



Comprendre l'interaction des patients membres d'une communauté virtuelle de santé et son impact sur la relation que le patient entretient avec son médecin

Loïck Menvielle*, **William Menvielle****
& **Anne-Françoise Audrain-Pontevia*****

* EDHEC Business School, France

** Université du Québec à Trois Rivières, Canada

*** ESG - Université du Québec à Montréal, Canada

RÉSUMÉ

Cette recherche s'inscrit dans le cadre du développement de la digitalisation de la santé et de l'émergence de communautés virtuelles de santé. Elle vise à étudier les relations causales entre la crédibilité et l'attitude à l'égard de plateformes virtuelles de santé ainsi qu'entre la confiance et l'attitude vis-à-vis du médecin.

Un questionnaire a été développé et diffusé en ligne auprès de patients et utilisateurs de communautés virtuelles médicales. Les données collectées ont permis de procéder à des analyses confirmatoires sous SPSS et AMOS pour les équations structurelles.

Les résultats montrent que la confiance interpersonnelle émanant des communautés virtuelles de santé entretient une relation positive avec la crédibilité et l'attitude à l'égard de ces communautés virtuelles. Il en est de même pour l'attitude à l'égard du médecin.

La crédibilité accordée à ces communautés virtuelles de santé a une relation positive sur l'attitude à l'égard ces plateformes. En revanche, la relation s'avère être négative entre la crédibilité et l'attitude à l'égard du médecin. Enfin, seule l'attitude vis-à-vis du médecin a une relation positive avec la confiance vis-à-vis du médecin.

Cette recherche est la première mesurant les relations entre crédibilité, confiance et attitude. Par ailleurs, elle permet de mieux considérer le rôle des utilisateurs des communautés virtuelles de santé et des médecins, afin d'améliorer l'attitude des patients à l'égard des médecins.

Mots-clés : *E-santé, Communauté virtuelle de santé, Crédibilité, Confiance, Relation patient-médecin.*

Remerciements : *Les auteurs remercient le Pr. L. Raymond pour son aide très précieuse. Ils tiennent également à exprimer toute leur gratitude aux relecteurs anonymes de leur article pour leurs recommandations et leurs conseils, qui ont permis de l'améliorer substantiellement. Ils formulent aussi leurs plus vifs remerciements à l'éditeur.*





ABSTRACT

This research investigates the emerging field of digitalized health and particularly of the virtual healthcare communities. The goal of this research is to study the causal relationships between credibility and attitude towards virtual health communities as well as trust and attitude towards the physician.

An online questionnaire was developed and disseminated to patients and users of medical virtual communities. Confirmatory analyses for structural equations were conducted via SPSS and AMOS.

Results show that interpersonal trust coming from virtual health communities has a positive relation with credibility and attitude regarding virtual communities. Interpersonal trust has, also, a positive relation with the attitude regarding the doctor.

The credibility of the virtual health communities exhibits a positive relation with attitude towards the platform. However, the relation is negative between credibility and attitude regarding the doctor. Finally, the attitude regarding the doctor exhibits a positive relation with trust in the doctor.

This study is the first to measure the relationship between credibility, trust and attitude. Moreover, it facilitates better consideration of the role of users of virtual communities of health and doctors, thereby improving the attitude of patients toward doctors.

Keywords: *E-health, Virtual health community, Credibility, Trust, Patient-Physician relationship.*

1. INTRODUCTION

Peut-on croire à l'information que l'on trouve sur Internet ? Plus spécifiquement, peut-on croire aux informations traitant des sujets relatifs à la santé, diffusées sur Internet ? Et si cette information est émise par l'intermédiaire d'un réseau social, a-t-elle plus de valeur et de crédibilité pour les autres membres du réseau social qu'une information provenant des sites généralistes ? En outre, quel niveau de confiance peut-on accorder aux membres actifs sur les communautés virtuelles de santé, contributeurs de messages au sein de ces communautés, et quels impacts cela aurait-il sur la relation avec son médecin ? Ces questions permettent d'exposer les changements auxquels le secteur de la santé fait face.

En France, sept personnes sur dix cherchent des informations médicales en ligne ; près de deux individus sur trois ont déjà consulté Internet pour en apprendre davantage sur une pathologie ou identifier des symptômes associés à une maladie (Doridot, 2017). La démocratisation de l'Internet a induit de nouveaux comportements chez ses utilisateurs et la recherche d'informations liées à la santé s'inscrit dans une réalité où les internautes tirent parti de ces moyens technologiques (Khechine *et al.*, 2006 ; Dumez et Minvielle, 2017 ; Menvielle *et al.*, 2017). En 2016, près de 70% des Français ont recherché des informations sur Internet relatives à des pathologies (maladies, symptômes). Quarante-cinq pour cent d'entre eux ont eu recours à ce moyen pour se renseigner sur des





médicaments, comprendre leur efficacité, les modes d'administration, leur posologie ou bien encore leurs effets secondaires. Enfin, environ un Français sur trois a utilisé Internet pour rechercher des témoignages d'autres patients souffrant d'une maladie ou pour trouver des conseils et un accompagnement pour leur qualité de vie et leur mieux-être (29%) (Cassan *et al.*, 2016).

Le Web 2.0. a engendré, lui aussi, de nouveaux comportements basés sur l'interaction entre internautes et la possibilité de pouvoir revendiquer des choix ou des préférences au travers d'espaces virtuels dédiés (Ologeanu-Taddei et Paré, 2017). Les communautés virtuelles, une résultante du Web 2.0, comportent en leurs seins des membres qui se fédèrent autour de buts, de passions, d'intérêts communs et fonctionnent selon une hiérarchie d'influences et des rôles bien définis (Hoffman et Novak, 1996).

La diffusion de la connaissance par l'entremise d'Internet a également contribué à rendre la médecine accessible au plus grand nombre. Parmi ces regroupements se trouvent les communautés virtuelles, dont les formes sont plurielles. Une étude plus détaillée du sujet suggère que les communautés virtuelles peuvent être classifiées en quatre catégories : les communautés de transaction, les communautés de relations, les communautés de fantaisie et les communautés d'intérêts (Armstrong et

Hagel, 1996). Cette dernière catégorie nous intéresse particulièrement, car elle regroupe des individus ayant un but commun : ils cherchent à échanger sur des problématiques spécifiques pouvant être d'ordre général en lien avec la santé ou une maladie chronique par exemple. Plusieurs types de communautés virtuelles de santé peuvent être identifiables : au travers des réseaux sociaux tels que Facebook, par l'entremise d'aires thérapeutiques aisément identifiables¹, sur des sites communautaires médicaux généralistes comme PatientsLikeMe, Carenity, BePatient² ou bien encore autour d'espaces impulsés par des associations de patients³ comme cela est le cas avec Renaloo pour les patients atteints de maladies ou d'insuffisances rénales ou bien des regroupements de patients autour des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Au-delà de ces aspects communautaires, il n'est pas rare de voir apparaître des blogs portés par des initiatives personnelles de malades, désireux d'évoquer leur maladie et de parler de leur quotidien⁴.

De nombreuses études se sont intéressées aux aspects psychologiques et comportementaux des internautes naviguant sur Internet à la recherche d'informations de santé (Khechine *et al.*, 2006), mais peu de recherches ont porté sur les communautés de santé à proprement parler. Akrich et Méadel (2009) ainsi que Silber (2009) ont

¹ Exemple de communautés virtuelles de patients diabétiques sur le réseau social Facebook <https://www.facebook.com/groups/34642185302/>

² Exemple de communautés virtuelles exclusivement dédiées aux problématiques de santé et où chaque patient peut intégrer une communauté selon sa pathologie :

<https://www.patientslikeme.com/>

<https://www.carenity.com/>

<https://www.bepatient.com/>

³ Exemple de communautés virtuelles exclusivement dédiées à une pathologie :

Le cas de Renaloo : <http://www.renaloo.com/>

Le cas des MICI : <https://www.afa.asso.fr/>

⁴ Exemple d'initiatives personnelles portées par les patients eux-mêmes :

<http://tchaogunther.com/>





étudié les comportements et les attitudes des membres au sein de ces communautés de santé et ont identifié différents profils et rôles : l'informateur, l'agitateur, l'hyperactif, et le leader charismatique. Au travers de l'étude des contenus postés sur Internet, les auteurs ont identifié l'importance des relations interpersonnelles entre membres des communautés. L'une des dimensions majeures de l'émergence de ces communautés virtuelles repose sur la démarche active, volontaire et individuelle des patients ou des aidants, à prendre part à ces échanges. Ils permettent de générer des informations et des données sur la base des récits de vie des participants, d'où la terminologie patient reported outcome (PRO) ou patient reported information (PRI) (Schlesinger *et al.*, 2015). Dans cette perspective, le projet ComPaRe (Communauté de Patients pour la Recherche) mené sous les auspices de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP), constitue une plateforme collaborative destinée à collecter des informations sur l'état de santé des patients dans le but de faire progresser la recherche clinique.

En lien avec les communautés virtuelles de santé, d'autres recherches se sont concentrées sur des dimensions plus « techniques », comme le design de la communauté virtuelle de santé, la qualité et la fluidité de navigation sur le site (Krcmar *et al.*, 2002 ; Leimeister *et al.*, 2005). Cependant, peu se sont attachées à l'analyse de la crédibilité de la communauté virtuelle. En effet, si les échanges d'informations au sein de ces communautés virtuelles sont importants en termes de nombre d'utilisateurs et de fréquence d'utilisation (Méadel et Akrich, 2011), la question de la fiabilité et de la crédibilité de ces informations reste en suspens (Kreps et Neuhauser, 2010 ; Weber, 2012).

Dans la continuité de ces travaux, les communautés virtuelles de santé constituent des espaces favorisant l'autonomie

du patient, amplifiant son niveau d'empowerment (Audrain-Pontevia et Menvielle, 2017) et de compréhension de sa pathologie (Wald *et al.*, 2007). En s'engageant sur les communautés virtuelles de santé, il s'agit pour le patient de s'approprier et de comprendre sa maladie (Griffiths *et al.*, 2012). Par ailleurs, pour Thoër (2013, p 4), « l'intérêt des sciences sociales pour les maladies chroniques et l'expérience des patients a depuis une vingtaine d'années permis l'émergence d'autres modèles où le patient est considéré comme un acteur à part entière du processus de soins ». Le patient (notamment celui atteint d'une maladie chronique) aura tendance à vouloir rentrer dans un processus d'appropriation de sa maladie en échangeant et en interagissant avec d'autres patients au sein de ces communautés virtuelles de santé, les rendant actifs, autonomes et « acteurs de leur maladie ». Ces nouveaux comportements sont le reflet de modifications profondes des usages, accélérés par la transformation digitale et considérés par Dumez et Minvielle (2017) comme contribuant à la performativité de la démocratie sanitaire. Cette approche fait écho au concept de capital social où chaque membre contribue, par leurs divers apports, à l'enrichissement des connaissances médicales (Hou et Shim, 2010). Par conséquent, l'objectif de notre recherche vise à étudier en quoi la crédibilité des informations diffusées au sein des communautés virtuelles et la confiance accordée aux autres membres de la communauté et l'interaction entre les membres ont un impact sur la relation entretenue avec le professionnel de santé et la confiance qui lui est accordée. Le modèle de recherche que nous avons élaboré étudie les relations entre la crédibilité et l'attitude à l'égard de la plateforme virtuelle communautaire ainsi que la confiance et l'attitude vis-à-vis du médecin (Higgins *et al.*, 2011). Une étude diffusée sur Internet a été soumise à une population totale de 650 internautes





français, patients et utilisateurs de communautés virtuelles médicales.

Dans un premier temps, nous abordons la revue de littérature relative à l'utilisation de l'Internet en santé avec en trame de fond à cette réflexion les nouveaux usages liés à l'acceptation de la technologie (TAM) dans le domaine du médical. Cette première partie nous permettra de positionner le modèle de recherche retenu avant d'ouvrir sur une seconde partie destinée à exposer la méthodologie et les modalités de traitement des données. Les sections suivantes seront consacrées à la restitution des résultats et à leur discussion tant sur le plan théorique que pratique. Pour conclure, nous élargirons la réflexion portant sur la santé digitalisée en présentant un certain nombre de pistes et perspectives de recherches.

2. FONDEMENT THÉORIQUE ET CADRE CONCEPTUEL

Les communautés virtuelles sont souvent considérées comme une extension des communautés physiques, au sein desquelles figurent des notions de réseau social et de relations sociales. Au cœur de ces réseaux – physiques ou virtuels – et pour maximiser les échanges en termes de communication, la confiance interpersonnelle apparaît comme une variable critique (Putnam, 1995; Ridings *et al.*, 2002).

2.1. Capital social, réseau social et communauté virtuelle

Le concept de capital social émane des travaux en sociologie et remonte aux années 1920. Pour Cucchi et Fuhrer (2011, p 184), ce concept « recouvre la bienveillance, l'amitié, la sympathie et les rapports

sociaux entre les membres d'une même unité sociale ». Chaque individu en relation avec autrui développe du capital social, qui prend un caractère cumulatif en multipliant les relations les unes avec les autres. Cette notion de capital social, popularisée par Bourdieu (1980), se définit comme un ensemble de relations et de réseaux d'entraide nécessaires pour évoluer dans la hiérarchie sociale. Dans un monde connecté, « le capital social se rapporte aux relations entre individus, aux réseaux sociaux et aux normes de réciprocité et de confiance qui en émergent » (Méda, 2002, p 37). Si plusieurs points de vue tentent de définir la notion de capital social, la conception de chercheurs américains, et plus spécifiquement celle de Putnam (1995), précise que les réseaux denses, dans lesquels il existe une collaboration collective entre les membres, engendrent une richesse collective. Dans ce contexte, normes et confiance sont nécessaires car elles facilitent la coopération entre les membres du réseau.

Putnam (1995) place la confiance au centre du capital social, en lien avec d'autres notions comme les réseaux sociaux et les normes sociales. Selon l'auteur, la vie est facilitée dans une société dotée d'un fort capital social. Les réseaux sociaux pourvus de normes vigoureuses⁵ favorisent la réciprocité des échanges et permettent l'émergence de la confiance sociale. Ils facilitent la coordination et la communication, amplifient la réputation et permettent ainsi de résoudre les dilemmes de l'action collective.

Les travaux de Granovetter (1973) menés sur les réseaux sociaux ont permis de distinguer les différents types de relations que les membres de la communauté entretiennent entre eux. Il existe d'une part les relations qu'un individu maintient avec ses proches

⁵ Putnam fait référence aux normes induites par les réseaux formels (associations, partis politiques, syndicats, culte religieux) et par les réseaux informels (liens de sociabilité, affinité avec des individus) qui régissent le comportement des personnes, en modifie leurs interactions.





(famille et amis immédiats), considérées comme des liens forts. D'autre part figurent les relations entre cet individu et d'autres personnes plus distantes, considérées comme des liens faibles. Aussi paradoxal que cela puisse paraître, la conclusion montre qu'un individu profite davantage de ses liens faibles que de ses liens forts. Les liens faibles permettent en effet de jeter des « ponts » entre des individus, qui – sans acteurs intermédiaires – resteraient isolés. Un individu peut ainsi jouer le rôle de pivot entre deux personnes qui n'ont initialement pas de points communs. Plus un réseau présente des liens faibles, plus ce réseau maximise son capital social et tend à combler ces « trous structureaux » (Burt 1995). Adaptée au contexte actuel, cette théorie prend tout son sens avec l'avènement d'Internet. Le membre d'une communauté virtuelle peut donc entrer en contact avec un autre, qu'il ne connaît pas, mais avec qui il partage des intérêts communs. Cette théorie des trous structureaux explique le succès des réseaux sociaux et des outils collaboratifs. D'autres études confirment la volonté des membres entretenant à l'origine des liens faibles entre eux, de nouer des relations au travers des réseaux sociaux (Kavanaugh *et al.*, 2005).

Si la littérature sur les communautés virtuelles s'avère féconde, le manque de consensus sur le sujet demeure. Ainsi Porter (2004) dénombre plus d'une centaine de définitions. Afin d'apporter plus de clarté, nous identifions cinq dimensions majeures qui émergent de la littérature, que nous regroupons dans le tableau 1 ci-dessous.

Les communautés virtuelles de santé sont définies comme des plateformes virtuelles, reposant sur les technologies d'information et de communication, regroupant des individus ayant tissé des liens sociaux et menant ensemble des actions spécifiques (échange d'information, soutien moral, de reconnexion sociale, etc.) relatives à des problématiques médicales (Demiris,

2006). Au sein de ces communautés, les membres partagent de l'information, créent du savoir et tissent des relations selon leurs pathologies (Van Oerle *et al.*, 2016). Ces modalités technologiques, pour reprendre les propos de Dumez et Minvielle (2017) procurent de nombreux bénéfices à leurs utilisateurs. En particulier, elles permettent de rompre l'isolement des patients exclus par la maladie (Thoër, 2013). Elles informent également sur les derniers traitements et renseignent sur les possibles effets secondaires liés à la médication (Thoër, 2013). Elles favorisent également la compréhension de nouvelles connaissances sur l'état psychologique des personnes (Dholakia *et al.*, 2004).

Parce qu'elles rendent accessible la connaissance scientifique, les communautés virtuelles de santé contribuent à la réduction de l'asymétrie d'informations entre le patient et le médecin. De ce fait, elles concourent à la réduction du pouvoir et du savoir détenu par le médecin. Certains travaux affirment que les communautés virtuelles de santé permettent une plus grande proximité et une meilleure interaction avec les patients, notamment ceux situés en zone éloignée (Kriegel *et al.*, 2013). Pour ces raisons, les membres actifs appartenant à ces communautés seraient plus impliqués et plus responsables que les autres malades (Johnston *et al.*, 2013). Il a été démontré que la fréquentation des communautés virtuelles de santé permet d'améliorer la qualité des soins de santé par l'implication soutenue du patient (Wald *et al.*, 2007) et engendre une plus grande responsabilisation des personnes à l'égard de leur santé, parce qu'elle encourage les démarches de prévention et facilite la prise en charge de la maladie (Hesse *et al.*, 2010).

La littérature montre que les communautés virtuelles ont un effet sur le comportement de leurs membres (Kozinets,





Tableau 1 : Les principales caractéristiques des communautés virtuelles.

Caractéristiques	Analyse	Auteurs
Centre d'intérêt commun	Les communautés virtuelles présentent un but, un intérêt commun, une activité commune voire un authentique projet collectif, qui constitue la raison d'être essentielle de l'appartenance à la communauté. Les sujets sont divers et peuvent faire référence à des hobbies, des passions, des passe-temps ou encore des maladies.	Porter (2004) ; Proulx (2006), De Valck, Van Bruggen, et Wierenga (2009) ; Dholakia, Bagozzi et Pearo (2004) ; Gupta et Kim (2004)
Structure organisationnelle	Les communautés virtuelles sont hiérarchisées et présentent des membres ayant des rôles et des fonctions diverses (animateur, modérateur, contributeur, lecteur...).	Akrich et Méadel (2009) ; Bagozzi et Dholakia (2002) ; De Valck, Van Bruggen, et Wierenga (2009)
Participation et implication	Les communautés virtuelles reposent sur une participation active et répétée avec des interactions fréquentes entre les membres du groupe qui ne se connaissent pas toujours de prime abord.	Lee, Vogel, et Limayem (2003) ; Proulx (2006) ; Rheingold (1993) ; Ridings, Gefen et Arinze (2002), De Valck, Van Bruggen, et Wierenga (2009) ; Dholakia, Bagozzi et Pearo (2004)
Contrat social	Les communautés virtuelles reposent sur un « contrat social », véritable socle normatif guidant les échanges entre les membres (échange d'informations, discussion, partage) assurant ainsi le bon fonctionnement de la communauté.	De Valck, Van Bruggen, et Wierenga (2009) ; Kaufman, Edlund, Ford, et Powers (2005) ; Spaulding, (2010) ; Bagozzi et Dholakia, (2002) ; Proulx (2006) ; Ridings, Gefen et Arinze (2002) ; Sproull, Kiesler et Kiesler (1992)
Éloignement géographique	Les communautés virtuelles rallient des individus isolés et épars sur le plan géographique.	Bagozzi et Dholakia (2002), Proulx (2006)
Ressources technologiques	Les communautés virtuelles reposent sur une infrastructure technologique spécifique.	Leimeister, Schweizer, Leimeister et Krcmar (2008) ; Mahr et Lievens, 2012 ; Porter (2004)

2002), notamment en ce qui concerne les attitudes ou la confiance (Ridings *et al.*, 2002). S'appuyant sur une étude sondant les communautés d'ingénieurs, il a été prouvé que la confiance interpersonnelle repose sur le niveau de compétence que

chaque membre accorde aux autres (Ebner *et al.*, 2009). Les moyens numériques modifient les usages et le rapport des uns aux autres. La confiance interpersonnelle n'est pas directement associée aux membres de ces communautés mais à l'expertise que





chaque membre transmet au sein de sa communauté virtuelle.

3. FONDEMENT THÉORIQUE ET CADRE CONCEPTUEL

Les communautés virtuelles sont souvent considérées comme une extension des communautés physiques au sein desquelles les notions de réseau social et de relations sociales sont présentes. Que les réseaux soient physiques ou virtuels ils présentent un point commun, dans la mesure où la confiance constitue une notion centrale fondamentale pour maximiser la communication (Putnam, 1995; Ridings *et al.*, 2002).

3.1. Les effets des communautés virtuelles sur la confiance, la crédibilité et l'attitude

L'émergence de l'Internet dans le domaine de la santé a largement contribué à l'apparition de nouveaux usages et comportements, favorisant une plus grande autonomie des patients dans la gestion de leur santé. Les communautés virtuelles permettent aux patients de partager et d'échanger leurs inquiétudes concernant leurs pathologies. Elles ont ainsi modifié le rapport de ces personnes à la médecine et aux professionnels de la santé (Johnston *et al.*, 2013). Comme nous l'avons vu, l'adhésion des membres à une communauté et les échanges entre ces membres supposent l'existence d'une confiance interpersonnelle (Spaulding, 2010). La confiance appartenant au même réseau nomologique que la crédibilité, il convient donc de préciser la discriminante entre chacun de ces concepts : l'attitude (une forme de comportement), la confiance (entre les membres), mais également la crédibilité (soit la confiance envers l'infrastructure technologique de la

communauté virtuelle et les informations qui émanent de cette dernière).

La confiance a été étudiée dans de nombreux champs de recherche : en psychologie, en sociologie et en sciences de gestion. Bartikowski et Merunka (2015) ont fait le lien entre les approches marketing et celles issues des systèmes d'informations afin de mieux expliquer les relations entre consommateurs et les sites Web marchands. Bartikowski et Merunka (2015) fondent leur réflexion sur les modèles TAM (Davis *et al.*, 1989) et UTAUT (Venkatesh *et al.*, 2003) pour légitimer le lien entre confiance, usage des sites commerciaux en ligne et le comportement d'achat des consommateurs. Venkatesh *et al.*, (2003) insistent sur la mise en perspective de modèles complémentaires portant sur la facilité d'utilisation perçue (PEOU) et l'utilité perçue (PU) qui constituent des prédicteurs du comportement d'usage du site Web. Dans le cadre du modèle UTAUT, ces construits clés sont assimilés à la performance et à l'effort attendu et se définissent comme étant « le degré auquel un individu croit que l'utilisation d'un système l'aidera à atteindre ses bénéfices escomptés » (Venkatesh *et al.*, 2003, p 447). Appliqué aux communautés virtuelles de santé, l'usage associé à l'utilisation des espaces virtuels repose pour partie sur les gains de performance attendus. Ils se traduisent par des bénéfices espérés pour les patients, pouvant être de l'ordre d'une meilleure compréhension des effets secondaires d'un traitement, du partage de connaissances relatives aux dernières innovations thérapeutiques ou dans le but de rompre l'isolement social, causé par la maladie par exemple.

Il semble aujourd'hui admis que la confiance joue un rôle capital dans le maintien des relations à long terme entre deux acteurs (un prestataire de service et un consommateur), et influence positivement le contentement. Il a également été





démontré qu'elle diminue la coopération et l'incertitude ou la propension à se désengager (Morgan et Hunt, 1994). De nombreuses recherches ont démontré que la confiance est un déterminant clé de la fidélisation des consommateurs. Il a également été démontré qu'elle favorise la communication associée à une expérience vécue.

Dans le champ du marketing relationnel, la confiance occupe un rôle déterminant. Elle joue également un rôle stratégique dans la définition des relations patient-médecin (Erdem et Harrison-Walker, 2006). En effet, l'existence d'une confiance interpersonnelle est essentielle au sein des communautés virtuelles et particulièrement pour les communautés virtuelles de santé. Elle est un prérequis à la diffusion de l'information entre les membres de la communauté (Proulx, 2006; Ridings *et al.*, 2002; Sproull *et al.*, 1992) et joue un rôle de régulateur entre les individus et les parties prenantes tout en contribuant à en assurer la pérennité de la communauté.

La confiance interpersonnelle se définit comme la confiance directement accordée aux membres d'une communauté. Contrairement à la confiance, qui repose sur un construit tridimensionnel composé de l'intégrité, de la bienveillance et de la compétence (Bartikowski et Merunka, 2015), la plupart des études traitant de la confiance interpersonnelle en ligne font état de deux dimensions : l'intégrité et la capacité. Pour Hung *et al.* (2011), dans le cadre de contextes communautaires en ligne, la bienveillance et l'intégrité s'harmonisent étroitement et selon les auteurs, la confiance interpersonnelle s'articule autour de l'intégrité et des compétences. Concernant les communautés virtuelles de santé, nous définissons la confiance interpersonnelle comme l'approche coopérative entre les membres d'une communauté, dans le but de commenter les problématiques médicales. La confiance

interpersonnelle se caractérise également par la capacité de ses membres à agir de façon désintéressée et à leur transmettre des informations utiles (Gefen, 1997 dans Ridings *et al.*, 2002).

La confiance interpersonnelle que les membres d'une communauté virtuelle développent entre eux, engendre, entre autres, une confiance accrue à l'égard des professionnels de santé (Camacho *et al.* 2010). Elle constitue un déterminant essentiel de l'engagement des membres d'une communauté afin d'en garantir sa pérennité et son intérêt auprès de ses contributeurs (Leimeister *et al.*, 2005). Il a également été démontré que le recours aux communautés n'est pas sans effets sur la confiance à l'égard du médecin (Van Oerle *et al.*, 2016).

Dans le domaine des services, la confiance interpersonnelle est une variable clé de l'engagement. Elle influence positivement la relation et l'attitude accordée au prestataire de service (Berry, 1995). S'appuyant sur cela, nous nous attendons à ce que la confiance interpersonnelle constitue un facteur déterminant avec la crédibilité perçue et influence l'attitude tant en direction des communautés virtuelles de santé que du médecin. La confiance accordée au médecin résulte de ces précédentes variables.

La crédibilité est définie comme étant le jugement associé aux informations reçues de la part d'un récepteur. Le niveau de persuasion du message transmis est fonction du niveau de crédibilité perçue de la source émettrice de l'information (Hovland et Weiss, 1951). Le concept de crédibilité a fait l'objet d'une attention particulière dans la littérature en gestion, que ce soit en marketing ou en système d'information. Dans le champ des technologies de l'information (TI), de nombreuses recherches ont été menées sur la crédibilité accordée aux sites web ou aux forums en ligne. Selon les auteurs, la crédibilité perçue est un concept identifié comme étant soit unidimensionnel





soit multidimensionnel. Dans le cadre de la diffusion des informations en ligne sur des sites non-transactionnels comme les communautés virtuelles, la crédibilité perçue revêt un caractère essentiel et s'avère liée à la confiance interpersonnelle accordée aux communautés virtuelles de santé (Corritore *et al.*, 2003). Selon Hung *et al.*, (2011) la crédibilité perçue vis-à-vis du site Web est un fort prédicteur de la confiance en ligne. Pour Homer et Kahle (1990), la crédibilité se caractérise par l'expertise, l'objectivité et l'exactitude de l'information apportée aux membres d'une communauté. L'expertise est l'aptitude d'une personne (ou d'un tiers) à transmettre des informations considérées comme crédibles. Elle s'avère d'autant plus élevée que son niveau de compétences est indiscutable. L'objectivité fait quant à elle référence à la description d'une information avec exactitude. Enfin, le concept de fiabilité, évoqué par Hung *et al.* (2011) et leur dimension d'intégrité, désigne la mesure selon laquelle le public cible perçoit les informations comme vraies.,

Wathen et Burkell (2002) établissent une liste de critères consensuels pour estimer la crédibilité d'un site Web dans le domaine de la santé. Quatre principales composantes sont identifiées. La première fait état de la crédibilité expérientielle qui est associée à la connaissance préalable de l'entité détentrice du site Web. La seconde, ou crédibilité de réputation, est relative à la recommandation du site Web par un professionnel de santé. D'autres facteurs complémentaires influencent le niveau de la crédibilité perçue, comme la présentation des différentes sources d'informations et des preuves médicales, qui constituent le troisième groupe de composantes identifiées par Warthen et Burkell (2002). Enfin, une quatrième composante de la crédibilité accordée à un site Web regroupe la présence de publicité et d'espaces promotionnels sur le site Web.

Au sein des communautés virtuelles de santé, la crédibilité est identifiée comme étant stratégique pour deux raisons (Dutta-Bergman, 2004). La première raison repose sur la prise de décision en contexte médical. Les effets associés à une source non valide sur le plan médical peuvent engendrer des conséquences désastreuses. La seconde raison évoque l'image perçue et ses conséquences attitudinales. Des études menées sur les sites Web médicaux montrent que les internautes se contentent souvent de critères facilement et rapidement évaluables tels que le design ou les images présentes sur le site Web (Eysenbach, 2007). Toutefois, tous les internautes et utilisateurs de ces communautés virtuelles ne forment pas leur opinion sur autant de critères ; ils évaluent la crédibilité sur un nombre inférieur de critères, se contentant d'évaluer le design du site Web ou encore la photo de la personne qui diffuse l'information santé.

Un patient qui est à l'aise pour rechercher sur Internet de l'information portant sur la santé aura moins confiance en celle délivrée par un intermédiaire de la santé que celle qu'il trouvera sur les communautés virtuelles et déposée par les apomédiaires, ces membres actifs des communautés virtuelles de santé qui régulent et favorisent la diffusion de l'information médicale (Eysenbach, 2008). Cette co-création de contenu par les membres de ces communautés virtuelles est génératrice de valeur et impacte la confiance interpersonnelle (Cova et Pace, 2006). Appliqué au domaine médical, cela signifie que plus le niveau d'implication et de co-création est élevé, plus le sentiment de confiance interpersonnelle sera fort. Il a été démontré que les bénéfices perçus par les individus à l'égard de la communauté influencent leur attitude, impactent la fréquence de connexion de ses membres et leur confiance à l'égard de la communauté (Jung *et al.*, 2014).





Une information médicale est jugée crédible sur une communauté virtuelle de santé si elle est considérée comme une source de référence pour les usagers et doit servir en priorité les intérêts des membres de cette communauté (Hung *et al.*, 2011). Devant la pluralité des sources d'information santé disponibles sur Internet, une communauté virtuelle sera peut-être davantage jugée comme crédible si elle favorise chez ses membres la diffusion de leurs expertises et connaissances médicales. La crédibilité vis-à-vis des communautés virtuelles de santé repose également sur les notions de sécurisation du site et des données qui y sont échangées. Pour qu'elle soit jugée crédible, une communauté virtuelle de santé doit garantir la protection des informations personnelles de ses membres (Hung *et al.*, 2011).

L'attitude se définit comme une prédisposition à répondre à un objet de manière favorable ou défavorable (Wilkie, 1994). L'attitude est identifiée comme étant essentielle dans les modèles de comportement du consommateur, car elle cristallise les prédispositions d'un individu à agir et se caractérise par des réactions positives ou négatives, selon la théorie de l'action raisonnée (Fishbein, 1980). Les attitudes sont associées à des normes subjectives et déterminent les comportements des personnes. L'attitude se forme à partir des expériences vécues par le consommateur. Elle repose sur le processus cognitif (évaluation d'attributs ou de bénéfices), affectif (amour, haine, joie, peur, etc.) et conatif (favorisant le passage à l'action).

La recherche d'information constitue le premier facteur explicatif poussant les individus à aller les fréquenter les communautés virtuelles (Shan *et al.*, 2006). Il a été démontré que le partage d'expériences entre membres et la possibilité de trouver des réponses à leurs questions contribuent à la construction d'attitudes variables vis-à-vis des sites émetteurs de ces

informations (Bronner et de Hoog, 2011). Ces caractéristiques associées aux sites Web sont transposables aux communautés virtuelles de santé.

Les travaux s'étant intéressés à l'attitude des utilisateurs de systèmes d'information ont permis le développement du modèle TAM (Davis, 1989 ; Davis, *et al.*, 1989). Les travaux de Davis (1989) ont été menés afin d'expliquer les raisons pour lesquelles les utilisateurs adoptent ou non les technologies de l'information. En s'appuyant sur les théories de l'action raisonnée de Fishbein (1980), l'auteur identifie deux antécédents principaux ; d'une part, la facilité d'utilisation perçue (PEOU) et d'autre part, l'utilité perçue par l'utilisateur (PU). Des versions améliorées de ce modèle ont été utilisées dans le domaine de la santé pour comprendre l'adoption des systèmes d'information sur la santé et des systèmes d'information clinique (Marangunic et Granic, 2015).

Plusieurs construits complètent l'approche portant sur les déterminants de l'attitude vis-à-vis des sites. Des recherches antérieures ont été sources de contributions significatives, en intégrant la confiance comme déterminant de l'attitude (McCole *et al.*, 2010) et plus spécifiquement la confiance interpersonnelle véhiculée à travers les réseaux sociaux. Pour Hung *et al.* (2011), la crédibilité perçue vient compléter ce modèle explicatif de l'engagement des communautés virtuelles. Ces concepts déterminent de façon conjointe l'attitude qui sera concédée à l'égard de ces communautés virtuelles et du médecin, dans le but de leur accorder un niveau de confiance variable.

4. LE MODÈLE DE RECHERCHE

Le modèle théorique que nous testons est présenté dans la figure 1 ci-dessous.



Il sert à valider une structure générale de relations causales, entre les variables mesurant des dimensions basées à la fois sur la technique (la crédibilité à l'égard de la plateforme, l'attitude à l'égard de la plateforme) et l'humain (la confiance interpersonnelle, la confiance à l'égard du médecin, l'attitude à l'égard du médecin). En lien avec la littérature, l'accroissement des connaissances médicales diffusées au sein des communautés virtuelles de santé modifie l'attitude et la confiance accordées au médecin (Van Oerle *et al.*, 2016). Les communautés virtuelles de santé rivalisent donc avec l'information délivrée par les médecins, tant au niveau des valeurs cognitives (connaissance de la pathologie, des protocoles, etc.) qu'affectives (écoute et empathie) ou conatives (en poussant les membres à opter pour un nouveau traitement, en prenant rendez-vous avec un spécialiste, etc.). Les communautés virtuelles posent la question de la place de la confiance accordée au médecin. Il est aussi légitime d'étudier l'attitude d'un membre à l'égard de la communauté virtuelle de santé, mais aussi à l'égard du médecin. Enfin, les liens entre confiance interpersonnelle et crédibilité perçue des communautés virtuelles de santé sont étudiés afin de compléter le modèle de recherche.

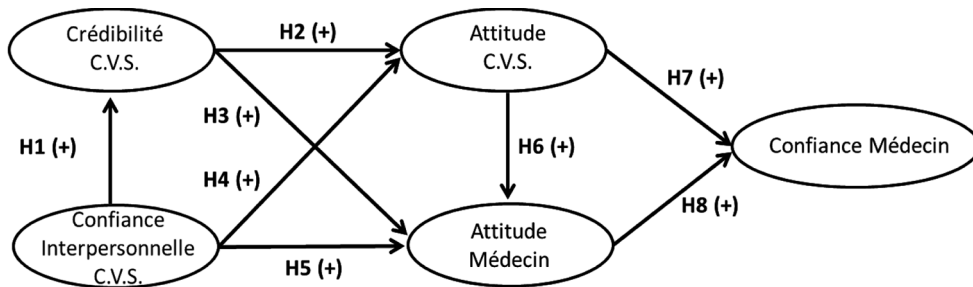
Le modèle présente également les liens entre les variables et les sens des hypothèses de recherche que nous testons.

Les effets de la confiance interpersonnelle sur la crédibilité de la communauté virtuelle

La confiance des membres de la communauté virtuelle les uns envers les autres – que certains auteurs dénomment confiance interpersonnelle (Hung *et al.*, 2011; Leimeister *et al.*, 2005) – doit permettre d'améliorer la communication entre les participants du groupe, tout en attirant de nouveaux membres et en accroissant leur intérêt pour la communauté. Cette dynamique repose sur le capital social développé par la communauté virtuelle. Chaque membre de la communauté virtuelle y adhère pour déposer ou aller chercher de l'information auprès des membres et participer activement aux échanges de la communauté virtuelle, afin de combler leurs besoins en matière de connaissances médicales (Hou et Shim, 2010).

Même si peu de recherches font état de cette relation entre la confiance et la crédibilité, qui présentent toutefois des résultats contrastés en confondant confiance et crédibilité ou en établissant un

Figure 1 : Le modèle de recherche proposé.



C.V.S. : Communauté Virtuelle de Santé



lien entre ces deux variables (Fogg *et al.*, 2003), quelques études mettent en relief l'impact de la crédibilité sur la confiance en contexte d'information santé disponible en ligne (Corritore *et al.*, 2007). La crédibilité des « consommateurs » se forge en se basant sur des variables comme l'expertise et l'honnêteté des pourvoyeurs d'information santé. Les travaux de Corritore *et al.* (2007) menés auprès d'utilisateurs d'un site Web santé montrent que la crédibilité a une influence sur la confiance, validant ainsi des recherches antérieures (Sillence *et al.*, 2004). Étudiant les relations entre les mêmes variables, mais dans le contexte d'une communauté virtuelle dédiée aux personnes atteintes de cancer, Leimeister *et al.* (2005) ont trouvé un lien positif entre la confiance interpersonnelle et la crédibilité à l'égard de la communauté virtuelle.

En raison du caractère plus impliquant des membres d'une communauté virtuelle de santé (voir les caractéristiques présentées dans la section précédente), nous pensons que ce lien entre crédibilité de la communauté virtuelle et confiance entre les membres de la communauté (confiance interpersonnelle) mérite une investigation supplémentaire. Nous émettons par conséquent l'hypothèse suivante :

H_1 : La confiance à l'égard des membres de la communauté virtuelle influe positivement sur la crédibilité des membres à l'égard de la communauté virtuelle.

Les effets de la crédibilité à l'égard de la communauté virtuelle sur l'attitude à l'égard de la communauté virtuelle

S'appuyant sur une étude menée auprès d'utilisateurs de communautés virtuelles dédiées au voyage, Chung et Buhalis (2008) ont démontré que les communautés

virtuelles constituent des sources d'informations prépondérantes et crédibles pour appuyer la prise de décisions des membres. Des propos similaires émanent d'autres travaux. Les consommateurs jugent le contenu des médias selon un niveau de crédibilité différent et les classent en fonction d'un ordre hiérarchique. Les informations n'ont pas toutes la même importance ; lorsqu'ils recherchent une information santé, celle émanant des communautés virtuelles de santé est jugée plus crédible que celle émanant des sites Web (Wang *et al.*, 2008).

La littérature sur les communautés virtuelles montre que les attitudes justifiant la fréquentation des communautés virtuelles sont nombreuses. Certains membres consacrent du temps aux communautés virtuelles pour y rechercher de l'information (Angehrn, 1997), d'autres apprécient les échanges et les interactions avec les adeptes apparentés (Bagozzi et Dholakia, 2002 ; Dholakia *et al.*, 2004 ; Wang et Fesenmaier, 2004). Une autre catégorie d'attitudes s'explique par le besoin d'appartenance à un groupe, le partage d'émotions et la satisfaction d'appartenir à un groupe (Wang et Fesenmaier, 2004). Nous pensons qu'il est également utile de vérifier ce lien de manière explicite pour les communautés virtuelles de santé. Nous proposons l'hypothèse suivante :

H_2 : Plus un patient considère la communauté virtuelle de santé comme crédible, plus il développe une attitude positive à son égard.

Les effets de la crédibilité à l'égard de la communauté virtuelle sur l'attitude à l'égard du médecin

Avant l'accès aux communautés virtuelles de santé, de nombreux médecins estimaient que les patients n'avaient pas le bagage intellectuel nécessaire pour comprendre les enjeux des décisions médicales, qu'il





s'agisse de conseils ou de l'acceptation de mauvaises nouvelles ; il était donc préférable de maintenir les patients dans l'ignorance (McMullan, 2006). Ce point de vue convergeait avec la perception selon laquelle l'information santé disponible sur Internet était considérée comme peu fiable, lacunaire et partielle (Bernhardt *et al.*, 2002). Si une information captée sur Internet peut avoir des conséquences sur le plan social, personnel ou financier de l'individu, l'appréhension d'une information santé jugée peu crédible peut avoir des conséquences dramatiques pouvant entraîner la mort (Eysenbach, 2007). Grâce à l'augmentation de la diffusion de l'information santé sur le Web, on a assisté à un changement d'attitude chez certains patients, qui naviguent plus souvent sur Internet à la recherche d'informations médicales pour leurs propres besoins ou ceux de leurs proches. Le développement d'un Web collaboratif et l'apparition des communautés virtuelles a changé cette donne. Ainsi, la participation aux communautés virtuelles de santé procure des avantages sociaux indéniables en regroupant des patients vivant les mêmes symptômes, brisant l'isolement, favorisant la compréhension mutuelle, partageant conseils, suggestions et logistique ainsi que soutien social (Frost et Massagli, 2008). La crédibilité de l'information émane des membres de la communauté, qui jouent le rôle de gardiens et filtrent, distribuent, analysent, commentent ou rapportent cette information (Akrich et Méadel, 2009). Pour être crédible toutefois, une communauté virtuelle doit être considérée comme une source d'expertise d'information, un point de référence, dont les membres diffusent de l'information dans leur intérêt ; elle doit en outre gérer l'information fournie par ses membres (Hung *et al.*, 2011). Ainsi, les patients se tournent aussi de plus en plus fréquemment vers les réseaux sociaux pour y collecter une information santé ; ils deviennent plus impliqués et responsables

de leur santé, et les conséquences se matérialisent par des relations patients-médecins améliorées (Kim et Kim, 2009). Une amélioration de la relation patient-médecin a aussi été démontrée auprès des individus qui se renseignent en ligne sur la santé (Iverson *et al.*, 2008). Ainsi, même s'il ressort que l'obtention de l'information santé par le truchement d'Internet est plus facile et plus rapide, cette dernière ne saurait remplacer celle émise par un médecin (Griffiths *et al.*, 2012) mais viendrait la compléter.

Ces travaux montrent donc un changement d'attitude chez les personnes qui fréquentent les communautés virtuelles, ce qui engendre un comportement nouveau et plutôt positif pour elles et la communauté. Il nous semble pertinent de mesurer la relation entre l'attitude des patients fréquentant les communautés virtuelles et celle à l'égard du médecin. En ce sens, nous posons l'hypothèse suivante :

H₃ : Plus un patient considère la communauté virtuelle de santé comme crédible, plus il développe une attitude positive à l'égard du médecin.

Les effets de la confiance interpersonnelle sur l'attitude à l'égard de la communauté virtuelle

Le développement rapide des technologies d'information et l'engagement des internautes pour chercher et échanger de l'information a permis aux consommateurs de co-crée et d'être plus responsables dans le partage de leurs découvertes sur les différents outils à leur disposition : forums, réseaux sociaux, communautés virtuelles. En l'absence d'organisations commerciales, les supports virtuels à la base d'une communication peer-to-peer ont engendré des échanges entre individus. Les besoins exprimés par les uns étant comblés par d'autres, la nature objective de





l'information fournie est la caractéristique souhaitée par les membres. En ce sens, la confiance à l'égard des autres membres (confiance interpersonnelle) est cruciale (Chung et Buhalis, 2008). Les résultats de leur étude démontrent que, si les individus font confiance aux membres d'une communauté virtuelle, on assistera à une modification de leur attitude en termes d'une plus grande appartenance et d'une participation plus importante à cette communauté (Chung et Buhalis, 2008). Nous souhaitons vérifier ce lien dans le cas d'une communauté virtuelle de santé, et posons l'hypothèse suivante :

H_4 : Plus un patient fait confiance aux autres membres de la communauté virtuelle de santé, plus il développe une attitude positive à l'égard de la communauté virtuelle de santé.

Les effets de la confiance interpersonnelle sur l'attitude à l'égard du médecin

La confiance interpersonnelle joue un rôle essentiel au sein d'une communauté virtuelle dans la mesure où les membres ont des relations entre eux, mais ne se voient pas. La confiance interpersonnelle affecte aussi l'environnement et les autres membres de la communauté dans l'ensemble, mais pas une personne en particulier. Dans les communautés virtuelles, la confiance interpersonnelle impacte certaines attitudes comme le fait de donner ou de partager de l'information (Ridings *et al.*, 2002). Tung *et al.*, (2001) ont démontré que l'implication des membres au sein d'une communauté virtuelle et le développement de la confiance entre les membres impactaient certaines attitudes, comme une recherche plus abondante d'informations. Ces résultats ont été validés par Lu, Zhao et Wang (2010), dans un contexte de communautés virtuelles de marques : la confiance interpersonnelle

affecte l'attitude des membres en matière de recherche d'information et d'intention d'achat auprès du propriétaire de la communauté. En matière de santé, de récents travaux ont démontré que la fréquentation importante d'une communauté virtuelle de santé impactait positivement l'attitude à l'égard du médecin (Menvielle *et al.*, 2016).

Dans le secteur de la santé, nous pensons que le domaine d'activité peut être assimilable au monde médical. Nous souhaitons donc tester cette relation sur la base de la confiance entre les membres de la communauté virtuelle et l'attitude des membres à l'égard de leur médecin, et émettons l'hypothèse suivante :

H_5 : Plus un patient fait confiance aux autres membres de la communauté virtuelle de santé, plus il développe une attitude positive à l'égard du médecin.

Les effets de l'attitude à l'égard de la communauté virtuelle sur l'attitude à l'égard du médecin

L'accès à l'information santé disponible sur Internet a permis de modifier la relation entre les patients et leurs médecins, en permettant aux premiers d'accéder à de l'information médicale améliorant leurs connaissances des maladies et des traitements, minimisant ainsi le fossé des connaissances entre ces deux acteurs (Powell *et al.*, 2003). Les résultats de l'étude de Lu *et al.* (2011) ont mis en évidence une corrélation positive entre la fréquentation des communautés virtuelles et la relation avec le médecin. Pour les femmes atteintes de cancer du sein, la fréquentation des communautés virtuelles permettait de s'informer, de s'impliquer plus activement dans la prise de décisions au sujet de leur maladie et d'améliorer leur relation avec leur médecin. Les communautés virtuelles de santé apportent, à l'instar d'Internet, de



nombreux bénéfiques (augmentation et amélioration des connaissances santé, réduction de l'éloignement avec d'autres malades ou soignants et centralisation de l'information santé à destination des soignants) permettant l'amélioration de l'attitude des malades à l'égard du médecin disposé à fournir des soins plus personnalisés (van der Eijk *et al.*, 2013). Certains travaux montrent d'ailleurs que les échanges au sein des communautés virtuelles fournissent des conseils constructifs et incitent notamment aux patients de consulter un médecin plutôt que de tenter de proposer un diagnostic ou de donner des conseils médicaux (Huh, 2015).

Nous pensons ainsi qu'il existe un lien entre les attitudes que les patients déploient au sein des communautés virtuelles et celles qu'ils ont à l'égard de leur médecin, et proposons l'hypothèse suivante :

H_6 : Plus un patient a une attitude favorable à l'égard de la communauté virtuelle de santé, plus il développe une attitude positive à l'égard du médecin.

Les effets de l'attitude à l'égard de la communauté virtuelle sur la confiance à l'égard du médecin

Le médecin reste la source principale d'information santé, faisant figure d'autorité et jouant également le rôle de filtre pour l'information médicale (Akerkar et Bichile, 2004). Des études redoutent toutefois une rupture du contrat de confiance entre le patient fréquentant les communautés virtuelles de santé et le médecin (Méadel et Akrich, 2011). Il faut cependant approfondir ce constat, dans la mesure où Internet ne peut remplacer ni une consultation médicale ni la concurrencer. Pour plusieurs raisons (manque de connaissances médicales des patients, paternalisme de certains médecins, manque de temps accordé par les médecins à l'égard de leurs patients),

les patients cherchent des informations sur les réseaux sociaux afin de se documenter et de discuter « en connaisseurs » de leurs pathologies (Dedding *et al.*, 2011). L'autorité médicale n'est pas remise en cause par les communautés virtuelles ou autres sites d'informations ; elle est au contraire partagée, modifiant ainsi cette asymétrie d'information. En effet, les patients désireux d'obtenir de l'information médicale choisissent Internet car il s'agit du média le plus pratique: il est gratuit et facilement accessible (Hardey, 2004). L'auteur stipule d'ailleurs qu'Internet « n'indique pas nécessairement une perte de confiance dans la médecine, mais témoigne plutôt d'un engagement personnel dans les soins et d'une auto responsabilisation face aux décisions médicales » (Hardey, 2004, p 29).

En effet, même si certains auteurs louent les vertus de la recherche d'information sur Internet et son impact sur le rapport patient-médecin (meilleure information apportée par le patient, meilleure utilisation du temps de consultation, consentement plus éclairé de la part du patient, participation aux soins plus prégnante, etc.), il n'en demeure pas moins que certains médecins y voyaient un manque de confiance du patient à leur égard, au bénéfice de la plateforme virtuelle (Wald *et al.*, 2007). Des divergences semblent donc exister à propos de la confiance ; certaines études montrent des antécédents positifs, d'autres négatifs. Nous partons du principe que les communautés virtuelles permettent un échange d'informations important entre leurs membres. Qui plus est, la forte implication des membres de ces communautés contribuerait à l'établissement de liens positifs de l'attitude (à l'égard de la plateforme virtuelle ou du médecin) sur la confiance vis-à-vis du médecin. Nous posons ainsi l'hypothèse suivante :

H_7 : Plus un patient fait confiance aux autres membres de la communauté virtuelle de



santé, plus il développe une attitude positive à l'égard du médecin.

Les effets de l'attitude à l'égard du médecin sur la confiance à l'égard du médecin

La confiance est un élément essentiel à la relation patient-médecin (Thom et Campbell, 1997). Un patient exprime de la confiance en son médecin lorsque ce dernier lui semble compétent, intègre et bienveillant, c'est-à-dire lorsque les intérêts du patient passent avant ceux du médecin (Doney et Cannon, 1997). Il est possible de comparer la relation patient-médecin à une relation contractuelle dans laquelle le patient et le médecin peuvent être respectivement assimilés au demandeur et au prestataire de l'offre de services. En ce sens, des études ont démontré que le niveau d'engagement du consommateur et la confiance dans le prestataire de services étaient des éléments clés pour l'établissement de bonnes relations (Morgan et Hunt, 1994). Les travaux de Gummerus *et al.* (2004), adaptés au cas des plateformes de santé en ligne, démontrent toute l'importance de l'établissement de la confiance en direction des patients utilisateurs de ces espaces. Ces recherches portant sur la confiance utilisent les instruments de mesure proposés par Doney et Cannon (1997), démontrant toute la pertinence de la validité des données obtenues, et apparaissent comme les plus abouties. Enfin, la grande majorité des patients souhaitent avoir de bonnes relations avec leur médecin (Berry *et al.*, 2008). La littérature liée à la santé montre que cette relation contient deux éléments : la confiance et les attitudes. Pour les patients, une attitude positive chez un médecin repose sur l'écoute des malades, l'attention portée aux malades et à leurs pathologies, l'explication des protocoles à mettre en œuvre pour traiter les

causes et symptômes, la compassion et la minutie (Safran, 2003 ; Thom et Campbell, 1997).

H8 : Plus un patient a une attitude positive à l'égard de son médecin, plus il a confiance en son médecin.

5. LA MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Dans le cadre du recours aux communautés en ligne de patients, cette recherche vise à étudier les relations causales relatives à la crédibilité envers la plateforme Internet, la confiance interpersonnelle, l'attitude envers la plateforme Internet, l'attitude envers le médecin et la confiance accordée à ce dernier, suite à l'utilisation de ces communautés virtuelles de santé. Pour cela, nous avons mené une enquête par questionnaire auto-administré accessible en ligne auprès de patients et utilisateurs français de communautés virtuelles médicales de type Carecity, ou BePatient. L'exploitation d'une étude en ligne via le logiciel Qualtrics nous a donné la possibilité de randomiser les items de cette étude, permettant de réduire les effets de distorsion dans le cadre de l'étude menée. Par conséquent nous avons pu réduire l'imprécision et avoir un meilleur contrôle sur l'objet étudié (Teas et Wong, 1996).

Dans le cadre de cette recherche, nous avons sollicité des associations de patients et des groupements de malades et de proches aidants pour diffuser le questionnaire. Les réponses jugées incomplètes ont été supprimées, nous permettant d'aboutir à un échantillon final de 478 répondants, jugé utilisable dans le cadre de cette étude. L'échantillon comporte finalement 57,9 % de femmes et 42,1 % d'hommes. Cette répartition et cette plus grande présence des femmes en ligne est proche des tendances identifiées par d'autres chercheurs



concernant l'usage d'Internet dans le but de rechercher des informations médicales ; les femmes cherchent une information médicale pour elle et leur famille (Ybarra et Suman, 2006). Notons que l'âge moyen des répondants est de 31 ans, avec une population interrogée âgée de 18 à plus de 65 ans. Près d'un quart des répondants ont déclaré être atteints d'une pathologie chronique, dont un répondant sur trois depuis au moins 10 ans ; près de 10 % d'entre eux sont nés avec cette maladie chronique. L'ensemble des données relatives à la présentation de

l'échantillon étudié est consigné dans le tableau 2 ci-après. Enfin, dans le respect des règles éthiques et déontologiques, la collecte de données s'est faite de façon anonyme et confidentielle.

Dans le cadre de notre modèle de recherche, nous avons considéré la crédibilité envers la plateforme Internet relative aux communautés en ligne de patients et la confiance interpersonnelle accordée aux échanges entre utilisateurs de ces plateformes médicales comme des variables

Tableau 2 : Informations sociodémographiques et état de santé des répondants.

Variables de contrôle	% de la population étudiée
Informations sociodémographiques	
Genre	
Homme	42,1 %
Femme	57,9 %
Age	
De 18 à 65+	31,15 ans
Education	
Lycée	11,1 %
Bac+1	12,1 %
Bac+2	17,9 %
Bac+3	17,3 %
Bac+4	25,3 %
Bac+5	11,9 %
> Bac+5	4,3 %
Statut Social	
Employé	83,9 %
Sans activité	16,1 %
Etat de santé	
Maladie chronique déclarée	23,8 %
Pas de maladie chronique déclarée	76,2 %
Antériorité de la maladie	
< 1 an	5,5 %
[1 à 3 ans [14,7 %
[3 à 5 ans [7,3 %
[5 à 7 ans [15,6 %
[7 à 10 ans [11%
> 10 ans	36,7%
Je suis né avec	9,2%



exogènes. Les autres concepts sont considérés comme des variables endogènes et font état de l'attitude vis-à-vis des communautés virtuelles de santé et du médecin, ainsi que de la confiance qui est accordée au professionnel de santé. Le questionnaire spécifiquement développé pour les besoins de cette étude a été pré-testé auprès d'une quarantaine d'utilisateurs de communautés virtuelles de santé. Dans le cadre des procédures communément admises (ACP avec rotation varimax), nous avons procédé à l'épuration des items pouvant créer des difficultés en termes de qualité de l'information obtenue. Les instruments de mesure mobilisés s'inscrivent dans un contexte spécifique associé au médical et font l'objet d'une adaptation dans le domaine francophone (Churchill, 1979) ayant conduit à une seconde phase d'épuration des construits. Les échelles de mesure des construits mobilisés ont été adaptées de la littérature en marketing et en sociologie.

Les items de mesure utilisés reposent sur des échelles de Likert en sept points (1 = pas du tout d'accord ; 7 = tout à fait d'accord). Les construits relatifs à la confiance interpersonnelle (5 items ; structurés autour des compétences et de l'intégrité) et à la crédibilité à l'égard de la communauté virtuelle de santé (4 items ; structurés autour de l'expertise et de l'intégrité) ont été adaptés de Hung *et al.* (2011). La mesure de l'attitude à l'égard de la plateforme (4 items) est adaptée de Bagozzi et Dholakia (2002), sur la base d'échelles sémantiques différentielles en sept points. Le construit relatif à l'attitude à l'égard du médecin (4 items) a été adapté d'Oliver (1980) et repose aussi sur une échelle sémantique différentielle en sept points. Le construit portant sur la confiance à l'égard du médecin (8 items) est adapté de Doney et Cannon (1997). Les échelles de mesure mobilisées dans le cadre de cette recherche ont été sélectionnées de façon scrupuleuse, sur la base de leurs qualités psychométriques. Les indices de fiabilité des

construits originels retenus varient entre,82 pour les indices les plus faibles et,95 pour les indices les plus élevés. Les échelles issues des recherches de Hung *et al.* (2011) portant sur la confiance interpersonnelle et la crédibilité à l'égard de la plateforme, présentaient des indices de fiabilité compris réciproquement entre,95 et,93. Les construits mobilisés par Bagozzi et Dholakia (2002) comportaient un indice de fiabilité de,88. En ce qui concerne l'échelle d'Oliver (1980), les indicateurs de fiabilité étaient de,82. Pour ce qui est du construit issu des travaux de Doney et Cannon (1997), le niveau de fiabilité comportait un des indices les plus élevés de l'ensemble des construits mobilisés, avec un score de,94. Par la suite, nous avons procédé à l'épuration des échelles selon les procédures en vigueur. Celles sont consignées dans la partie destinée à la présentation de nos résultats. Nous proposons en annexe une présentation de l'ensemble des construits et des items mobilisés dans le cadre de cette recherche.

Différentes variables de contrôle ont été mobilisées. Les variables telles que l'âge, le niveau d'éducation, l'antériorité de la maladie et l'état de santé du répondant ont constitué des variables de contrôle. Concernant ce dernier point, afin d'éviter d'éventuels biais déclaratifs, nous avons pris le soin de lister les principales pathologies chroniques sur la base de la Classification Internationale des Soins Primaires (International Classification of Primary Care - ICPC). Cette étape a été complétée par des questions ouvertes, où les répondants ont été invités à inscrire la pathologie (ou les pathologies) dont ils souffraient. Plusieurs types de pathologies chroniques ont été recensés dans le cadre de cette recherche, allant de maladies plus communes comme l'asthme, les allergies, le diabète, la maladie cœliaque ou l'hypertension, à des maladies moins courantes, comme la maladie de Verneuil.



Dans le cadre de l'élaboration de notre questionnaire, nous avons procédé à diverses précautions pour limiter les biais de méthode, en recourant à la randomisation des items mobilisés respectant les recommandations émises par Feldman et Lynch (1988). Afin de s'assurer de l'absence de biais de variance commune, nous avons procédé au test d'Harman comme suggéré par Podsakoff *et al.* (2003). Ce test permet d'écarter tout biais lié à une variance commune au sein des construits étudiés et s'avère concluant.

6. LES RÉSULTATS

L'ensemble des hypothèses ont été testées au moyen d'équations structurelles, sur le principe du Maximum de Vraisemblance (Maximum of Likelihood) reposant sur la procédure de bootstrap via le logiciel SPSS-AMOS 23. Ce test permet de s'assurer de la stabilité des données observées et s'avère moins sensible aux éventuels problèmes de multinormalité (Zhang *et al.*, 2010). L'analyse des résultats se fonde sur les indices et coefficients standardisés du modèle testé comme recommandé par Hu et Bentler (1998). Les hypothèses relatives au modèle proposé ont été testées en une fois, afin d'identifier de la façon la plus fine possible les relations entre les concepts mobilisés.

Pour conduire cette recherche, les instruments de mesure mobilisés ont subi une procédure en deux étapes. La première étape a porté sur l'épuration des échelles dont les items avaient un niveau de corrélation inférieur à 0,3. Puis, dans un second temps, suivant les recommandations émises par Steenkamp et Van Trijp (1991), une analyse factorielle confirmatoire a été menée, permettant de procéder à l'évaluation de la validité convergente et discriminante du modèle testé (Steenkamp et Van Trijp, 1991).

Validité du modèle de recherche et indices d'ajustement

L'analyse factorielle confirmatoire a suivi le principe énoncé par (Hu et Bentler, 1998) s'assurant de la qualité de l'information et des données collectées. Le modèle testé présente des indices d'ajustements ($\chi^2 = 273,391$ avec 122 ddl, $\chi^2/\text{ddl} = 2,241$; CFI = 0,975 ; NFI = 0,957 ; TLI = 0,969 ; RMSEA = 0,049 ; RMR = 0,058) de meilleure qualité comparativement au modèle a priori ($\chi^2 = 651,526$ avec 128 ddl, $\chi^2/\text{ddl} = 5,090$; CFI = 0,915 ; NFI = 0,957 ; TLI = 0,969 ; RMSEA = 0,089 ; RMR = 0,168). Les indices de validité du modèle sont consignés dans le tableau 3.

Fiabilité des instruments de mesure

Les principaux indices et construits mobilisés sont consignés dans le tableau 4. Les indices de fiabilité Alpha de Cronbach (α) se situent tous au-delà des normes minimales recommandées (Nunnally, 1978), oscillant entre 0,771 et 0,926. Conformément aux recommandations énoncées par Fornell et Larcker (1981), la validité convergente du modèle repose sur l'analyse de la variance moyenne extraite (AVE), l'indice de fiabilité composite (CR) ainsi que des coefficients de saturation.

Validité convergente et discriminante

Le tableau 5 ci-après indique que la validité convergente est supportée par le modèle, étant donné que la variance moyenne extraite (AVE) est supérieure à 0,50 pour chacun des construits. Ceci sous-tend le fait que la variance de chaque construit est mieux expliquée par les mesures proposées que par l'erreur qui lui est associée (Fornell et Larcker, 1981). La fiabilité composite (CR) doit être supérieure à la variance moyenne extraite (AVE) de chaque construit, ce qui est ici notre cas, et vient confirmer la validité convergente des construits. Pour ce qui est de la validité discriminante, les données indiquent que chaque construit est plus

Tableau 3 : Indicateurs principaux du modèle testé.

	Normes	Modèle testé
Indices d'ajustement		
χ^2	le plus faible possible	273,391 (0,000)
χ^2/ dl		2,241
GFI	≥ 0,9	0,946
AGFI		0,924
RMR	≤ 0,1	0,058
RMSEA	≤ 0,05	0,049
SRMR	Proche de 0	0,0435
Indices incrémentaux		
NFI	≥ 0,9	0,957
RFI		0,946
IFI		0,976
CFI		0,975
CAIC/CAICs*	624,069 < 1237,754	

* Comparaison entre l'indice CAIC du modèle testé et le CAIC du modèle saturé (CAICs). L'indice CAIC du modèle testé doit être inférieur à l'indice CAICs du modèle saturé.

Tableau 4 : Construits, Items, AFC et qualités psychométriques du modèle de mesure.

(N=478)

Items et construits	Moyenne	SL (λ)	SD (σ)	Alpha de Cronbach (α)
<i>Crédibilité à l'égard de la communauté virtuelle (CVS)</i>				
Les communautés en ligne de patients donnent des informations dont j'ai besoin	4,11	0,886	1,222	
Les informations fournies par les communautés en ligne de patients sont exactes	3,62	0,773	1,170	0,771
Les communautés en ligne de patients ne font pas mauvais usage des informations personnelles	4,16	0,640	1,086	
<i>Confiance interpersonnelle à l'égard des informations postées sur les communautés virtuelles de santé (CVS)</i>				
Les commentaires laissés par les membres des communautés en ligne de patients sont faciles à comprendre	4,63	0,574	1,169	
Les membres des communautés en ligne de patients donnent des réponses honnêtes et sincères aux questions posées	4,30	0,875	1,212	0,786
Les membres des communautés en ligne de patients veulent partager leurs expériences vis-à-vis de la maladie	5,26	0,697	1,122	

Items et construits	Moyenne	SL (λ)	SD (σ)	Alpha de Cronbach (α)
Attitude à l'égard de la communauté virtuelle de santé (CVS)				
Concernant les communautés de patients que vous consultez régulièrement, vous diriez que vous avez une attitude : Mauvaise // Bonne à l'égard de ces sites	4,16	0,868	1,166	
Concernant les communautés de patients que vous consultez régulièrement, vous diriez que vous avez une attitude : Négative // Positive à l'égard de ces sites	4,07	0,949	1,159	0,907
Concernant les communautés de patients que vous consultez régulièrement, vous diriez : Je ne recommanderais pas ces sites // je recommanderais ces sites	3,82	0,822	1,244	
Attitude Médecin				
Votre attitude à l'égard de votre médecin est : Défavorable // Favorable	6,16	0,777	,975	
Votre attitude à l'égard de votre médecin est : Mauvaise // Bonne	6,12	0,906	,949	
Votre attitude à l'égard de votre médecin est : je ne recommanderais pas mon médecin // je recommanderais mon médecin	5,94	0,902	1,346	0,862
Votre attitude à l'égard de votre médecin est : Ne m'incite pas à retourner le consulter // M'incite à retourner le consulter	5,67	0,561	1,441	
Confiance Médecin				
Mon médecin tient ses promesses	5,57	0,800	1,093	
L'information fournie par mon médecin est crédible	5,88	0,817	1,044	
Mon médecin est réellement préoccupé par l'amélioration de mon état de santé	5,69	0,870	1,255	0,926
Mon médecin sait évaluer ce qui est le mieux pour ma prise en charge	5,72	0,893	1,109	
Mon médecin est digne de confiance	5,97	0,887	1,090	

N = 478

SL = Standard loadings; SD = Standard deviation

corrélé avec ses propres mesures (variables manifestes) qu'avec les autres construits (variables latentes). L'indice MSV (Shared maximum Squared Variance) est inférieur à la variance moyenne extraite (AVE) ce qui est notre cas. Concernant l'indice ASV (Square Score moyen Shared Variance), il doit être systématiquement inférieur à la variance moyenne extraite (AVE) pour

chacun des construits, soutenant donc la validité discriminante, en conformité avec les propos énoncés par Fornell et Larcker (1981). L'ensemble de ces indices consignés dans le tableau ci-après plaident en faveur du modèle proposé.

Dans la continuité des travaux de Fornell et Larcker (1981) l'examen de la validité discriminante repose sur un niveau de



Tableau 5 : Indices de validité convergente.

	<i>CR</i>	<i>AVE</i>	<i>MSV</i>	<i>ASV</i>
Crédibilité à l'égard de la communauté virtuelle (CVS)	0,814	0,597	0,510	0,216
Attitude à l'égard de la communauté virtuelle (CVS)	0,912	0,777	0,353	0,161
Attitude Médecin	0,872	0,638	0,569	0,144
Confiance Médecin	0,931	0,730	0,569	0,144
Confiance interpersonnelle à l'égard des informations postées sur les communautés virtuelles de santé (CVS)	0,764	0,527	0,510	0,204

Note : CR : Composite Reliability
 AVE : Average Variance Extracted
 MSV : Maximum Shared Squared Variance
 ASV : Average Shared Square Variance

corrélation entre le construit étudié et les autres construits du modèle inférieur à la racine carrée de l'AVE du construit. Les éléments consignés dans le tableau 6 ci-après, présentent les indices de corrélations des construits. Dans le cas du modèle étudié, l'ensemble des construits mobilisés présente une validité discriminante satisfaisante.

Modèle de recherche testé

En complément des différents indices d'ajustement du modèle, nous avons complété notre analyse en procédant au test de McQuitty (2004) afin de mesurer le

pouvoir statistique Π du modèle étudié, dans le but d'estimer le risque d'une fausse validation des hypothèses dans le cadre du recours aux équations structurelles. Ce principe repose sur le fait que l'indice Π doit être au moins égal à 0,80 pour éviter une fausse validation des hypothèses liées à notre analyse (McQuitty, 2004). Dans le cas présent, nous disposons de : 122 ddl et $N = 478$. Par conséquent, dans le cadre de notre recherche, la valeur calculée de Π est largement supérieure à 0,90 et dépasse la norme minimale requise de 0,80. Le risque d'accepter un modèle faux dans le cadre de notre étude s'avère extrêmement faible.

Tableau 6 : Corrélations.

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Crédibilité à l'égard de la communauté virtuelle (CVS) (1)	0,773				
Attitude Médecin (2)	-0,018	0,799			
Confiance Interpersonnelle à l'égard des informations postées sur les communautés virtuelles de santé (CVS) (3)	0,714	0,091	0,726		
Confiance Médecin (4)	-0,001	0,754	0,076	0,854	
Attitude à l'égard de la communauté virtuelle (CVS) (5)	0,594	0,011	0,541	-0,002	0,881



Les résultats du modèle testé, reposant sur une procédure de bootstrap avec comme fonction d'ajustement le Maximum de Vraisemblance (M L), montrent que la confiance interpersonnelle au regard des utilisateurs postant des messages sur les communautés virtuelles de patients a un effet positif significatif sur la crédibilité accordée à ces espaces et plateformes virtuelles (H1 : $\beta = 0,754$ $p = 0,000$). L'hypothèse H1, sous-tendant l'influence de la confiance interpersonnelle sur la crédibilité accordée à la plateforme Internet de patients, est validée.

La crédibilité accordée à la plateforme Internet a un effet direct positif et significatif sur l'attitude envers la plateforme (H2 : $\beta = 0,471$ $p = 0,000$). L'hypothèse H2 est validée. Plus un individu a un niveau de crédibilité élevé envers les espaces virtuels de communautés de patients, plus celui-ci aura une attitude favorable à l'égard de cette dernière.

En revanche, la crédibilité envers la plateforme Internet a bien un effet direct significatif sur l'attitude envers le médecin, mais l'influence négativement (H3 : $\beta = -0,193$ $p = 0,000$). L'hypothèse H3 est partiellement validée. Plus un individu a un niveau élevé de crédibilité envers la plateforme communautaire de patients, moins celui-ci a une attitude favorable à l'égard de son médecin.

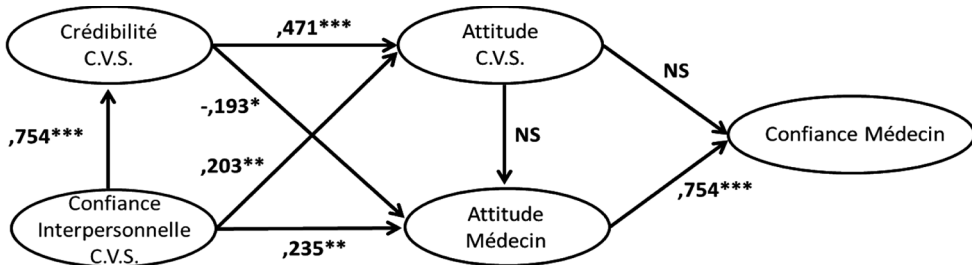
Concernant le construit portant sur la confiance interpersonnelle, les résultats montrent qu'il existe un lien significatif et positif sur l'attitude à l'égard de la plateforme Internet de patients (H4 : $\beta = 0,203$ $p = 0,000$). Plus la confiance interpersonnelle est forte au sein de la communauté de patients, plus l'attitude des utilisateurs de ces plateformes est forte. L'hypothèse H4 est validée.

Concernant le test de l'hypothèse 5, nous étudions la relation entre la confiance interpersonnelle et l'attitude à l'égard du médecin. Il existe une relation positive et statistiquement significative (H5 : $\beta = 0,235$ $p = 0,000$) : plus un utilisateur de ces communautés virtuelles de patients fait confiance aux autres membres de cette même communauté, plus celui-ci aura tendance à avoir une attitude favorable à l'égard de leur médecin.

Concernant l'hypothèse entre l'attitude à l'égard des plateformes virtuelles de patients et l'attitude envers le médecin, il n'existe pas de liens statistiques significatifs entre les concepts étudiés (H6 : $\beta = 0,001$ $p = 0,977$). L'hypothèse H6 n'est pas validée.

Concernant l'attitude envers la plateforme Internet et la confiance à l'égard du médecin, aucun lien significatif direct n'a pu être mis en évidence (H7 : $\beta = -0,010$ $p = 0,630$). L'hypothèse H7 selon laquelle l'attitude envers la plateforme de patients

Figure 2 : Le modèle de recherche final.





aurait une influence sur la confiance accordée au médecin n'est pas validée.

En revanche, l'hypothèse H8, qui suppose que l'attitude envers le médecin a une influence sur la confiance accordée au praticien, est démontrée par un lien positif significatif (H8 : $\beta = 0,754$ $p = 0,000$).

Le tableau 7 ci-après les résume.

7. DISCUSSION ET IMPLICATIONS SCIENTIFIQUES

L'objectif de cette recherche était double. Dans un premier temps, nous avons pour ambition de proposer un modèle intégrateur explicatif du processus d'influence des communautés virtuelles de santé (crédibilité accordée aux communautés virtuelles de santé et confiance interpersonnelle), sur l'attitude à l'égard de communautés virtuelles de santé et en direction des médecins, pour en mesurer l'impact sur la confiance à l'égard du praticien. Dans un second temps, nous avons procédé à l'adaptation

et l'élaboration de construits de mesures spécifiques : proposition d'application à un domaine spécifique associé au médical et contextualisation de ces instruments de mesure à un environnement francophone.

Les résultats observés tendent à démontrer qu'il existe une relation entre la crédibilité apportée aux communautés virtuelles de santé délivrant un contenu médical et la confiance interpersonnelle accordée aux divers contributeurs de ces communautés virtuelles de santé. Plus le niveau de confiance interpersonnelle est élevé (relatif aux dépôts d'informations par les différents contributeurs malades au sein de communautés virtuelles de santé), plus la crédibilité envers la communauté virtuelle de santé sera élevée. La crédibilité envers la communauté virtuelle de santé est donc dépendante des informations délivrées. La crédibilité accordée varie en fonction de la qualité et du niveau de fiabilité perçue relative aux informations que ces espaces peuvent fournir en direction des tiers. La communauté virtuelle de santé est considérée avec un certain degré d'expertise dans

Tableau 7 : Coefficients standardisés du modèle général.

N = 478 ; Bootstrap N = 1000, Intervalle de confiance = 95 %

	Paramètre Estimé	p	Hypothèses
Crédibilité CVS → Confiance Interpersonnelle CVS	0,754	***	H1 acceptée
Crédibilité CVS → Attitude CVS	0,471	***	H2 acceptée
Crédibilité CVS → Attitude Médecin	-0,193	***	H3 acceptée
Confiance Interpersonnelle CVS → Attitude CVS	0,203	***	H4 acceptée
Confiance Interpersonnelle CVS → Attitude Médecin	0,235	***	H5 acceptée
Attitude CVS → Confiance Médecin	NS	NS	H6 rejetée
Attitude CVS → Attitude Médecin	NS	NS	H7 rejetée
Attitude Médecin → Confiance Médecin	0,754	***	H8 acceptée

Notes : Fit indexes : $\chi^2 = 273,391$ avec 122 ddl, $\chi^2/ddl = 2,241$; CFI = 0,975; NFI = 0,957; TLI = 0,969; RMSEA = 0,049 ; RMR = 0,058; at p-value <,001

*** : p <,0001





la qualité des éléments rendus accessibles (Fritch et Cromwell, 2001) ceci dans l'intérêt de ses utilisateurs et ses membres (Warnick, 2004). Il est alors admis que ces communautés virtuelles fournissent une information valide et crédible, dépendante des mesures prises par la plateforme afin de s'assurer de la qualité des informations délivrées sur leur site Web, mais aussi de la pertinence des éléments mis à disposition et déposés par les utilisateurs de ces espaces. Ces éléments confirment les liens identifiés au travers de la littérature en systèmes d'informations, sur la base du modèle TAM (Davis, 1989 ; Davis *et al.*, 1989), soulignant l'importance des variables de l'utilité perçue (PU) et de la facilité d'utilisation perçue (PEOU) dans le processus d'engagement de l'internaute. Dans le cadre de l'application aux communautés virtuelles de santé, ces variables font référence aux potentialités espérées de l'utilisation de ces communautés pour y trouver des bénéfices tant sur le plan social que médical (PU). Leurs contraintes et efforts d'utilisation s'en trouvent minimisés (PEOU) ceci dans le but de maximiser les bénéfices escomptés de ses utilisateurs.

L'identification de cette relation entre la confiance interpersonnelle et la crédibilité prend tout son sens dans le cas de son application au secteur de la santé et aux communautés virtuelles de santé. La crédibilité perçue de la communauté virtuelle de santé est en grande partie dépendante des informations livrées par ses utilisateurs, et par conséquent, de la confiance accordée aux membres de ces communautés exposant leurs avis, expériences et commentaires sur des thématiques de santé spécifiques. Plus le niveau de confiance accordée aux contributeurs de ces communautés est remis en cause, plus cela aura un effet sur le niveau de crédibilité accordée à l'égard de ces communautés virtuelles, et vice versa. Leimeister *et al.* (2005) ont démontré de manière similaire une relation positive significative entre la confiance

interpersonnelle et la plateforme Web dans le cadre d'une application aux membres de communautés de patients atteints de cancer. Il en ressort également que les membres de ces communautés de santé ont un niveau d'implication, d'interaction et d'empathie avec les autres membres de ces plateformes nettement supérieur à celui des communautés virtuelles en dehors du champ du médical (Nonnecke et Preece, 2003 ; Preece *et al.*, 2003).

En revanche, la crédibilité des informations collectées au travers de ces communautés virtuelles a un effet négatif sur l'attitude à l'égard du médecin, notamment dans le cas d'informations contradictoires pouvant remettre en cause l'autorité médicale. L'attitude en direction des praticiens s'en trouve alors affectée ; ceci confirme les travaux de Khechine *et al.* (2006). La diffusion de la connaissance médicale par Internet contribue à la modification de l'asymétrie informationnelle entre médecin et patient. Dès lors, plus les informations médicales s'avèrent accessibles depuis des plateformes jugées crédibles et fiables au regard des informations diffusées, plus le pouvoir médical et l'attitude vis-à-vis des praticiens se transforment (Ostrom *et al.*, 2015). L'information médicale collectée au travers de ces communautés virtuelles de santé devient source d'échanges et de discussions avec les professionnels de santé (Khechine *et al.*, 2006). L'incursion des technologies de l'information et de la communication dans le domaine de la santé a conduit à une nouvelle forme de « démocratie sanitaire », reposant à la fois sur la nécessité de co-production de la relation avec le professionnel de santé mais aussi de prendre conscience et d'accepter que le patient peut désormais « acquérir une expertise autonome fondée sur les informations produites via les opérateurs privés du numérique » (Dumez et Minvielle, 2017, p. 9). Toutefois, la transformation de la médecine à laquelle nous assistons n'est





pas sans soulever des questionnements chez certains professionnels de la santé. L'adoption par ces derniers de dispositifs technologiques de la santé numérique met en lumière des inerties d'ordre psychologique (Habib *et al.*, 2017), résultant d'un faible niveau de motivation, principalement quant à l'usage et à l'appropriation de ces moyens technologiques (Venkatesh, 2000). Une telle situation s'avère partiellement liée à la rupture de l'asymétrie de l'information médicale, désormais librement accessible sur les espaces numériques.

De fait, l'information médicale doit être maîtrisée et appréhendée avec parcimonie et il est nécessaire que les praticiens accompagnent leurs patients dans la lecture de ces informations, qui peuvent être sujettes à de multiples interprétations. Une telle situation induit la nécessité de co-construire la relation entre professionnels de santé et patients (Nambisan et Nambisan, 2009), confirmée par Dumez et Minvielle (2017). Ces plateformes médicales constituent une réponse aux besoins de compréhension sur diverses pathologies. Elles doivent donc être identifiées dans le processus de soins comme étant de nouvelles compétences accessibles aux malades et aux proches-aidants, contribuant à des prises de décisions plus éclairées et informées sur les risques, conséquences et évolutions médicales. Dans le même temps, la crédibilité à l'égard de la communauté virtuelle de santé impacte positivement l'attitude à l'égard de celle-ci, engageant plus favorablement les utilisateurs à collaborer et à tirer parti des échanges au sein de ces espaces virtuels. La confiance interpersonnelle concourt, quant à elle, au fait d'encourager et de favoriser l'attitude que peuvent avoir les personnes à l'égard des informations postées sur les communautés virtuelles de santé. Plus le niveau de confiance concernant les informations postées sur ces espaces virtuels est élevé, plus l'attitude des utilisateurs sera positive.

Pour une grande partie des utilisateurs, ces communautés virtuelles sont très souvent le moyen permettant de mieux appréhender des situations d'angoisses et de stress liées à une éventuelle pathologie. Plus spécifiquement, ces plateformes constituent, pour les malades ou les proches-aidants par exemple, une possibilité de renouer un lien avec le monde extérieur rompu par la maladie. Les échanges entre utilisateurs favorisent l'interaction entre pairs, constituant un support social et émotionnel non négligeable (Eysenbach *et al.*, 2004; Zhao *et al.*, 2015). L'attitude envers le médecin est impactée par la confiance accordée aux informations délivrées sur ces plateformes médicales. L'attitude envers les médecins favorise la confiance accordée à ces derniers et contribue à l'établissement d'une nouvelle approche relationnelle patient-médecin. Il apparaît comme indiscutable le fait que l'irruption de ces communautés virtuelles de santé ait profondément modifié la façon d'exercer la médecine. A ce titre, la transformation numérique de la santé a conduit au développement des systèmes hybrides reconfigurant les structures et les modèles traditionnels de la médecine. Dans une étude récente portant sur les transformations organisationnelles de la santé numérique, Habib *et al.* (2017) identifient des modèles hybrides. Ils reposent sur la création de communautés virtuelles de santé, favorisant au travers de ces espaces numériques la coopération entre praticiens et patients, à l'image de structures telles que Society for Participatory Medicine, e-Patient Manifesto ou bien encore Medissimo. Bien que pertinentes dans leurs approches, ces communautés participatives d'un nouveau genre restent encore marginales.

Au regard de la littérature et des études menées il y a encore une dizaine d'années, la perception et la confiance des utilisateurs à l'égard de ces communautés virtuelles de santé se sont nettement améliorées. La confiance et la crédibilité des informations





diffusées constituent une source d'informations perceptible, faisant partie d'une nouvelle forme de compréhension des échanges entre malades (Leimeister *et al.*, 2005), voire de remontées d'informations médicales tant sur les effets secondaires liés à un traitement que l'identification d'une situation de détresse, d'une dépression ou de troubles psychologiques chez le patient (Greaves *et al.*, 2013). Contrairement aux avis couramment répandus, certains chercheurs démontrent à quel point la qualité des informations postées sur ces espaces est satisfaisante et contribue à modifier la perception que l'on peut avoir de ces espaces d'échanges d'informations. De même, la régulation des informations erronées est autocorrigée par les contributeurs de ces espaces virtuels. Ces derniers ne font l'objet d'aucune relation spécifique avec une entreprise médicale ou pharmaceutique. Ils ne sont pas non plus associés à l'hébergeur de ces plateformes de santé et les informations correctrices postées s'inscrivent au bénéfice des utilisateurs de ces espaces virtuels (Esquivel *et al.*, 2006).

Bien que de nombreux bénéfices liés à l'utilisation de ces communautés virtuelles de santé émergent, Dumez et Minvielle (2017) s'interrogent sur les revers de cet essor de « démocratie sanitaire ». La digitalisation de la santé a contribué à la diffusion de la connaissance médicale en rendant le patient plus autonome, ou du moins à lui prodiguer une forme de pouvoir dans la sphère du médical. Toutefois, cette numérisation de la santé n'est pas sans « créer une nouvelle dépendance entre le patient et les opérateurs du numérique qui disposent de ses données personnelles » (Dumez et Minvielle, 2017, p. 30). Ce questionnaire est essentiel car il couvre un champ d'application bien plus large que celui des communautés virtuelles de santé. Il recouvre des domaines tels que la M-Santé (Mobile-Santé) où les enjeux de dépendance et de captation de données personnelles

deviennent cruciaux. Ils ouvrent en effet sur des perspectives de recherche pouvant porter sur l'intégration de modèles de type TAM ou UTAUT, au regard de l'usage des dispositifs connectés en santé (M-Santé, objets connectés en santé) et aux données personnelles médicales.

8. CONCLUSION

L'objectif de cette recherche vise à étudier les relations causales relatives à la crédibilité envers les communautés virtuelles de santé, la confiance interpersonnelle, l'attitude envers les communautés virtuelles de santé, l'attitude envers le médecin et la confiance à l'égard du médecin suite à l'utilisation de ces espaces virtuels.

Les résultats montrent que la confiance interpersonnelle entretient une relation positive avec la crédibilité accordée à la communauté virtuelle de santé mais aussi en direction de l'attitude vis-à-vis de la communauté virtuelle et du médecin. La crédibilité accordée à ces communautés virtuelles de santé a une relation positive sur l'attitude à l'égard de ces plateformes. En revanche, la relation s'avère être négative entre la crédibilité et l'attitude à l'égard du médecin. Enfin, seule l'attitude avec le médecin a une relation positive avec la confiance à l'égard du médecin. Pour mémoire, rappelons que six des huit hypothèses posées ont été validées.

Cette étude présente des contributions théoriques et pratiques importantes. Sur le plan pratique, il conviendrait de sensibiliser les médecins pour qu'ils recommandent des sources d'informations crédibles et fiables sur Internet, afin que les patients prolongent leur quête d'information santé et dialoguent avec le responsable de leur santé dans une relation moins asymétrique. Ceci pourrait durablement s'inscrire dans des démarches partenariales avec les





communautés virtuelles de santé impulsées directement par les associations de patients eux-mêmes, à l'image de Renaloo ou des MICI. En naviguant sur Internet, les patients pourraient modifier positivement leur attitude à l'égard de la communauté virtuelle de santé et accroîtraient leur confiance à l'égard du médecin.

Cette recherche permet de valider les relations entre le concept de confiance interpersonnelle et de crédibilité accordée à la communauté virtuelle de santé, en lien avec les travaux de Hung *et al.* (2011). Provenant de deux domaines scientifiques distincts, réciproquement issus du domaine des sciences sociales et de la communication, cette recherche met à jour les relations pouvant exister entre ces concepts en lien avec les problématiques de digitalisation de la santé. L'adaptation de différents instruments de mesure dans le contexte médical, numérique et francophone, constitue un apport complémentaire à cette réflexion portant sur un domaine d'expertise récent.

Les résultats obtenus permettent de mettre évidence de nouvelles relations patient-médecin et vont dans le sens des démonstrations théoriques portant sur l'évolution des problématiques de démocratie sanitaire évoquées par Dumez et Minvielle (2017). Cette recherche renforce également le concept de capital social évoqué par Bourdieu (1980). Les relations tissées entre patients au travers de ces communautés virtuelles de santé confirment l'apparition de nouvelles formes d'influences sociales, de savoir générés et partagés par et pour les membres de ces communautés liés par des relations de différentes natures en fonction de leurs contributions. Parce qu'elles reposent sur les trois piliers du capital social se rapportant aux relations entre individus, aux réseaux sociaux et aux normes de réciprocité et de confiance, ces plateformes virtuelles de santé pourraient tendre à reconfigurer la place et le

rôle de ces espaces dans la délivrance du soin. Ces communautés permettent en outre aux patients de trouver une information santé spécifique manquante, détenue par un membre plus actif, plus instruit ou plus engagé au sein du réseau. Aux confins de ces apports théoriques et en guise de perspectives de recherche, la notion de hiérarchie sociale intrinsèque au capital social pourrait constituer de futures investigations afin d'apprécier les relations qui puissent de tisser entre patients mais aussi avec les proches-aidants, souvent occultés des recherches portant sur les usages de la E-santé.

Dans la continuité de ces limites et perspectives de recherche, il pourrait être opportun d'étudier le mode de participation et d'interactions des utilisateurs de ces communautés virtuelles de santé. Les travaux de Akrich et Méadel (2009) restent d'actualité et méritent d'être poursuivis. Nous l'avons évoqué, la digitalisation de la santé influence la relation patient-médecin mais existe-t-il différents degrés d'autonomisation du patient selon son usage et surtout selon son degré d'implication à travers de ces réseaux de patients ? Plusieurs postures de l'utilisateur de ces communautés virtuelles de santé peuvent être mise en évidence : contributeur de publications soit à caractère médical soit dans le but d'encourager les autres membres, influenceur pour encourager l'adoption de nouveaux traitements, transmetteur-diffuseurs d'informations ou tout simplement lecteur des messages émis sur ces espaces. Les recherches menées en ce sens sont rares dans le domaine d'application des communautés virtuelles de santé et l'étude des effets interactionnels entre patients et leur autonomisation psychologique pourrait être riche d'enseignements.

Plus éloigné de cette étude mais en lien avec le déploiement numérique dans le secteur du médical, l'analyse des publications



et des informations émises par les patients sur les communautés virtuelles de santé, associé à des pathologies spécifiques et à des traitements médicamenteux pourrait constituer des sources de valorisation et de compréhension des enjeux du crowdsourcing médical, encore sous-exploité à ce jour dans le domaine de la recherche académique mais clairement identifié par les industriels et professionnels du secteur. Ainsi, comme le mentionnent Dumez et Minvielle (2017), bien que la E-Santé ait laissé entrevoir une forme « d'évolution de démocratie sanitaire » nous pouvons également nous interroger sur les effets d'une dépendance des contributeurs de ces nouveaux espaces de paroles que sont des communautés virtuelles de santé face aux acteurs numériques.

RÉFÉRENCES

- Akerkar, S., Bichile, L. (2004), "Doctor Patient Relationship: Changing Dynamics in the Information Age", *Journal of Postgraduate Medicine*, vol. 50, n°2, p. 120-122.
- Akrich, M., Méadel, C. (2009), « Les échanges entre patients sur l'Internet », *La presse médicale*, vol. 38, n°10, p. 1484-1490.
- Angehrn, A. (1997), "Designing Mature Internet Business Strategies: The ICDT Model", *European Management Journal*, vol. 15, n°4, p. 361-369.
- Armstrong, A., Hagel, J. (1996), "The Real Value of Online Communities", *Harvard Business Review*, vol. 74, n°5/6, p. 134-141.
- Audrain, A-F., Menvielle L. (2017), Do online health communities enhance patient-physician relationship? An assessment of the impact of social support and patient empowerment. *Health services management research*, 0951484817748462.
- Bagozzi, R. P., Dholakia, U. M. (2002), "Intentional Social Action in Virtual Communities", *Journal of Interactive Marketing*, vol. 16, n°2, p. 2-21.
- Bartikowski, B. Merunka, D. (2015), "Modeling the Effects of the Three Dimensions of Trust towards the E-Vendor on Online Consumer Behavior", *Systèmes d'Information & Management*, vol. 20, n°1, p. 9-30.
- Bernhardt, J. M., Lariscy, R. A. W., Parrott, R. L., Silk, K. J., Felter, E. M. (2002), "Perceived Barriers to Internet-Based Health Communication on Human Genetics", *Journal of Health Communication*, vol. 7, n°4, p. 325-340.
- Berry, L.L. (1995), "Relationship Marketing of Services: Growing Interest, Emerging Perspectives", *Journal of the Academy of Marketing Science*, vol. 23, n°4, p. 236-245.
- Berry, L. L., Parish, J. T., Janakiraman, R., Ogburn-Russell, L., Couchman, G. R., Rayburn, W.L., Grisel, J. (2008), "Patients' Commitment To Their Primary Physician And Why It Matters", *The Annals of Family Medicine*, vol. 6, n°1, p. 6-13.
- Bourdieu, P. (1980), « Le capital social », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 31, n°1, p. 2-3.
- Bronner, F., de Hoog, R. (2011), "Vacationers and E-wom: Who Posts, and Why, Where, and What?", *Journal of Travel Research*, vol. 50, n°1, p. 15-26.
- Burt, R. S. (1995), « Le capital social, les trous structureux et l'entrepreneur », *Revue française de sociologie*, vol. 36, n°4, p. 599-628.
- Camacho, N., Landsman, V., and Stremersch, S. (2010), "The connected patient" in S. Wuyts, M. G. Dekimpe, E. Gijbrecchts, F. Pieters (eds), *The connected customer: The changing nature of consumer and business markets*, New York (NY): Routledge, p. 107-140.
- Cassan, M., Douangmanivanh, E., Crouton, M. (2016), « Usages et attentes des Français à l'égard du digital en matière d'information sur leur santé », Ipsos – MSD Medelli, n°16-0300286-01, Rapport d'étude, 31 p.
- Chung, J. Y., Buhalis, D. (2008), "Web 2.0: A study of online travel community", in P. O'Connor, W. Höpken & U. Gretzel (eds.), *Information and Communication Technologies in Tourism 2008: Proceedings of the International Conference in Innsbruck, Austria, 2008*, Vienna: Springer Vienna, p. 70-81.



- Churchill, G. A. (1979), "A Paradigm for Developing Better Measures of Marketing Constructs", *Journal of marketing research*, vol. 16, n°1, p. 64-73.
- Corritore C. L., Kracher B., Wiedenbeck, S. (2003), "On-Line Trust: Concepts, Evolving Themes, a Model", *International Journal of Human Computer Studies*, vol. 58, n°6, p. 737-758.
- Corritore, C. L., Wiedenbeck, S., Kracher, B., Marble, R. P. (2007), "Online Trust and Health Information Websites", Proceedings of the SIGHCI - Special Interest Group on Human Computer Interaction 2007, p. 20.
- Cova, B., Pace, S. (2006), "Brand Community of Convenience Products: New Forms of Customer Empowerment—The Case my Nutella the Community", *European Journal of Marketing*, vol. 40, n°9/10, p. 1087-1105.
- Cucchi, A., Fuhrer, C. (2011), « Capital social et usage des technologies de l'information et de la communication (TIC): une analyse par les réseaux sociaux », *Management & Avenir*, vol. 5, n°45, p. 179-206.
- Davis, F. (1989), "Perceived Usefulness, Perceived Ease of Use, and User Acceptance of Information Technology", *MIS quarterly*, vol. 13, n°3, p. 319-340.
- Davis, F., Bagozzi, R., Warshaw, P. (1989), "User Acceptance of Computer Technology: a Comparison of Two Theoretical Models", *Management science*, vol. 35, n°8, p. 982-1003.
- De Valck, K., Van Bruggen, G. H., Wierenga, B. (2009), "Virtual Communities: a Marketing Perspective", *Decision Support Systems*, vol. 47, n°3, p. 185-203.
- Deeding, C., van Doorn, R., Winkler, L., Reis, R. (2011), "How Will E-Health Affect Patient Participation in the Clinic? A Review of E-Health Studies and the Current Evidence for Changes in the Relationship between Medical Professionals and Patients", *Social Science & Medicine*, vol. 72, n°1, p. 49-53.
- Demiris, G. (2006), "The Diffusion of Virtual Communities in Health Care: Concepts and Challenges", *Patient education and counseling*, vol. 62, n°2, p. 178-188.
- Dholakia, U. M., Bagozzi, R. P., Pearo, L. K. (2004), "A Social Influence Model of Consumer Participation in Network-and Small-Group-Based Virtual Communities", *International Journal of research in marketing*, vol. 21, n°3, p. 241-263.
- Doney, P. M., Cannon, J. P. (1997), "An Examination of the Nature of Trust in Buyer-Seller Relationships", *Journal of Marketing*, vol. 61, n°2, p. 35-51.
- Doridot, J. F. (2017), *Internet ne remplace pas encore le médecin*, Ipsos Affaires Publiques, Rapport d'étude, 119 p.
- Dumez, H., Minvielle, É. (2017), "L'e-santé rend-elle la démocratie sanitaire pleinement performative ?". *Systèmes d'information & management*, vol. 22, n°1, p. 9-37.
- Dutta-Bergman, M. J. (2004), "The Impact of Completeness and Web Use Motivation on the Credibility of E-Health Information", *Journal of Communication*, vol. 54, n°2, p. 253-269.
- Ebner, W., Leimeister, J. M., Krcmar, H. (2009), "Community Engineering for Innovations: The Ideas Competition as a Method To Nurture a Virtual Community for Innovations", *R&D Management*, vol. 39, n°4, p. 342-356.
- Erdem, S. A., Harrison-Walker, L. J. (2006), "The Role of the Internet in Physician-Patient Relationships: The Issue of Trust", *Business Horizons*, vol. 49, n°5, p. 387-393.
- Esquivel, A., Meric-Bernstam, F., Bernstam, E. (2006), "Accuracy and Self-Correction of Information Received From an Internet Breast Cancer List: Content Analysis", *BMJ*, vol. 332, n°7547, p. 939-942.
- Eysenbach G. (2008), "Medicine 2.0: Social Networking, Collaboration, Participation, Apomediation, and Openness", *Journal of medical Internet research*, vol. 10, n°3
- Eysenbach, G. (2007), "Credibility of Health Information and Digital Media: New Perspectives and Implications for Youth", in Digital Media, Youth, and Credibility, M. J. Metzger and A. J. Flanagin (Eds), The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation Series on Digital Media and Learning. Cambridge, MA: The MIT Press, p. 123-154.



- Eysenbach, G., Powell, J., Englesakis, M., Rizo, C., Stern, A. (2004), "Health Related Virtual Communities and Electronic Support Groups: Systematic Review of the Effects of Online Peer To Peer Interactions", *BMJ*, vol. 328, n°7449, p. 1166
- Feldman, J. M., Lynch, J. G. (1988), "Self-Generated Validity and Other Effects of Measurement on Belief, Attitude, Intention and Behavior", *Journal of applied Psychology*, vol. 73, n°3, 421-435.
- Fishbein, M. (1980), "A Theory of Reasoned Action: Some Applications and Implications", in H. Howe and M. Page (Eds), Nebraska Symposium on Motivation, Lincoln (NB): University of Nebraska Press, pp. 65-116.
- Fogg, B., Soohoo, C., Danielson, D. R., Marable, L., Stanford, J., Tauber, E. R. (2003), "How do users evaluate the credibility of Web sites? a study with over 2,500 participants", *Proceedings of the 2003 conference on Designing for user experiences*, San Francisco, California — June 06 - 07, p. 1-15
- Fornell, C., Larcker, D. F. (1981), "Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error", *Journal of marketing research*, vol. 18, n°1, p. 39-50.
- Fritch, J. W., Cromwell, R. L. (2001), "Evaluating Internet Resources: Identity, Affiliation, and Cognitive Authority in A Networked World", *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, vol. 52, n°6, p. 499-507.
- Frost, J. H., Massagli, M. P. (2008), "Social Uses of Personal Health Information within Patientslikeme, An Online Patient Community: What Can Happen When Patients Have Access to One Another's Data", *Journal of Medical Internet Research*, vol. 10, n°3, e15.
- Gefen, D. (1997), "Building Users' Trust in Freeware Providers and The Effects of This Trust on Users' Perceptions of Usefulness, Ease of Use and Intended Use of Freeware", thèse de Doctorat, Georgia State University, 187 p.
- Granovetter, M. S. (1973), "The Strength of Weak Ties", *American journal of Sociology*, vol. 78, n°6, p. 1360-1380.
- Greaves, F., Ramirez-Cano, D., Millett, C., Darzi, A., Donaldson, L. (2013), "Harnessing the Cloud of Patient Experience: Using Social Media to Detect Poor Quality Healthcare", *BMJ quality & safety*, vol. 22, n°3, p. 251-255.
- Griffiths, F., Cave, J., Boardman, F., Ren, J., Pawlikowska, T., Ball, R., Cohen, A. (2012), "Social Networks—The Future for Health Care Delivery", *Social Science & Medicine*, vol. 75, n°12, p. 2233-2241.
- Gummerus, J., Liljander, V. M., Pura, M., van Riel, A. C. R. (2004), "Customer Loyalty to Content-Based Web Sites: The Case of an Online Health Care Service", *Journal of Services Marketing*, vol. 18, n°3, p. 175-186.
- Gupta, S., Kim, H.-W. (2004), Virtual community: Concepts, implications, and future research directions, Proceedings of the Tenth Americas Conference on Information Systems, New York (NY), August 2004, p. 2679-2687.
- Habib, J., Béjean, M., Dumond, J. (2017), "Appréhender les transformations organisationnelles de la santé numérique à partir des perceptions des acteurs". *Systèmes d'information & management*, vol. 22, n°1, p. 39-69.
- Hardey, M. (2004), "Internet et société : reconfigurations du patient et de la médecine ? », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 22, n°1, p. 21-43.
- Hesse, B. W., Hansen, D., Finholt, T., Munson, S., Kellogg, W., Thomas, J. C. (2010), "Social Participation in Health 2.0", *Computer*, vol. 43, n°11, p. 45-52.
- Higgins, O., Sixsmith, J., Barry, M. M., Domegan, C. (2011), "A Literature Review on Health Information Seeking Behaviour on the Web: A Health Consumer and Health Professional Perspective", *European Centre for Disease Control*, Oct, p.1-16.
- Hoffman, D. L., Novak, T. P. (1996), "Marketing in Hypermedia Computer-Mediated Environments: Conceptual Foundations", *Journal of marketing*, vol. 60, n°3, p. 50-68.
- Homer, P. M., Kahle, L. R. (1990), "Source Expertise, Time of Source Identification and Involvement in Persuasion: An Elaborative Processing Perspective", *Journal of Advertising*, vol. 19, n°1, p. 30-39.
- Hou, J., Shim, M. (2010), "The Role of Provider-Patient Communication and Trust in On-



- line Sources in Internet Use for Health-Related Activities”, *Journal of health communication*, vol. 15, n°3, p. 186-199.
- Hovland, C., Weiss, W. (1951), “The influence of source credibility on communication effectiveness”, *Public Opinion Quarterly*, vol. 15, n°4, p. 635-650.
- Hu, L.-t., Bentler, P. M. (1998), “Fit Indices in Covariance Structure Modeling: Sensitivity to Underparameterized Model Misspecification”, *Psychological methods*, vol. 3, n°4, p. 424-453.
- Huh, J. (2015).” Clinical Questions in Online Health Communities: The Case of “See your doctor” Threads”, *Proceedings of the 18th ACM Conference on Computer Supported Cooperative Work & Social Computing*, p. 1488-1499.
- Hung, K., Li, S. Y., Tse, D. K. (2011), “Interpersonal Trust and Platform Credibility in a Chinese Multibrand Online Community”, *Journal of Advertising*, vol. 40, n°3, p. 99-112.
- Iverson, S. A., Howard, K. B., Penney, B. K. (2008), “Impact of internet use on health-related behaviors and the patient-physician relationship: a survey-based study and review”, *Journal of the American Osteopathic Association*, vol. 108, n°12, p. 699-711.
- Johnston, A. C., Worrell, J. L., Di Gangi, P. M., Wasko, M. (2013), “Online Health Communities: an Assessment of The Influence of Participation on Patient Empowerment Outcomes”, *Information Technology & People*, vol. 26, n°2, p. 213-235.
- Jung, N. Y., Kim, S., Kim, S. (2014), “Influence of consumer attitude toward online brand community on revisit intention and brand trust”, *Journal of Retailing and Consumer Services*, vol. 21, n° 4, p. 581-589.
- Kaufman, J. H., Edlund, S., Ford, D. A., Powers, C. (2005), “The Social Contract Core”, *Electronic Commerce Research*, vol. 5, n°1, p. 141-165.
- Kavanaugh, A. L., Reese, D. D., Carroll, J. M., Rosson, M. B. (2005), “Weak Ties in Networked Communities”, *The Information Society*, vol. 21, n°2, p. 119-131.
- Khechine, H., Pascot, D., Prémont, P. (2006), « Le rôle de l'information sur Internet dans la consommation médicale: le cas des patients canadiens francophones et anglophones », *Systèmes d'Information & Management*, vol. 11, n°3, p. 3-35.
- Kim, J., Kim, S. (2009), “Physicians’ perception of the effects of Internet health information on the doctor-patient relationship”, *Informatics for Health and Social Care*, vol. 34, n°3, p. 136-148.
- Kozinets, R. V. (2002), “The Field behind the Screen: Using Netnography for Marketing Research in Online Communities”, *Journal of marketing research*, vol. 39, n°1, p. 61-72.
- Krcmar, H., Arnold, Y., Daum, M., Leimeister, J. M. (2002), “Virtual Communities in Health Care: The Case of «krebsgemeinschaft.de»”, *ACM SIGGROUP Bulletin*, vol. 23, no 3, p. 18-23.
- Kreps, G. L., Neuhauser, L. (2010), “New Directions in eHealth Communication: Opportunities and Challenges”, *Patient education and counseling*, vol. 78, n°3, p. 329-336.
- Kriegel, J., Schmitt-Rüth, S., Güntert, B., Mallory, P. (2013), “New Service Development in German and Austrian Health Care—Bringing E-Health Services Into the Market”, *International Journal of Healthcare Management*, vol. 6, n°2, p. 77-86.
- Lee, F. S., Vogel, D., Limayem, M. (2003), “Virtual Community Informatics: A Review and Research Agenda”, *Journal of Information Technology Theory and Application*, vol. 5, n°1, p.47-61.
- Leimeister, J. M., Ebner, W., Krcmar, H. (2005), “Design, Implementation, and Evaluation of Trust-Supporting Components in Virtual Communities for Patients”, *Journal of Management Information Systems*, vol. 21, n°4, p. 101-131.
- Leimeister, J. M., Schweizer, K., Leimeister, S., Krcmar, H. (2008), “Do Virtual Communities Matter for the Social Support of Patients? Antecedents and Effects of Virtual Relationships in Online Communities”, *Information Technology & People*, vol. 21, n°4, p. 350-374.
- Lu, H.-Y., Shaw, B. R., Gustafson, D. H. (2011), “Online Health Consultation: Examining Uses of an Interactive Cancer Communication Tool by Low-Income Women with Breast Cancer”, *International Journal of Medical Informatics*, vol. 80, n°7, p. 518-528.



- Lu, Y., Zhao, L., Wang, B. (2010), "From Virtual Community Members to C2C E-Commerce Buyers: Trust in Virtual Communities and Its Effect on Consumers' Purchase Intention", *Electronic Commerce Research and Applications*, vol. 9, n°4, p. 346-360.
- Mahr, D., Lievens, A. (2012), "Virtual Lead User Communities: Drivers of Knowledge Creation for Innovation", *Research policy*, vol. 41, n°1, p. 167-177.
- Marangunić, N., Granić, A. (2015), "Technology Acceptance Model: A Literature Review From 1986 To 2013", *Universal Access in the Information Society*, vol. 14, n°1, p. 81-95.
- McCole, P., Ramsey, E. and Williams, J. (2010), "Trust considerations on attitudes towards online purchasing: the moderating effect of privacy and security concerns", *Journal of Business Research*, vol. 63, n°9/10, pp. 1018-1024.
- McMullan, M. (2006), "Patients Using the Internet to Obtain Health Information: How This Affects the Patient-Health Professional Relationship", *Patient Education and Counseling*, vol. 63, n°1, p. 24-28.
- McQuitty, S. (2004), "Statistical Power and Structural Equation Models in Business Research", *Journal of Business Research*, vol. 57, n°2, p. 175-183.
- Méadel, C., Akrich, M. (2011), « Internet, tiers nébuleux de la relation patient-médecin », *Les Tribunes de la santé*, n°4, p. 41-48.
- Méda, D. (2002), « Le capital social : un point de vue critique », *L'Économie politique*, vol. 14, n°2, p. 36-47.
- Menvielle, L., Menvielle, W., Audrain-Pontevia, A.-F. (2016), « Effets de la fréquence d'utilisation des communautés virtuelles de patients sur la relation patients-médecins », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 34, n°8, p. 431-452.
- Menvielle, L., Menvielle, W., Audrain-Pontevia, A.-F. [Eds], « The Digitalization of Healthcare, *New Challenges and Opportunities*, London, Palgrave MacMillan, 2017, 454 p.
- Morgan, R., Hunt, S. (1994), "The Commitment-Trust Theory of Relationship Marketing", *Journal of marketing*, vol. 58, July, p. 20-38.
- Nambisan, P., Nambisan, S. (2009), "Models of Consumer Value Cocreation in Health Care", *Health care management review*, vol. 34, n°4, p. 344-354.
- Nonnecke B., Preece J. (2003), "Silent Participants: Getting to Know Lurkers Better", In Lueg C., Fisher D. (eds), *From Usenet to CoWebs. Computer Supported Cooperative Work*. Springer, London, p. 110-132
- Nunnally, J. C. (1978), *Psychometric theory*, 2nd ed., New York (NY): McGraw-Hill, 701 p.
- Oliver, R. L. (1980), "A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions", *Journal of marketing research*, vol. 17, July, p. 460-469.
- Ologeanu-Taddei, R., Paré, G. (2017), "Technologies de l'information en santé: un regard innovant et pragmatique", *Systèmes d'information & management*, vol. 22, n°1, p. 3-8.
- Ostrom, A. L., Parasuraman, A., Bowen, D. E., Patricio, L., Voss, C. A. (2015), "Service research priorities in a rapidly changing context", *Journal of Service Research*, vol. 18, n°2, p. 127-159.
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J.-Y., Podsakoff, N. P. (2003), "Common Method Biases in Behavioral Research: A Critical Review of the Literature and Recommended Remedies", *Journal of applied Psychology*, vol. 88, n°5, p. 879-903.
- Porter, C. E. (2004), "A Typology of Virtual Communities: A Multi-Disciplinary Foundation for Future Research", *Journal of Computer-Mediated Communication*, vol. 10, n°1
- Powell, J. A., Darvell, M., Gray, J. A. M. (2003), "The Doctor, The Patient and The World-Wide Web: How The Internet is Changing Healthcare", *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 96, n°2, p. 74-76.
- Preece, J., Maloney-Krichmar, D., Abras, C. (2003), "History of emergence of online communities", In B. Wellman (Ed.), *Encyclopedia of Community*, Great Barington (MA): Berkshire Publishing Group, Sage, p. 1-11.
- Proulx, S. (2006), « Les communautés virtuelles: ce qui fait lien », in S. Proulx, L. Poissant & M. Sénécal (Éds.), *Communautés virtuelles*:



- penser et agir en réseau*, Québec : Presses de l'Université Laval, p. 13-25.
- Putnam, R. D. (1995), "Bowling Alone: America's Declining Social Capital", *Journal of Democracy*, vol. 6, n°1, p. 65-78.
- Rheingold, H. (1993), *The Virtual Community: Finding Connection in a Computerized World*, Boston, (MA): Addison-Wesley Longman Publishing Co., Inc., 325 p.
- Ridings, C., Gefen, D., Arinze, B. (2002), "Some Antecedents and Effects of Trust in Virtual Communities", *The Journal of Strategic Information Systems*, vol. 11, n°3-4, p. 271-295.
- Safran, D. G. (2003), "Defining The Future Of Primary Care: What Can We Learn From Patients?", *Annals of Internal Medicine*, vol. 138, n°3, p. 248-255.
- Schlesinger, M., Grob, R., Shaller, D. (2015), "Using patient-reported information to improve clinical practice", *Health Services Research*, vol. 50, suppl. 2, p. 2116-2154.
- Shang, R.-A., Chen, Y.-C., Liao, H.-J. (2006), "The Value of Participation in Virtual Consumer Communities on Brand Loyalty", *Internet Research*, vol. 16, n°4, p. 398-418.
- Silber, D. (2009), « Médecine 2.0 : les enjeux de la médecine participative », *La presse médicale*, vol. 38, n°10, p. 1456-1462.
- Sillence, E., Briggs, P., Fishwick, L., Harris, P. (2004), "Trust and mistrust of online health sites", Proceedings of the SIGCHI Conference on Human Factors in Computing Systems, Vienna, Austria, April 24 - 29, 2004, p. 663-670.
- Spaulding, T.J. (2010), "How Can Virtual Communities Create Value for Business?", *Electronic Commerce Research and Applications*, vol. 9, n°1, p. 38-49.
- Sproull, L., Kiesler, S., Kiesler, S. B. (1992), *Connections: New Ways of Working in the Networked Organization*, Cambridge: MIT press, 212 p.
- Steenkamp, J.-B. E., Van Trijp, H. C. (1991), "The Use of LISREL in Validating Marketing Constructs", *International journal of research in marketing*, vol. 8, n°4, p. 283-299.
- Teas, R. K., Wong, J. K. (1996), "A Test Of The Effects of Retail Store Rating Context on the Stability of Alternative Multientity Scaling Methods", *International journal of research in marketing*, vol. 13, n°1, p. 17-28.
- Thoër, C. (2013), « Internet : un facteur de transformation de la relation médecin-patient ? », *Revue Internationale Communication sociale et publique*, vol. 10, p. 1-24.
- Thom, D. H., Campbell, B. (1997), « Patient-physician trust: an exploratory study », *Journal of Family Practice*, vol. 44, n°2, p. 169-177.
- Tung, L., Tan, P., Chia, P., Koh, Y., Yeo, H.-L. (2001), "An empirical investigation of virtual communities and trust", *Proceedings of the 22nd International Conference on Information Systems*, New Orleans, Louisiana, December 16-19th, paper 35, p. 1-15.
- Van der Eijk, M., Faber, M. J., Aarts, J. W. M., Kremer, J. A. M., Munneke, M., Bloem, B. R. (2013), "Using Online Health Communities to Deliver Patient-Centered Care to People With Chronic Conditions", *Journal of Medical Internet Research*, vol. 15, n°6, e115.
- Van Oerle, S., Mahr, D., Lievens, A. (2016), "Coordinating Online Health Communities for Cognitive and Affective Value Creation", *Journal of Service Management*, vol. 27, n°4, p. 481-506.
- Venkatesh V, Morris M., Davis G. (2003), «User Acceptance of Information Technology: Toward A Unified View», *MIS Quarterly*, vol. 27, n°3, p. 425-478.
- Venkatesh, V. (2000), "Determinants of perceived ease of use : Integrating control, intrinsic motivation, and emotion into the technology acceptance model", *Information systems research*, vol. 11, n°4, p. 342- 365.
- Wald, H. S., Dube, C. E., Anthony, D. C. (2007), "Untangling The Web-The Impact Of Internet Use on Health Care and The Physician-Patient Relationship", *Patient Education and Counseling*, vol. 68, n°3, p. 218-224.
- Wang, Y., Fesenmaier, D. R. (2004), "Modeling Participation in an Online Travel Community", *Journal of Travel Research*, vol. 42, n°3, p. 261-270.
- Wang, Z., Walther, J. B., Pingree, S., Hawkins, R. P. (2008), "Health Information, Credibility, Homophily, and Influence via the Internet:





- Web Sites versus Discussion Groups”, *Health Communication*, vol. 23, n°4, p. 358-368.
- Warnick, B. (2004), “Online Ethos: Source Credibility in an “Authorless” Environment”, *American Behavioral Scientist*, vol. 48, n°2, p.256-265.
- Wathen, C. N., Burkell, J. (2002), “Believe It or Not: Factors Influencing Credibility on The Web”, *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, vol. 53, n°2, p. 134-144.
- Weber, J. C. (2012), « L'impact de l'Internet sur la relation médecin-malade », *Étisque & Santé*, vol. 9, n°3, p. 101-106.
- Wilkie, W.L., (1994), *Consumer Behavior*, 3rd. ed., New York: John Wiley & Sons, 784 p.
- Ybarra, M. L., Suman, M. (2006), « Help Seeking Behavior and the Internet: A National Survey”, *International journal of medical informatics*, vol. 75, n°1, p. 29-41.
- Zhang, G., Preacher, K. J. and Luo, S. (2010), “Bootstrap Confidence Intervals for Ordinary Least Squares Factor Loadings and Correlations in Exploratory Factor Analysis”, *Multivariate Behavioral Research*, vol. 45, p. 104–134.
- Zhao, J., Wang, T., Fan, X. (2015), “Patient Value Co-Creation in Online Health Communities: Social Identity Effects on Customer Knowledge Contributions and Membership Continuance Intentions in Online Health Communities”, *Journal of Service Management*, vol. 26, n°1, p. 72-96.





ANNEXE : CONSTRUITS ET MESURES

Items et construits	Source
<p><i>Crédibilité à l'égard de la communauté virtuelle (CVS)</i></p> <p>Expertise : Les communautés en ligne de patients donnent des informations dont j'ai besoin Les informations fournies par les communautés en ligne de patients sont exactes</p> <p>Intégrité : Les communautés en ligne de patients ne font pas mauvais usage des informations personnelles Les communautés en ligne de patients agissent au nom de ses membres ^a</p>	<p>Hung <i>et al.</i> (2011)</p>
<p><i>Confiance interpersonnelle à l'égard des informations postées sur les communautés virtuelles de santé (CVS)</i></p> <p>Compétences : Les commentaires laissés par les membres des communautés en ligne de patients sont faciles à comprendre Les membres des communautés en ligne de patients donnent des réponses honnêtes et sincères aux questions posées Les membres des communautés en ligne de patients veulent partager leurs expériences vis-à-vis de la maladie</p> <p>Intégrité : Les membres des communautés en ligne de patients ont une expertise qui me permet de faire face à mes problèmes ^a Les membres des communautés en ligne de patients ont une bonne expertise des sujets traités ^a</p>	<p>Hung <i>et al.</i> (2011)</p>
<p><i>Attitude à l'égard de la communauté virtuelle de santé (CVS)</i></p> <p>Concernant les communautés de patients que vous consultez régulièrement, vous diriez que vous avez une attitude : Mauvaise // Bonne à l'égard de ces sites Concernant les communautés de patients que vous consultez régulièrement, vous diriez que vous avez une attitude : Négative // Positive à l'égard de ces sites Concernant les communautés de patients que vous consultez régulièrement, vous diriez : Je ne recommanderais pas ces sites // je recommanderais ces sites Concernant les communautés de patients que vous consultez régulièrement, vous diriez que vous avez une attitude : Favorable // Défavorable ^a</p>	<p>Bagozzi et Dholakia (2002)</p>
<p><i>Attitude Médecin</i></p> <p>Votre attitude à l'égard de votre médecin est : Défavorable // Favorable Votre attitude à l'égard de votre médecin est : Mauvaise // Bonne Votre attitude à l'égard de votre médecin est : je ne recommanderais pas mon médecin // je recommanderais mon médecin Votre attitude à l'égard de votre médecin est : Ne m'incite pas à retourner le consulter // M'incite à retourner le consulter</p>	<p>Oliver (1980)</p>
<p><i>Confiance Médecin</i></p> <p>Mon médecin tient ses promesses L'information fournie par mon médecin est crédible Mon médecin est réellement préoccupé par l'amélioration de mon état de santé Mon médecin sait évaluer ce qui est le mieux pour ma prise en charge Mon médecin est digne de confiance Lors de prises de décisions importantes, mon médecin considère à la fois mon bien-être et le sien ^a Il faut être critique, par rapport à ce que me dit mon médecin, car je ne lui fais pas confiance (item inversé) ^a Mon médecin n'est pas toujours honnête (item inversé) ^a</p>	<p>Doney et Cannon (1997)</p>

^aItem supprimé durant la procédure de purification du construit

