont cohérentes avec la littérature, qui décrit un usage accru d'Internet en santé en situation de barrière d'accès aux soins, notamment dans les contextes de tension du système ou de raréfaction de l'offre médicale (20). Le numérique participe alors à une forme de gestion intermédiaire, sans pour autant se substituer au recours au

médecin.

On peut interpréter cet usage comme une réponse pragmatique à une situation perçue comme contrainte, dans laquelle les ressources numériques apportent un premier niveau de réponse en l'absence d'accès immédiat à un professionnel de santé. (38,39)

Toutefois, ce recours soulève une problématique importante, en particulier le risque d'un report de la responsabilité décisionnelle vers les parents, pouvant les exposer à une incertitude accrue. (40)

Ces résultats soulignent l'importance, pour le médecin généraliste, d'identifier ce recours au numérique et de proposer des alternatives adaptées, afin de maintenir le numérique comme un complément au soin et non comme un substitut.

2.2.8. Une surreprésentation féminine : reflet possible de la charge maternelle en santé

L'échantillon étant exclusivement composé de mères, ces résultats peuvent être mis en perspective avec la question de la charge mentale maternelle en santé, entendue comme une responsabilité accrue des femmes dans la gestion de la santé des enfants.

Le recours aux vidéos peut alors être interprété comme une stratégie visant à réduire l'incertitude et à sécuriser les décisions, en lien avec cette responsabilité. Les besoins de réassurance, de compréhension et de validation observés dans cette étude en sont des manifestations.

Dans la littérature, on voit que les femmes sont davantage impliquées dans les démarches de santé pour leurs enfants, notamment dans la surveillance des symptômes et la prise de décision (41, 42). Plusieurs travaux montrent par ailleurs qu'elles ont plus fréquemment recours à la recherche d'informations en santé en ligne, en particulier pour un proche. (43,44)

Cette implication s'inscrit dans une organisation sociale du « care », décrite dans la littérature comme reposant majoritairement sur les femmes (45).

Dans ce contexte, la recherche d'information constitue une dimension supplémentaire de cette charge, on pourrait parler ici de charge informationnelle et décisionnelle.

Ainsi, l'absence d'hommes dans notre échantillon ne constitue pas uniquement une limite méthodologique, mais elle peut également se lire comme le reflet de cette répartition genrée des rôles parentaux en santé.

En pratique, ces résultats invitent le médecin généraliste à reconnaître cette charge et à adapter son accompagnement en valorisant les compétences parentales tout en favorisant une répartition plus équilibrée des responsabilités au sein du couple.

3. Forces de l'étude

Cette étude présente plusieurs forces méthodologiques et thématiques.

Tout d'abord, le sujet abordé est actuel et pertinent, en lien direct avec les évolutions récentes des pratiques parentales et la place croissante du numérique dans le parcours de soins. Elle apporte un éclairage utile pour la médecine générale, en explorant des usages encore peu décrits, comme le recours aux vidéos en ligne et l'émergence de nouveaux outils : l'intelligence artificielle. Cette recherche sur un phénomène en évolution rapide constitue à la fois une force scientifique et permet une contribution originale à la littérature actuelle.

Le choix d'une méthodologie qualitative est particulièrement adaptée à l'objectif de l'étude, car elle visait à comprendre les représentations, les perceptions et les comportements des parents. C'est l'approche qui a semblé la plus pertinente pour explorer des phénomènes complexes, subjectifs et difficilement quantifiables. La démarche interprétative a permis d'aller au-delà d'une simple description des usages, en proposant une véritable conceptualisation des pratiques informationnelles parentales. Elle fait donc émerger des logiques sous-jacentes : réassurance, triage décisionnel, rapport au risque, ce qui aurait été difficilement accessibles par des approches quantitatives.

La réalisation d'entretiens semi-dirigés individuels constitue également une force. Les entretiens étaient menés en fin de consultation médicale, dans un environnement familier (leur cabinet médical) et dans un climat de confiance (leur médecin généraliste). Ceci a pu

favoriser l'expression libre des participantes et l'accès à des données riches, nuancées et parfois intimes. Ce contexte de recueil, qui était au plus proche de la pratique réelle, a permis de renforcer la validité écologique des données, postulat selon lequel les comportements observés au cours d'une étude sont le reflet des comportements qui se produisent effectivement en milieu naturel. L'utilisation de verbatims variés permet d'illustrer la diversité des expériences et de renforcer la crédibilité des résultats.

Le recrutement reposait sur un échantillonnage raisonné avec une recherche de variation maximale, permettant de diversifier les profils selon plusieurs critères (âge des parents, nombre et âge des enfants, statut socio-professionnel, pratiques numériques). Cette stratégie apparaît cohérente avec les standards de la recherche qualitative, car elle vise une richesse des points de vue plutôt qu'une représentativité statistique.

La rigueur méthodologique a été assurée par le respect des critères de qualité en recherche qualitative, grâce à l'utilisation de la grille COREQ. Le guide d'entretien a évolué au fur et à mesure des entretiens et à donc fait l'objet de plusieurs versions successives, incluant un entretien test, pour améliorer sa pertinence et sa compréhension. La suffisance des données a été atteinte, avec une saturation observée au cours des entretiens, puis confirmée par la réalisation d'entretiens supplémentaires qui n'ont pas apporté de nouveaux éléments, ce qui permet de renforcer la crédibilité et la robustesse interne des résultats.

Pour finir, cette étude permet de mettre en évidence des phénomènes émergents, comme par exemple l'intégration de l'intelligence artificielle dans les pratiques informationnelles, et apporte des éléments concrets pour la pratique clinique. Elle contribue ainsi à une

meilleure compréhension des usages numériques des parents, afin de pouvoir aider les médecins généralistes à adapter leur communication et à renforcer l'éducation à la santé numérique. Elle propose également des pistes qui sont directement transposables en consultation, ce qui constitue une force importante dans une thèse de médecine générale.

4. Limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs limites, inhérentes à sa méthodologie et à son contexte de réalisation.

Le recrutement expose d'abord à un biais de sélection. Le volontariat et le lieu de recrutement (cabinet médical) peuvent avoir favorisé la participation de parents plus impliqués dans la santé de leur enfant ou plus à l'aise avec les outils numériques ce qui peut limiter la représentativité des résultats. Ce biais peut conduire à une surestimation du niveau de littératie numérique et de l'esprit critique observés dans l'échantillon. L'échantillon est exclusivement féminin, ce qui constitue à la fois une limite méthodologique et un résultat en soi. Malheureusement, cela restreint la diversité des points de vue, en particulier ceux des pères. Cette absence de diversité de genre limite l'exploration des dynamiques intrafamiliales dans la prise de décision en santé.

La taille de l'échantillon est limitée mais est compatible avec une étude qualitative. En revanche, cela peut limiter la portée des résultats, particulièrement en l'absence de grande diversité socio-culturelle. Certaines populations potentiellement plus vulnérables, par exemple avec une faible littératie, une précarité ou une barrière linguistique, pourraient

être sous-représentées, ce qui réduit la portée des conclusions. Les résultats doivent donc être interprétés avec prudence et ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la population.

Il existe également plusieurs biais liés à la méthode qualitative qui sont à prendre en compte. L'analyse repose sur une démarche interprétative, et donc qui est dépendante du chercheur, ce qui expose à un biais d'interprétation. L'absence de triangulation des données, de double codage ou de validation externe constitue une limite méthodologique notable. Elle peut réduire la fiabilité analytique et exposer à une subjectivité accrue dans la construction des catégories.

L'expérience limitée du chercheur en conduite d'entretiens qualitatifs a pu, par ailleurs, influencer la qualité des données recueillies, notamment dans la capacité à relancer ou approfondir certains propos. Cela a pu entraîner une perte de richesse ou une sous-exploration de certains thèmes émergents. Mais ce biais a quand même été partiellement compensé par la réalisation d'un entretien test et un travail préalable sur le guide d'entretien.

Un biais de désirabilité sociale est aussi possible : en effet, les participantes ont pu surestimer leur esprit critique ou minimiser certains usages perçus comme moins légitimes. Ce biais est d'autant plus plausible dans un contexte médical, où les participantes peuvent chercher à répondre de manière socialement valorisée face à un professionnel de santé. De plus, le recueil de données déclaratives expose à un biais de mémorisation, car les participantes peuvent ne pas se souvenir précisément de leurs pratiques ou omettre certains comportements.

L'enregistrement des entretiens via un dispositif audio a pu influencer la spontanéité des réponses. Cependant, ce biais a été limité par l'assurance d'anonymat et de confidentialité, ainsi que par l'instauration d'un climat de confiance. L'absence de retour des retranscriptions aux participantes (member checking) constitue ainsi une limite, même si aucune demande n'a été formulée en ce sens, car elle ne permet pas de valider l'interprétation des données auprès des personnes interrogées.

De plus, cette étude explore les perceptions et les représentations des parents, mais ne permet pas d'évaluer l'impact réel des vidéos sur les connaissances, les comportements ou la santé des enfants. Il existe donc probablement un écart entre les pratiques déclarées et les pratiques réelles, qui ne peut être objectivé dans ce travail. Par conséquent, aucun lien de causalité entre exposition aux vidéos et modification des comportements parentaux n'a pu être établi.

Pour finir, les usages numériques étant en constante évolution, particulièrement avec le développement rapide des réseaux sociaux et de l'intelligence artificielle, les résultats peuvent donc devenir partiellement obsolètes à moyen terme. Cette instabilité du contexte numérique constitue une limite structurelle de ce type de recherche, ce qui appelle à des mises à jour régulières des connaissances.

5. Perspectives pratiques : redéfinir le rôle du médecin généraliste

Cette étude et ses résultats montrent que le médecin généraliste ne peut plus ignorer les

pratiques numériques des parents. Le recours aux vidéos et aux outils en ligne ne se substitue pas au médecin, car il demeure la référence finale de validation, mais il modifie en profondeur la relation médecin-parent. L'accès à l'information est facilité et donc transforme le parent en acteur plus autonome, et aussi plus exposé à l'incertitude, à la désinformation et à une charge décisionnelle plus importante.

Dans ce contexte, le rôle du médecin évolue vers celui d'un médiateur de l'information qui serait chargé d'accompagner les patients dans un environnement informationnel complexe. Il ne s'agit plus uniquement de délivrer un savoir médical : il faut désormais guider, trier et contextualiser les informations déjà consultées par les parents. Cette posture permettrait de renforcer l'alliance thérapeutique en reconnaissant les pratiques numériques des patients, plutôt qu'en s'y opposant.

Plusieurs pistes d'amélioration pourraient donc être proposées. Le médecin pourrait adopter un rôle de « curateur » de l'information, en orientant les parents vers des sources fiables, validées et adaptées à leurs besoins. Cette démarche répondrait alors à une attente forte exprimée par les participantes, qui expriment vouloir bénéficier de repères clairs dans un environnement informationnel jugé confus.

L'intégration du numérique dans la consultation pourrait également être renforcée, avec par exemple une forme de prescription numérique. On pourrait y inclure le conseil de ressources validées (sites institutionnels, supports vidéo), ou l'utilisation d'outils pratiques comme des QR codes permettant un accès direct à des contenus sélectionnés. Une telle approche pourrait permettre de sécuriser l'autonomie des parents tout en maintenant un cadre médical fiable.

Ces résultats invitent donc le médecin généraliste à aborder explicitement les pratiques de recherches d'informations en consultation. En effet, en interrogeant sur les sources consultées par les parents, il pourrait explorer leur compréhension et accompagner leur interprétation. Ceci apparaît essentiel pour limiter les effets délétères de la désinformation et de la surcharge informationnelle. Cette posture favorise une alliance thérapeutique renforcée, en intégrant les pratiques numériques dans la relation de soin plutôt qu'en s'y opposant.

Au-delà de la pratique individuelle, un enjeu plus large, de santé publique, se dessine : le développement de contenus numériques fiables, accessibles et adaptés aux besoins des parents, notamment sous format vidéo. La demande de régulation et de certification des contenus exprimée par les participantes souligne la nécessité d'un encadrement institutionnel renforcé, qui pourrait garantir la qualité de l'information diffusée.

Enfin, dans un contexte de tensions croissantes dans le système de soins et de numérisation des pratiques, le numérique apparaît comme un outil incontournable. L'enjeu pour le médecin généraliste n'est donc plus de limiter l'usage, mais de l'intégrer de manière raisonnée, et d'en faire un levier d'éducation en santé et de sécurisation des pratiques parentales. Le défi consiste donc à transformer une ressource parfois anxiogène et désorganisée en un outil structurant de la relation de soin.

Des études complémentaires pourraient explorer l'impact réel de ces pratiques sur les comportements parentaux et les parcours de soins.

CONCLUSION

Pour conclure, ce travail montre que les vidéos en ligne font désormais partie du quotidien des parents lorsqu'il s'agit de la santé de leur enfant. Elles sont surtout utilisées dans des moments d'incertitude, pour comprendre rapidement une situation, se rassurer et décider quoi faire.

Leur principal intérêt réside dans leur aspect concret et visuel, particulièrement utile pour les gestes techniques. Mais elles ne remplacent pas les autres sources d'information, et encore moins le médecin.

Les parents ne sont pas passifs face à ces contenus. Ils trient, comparent, doutent parfois. Malgré cela, ils restent exposés à de nombreuses informations, qui sont parfois contradictoires, et qui peuvent autant rassurer que inquiéter.

Un point important ressort de cette étude : les vidéos ne remplacent pas le médecin, mais sont un complément de la consultation (en amont ou à la suite). Le médecin reste la référence car c'est celui qui valide et qui rassure en dernier recours.

Dans un contexte d'accès aux soins difficile et avec des outils numériques qui évoluent rapidement, ces usages sont amenés à se développer. Plutôt que de les ignorer, il semble essentiel de les intégrer à la pratique médicale.

L'enjeu n'est donc pas de limiter le recours au numérique, mais d'aider les parents à s'y repérer, en leur proposant des ressources fiables et adaptées.

Il serait intéressant de compléter ce travail par une étude explorant spécifiquement le point de vue des pères. Cela permettrait d'enrichir la compréhension des dynamiques parentales autour de la recherche d'information en santé infantile.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bryan MA, Evans Y, Morishita C, Midamba N, Moreno M. Parental Perceptions of the Internet and Social Media as a Source of Pediatric Health Information. *Acad Pediatr*. 2020 Jan-Feb;20(1):31-38. doi: 10.1016/j.acap.2019.09.009. Epub 2019 Oct 21. PMID: 31648059.
2. Yudianto B, Caldwell PH, Nanan R, Barnes EH, Scott KM. Patterns of parental online health information-seeking behaviour. *J Paediatr Child Health*. 2023 May;59(5):743-752. doi: 10.1111/jpc.16387. Epub 2023 Apr 13. PMID: 37051735.
3. Jaks R, Baumann I, Juvalta S, Dratva J. Parental digital health information seeking behavior in Switzerland: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2019 Feb 21;19(1):225. doi: 10.1186/s12889-019-6524-8. PMID: 30791927; PMCID: PMC6385444.
4. Walsh AM, Hyde MK, Hamilton K, White KM. Predictive modelling: parents' decision making to use online child health information to increase their understanding and/or diagnose or treat their child's health. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2012 Dec 10;12:144. doi: 10.1186/1472-6947-12-144. PMID: 23228171; PMCID: PMC3529696.
5. Benedicta B, Caldwell PH, Scott KM. How parents use, search for and appraise online health information on their child's medical condition: A pilot study. *J Paediatr Child Health*. 2020 Feb;56(2):252-258. doi: 10.1111/jpc.14575. Epub 2019 Jul 31. PMID: 31365171.
6. Spoyalo K, Courtemanche RJM, Henkelman E. Online Cleft Educational Videos: Parent Preferences. *Cleft Palate Craniofac J*. 2021 Apr;58(4):525-532. doi: 10.1177/1055665620957215. Epub 2020 Sep 15. PMID: 32929983.
7. Sunthornsup W, Vilaiyuk S, Soponkanaporn S. Effect of educational brochure compared with video on disease-related knowledge in patients with juvenile idiopathic arthritis: A

- randomized controlled trial. *Front Pediatr*. 2022 Dec 9;10:1048949. doi: 10.3389/fped.2022.1048949. PMID: 36568417; PMCID: PMC9780585.
8. Plantin L, Daneback K. Parenthood, information and support on the internet. A literature review of research on parents and professionals online. *BMC Fam Pract*. 2009 May 18;10:34. doi: 10.1186/1471-2296-10-34. PMID: 19450251; PMCID: PMC2694765.
 9. Khoo K, Bolt P, Babl FE, Jury S, Goldman RD. Health information seeking by parents in the Internet age. *J Paediatr Child Health*. 2008 Jul-Aug;44(7-8):419-23. doi: 10.1111/j.1440-1754.2008.01322.x. PMID: 18564080.
 10. Tian Y, Robinson JD. Incidental health information use on the Internet. *Health Commun*. 2009 Jan;24(1):41-9. doi: 10.1080/10410230802606984. PMID: 19204857.
 11. Shen C, Wang MP, Wan A, Viswanath K, Chan SSC, Lam TH. Health information exposure from information and communication technologies and its associations with health behaviors: Population-based survey. *Prev Med*. 2018 Aug;113:140-146. doi: 10.1016/j.ypmed.2018.05.018. Epub 2018 May 19. PMID: 29787775.
 12. Sallam M. ChatGPT Utility in Healthcare Education, Research, and Practice: Systematic Review on the Promising Perspectives and Valid Concerns. *Healthcare (Basel)*. 2023 Mar 19;11(6):887. doi: 10.3390/healthcare11060887. PMID: 36981544; PMCID: PMC10048148.
 13. McMullan M. Patients using the Internet to obtain health information: how this affects the patient-health professional relationship. *Patient Educ Couns*. 2006 Oct;63(1-2):24-8. doi: 10.1016/j.pec.2005.10.006. Epub 2006 Jan 6. PMID: 16406474.
 14. Beck F, Richard JB, Nguyen-Thanh V, Montagni I, Parizot I, Renahy E. Use of the internet as a health information resource among French young adults: results from a nationally representative survey. *J Med Internet Res*. 2014 May 13;16(5):e128. doi: 10.2196/jmir.2934. PMID: 24824164; PMCID: PMC4051740.

15. Tan SS, Goonawardene N. Internet Health Information Seeking and the Patient-Physician Relationship: A Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2017 Jan 19;19(1):e9. doi: 10.2196/jmir.5729. PMID: 28104579; PMCID: PMC5290294.
16. Wang X, Shi J, Kong H. Online Health Information Seeking: A Review and Meta-Analysis. *Health Commun*. 2021 Sep;36(10):1163-1175. doi: 10.1080/10410236.2020.1748829. Epub 2020 Apr 14. PMID: 32290679.
17. Jacobs W, Amuta AO, Jeon KC. Health information seeking in the digital age. *Cogent Soc Sci*. 2017;3(1):1302785. doi:10.1080/23311886.2017.1302785.
18. Stevenson FA, Kerr C, Murray E, Nazareth I. Information from the Internet and the doctor-patient relationship: the patient perspective--a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2007 Aug 16;8:47. doi: 10.1186/1471-2296-8-47. PMID: 17705836; PMCID: PMC2041946.
19. Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ*. 2007 Jul 7;335(7609):24-7. doi: 10.1136/bmj.39246.581169.80. PMID: 17615222; PMCID: PMC1910640.
20. Andreassen HK, Bujnowska-Fedak MM, Chronaki CE, Dumitru RC, Pudule I, Santana S, Voss H, Wynn R. European citizens' use of E-health services: a study of seven countries. *BMC Public Health*. 2007 Apr 10;7:53. doi: 10.1186/1471-2458-7-53. PMID: 17425798; PMCID: PMC1855923.
21. White RW, Horvitz E. Cyberchondria: studies of the escalation of medical concerns in Web search. *ACM Trans Inf Syst*. 2009;27(4):23.
22. Diaz JA, Griffith RA, Ng JJ, Reinert SE, Friedmann PD, Moulton AW. Patients' use of the Internet for medical information. *J Gen Intern Med*. 2002 Mar;17(3):180-5. doi: 10.1046/j.1525-1497.2002.10603.x. PMID: 11929503; PMCID: PMC1495021.

- 23.** Madathil KC, Rivera-Rodriguez AJ, Greenstein JS, Gramopadhye AK. Healthcare information on YouTube: A systematic review. *Health Informatics J.* 2015 Sep;21(3):173-94. doi: 10.1177/1460458213512220. Epub 2014 Mar 25. PMID: 24670899.
- 24.** Drozd B, Couvillon E, Suarez A. Medical YouTube Videos and Methods of Evaluation: Literature Review. *JMIR Med Educ.* 2018 Feb 12;4(1):e3. doi: 10.2196/mededu.8527. PMID: 29434018; PMCID: PMC5826977.
- 25.** Tuong W, Larsen ER, Armstrong AW. Videos to influence: a systematic review of effectiveness of video-based education in modifying health behaviors. *J Behav Med.* 2014 Apr;37(2):218-33. doi: 10.1007/s10865-012-9480-7. Epub 2012 Nov 28. PMID: 23188480.
- 26.** Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 1977 Mar;84(2):191-215. doi: 10.1037//0033-295x.84.2.191. PMID: 847061.
- 27.** Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med.* 2011 Jul 19;155(2):97-107. doi: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005. PMID: 21768583.
- 28.** Norman CD, Skinner HA. eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. *J Med Internet Res.* 2006 Jun 16;8(2):e9. doi: 10.2196/jmir.8.2.e9. PMID: 16867972; PMCID: PMC1550701.
- 29.** Diviani N, van den Putte B, Giani S, van Weert JC. Low health literacy and evaluation of online health information: a systematic review of the literature. *J Med Internet Res.* 2015 May 7;17(5):e112. doi: 10.2196/jmir.4018. PMID: 25953147; PMCID: PMC4468598.
- 30.** Reading Turchioe M, Mangal S. Health literacy, numeracy, graph literacy, and digital literacy: an overview of definitions, evaluation methods, and best practices. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2024 May 28;23(4):423-428. doi: 10.1093/eurjcn/zvad085. PMID: 37590968; PMCID: PMC11129894.

- 31.** Jia X, Pang Y, Liu LS. Online Health Information Seeking Behavior: A Systematic Review. *Healthcare (Basel)*. 2021 Dec 16;9(12):1740. doi: 10.3390/healthcare9121740. PMID: 34946466; PMCID: PMC8701665.
- 32.** Zarocostas J. How to fight an infodemic. *Lancet*. 2020 Feb 29;395(10225):676. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30461-X. PMID: 32113495; PMCID: PMC7133615.
- 33.** Soroya SH, Farooq A, Mahmood K, Isoaho J, Zara SE. From information seeking to information avoidance: Understanding the health information behavior during a global health crisis. *Inf Process Manag*. 2021 Mar;58(2):102440. doi: 10.1016/j.ipm.2020.102440. Epub 2020 Nov 29. PMID: 33281273; PMCID: PMC7700063.
- 34.** Khaleel I, Wimmer BC, Peterson GM, Zaidi STR, Roehrer E, Cummings E, Lee K. Health information overload among health consumers: A scoping review. *Patient Educ Couns*. 2020 Jan;103(1):15-32. doi: 10.1016/j.pec.2019.08.008. Epub 2019 Aug 12. PMID: 31451363.
- 35.** Starcevic V, Berle D. Cyberchondria: towards a better understanding of excessive health-related Internet use. *Expert Rev Neurother*. 2013 Feb;13(2):205-13. doi: 10.1586/ern.12.162. PMID: 23368807.
- 36.** Houts PS, Doak CC, Doak LG, Loscalzo MJ. The role of pictures in improving health communication: a review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. *Patient Educ Couns*. 2006 May;61(2):173-90. doi: 10.1016/j.pec.2005.05.004. Epub 2005 Aug 24. Erratum in: *Patient Educ Couns*. 2006 Dec;64(1-3):393-4. PMID: 16122896.
- 37.** Nabi RL. Emotional flow in persuasive health messages. *Health Commun*. 2015;30(2):114-24. doi: 10.1080/10410236.2014.974129. PMID: 25470436.
- 38.** North F, Ward WJ, Varkey P, Tulledge-Scheitel SM. Should you search the Internet for information about your acute symptom? *Telemed J E Health*. 2012 Apr;18(3):213-8. doi:

- 10.1089/tmj.2011.0127. Epub 2012 Feb 24. PMID: 22364307.
- 39.** Powell J, Clarke A. The WWW of the World Wide Web: Who, What, and Why? *J Med Internet Res*. 2002 Jan-Mar;4(1):e4. doi: 10.2196/jmir.4.1.e4. PMID: 11956036; PMCID: PMC1761925.
- 40.** Semigran HL, Linder JA, Gidengil C, Mehrotra A. Evaluation of symptom checkers for self diagnosis and triage: audit study. *BMJ*. 2015 Jul 8;351:h3480. doi: 10.1136/bmj.h3480. PMID: 26157077; PMCID: PMC4496786.
- 41.** Deave T, Johnson D, Ingram J. Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2008 Jul 29;8:30. doi: 10.1186/1471-2393-8-30. PMID: 18664251; PMCID: PMC2519055.
- 42.** Walsh A, Edwards H, Fraser J. Influences on parents' fever management: beliefs, experiences and information sources. *J Clin Nurs*. 2007 Dec;16(12):2331-40. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01890.x. Epub 2007 Apr 5. PMID: 17419783.
- 43.** Bidmon S, Terlutter R. Gender Differences in Searching for Health Information on the Internet and the Virtual Patient-Physician Relationship in Germany: Exploratory Results on How Men and Women Differ and Why. *J Med Internet Res*. 2015 Jun 22;17(6):e156. doi: 10.2196/jmir.4127. PMID: 26099325; PMCID: PMC4526954.
- 44.** Ek S. Gender differences in health information behaviour: a Finnish population-based survey. *Health Promot Int*. 2015 Sep;30(3):736-45. doi: 10.1093/heapro/dat063. Epub 2013 Aug 28. PMID: 23985248.
- 45.** Tronto JC. *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. New York: Routledge; 1993.

ANNEXES

Annexe 1 : Autorisation de la CNIL**RÉCÉPISSÉ****ATTESTATION DE DÉCLARATION**

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN: 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Etude qualitative sur l'avis des parents concernant l'utilisation de vidéos en ligne pour améliorer leurs connaissances médicales sur la santé de leur(s) enfant(s)

Référence Registre DPO : 2025-085

Responsable (s) scientifique (s) : M. François LOEZ
Interlocuteur (s) : Mme Candice PRANIO

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 19 mars 2025

Délégué à la Protection des Données

Annexe 2 : Grille COREQ

N°	Item	Guide questions/ description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexions		
Caractéristiques personnelles		
1	Enquêteur/ animateur	Candice Pranio
2	Titres académiques	Diplôme de second cycle des études médicales
3	Activité	Remplaçante en cabinet de Médecine Générale
4	Genre	Femme
5	Expérience et formation	Formation médicale : Médecin diplômé (DES de médecine générale validé) Recherche qualitative : • 2 séminaires (cours à la faculté de Lille) • Livre : Initiation à la Recherche Qualitative en Santé par Jean-Pierre LEBEAU
Relations avec les participants		
6	Relation antérieure	Connaissance des participants puis recrutement selon les premières analyses
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Étude portant sur l'utilisation de vidéos en ligne par entretiens anonymes semi-dirigés, se rendre disponible environ 15-20 minutes
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Remplaçante en cabinet de Médecine Générale effectuant une étude pour sa thèse
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		

9	Orientation méthodologique et théorique	Entretiens individuels semi-dirigés et analyse par théorisation ancrée
Sélection des participants		
10	Échantillonnage	Échantillonnage dirigé de commodité puis recrutement selon les analyses
11	Prise de contact	En face-à-face, par téléphone
12	Taille de l'échantillon	Quinze participants
13	Non-participation	Aucune
Contexte		
14	Cadre de la collecte de données	Au cabinet des médecins généralistes ou au domicile des patients (par téléphone)
15	Présence de non-participants	Non
16	Description de l'échantillon	Sexe, âge, nombre d'enfants, âge(s) du ou des enfant(s), profession, utilisation ou non de vidéos de santé en ligne
Recueil des données		
17	Guide d'entretien	Un guide d'entretien a été établi avant les entretiens, testé avec un premier patient et adapté au fur et à mesure
18	Entretiens répétés	Non
19	Enregistrement audio-visuel	Enregistrement audio
20	Cahier de terrain	Pas de cahier de terrain structuré mais prise de recul après les entretiens
21	Durée	En moyenne 10 minutes
22	Seuil de saturation	Atteinte autour du 10e-11e entretien, discuté avec le directeur de thèse
23	Retour des retranscriptions	Non systématique
Domaine 3 : Analyse et résultats		

Analyse des données		
24	Nombre de personnes codant les données	Le chercheur uniquement
25	Description de l'arbre de codage	Oui
26	Détermination des thèmes	Oui
27	Logiciel	Aucun
28	Vérification par les participants	Pas de retour sur les résultats
Rédaction		
29	Citations présentes	Oui
30	Cohérence des données et des résultats	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Oui

Annexe 3 : Lettre d'information à destination des participants

Lettre d'information à destination des participants : patients

Bonjour, je suis Candice Pranio, étudiante en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, je souhaite réaliser un entretien semi-dirigé sur l'utilisation des **vidéos en ligne** par les parents. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier l'impact de ces vidéos sur l'amélioration de leurs connaissances médicales sur la santé de leur(s) enfant(s). Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude.

Pour y répondre, vous devez être **parent d'un ou plusieurs enfants, avec au moins un enfant de moins de 18ans.**

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n° 2025-085 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr. Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci beaucoup pour votre participation !

Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : candice.pranio.etu@univ-lille.fr.

Annexe 4 : Guide d'entretien initial

Guide d'entretien initial

« Bonjour. Vous avez donc accepté de répondre à quelques questions pour ma thèse de médecine générale, portant sur l'utilisation de vidéos en ligne par les parents. L'entretien sera enregistré grâce à l'application Dictaphone de mon téléphone et anonymisé par la suite. »

Vérification des critères d'inclusion :

- Parent
- Au moins 1 enfant de moins de 18 ans.

1. Pouvez-vous vous présenter, et parler brièvement de vos ou de votre enfant(s) ?

- Quel âge avez-vous ?
- Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?
- Combien d'enfants avez-vous ? Quel(s) âge(s) ont-ils ?

2. Sur quelle source recherchez-vous des informations médicales par rapport à la santé de vos ou de votre enfant(s) ?

- Si non : que pensez-vous des vidéos sur Internet ?
- Si non : Pourquoi ? Qu'est-ce qui faudrait pour les utiliser ?
- Si oui :

3. Comment avez-vous commencé à utiliser des vidéos en ligne pour vous informer sur la santé de votre ou de vos enfant(s) ?

- Qu'est-ce qui vous a poussé à choisir ce format d'information ?

4. Racontez-moi les étapes de vos recherches d'une vidéo en ligne ?

- Quelle(s) plateforme(s) de vidéos en ligne utilisez-vous principalement ?
- Quel(s) type(s) de vidéos recherchez-vous (tutoriels, témoignages, conférences) ?

5. Pouvez-vous décrire une vidéo en particulier qui vous a été utile ? Qu'est-ce qui vous a marqué ?

- Pourquoi cette vidéo a-t-elle eu un impact significatif pour vous ?
- Cette vidéo a-t-elle influencé votre choix médical ?

6. Quelles sont vos impressions par rapport au(x) contenu(s) de ces vidéos ?

- Avez-vous rencontré des informations contradictoires ? Comment avez-vous géré cela ?
- Quelles émotions ressentez-vous en regardant ces vidéos (anxiété, réassurance, confusion) ?

7. Quelles sont vos principales attentes concernant les vidéos en ligne ?

- Quel(s) critère(s) utilisez-vous pour évaluer la qualité d'une vidéo ?
- Quels sont vos critères pour qualifier une vidéo de pertinente ?
- Qu'aimeriez-vous voir amélioré dans le contenu des vidéos médicales en ligne ?
- Qu'est-ce que vous ne trouvez pas et aimeriez trouver ?

8. Comment imaginez-vous le futur pour le contenu médical sous forme de vidéos en ligne ?

- Pensez-vous que l'utilisation des vidéos en ligne augmentera dans l'avenir pour les parents ? Pourquoi ?

9. Avez-vous des choses à ajouter ?

- D'autres choses dont on a pas encore parlé ?

Annexe 5 : Guide d'entretien final

Guide d'entretien final

« Bonjour. Vous avez donc accepté de répondre à quelques questions pour ma thèse de médecine générale, portant sur l'utilisation de vidéos en ligne par les parents. L'entretien sera enregistré grâce à l'application Dictaphone de mon téléphone et anonymisé par la suite. »

Vérification des critères d'inclusion :

- Parent
- Au moins 1 enfant de moins de 18 ans.

1. Est-ce que vous pouvez vous présenter vous et ensuite parler brièvement de votre ou de vos enfant(s) ?

- Quel âge avez-vous ?
- Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?
- Combien d'enfants avez-vous ?
- Quel(s) âge(s) a ou ont votre ou vos enfant(s) ?

2. Comment cherchez-vous des informations médicales sur la santé de votre ou de vos enfant(s) ?

- Sur internet ?
- Quelles sources utilisez-vous principalement ? (textes/articles, forums, vidéos, réseaux sociaux...)
- Utilisez-vous ces sources de façon active (recherche ciblée) ou opportuniste (en tombant dessus) ?

3. Avez-vous déjà consulté des vidéos en ligne concernant la santé de votre ou de vos enfant(s) ?

- Sur quelles plateformes ? (YouTube, TikTok, Facebook, Instagram, Google...)
- Quel(s) type(s) de vidéos regardez-vous le plus souvent ? (tutoriels, démonstrations, témoignages, conférences...)
- Qu'est-ce qui vous a poussé à choisir ce format plutôt qu'un texte ? Préférez-vous le texte ou la vidéo pour l'information médicale ? Pourquoi ?

4. Pouvez-vous décrire une vidéo en particulier qui vous a été utile ou qui vous a marqué ?

- Qu'est-ce qui vous a marqué ?
- Cette vidéo a-t-elle influencé vos gestes ou décisions concernant votre ou vos enfant(s) ? (ex : traitement, pratique d'un geste)
- A-t-elle généré des émotions chez vous (positives ou négatives) ?

5. Quand vous recherchez une vidéo, comment procédez-vous ?

- Quelles sont vos étapes de recherche ? (mots-clés, plateformes, groupes privés...)
- Quels sont vos critères pour juger de la qualité ou de la crédibilité d'une vidéo ?
 - La personne qui présente la vidéo (professionnel / parent / autre) ?
 - La clarté des explications ?
 - Les démonstrations pratiques ou visuelles ?
 - Les avis / commentaires / preuves scientifiques ?
 - La durée ?

6. Avez-vous déjà rencontré des informations contradictoires dans les vidéos ?

- Comment réagissez-vous face à ces contradictions ?
- Quelles émotions ressentez-vous en regardant ces vidéos ? (Peur, anxiété, réassurance, curiosité, autres...)

7. Que pourrait-on améliorer dans le contenu des vidéos médicales publiées sur internet ?

- Quels sujets vous aimeriez voir abordés dans les vidéos mais que vous ne trouvez pas actuellement ?
- Accessibilité ? (plateforme, diffusion)
- Contenu fiable / mis à jour ?
- Clarté des explications et démonstrations ?
- Interlocuteurs spécifiques ?

8. Comment imaginez-vous le futur concernant l'utilisation par les parents de ces vidéos ?

- Par rapport aux rôles de ces vidéos ?
- Complémentaires au(x) médecin(s) ?
- Pour la réassurance ?
- Plutôt éducatives ?
- Pensez-vous que leur usage va augmenter à l'avenir ? et si oui, pourquoi ?

9. Y a-t-il autre chose que vous aimeriez ajouter sur ce sujet, que nous n'avons pas encore abordé ?

Annexe 6 : Retranscription des entretiens

Annexe 7 : Verbatims sélectionnés et triés sous forme de tableau

Catégories	Sous-catégories	Propriétés / Codage	Verbatims (Sources)
A. Comportements et pratiques de recherche d'informations	1. Modalités des recherches	Recherche active et ciblée	- "C'est plutôt moi qui recherche." (P7) - "Souvent je tape les mots clés [...] sur Google." (P8) - "Je tape les symptômes en essayant d'être le plus précise possible." (P10) - "Je cherche des symptômes sur Google directement, j'essaie d'être le plus précise possible." (P11)
		Recherche passive et opportuniste	- "C'est que je tombe dessus sur les réseaux facilement maintenant." (P2) - "Des fois je tombe sur des infos médicales [...] dans le fil d'actualité." (P7) - "Instagram [...] là c'est plus construit sur un contenu qui arrive à moi." (P15)
		Recherche de tutoriels et témoignages	- "Non, des tutos, souvent. Des témoignages, par exemple." (P3) - "Des tutoriels et des témoignages." (P8) - "Donc ça peut être du témoignage, ça peut être des tuto et ça peut être de l'information médicale." (P15)
	2. Outils et Plateformes	Omniprésence de Google	- "Souvent sur Google et puis après je vois en fonction de où ça mène." (P1) - "En général je regarde sur google." (P4) - "Oui, sur Google...vous allez d'un lien à l'autre" (P13) - "Internet, google et après je clique sans forcément regarder un site." (P14)

		Utilisation des réseaux sociaux	- "Le réseau le plus souvent c'est Tik Tok." (P3) - "TikTok ça arrive, ça on en voit beaucoup passer." (P4) - "Facebook qui passe des articles [...] j'utilise que ça." (P8) - "Instagram, c'est vraiment [...] J'ai quelques comptes spécifiques." (P15)
		Nouveau paradigme de l'IA	- "Avant Google. Mais Google, ce n'est pas fiable, je trouve, comparé à ChatGPT." (P6) - "ChatGPT est quand même beaucoup plus terre à terre." (P7) - "Et récemment, j'ai découvert ChatGP." (P9) - "Maintenant avec l'IA, parfois, je vais directement sur l'IA." (P13) - "Maintenant il y a ChatGPT aussi." (P15)
		Critique de certaines sources	- "Doctissimo c'est le plus terrible." (P7) - "J'évite les sites, les forums ...J'évite Doctissimo, parce que ça voilà..." (P10) - "ça ne va pas être Doctissimo en priorité." (P14)
	3. Motivations des recherches	Besoin de réassurance	- "C'est plutôt de l'assurance, de savoir si on fait les choses comme il faut" (P4) - "C'est un besoin de réassurance et c'est ça qui me conduit à regarder une vidéo." (P13)
		Besoin de rapidité	- "Le fait d'avoir une réponse rapide en fait." (P1) - "Quand on a besoin de réponses rapides aux questions." (P13)
		Besoin de validation des décisions	- "Voir si je gardais ma ligne de conduite." (P8) - "Pour voir si finalement il fallait que je consulte en urgence ou si je gardais, ou si je restais sur entre guillemets ma ligne de conduite." (P13)

		Besoin de compréhension	- "Dès qu'on voit un symptôme on essaie de savoir un peu ce que l'enfant il a." (P1) - "Je pense que c'est dans un moment de difficulté... dès que je sens que soit le traitement ne fonctionne plus." (P2) - "C'est juste pour savoir ce qu'elle a là au final." (P6)
		Liée à une difficulté d'accès aux soins	- "Les rendez-vous sont beaucoup trop longs." (P2) - "Je ne regarde pas tout sur Internet, vaut mieux pas. Mais quand je vois qu'il n'y a pas de place." (P6) - "Du coup on s'inquiétait mais on voulait pas aller à l'hôpital non plus pour pas courir pour rien." (P8)
B. Choix du format (Vidéo vs Texte)	1. Avantages de la vidéo (Plus-value)	Visualisation du geste (Lavage de nez / Étouffement)	- "Tout bête, un lavage de nez, il y a des nouvelles façons de faire." (P3) - "En voyant les gens faire, alors que c'est sur des mannequins, en voyant la chose faire directement, on a l'impression que c'est plus réel." (P4) - "Ça m'a convaincu, parce que je me suis dit que ça a l'air de vraiment bien dégagé." (P9)
		Identification et Miroir	- "On a le concret de voir l'enfant, vraiment les réactions, les yeux qui tournent, l'enfant qui devient mou, la perte de tonicité complète." (P10) - "Je retrouvais ma fille, enfin, je retrouvais des comportements de ma fille." (P13) - "C'était très concret....c'était vraiment le côté pratico-pratique et corrélé à la vraie vie." (P15)
		Explication plus détaillée	- "Il y a des démonstrations, il parle beaucoup, il y a des affiches, ça démontre beaucoup plus." (P3) - "Parce qu'ils expliquent plus ... donc ça montre un peu plus comment le faire en fait." (P8)

	2. Limites et freins	Préférence du format texte	- "Je lirais plutôt des petits articles que de regarder des vidéos." (P5) - "Le texte. Déjà en général c'est sourcé, j'ai le temps de l'assimiler." (P10) - "Je suis de la vieille génération, donc j'aime plus le texte." (P15)
		Réserves et non-usage volontaire de la vidéo	- "Ça m'attire pas et je m'en méfierais un peu en fait." (P5) - "J'ai pas envie qu'ils [les enfants] écoutent mes recherches." (P14)
C. Construction de la confiance (Fiabilité)	1. Critères de sélection	Expertise médicale affichée	- "Que ce soit fait vraiment par des médecins [...] un gage de sérieux." (P5) - "Quand il y a un médecin quand même qui intervient." (P7) - "Si c'est une pédiatre." (P8) - "Si c'est dans un cadre particulier, si c'est peut-être dans un hôpital ou dans un cabinet." (P11)
		Vérification des sources et des preuves scientifiques	- "Il faut qu'il y ait des preuves." (P3) - "Sans source [...] non, moi, c'est direct, en fait, même je l'écoute pas, en fait." (P13) - "Et après je vérifie en général sur internet quand il s'agit d'une étude, si l'étude existe vraiment." (P15)
		Notoriété et indicateurs sociaux	- "Les avis. Surtout les avis.... dans les commentaires, dans les étoiles (note)." (P3) - "Le nombre de vues." (P9)
		Qualité du contenu	- "Un langage approprié, adapté à tout public [...] ils font des dessins." (P1) - "Très court, quoi. Voilà, très court quelques minutes. Que ça soit clair et précis et voilà." (P5) - "Si c'est censé être un professionnel, je fais attention à l'orthographe et au vocabulaire." (P10)

	2. Impact décisionnel	Modifications comportementales	- "Savoir qu'il existe une formation qui peut aider [...] ça m'a poussé parce que je l'ai faite." (P2) - "J'ai arrêté Zyma D." (P3) - "Je me dis je la laisse tousser, je la laisse faire. J'interviens pas je me dis que c'est bien c'est que l'air passe et que ça va." (P11)
		Recours au médecin physique maintenu	- "Après, je prends un peu sur les réseaux, mais on va dire que le neuro et le médecin traitant, c'est le plus important." (P2) - "La source finale ça reste le médecin. Souvent quand j'ai un doute j'en parle au docteur." (P7) - "Et systématiquement, je prends rendez-vous chez le médecin, peu importe les recherches effectuées." (P9)
D. Ressentis et Émotions au décours d'une vidéo	1. Emotions positives	Réassurance en lien avec la validation d'un geste	- "Ça rassure et ça sécurise [...] d'avoir des gestes plus cohérents." (P10) - "Ça m'a rassurée sur le fait que je faisais ce qu'il faut." (P15)
	2. Emotions négatives	Anxiété et peur paradoxales	- "Je ressens la peur. La peur qui passe en premier. Je ne vais pas y arriver." (P4) - "Moi je sais que ça je me l'impose de plus le faire parce que sinon c'est trop anxiogène. Donc après ça m'impacte." (P7) - "Ça peut provoquer encore plus d'anxiété [...] stress parental [...] Parfois il y a des contenus qui sont hyper anxiogènes." (P14)
		Colère et indignation	- "Là, c'est limite de la colère ou de l'indignation." (P10) - "Maintenant, je sens que c'est plus... un peu d'agacement et un peu de colère." (P15)

	3. Confusion informationnelle	Informations contradictoires et divergence des discours	- "Des fois on entend blanc le lendemain on entend bleu, donc on sait jamais vraiment si on fait bien." (P7) - "Je ne regarde pas plus que ça parce qu'après on a trop d'informations mais on s'embrouille facilement je trouve." (P8) - "Ouais, première grossesse, mais qu'est-ce que je suis censée faire en tant que maman quand j'ai trois trucs différents." (P15)
		Autorégulation par tri des informations et prise de distance	- "Je me dis que le médecin va être là pour me le dire... J'en prend et j'en laisse." (P6) - "Ça dépend. Si c'est de la bêtise, on va passer vite fait." (P10) - "J'ai vraiment pris de la distance pour me préserver." (P13)
E. Perspectives et Futur	1. Augmentation de l'usage en raison de l'évolution du système	Développement inévitable du numérique	- "La génération actuelle franchement c'est tout, c'est les vidéos, c'est l'IA, il faut rester connecté, évolue avec son temps." (P1) - "Mais après, on sait que tout ce qui est réseaux sociaux, on avance là-dedans et on ne peut pas y échapper. Donc ça sera de plus en plus." (P2) - "Pour moi, tout ça, c'est le futur.... Parce que internet a pris le dessus sur tout." (P3)
		Domination future de l'IA	- "Je pense que les utilisateurs vont utiliser plus l'IA." (P13) - "L'IA va prendre la place." (P14)
		Palliatif aux déserts médicaux	- "Et puis il y a de moins en moins de médecins [...] et puis les rendez-vous sont beaucoup trop longs. Donc si on peut se soigner soi-même." (P3) - "Puisqu'on a de moins en moins de médecins en plus [...] des gens qui ne trouvent pas de rendez-vous. Donc ils cherchent des solutions comme ils peuvent." (P5) - "C'est de plus en plus compliqué les rendez-vous c'est vrai aussi et de moins en moins de médecin donc ils vont se dire c'est plus facile là on se ne se déplacent pas." (P11)

	2. Besoins de régulation	Crainte d'une déshumanisation et d'une dérive	- "Ça me fait un peu peur d'ailleurs parce que l'on perd beaucoup d'humains." (P9) - "Et si le contenu est mauvais, est-ce que ça empêche pas aussi d'aller consulter des fois quand c'est vraiment nécessaire ?" (P14)
		Désir de certification officielle	- "Il faudrait réglementer [...] Je pense qu'il doit y avoir des autorités, des autorités de tout au niveau du gouvernement donc qu'ils mettent un peu le nez là-dedans et qu'ils regardent un peu [...] Que le gouvernement crée une plateforme ou quelque chose." (P7) - "C'est d'obliger une espèce de certification [...] ce qui pourrait être bien c'est d'avoir une bibliothèque officielle." (P10)

AUTEURE : Nom : PRANIO

Prénom : Candice

Date de soutenance : 29 mai 2026

Titre de la thèse : Avis des parents concernant l'utilisation de vidéos en ligne pour améliorer leurs connaissances médicales sur la santé de leur(s) enfant(s).

Thèse - Médecine - Lille «2026»

Cadre de classement : Médecine générale

DES : Médecine Générale

Mots-clés : parents, connaissances en santé, vidéo en ligne, santé de l'enfant, Internet

Résumé

Introduction : Le recours à Internet pour des informations de santé est devenu fréquent chez les parents, notamment via les formats vidéo. Cependant, les usages et les perceptions de ces contenus restent encore peu explorés en médecine générale. L'objectif est d'explorer les avis des parents concernant l'utilisation de vidéos en ligne pour améliorer leurs connaissances médicales sur la santé de leur(s) enfant(s).

Matériel et Méthodes : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés réalisés auprès de 15 parents recrutés en cabinet de médecine générale dans les Hauts-de-France entre mars 2025 et janvier 2026. Une analyse thématique inspirée de la théorisation ancrée a été réalisée.

Résultats : Les vidéos sont principalement utilisées dans des situations d'incertitude, dans un objectif de compréhension, de réassurance et d'aide à la décision. Leur principal intérêt réside dans leur dimension visuelle et démonstrative, notamment pour les gestes techniques. Les parents développent une démarche critique de sélection des contenus, basée sur plusieurs critères (expertise médicale, sources, validation sociale). Toutefois, l'exposition à des informations nombreuses et parfois contradictoires peut entraîner confusion et anxiété. Les vidéos s'intègrent dans un écosystème informationnel plus large incluant les moteurs de recherche, les réseaux sociaux et l'intelligence artificielle. Elles ne remplacent pas le médecin, qui reste la référence finale dans la prise de décision.

Conclusion : Les vidéos en ligne constituent un outil complémentaire dans les pratiques parentales, répondant à un besoin d'immédiateté et d'autonomie. Leur intégration dans la relation de soin apparaît nécessaire afin d'accompagner les parents dans un environnement informationnel complexe.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Patrick TRUFFERT

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Madame le Docteur Sylvie LELEU

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur François LOEZ