

L'influence des communautés virtuelles de santé mixtes sur la confiance des patients envers leur médecin habituel dans un contexte de crise sanitaire.

Une étude exploratoire d'une communauté virtuelle de santé Covid-19 mixte

Pierre BUFFAZ

Université Paris-Panthéon-Assas, LARGEPA

Brice ISSEKI

Université Paris Cité, CEDAG

Résumé

Depuis l'éclatement de la crise sanitaire due à la Covid-19 en mars 2020, la quasi-totalité de la population mondiale est contrainte de vivre avec des mesures sanitaires renforcées et se pose de nombreuses questions autour de cette maladie encore mal connue. Pour obtenir des réponses, beaucoup se tournent vers les médias sociaux et en particulier les communautés virtuelles de santé mixtes. Cet article, à visée exploratoire, analyse l'influence que peut exercer une communauté de ce type, mêlant patients et médecins, sur la confiance des patients envers leurs médecin habituel. Pour répondre à notre problématique, nous nous sommes appuyés sur une communauté virtuelle de santé Covid-19 et avons mis en œuvre une démarche netnographique fondée sur la compréhension et l'interprétation de données langagières et non langagières. Les résultats révèlent que la confiance des patients envers leurs médecin est désormais partiellement influencée par des informations échangées sur la communauté virtuelle. Une évolution conceptuelle de la confiance dans la relation patient-médecin est mise en exergue : la confiance « cléricale » semble disparaître, tandis qu'une confiance, qualifiée de « virale intermédiée » semble apparaître. Cette évolution, résultant de crise sanitaire et du modèle du *peer-to-peer* caractérisant les communautés virtuelles, pourrait être prise en compte pour renouveler la relation médicale. L'enjeu managérial consiste pour les médecins à maintenir la confiance avec les patients, par exemple en intégrant la relation médicale comme une relation triadique comprenant les communautés virtuelles comme acteurs de la relation.

Mots-clés

communauté virtuelle de santé, Covid-19, confiance, relation patient-médecin, netnographie

1. INTRODUCTION

Depuis le début de l'année 2020, le monde entier doit faire face à une pandémie d'une ampleur inédite, la Covid-19. Pour contrer cette pandémie, la plupart des Etats ont mis en place des mesures d'urgence pour endiguer la propagation du virus et des mesures de

moyen et long terme pour mettre fin à l'épidémie. Ces différentes mesures ont entraîné des changements profonds dans le déroulement de la vie quotidienne des individus, ont suscité de nombreuses inquiétudes quant à leur utilité et à leur légitimité, et ont généré un affaiblissement des liens sociaux et une dégradation de l'état psychologique des personnes (Franck, 2020 ; Mengin *et al.*, 2020). De plus, la mise à disposition de vaccins d'un nouveau type (ARN messager) dans un temps relativement court a suscité une certaine inquiétude chez une partie de la population. Dans l'objectif d'apaiser ces craintes, et de tenter de réduire l'asymétrie d'information relative à cette pandémie et à ses conséquences, les individus se sont tournés massivement vers le numérique et ont fortement accru leurs interactions sur les médias sociaux. En effet, à l'instar de tous les autres types de communautés virtuelles, celles de santé fonctionnent sur le principe de noosphère (2022), énoncé par Pierre Teilhard de Chardin, qui consiste à interconnecter un ensemble de personnes. Cette interconnexion permet *in fine* d'accroître le nombre, l'étendue et l'approfondissement des connaissances partagées (Surowiecki, 2008). Les communautés virtuelles de santé se positionnent ainsi désormais comme un nouvel intermédiaire au sein de la relation médicale (Centola & Rijt, 2014). Cette intermédiation, au travers des informations échangées entre membres sur les communautés, peut brouiller ou en tout cas influencer la confiance accordée par le patient à son médecin habituel dans la relation médicale. Cette confiance se définit comme la volonté de l'une des parties d'une relation d'être vulnérable aux actions de l'autre partie, avec l'espoir que cette autre partie réalisera l'action désirée, indépendamment de la capacité à la contrôler (Mayer *et al.*, 1995). Si les compétences du médecin sont souvent remises en cause à la suite des avis émis par des membres de la communauté virtuelle, on peut penser que la confiance accordée au médecin par le patient dépend de la nature des informations recueillies chez ses pairs. Pourtant, il avait été démontré que la relation patient-médecin dépendait beaucoup plus de la confiance que les patients accordaient aux médecins, indépendamment des informations recherchées sur Internet (Laugesen *et al.*, 2015). La crise sanitaire, du fait des nombreuses polémiques et controverses suscitées, a reposé cette question de la confiance accordée aux médecins par les patients. Ainsi, il apparaît intéressant de répondre à la question suivante : Les communautés virtuelles de santé mixtes, donc mêlant patients et médecins, influent-elles sur la confiance que les patients accordent à leurs médecin habituel, dans le contexte particulier de la crise sanitaire de la Covid-19 ? Si oui, comment caractériser cette influence en termes de nature et d'implications pour l'évolution de la relation patients-médecins ?

Dans le contexte de la crise sanitaire actuelle, et par le biais d'une netnographie, la présente étude, à visée exploratoire, a donc pour double objectif d'une part de comprendre d'une part l'influence que peut exercer une communauté virtuelle de santé mixte sur la confiance que des patients – membres de cette communauté – accordent à leurs médecin habituel, et d'autre part de sensibiliser les établissements de santé ainsi que le corps médical à la transformation actuelle de la relation patient-médecin et à ses conséquences. Ainsi, nous avons observé une communauté virtuelle de santé Covid-19 mixte et mis en œuvre une démarche netnographique fondée sur la compréhension et l'interprétation de données langagières et non langagières. Les résultats de notre étude révèlent une actualisation conceptuelle de la typologie de la confiance de Hammer (2010) dans la relation patient-médecin : la confiance « cléricale » semble disparaître pour laisser place à une confiance que l'on peut qualifier de « virale intermédiée » en raison de l'intermédiation

jouée par la communauté virtuelle de santé Covid-19 mixte. Après avoir abordé la revue de littérature sur les concepts de communautés virtuelles et de confiance dans les relations patient-médecin, nous exposerons l'approche méthodologique utilisée, puis aboutirons à la restitution des résultats et à leur discussion. Enfin, des limites et perspectives de recherche liées à l'étude seront explicitées.

2. CADRE THÉORIQUE

Avant de découvrir l'influence exercée par les communautés virtuelles de santé sur la confiance dans la relation patient-médecin, il est nécessaire d'explicitier ces concepts clefs.

2.1. Les communautés virtuelles de santé

Les communautés virtuelles de santé constituent une espèce parmi d'autres de communautés en ligne dont le barycentre tourne autour d'un ou de plusieurs sujets liés à la santé. Les communautés virtuelles ou en ligne sont avant tout le dernier stade de l'évolution d'un concept ancien, celui de communauté. Celle-ci désigne, conformément aux locutions latines *communis* et *munus* qui la composent, un rassemblement d'individus dont l'organisation sociale est fondée sur l'entraide mutuelle. Ces rapports sociaux, teintés à la fois de générosité et de réciprocité, ne sont pas sans rappeler le modèle du don et du contre-don explicité par Marcel Mauss (2007), vérifié empiriquement tant au sein des tribus traditionnelles d'Amazonie (Lévi-Strauss, 2001) qu'au sein des « tribus » consuméristes contemporaines (Cova & Cova, 2001). Cette injonction sociale à donner et recevoir, ou à demander puis offrir (Dubost, 1995), semble innover et constituer le socle de toute communauté. En effet, que ce soit Tönnies (2010) qui la caractérise comme un organisme vivant, figé et dépourvu d'aspect économique, ou Weber (2019) qui la perçoit comme une organisation sociale en constante évolution et potentiellement reliée à une activité économique, la communauté rassemble des individus qui ressentent un sentiment d'appartenance commune, qui ont des points communs et qui souhaitent échanger sur cette commensalité.

2.1.1. Les origines des communautés virtuelles

Le qualificatif « virtuel » associé au nom commun « communauté » reflète pleinement qu'il s'agit d'une résultante de la digitalisation du phénomène communautaire. Autrement dit, les communautés en ligne ne sont pas apparues en remplacement mais en complément des communautés physiques, qui continuent à exister dans le monde contemporain. Cette digitalisation a été permise par l'essor du Web dans les années 1980 et du Web social, dit 2.0, dans les années 2000 (Rheingold, 1993). D'ailleurs, les ancêtres des communautés virtuelles actuelles étaient déjà créées sur cette idée de partage d'informations au travers de forums de discussion (Latzko-Toth, 2014). Certaines, comme les *Computer-Mediated Communication* (Wellman & Gulia, 1999) et les *Web-based Communities* (Bishop, 2009), étaient à visée professionnelle puisqu'elles permettaient aux salariés de collaborer à distance, tandis que d'autres avaient un objectif plus ludique comme le Minitel (Jouët, 1989). Toutes offraient à leurs participants l'avantage de pouvoir s'entraider et d'échanger des informations en dépit des contraintes temporelles et géographiques.

2.1.2. La définition de communauté virtuelle

Depuis l'apparition des premiers spécimens au cours des années 1990, de nombreux chercheurs ont tenté de définir les communautés virtuelles (Komito, 1998). Pour y parvenir, les théories relatives aux communautés de pratique semblent avoir été fondatrices (Cox, 2005). A l'instar des communautés de pratique (Bootz, 2009 ; Bootz & Schenk, 2009, 2014), bon nombre de communautés virtuelles s'autoorganisent et se développent par la volonté de leurs membres de monter en compétence sur une expertise. En revanche, contrairement aux communautés de pratique, les échanges de connaissances s'effectuent essentiellement sur des supports codifiés et non au travers de discussions informelles (Bootz, 2009). Ces premières théories ont été complétées dans un second temps par des recherches concernant les communautés d'innovation qui constituent des communautés de pratique managées par les entreprises pour faciliter l'émergence d'innovations (Goglio-Primard & Soulier, 2018 ; Goglio-Primard, Cohendet, Cova & Simon, 2020). Parmi les premières définitions des communautés virtuelles, Hagel et Armstrong (1997) considèrent que celles-ci constituent des espaces gérés par ordinateur permettant d'intégrer des contenus et de générer des interactions entre les membres, tandis que Kozinets (1999) les perçoit comme un groupe d'individus qui interagissent sur un sujet qui les intéresse (souvent lié à la consommation) tout en partageant des activités et des comportements communs, et en se respectant mutuellement. Pour Casalo *et al.* (2008), il ressort des définitions proposées quatre caractéristiques qui semblent être communément partagées : un ensemble d'individus animés et liés par une volonté commune d'agir, un intérêt commun, l'instauration et le respect de normes partagées, et l'utilisation des outils du Web pour interagir, susciter et renforcer la cohésion de la communauté. Au global, les communautés en ligne constituent des réseaux multiples et variés de relations humaines, affranchis des frontières temporelles et géographiques grâce à l'utilisation du Web, et regroupés autour d'un lien commun et d'un objectif partagé. Au-delà de cette définition, il importe de comprendre les raisons qui incitent les internautes à former ou à rejoindre une communauté virtuelle. D'après Ewing (2008), la participation à une communauté virtuelle repose principalement sur l'offre et la demande de deux types de motivations : les « *content-based motivations* » qui correspondent à la recherche et à la dispense d'informations ou de contenus multimédias, et les « *social-based motivations* » qui font référence à la volonté de créer des liens sociaux. Sivertstol (2018) renforce cette vision en précisant que la participation aux communautés en ligne vise essentiellement à trouver et à apporter du soutien. Ce soutien confère aux membres de la communauté quatre avantages : hédonique, d'apprentissage, d'intégration sociale et d'épanouissement personnel. Les internautes rejoignent donc principalement une communauté virtuelle pour apporter et bénéficier de soutien informationnel et social. Or, il faut rappeler que le passage du Web 1.0 au Web 2.0 a permis de démocratiser la capacité de création et de diffusion de contenus sur Internet, le fameux *User-Generated Content* (UGC) (Daugherty *et al.*, 2010). Autrement dit, chaque internaute n'est plus seulement un lecteur, un consommateur de contenus ; il peut, s'il le souhaite, devenir un producteur de contenus et même un diffuseur de contenus (Poncier, 2009). Le partage de l'ensemble de l'UGC des membres, c'est-à-dire de leurs savoirs, de leurs connaissances, de leurs savoir-faire, de leurs expériences et même de leurs astuces, forme un *thesaurus* (Wasko & Faraj, 2000) ou « *tribal knowledge base* » qui peut se décomposer en connaissances individuelles et collectives : les connaissances en tant qu'objets, qui représentent l'ensemble des documents organisés et

archivés électroniquement au sein de la communauté et qui lui appartiennent ; les connaissances individuelles, qui regroupent tous les éléments détenus en propre par chacun des membres de la communauté ; et les connaissances collectives, qui sont générées et partagées au sein de la communauté (publications, commentaires, témoignages, expériences, etc.).

2.1.3. Les caractéristiques des communautés virtuelles de santé

Les communautés virtuelles forment un paysage complexe que certains chercheurs ont tenté de décrypter à l'aide de types, voire de taxonomies (Hagel & Armstrong, 1997 ; Dholakia *et al.*, 2004). Par exemple, ont été distinguées les communautés de jeux et les communautés d'intérêt (Lechner & Hummel, 2002), les communautés de pratique (Lave & Wenger, 1991 ; Brown & Duguid, 1991), les communautés de marque (Kim & Jin, 2006 ; Okazaki, 2007) ou encore les communautés d'entraide (Preece, 2001) qui rassemblent des individus s'apportant gratuitement et mutuellement du soutien sur une grande diversité de sujets (exemple de la communauté WeMoms rassemblant des mères se soutenant à toutes les étapes de la maternité), et les communautés de santé. Les communautés virtuelles de santé sont des espaces sur lesquels se rassemblent des patients et des proches de patients souffrant d'une ou plusieurs pathologies particulières afin d'échanger au sujet de ces pathologies (Gupta & Hee-Woong, 2004). A l'instar des motivations énoncées par Ewing (2008), les membres de ces communautés viennent chercher et/ou offrir des informations relatives à leur pathologie, au travers de l'explicitation de leurs symptômes, de leur situation médicale ou de leur guérison, ainsi que du soutien psychologique pour s'encourager ou accompagner leurs pairs dans leur parcours de soins (Malik & Coulson, 2008). Grâce à la consultation des échanges et des contenus, ainsi qu'à leurs interactions, les membres des communautés virtuelles de santé développent une meilleure connaissance et compréhension de la maladie et du traitement prescrit par leur médecin (Silber, 2009). Cela leur permet non seulement d'être actifs et acteurs dans leur parcours de soins avec leur médecin (Malik & Coulson, 2008), mais aussi et surtout d'être plus en confiance pour éventuellement challenger l'avis de leur médecin (Potter & McKinlay, 2005). Or, cette confiance des patients et de leurs proches, et leur mobilisation accrue dans le parcours de soins, est la résultante directe de ce que l'on appelle l'*empowerment* médical. Celui-ci fait référence à ce que Gibson (1991) définit comme étant le procédé social visant à reconnaître, promouvoir et améliorer les capacités des individus à satisfaire leurs besoins, résoudre leurs problèmes et mobiliser les ressources nécessaires pour contrôler leurs vies. L'*empowerment* médical comprend trois composantes (Ouschan *et al.*, 2006) qui sont l'accompagnement du médecin pour permettre au patient de vivre avec sa maladie puis de la vaincre, le niveau de contrôle qu'exerce le patient sur sa maladie et la capacité du patient à être acteur dans la relation médicale. Or, les communautés virtuelles de santé exercent une influence décisive sur les trois composantes de l'*empowerment* médical. En effet, grâce au système du « *peer-to-peer* » sur lequel reposent toutes les communautés virtuelles, et *a fortiori* les communautés de santé, les patients peuvent réduire l'asymétrie d'information concernant leur pathologie et véritablement se former en découvrant des connaissances relatives aux traitements ou aux innovations thérapeutiques et en lisant les expériences partagées par d'autres patients (Lemire *et al.*, 2008). Ces communautés virtuelles de santé apportent également un soutien psychologique et un accompagnement (Mo & Coulson, 2012) qui peuvent s'additionner à celui du médecin ou même le supplanter. Enfin, plus les patients participent et interagissent au sein

des communautés virtuelles de santé, plus leur niveau de confiance s'accroît (Van Uden-Kraan *et al.*, 2009) et plus les bénéfices en termes d'information et de soutien augmentent (Malik & Coulson, 2008), avec effet sur la relation patients-médecins. Il faut noter également que la participation des patients aux communautés virtuelles de santé contribue à impliquer de façon plus prégnante le patient dans la décision médicale (Menvielle *et al.*, 2016) et 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).

Compte tenu de ces éléments, nous suggérons qu'une communauté virtuelle de santé Covid-19 mixte pourrait exercer une influence sur la confiance dans la relation patients-médecins. Néanmoins, qu'est-ce que la relation patient-médecin ? Quelles formes peut-elle revêtir ? Quelle(s) métamorphose(s) pourrai(en)t engendrer une communauté virtuelle de santé Covid-19 mixte sur cette relation ?

2.2. La relation patient-médecin

Depuis les années 1950, des études ont porté leur attention sur cette relation particulière qui n'a jamais cessé d'évoluer au fil des générations. Nous explorons ici les modèles de la relation patient-médecin et sa transformation depuis l'émergence des communautés virtuelles de santé.

2.2.1. Les approches de la relation patient-médecin

L'approche structuro-fonctionnaliste de Parsons (1951) postule que la relation patient-médecin est à la fois asymétrique et consensuelle. Asymétrique parce que le médecin est actif et le malade passif, et consensuelle puisque les rôles d'actif et de passif sont reconnus et acceptés par tous (Parsons, 1951). Le malade cherche à se soigner en faisant appel au médecin qui, lui, a le devoir de légitimer socialement le statut de malade du patient et ensuite de le guérir en se servant de ses compétences techniques. L'attitude du médecin serait de faire preuve d'une neutralité affective pendant que le patient lui accorde sa totale confiance. Le développement des maladies chroniques a amené Szasz et Hollander (1956) à compléter l'approche fonctionnaliste par la prise en compte de l'état de vulnérabilité du malade. Ils proposent trois sous-modèles de relations que sont : activité-passivité, coopération guidée et participation mutuelle (Szasz & Hollander, 1956). Cependant, dans le développement de la relation, l'intérêt personnel du médecin peut aller à l'encontre de celui du patient pour donner lieu à des rapports conflictuels. On peut donc repérer deux cultures différentes de cette relation patient-médecin : la culture profane chez les patients, et la culture professionnelle du côté des médecins (Freidson, 1984). Une analyse de la relation patient-médecin a alors été réalisée sous l'angle du partage du pouvoir (Fournier & Kerzanet, 2007). Quatre modèles de relations patient-médecin ont été ainsi déclinés : le modèle paternaliste, le modèle informatif, le modèle interprétatif et le modèle délibératif (Emanuel & Emanuel, 1992) (Cf. Annexes, Figure 5). Le modèle paternaliste entérine l'existence d'une inégalité avérée entre le médecin et le patient au sens où le médecin est actif et dominant tandis que le patient est passif et consentant. Le modèle informatif consiste à donner une bonne, précise et factuelle information au patient afin qu'il arrive à choisir son traitement. Le modèle interprétatif est un modèle dans lequel il faut aider le patient dans l'appropriation et la construction des protocoles de traitement envi-

sageables, l'informer sur le rapport bénéfices-risques pour ensuite adopter la décision qu'il choisira. Et enfin, le modèle délibératif dans lequel le cheminement du patient est susceptible d'évoluer et de changer, puisque le médecin a pour mission de le convaincre d'adopter le protocole curatif le plus adapté à son état, à partir d'un dialogue authentique et éclairé, mais surtout non directif. Le modèle délibératif est celui recommandé de nos jours dans les relations patient-médecin en France depuis la loi Kouchner (2002).

2.2.2. *La relation patients-médecins métamorphosée par les communautés virtuelles*

L'émergence des communautés virtuelles de santé a révolutionné la relation patient-médecin. La littérature scientifique indique d'ailleurs l'existence inhérente de plusieurs effets positifs comme négatifs. En effet, l'utilisation de communautés virtuelles par les patients atteints de maladies chroniques conduit à leur autonomisation, c'est-à-dire à la découverte et au développement par eux-mêmes de leur capacité à être responsables de leur propre vie (Oh & Lee, 2012). En revanche, les patients peuvent être induits en erreur par leurs pairs qui véhiculent des informations anecdotiques, des rumeurs et des opinions, plutôt que des informations scientifiques réelles validées (Ahmad *et al.*, 2006). Les médecins, eux, affirment que les communautés virtuelles sont souvent des refuges pour les patients qui suspectent de mauvaises intentions de la part du médecin. Face aux recueils d'informations réalisés par les patients au sein des communautés virtuelles, les médecins réagissent souvent négativement, car ces informations exigent de leur part davantage de clarification et remettent en question leur autorité médicale (Broom, 2005). En conséquence, le modèle paternaliste, au sein duquel le médecin est considéré comme détenteur de savoirs et de compétences, est abandonné au profit de nouvelles formes de relations entre patients et médecins. Désormais, le patient a accès à des informations suffisantes (techniques ou témoignages) sur sa pathologie, avant même de rencontrer le médecin. « *Cela déstabilise une autorité médicale qui croit sa légitimité fondée sur la connaissance des uns et l'ignorance des autres* » (Pierron, 2007, p.46). Une recherche d'équilibre relationnel permanent s'installe, dans lequel, d'une part, le patient cherche à confronter ses informations obtenues personnellement, et, d'autre part, le médecin doit prouver et confirmer son expertise. La dimension hiérarchique traditionnelle de la relation patient-médecin est modifiée en faveur d'une relation plus équilibrée, en raison de l'autonomisation des patients (Broom, 2005). En réalité, la relation patient-médecin peut pencher dans un sens comme dans l'autre, selon la manière dont la nouvelle dynamique affecte les représentations de chacun d'eux. Ainsi, on peut retenir que le médecin répond généralement au patient-utilisateur des groupes virtuels de trois façons différentes : (1) il se sent menacé par les informations que le patient apporte et réagit de manière défensive en faisant valoir son avis d'expert (relation centrée sur le professionnel de la santé), (2) ou il collabore avec le patient pour obtenir et analyser l'information (relation centrée sur le patient), (3) ou bien il oriente les patients vers des sites Web d'informations sanitaires fiables (prescription sur Internet) (McMullan, 2006). La transformation que connaît la relation patient-médecin dans le cas d'espèce constitue un élément qui conduit à s'interroger sur le concept de confiance. Dans cette étude, l'objectif est de se concentrer sur la confiance accordée à leur médecin habituel par des patients intégrés dans des communautés virtuelles de santé.

Du fait de ces éléments, nous proposons de considérer que la relation patient-médecin traditionnelle est bouleversée par le phénomène communautaire en ligne, y compris sur le plan de la confiance. Cependant, qu'est-ce que la confiance ? Quelle(s) confiance(s) est accordée

par le patient au médecin, d'une part traditionnellement, et, d'autre part dans le cadre d'une communauté virtuelle de santé Covid-19 mixte ?

2.3. La confiance accordée à leur médecin habituel par les patients membres de communautés virtuelles de santé

La transformation continue de la relation patient-médecin invite à interroger et à mieux comprendre les paramètres de la confiance qu'accordent les patients à leur médecin habituel.

2.3.1. Le concept de confiance

La confiance est un concept utilisé couramment dans le langage. Pour autant, sa compréhension et sa théorisation sont symptomatiques de sa complexité. Ce terme largement étudié ne fait pas nécessairement l'unanimité au sein de la littérature scientifique. D'après Shapiro (1987), les définitions de la confiance sont tellement nombreuses qu'elles prennent la forme d'un véritable pot-pourri sémantique. C'est en 1958 que le concept de confiance fait son apparition en psychologie (Deutsch, 1958). Ensuite, elle a été étudiée dans de nombreuses disciplines de recherche, notamment dans les sciences humaines et sociales. Bien qu'ayant toujours été présente dans les organisations, la confiance n'a réellement fait l'objet de travaux de recherche en sciences de gestion qu'à partir des années 1990 (Bornarel, 2007) et elle continue de susciter de l'intérêt. La confiance peut être considérée comme l'une des forces de synthèse les plus importantes dans la société (Simmel, 1999). Elle est la conviction que le partenaire agira dans l'intérêt commun (Gilson, 2003). Il s'agit d'un sentiment associé à des sources altruistes (Nooteboom *et al.*, 1996). Morgan et Hunt (1994) affirment que la confiance joue un rôle de ciment dans les relations d'échange et pour qu'aucune des parties ne tente de nuire à son partenaire en prenant l'avantage sur ses faiblesses. La confiance a été définie comme une série d'attentes sociales partagées par les acteurs lors des échanges (Zucker, 1986). La bienveillance, la loyauté, l'intégrité et l'ouverture d'esprit sont des critères qui assurent la force des relations interpersonnelles et apparaissent comme un préalable (Sako, 1991). Pour que la confiance se développe, il faut un cadre de poursuite d'objectifs communs qui nécessitent des communications régulières et une certaine proximité (Simon, 2007). Il est d'ailleurs confirmé que la communication est un moyen utilisé pour agir sur la confiance dans la relation patient-médecin, satisfaire les patients et améliorer la qualité des services fournis (Chandra *et al.*, 2018). Mais cette fréquence de communication est susceptible d'être compromise du fait de l'ancrage de plus en plus prégnant des plateformes virtuelles dans le quotidien des patients. Les communautés virtuelles peuvent être considérées comme des intermédiaires entre patients et médecins dans leur communication interpersonnelle.

2.3.2. La confiance accordée au médecin par le patient

La confiance du patient envers le médecin est caractérisée selon trois niveaux. Elle regroupe la confiance qu'a le patient dans l'intégrité du médecin, la confiance qu'a le patient dans les connaissances et les compétences cliniques du médecin, et la confiance que le patient porte au médecin comme étant son agent fiduciaire (Safran, 2007). Cette confiance a été également abordée par Hammer (2010) au travers de sa typologie qui distingue cinq types de confiance : la confiance « cléricale » où le patient est passif et se soumet au médecin qui dispose des connaissances requises

en matière de soin ; la confiance pragmatique que le patient ne donne qu'en présence des preuves des compétences du médecin ; la confiance professionnelle qui naît des représentations que le patient se fait du rôle du médecin et de ses attentes envers lui ; la confiance affinitaire qui se matérialise par les liens de proximité entre le médecin et le patient ; et enfin la confiance rationnelle qui se concentre sur l'objectivité de la médecine en tant que science que le médecin met en œuvre (Hammer, 2010 ; Senghor, 2020). Pour ce qui a trait à notre étude, il est à noter que plusieurs travaux démontrent l'existence d'un lien essentiel entre la recherche d'informations de santé menée virtuellement et le concept de confiance (Menvielle *et al.*, 2016). Les patients ont besoin de confiance à chaque étape de l'établissement de la relation avec leur médecin (Krot & Rudawska, 2016). La confiance que le patient accorde au médecin est considérée comme un ensemble de convictions ou d'attentes qu'un prestataire de soins va réaliser d'une certaine manière (Thom *et al.*, 2002). Elle revient comme une caractéristique émotionnelle avec laquelle les patients ont un sentiment réconfortant de foi ou de dépendance qu'ils rattachent aux intentions d'un soignant (Pearson & Raeke, 2000). Il a été mis en évidence que la compétence, la compassion, le respect de la vie privée, la confidentialité, la fiabilité, la sûreté et la communication sont les facteurs qui permettent d'établir la confiance du patient vis-à-vis du médecin (Pearson & Raeke, 2000). Il est ainsi démontré qu'une relation fondée sur la confiance apporte des avantages thérapeutiques, accroît la satisfaction des patients et, par conséquent, améliore les résultats du traitement suivi (Calnan & Rowe, 2006). La confiance est comme une volonté de se fier aux autres d'une part en termes de compétences et d'intégrité (dimension cognitive), et d'autre part en termes de bienveillance (dimension affective) (Colquitt *et al.*, 2011). Par ailleurs, il convient d'éviter de confondre la confiance du patient envers le médecin et la satisfaction du patient. En effet, c'est la confiance du patient envers le médecin qui permet de prédire la nature de la satisfaction du patient (Thom *et al.* 1999). Néanmoins, la confiance envers le médecin diminue lorsqu'il y a une différence entre les attentes d'autodiagnostic d'un patient membre d'une communauté virtuelle et le diagnostic du médecin proprement dit. L'essentiel est alors de reconnaître que c'est la nature des communications ayant lieu durant l'interaction qui est le facteur déterminant de la dynamique de la confiance du patient envers le médecin (Tian *et al.*, 2018).

Au vu de ces éléments, nous proposons que, sous l'effet de l'influence d'une communauté virtuelle de santé Covid-19 mixte, les patients membres de cette communauté n'accordent plus une confiance aveugle à leur médecin habituel, mais choisissent de s'appuyer sur les informations et témoignages de leurs pairs confirmés par les médecins de la communauté. D'ailleurs, les différentes polémiques (Varga, 2020) et situations d'incertitude observées dans cette pandémie expliquent le comportement des patients sur les communautés virtuelles. Pougnet et Pougnet (2022) ont de ce fait exposé la remise en question du pouvoir médical.

A partir de la revue de littérature, nous avons retenu la problématique suivante : Dans le contexte exceptionnel de la crise sanitaire de la Covid-19, quelle est l'influence des communautés virtuelles de santé mixtes dans la relation de confiance patient-médecin ? Pour y répondre, nous décomposons notre problématique en trois questions de recherche (QR).

Dans un premier temps, il importe de s'interroger sur l'existence d'une relation de cause à effet – et si celle-ci est avérée, sur sa nature – entre les communautés virtuelles de santé Covid-19 mixtes et la confiance des patients à l'endroit de leur médecin habituel. Dans cette perspective, la question suivante peut être posée : Les communautés virtuelles de santé Covid-19 mixtes exercent-elles une influence sur la confiance des patients envers leur médecin habituel, et si oui de quelle nature ? (QR1).

Dans un deuxième temps, il convient de se pencher sur les modifications de la confiance des patients envers leur médecin habituel, engendrées par l'influence des communautés virtuelles de santé Covid-19 mixtes. Dans cette optique, on peut poser la question suivante : Quels sont les types de confiance qui émergent au travers de l'influence de ce type de communauté ? (QR2).

Dans un troisième et dernier temps, il est pertinent de se demander si les transformations de la confiance des patients envers leur médecin habituel, insufflées par les communautés virtuelles de santé Covid-19 mixtes, modifient les types de confiance identifiés dans la littérature. A cette fin, la question suivante peut être posée : Ces types de confiance rejoignent-ils ou s'écartent-ils de ceux issus de la typologie de la confiance de Hammer (2010) ? (QR3).

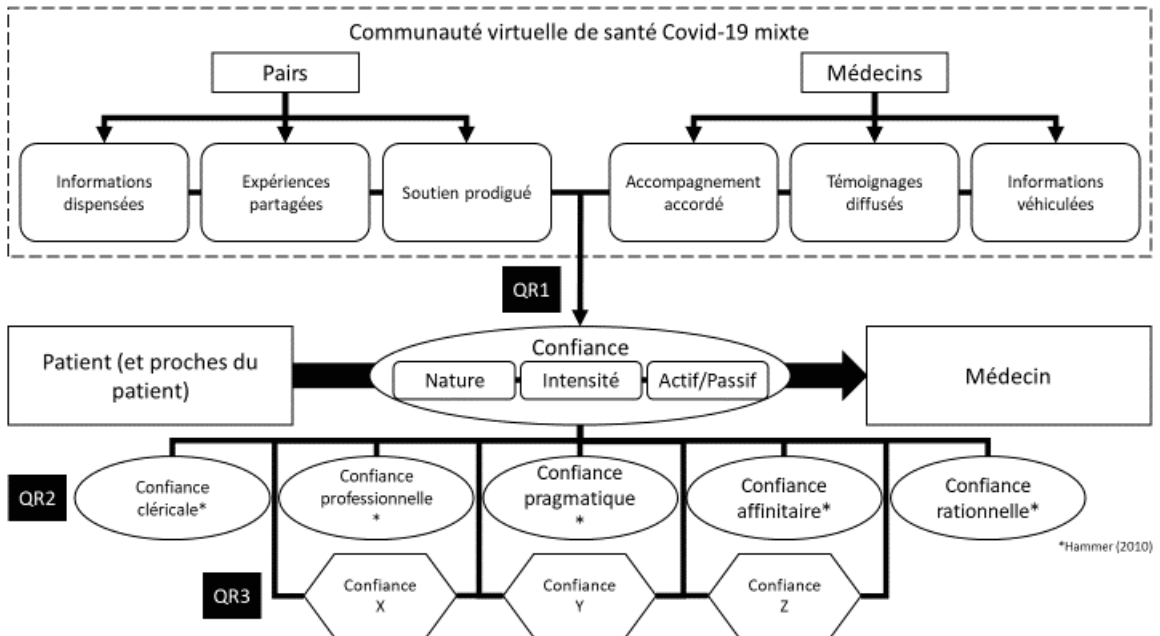


Figure 1. Modèle de recherche

3. MÉTHODOLOGIE

Afin d'évaluer l'influence des communautés virtuelles de santé sur la confiance dans les relations patient-médecin, cette recherche a adopté une démarche netnographique pour recueillir les données, et utilisé le logiciel d'analyse textuelle IRaMuTeQ pour les interpréter.

Avant d'aller plus loin, il convient d'introduire deux éléments relatifs à la démarche mise en œuvre. Premièrement, et bien qu'ayant été inventée par Kozinets (2002), la méthodologie netnographique a été peu exploitée jusqu'à présent dans les recherches en sciences de gestion. Même si des bonnes pratiques ont pu être dégagées (Bernard, 2004), sa mise en œuvre mérite encore d'être affinée. Deuxièmement, la communauté virtuelle de santé Covid-19 mixte qui a fait l'objet d'une netnographie constitue un terrain sensible. En effet, la santé – à l'instar des opinions religieuses ou de l'orientation sexuelle – constituent des sujets sensibles et de fait, parfois difficiles à évoquer en

public par les individus concernés (Saint-Germes *et al.*, 2021, p. 292-296). Dans le cas présent, l'étude porte sur une communauté virtuelle de santé très singulière puisque les échanges, initiés dans le contexte particulier de la crise de la Covid-19, sont très liés aux incertitudes qui caractérisaient les connaissances médicales au début de la pandémie mondiale – situation qui a justifié la création de cette communauté par le médecin qui en est à l'origine.

En dépit de son utilisation encore peu fréquente et de la sensibilité du terrain à observer, la netnographie nous a semblé, dans le cas présent, une méthodologie idoine. Transposant les usages et techniques de l'ethnographie (Prior & Miller, 2012), la netnographie (Kozinets, 2009) est particulièrement adaptée pour observer une communauté virtuelle de santé. D'abord, c'est une méthode peu intrusive qui ne biaise pas les comportements des observés et qui permet d'étudier des sujets sensibles comme l'est la santé (Langer & Beckman, 2005) grâce à l'anonymat relatif des participants (Bernard, 2004, p.54). Ensuite, la netnographie permet d'embrasser pleinement la multiplicité (Cléret, 2011) et la persistance des éléments publiés en ligne. Enfin, à l'instar de l'approche ethnomarketing, la netnographie combine plusieurs protocoles d'observation et mêle les raisonnements inductif et abductif, ce qui lui permet de mener une « *triangulation des données* » (Schmidt, 2012) et d'embrasser l'ensemble de la sémiologie de la communauté virtuelle de santé observée. Dans le cadre de cette recherche, une collecte de données langagières et non langagières a été effectuée. Afin de confirmer les résultats de cette recherche exploratoire, une triangulation est nécessaire et implique de réaliser des études complémentaires, notamment quantitatives.

3.1. Préalable à la mise en œuvre de la netnographie : les précautions méthodologiques

Afin de ne pas porter préjudice aux personnes présentes sur le terrain observé et de ne pas « *empoisonner le puits de la recherche* » (Reid, 1996), le netnographe se doit d'adopter une conduite éthique, responsable et respectueuse de plusieurs principes. Kozinets (2002, p.65) propose d'ailleurs quatre principes éthiques : (1) révéler à la communauté la recherche en cours de réalisation, (2) garantir la confidentialité et l'anonymat aux membres de la communauté, (3) prendre en compte les *feedbacks* des membres et (4) obtenir la permission – le « *consentement éclairé* » – pour utiliser tout message spécifique qui sera cité dans la recherche. Dans le cadre de la présente recherche, les principes (1) et (2) ont été respectés. En effet, la recherche a été annoncée au travers de l'envoi d'un message électronique privé sur le groupe Facebook hébergeant la communauté et par l'envoi d'un courrier postal au médecin ayant créé la communauté. De plus, du fait de leur sensibilité, l'intégralité des données récoltées – à savoir les conversations en ligne – a fait l'objet d'une anonymisation. En revanche, compte tenu du nombre considérable d'auteurs des conversations en ligne récoltées, les principes (3) et (4) n'ont pu être que partiellement respectés.

3.2. Choix et explicitation de la communauté virtuelle de santé observée

L'enjeu initial de la netnographie a consisté à choisir la communauté virtuelle de santé à intégrer et observer. Ce choix s'est fait en deux étapes successives et s'est fondé sur différents critères. La première étape a consisté à choisir le type de communauté virtuelle de santé à observer. A l'image de la systématique en vigueur dans les sciences de la nature et en particulier en botanique, le « *genre* » des communautés virtuelles se décompose en différentes « *espèces* » qui regroupent chacune plusieurs « *variétés* ». En l'occurrence, en ce qui concerne

l'espèce des communautés virtuelles de santé, il est possible de distinguer les forums (comme <https://forum.doctissimo.fr/>) sur lesquels l'ensemble des pathologies sont abordées ; les communautés concentrées sur une unique pathologie généralement chronique (comme <https://www.carenity.com/forum/index-forums>) et les communautés créées à l'occasion de la crise de la Covid-19 et traitant exclusivement de cette maladie virale (comme <https://www.facebook.com/groups/3129946867127476>). Les premières étant trop hétéroclites quant à leur contenu et les secondes ne traitant pas *a priori* du sujet de la Covid-19, la présente recherche a été orientée sur les communautés spécifiques à la Covid-19. La deuxième étape du processus de sélection a permis de retenir la communauté en mesure d'offrir un contenu susceptible de fournir à la présente recherche des résultats valides et fiables. Or, force a été de constater que l'ampleur de la crise sanitaire a généré une profusion de communautés virtuelles centrées spécifiquement autour de la Covid-19. Pour parvenir à trouver la communauté idoine, la sélection s'est opérée en deux temps. D'abord, le support : Compte tenu de la croissance et de l'intensification de l'usage du Web social (Manceau, 2020) renforcées par la crise sanitaire, et vu ses 40 millions d'utilisateurs actifs en France (La Rédaction du Journal du Net, 2021), le réseau social Facebook a été privilégié pour dénicher et étudier une communauté virtuelle de santé centrée sur la Covid-19. Ensuite, une batterie de critères a été créée et appliquée. Cette batterie se compose de trois échelles de critères à champs d'inclusion décroissants (Cf. Tableau 1) qui ont été appliquées successivement pour affiner le choix de la communauté virtuelle de santé à observer.

Tableau 1. Critères de choix de la communauté virtuelle de santé

Critères macroscopiques	
Critère N°1	Francophonie de la communauté virtuelle
Critère N°2	Degré d'ouverture de la communauté virtuelle
Critères mésoscopiques	
Critère N°3	Nombre de membres de la communauté virtuelle
Critère N°4	Nombre de publications journalières sur la communauté virtuelle
Critères microscopiques	
Critère N°5	Population mêlant médecins et patients au sein de la communauté virtuelle
Critère N°6	Niveau de variété des sujets évoqués au sein de la communauté virtuelle

A l'issue de cette sélection fondée sur six critères, une communauté virtuelle de santé a été choisie. Il s'agit de la communauté francophone nommée « Coronavirus / Covid-19 : L'équipe du Dr Gilles Besnainou vous répond ». Hébergée sur un groupe Facebook privé, mais en réalité très ouvert, la communauté qui compte plus de 28 200 membres est pilotée par le Dr Gilles Besnainou et son équipe. Comme il est précisé sur la communauté, « *L'unique objectif de ce groupe est d'aider chaque personne qui recherche une information sur le virus SARS-CoV-2 responsable de la maladie Covid 19. Aider en informant, aider en témoignant, aider en alertant, aider en rassurant* ». De plus, cette communauté réunit des patients et des proches de patients, ainsi que des médecins : « *Des médecins sont présents sur le groupe, s'ils ont les connaissances médicales*

pour vous conseiller, ils le feront. Mais rien ne remplacera une consultation auprès de votre médecin traitant ». L'activité de cette communauté est très importante puisqu'on compte en moyenne une trentaine de publications par jour, aux sujets très variés (stades de la maladie, vaccination, etc.). Nous proposons de considérer cette communauté virtuelle à la fois comme une communauté d'entraide et une communauté de santé. En effet, son fondateur – le Dr. Gilles Besnainou – s'est donné (avec son équipe) pour double objectif : d'une part, de partager avec les patients membres de sa communauté toutes les informations en sa possession à propos de la Covid-19, et, d'autre part, de répondre du mieux possible aux questions de ces patients. De plus, le rôle des autres membres est crucial dans le fonctionnement de la communauté puisqu'ils sont tantôt demandeurs, tantôt offreurs d'informations, d'expériences et de soutien moral.

3.3. Recueil des données : méthode netnographique

Dans le cadre de cette recherche, des données langagières et des données non langagières ont été recueillies, analysées et interprétées. Conformément aux principes de l'observation en netnographie, une « *observation naturaliste non systématique* » (Goffman, 1973, p.17) *ex ante* et *ex post* à l'intégration à la communauté a été réalisée. Concrètement, cette observation a consisté à relever sur la communauté virtuelle de santé choisie différents types de données langagières dont la collecte a été stoppée lorsqu'est apparue la saturation de la variété des données (Glaser & Strauss, 1967). Les « conversations en ligne », qui consistent en une publication suivie d'au minimum un commentaire, constituent le principal type de données langagières observées et analysées – 1 000 conversations en ligne ont été recueillies (Cf. Tableau 2).

Tableau 2. Statistiques relatives aux conversations en ligne recueillies

Nombre total de conversations en ligne recueillies	1 000
Dont lancées par les patients et proches de patients	662
Dont lancées par les médecins	338

Les autres données langagières correspondent aux éléments persistants sur la communauté à l'instar des publications relatives aux objectifs, aux sujets épinglés, etc. A noter que, pour une meilleure représentation de la variété des sujets évoqués dans la communauté, les chercheurs ont pris le soin de collecter des données étalées sur l'ensemble de l'existence de la communauté virtuelle – de sa création en mars 2020 jusqu'à la fin de la netnographie en août 2021 – et pas uniquement sur une période précise.

3.4. Un recueil effectué en prévision du traitement

Dans la perspective de la phase d'analyse, le recueil de données a été organisé au moyen d'une démarche exploratoire de type inductif. Nous avons en effet dressé, dans cette première étape de notre démarche, une typologie de messages à partir d'une observation flottante des conversations en ligne postées sur la communauté. Cette première phase d'analyse a ainsi permis de déterminer : d'une part, que les objectifs des messages divergeaient selon que l'émetteur était un patient/un proche de patient ou un médecin, et, d'autre part, que les objectifs des messages postés par les premiers comme par les seconds pouvaient être de trois ordres (Cf. respective-

ment Figure 2 et Figure 3). En conséquence, les conversations en ligne collectées ont fait l'objet d'un classement à double entrée. La première entrée du classement concerne l'émetteur de la publication ou du commentaire qui peut donc être soit un patient ou un proche de patient, soit un médecin. Quant à la deuxième entrée du classement, elle fait référence à la nature de la publication ou du commentaire, nature qui est intrinsèquement liée à l'objectif du message.

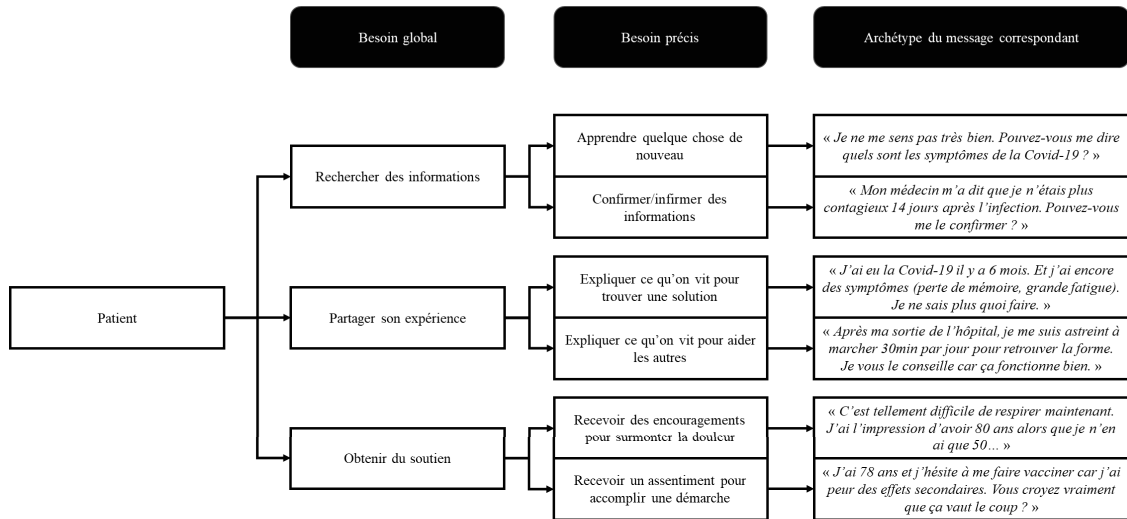


Figure 2. Types de messages postés par les patients et les proches de patients

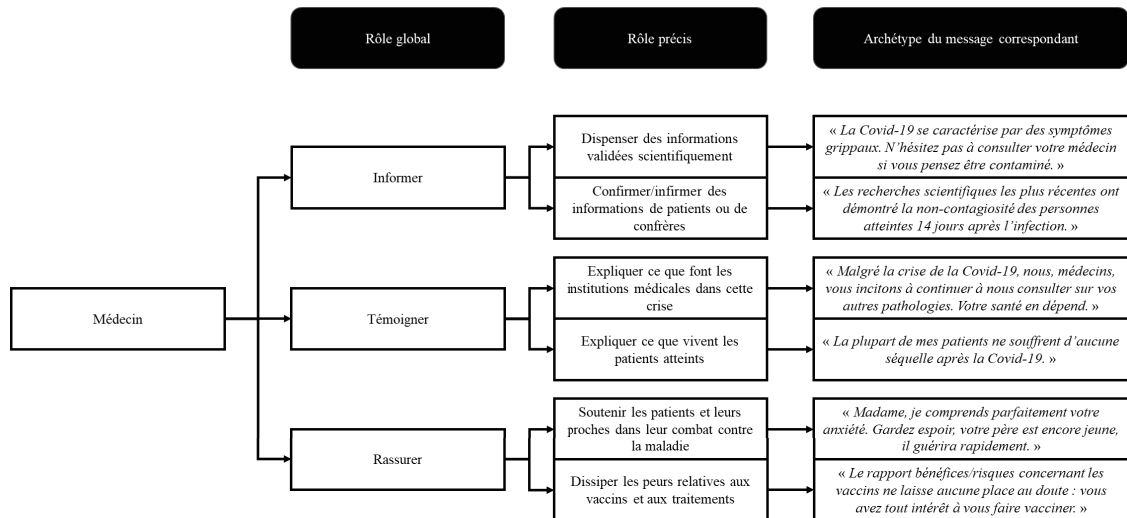


Figure 3. Types de messages postés par les médecins

Les conversations sur les médias sociaux sont vectrices d'une sémiologie qui dépasse le statut des mots puisqu'elles peuvent être agrémentées de symboles et illustrées par des supports (Paveau, 2013). Ces données non langagières sont notamment les *likes*, les émoticônes, les partages, les photos et les vidéos. Elles ont été collectées et ajoutées aux données langagières

pour analyser et interpréter l'évolution de la confiance dans la relation médicale enclenchée par la communauté virtuelle de santé dans le cadre de la crise de la Covid-19. La taille de ces données recueillies se présente dans le tableau 3 (Cf. Tableau 3).

Tableau 3. Nombre de publications recueillies et classées par corpus

Type de corpus	Nombre de conversations
Corpus relatif à la recherche d'informations par les patients et proches de patients	334
Corpus relatif au partage d'expériences	221
Corpus relatif à la recherche et l'obtention de soutien	107
Corpus des médecins délivrant des informations	140
Corpus des médecins livrant des témoignages	98
Corpus des médecins rassurant les patients de la communauté	100

3.5. Analyse des données en deux temps : utilisation du logiciel IRaMuTeQ puis analyse de contenu

Dans cette recherche de type exploratoire, nous avons opté pour une analyse de contenu thématique des données recueillies. Pour analyser ces données, nous nous sommes d'abord appuyés sur une analyse de type Analyse des Données Textuelles (ADT), présentée par Lebart et Salem (1994) pour nous aider dans la création des nœuds nécessaires. Cette approche articule traitements qualitatifs (par exemple, retour au texte et concordance) et quantitatifs (en accordant une place centrale au calcul des spécificités et à l'analyse des correspondances). Suivant cette approche, cette recherche s'est fondée sur le logiciel IRaMuTeQ qui analyse des corpus par thématiques, au travers d'une classification descendante de segments de textes (méthode Reinert). L'intérêt de l'analyse IRaMuTeQ réside dans le fait qu'elle permet de faire ressortir les nœuds qui structurent les corpus. Et c'est à partir de ces nœuds que nous allons faire une analyse de contenu et *in fine* interpréter les données. Au nombre de six, puisqu'ils correspondent aux six types de messages postés par les patients, proches de patients et les médecins, les corpus ont été constitués à partir des 1 000 conversations collectées. Chacun de ces corpus a ensuite été transféré sur le logiciel IRaMuTeQ pour obtenir un dendrogramme comprenant plusieurs classes. Une classe représente une idée majeure émanant du corpus. Sa prégnance est matérialisée par un pourcentage et son sens par les mots classés par occurrence. La reconstitution de l'idée majeure requiert l'assemblage de ces mots et l'utilisation des verbatims sous-jacents. Cette exploitation du corpus avec le logiciel IRaMuTeQ nous a permis de créer des nœuds de plusieurs niveaux. A titre d'exemple du processus d'analyse de nos données, nous présentons un dendrogramme (Cf. Figure 4). La lecture de ce dendrogramme nous permet d'admettre l'existence de groupes lexicaux regroupant les classes 1, 2 et 3. Les nœuds de ce dendrogramme figurent dans la première colonne du tableau 3bis (Cf. Tableau 3bis). Les autres dendrogrammes, dont les nœuds figurent dans les colonnes suivantes du tableau 3bis (Cf. Tableau 3bis), sont présents dans les annexes (Cf. Figures 6 à 10). Quant à l'analyse du contenu, celle-ci a été réalisée manuellement.

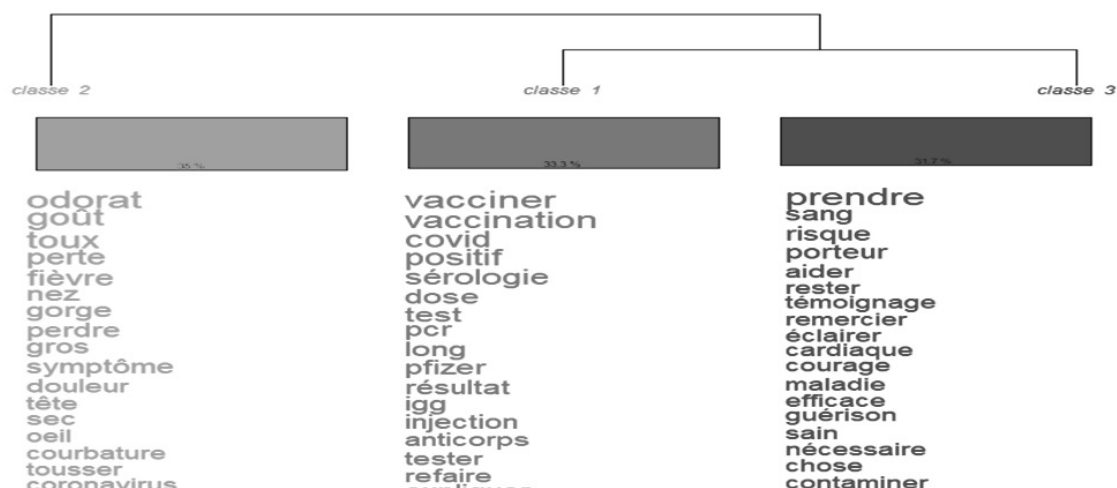


Figure 4. Dendrogramme corpus « Recherche d'informations »

Tableau 3bis. Les nœuds issus des dendrogrammes

Nœuds de 1 ^{er} niveau	Nœuds de 2 ^e niveau	Nœuds de 3 ^e niveau
Recherche d'informations par les patients et proches de patients	Symptômes	Prise de sang, vaccination
Partage d'expériences	Expériences et bénéfices de la communauté virtuelle	Symptômes, durée, protection, questionnements
Recherche et l'obtention de soutien	Soutien aux symptômes, soutien aux vaccins et doses	Soutien femmes et maternité, soutien enfants à l'école
Délivrance d'informations par les médecins	Réponses aux questions de patients, conseils	Vaccinations, infections et symptômes, traitement, régimes alimentaires, mesures barrières
Médecins et Témoignages	Suivi de l'évolution de la pandémie	Confinement, respect des gestes barrières, covid long, efficacité des injections
Médecins rassurant les patients de la communauté	Orl, traitements disponibles, esprit de solidarité du groupe	---

Nœud de 1^{er} niveau = Corpus ; Nœud de 2^e niveau = Classe 2 ; Nœuds de 3^e niveau = Classe 1 et Classe 3

4. RÉSULTATS

Six corpus (Cf. Tableau 3) ont pu être distingués et traités à partir de l'analyse Alceste du logiciel IRaMuTeQ, à raison de trois par type d'acteurs (patients et médecins). Afin de décrire plus en profondeur l'analyse lexicométrique effectuée par IRaMuTeQ, les lexèmes les plus importants – relativement à leur Khi^2 – spécifiques de chaque classe ont été agrégés par les chercheurs. Cela a permis ainsi de dresser un portrait exhaustif et détaillé des classes de mots employés par les internautes qui, dans la logique d'Alceste, dégagent ce que l'on pourrait autrement appeler des « visions du monde ». Celles-ci pouvant alors être décelées non seulement à travers les types de mots

utilisés, mais également au travers de leur place et de leur répétition au sein du discours. Outre ce tableau de lexèmes spécifiques (Cf. Annexes, Tableaux 4 à 9), pour chaque classe, le logiciel de traitement de données textuelles nous fournit une liste des verbatims les plus représentatifs de ladite classe, sur lesquels nous nous appuyerons également lors de nos analyses et commentaires. Ces verbatims, dans la lignée des autres procédures d'IRaMuTeQ, sont également calculés via le Chi^2 et nous permettent de mettre en exergue les informations véhiculées dans la communauté virtuelle de santé. En soumettant les conversations en ligne recueillies à l'analyse IRaMuTeQ, le logiciel a réparti les énoncés en un nombre variable de classes stables pour chaque corpus. Les dendrogrammes (Cf. Figure 4 ci-avant ; Annexes, Figures 6 à 10) présentent, respectivement pour chaque corpus, les Classifications Descendantes Hiérarchiques (CDH) stables.

Le traitement des données par l'intermédiaire du logiciel IRaMuTeQ nous a permis de définir les nœuds retenus dans chaque dendrogramme (Cf. Tableau 3 bis) et de faciliter l'analyse de contenu thématique. Cette analyse de contenu présente les résultats suivants.

4.1. Confiance des patients dans les communautés virtuelles de santé Covid-19 mixtes : le rôle des patients

Nous allons exposer comment, au sein de la communauté virtuelle, la confiance que les patients accordent à leur médecin habituel est influencée par les échanges entre pairs.

4.1.1. La recherche d'informations par les patients et proches de patients comme facteur d'influence de leur confiance envers leur médecin habituel

Les verbatims de la classe 1 révèlent que les malades souffrant de la Covid demandent aux médecins du groupe ce qu'ils pensent de la vaccination, comme le montre le verbatim suivant : « *Bonjour, Ma fille de 14 ans souhaite se faire vacciner. Quels sont les effets secondaires que vous avez pu constater ?* » [Publications_patients233]. La classe 2 montre que les patients demandent l'avis de leurs pairs en posant des questions relatives aux symptômes de la Covid, comme le signale le commentaire ci-après : « *Une fois que certains symptômes apparaissent toux, perte odorat goût appétit il faut compter combien de temps pour ne plus être contaminant ?? Merci* » [Publication_patients121]. Dans la troisième classe, il apparaît que souvent à la suite des prises de sang, les porteurs de la Covid posent des questions sur les situations à risques auxquelles elles sont exposées. Plus globalement, il est possible d'observer de nombreuses publications de patients voulant vérifier ou challenger le diagnostic initial de leur médecin traitant : « [Publication_patients64]. *Bonjour j'ai eu le covid en octobre 2020 assez severe quand même. J'ai ete vaccine mi-mars une dose car déjà eu covid. Et là depuis mardi un genre de gros rhume avec gorge enflammee et toux. Mon medecin me dit sinusite bilateral et rhino pharyngite. Antibio et voilà..Il dit impossible que j'ai rattrape le covid même pas donne de test et me dit de ne pas le faire !! A t'il raison ? Pouvez-vous me donner votre avis ? Merci d'avance* ».

4.1.2. Le partage d'expériences sur la communauté comme facteur d'influence de la confiance des patients

En termes de partage d'expériences par les patients, nous avons recueilli dans la classe 1 les témoignages sur les symptômes Covid et leur durée dans le temps. Comme le stipule l'exemple ci-après : « *Je ne me suis pas ménagée durant ces 1 mois malade ou pas je n'ai jamais lever vraiment le pied (4 enfants) et je pense que de me dire au fond de moi hors de question d'être malade*

cela m'a aidé à me lever même sous 39 de fièvre voir plus, bon sauf si fortes migraines évidemment ça vous couche. Mais voilà restez positif » [Publication_patients72]. Dans la classe 2 sont rangés les témoignages relatifs à la protection et à la prévention (surtout à la maison) contre le virus : « *Pour les gens un peu lents, je n'ai jamais dit que c'est l'eau qui tue le virus, mais le savon...euffff* » [Publication_patients119]. La classe 3 regroupe l'ensemble des témoignages qui débouchent par la suite sur des questions à l'endroit des médecins. Des témoignages sur les bienfaits du groupe étudié sont répertoriés dans la classe 4. Plus largement, de nombreux patients exposent leur avis sur les médecins, que cet avis soit négatif ou positif : « *Il faudrait suggérer à ce médecin de, s'informer car maintenant le covid long est reconnu... C'est affligeant* » [Publication_patients24] ; « *[...] J'avais un rdv de suivi vendredi dernier à Foch, le médecin qui me suit m'a dit que c'était normal cette réplique post vaccination, il le constate chez pas mal de patients Covid long, et il pense que qu'aller chez l'ostéo est une très bonne idée. Depuis je n'ai plus de symptômes, tout va bien... jusqu'à la prochaine réplique, mais là je saurai quoi faire Bon courage, on va y arriver !* » [Publication_patients35].

4.1.3. La recherche et l'obtention de soutien comme facteurs d'influence de la confiance des patients envers leur médecin habituel

Ici, les patients et proches de patients souhaitent obtenir du soutien pour mieux vivre la maladie et en guérir (classe 1) comme le démontre ce discours : « *J'ai des fourmillements dans les mains. Je n'ai pas retrouvé mon odorat depuis mars. Mes IRM et Echo Doppler Transcrâniens sont normaux. Nous sommes à ce jour au 3ème traitement pour soulager mes douleurs qui malheureusement persistent. Aujourd'hui je n'ai plus de vie et j'aimerais tant retrouver mon travail et ma vie.* » [Publication_patients52]. Ils recherchent des témoignages de personnes vivant la même chose qu'eux afin de se soutenir (classe 5) et surmonter les symptômes de la Covid tels que les maux de tête, la fièvre, la fatigue et les courbatures (classe 2). D'autre part, ces patients et proches de patients souhaitent également obtenir du soutien en ce qui concerne la démarche vaccinale (classe 3), notamment les femmes enceintes par rapport aux effets indésirables potentiels des vaccins (classe 4). Des soutiens sont également recherchés pour surmonter les désagréments liés aux mesures barrières imposées aux enfants à l'école (classe 6). Plus généralement, un nombre non négligeable de patients évoquent leur situation personnelle, mettent en cause leur médecin et demandent un nouvel avis à la communauté : « *bonjour à tous mon épouse 69 ans a eu la grippe il y a 5 semaines malgré le vaccin ensuite bronchite 5 jours après : Solupred 5 jours, antibiothérapie double pendant 10 jours, Flixotide et Ventoline toujours pas d'amélioration le médecin lui a prescrit 10 jours de Solupred 4 pendant 4 jours, 3 pendant 3 jours, 2 pendant 2 jours, 1 pendant 1 jour, antibiothérapie double pendant 15 jours le médecin nous annonce début de pneumonie puis spasmes bronchiques est ce bien sérieux tout ce traitement??? merci pour votre réponse* » [Publication_patients106].

4.2. Confiance des patients dans les communautés virtuelles de santé Covid-19 mixtes : le rôle des médecins

A partir de leur intervention dans les discussions de la communauté virtuelle, nous allons exposer comment les médecins influencent la confiance des patients envers leur médecin habituel.

4.2.1. La délivrance des informations par les médecins de la communauté virtuelle comme facteur d'influence sur la confiance des patients envers leur médecin habituel

Ce corpus met en évidence les informations nouvelles qu'apportent les médecins aux patients et proches de patients dans la communauté. Il s'agit en l'occurrence des réponses aux questions posées sur les vaccinations et les anticorps (classe 1) comme le montre ce commentaire « *oui c'est bien ça c'est ce que je vous dis, la vaccination a fonctionné avec présence d'anticorps. C'est pourquoi, on l'a souvent répété Ici, la sérologie ne vous apporte actuellement que certaines informations et qu'il ne faut la faire que dans certains cas* » [Publication_médecins34]. Les médecins apportent également des réponses aux questions portant sur les infections et les symptômes de la Covid (classe 2), sur les traitements de la Covid tout en invitant les patients à se référer à leur médecin traitant (classe 3) et sur les mesures barrières en place. Les médecins profitent d'ailleurs de ces moments d'échanges pour soutenir les patients (classe 4) et leur donner des conseils médicaux plus périphériques pour surmonter la maladie, comme par exemple les régimes alimentaires à privilégier (classe 5).

4.2.2. Des témoignages délivrés par les médecins comme facteur d'influence sur la confiance des patients envers leur médecin habituel

A partir des lexèmes et verbatims relevés dans ce corpus, on constate que les médecins témoignent à propos de la prévalence de l'épidémie et de sa continuité dans le temps (classe 1) : « *Ce qui fait que nous avons créé ce groupe c'est qu que la pathologie covid19 débute par des signes ORL et que nous avons été les premiers en ville à nous apercevoir que l'épidémie arrivait à Paris, nous sommes les premiers à avoir identifié la perte d'odorat comme un signe majeur de cette maladie. Quand Rudy m'a proposé de créer ce groupe. J'ai tout de suite vu l'intérêt que cela pouvait avoir pour vous. Au fur et à mesure de l'évolution de l'épidémie j'essaie de prendre le plus d'informations et de vous en faire une synthèse logique et claire* » [Publication_médecins52] et du caractère difficile à vivre de l'épidémie (classe 2). Ils affirment également que le confinement et le respect des gestes barrières constituent des éléments indispensables pour sortir de la crise (classe 3). Malgré ces discours professionnels, les médecins ne restent pas indifférents aux témoignages des victimes de Covid long et leur témoignent de la compassion (classe 4). Enfin, dans ce corpus, les médecins témoignent sur l'efficacité des vaccins (classe 5) et rappellent la nécessité de revoir certains traitements incompatibles avec les vaccins (classe 6).

4.2.3. Le soutien des médecins comme facteur d'influence sur la confiance des patients envers leur médecin habituel

A partir de ces lexèmes, ces médecins rassurent les patients sur les questions relatives à l'ORL (classe 1) : « *Voici la recommandation : lavage de nez et Covid «Les lavages de nez ne sont indiqués que dans les obstructions nasales invalidantes, notamment chez les nourrissons ; pour ces lavages, aucune précaution spécifique n'est nécessaire lorsqu'ils sont réalisés à domicile par les parents.» Donc - si votre enfant a le nez bouché, continuez, - sinon, arrêtez, - dans le doute : appelez votre pédiatre Bon courage* » [Publication_médecins24], mais également sur les traitements disponibles (classe 2), sur les difficultés respiratoires (classe 4) et enfin sur la nécessité de se protéger afin d'éviter, d'une part l'encombrement des services de réanimation, et, d'autre part de limiter les décès.

L'autre mission effectuée dans ce sens par les médecins est de rappeler l'esprit de solidarité qui prévaut dans la communauté (classe 3).

5. DISCUSSION

Après avoir observé l'ensemble des résultats obtenus, nous les discutons.

5.1. De la confiance « cléricale » à la confiance virale intermédiée dans les relations patient-médecin

Tout d'abord, la présente recherche posait la question de savoir (QR1) si la communauté virtuelle de santé exerçait, au travers de l'action des pairs et des médecins présents, une influence sur la confiance des patients dans leurs relations avec leurs médecin habituel. Cette influence de la communauté virtuelle de santé semble être avérée puisque de nombreux patients et proches de patients utilisent la communauté observée soit pour trouver des réponses qu'ils estiment ne pas pouvoir obtenir de leur médecin traitant – comme par exemple des informations (Ewing, 2008), des expériences partagées ou du soutien moral (Sivertstol, 2018), soit pour vérifier l'avis fourni par leur médecin traitant, soit encore pour compléter les conseils prodigués par leur médecin traitant et se rassurer. En miroir, de nombreux patients et proches de patients viennent apporter des réponses à partir de leurs propres connaissances et expériences (Daugherty *et al.*, 2010 ; Wasko & Faraj, 2000), corroborées ou nuancées par les médecins présents dans la communauté. De ce fait, la confiance dans la relation patient-médecin est brouillée, ou tout du moins intermédiée par l'influence exercée par la communauté virtuelle de santé, que ce soit dans un sens positif, négatif, ou neutre.

Ensuite, nous constatons que les confiances professionnelle, pragmatique, rationnelle et affinitaire ont été observées chez les patients présents dans la communauté étudiée. En revanche, la confiance « cléricale », quant à elle, n'apparaît pas, ce qui signifie que les patients et les proches de patients présents dans la communauté ne semblent plus faire confiance *de facto* aux médecins. Ce résultat semble assez logique puisque les communautés virtuelles constituent des lieux de débat (Surowiecki, 2008) où chaque membre est théoriquement libre d'exprimer son point de vue et où les théories, les faits, les personnes sont discutés. Notre question de recherche (QR2) s'interrogeait sur l'existence ou non des cinq types de confiance des patients envers leur médecin habituel (confiance « cléricale », rationnelle, pragmatique, professionnelle, affinitaire) identifiés par Hammer (2010). Les résultats semblent indiquer que tous ces types de confiance ne se retrouvent pas chez des patients adhérant à une communauté virtuelle de santé Covid-19 mixte.

Enfin, les résultats permettent d'identifier une nouvelle forme de confiance. Celle-ci désigne la confiance créée à partir de l'agrégation d'un certain nombre d'éléments subjectifs et similaires fournis par les patients et proches de patients de la communauté, et confirmés par les médecins détenteurs d'une autorité experte et objective. Cette confiance par le nombre, dont le phénomène pourrait être dénommé « *crowdtrusting* », semble constituer un élément à part entière des communautés virtuelles de santé. Ce phénomène semble confirmer que les communautés virtuelles, et *a fortiori* les médias sociaux, constituent une force centrifuge, fondée sur la foule et la viralité, capable de générer entre autres de la confiance. Notre troisième question de recherche (QR3) s'interrogeait sur la possible émergence d'un ou de plusieurs nouveau(x) type(s) de confiance en raison de l'adhésion des patients à une communauté

virtuelle de santé. Au vu de nos résultats, une forme inédite de confiance, que nous dénommons « virale intermédiée », est nouvellement identifiée.

5.2. La relation patient-médecin : une relation désormais triadique

En sus de ces résultats majeurs, plusieurs autres résultats complémentaires ont été obtenus et méritent d'être discutés. Le premier d'entre eux concerne les motifs d'engagement des membres dans la communauté virtuelle de santé. Les différentes catégories de publications conçues antérieurement au recueil des données se retrouvent également dans les résultats. Autrement dit, les patients et proches de patients participent effectivement à la communauté virtuelle de santé soit pour offrir/demander des informations, soit pour partager/recueillir des expériences vécues, soit pour apporter/solliciter du soutien. De même, les médecins s'engagent dans la communauté virtuelle de santé soit pour informer les patients ou répondre à leurs questions, soit pour témoigner, soit pour rassurer. Par ailleurs, une démarche vise à rappeler l'influence exercée par la mixité communautaire du groupe. Cette mixité, caractérisée par la présence de médecins et non pas seulement de profanes en médecine, a semble-t-il fortement influencé les résultats de l'étude puisque l'émergence de la confiance virale intermédiée nécessite non seulement la participation de nombreux patients et proches de patients mais aussi la validation des avis agrégés par l'autorité compétente que sont les médecins. Sans la présence des médecins, il n'est pas certain que la confiance virale intermédiée aurait émergé dans la communauté observée. Cette autorité des médecins est d'ailleurs permise et matérialisée par une donnée non langagière insérée au début et à la fin des messages postés par les médecins, en l'occurrence une gélule médicamenteuse (💊). Grâce à cet émoticône distinctif, les patients et proches de patients (mais également les administrateurs de la communauté) savent que le message est posté par un médecin et qu'il possède une certaine légitimité qui lui confère une véracité. Il faut souligner également l'intermédiation s'installant dans la relation patient-médecin. Traditionnellement dyadique, la relation patient-médecin devient triadique. La communauté virtuelle de santé vient désormais s'insérer entre les patients et les médecins. L'autorité des médecins n'est désormais plus absolue du fait de la dissipation de l'asymétrie d'information (Potter & McKinlay, 2005). Cette nouvelle tendance peut, dans une certaine mesure, rebattre les fondements de la relation patient-médecin et favoriser un renouvellement de cette relation.

5.3. Implications de la recherche

Différents apports peuvent être retirés de cette recherche. Sur le plan théorique, cette recherche a d'abord pour vocation d'enrichir la littérature sur les concepts de communauté virtuelle et de confiance. En effet, d'une part, cette recherche démontre le processus de création *ex nihilo* de communautés virtuelles de santé en réaction à l'apparition d'une nouvelle pathologie, en l'occurrence la Covid-19, et la capacité spectaculaire de ces communautés à générer de l'information objective susceptible d'en faire une organisation médiatique attractive pour les personnes concernées. D'autre part, cette recherche permet d'actualiser et d'enrichir le modèle de la confiance de Hammer (2010) au travers de son application aux communautés virtuelles de santé. Dans ce contexte, l'actualisation de ce modèle comprend la disparition de la confiance « cléricale » des patients envers leur médecin habituel au profit de l'émergence de la confiance virale intermédiée dans les communautés virtuelles, c'est-à-dire

d'une confiance naissant de l'agrégation d'une masse d'informations subjectives nuancées ou confirmées par une autorité experte incarnée par les médecins de la communauté. Par ailleurs, cette recherche met également en évidence l'interdépendance entre la communauté virtuelle de santé et la confiance virale intermédiée, puisque cette dernière dépend de l'existence de la première, mais constitue également son moteur d'attractivité et d'objectivité. Sur le plan méthodologique, cet article a montré l'intérêt de l'utilisation d'une méthode de recherche peu utilisée jusqu'à nos jours, à savoir la netnographie. L'utilisation de la netnographie dans ce travail a permis de combiner plusieurs protocoles de collecte – en l'occurrence, une observation *ex ante* à l'intégration communautaire et une observation non participante *ex post* – et d'analyse de données – analyse de données textuelles et analyse sémiologique. Les principaux avantages résultant de la démarche netnographique ont été de collecter des données factuelles sur des sujets *a priori* sensibles et confidentiels, et de procéder à une analyse de données langagières et non langagières. Ces éléments ont de ce fait permis d'obtenir des résultats valides et fiables pour fonder l'interprétation. Sur le plan managérial, ce travail fournit essentiellement un éclairage sur la transformation que connaît désormais le concept de confiance dans la relation patient-médecin. En effet, les résultats de cette recherche mettent en évidence un phénomène d'intermédiation dans la relation patient-médecin qui est produit par l'émergence et le développement des communautés virtuelles de santé. Autrement dit, la confiance accordée par les patients à leur médecin habitue ne dépend plus exclusivement de l'autorité experte des médecins et de la propension des patients à leur faire confiance, mais elle dépend partiellement des communautés virtuelles de santé auxquelles adhèrent les patients pour challenger, compléter ou confirmer l'avis de leur médecin. Les communautés virtuelles de santé, tout au moins les communautés mêlant patients et médecins, constituent désormais des *hubs* informationnels objectivés que les professionnels de santé doivent prendre en compte dans la construction de la confiance de la relation patient-médecin. Il convient néanmoins de préciser que tous les patients ne sont pas nécessairement membres d'une communauté virtuelle de santé. Ce fait implique que les médecins doivent gérer une patientèle dont le profil se diversifie selon un paramètre supplémentaire, ce qui peut être un facteur de complexification de leur exercice de la médecine. Afin d'adapter au mieux leur relation avec leurs patients, et *in fine* conserver voire développer la confiance qu'ils suscitent, il serait nécessaire : d'une part, de sensibiliser les médecins sur cet aspect, et, d'autre part, de les inviter à rester attentifs lors des rendez-vous médicaux de manière à pouvoir déceler, à partir des discours et des comportements des patients, leur adhésion ou non à une communauté virtuelle de santé. Par exemple, le fait qu'un patient dispose de connaissances approfondies sur une maladie particulière, ou qu'il discute les affirmations médicales du médecin, peuvent être le signe qu'il appartient à une communauté virtuelle de santé.

5.4. Limites de la recherche

Le présent travail, malgré ses apports, connaît néanmoins quelques limites. Premièrement, du fait de leur caractère exploratoire, les résultats de ce travail doivent être confirmés par des études complémentaires, par exemple au travers d'une étude quantitative consistant à administrer un questionnaire dans la communauté observée. Deuxièmement, l'un des défauts inhérents à toute recherche réalisée en ligne concerne l'identité des personnes observées. En effet, même si l'identité des médecins était, elle, clairement établie et confirmée, celle des

patients et des proches de patients dont les discours ont été analysés demeure incertaine pour une partie d'entre eux en raison de l'utilisation de pseudonymes. Or, il n'est pas à exclure que certains participants aient tenu des discours faux ou politiquement orientés, biaisant de fait les résultats. Troisièmement, l'étude rend difficile la généralisation des résultats puisqu'elle porte uniquement sur des échanges entre des patients et proches de patients et des médecins d'une seule communauté virtuelle de santé. De plus, ces résultats concernent une temporalité particulière : une période de la pandémie de la Covid-19, lorsque les connaissances sur cette nouvelle pathologie étaient incomplètes. Par conséquent, les résultats et l'interprétation sont potentiellement contingents d'une part au barycentre de la communauté virtuelle, à savoir la pathologie Covid-19, et d'autre part à la mixité de la communauté virtuelle. Quatrièmement, la recherche se limite à l'étude de discours tenus en ligne, c'est-à-dire à des discours plus libres et plus vrais que ceux qui seraient potentiellement tenus en physique par leurs émetteurs. De ce fait, il n'est pas certain que la confiance virale intermédiée soit un type de confiance exportable aux communautés physiques de santé.

5.5. Perspectives de la recherche

Compte tenu non seulement des pistes offertes par ce travail mais également de ses limites, plusieurs perspectives de recherche sont ouvertes. L'une d'entre elles pourrait s'attacher à vérifier les résultats obtenus dans des communautés virtuelles de santé non mixtes. L'objectif serait alors de vérifier si l'absence de médecins, et ainsi de leur autorité experte, bouleverse voire empêche l'émergence de la confiance virale intermédiée. Une autre piste de recherche pourrait consister à tester les résultats obtenus dans des communautés virtuelles de santé généralistes ou centrées sur une autre pathologie que la Covid-19. Le but serait cette fois de constater si les résultats sont dépendants, et notamment l'émergence de la confiance virale intermédiée, de la nature de la pathologie autour de laquelle se créent les communautés virtuelles de santé – la méconnaissance de la Covid-19 ayant potentiellement été un facteur facilitant l'émergence de cette forme de confiance. Une autre voie de recherche consisterait à réaliser une étude auprès de plusieurs médecins n'appartenant pas à la communauté. L'objectif serait alors de recueillir et d'analyser leur perception de l'évolution de la confiance dans les relations patient-médecin, en particulier dans le cadre de maladies mal connues (nouvelle maladie type Covid-19, maladies rares, etc.). Une dernière piste de recherche viserait à voir si les résultats obtenus dans une communauté virtuelle de santé seraient similaires à ceux obtenus dans une communauté physique de santé. L'intérêt de cette recherche serait ici de mesurer le caractère nécessaire de la dématérialisation du discours dans la formation de la confiance virale intermédiée.

6. CONCLUSION

Cette étude permet de mettre en lumière l'intermédiation de la relation patient-médecin par les communautés virtuelles de santé Covid-19 mêlant patients, proches de patients et médecins. Cette intermédiation influe d'ailleurs sur la confiance qu'accordent les patients et leurs proches à leur médecin habituel dans le cadre de leurs relations. Au sein de ces communautés virtuelles de santé Covid-19 mixtes, on assiste d'ailleurs simultanément au déclin de la confiance « cléricale », fondée sur la foi aveugle envers le médecin habituel, et à l'émergence de la confiance virale intermédiée, reposant sur l'agrégation de nombreux avis subjectifs validés

par l'autorité experte et objective d'un médecin tiers de confiance. A noter que l'objectivité et l'impartialité des médecins est essentielle : à défaut, la communauté virtuelle de santé deviendrait un vecteur de diffusion et d'amplification de rumeurs (*fake news*, antivaccins, théorie du complot, etc.). Cette évolution du processus de construction de la confiance dans la relation patient-médecin devrait être portée à la connaissance des professionnels de santé et plus généralement du corps médical afin que ceux-ci effectuent un *aggiornamento* de leur appréhension du patient. L'enjeu global pour les médecins est de réinventer la relation patient-médecin pour éviter que leur patientèle ne se détourne des parcours de soins conventionnels et puisse continuer à bénéficier de soins de qualité en toute confiance.

Références

- Ahmad, F., Hudak, P., Bercovitz, K., Hollenberg, E., & Levinson, W. (2006). Are Physicians Ready for Patients With Internet-Based Health Information? *Journal of Medical Internet Research*, 8(3), e22.
- Bernard, Y. (2004). La netnographie : une nouvelle méthode d'enquête qualitative basée sur les communautés virtuelles de consommation. *Décisions Marketing*, (36), 49-62.
- Bishop, J. (2009). Enhancing the understanding of genres of web-based communities: the role of the ecological cognition framework. *International Journal of Web Based Communities*, 5(1), 4-17.
- Bootz, J.-P. (2009). Les communautés d'apprentissage : Structuration de la littérature, illustrations et perspectives, *Gestion 2000*, (4), 175-193.
- Bootz, J.-P., & Schenk, E. (2009). Comment gérer les experts au sein et en dehors des Communautés. Dans J.-P. Bootz & F. Kern (Dir.), *Les communautés en pratique : leviers de changements pour l'entrepreneur et le manager*. Lavoisier.
- Bootz, J.-P., & Schenk, E. (2014). L'expert en entreprise : proposition d'un modèle définitionnel et enjeux de gestion. *Management & Avenir*, 67(1), 80-102.
- Bornarel, F. (2007). La confiance comme instrument d'analyse de l'organisation. *Revue française de gestion*, 6(6), 95-109.
- Broom, A. (2005). The Emale: Prostate Cancer, Masculinity and Online Support as a Challenge to Medical Expertise. *Journal of Sociology*, 41(1), 87-104.
- Brown, J.S., & Duguid, P. (1991). Organizational learning and communities-of-practice: Toward a unified view of working, learning, and innovation. *Organization Science*, 2(1), 40-57.
- Calnan, M., & Rowe, R. (2006). Researching trust relations in health care: Conceptual and methodological challenges – an introduction. *Journal of Health Organization and Management*, 20(5), 349-358.
- Casalo, L.V., Flavian, C., & Guinaliu, M. (2008). Fundaments of trust management in the development of virtual communities. *Management Research News*, 31(5), 324-338.
- Centola, D., & Rijt, A.V. (2014). Choosing your network: social preferences in an online health community. *Social Science & Medicine*, 125, 19-31.
- Chandra, S., Mohammadnezhad, M., & Ward, P. (2018). Trust and Communication in a Doctor-Patient Relationship: A Literature Review. *Journal of Healthcare Communications*, 3(3), 36.
- Cléret, B. (2011). *Approches contextualisées des comportements de consommation culturelle des jeunes : regards ethnographiques sur le rap et l'Electrodance*. Université de Rouen.

- Colquitt, J.A., Lepine, J.A., Zapata, C.P., & Wild, R.E. (2011). Trust in typical and highreliability contexts: building and reacting to trust among firefighters. *Academy of Management Journal*, 54(5), 999-1015.
- Cova, V., & Cova, B. (2001). *Alternatives Marketing: réponses marketing aux évolutions récentes des consommateurs*. Dunod.
- Cox, A.M. (2005). What are communities of practice? A comparative review of four seminal works. *Journal of Information Science*, 31(6), 527-540.
- Daugherty, T., Eastin, M.S., & Bright, L., (2010). Exploring consumer motivations for creating user-generated content. *Journal of Interactive Advertising*, 8(2), 16-25.
- Deutsch, M. (1958). Trust and suspicion. *Journal of Conflict Resolution*, 2(4), 265-279.
- 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*, 21(3), 241-263.
- Dubost, J. (1995). Editorial. *Revue internationale de psychosociologie*, 2(3), 3-6.
- Emanuel, E.J., & Emanuel, L.L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *Journal of American Medical Association*, 267(16), 2221-2226.
- Ewing, T. (2008). Forum - Participation Cycles and Emergent Cultures in an Online Community. *International Journal of Market Research*, 50(5), 575-590.
- Fournier, C., & Kerzanet, S. (2007). Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Santé Publique*, 5(5), 413-425.
- Franck, N. (2020). *Covid-19 et détresse psychologique : 2020, l'odyssée du confinement*. Odile Jacob.
- Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Payot.
- Gibson, C. (1991). A concept analysis of patient empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 354-361.
- Gilson, L. (2003). Trust and the development of health care as a social institution. *Social Science & Medicine*, 56, 1453-1568.
- Glaser, B.G., & Strauss, A.L. (1967). *Discovery of the Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Adlines.
- Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne. 2. Les relations en public*. Editions de Minuit.
- Goglio-Primard, K., & Soulier, E. (2018). Connaissance et technologie dans les communautés d'innovation. *Systèmes d'Information et Management*, 23(1), 3-9.
- Goglio-Primard, K., Cohendet, P., Cova, B., & Simon, L. (2020). Innover avec et par les communautés : Un nouveau défi pour les entreprises !. *Revue française de gestion*, 2(2), 69-79.
- Gupta, S., & Hee-Woong, K. (2004). *Virtual communities: Concept, implications, and future research directions*. Proceedings of the Tenth Americas Conference on Information Systems, 2679-2687.
- Hagel, J., & Armstrong, A. (1997). *Net gain: Expanding markets through virtual communities*. Harvard Business Press.
- Hammer, R. (2010). Confiance et risque en médecine générale : entre contradiction et intégration. Dans D. Carricaburu (Dir.), *Risque et pratiques médicales* (109-127). Presses de l'EHESP.
- Hardey, M. (2004). Internet et société : reconfigurations du patient et de la médecine ?. *Sciences sociales et santé*, 22(1), 21-43.

- Jouët, J. (1989). Une communauté télématique : les axiens. *Réseaux*, 7(38), 49-66.
- Kim, H.S., & Jin, B. (2006). Exploratory study of virtual communities of apparel retailers. *Journal of Fashion Marketing & Management*, 10(1), 41-55.
- Komito, L. (1998). The net as a foraging society: Flexible communities. *The Information Society*, 14(2), 97-106.
- Kouchner, B. (2002). *Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*. Légifrance.
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>
- Kozinets, R. (1999). E-Tribalized Marketing? The Strategic Implications of Virtual Communities of Consumption. *European Management Journal*, 17(3), 252-264.
- Kozinets, R. (2002). The Field behind the Screen: Using Netnography for Marketing Research in Online Communities. *Journal of Marketing Research*, 39(1), 61-72.
- Kozinets, R. (2009). *Netnography: Doing Ethnographic Research Online*. SAGE.
- Krot, K., & Rudawska, I. (2016). The Role of Trust in Doctor-Patient Relationship: Qualitative Evaluation of Online Feedback from Polish Patients. *Economics and Sociology*, 9(3), 76-88.
- La Rédaction du Journal du Net. (2021). *Nombre d'utilisateurs de Facebook en France*. Le Journal du Net. <https://www.journaldunet.com/ebusiness/le-net/1125276-les-utilisateurs-de-facebook-en-france/#:~:text=Facebook%20compte%2040%20millions%20d,en%20moins%20de%20trois%20mois>
- Langer, R., & Beckman, S.C. (2005). Sensitive research topics: netnography revisited. *Qualitative Market Research*, 8(2), 189-20.
- Latzko-Toth, G. (2014). Users as Co-Designers of Software-Based Media: The Co-Construction of Internet Relay Chat. *Canadian Journal of Communication*, 39(4), 577-595.
- Laugesen, J., Hassanein, K., & Yuan, Y. (2015). The Impact of Internet Health Information on Patient Compliance: A Research Model and an Empirical Study. *Journal of Medical Internet Research*, 17(6), e143.
- Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge University Press.
- Lebart, L., & Salem, A. (1994). *Statistique textuelle*. Dunod.
- Lechner, U., & Hummel, J. (2002). Business Models and System Architectures of virtual communities: From a Sociological Phenomenon to Peer-to-Peer Architectures. *International Journal of Electronic Commerce*, 6(3), 41-53.
- Lemire, M., Sicotte, C., & Pare, G. (2008). Internet use and the logics of personal empowerment in health. *Health Policy*, 88(1), 130-140.
- Lévi-Strauss, C. (2001). *Tristes Tropiques*. Pocket.
- Malik, S., & Coulson, N. (2008). Computer-mediated infertility support groups: An explanatory study of online experiences. *Patient Education and Counseling*, 73(1), 105-113.
- Manceau, J.-J. (2020). *Les Chiffres Fous Des Réseaux Sociaux*. Forbes. <https://www.forbes.fr/business/les-chiffres-fous-des-reseaux-sociaux/>
- Mauss, M. (2007). *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. Quadrige/Presses universitaires de France.
- Mayer, R.C., Davis, J.H., & Schoorman, F.D. (1995). An integrative model of organizational trust. *Academy of Management Review*, 20(3), 709-734.
- McMullan, M. (2006). Patients using the Internet to obtain health information: how this affects the patient-health professional relationship. *Patient Education and Counseling*, 63(1-2), 24-28.

- Mengin, A., Allé, M. C., Rolling, J., Ligier, F., Schroder, C., Lalanne, L., Berna, F., Jardri, R., Vaiva, G., Geoffroy, P. A., Brunault, P., Thibaut, F., Chevance, A., & Giersch, A. (2020). Conséquences psychopathologiques du confinement. *L'Encéphale*, 46(3), 43-52.
- Menvielle, L., Menvielle, W., & Audrain-Pontevia, A. (2016). Effets de la fréquence d'utilisation des communautés virtuelles de patients sur la relation patients-médecins. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 34(8), 431-452.
- Mo, P., & Coulson, N. (2012). Developing a model for online support group use, empowering processes and psychological outcomes for individuals living with HIV/AIDS. *Psychology and Health*, 27(4), 445-459.
- Morgan, R., & Hunt, S. (1994). The commitment-trust theory of relationship marketing. *Journal of Marketing*, 58(3), 20-38.
- Noosphère (2022). Wikipédia. <https://fr.wikipedia.org/wiki/Noosph%C3%A8re>
- Nooteboom, B. (1996). Trust, opportunism, and governance: a process and control model. *Organization studies*, 17(6), 985-1010.
- Oh, H.J., & Lee, B. (2012). The Effect of Computer-Mediated Social Support in Online Communities on Patient Empowerment and Doctor-Patient Communication. *Health Communication*, 27(1), 30-41.
- Okazaki, S. (2007). *Mobile marketing referral among the Japanese youth: does viral marketing work?*. paper presented at 36th EMAC Conference, 22-25 May, Reykjavik.
- Ouschan, R., Sweeney, J., & Johnson, L. (2006). Customer empowerment and relationship outcomes in healthcare consultations. *European Journal of Marketing*, 40(9-10), 1068-1086.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. Free Press.
- Paveau, M.-A. (2013). Technodiscursivités natives sur Twitter. Une écologie du discours numérique. *Epistémè*, 9, 139-176.
- Pearson, S.D., & Raeke, L.H. (2000). Patients' trust in physicians: Many theories, few measure, and little data. *Journal of General Internal Medicine*, 15(7), 509-513.
- Pierron, J. (2007). Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. *Sciences sociales et santé*, 2(2), 43-66.
- Poncier, A. (2009). La gestion de l'image de l'entreprise à l'ère du web 2.0. *Revue internationale d'intelligence économique*, 1(1), 81-91.
- Potter, S., & McKinlay, J. (2005). From a relationship to encounter: an examination of longitudinal and lateral dimensions. *Social Science & Medicine*, 61(2), 465-479.
- Pougnet, R., & Pougnet, L. (2022). En quoi la pandémie covid-19 a-t-elle mis en question le pouvoir médical?. *Éthique & Santé*, 19(1), 31-38.
- Preece, J. (2001). Sociability and usability in online communities: Determining and measuring success. *Behaviour & Information Technology*, 20(5), 347-356.
- Prior, D.D., & Miller, L.M. (2012). Webethnography: Towards a typology for quality in research design. *International Journal of Market Research*, 54(4), 503-520.
- Reid, E. (1996). Informed Consent in the Study of On-line Communities: A Reflection on the Effects of Computer-Mediated Social Research. *Information Society*, 12(2), 119-127.
- Rheingold, H. (1993). *The Virtual Community: Homesteading on the Electronic Frontier*. Addison-Wesley.
- Safran, D.G. (2007). Patients' trust in their doctors: Are we losing ground?. Dans D.A. Shore (Dir.), *The trust crisis in healthcare: Causes, consequences, and cures* (79-88). Oxford University Press.

- Saint-Germes, E., Gaillard, H., Guillet, O., Volia, J.-C., & Hussenot, A. (2021). S'engager dans une recherche sensible en GRH : une expérience d'agilité et de réflexivité. Dans E. Hennequin, B. Condomines, A. Jan-Kerguiste, N. Pijoan, E. Saint-Germes (Dir.), *GRH et questions sensibles en entreprise* (283-306). Vuibert.
- Sako, M. (1991). The Role of 'Trust' in Japanese Buyer-Supplier Relationships. *Recherche économique*, 45(2-3), 375-399.
- Schmidt, C. (2012). *La mobilité géographique des salariés à l'échelle internationale : Une étude ethnosociologique des difficultés vécues*. Université de Rennes 1.
- Senghor, S.A. (2020). La place de la confiance dans le choix d'une méthode de dialyse chez les patients insuffisants rénaux chroniques. Dans C. Senik (Dir.), *Crises de confiance* (106-120). La Découverte.
- Shapiro, S.P. (1987). The Social Control of Impersonal Trust. *American Journal of Sociology*, 93(3), 623-658.
- Silber, D. (2009). L'internet et le partage de la décision médicale entre patients et professionnels de la santé. *Presse médicale*, 38(10), 1491-1493.
- Simmel, G. (1999). *Sociologie. Étude sur les formes de la socialisation*. Presses Universitaires de France.
- Simon, É. (2007). La confiance dans tous ses états. *Revue française de gestion*, 175(6), 83-94.
- Sivertstol, N. (2018). Why help others? A study of consumers' participation in online communities for customer support. *Journal of the Knowledge Economy*, 9(4), 1442-1476.
- Surowiecki, J. (2008). *La Sagesse des foules*. Jean-Claude Lattès.
- Szasz, T.S., & Hollander, M.H. (1956). A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship. *Arch Intern Med*, 97(5), 585-592.
- Thom, D., Ribisl, K., Stewart, A., Luke, D., & The Stanford Trust Study Physicians (1999). Further Validation and Reliability Testing of the Trust in Physician Scale. *Medical Care*, 37(5), 510-517.
- Thom, D.H., Kravitz, R.L., Bell, R.A., Krupat, E., & Azari, R. (2002). Patient trust in physician: Relationship to patient requests. *Family Practice*, 19(5), 476-483.
- Tian, L., Yunjie, X., & Scott, W. (2018). Internet usage and patient's trust in physician during diagnoses: A knowledge power perspective. *Journal of the Association for Information Science & Technology*, 69(1), 110-120.
- Tönnies, F. (2010). *Communauté et société*. Presses Universitaires de France.
- Van Uden-Kraan, C., Drossaert, C., Taal, E., Seydel, E., & Van De Laar, M. (2009). Participation in online patient support groups endorses patients' empowerment. *Patient Education and Counseling*, 74(1), 61-69.
- Varga, R. (2020). « La polémique Raoult » : brouillage de la communication. *Revue de Recherches Francophones en Sciences de l'Information et de la Communication*, 2020(9) hal-03048120
- Wasko, M.M., & Faraj, S. (2000). "It is what one does": why people participate and help others in electronic communities of practice. *The Journal of Strategic Information Systems*, 9(2), 155-173.
- Weber, M. (2019). *Les communautés*. La Découverte.
- Wellman, B., & Gulia, M. (1999). Net-surfers don't ride alone: Virtual communities as communities. Dans B. Wellman (Dir.), *Networks in the global village: Life in contemporary communities*. Routledge.
- Zucker, L.G. (1986). Production of trust: Institutional sources of economic structure 1840-1920. Dans B.M. Staw & L. Cummings (Dir.), *Research in Organizational behavior* (53-111). JAI Press.

Diplômé d'un Master In Management de l'ESCP Business School et d'un Master II Recherche en Sciences de Gestion de l'Université Paris-Panthéon-Assas, **Pierre BUFFAZ** est actuellement doctorant en Sciences de Gestion au sein du LARGEPA et également ATER, à l'Université Paris-Panthéon-Assas. Sous la direction du Pr. Nathalie GUIBERT, sa thèse, orientée marketing, porte sur l'engagement des clients dans les communautés virtuelles de marque. L'objectif principal de cette thèse est de comprendre la nature, l'intensité, les déterminants et les conséquences de l'engagement des clients dans ces nouvelles formes organisationnelles, afin de permettre aux entreprises de tisser une relation « augmentée » avec leurs clients. Plus largement, ses projets de recherche portent sur l'influence que peuvent avoir les communautés virtuelles sur divers acteurs, comme le client, et domaines, comme le jeu, la religion et la santé.
pierre.buffaz@u-paris2.fr

Brice ISSEKI est doctorant en Sciences de Gestion et du Management au laboratoire CEDAG (axe MEIS) de l'Université Paris Cité où il est également ATER. Titulaire d'un Master en management et sciences des organisations de l'Université Paris-Nanterre et d'une Maîtrise en administration et gestion des entreprises de l'Université Paris II Panthéon-Assas, ses recherches portent sur les interactions et les comportements organisationnels. Sa thèse, sous la direction du Pr. Martine BRASSEUR, porte sur les facteurs contextuels de la confiance interpersonnelle.
brice.isseki@parisdescartes.fr

Title: The influence of mixed virtual health communities on patients' trust in their regular doctor in a health crisis context: An exploratory study of a mixed Covid-19 virtual health community

Abstract: Since the outbreak of the Covid-19 health crisis in March 2020, almost the entire world's population has been forced to live with heightened health measures and has many questions surrounding this still poorly understood disease. For answers, many are turning to social media, and in particular to mixed virtual health communities. This article, with an exploratory purpose, analyses the influence that such a community, mixing patients and doctors, can have on the patients' trust in their regular doctor. To answer our question, we used a virtual health community Covid-19 and implemented a netnographic approach based on the understanding and interpretation of language and non-language data. The results show that patients' trust in their doctor is now partly influenced by the information exchanged in the virtual community. A conceptual evolution of trust in the patient-doctor relationship is highlighted: clerical trust seems to disappear, while trust, qualified as "intermediated viral", seems to appear. This evolution, resulting from the health crisis and the "peer-to-peer" model characterizing virtual communities, could be taken into account to renew the medical relationship. The managerial challenge for doctors is to maintain trust with patients, for example by integrating the medical relationship as a triadic relationship including virtual communities as actors in the relationship.

Keywords: virtual health community, Covid-19, trust, patient-doctor relationship, netnography.

ANNEXES

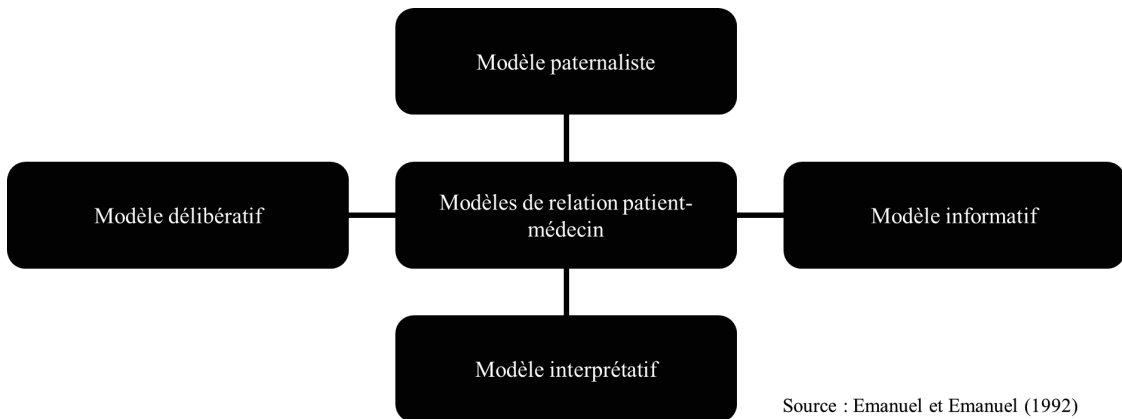
**Figure 5.** Modèles de la relation patient-médecin

Tableau 4. Tableau résumant les lexèmes spécifiques associés à chacune des classes mises en valeur, et classés par ordre décroissant d'importance via le calcul du χ^2 (corpus « Recherche d'informations »)

Classes	Lexèmes spécifiques de chaque classe (par ordre décroissant de χ^2)
Classe 1	Vacciner (χ^2 : 56,74), Vaccination (χ^2 : 50,63), Covid (χ^2 : 42,75), positif (χ^2 : 41,85), sérologie (χ^2 : 36,29)
Classe 2	Odorat (χ^2 : 83,01), goût (χ^2 : 75,91), toux (χ^2 : 73,5), perte (χ^2 : 52,81), fièvre (χ^2 : 50,17), nez (χ^2 : 44,65)
Classe 3	Prendre (χ^2 : 64,8), sang (χ^2 : 29,28), risque (χ^2 : 28,7), porteur (χ^2 : 24,8), aider (χ^2 : 19,7)

Tableau 5. Tableau résumant les lexèmes spécifiques associés à chacune des classes mises en valeur, et classés par ordre décroissant d'importance via le calcul du χ^2 (corpus « Partage d'expériences »)

Classes	Lexèmes spécifiques de chaque classe (par ordre décroissant de χ^2)
Classe 1	covid (χ^2 : 43,43), symptômes (χ^2 : 34,62), mois (χ^2 : 27,65), douleur (χ^2 : 22,97)
Classe 2	sortir (χ^2 : 25,75), virus (χ^2 : 24,61), protéger (χ^2 : 23,08), maison (χ^2 : 18,11)
Classe 3	avis (χ^2 : 25,17), médecin (χ^2 : 24,75), traiter (χ^2 : 19,22), poser (χ^2 : 19,22), chose (χ^2 : 19,22), problème (χ^2 : 15,81)
Classe 4	ensemble (χ^2 : 57,93), groupe (χ^2 : 48,66), espérer (χ^2 : 44,79), besnainou (χ^2 : 43,97)

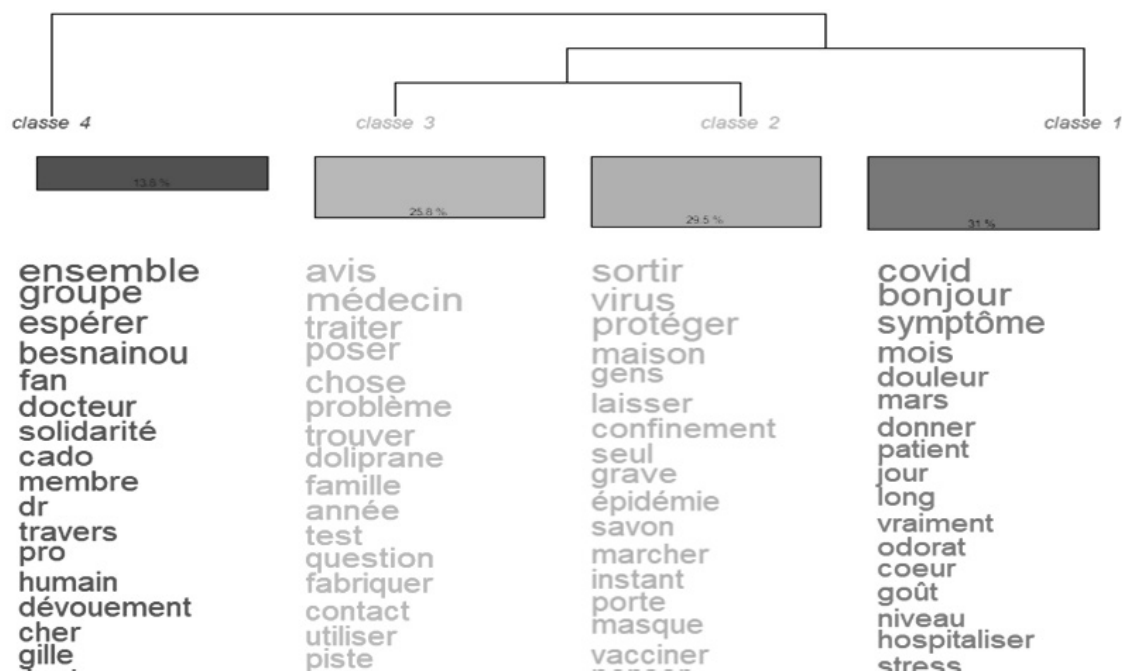


Figure 6. Dendrogramme corpus « Partage d'expériences »

Tableau 6. Tableau résumant les lexèmes spécifiques associés à chacune des classes mises en valeur, et classés par ordre décroissant d'importance via le calcul du χ^2 (corpus « Obtenir du soutien »)

Classes	Lexèmes spécifiques de chaque classe (par ordre décroissant de χ^2)
Classe 1	douleur (χ^2 : 57,46), revenir (χ^2 : 28,76), poumon (χ^2 : 24,62), mère (χ^2 : 24,62), articulaire (χ^2 : 24,62)
Classe 2	tête (χ^2 : 44,5), jour (χ^2 : 40,89), fièvre (χ^2 : 34,09), fatigue (χ^2 : 30,01), courbature (χ^2 : 28,99)
Classe 3	vaccin (χ^2 : 41,1), injection (χ^2 : 33,15), attraper (χ^2 : 29,72), dose (χ^2 : 28,55)
Classe 4	effet (χ^2 : 79,56), femme (χ^2 : 79,04), témoignage (χ^2 : 49,09), enceinte (χ^2 : 49,09), accoucher (χ^2 : 42,32)
Classe 5	chose (χ^2 : 34,89), devenir (χ^2 : 24,75), monde (χ^2 : 23,97), permettre (χ^2 : 19,7)
Classe 6	école (χ^2 : 63,6), masque (χ^2 : 48,1), enfant (χ^2 : 39,45), porter (χ^2 : 26,15)

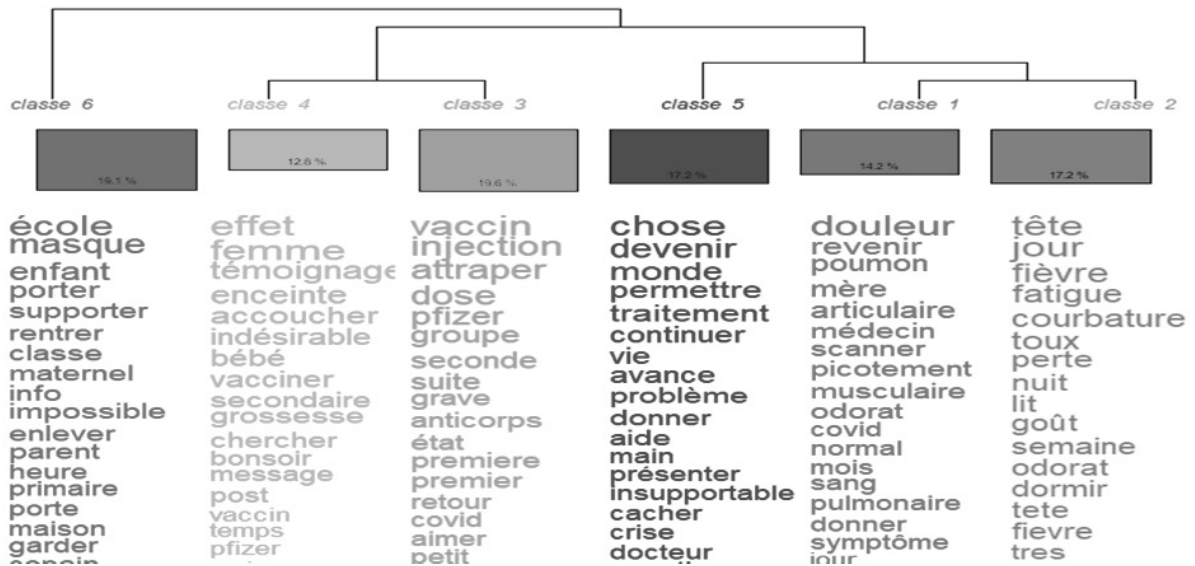


Figure 7. Dendrogramme corpus « Obtenir du soutien »

Tableau 7. Tableau résumant les lexèmes spécifiques associés à chacune des classes mises en valeur, et classés par ordre décroissant d'importance via le calcul du χ^2 (corpus « Médecin - Donner des informations »)

Classes	Lexèmes spécifiques de chaque classe (par ordre décroissant de χ^2)
Classe 1	vaccination (χ^2 : 63,58), anticorps (χ^2 : 33,79), question (χ^2 : 32,49), positif (χ^2 : 23,79), injection (χ^2 : 23,79)
Classe 2	covid (χ^2 : 52,63), patient (χ^2 : 52,42), infection (χ^2 : 41,78), symptôme (χ^2 : 38,3), respiratoire (χ^2 : 34,85)
Classe 3	nez (χ^2 : 52,78), traitement (χ^2 : 49,49), médecin (χ^2 : 41,04), traiter (χ^2 : 39,89), avis (χ^2 : 34,84)
Classe 4	ensemble (χ^2 : 28,46), grand (χ^2 : 18,78), passer (χ^2 : 18,78), mesure (χ^2 : 17,55),
Classe 5	fruit (χ^2 : 47,83), sucre (χ^2 : 46,09), riche (χ^2 : 38,87), vitamine (χ^2 : 34,51), légume (χ^2 : 34,43)

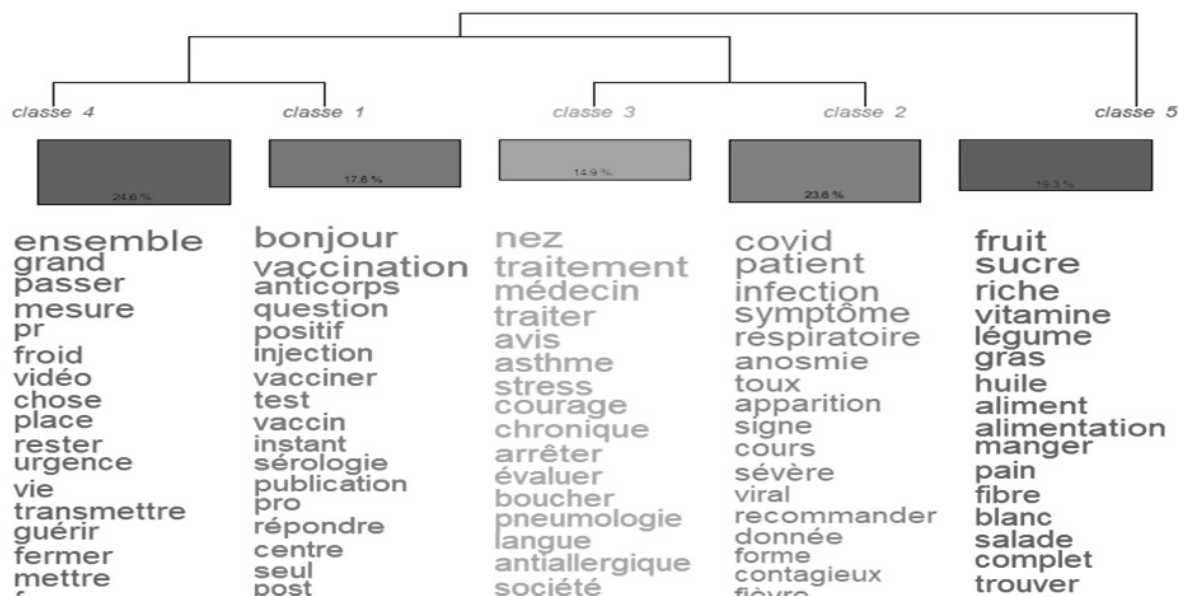


Figure 8. Dendrogramme corpus « Médecin - Donner des informations »

Tableau 8. Tableau résumant les lexèmes spécifiques associés à chacune des classes mises en valeur, et classés par ordre décroissant d'importance via le calcul du χ^2 (corpus « Médecin-Témoigner »)

Classes	Lexèmes spécifiques de chaque classe (par ordre décroissant de χ^2)
Classe 1	covid (χ^2 : 32,88), orl (χ^2 : 25,1), jour (χ^2 : 20,22), paris (χ^2 : 14,39), lavage (χ^2 : 11,38)
Classe 2	traitement (χ^2 : 31,74), prendre (χ^2 : 25,01), médecin (χ^2 : 14,98)
Classe 3	ensemble (χ^2 : 32,00), répondre (χ^2 : 29,53), question (χ^2 : 25,93)
Classe 4	respirer (χ^2 : 35,55), cas (χ^2 : 24,9), fièvre (χ^2 : 24,8), penser (χ^2 : 24,8), toux (χ^2 : 19,61)
Classe 5	réa (χ^2 : 24,97), grave (χ^2 : 18,96), éviter (χ^2 : 18,96), mort (χ^2 : 16,06)

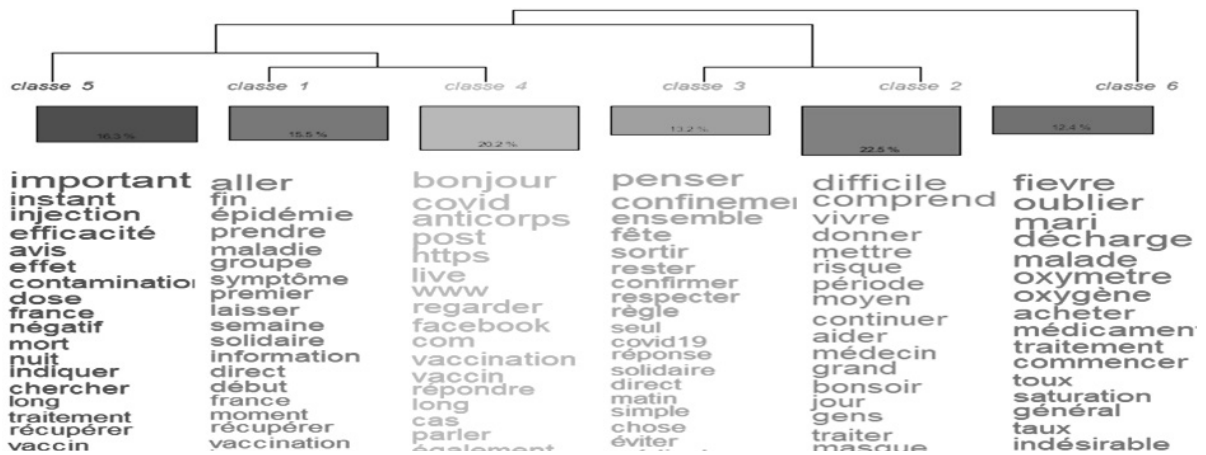


Figure 9. Dendrogramme corpus « Médecin - Témoin »

Tableau 9. Tableau résumant les lexèmes spécifiques associés à chacune des classes mises en valeur, et classés par ordre décroissant d'importance via le calcul du χ^2 (corpus « Médecin-Rassurer »)

Classes	Lexèmes spécifiques de chaque classe (par ordre décroissant de χ^2)
Classe 1	aller (χ^2 : 45,92), fin (χ^2 : 22,5), épidémie (χ^2 : 22,1), prendre (χ^2 : 16,59), maladie (χ^2 : 12,57)
Classe 2	difficile (χ^2 : 25,52), comprendre (χ^2 : 21,7), vivre (χ^2 : 14,23)
Classe 3	penser (χ^2 : 41,18), confinement (χ^2 : 30,59), ensemble (χ^2 : 21,95)
Classe 4	covid (χ^2 : 25,66), anticorps (χ^2 : 20,61), post (χ^2 : 19,77)
Classe 5	important (χ^2 : 43,23), instant (χ^2 : 21,23), injection (χ^2 : 21,23), efficacité (χ^2 : 21,23)
Classe 6	fièvre (χ^2 : 29,15), oublier (χ^2 : 29,15), décharge (χ^2 : 29,15), malade (χ^2 : 21,69)

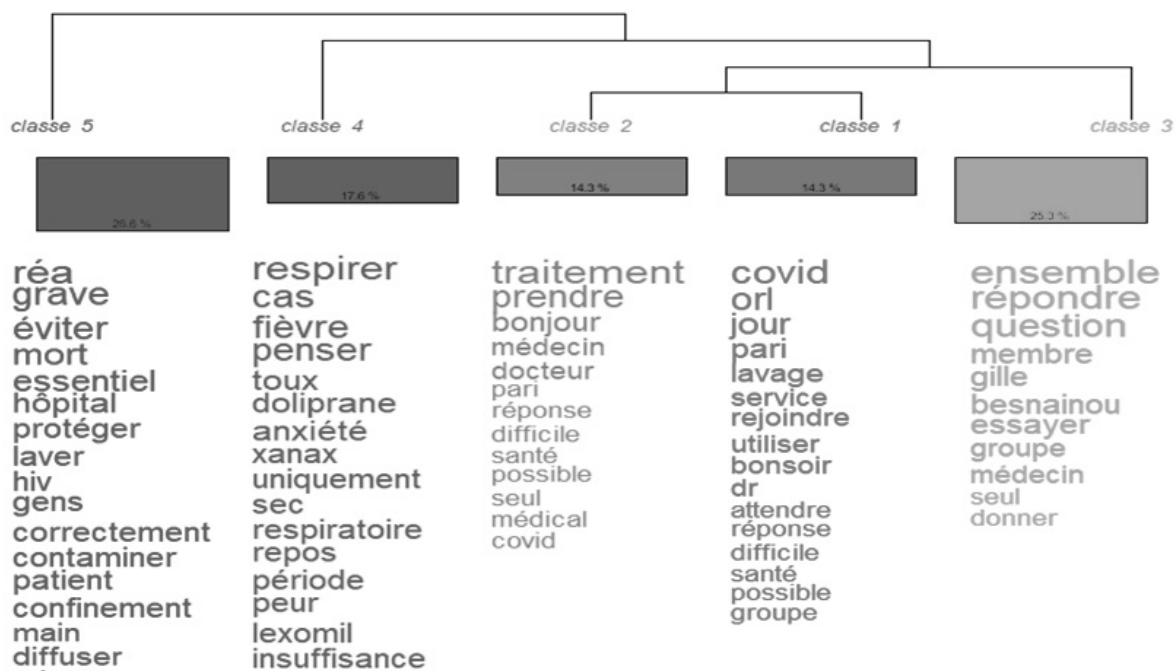


Figure 10. Dendrogramme corpus « Médecin - Rassurer »

