

Le rôle de l'information sur Internet dans la consommation médicale : le cas des patients canadiens francophones et anglophones

H. Khechine¹, D. Pascot² & P. Prémont²

¹Professeure adjointe, Département des systèmes d'information organisationnels,
Faculté des sciences de l'administration, Université Laval, Québec, Canada

²Professeur agrégé, Département des systèmes d'information organisationnels,
Faculté des sciences de l'administration, Université Laval, Québec, Canada

RÉSUMÉ

L'objectif de cette recherche est d'étudier la relation entre l'utilisation de l'information d'Internet et la consommation des ressources médicales par des patients canadiens francophones et anglophones. Cette relation est évaluée de manière directe et indirecte à travers les variables d'attitude. Le choix de séparer les patients francophones des anglophones a été justifié par une analyse de comparaison des moyennes. Les analyses des données recueillies suite à la diffusion d'un questionnaire quantitatif ont été effectuées à l'aide des outils statistiques SPSS et PLS. Les résultats ont montré que la relation directe entre l'utilisation de l'information d'Internet et la consommation des ressources médicales est significative et positive pour les deux échantillons. Toutefois, elle est plus forte pour l'échantillon francophone. Ce résultat reflète probablement une préoccupation plus importante par rapport à l'offre de l'information médicale sur Internet en langue française. Les contributions de cette recherche sont d'ordre théorique et pratique. D'une part, cette recherche est la première à tester le modèle proposé pour deux populations différentes en termes de langue. D'autre part, les résultats de cette étude permettent de prendre conscience de l'existence d'un problème éventuel au niveau de l'offre de l'information en santé obtenue du Web.

Mots-clés : Information d'Internet, Santé, Patients, Recherche quantitative, PLS.

ABSTRACT

The aim of this research is to study the relationship between Internet information use and medical resources consumption by French-speaking and English-speaking Canadian patients. This relationship is assessed directly and indirectly through attitude variables. The choice to distinguish between French-speaking and English-speaking patients was justified by a mean comparison analysis. The analysis of the data obtained from the diffused quantitative questionnaire was performed using SPSS and PLS statistic tools. Results showed that the direct relationship between Internet information use and medical resources consumption is significant and positive for the two samples. However, it is stronger for the French-speaking sample. This result probably reflects a greater concern regarding the offer of medical information on the Internet in the French language. Research contributions are theoretical and practical. On one hand, this research is the first to test the proposed model for two different populations in terms of used languages. On the other hand, the results of this study allow becoming aware of the existence of a possible problem regarding the offer of health information on the Web.

Key-words: Internet information, Health, Patients, Quantitative research, PLS.

1. INTRODUCTION

Le rôle d'Internet comme média d'information s'est étendu à plusieurs domaines, en particulier, à celui des soins de la santé. Selon les statistiques, l'utilisation de l'information d'Internet par les patients est une tendance de plus en plus répandue (Pennbridge *et al.*, 1999). La demande exigeante de l'information médicale en santé est tributaire des potentialités d'Internet comme moyen facile d'accès, rapide et efficace (Eysenbach *et al.*, 1999 ; Eysenbach et Diepgen, 2001). De ce fait, l'offre de l'information en santé s'en est vue augmentée.

Plusieurs facteurs incitent à l'utilisation d'Internet pour la recherche d'information sur la santé. D'abord, une bonne partie de la population possède des ordinateurs personnels et est constamment connectée à Internet, surtout dans les pays développés (Mittman et Cain, 1999). Ensuite, l'insatisfaction des patients ou de leurs proches avant, durant ou après une consultation les amène à consulter le Web pour répondre à leurs questionnements. De plus, la difficulté d'accès à l'information médicale via les moyens classiques d'information tels que les journaux et les revues scientifiques dans les bibliothèques motive les patients à utiliser le Web (Miller et Reents, 1998). Les patients ont aussi recours à Internet car la disponibilité du personnel médical a beaucoup diminué (Miller et Reents, 1998 ; Bush *et al.*, 2000). En outre, il est souvent moins dispendieux d'obtenir du réconfort via les forums de discussion que de consulter un médecin dans une cli-

nique médicale (Friedwald, 2000 ; Pew Internet & American Life, 2003).

Selon plusieurs écrits dans la littérature, l'utilisation d'Internet pour la santé peut affecter la consommation des ressources médicales. On estime, en effet, que les patients qui possèdent l'information sur leur état de santé jouent un rôle plus important dans la prévention (Eysenbach *et al.*, 1999) et participent plus aux prises de décisions (Anderson *et al.*, 2003). Divers auteurs affirment qu'Internet est en train de transformer les patients en consommateurs informés (Ipsos-Reid, 2002 ; Anderson *et al.*, 2003). Cette situation influence alors leurs habitudes d'utiliser les ressources médicales disponibles.

Dans l'étude de Hjortdahl *et al.* (1999), la majorité des cliniciens questionnés constatent que les « patients informés » participent d'une manière plus fréquente et active dans la relation « clinicien-patient ». Ils sont capables d'être plus autonomes, de se soutenir mutuellement et de prendre leurs propres décisions (Anderson *et al.*, 2003). Les patients consommateurs de l'information d'Internet jouent donc un rôle très important dans la pratique professionnelle des cliniciens. Ils représentent, désormais, l'une des forces majeures qui introduit de la pression sur les professionnels de la santé. Ceux-ci sont amenés à fournir des services de meilleure qualité et à être aussi informés que leurs patients (Greene, 2000). Ils sont tenus d'utiliser eux aussi les ressources électroniques pour se tenir à jour de manière plus fréquente. L'étude de la pratique d'utilisation d'Internet par les patients et de son effet sur le système de santé peut

amener une meilleure compréhension d'une dynamique qui a tendance à bouleverser l'institution médicale dans son autorité.

Pascot *et al.* (2003) et Khechine *et al.* (2004) se sont intéressés à cet aspect de l'utilisation d'Internet par les patients pour leur santé. Les premiers ont développé un modèle théorique pour comprendre les relations directes et indirectes entre l'utilisation de l'information d'Internet et la consommation des ressources médicales. Les seconds ont évalué empiriquement la relation directe entre l'utilisation d'Internet par les patients et leur consommation des soins de la santé. Cette relation s'est avérée significative et positive. Or, l'échantillon testé est composé uniquement de patients francophones. Dans cette recherche, nous désirons tester le modèle de recherche proposé par Pascot *et al.* (2003) et dont seulement une partie a été évaluée empiriquement par Khechine *et al.* (2004) pour un échantillon francophone et un échantillon anglophone. Nous pensons qu'il est important de distinguer ces deux populations car l'offre de l'information en santé disponible sur le Web diffère en termes de quantité et de qualité suivant la langue dans laquelle elle est dispensée. Puisque la plupart des sites Web en santé sont conçus en français ou en anglais, nous nous sommes intéressés à ces deux langues en particulier. Néanmoins, avant de tester le modèle de recherche pour les deux populations, nous effectuerons une analyse comparative des moyennes de l'utilisation de l'information obtenue d'Internet par les patients. Les résultats de cette analyse justifieront le choix de

la stratégie d'étudier les deux échantillons séparément.

L'objectif de cette recherche est donc de tester empiriquement les relations directe et indirecte entre l'utilisation de l'information d'Internet par les patients et la consommation des ressources médicales pour les échantillons francophone et anglophone. Un questionnaire quantitatif adressé à une population de Canadiens dans les deux langues a permis de répondre à cet objectif. Une étape préalable de comparaison de l'utilisation de l'information d'Internet par les patients pour les échantillons a été effectuée.

Dans ce qui suit, nous présentons une revue de la littérature sur l'utilisation d'Internet pour la santé. Nous expliquons ensuite le modèle de recherche à valider et nous énonçons les hypothèses à tester. Les méthodes de collecte et d'analyse des données sont traitées en troisième lieu. Nous justifions le choix d'étudier séparément les échantillons francophone et anglophone avant de procéder aux analyses effectives. Nous présentons alors les résultats obtenus que nous discutons. Nous terminons l'article par une conclusion dans laquelle nous mettons en valeur les contributions de cette recherche et nous discutons de ses limites.

2. REVUE DE LA LITTÉRATURE

Les estimations concernant le nombre de sites Web en santé varient énormément d'une étude à une autre. On reste toutefois certain que ce nombre dépasse largement 20 000 sites Web (Miller et Reents, 1998 ; Bush *et*

al., 2000). De plus, le nombre de personnes qui accèdent à ces sites est en croissance rapide ces dernières années (Pew Internet & American Life, 2003). En 2004, on estime que près d'un quart des adultes Québécois utilise Internet comme source d'information en matière de santé (Cefrio, 2004).

Plusieurs recherches sur l'utilisation de l'information médicale du Web par les patients sont en cours de réalisation en Amérique du Nord. Pew Internet & American Life (2000), par exemple, ont conclu que l'information médicale obtenue du Web aide les patients à traiter leurs maladies et les prépare à poser les questions aux cliniciens, à chercher un second avis et à décider de la nécessité d'une consultation médicale. Une recherche quantitative réalisée en Norvège a, quant à elle, exploré l'influence de l'utilisation de l'information d'Internet par les patients sur la relation « clinicien-patient » sans toutefois préciser dans quelle catégorie cette dernière s'inscrit (Hjortdahl *et al.*, 1999). Des recherches récentes, telles que celle d'Anderson *et al.* (2003) témoignent de l'intérêt constant à ce dernier thème. Eysenbach *et al.* (1999) et Risk et Petersen (2002) se sont aussi concentrés sur l'exploration et l'exploitation d'Internet pour l'éducation des consommateurs et des professionnels de la santé. Ces études ont aussi abordé la qualité de l'information médicale sur le Web et ont étudié l'impact de son utilisation sur la relation « clinicien-patient » et sur la qualité des soins de la santé.

C'est dans la perspective d'explorer les avantages d'utiliser Internet pour les systèmes de santé que Khechine *et al.* (2004) ont exploité le modèle théo-

rique de Pascot *et al.* (2003) afin d'analyser la relation entre l'utilisation de l'information d'Internet et la consommation des ressources médicales. Les résultats se sont avérés pertinents dans la mesure où la relation directe entre l'utilisation d'Internet et la consommation des ressources médicales est significative. Cette relation est positive et elle démontre l'existence probable d'un problème au niveau de l'offre de l'information. Cette information est fournie uniquement dans la langue française puisqu'elle a été obtenue de sites Web Québécois et Français.

Dans cette recherche, nous testons non seulement le lien direct entre l'utilisation de l'information d'Internet par les patients et la consommation des ressources médicales, mais aussi le lien indirect tel que cela a été suggéré par Pascot *et al.* (2003). De plus, nous nous intéressons à deux groupes d'utilisateurs d'Internet soit les francophones et les anglophones. Nous voulons, en effet, savoir si les résultats diffèrent en fonction de la langue utilisée. La diversité de l'offre d'information en langue anglaise comparative-ment au contenu des sites Web francophones nous laisse prévoir des résultats intéressants. À titre indicatif, l'outil d'information pour le clinicien, récemment conçu par l'équipe de recherche en intégration des connaissances et des technologies de l'information en santé de la faculté de médecine à l'Université Laval (Québec, Canada), propose 38 sites Web en anglais contre 21 en français. Les répertoires de sites Web en sciences de la santé de l'Université de Montréal suggèrent, de leur côté, 8 sites Web en langue anglaise et 2 en langue français-

se. Nous pouvons ainsi penser que le choix de telles instances de référer le public vers un plus grand nombre de sites Web anglophones est le reflet de leur abondance et probablement leur pertinence.

3. MODÈLE ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

L'objectif de cette recherche est d'étudier la relation entre l'utilisation de l'information d'Internet par les patients et la consommation des ressources médicales pour deux groupes de répondants : les francophones et les anglophones. La relation directe ainsi que la relation indirecte entre les variables seront évaluées.

Pour répondre à cet objectif, nous testons un modèle quantitatif proposé par Pascot *et al.* (2003) composé de la variable exogène « Habitude de consommation de l'information d'Internet » et des variables endogènes « Consommation des ressources médicales », « Satisfaction », « Observance », « Compréhension et rappel » et « Relation clinicien-patient ». Ces quatre dernières variables sont appelées variables intermédiaires ou d'attitude.

La variable « Habitude de consommation de l'information d'Internet » est définie par Pascot *et al.* (2003) comme une activité de recherche et d'exploitation de l'information d'Internet par les patients. Elle est mesurée en termes d'intensité d'utilisation d'Internet d'une manière générale (Limayem et Chabchoub, 1996 ; Dhrif, 1998). Ensuite, la variable « Consommation des ressources médicales » se résume à un ensemble d'acti-

vités ou d'actions effectuées par le patient et en relation avec l'utilisation des services des soins de la santé. Selon Pascot *et al.* (2003), la consommation des ressources porte sur le nombre de rendez-vous pris avec le clinicien, le nombre d'examen médicaux (tels que des analyses complémentaires ou des traitements), la fréquence des appels téléphoniques à des professionnels de la santé (pour des explications à propos d'un problème de santé ou d'une information mal comprise ou oubliée), le nombre d'hospitalisations pour des complications, le nombre de fois que le patient pourrait avoir changé de clinicien traitant et la durée de temps que le patient passe avec le clinicien pour une consultation. Les instruments de mesure, proposés par Khechine *et al.* (2004), ont été utilisés pour mesurer les variables « Habitude de consommation de l'information d'Internet » et « Consommation des ressources médicales ». La variable « Satisfaction » représente l'attitude des patients vis-à-vis de leurs cliniciens, des soins reçus et de la rencontre en général. L'instrument de mesure développé par Hall *et al.* (1990) a été utilisé pour évaluer cette variable. Quant à la définition et à la mesure de la variable « Observance », elles rejoignent la vision et les instruments de Kyngäs et Lahdenperä (1999) et de Kyngäs *et al.* (2000). Cette variable est conçue comme un processus durant lequel le comportement du patient doit répondre aux prescriptions du clinicien. L'observance couvre les doses et les horaires d'administration des médicaments ou des traitements recommandés, l'assiduité par rapport aux consultations médicales prévues à l'avance et aux examens complémentaires et la capacité du patient de

suivre le régime alimentaire, le style de vie ou les activités physiques prescrits par le clinicien (Pascot *et al.*, 2003). La variable « Compréhension et rappel », dont nous avons conçu l'instrument de mesure, est considérée comme la capacité du patient de comprendre l'information fournie par le clinicien et de se rappeler ses propos (Pascot *et al.*, 2003). Enfin, la relation « clinicien-patient » est considérée comme une interaction sociale (Kravitz *et al.*, 1993 ; Ong *et al.*, 1995) qui peut être centrée sur le clinicien, sur le patient ou sur les deux partenaires. Le questionnaire proposé par Epstein (1996) a été utilisé pour mesurer les perceptions des patients de leur relation avec les cliniciens.

Le modèle de recherche à tester, présenté à la figure 1, correspond au modèle théorique de Pascot *et al.* (2003).

Les hypothèses de recherche qui traduisent les relations entre ces variables seront testées successivement pour l'échantillon francophone (a) et anglophone (b). Ces hypothèses sont :

H1a,b : L'habitude d'utilisation de l'information d'Internet par les patients a un lien positif avec leur consommation des ressources médicales.

H2a,b : L'habitude d'utilisation de l'information d'Internet par les patients a un lien positif avec leur satisfaction.

H3a,b : L'habitude d'utilisation de l'information d'Internet par les patients a un lien positif avec leur observance.

H4a,b : L'habitude d'utilisation de l'information d'Internet par les patients a un lien positif avec leur compréhension et rappel.

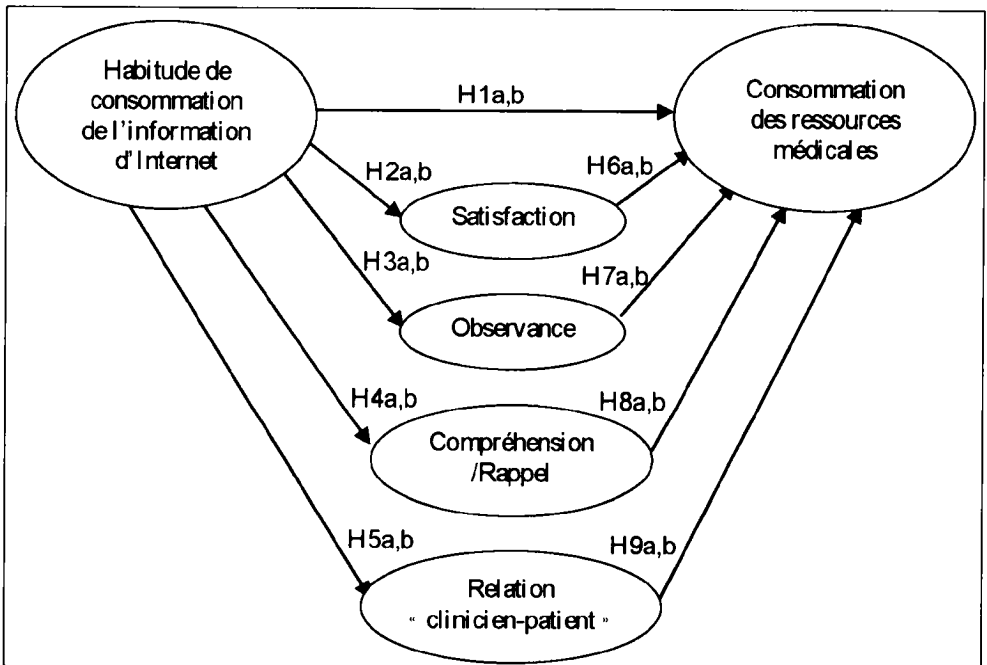


Figure 1 : Modèle de recherche proposé.

H5a,b : L'habitude d'utilisation de l'information d'Internet par les patients a un lien positif avec la relation « clinicien-patient ».

H6a,b : La satisfaction des patients a un lien négatif avec leur consommation des ressources médicales.

H7a,b : L'observance des patients a un lien négatif avec leur consommation des ressources médicales.

H8a,b : La compréhension et le rappel des patients ont un lien négatif avec leur consommation des ressources médicales.

H9a,b : La relation entre le clinicien et le patient a un lien négatif avec la consommation des ressources médicales.

La plupart des études affirment que l'information obtenue d'Internet peut générer un état de confusion et de dépression chez les patients. Cela contribue, éventuellement, à augmenter leur consommation des ressources médicales (Pew Internet & American Life, 2003). Cette utilisation élevée des soins médicaux peut aussi être le résultat d'une mauvaise interprétation des conseils obtenus par les groupes de discussion ou du jargon technique lu dans des sites Web en santé (Elsberry, 2000 ; Pew Internet & American Life, 2003). Nous supposons donc, pour la première hypothèse, l'existence d'une relation positive entre l'utilisation de l'information d'Internet par les patients et leur consommation des ressources médicales quelle que soit la langue avec laquelle cette information est déployée.

Selon Leaffer et Gonda (2000), plus de la moitié des patients qui ont cherché de l'information en langue anglai-

se sur Internet et qui en ont discutée avec leurs cliniciens sont plus satisfaits de leurs traitements. On estime que les connaissances obtenues, entre autres par Internet, peuvent rendre les décisions concernant les traitements plus « personnalisées » et adaptées aux préférences des patients (Stevens, 2000). Cette situation permet d'améliorer leur niveau de satisfaction des traitements administrés (Wilkins, 1999), des décisions prises (Holmes-Rovner, 2001), de la visite médicale en général (Helwig *et al.*, 1999) et du clinicien consulté. Ainsi, pour les fins de cette recherche, nous supposons l'existence d'un lien positif entre l'utilisation de l'information d'Internet et la satisfaction des patients francophones et anglophones.

Les patients qui obtiennent de l'information médicale par Internet sont plus observants par rapport aux instructions des médecins (Gonzalez-Fernandez *et al.*, 1990 ; Wilkins, 1999 ; Csaba, 2000). Wilkins (1999) estime que cette information aide les patients à mieux gérer leurs soins, à éviter des complications et à optimiser l'utilisation des médicaments et des traitements. Ces constats sont confirmés par la recherche de Cyber Dialogue (1999) qui a conclu qu'un tiers des patients américains interrogés suivent les instructions du médecin de manière régulière après consultation de l'information médicale sur Internet. Ainsi, nous supposons l'existence d'une relation positive entre l'habitude d'utiliser l'information d'Internet et l'observance autant pour le groupe de répondants francophones qu'anglophones.

Les patients qui possèdent de l'information sur leur maladie sont capables

de mieux se rappeler des propos des médecins (Ley et Spelman, 1967). La compréhension des patients est aussi meilleure quand les patients ont de l'information sur leur santé (Smith *et al.*, 1981). Ces constats peuvent être transposés aux situations où l'information provient du Web. À cet effet, nous supposons l'existence d'une relation positive entre l'habitude d'utilisation de l'information d'Internet et la compréhension et le rappel quelle que soit la langue dans laquelle cette information est fournie.

Selon Winker *et al.* (2000), les patients qui utilisent l'information médicale obtenue d'Internet contrôlent mieux leur relation avec le clinicien. Dans ce cas, les patients sont aptes à poser les bonnes questions aux médecins, à avoir leur propre avis sur le diagnostic ou le traitement (NFO Cfgroup, 2002) et à participer aux prises de décisions (Eysenbach *et al.*, 1999 ; Jadad, 1999 ; Winker *et al.*, 2000). Ainsi, quel que soit le groupe de répondants, nous supposons l'existence d'un lien positif entre l'habitude d'utilisation de l'information d'Internet et la relation « clinicien-patient » dans la mesure où cette dernière devient centrée sur le patient.

On estime que les patients les moins satisfaits changent régulièrement de médecin traitant (Kaplan *et al.*, 1989 ; Medina *et al.*, 2001). De plus, les patients satisfaits des soins qu'ils reçoivent font rarement appel au personnel soignant pour des explications supplémentaires et passent moins de temps avec le médecin du fait qu'ils se sentent confiants de leur situation (Hall *et al.*, 1990). Nous pouvons donc suppo-

ser une relation négative entre la satisfaction et la consommation des ressources médicales pour les groupes de répondants francophones et anglophones.

À long terme, l'observance des patients présente une relation négative avec la consommation des ressources médicales. En effet, les patients non-observants peuvent voir leur état de santé se compliquer (Hentinen et Kyngäs, 1992) et exiger ainsi des soins médicaux supplémentaires (Falvo, 1994). Les coûts des soins augmentent en conséquence (Chan et Mollasiotis, 1999). Considérant le fait que les répondants ont des maladies chroniques traitées depuis quelque temps, nous supposons l'existence d'un lien négatif entre l'observance des patients francophones et anglophones et la consommation des ressources médicales.

Les patients qui comprennent et se rappellent des propos des médecins utilisent peu les ressources médicales. Cela s'explique par le fait qu'ils sentent moins le besoin de faire des appels téléphoniques au personnel soignant pour des explications, de consulter le médecin fréquemment ou de passer beaucoup de temps avec le clinicien. Nous supposons donc l'existence d'une relation négative entre la compréhension et le rappel et la consommation des ressources médicales pour le groupe de francophones et d'anglophones.

Quand la relation entre le patient et le clinicien n'est pas contrôlée par le patient, l'utilisation des ressources médicales peut se voir augmentée (Epstein, 1996 ; Little *et al.*, 2001). Ainsi, certains patients qui ne contrôlent pas

leur relation peuvent être tentés de changer de médecin traitant ou de multiplier les visites médicales. Nous testons ainsi la dernière hypothèse qui stipule un lien négatif entre la relation « clinicien-patient » et la consommation des ressources médicales autant pour les francophones que les anglophones.

4. COLLECTE ET ANALYSE DES DONNÉES

La stratégie de collecte des données est similaire à celle de Khechine *et al.* (2003). Néanmoins, le questionnaire est plus élaboré puisque nous avons inclus les instruments de mesure des variables liées aux attitudes. Le questionnaire a été mis en ligne dans les langues française et anglaise. Puisque nous désirons étudier les habitudes et le comportement de personnes qui utilisent Internet, nous avons préféré les rencontrer dans leur milieu. Pour ce faire, nous avons diffusé le questionnaire via des forums de discussion en ligne spécialisés dans les maladies chroniques, des listes de diffusion et nous l'avons intégré dans certains sites Web en santé. Ces sites sont, par exemple, ceux des fondations et des associations canadiennes et provinciales des maladies chroniques. La version française du questionnaire est présentée à l'annexe A.

Pour le choix de la population, nous avons opté pour des patients canadiens qui souffrent de maladies chroniques telles que le diabète et l'épilepsie. D'un côté, ce choix s'explique par le fait que les personnes qui ont des maladies qui nécessitent des soins de longue durée sont celles qui utilisent

plus fréquemment le Web en rapport avec leur état de santé. D'un autre côté, la population est formée uniquement de canadiens afin d'assurer une homogénéité dans les réponses des répondants. En effet, le système de santé canadien est public et ne fait pas la distinction entre les classes sociales. Ainsi, l'échantillon est non probabiliste et est composé de 238 francophones et de 150 anglophones.

Concernant l'analyse des données obtenues, nous avons utilisé le logiciel SPSS pour la phase préalable de comparaison des échantillons et le logiciel PLS-Graph afin de couvrir la méthode d'analyse choisie soit la modélisation à équations structurelles. Cette méthode a la caractéristique d'être complète par la diversité des analyses qu'elle permet telles que l'analyse factorielle confirmatoire, l'analyse de régressions multiples et l'analyse de cheminement (Mueller, 1996). Pour assurer la modélisation à équations structurelles, nous avons choisi la procédure PLS (*Partial least squares*) puisqu'elle n'a pas d'exigences en termes de normalité et de taille d'échantillon (Chin, 1998).

5. ANALYSE COMPARATIVE DES ÉCHANTILLONS FRANCOPHONE ET ANGLOPHONE

Afin de justifier la pertinence de tester séparément le modèle de recherche pour les échantillons francophone et anglophone, nous avons réalisé une analyse comparative pour la variable « Habitude de consommation de l'information d'Internet ». Un test en t de comparaison des moyennes a été ef-

		Test d'égalité des variances		Test d'égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	df	Sig.	Différence moyenne	Différence de l'erreur standard	Intervalle de confiance à 95%	
									Inf.	Sup.
Facteur de rég.	Variances égales	0,229	0,632	-2,925	385	0,004	-0,302	0,103	-0,505	-0,099
	Variances non égales			-3,058	360,3	0,002	-0,302	0,098	-0,498	-0,107

Tableau 1 : Test de comparaison des moyennes de la variable « Habitude de consommation de l'information d'Internet » pour les francophones et les anglophones.

fectué sur les échantillons obtenus. Selon le tableau 1, il existe une différence significative pour la moyenne de la variable « Habitude de consommation de l'information d'Internet » selon que les répondants soient francophones ou anglophones. En effet, la valeur du test de signification Sig. lors du test d'égalité des variances est supérieur à 0,05 (de l'ordre de 0,632). Les variances des deux échantillons sont donc inégales pour cette variable et le test d'égalité des moyennes donne une valeur de signification très faible (de l'ordre de 0,002). De plus, la valeur 0 n'existe pas entre les bornes inférieure et supérieure de l'intervalle de confiance dans les résultats des variances inégales. Ainsi, nous pouvons conclure qu'il existe une différence significative dans les moyennes de l'« Habitude de consommation de l'information d'Internet » pour les francophones et les anglophones. Ce résultat justifie le choix de séparer les deux échantillons pour tester le modèle de recherche.

6. RÉSULTATS OBTENUS

Nous avons entamé les analyses par des statistiques descriptives des échantillons obtenus. Nous avons, ensuite, évalué les modèles de mesure pour

chacun des échantillons. Nous avons, enfin, testé le modèle structurel autant pour la population francophone qu'anglophone (Hair *et al.*, 1998).

6.1. Statistiques descriptives

Les statistiques descriptives que nous avons effectuées permettent de comprendre les tendances des deux échantillons obtenus par rapport aux deux variables principales du modèle soit, l'utilisation de l'information d'Internet et la consommation des ressources médicales. Les analyses ont été effectuées sur les dimensions les plus pertinentes de ces variables.

Le premier résultat montre que l'utilisation de l'information d'Internet est beaucoup plus forte chez les patients anglophones que chez les francophones. En effet, la moyenne des réponses à la question sur l'intensité d'utiliser Internet à la recherche d'information en santé se rapproche du « souvent » pour l'échantillon anglais et du « parfois » pour le français. D'un autre côté, la moyenne du nombre d'heures que les patients anglophones passent à la recherche d'information en santé sur Internet dépasse largement celle des francophones. Elle est de l'ordre de 12,77 heures par mois comparativement à 7,35 heures par

mois pour les francophones. Enfin, le nombre de fois que les répondants francophones accèdent à Internet par mois à la recherche d'information en santé (8,37 fois) est inférieur à la moyenne obtenue chez les anglophones (12,04 fois). Ces résultats peuvent être expliqués par l'abondance de l'offre de l'information en anglais sur Internet. Les sites Web écrits en langue anglaise sont, en effet, plus nombreux du fait que beaucoup de pays utilisent officiellement cette langue universelle. Les sites Web médicaux conçus dans des pays totalement francophones restent relativement moins nombreux.

La tendance est similaire pour la consommation des ressources médicales chez les patients anglophones qui semblent faire un usage plus important des soins de santé au cours d'une année. Mis à part le nombre de rendez-vous pris pour voir le médecin (une moyenne de 8,9 pour les anglophones et de 7,52 pour les francophones) et le nombre de fois que les patients changent de médecin traitant (une moyenne de 1,46 pour les anglophones et de 1,42 pour les francophones), les moyennes des autres dimensions sont très différentes. Le nombre moyen de tests médicaux et d'appels téléphoniques chez les patients anglophones est quasiment le double de celui des francophones (respectivement 10,32 et 8,78 pour les anglophones versus 5,43 et 4,02 pour les francophones). Le nombre d'hospitalisations chez les répondants anglophones dépasse largement la moyenne des francophones (respectivement de 4,82 et de 0,78 par an pour les deux échantillons). La durée de la consultation reste aussi plus longue chez les

anglophones. Ces résultats peuvent être expliqués probablement par le fait que le système de santé dans les régions anglophones du Canada offre plus de disponibilité et de services à la population que celui des provinces francophones. Cela affecte la culture des gens qui auraient tendance à utiliser plus souvent les services de soins dans les régions anglophones.

6.2. Modèles de mesure

Aux tableaux 2 et 3, nous trouvons les valeurs absolues des *loadings* des items constituant chaque variable, successivement pour les échantillons francophone et anglophone. Les items retenus ont des coefficients de saturation élevés et significatifs puisque leurs *t* de Student sont supérieurs à 2 ($p \leq 0,05$). En effet, toutes les valeurs des saturations sont supérieures à 0,50 comme le recommandent Fornell et Larcker (1987). Nous utiliserons ces items pour évaluer la validité et la fiabilité des instruments de mesure et tester les hypothèses de recherche. Les questions dont les *loadings* sont inférieurs à 0,50 ($p \leq 0,05$) ont été éliminées.

Pour évaluer la fiabilité de la cohérence interne, nous avons utilisé le test de fiabilité Rho (CR ou Composite Reliability) obtenu par PLS-Graph. Généralement, on accepte une valeur minimale de 0,6 pour le Rho (Fornell et Larcker, 1981). Selon les tableaux 2 et 3, tous les instruments de mesure ont répondu à la condition de fiabilité. En effet, les valeurs des coefficients de fiabilité sont considérées très satisfaisantes puisqu'elles sont supérieures à 0,79 pour les deux échantillons.

Français			
Construits	Items	Loading	t de student
Habitude de consommation de l'information d'Internet CR = 0,896 ; AVE = 0,748	Item 7	0,647	4,184
	Item 8	0,953	19,568
	Item 9	0,956	18,448
Consommation des ressources médicales CR = 1 ; AVE = 1	Item 26	1	0
Satisfaction CR = 0,939 ; AVE = 0,607	Item 52	0,840	7,438
	Item 54	0,799	6,844
	Item 55	0,775	5,072
	Item 56	0,712	5,181
	Item 57	0,815	4,846
	Item 58	0,839	6,437
	Item 59	0,790	4,811
	Item 60	0,814	6,268
	Item 61	0,687	3,724
Observance CR = 0,841 ; AVE = 0,727	Item 63	0,694	3,842
	Item 66	0,782	5,023
Compréhension et rappel CR = 0,911 ; AVE = 0,837	Item 67	0,917	4,627
	Item 64	0,901	4,768
Relation clinicien-patient CR = 0,979 ; AVE = 0,703	Item 65	0,927	5,521
	Item 31	0,882	47,029
	Item 32	0,882	49,477
	Item 33	0,874	47,108
	Item 34	0,787	18,976
	Item 35	0,676	11,569
	Item 36	0,812	29,026
	Item 37	0,894	51,776
	Item 38	0,912	61,040
	Item 39	0,930	91,908
	Item 40	0,841	35,010
	Item 41	0,857	34,638
	Item 42	0,896	56,975
	Item 43	0,884	49,113
	Item 44	0,848	36,630
	Item 45	0,802	20,189
	Item 46	0,816	20,292
Item 47	0,821	30,115	
Item 48	0,604	12,116	
Item 50	0,819	26,172	
Item 51	0,851	37,686	

CR Composite Reliability, AVE Average Variance Extracted

Tableau 2 : Propriétés psychométriques de l'échantillon francophone.

Anglais			
Construits	Items	Loading	T de student
Habitude de consommation de l'information d'Internet CR = 0,890 ; AVE = 0,621	Item 5	0,664	8,398
	Item 6	0,857	13,757
	Item 7	0,747	9,587
	Item 8	0,831	11,791
	Item 9	0,822	12,857
Consommation des ressources médicales CR = 0,867 ; AVE = 0,623	Item 25	0,816	3,386
	Item 26	0,930	11,213
	Item 27	0,703	4,089
	Item 30	0,683	2,649
Satisfaction CR = 0,955 ; AVE = 0,639	Item 52	0,896	6,646
	Item 53	0,770	6,080
	Item 54	0,742	6,030
	Item 55	0,720	6,346
	Item 56	0,714	5,541
	Item 57	0,885	7,704
	Item 58	0,740	6,190
	Item 59	0,787	5,806
	Item 60	0,845	7,702
	Item 61	0,852	7,936
	Item 62	0,750	3,557
	Item 63	0,852	7,330
	Observance CR = 0,824 ; AVE = 0,485	Item 66	0,709
Item 67		0,593	2,932
Item 68		0,735	7,227
Item 69		0,670	4,631
Item 70		0,761	6,196
Compréhension et rappel CR = 0,791 ; AVE = 0,656	Item 64	0,736	2,997
	Item 65	0,877	4,572
Relation clinicien-patient CR = 0,973 ; AVE = 0,634	Item 31	0,881	27,772
	Item 32	0,901	24,716
	Item 33	0,882	19,839
	Item 34	0,872	30,846
	Item 35	0,898	19,630
	Item 36	0,724	9,877
	Item 37	0,862	27,317
	Item 38	0,771	8,133
	Item 39	0,899	27,525
	Item 40	0,853	23,605
	Item 41	0,695	8,665
	Item 42	0,882	24,555

Tableau 3 : Propriétés psychométriques de l'échantillon anglophone.

Item 43	0,875	29,287
Item 44	0,896	25,705
Item 45	0,676	12,331
Item 46	0,642	10,185
Item 47	0,784	17,345
Item 48	0,646	8,780
Item 49	0,526	7,827
Item 50	0,704	7,625
Item 51	0,690	7,420

CR : Composite Reliability, AVE : Average Variance Extracted

Tableau 3 : Propriétés psychométriques de l'échantillon anglophone (suite).

D'un autre côté, les coefficients de validité convergente doivent être supérieurs ou égaux à 0,50 (Fornell et Larcker, 1981). Comme nous pouvons le noter dans les tableaux 2 et 3, tous les coefficients de validité convergente (AVE ou variance moyenne extraite) sont très satisfaisants sauf pour le construit « Observance » de l'échantillon anglophone. Néanmoins, ce coefficient est très proche de la valeur requise de 0,5 (0,485) et peut être considéré comme suffisant. Nous nous assurons ainsi d'une validité convergente satisfaisante pour tous les construits des deux échantillons.

Le test de validité discriminante permet de vérifier si un construit est effectivement différent des autres. Pour ce faire, il doit partager plus de variance avec ses indicateurs qu'avec les autres variables du modèle. Ainsi, la variance moyenne partagée entre le construit et ses mesures (mesurée par la variance moyenne extraite) doit être supérieure à la variance partagée avec les autres construits.

Dans les tableaux 4 et 5, nous présentons les carrés des coefficients de corrélation permettant de déterminer la validité discriminante (dans les co-

lonnes) successivement pour les échantillons francophone et anglophone. Les valeurs obtenues sont comparées aux coefficients de la validité convergente que l'on peut lire sur la diagonale de ces mêmes tableaux. On s'assure de la validité discriminante quand les carrés des coefficients de corrélation sont inférieurs à ceux de la validité convergente correspondants.

Comme le montrent les tableaux 4 et 5, les coefficients de validité convergente sont supérieurs aux coefficients de validité discriminante sauf pour le construit « Satisfaction ». Le carré du coefficient de corrélation entre cette variable et la « Relation clinicien-patient » est supérieur à la variance moyenne extraite du construit « Satisfaction » pour les deux échantillons.

Il faut noter que les instruments de mesure des construits « Satisfaction » et « Relation clinicien-patient » ont été testés et validés par des recherches antérieures (Hall *et al.*, 1990 ; Little *et al.*, 2001). Néanmoins, nous avons constaté que leurs items respectifs sont fortement corrélés entre eux. Cela s'explique par la forte ressemblance entre

Variables	Habitude de consommation de l'information d'Internet	Consommation des ressources médicales	Satisfaction	Observance	Compréhension et Rappel	Relation « clinicien-patient »
Habitude de consommation de l'information d'Internet	0,748					
Consommation des ressources médicales	0,537	1				
Satisfaction	0,009	0,014	0,607			
Observance	0,007	0,021	0,224	0,727		
Compréhension et Rappel	0,005	0,013	0,228	0,169	0,837	
Relation « clinicien-patient »	0,007	0,020	<u>0,792</u>	0,286	0,186	0,703

Tableau 4 : Matrice des coefficients de corrélation au carré comparés aux AVE – Échantillon francophone.

Variables	Habitude de consommation de l'information d'Internet	Consommation des ressources médicales	Satisfaction	Observance	Compréhension et Rappel	Relation « clinicien-patient »
Habitude de consommation de l'information d'Internet	0,621					
Consommation des ressources médicales	0,113	0,623				
Satisfaction	0,038	0,001	0,639			
Observance	0,084	0,003	0,105	0,485		
Compréhension et Rappel	0,024	0,026	0,031	0,095	0,656	
Relation « clinicien-patient »	0,033	0,001	<u>0,7</u>	0,08	0,019	0,634

Tableau 5 : Matrice des coefficients de corrélation au carré comparés aux AVE – Échantillon anglophone.

les questions posées pour mesurer les deux variables. Nous optons ainsi pour l'élimination de la variable « Satisfaction » puisqu'elle est à l'origine d'une redondance d'information.

Les nouvelles valeurs de la validité convergente (AVE) des variables latentes sont présentées sur les diagonales des tableaux 6 et 7. Ces valeurs sont supérieures à 0,5 et répondent donc au pos-

Variables	Habitude de consommation de l'information d'Internet	Consommation des ressources médicales	Observance	Compréhension et Rappel	Relation « clinicien-patient »
Habitude de consommation de l'information d'Internet	0,749				
Consommation des ressources médicales	0,535	1			
Observance	0,007	0,021	0,727		
Compréhension et Rappel	0,005	0,013	0,169	0,837	
Relation « clinicien-patient »	0,007	0,02	0,286	0,186	0,703

Tableau 6 : Matrice des coefficients de corrélation au carré après élimination de la variable « Satisfaction » pour l'échantillon francophone.

Variables	Habitude de consommation de l'information d'Internet	Consommation des ressources médicales	Observance	Compréhension et Rappel	Relation « clinicien-patient »
Habitude de consommation de l'information d'Internet	0,619				
Consommation des ressources médicales	0,120	0,620			
Observance	0,085	0,003	0,486		
Compréhension et Rappel	0,024	0,025	0,096	0,657	
Relation « clinicien-patient »	0,040	0	0,069	0,017	0,608

Tableau 7 : Matrice des coefficients de corrélation au carré après élimination de la variable « Satisfaction » pour l'échantillon anglophone.

tulat de Fornel et Larcker (1981). Les tableaux 6 et 7 montrent aussi que la validité discriminante est assurée respectivement pour les deux échantillons puisque les variances moyennes extraites de chaque construit (présentées sur la diagonale) sont supérieures aux coefficients de validité discriminante (sur les colonnes).

Nous concluons cette étape en affirmant que les instruments de mesure utilisés pour les deux échantillons répondent aux exigences de fiabilité et de validités convergente et discriminante requises.

6.3. Modèle structurel

Les figures 2 et 3 présentent les résultats de l'analyse du modèle structurel successivement pour l'échantillon francophone et anglophone. Les Path coefficients, les coefficients de détermination R^2 et les coefficients de signification t de Student y sont représentés. Les Path coefficients significatifs et qui permettent de confirmer les hypothèses postulées sont accompagnés d'une étoile. Le test de signification est le résultat de l'analyse Bootstrap. Comme nous pouvons le constater aux figures 2 et 3,

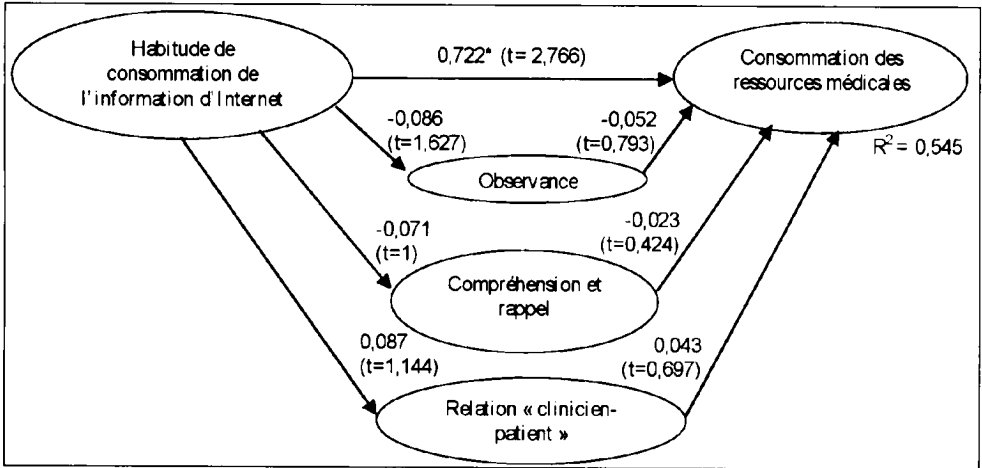


Figure 2 : Résultats des analyses PLS pour l'échantillon francophone.

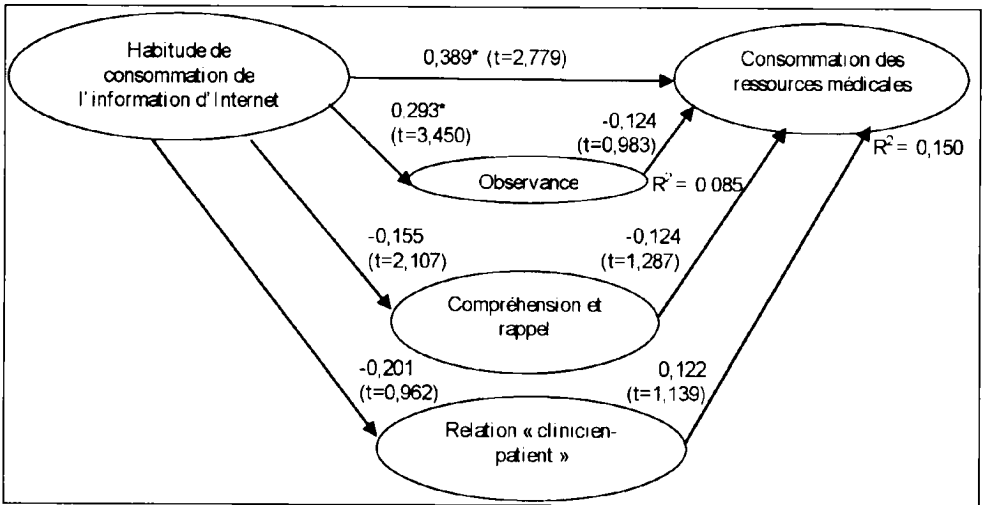


Figure 3 : Résultats des analyses PLS pour l'échantillon anglophone.

un seul lien est significatif pour l'échantillon francophone alors qu'ils sont au nombre de deux pour l'échantillon anglophone ($p \leq 0,05$).

De la figure 2, nous pouvons conclure en l'acceptation de l'hypothèse H1a pour les répondants francophones à un degré de signification de 5%. En effet, le lien entre les variables « Habitude de consommation de l'information d'Internet » et « Consommation des

ressources médicales » est fortement significatif ($\beta = 0,722$; $t = 2,766$). Nous pouvons donc affirmer que l'habitude d'utiliser l'information d'Internet par les patients francophones a un lien positif avec leur consommation des ressources médicales. Les autres hypothèses sont rejetées pour ce même échantillon avec des liens non significatifs puisque leurs t de Student respectifs sont inférieurs à 1,64 (p

$\leq 0,05$). La valeur du coefficient de détermination R^2 est de 0,545 pour la variable « Consommation des ressources médicales ». Ce coefficient représente le pourcentage de la variation totale du construit « Consommation des ressources médicales » qui est expliquée par la variable « Habitude de consommation de l'information d'Internet ». Cela signifie que l'utilisation de l'information d'Internet explique 54,5 % de la variation de la variable « Consommation des ressources médicales ».

Comme le montre la figure 3, les hypothèses H1b et H2b sont acceptées à un degré de signification de 5 % pour l'échantillon anglophone. Ce résultat signifie que l'habitude de consommation de l'information d'Internet par les patients a un lien positif avec leur consommation des ressources médicales ($\beta = 0,389$; $t = 2,779$) et un lien positif avec leur observance ($\beta = 0,293$; $t = 3,450$). Mise à part l'hypothèse H4b qui est complètement infirmée, les autres hypothèses sont rejetées puisque leurs t de *Student* sont inférieurs à 1,64. La valeur du coefficient de détermination R^2 est de 0,150 pour la variable « Consommation des ressources médicales ». La variable « Habitude de consommation de l'information d'Internet » explique seulement 8,5 % de la variance de la variable « Observance » puisque son coefficient de détermination R^2 est de 0,085.

7. DISCUSSION DES RÉSULTATS

Les résultats des deux échantillons sont partiellement concordants dans la mesure où l'utilisation de l'information d'Internet, quelle que soit la langue choisie, a une relation positive avec la

consommation des ressources médicales. Ce constat, confirmé par la recherche de Khechine *et al.* (2004), peut être expliqué par des problèmes liés à la disponibilité, la qualité et l'interprétation de cette information. Les patients qui consomment plus de ressources médicales ont probablement tendance à mal interpréter l'information retenue du Web ou à vivre un état de confusion généré par les témoignages accablants d'autres patients dans les forums de discussion, par exemple (Helft *et al.*, 2003). Selon Elsberry (2000), une mauvaise compréhension de l'information obtenue d'Internet peut être nuisible pour la santé des patients. Cette mauvaise compréhension peut être expliquée par l'utilisation d'un langage médical difficile à déchiffrer par les patients ou la présence d'information contradictoire (Fleisher, 2002) ou de mauvaise qualité. Dans ces cas, les patients demandent à consulter les ressources médicales pour obtenir plus d'explications. Par exemple, si l'information obtenue d'Internet est différente des renseignements fournis par le médecin, les patients remettent en cause l'autorité médicale, mettent de la pression sur les professionnels de la santé et consomment ainsi plus de ressources. Ces situations peuvent aussi être observées quand les patients se retrouvent confus par la contradiction de l'information provenant de différents sites Web. Un autre exemple de surconsommation des ressources médicales souvent cité dans la littérature est lié à l'auto-diagnostic des patients. Le phénomène d'auto-diagnostic peut être amplifié par l'utilisation de l'information du Web. Le manque de fiabilité et

l'abondance de l'information médicale existant sur Internet peut ainsi amener les patients à prendre de mauvaises décisions, à consulter les médecins plus fréquemment et à prolonger la durée des consultations. Ces situations génèrent une consommation accrue des ressources médicales (Pew Internet & American Life, 2003 ; Baker *et al.*, 2004).

Néanmoins, la relation entre l'utilisation de l'information d'Internet et la consommation des ressources médicales reste nettement plus forte pour l'échantillon francophone. Plusieurs suppositions peuvent justifier ce résultat. En premier lieu, nous pouvons évoquer la qualité et la disponibilité de l'information en langue française. Nous ne pouvons pas nous prononcer de manière certaine sur les particularités des sites Web médicaux francophones. Toutefois, nous pensons que ces sites pourraient être moins complets et qu'ils contiendraient une quantité d'information plus limitée. Une simple requête avec un moteur de recherche concernant une maladie choisie donne plus de résultats en anglais qu'en français. Nous avons aussi remarqué que le nombre de forums de discussion qui traitent de maladies chroniques sont peu nombreux en langue française. Les analyses descriptives que nous avons effectuées ont montré, à cet effet, que les patients francophones utilisent moins souvent Internet pour s'informer en santé que les anglophones. L'abondance de l'information médicale en anglais sur le Web est justifiée par le caractère international de cette langue et par la multitude de pays et de provinces canadiennes qui l'utilisent officiellement.

Les patients francophones sont relativement moins informés en matière de santé à cause du manque probable d'information et sa mauvaise qualité possible. Cela pousse ces patients à consommer plus de ressources médicales et plus particulièrement, à demander plus d'examen complémentaires. En deuxième lieu, l'effet de l'utilisation d'Internet en anglais est ventilé sur quasiment toutes les ressources médicales. Pour l'échantillon francophone, l'analyse des modèles de mesure a permis de retenir uniquement un item de la variable « Consommation des ressources médicales ». Cet item correspond aux examens médicaux complémentaires que les patients demandent de faire. Cette restriction expliquerait la valeur élevée du coefficient de régression significatif pour cet échantillon. En troisième lieu, le résultat obtenu peut être expliqué par des aspects culturels dans la mesure où Internet influencerait plus profondément le comportement des patients francophones qu'anglophones. En effet, ces derniers ont une bonne longueur d'avance par rapport aux francophones quant à l'utilisation du Web. Étant branchés sur le Net depuis longtemps, ils sauraient probablement mieux trier l'information retenue et en faire un meilleur usage puisqu'ils auraient plus de recul par rapport à l'efficacité de l'information d'Internet. Ces suppositions restent hypothétiques et nécessitent des études empiriques, éventuellement qualitatives, afin de les confirmer. Toutefois, nous pensons que les résultats obtenus justifient les efforts qui devraient être déployés pour améliorer l'offre de l'information médicale sur Internet et sa diffusion,

surtout en langue française.

L'utilisation de l'information obtenue d'Internet en langue anglaise présente une relation positive avec l'observance des patients. Ces résultats confirment différentes recherches menées dans des pays anglophones (Gonzalez-Fernandez *et al.*, 1990 ; Wilkins, 1999 ; Cyber Dialogue, 1999 ; Csaba, 2000 ; Anderson, 2003). Selon Falvo (1994), les patients qui détiennent l'information sur leur maladie sont observants puisqu'ils sont capables de mieux comprendre les recommandations des médecins. Cette constatation rejoint l'avis de plusieurs auteurs selon lesquels l'éducation des patients contribue énormément à améliorer leur observance (Gonzalez-Fernandez *et al.*, 1990 ; Nagasawa *et al.*, 1992 ; Cegala *et al.*, 2000). Toutefois, cette même relation significative pour l'échantillon anglophone ne l'est pas pour l'échantillon francophone. Il est possible que, pour des raisons culturelles, les anglophones se conforment plus aux instructions des médecins que les francophones. Nous pensons, néanmoins, qu'un examen plus détaillé du contenu des sites Web anglophones peut mieux expliquer de tels résultats.

Notons enfin que le lien entre l'utilisation de l'information d'Internet par les patients anglophones et la compréhension et le rappel est significatif mais négatif, contrairement à ce qui était énoncé par l'hypothèse correspondante. En effet, il existe des situations où les patients qui utilisent Internet éprouvent une mauvaise compréhension et un rappel plus faible. Certains patients se présentent lors d'une consultation avec des idées pré-

conçues et un diagnostic ou une thérapie déterminés au préalable (Anderson *et al.*, 2003). Il sera probablement difficile de changer ce schéma cognitif construit par le patient sur son état de santé et les possibilités de soins malgré l'intervention du clinicien. L'information obtenue d'Internet contribue à amplifier cette attitude. Toutefois, à notre connaissance, peu de littérature et aucune étude empirique n'ont permis de vérifier si l'utilisation d'Internet contribue à diminuer le rappel et la compréhension des patients.

8. CONCLUSION

L'objectif de cette recherche est d'étudier le comportement des patients francophones et anglophones qui utilisent l'information d'Internet. Le choix de séparer les francophones des anglophones a été justifié par une analyse de comparaison des moyennes. Cette analyse a donné lieu à une différence significative dans l'habitude d'utilisation de l'information d'Internet pour les deux échantillons. Les résultats obtenus montrent que l'utilisation de l'information d'Internet a une relation positive avec la consommation des ressources médicales quelle que soit la langue avec laquelle cette information est déployée. Ces résultats ont été expliqués par la qualité de l'information sur Internet, sa disponibilité et par l'interprétation que les patients en font. Toutefois, cette relation est plus forte pour l'échantillon francophone et reflète probablement une préoccupation plus importante comparativement à l'offre de l'information en langue anglaise. Nous notons aussi que seule la

variable « Observance », pour l'échantillon anglophone, a une relation positive avec l'utilisation de l'information d'Internet. Les autres variables n'ont pas présenté de relations significatives pour les deux échantillons.

Cette étude a des contributions importantes autant pour la théorie que pour la pratique. Elle permet de prendre conscience de l'existence d'un problème éventuel au niveau de l'offre de l'information médicale sur Internet dans les deux langues. Les mesures nécessaires en termes de révision du contenu des sites Web peuvent être entreprises. Les concepteurs de sites Web doivent s'enquérir sur les besoins des patients en termes d'information afin de pouvoir améliorer l'offre. L'utilisation de cette information aurait ainsi une meilleure influence sur les comportements et les habitudes des consommateurs des ressources médicales. De plus, les statistiques descriptives ont montré que les francophones utilisent Internet en santé moins souvent que les anglophones. Les gouvernements concernés peuvent alors œuvrer pour encourager la conception de plus de sites Web et de forums de discussion en ligne spécialisés en santé en langue française.

D'un point de vue théorique, cette recherche est la première à avoir testé le modèle proposé pour deux échantillons différents. La distinction des deux populations est importante dans la mesure où elle permet de détecter des différences significatives dans l'offre de l'information médicale sur Internet dans les deux langues.

Néanmoins, cette recherche a certaines limites. D'abord, les échantillons

ne sont pas probabilistes et cette contrainte nous empêche de généraliser les résultats. Ensuite, il serait intéressant de concentrer la recherche sur le raffinement de quelques instruments de mesure afin d'améliorer leur fiabilité et leur validité. En outre, certains coefficients de détermination présentent des valeurs faibles. Inclure d'autres variables dans le modèle pour mieux expliquer les construits dépendants est une stratégie à envisager dans des recherches futures. Enfin, nous n'étions pas capables de contrôler le stade et la gravité des maladies. Ces facteurs sont susceptibles d'influencer les résultats obtenus puisqu'ils peuvent être à l'origine de variations dans la quantité de ressources médicales utilisées.

9. BIBLIOGRAPHIE

Anderson, J. G., Rainey, M. R., Eysenbach, G. (2003), « The Impact of CyberHealthcare on the Physician-Patient Relationship », *Journal of Medical Systems*, Vol. 27, n° 1, p. 67-84.

Baker, L., Vagner, T. H., Singer, S., Bundo, M. K. (2003), « Use of the Internet and E-mail for health care information: Results from a national survey », *Journal of the American Medical Association*, Vol. 28, n° 18, p. 2400-2406.

Bush, J., McAuley, A., Pecaitis, F. (2000), « Navigating the options », *Health Management Technology*, Vol. 21, n° 11.

Cefrio (2004), *NETendances 2004 : Internet au Québec*, <https://extranet.cefr.io.qc.ca/indexWeb.cfm?type=produits>, Dernière visite : 11 février 2005.

Cegala, D. J., Marinelli, T., Post, D. (2000), « The Effects of Patient Communication Skills Training on Compliance », *Ar-*

chives of Family Medicine, Vol. 9, n° 1, p. 57-64.

Chan, Y. M., Mollassiotis, A. (1999), « The relationship between diabetes knowledge and compliance among Chinese with non-insulin dependent diabetes mellitus in Hong Kong », *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 30, n° 2, p. 431-438.

Chin, W. W. (1998), « The Partial Least Squares Approach for Structural Equation Modeling », In *Modern Methods for Business Research* (G. A. Marcoulides ed.), Lawrence Erlbaum Associates, p. 295-336.

Csaba, M. (2000), « Consumerism and Health Care Quality », *National Healthcare Cost & Quality Association*, Vol. 6, n° 1.

Cyber Dialogue (1999), *Internet Effective in Improving Patients' Compliance to Drug Treatment Schedules: Cyber Dialogue Study Suggests Avenues for Tackling Enduring Healthcare Challenge*, <http://www.aegis.com/news/pr/1999/PR991223.html>, Last visited: January 12th 2004.

Dhrif, H. (1998), *Impacts de l'utilisation du réseau Internet sur la performance organisationnelle. Essai de Maîtrise*. Québec : Université Laval.

Elsberry, R. B. (2000), « Internet offers medical advice and 'virtual' house calls », *Electrical Apparatus*, Chicago.

Epstein, R. M. (1996), « The patient-physician relationship », In *Fundamentals of clinical practice: A textbook on the patient, doctor, and society*, Mengel MB, Holleman WL. Eds. New York.

Eysenbach, G., Diepgen, T. L. (2001), « The role of e-health and consumer health informatics for evidence-based patient choice in the 21st century », *Clinics in Dermatology*, Vol. 19, p. 11-17.

Eysenbach, G., Sa, E. R., Diepgen, T. L. (1999), « Shopping around the Internet today and tomorrow: Towards the millen-

nium of cybermedicine », *British Medical Journal*, Vol. 319, n° 7220.

Falvo, D. R. (1994), *Effective Patient Education: A guide to Increased compliance*, Second Edition, An Aspen publication, USA.

Fleisher, J. (2002), Relationships among Internet health information use, patient behavior and self-efficacy in newly diagnosed cancer patients who contact the National Cancer Institute's Atlantic Region Cancer Information Service, *Proceedings of the AMIA Annual Fall Symposium*, p. 260-264.

Fornell, C., Larcker, D. (1987), « A Second Generation of Multivariate Analysis: Classification of Methods and Implications for Marketing Research », In *Review of Marketing*, M. J. Houston (ed.), American Marketing Association, Chicago, p. 407-450.

Friedwald, V. E. Jr. (2000), « The Internet's influence on the doctor-patient relationship », *Health Management Technology*, Vol. 21, n° 11, p. 79-80.

Gonzalez-Fernandez, R. A., Rivera, M., Torres, D., Quiles, J., Jackson, A. (1990), « Usefulness of a systemic hypertension in-hospital educational program », *American Journal of Cardiology*, Vol. 65, p. 1384-1386.

Greene, A. L. (2000), « E-Health: Realizing the Vision », *Frontiers of Health Services Management*, Vol. 17, n° 1.

Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., Black, W. C. (1998), *Multivariate Data Analysis* (5th ed.), Prentice-Hall, Englewood, Cliffs, NJ.

Hall, J. A., Feldstein, M., Fretwell, M. D., Rowe, J. W., Epstein, A. M. (1990), « Older patient's health status and satisfaction with medical care in HMO population », *Medical Care*, Vol. 28, n° 3, p. 261-70.

Helft, P. R., Hlubocky, F., Daugherty, C. K. (2003), « American oncologists' views of internet use by cancer patients: a mail sur-

vey of American Society of Clinical Oncology members », *Journal of Clinical Oncology*, Vol. 21, p. 942-947.

Helwig, A. L., Lovelle, A., Guse, C. E., Gottlieb, M. S. (1999), « An office-based Internet patient education system: a pilot study », *The Journal of Family Practice*, Vol. 48, n° 2, p. 123-127.

Hentinen, M., Kyngäs, H. (1992), « Compliance of young diabetics with health regimens », *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 17, p. 530-536.

Hjordahl, P., Nylenna, M., Aasland, O. G. (1999), « Internet and the physician-patient relationship: From 'Thank you' to 'Why?' », *Tidsskr Nor Lægeforen*, Vol. 119, n° 29, p. 4339-4341.

Holmes-Rovner, M., Llewellyn-Thomas, H., Entwistle, V., Coulter, A. *et al.* (2001), « Patient Choice Modules for Summaries of Clinical Effectiveness: A proposal », *British Medical Journal*, Vol. 322, n° 7287, p. 664-667.

Ipsos-Reid (2002). *Searching for online health information the number one online activity in Canada: Two-thirds of all online Canadians have visited a health website, up from 55% in 2000*, p. 1-5, <http://www.ipsos-reid.com/pdf/media/mr021217-trevis.pdf>, Dernière visite : 14 janvier 2004.

Jadad, A. R. (1999), « Promoting partnerships: challenges for the Internet age », *British Medical Journal*, Vol. 319, p. 761-764.

Kaplan, S. H., Greenfield, S., Ware, J. E. Jr. (1989), « Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease », *Medical Care*, Vol. 27, n° 3, S110-S127.

Khechine, H., Pascot, D., Prémont, P. (2004), « Information from the Internet and Health », *International Journal of Computers, Systems and Signals*, Vol. 5, n° 1.

Kravitz, R. L., Hays, R. D., Sherbourne, C. D., DiMatteo, M. R., Rogers, W. H., Ord-

way, L., Greenfield, S. (1993), « Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions », *Archives of Internal Medicine*, Vol. 153, n° 16, p. 1869-78.

Kyngäs, H., Lahdenperä, T. (1999), « Compliance of patients with hypertension and associated factors », *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 29, n° 4, p. 832-839.

Kyngäs, H. A., Skaar-Chandler, C., Duffy, M. E. (2000), « The development of an instrument to measure the compliance of adolescents with a chronic disease », *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 32, n° 6, p. 499-506.

Leaffer, T., Gonda, B. (2000), « The Internet: An underutilized tool in patient education », *Comput. Nurs*, Vol. 18, n° 1, p. 47-52.

Ley, P., Spelman, M. S. (1967), *Communicating with the Patient*. London : Staples Press.

Limayem, M., Chabehoub, N. (1996), *Les facteurs motivateurs de l'utilisation du réseau Internet*, Faculté des sciences de l'administration, Université Laval.

Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., Ferrier, K., Payne, S. (2001), « Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations », *British Medical Journal*, Vol. 323, n° 7318, p. 908-911.

Medina, C. E., Goldszer, R. C., Krupinski, J. A. (2001), « Assessing patient satisfaction on general medicine service: Utility of an on-site survey », *Journal of Clinical Outcomes Management*, Vol. 8, n° 7, p. 21-25.

Miller, T. E., Reents, S. (1998), « The Health Care Industry Transition: The Online Mandate to Change », *American Internet User Survey*, Based on new data from the July 1998, Cyber Dialogue.

Mittman, R., Cain, M. (1999), *The Future of the Internet in Health Care: Five-Year Forecast*, Written for the California Health-Care Foundation, Institute for the Future, <http://www.iftf.org/html/iftflibrary/technology/internethealth.pdf>.

Mueller, R.O. (1996), *Basic Principles of Structural Equation Modeling: An Introduction to LISREL and EQS*. Springer-Verlag, New York.

Nagasawa, M., Smith, M., Barnes, J. H., Fincham, J. E. (1992), « Meta-analysis of correlates of diabetes patients' compliance with prescribed medications », *The Diabetes Educator*, Vol. 16, n° 3, p. 192-200.

NFO Cfgroup (2002), *Internet is changing the doctor-patient relationship: Study*, <http://www.nfocfgroup.com/news/02.07.17-mediations.pdf>, Last visited: April 29th 2004.

Ong, L. M. L., De Haes, J. C. J. M., Hoos, A. M., Lammes, F. B. (1995), « Doctor-patient communication : A review of the literature », *Social Science & Medicine*, Vol. 40, n° 7, p. 903-918.

Pascot, D., Khechine, H., Prémont, P. (2003), « Effets de l'utilisation de l'information d'Internet par les patients sur leur consommation des ressources médicales : Cadre théorique pour une étude empirique », *10^e Journées Francophones d'Informatique Médicale*, Tunisie.

Pennbridge, J., Moya, R., Rodrigues, L. (1999), « Questionnaire Survey of California Consumers' Use and Rating of Sources of Health Care Information Including the Internet », *Western Journal of Medicine*, Vol. 171, n° 5-6, p. 302-305.

Pew Internet & American Life (2003), *Internet Health Resources: Health searches*

and email have become more commonplace, but there is room for improvement in searches and overall Internet access, p. 1-12, http://www.pewinternet.org/reports/pdfs/PIP_Health_Report_July_2003.pdf, Last visited: January 14th 2004.

Pew Internet & American Life (2000), *The online health care revolution: How the Web helps Americans take better care of themselves*, Principal authors: Susannah Fox and Lee Rainie, http://www.pewinternet.org/reports/pdfs/PIP_Health_Report.pdf, Dernière visite : 13 mars 2004.

Risk, A., Petersen, C. (2002), « Health information on the Internet: Quality issues and international initiatives », *Journal of the American Medical Association*, Vol. 287, n° 20, p. 2713-15.

Smith, C. K., Polis, E., Hadac, R. R. (1981), « Characteristics of the initial medical interview associated with patient satisfaction and understanding », *Journal of Family Practice*, Vol. 12, p. 283-288.

Stevens, L. (2000), « Health care turns to the Web: Industry groups view the net as a way to reduce medical mistakes », *Interneetweek*, Special Volume, n° 811, Manhasset.

Wilkins, A. S. (1999), « Expanding Internet access for health care consumers », *Health Care Management Review*, Gaithersburg, Vol. 24, n° 3, p. 30-41.

Winker, M. A., Flanagan, A., Chi-Lum, B., White, J., Andrews, K., Kennett, R. L., DeAngelis, C. D., Musacchio, R. A. (2000), « Guidelines for Medical and Health Information Sites on the Internet: Principles Governing AMA Web Sites », *Journal of the American Medical Association*, Vol. 283, n° 12, p. 1600-1606.

ANNEXE A : UTILISATION DE L'INFORMATION D'INTERNET POUR LA SANTÉ

Est-ce que ce questionnaire s'adresse à vous ?

1. Souffrez-vous actuellement d'une maladie qui nécessite des soins de longue durée ? *

Oui Non

Si votre réponse est « Oui », continuez par répondre à la question suivante (Question 2).
Si votre réponse est « Non », alors, nous vous remercions du temps que vous nous avez consacré et nous vous prions d'agréer nos meilleures salutations.

2. Nous aimerions connaître la maladie chronique que vous traitez depuis quelques années (au moins un an) ? *

Si vous avez choisi AUTRE dans la liste ci-dessus, précisez votre maladie s'il vous plaît :

3. Utilisez-vous Internet à la recherche d'information sur la maladie que vous venez de sélectionner ? *

Oui Non

Si votre réponse est « Oui », continuez par répondre à la question 4. Si votre réponse est « Non », alors, nous vous remercions du temps que vous nous avez consacré et nous vous prions d'agréer nos meilleures salutations.

Première section du questionnaire

Dans cette première partie du questionnaire, nous nous intéressons à votre utilisation d'Internet. Ensuite, nous évaluons votre consommation des ressources médicales.

Veillez, s'il vous plaît, répondre aux questions suivantes :

4. Depuis combien de temps utilisez-vous Internet ? *

5. Depuis 1 an, vous utilisez Internet : *

6. Au cours du dernier mois, estimez le nombre d'heures que vous avez passées sur Internet à la recherche d'information sur votre maladie actuelle (Répondez par un chiffre ; Exemple : 3) : * (Numérique entier)

* Champ obligatoire

7. D'une manière générale, estimez le nombre d'heures que vous passez par mois sur Internet à la recherche d'information sur votre maladie actuelle (Répondez par un chiffre ; Exemple : 3) : * (Numérique entier)

8. Au cours du dernier mois, estimez le nombre de fois que vous avez accédé à Internet à la recherche d'information sur votre maladie actuelle (Répondez par un chiffre ; Exemple : 3) : * (Numérique entier)

9. D'une manière générale, estimez le nombre de fois que vous accédez à Internet par mois à la recherche d'information sur votre maladie actuelle (Répondez par un chiffre ; Exemple : 3) : * (Numérique entier)

Durant les 12 derniers mois, dites-nous :

25. Combien de rendez-vous avez-vous pris avec les médecins qui vous traitent pour votre maladie actuelle ? * (Numérique entier)

26. Combien de tests médicaux complémentaires avez-vous fait en rapport avec votre maladie actuelle ? * (Numérique entier)

27. Combien d'appels téléphoniques avez-vous effectués à des professionnels de la santé pour des questions sur votre maladie actuelle ? * (Numérique entier)

28. Combien de fois avez-vous été hospitalisé suite à des complications dues à votre maladie actuelle ? * (Numérique entier)

29. Quel est le temps moyen par consultation que vous passez avec le médecin qui vous traite pour votre maladie actuelle (en minutes ; Exemple : 120) ? * (Numérique entier)

30. Combien de fois avez-vous changé de médecin pour votre maladie actuelle ? * (Numérique entier)

* Champ obligatoire

Deuxième section du questionnaire

Cette deuxième partie du questionnaire permet de recueillir de l'information sur les diverses facettes de votre relation avec le médecin qui s'occupe de votre maladie actuelle et sur votre attitude par rapport à votre maladie.

Veillez choisir l'option qui correspond à votre degré d'accord avec chacune des propositions suivantes (Cochez dans « neutre » quand la proposition ne s'applique pas à votre cas) :

31. Le médecin s'intéresse à mes préoccupations concernant ma maladie actuelle. *

Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Très en accord	Tout à fait en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Le médecin est attentif quand je parle de mes symptômes. *

Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Très en accord	Tout à fait en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Le médecin s'intéresse à ce que je veux savoir. *

Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Très en accord	Tout à fait en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Je me sens motivé(e) pour poser des questions au médecin. *

Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Très en accord	Tout à fait en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Le médecin est prudent dans l'explication du plan de traitement. *

Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Très en accord	Tout à fait en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Le médecin est sympathique. *

Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Très en accord	Tout à fait en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Le médecin s'intéresse à ce que je pense de ma maladie actuelle. *

Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Très en accord	Tout à fait en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Champ obligatoire

38. Je discute et je m'entends avec le médecin sur ma maladie. *

Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Très en accord	Tout à fait en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. Le médecin s'intéresse à mes attentes en général. *

Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Très en accord	Tout à fait en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. Le médecin s'intéresse au traitement que je souhaite. *

Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Très en accord	Tout à fait en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Le médecin discute et s'entend avec moi sur le plan de traitement. *

Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Très en accord	Tout à fait en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Le médecin me connaît et me comprend bien. *

Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Très en accord	Tout à fait en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Le médecin comprend mes besoins émotionnels. *

Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Très en accord	Tout à fait en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Je suis confiant(e) que le médecin me connaît et connaît mon historique. *

Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Très en accord	Tout à fait en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Le médecin me parle des moyens de réduire les risques de maladies futures. *

Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Très en accord	Tout à fait en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46. Le médecin me conseille sur les moyens d'éviter des problèmes de santé futurs. *

Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Très en accord	Tout à fait en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Champ obligatoire

47. Le médecin m'explique clairement ma maladie. *

Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Très en accord	Tout à fait en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48. Le médecin est certain du diagnostic de ma maladie. *

Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Très en accord	Tout à fait en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. Le médecin est positif concernant ma guérison. *

Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Très en accord	Tout à fait en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Le médecin s'intéresse à l'effet de ma maladie sur ma famille et sur ma vie personnelle. *

Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Très en accord	Tout à fait en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. Le médecin s'intéresse à l'effet de ma maladie sur mes activités quotidiennes.*

Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Très en accord	Tout à fait en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

52. Généralement, je suis très satisfait(e) des soins de santé que je reçois. *

Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Très en accord	Tout à fait en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. Certains éléments des soins de santé que je reçois auraient pu être meilleurs.

Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Très en accord	Tout à fait en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. La durée de temps que je passe avec mon médecin est vraiment adéquate. *

Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Très en accord	Tout à fait en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Champ obligatoire

55. Je n'ai pas autant de contact avec le médecin que je l'espérais. *

Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Très en accord	Tout à fait en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56. Mon médecin m'explique parfaitement les raisons des procédures d'examen et des tests médicaux. *

Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Très en accord	Tout à fait en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57. Mon médecin aurait pu écouter plus attentivement ce que j'avais à dire. *

Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Très en accord	Tout à fait en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. Mon médecin me traite toujours avec beaucoup de respect. *

Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Très en accord	Tout à fait en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59. Mon médecin devrait être plus gentil et avoir plus de considération envers mes sentiments. *

Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Très en accord	Tout à fait en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

60. J'ai une grande confiance dans le médecin que je suis en train de consulter. *

Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Très en accord	Tout à fait en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

61. J'ai quelques doutes sur les capacités de mon médecin. *

Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Très en accord	Tout à fait en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

62. Les soins de santé que je suis en train de recevoir me soulagent complètement des soucis et de l'incertitude. *

Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Très en accord	Tout à fait en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Champ obligatoire

63. Il existe certains problèmes de santé auxquels mon médecin n'a pas accordé assez d'attention. *

Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Très en accord	Tout à fait en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

64. Je comprends parfaitement ce que me dit le médecin. *

Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Très en accord	Tout à fait en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Je me souviens de tous les propos du médecin. *

Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Très en accord	Tout à fait en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66. Je rends visite au médecin régulièrement selon ses instructions. *

Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Très en accord	Tout à fait en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

67. Je fais toujours les examens médicaux complémentaires prescrits par le médecin. *

Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Très en accord	Tout à fait en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. Je respecte scrupuleusement les habitudes recommandées par le médecin concernant mon style de vie. *

Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Très en accord	Tout à fait en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veuillez choisir l'option qui correspond à votre opinion par rapport aux propositions suivantes (Cochez « Sans objet » quand ça ne s'applique pas) :

69. Je suis régulièrement le régime alimentaire prescrit par le médecin. *

Jamais	Parfois	Souvent	Une bonne partie du temps	La plupart du temps	Toujours	Sans objet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

70. Je fais régulièrement les exercices physiques recommandés par le médecin. *

Jamais	Parfois	Souvent	Une bonne partie du temps	La plupart du temps	Toujours	Sans objet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Champ obligatoire

71. Prenez-vous actuellement des médicaments pour votre maladie ? *

-
- Oui
-
- Non

Si votre réponse est « Oui », continuez par répondre à la question suivante (Question 72).
Si votre réponse est « Non », nous vous demandons de cliquer sur « Envoyer » en bas de page et nous vous remercions pour votre participation.

Pour chacune des questions suivantes, veuillez sélectionner l'option qui correspond à votre choix :

72. Ce matin, avez-vous oublié de prendre vos médicaments ?

-
- Oui
-
- Non
-
- Sans objet

73. Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicaments ?

-
- Oui
-
- Non
-
- Sans objet

74. Vous est-il arrivé de prendre votre traitement en retard par rapport à l'heure habituelle ?

-
- Oui
-
- Non
-
- Sans objet

75. Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?

-
- Oui
-
- Non
-
- Sans objet

76. Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?

-
- Oui
-
- Non
-
- Sans objet

77. Pensez-vous que vous avez trop de médicaments à prendre ?

-
- Oui
-
- Non
-
- Sans objet

* Champ obligatoire

Jacky AKOKA est Professeur en systèmes d'information au Conservatoire National des Arts et Métiers et à l'Institut National des Télécommunications. Au CNAM, il est titulaire de la Chaire d'informatique d'entreprise et dirige l'équipe systèmes d'information du laboratoire CEDRIC/CNAM. Ses recherches portent sur la modélisation, l'audit, la stratégie, les systèmes d'information et les processus.

Jacky Akoka
 CNAM
 Chaire d'informatique d'entreprise
 292, rue Saint Martin
 75003 PARIS
 Tél. : 01 40 27 24 07
 Fax : 01 40 27 24 06
 akoka@cnam.fr

Hager KHECHINE est Professeure adjointe au Département des systèmes d'information organisationnels de la Faculté des sciences de l'administration de l'Université Laval. Elle possède un MBA en gestion des technologies de l'information et un doctorat en systèmes d'information organisationnels. Ses intérêts de recherche et d'enseignement touchent principalement aux domaines de la « e-santé » et de l'utilisation des technologies de l'information dans le secteur socio-sanitaire. Elle s'intéresse aussi à la sécurité des affaires électroniques, aux systèmes d'aide à la décision, à la gestion de projets et au télétravail.

Hager Khechine, Ph.D., MBA
 Pavillon Palasis-Prince, bureau 2527
 Université Laval
 Québec (Québec) G1K 7P4
 CANADA
 Tél. : (418) 656-2131, poste 7627
 Fax : (418) 656-2624
 Hager.Khechine@sio.ulaval.ca

Eric LEROUX est Maître de Conférences de l'Université de Paris 13 et chercheur aux GRIMM et Prism-Sorbonne ; il est également consultant SAP et Oracle applications. Ses recherches portent sur les domaines du management des ERP et des relations entre ressources humaines et marketing.

Erick Leroux
 IUT de Saint Denis
 Place du 8 Mai 1945

93200 SAINT-DENIS Cedex
 leroux_erick@hotmail.com

Daniel PASCOT est Professeur agrégé et directeur du Département des systèmes d'information organisationnels de la Faculté des sciences de l'administration de l'Université Laval. Il a obtenu son doctorat en sciences de gestion en Aix-en-Provence. Ses intérêts d'enseignement et de recherche s'articulent autour de la planification et la conception des systèmes d'information organisationnels, la modélisation conceptuelle, les systèmes d'aide à la décision et les logiciels libres.

Daniel Pascot, Ph.D.
 Pavillon Palasis-Prince, bureau 2507-A
 Université Laval
 Québec (Québec) G1K 7P4
 CANADA
 Tél. : (418) 656-3645
 Fax : (418) 656-2624
 Daniel.Pascot@sio.ulaval.ca

Pierre PRÉMONT est Professeur agrégé au Département des systèmes d'information organisationnels de la Faculté des sciences de l'administration de l'Université Laval. Il détient un MBA en Systèmes d'information organisationnels et un doctorat de la Faculté des Sciences de l'administration de l'Université Laval. Ses intérêts d'enseignement et de recherche touchent à la gestion de la sécurité des technologies de l'information et affaires électroniques, l'impatriation, l'acquisition des technologies de l'information et le partenariat, la gestion des systèmes d'information organisationnels et l'entrepreneuriat.

Pierre Prémont, Ph.D., MBA
 Pavillon Palasis-Prince, bureau 2417
 Université Laval
 Québec (Québec) G1K 7P4
 CANADA
 Tél. : (418) 656-2131
 Fax : (418) 656-2624
 Pierre.Premont@sio.ulaval.ca

Pierre-Charles PUPION est Maître de Conférences à l'IAE de l'Université de Poitiers et chercheur au CEREGE. Ses centres d'intérêt sont la stratégie, la gouvernance et le mimétisme. Plus généralement, ses recherches