

LA TELEMEDECINE COMME NOUVEL ESPACE DE MEDICALISATION : LES IMPACTS SUR LA PERCEPTION DE LA MALADIE DANS LES CLASSES POPULAIRES IVOIRIENNES

Ablakpa Jacob AGOBE

Maître de Conférences (CAMES)

Ecole Doctorale SCALL-ETAMP

Université Félix Houphouët-Boigny

Département de sociologie

jacobagobe@yahoo.fr; agobe.jacob42@ufhb.edu.ci

Résumé :

Cette étude vise à analyser comment la télémédecine redéfinit les normes médicales et transforme les pratiques de soins au sein des classes populaires ivoiriennes, notamment celles qui n'ont pas toujours régies d'un accès régulier aux soins formels. Elle explore en particulier l'impact de la télémédecine sur la relation de ces populations avec la médecine, les praticiens et les traitements. À travers une approche qualitative, l'étude s'appuie sur une méthodologie triangulée combinant analyse documentaire, entretiens semi-directifs et entretiens autobiographiques. Les premiers résultats montrent que la télémédecine incite ces populations à adopter une attitude plus proactive envers leur santé, favorisant un suivi plus régulier et des comportements préventifs. L'accès à distance aux soins conduit à une réduction de l'automédication et à une diminution du recours aux médecines traditionnelles, au profit de consultations en ligne. Cette évolution génère un déplacement de confiance vers la médecine moderne, même à distance, et aide à diminuer la stigmatisation. Cependant, l'étude relève aussi que la télémédecine, bien que plus accessible, ne supprime pas les inégalités en raison de la fracture numérique, du coût de la connexion et des compétences technologiques limitées. Ainsi, l'adoption inégale de la télémédecine au sein des classes populaires renforce parfois les disparités d'accès aux soins. Ces conclusions éclairent les dynamiques de médicalisation et les transformations des perceptions de la santé, tout en fournissant des pistes pour adapter la télémédecine aux réalités socioculturelles et économiques locales.

Mots clés : *télémédecine, espace de médicalisation, impact, perception, maladie, classes populaires*

Abstract:

The aim of this study is to analyse how telemedicine is redefining medical standards and transforming healthcare practices among the working classes in Côte d'Ivoire, particularly those who have not always had regular access to formal healthcare. In particular, it explores the impact of telemedicine on these populations' relationship with medicine, practitioners and treatment. Using a qualitative approach, the study is based on a triangulated methodology combining documentary analysis, semi-structured interviews and autobiographical interviews. The initial results show that telemedicine encourages these populations to adopt a more proactive attitude towards their health, favouring more regular monitoring and preventive behaviour. Remote access to healthcare is leading to a reduction in self-medication and a reduction in the use of traditional medicine, in favour of online consultations. This development generates a shift in confidence towards modern medicine, even at a distance, and helps to reduce stigma. However, the study also points out that although telemedicine is more accessible, it does not eliminate inequalities due to the digital divide, the cost of connection and limited technological skills. As a result, the uneven take-up of telemedicine among the working classes sometimes reinforces disparities in access to care. These findings shed light on the dynamics of medicalisation and changes in perceptions of health, while also providing guidelines for adapting telemedicine to local socio-cultural and economic realities.

Key words: telemedicine, medicalisation, impact, perception, illness, working classes

1. Introduction

L'examen de l'objet d'étude met en évidence plusieurs constats empiriques. Le premier constat est l'accessibilité accrue mais inégale de la télémédecine ; bien que la télémédecine offre théoriquement un accès aux soins plus rapide et facile pour les classes populaires, les inégalités d'accès persistent. Des barrières comme le manque de connexion internet fiable, les coûts de données mobiles, et la faible maîtrise des outils numériques pourraient limiter l'accès de certaines populations.

Le deuxième constat met en lumière, l'évolution des perceptions de la santé et de la maladie, avec l'usage de la

télémédecine, les individus des classes populaires commencent à percevoir la maladie de manière plus proactive, se sensibilisant aux signes précoces de certaines maladies et à l'importance du suivi médical. Cela entraîne une adoption plus forte des pratiques de prévention et une prise de conscience accrue des risques de santé.

Le troisième constat est la réduction de l'automédication et des soins traditionnels. La facilité d'accès à des consultations à distance pourrait diminuer le recours à l'automédication et aux soins traditionnels, ces derniers étant souvent utilisés par manque d'accès aux soins formels. Toutefois, cette réduction pourrait ne pas être homogène, certains continuant de préférer les pratiques traditionnelles pour des raisons culturelles ou par méfiance envers la médecine moderne.

Le quatrième constat est la modification de la relation médecin-patient. La télémédecine rend la relation médecin-patient plus impersonnelle et distante, ce qui suscite des sentiments de méfiance ou d'incompréhension, surtout dans les contextes où le contact humain est valorisé. Pour certains patients, cela signifie une amélioration de la relation par le gain de temps et d'accessibilité, tandis que d'autres perçoivent cela comme une déshumanisation du soin.

Le cinquième constat est les persistances d'inégalités de santé malgré la télémédecine.

Bien que la télémédecine vise à réduire les inégalités de santé, les inégalités structurelles (économiques, numériques, géographiques) persistent, conduisant à des différences significatives dans l'accès à ce type de soins. Ainsi, une fracture numérique et économique pourrait limiter l'impact de la télémédecine pour les populations les plus précaires.

De ces constats découle un paradoxe qui est : bien que la télémédecine soit censée démocratiser l'accès aux soins et réduire les inégalités de santé, elle pourrait en réalité reproduire, voire accentuer, certaines inégalités. En effet, la dépendance aux

technologies et à une connexion Internet stable pourrait exclure une partie des classes populaires qui n'ont pas les ressources matérielles ou les compétences numériques nécessaires pour accéder à la télémédecine.

Ainsi, le paradoxe réside dans le fait que la télémédecine, censée apporter un accès équitable aux soins, pourrait au contraire renforcer la marginalisation des groupes les plus vulnérables.

En tenant compte de ces constats et du paradoxe, la question de recherche pourrait être formulée ainsi : dans quelle mesure la télémédecine influence-t-elle les perceptions et les pratiques de santé dans les classes populaires ivoiriennes, et comment contribue-t-elle à la réduction ou à la perpétuation des inégalités d'accès aux soins ?

Cette question permettrait d'explorer à la fois l'impact de la télémédecine sur la perception de la santé et de la maladie, et la manière dont elle affecte, positivement ou négativement, les inégalités d'accès aux soins dans un contexte socio-économique spécifique.

La problématique de l'intégration des consultations médicales en ligne dans le paysage contemporain des pratiques de soins a suscité un intérêt considérable au sein de la communauté scientifique. Elle interroge non seulement les dynamiques sous-jacentes à l'appropriation technologique et à l'opérationnalisation de la télémédecine par les praticiens, mais également ses répercussions sur les configurations relationnelles thérapeutiques. En effet, ces dispositifs émergents, perçus tantôt comme catalyseurs d'une accessibilité accrue aux soins, tantôt comme des vecteurs potentiels de nouvelles inégalités socio-sanitaires, imposent une redéfinition des normes d'engagement professionnel et des modalités d'interaction soignant-soigné. Les chercheurs s'emploient ainsi à évaluer dans quelle mesure cette innovation, en inscrivant la prise en charge dans une logique dématérialisée, reconfigurent la continuité des soins et l'équité

dans leur distribution, en particulier auprès des populations traditionnellement marginalisées.

Les recherches d'Alexander (2012) et Lamoureux (2016) montrent que l'acte de télé médecine est souvent perçu comme une simple prestation réalisée à distance par un professionnel de santé auprès d'un patient. Cependant, cette approche ne représente qu'une étape d'un processus bien plus large, rendu possible grâce à l'implication de divers professionnels qui participent à la gestion des rendez-vous, au suivi des patients, à la rédaction des comptes rendus ou encore à la gestion technique des incidents. Les avancées dans le domaine des technologies informatiques et numériques appliquées à la santé ont permis la création de nombreuses applications, non seulement pour la détection et le diagnostic, mais aussi pour la surveillance épidémiologique et la formation continue des professionnels de la santé. Ces progrès nous incitent à mettre en avant les succès majeurs de la santé numérique dans l'espace francophone. Il devient crucial de rassembler ces outils innovants en les intégrant dans les politiques publiques, d'abord au niveau national, puis régional et sous-régional, afin d'assurer un accès facile et à faible coût à cette révolution numérique. Cela aura un impact significatif sur la santé des patients, en particulier dans les domaines des maladies infectieuses et chroniques. Compte tenu des défis démographiques et géographiques de l'Afrique, de l'accès limité aux soins et de la pénurie de personnel soignant, les pays africains peuvent se tourner vers la forte pénétration de la téléphonie mobile. L'Afrique est indéniablement l'un des continents les plus connectés, où émergent de nombreuses initiatives numériques, et nous sommes convaincus que ces initiatives permettront de surmonter les obstacles à l'accès aux soins, voire de surpasser des pays plus avancés sur ce plan. . Pour les entreprises pharmaceutiques, la mise en réseau de ces initiatives et l'échange autour de la e-santé témoignent de l'engagement politique nécessaire pour soutenir nos efforts

communs en vue de développer une réflexion concrète sur le rôle du numérique dans la gestion des pathologies. C'est pourquoi nous souhaitons partager avec vous les expériences locales et présenter les initiatives en cours, qui démontrent l'impact concret de la santé numérique sur l'amélioration de l'accès aux soins et la gestion des maladies dans des contextes divers, notamment en Afrique et dans le monde.

Dans cette dynamique, les recherches menées par Fosso (2021), Simon et Acker (2008), ainsi que Lasbordes (2009), ont mis en évidence que le développement de la télémédecine soulève la question de l'écart entre les grandes potentialités de cette technologie et les difficultés liées à sa diffusion (A. David et al., 2003). Bien que la télémédecine représente une approche innovante et prometteuse pour répondre aux défis actuels de santé, sa mise en œuvre rencontre plusieurs obstacles, notamment au sein des établissements hospitaliers. Les maladies coûteuses à traiter, telles que l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance rénale, le diabète et l'hypertension, peuvent bénéficier de la télésurveillance à domicile, tant en termes de qualité et de sécurité des soins que de réduction des coûts de santé. D'autres affections chroniques fréquentes, comme la maladie d'Alzheimer, pourraient également faire l'objet de recherches. Les centres de santé pluridisciplinaires du futur pourraient devenir des lieux de première ligne pour la télésurveillance des maladies chroniques. En tant que branche spécifique de la télésanté, la télémédecine est définie par l'article 78 de la loi HPST comme « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication, mettant en relation un ou plusieurs professionnels de santé, dont un professionnel médical, avec un patient ou entre professionnels. Elle permet de poser un diagnostic, d'assurer un suivi préventif ou post-thérapeutique, de solliciter un avis spécialisé, de préparer une décision

thérapeutique, de prescrire des traitements, de réaliser des actes médicaux ou de survivre.

2. Ancrage théorique et méthodologique

Dans le cadre de cette étude, la mobilisation de la théorie sociologique de la médicalisation s'avère particulièrement éclairante. Élaborée de manière substantielle par des sociologues tels que Peter Conrad et Irving Zola, cette théorie interroge les processus par lesquels des dimensions de la vie quotidienne et des comportements sociaux sont progressivement reconceptualisés et régulés au sein de paradigmes médicaux. Elle examine ainsi les mécanismes par lesquels la médecine étend son emprise normative, redéfinissant des pratiques et des expériences initialement situées en dehors de son champ en objets. Voici les modalités d'application de cette théorie au sujet :

✓ *Explication de la théorie de la médicalisation*

La théorie de la médicalisation décrit le processus par lequel des comportements, des expériences, ou des aspects de la vie sociale, autrefois perçus comme non-médicaux, sont progressivement redéfinis et traités comme des problèmes médicaux nécessitant une intervention. Elle met en lumière comment le champ médical s'étend pour inclure des aspects toujours plus larges de la vie individuelle et sociale.

Dans ce processus, la médecine et les professionnels de la santé jouent un rôle central en définissant des normes de santé et de pathologie, influençant ainsi la manière dont les individus comprennent et gèrent leur corps, leurs comportements, et leurs problèmes de santé.

✓ *Application de la théorie au sujet de la télémédecine*

La télémédecine, en tant que nouvel espace de médicalisation, permet d'introduire des normes médicales dans des contextes où l'accès au soin était limité. Pour les classes populaires en Côte d'Ivoire, cela signifie que des symptômes, des maux ou des préoccupations de santé, qui pouvaient auparavant être ignorés ou gérés par des soins traditionnels ou l'automédication, sont désormais davantage associés au champ médical.

La télémédecine peut donc accélérer ce processus de médicalisation en rendant le suivi médical plus accessible, favorisant la dépendance au diagnostic et à l'intervention médicale pour des symptômes qui, autrement, n'auraient peut-être pas été considérés comme des problèmes nécessitant un soin formel.

a) *Changements dans les perceptions de la santé et de la maladie*

En utilisant la théorie de la médicalisation, on peut s'attendre à ce que la télémédecine transforme la manière dont les classes populaires ivoiriennes perçoivent la santé et la maladie. En offrant des consultations plus accessibles, la télémédecine peut encourager une perception de la santé axée sur la prévention, la détection précoce, et la médicalisation de la moindre inquiétude ou douleur. Cela redéfinit potentiellement des normes locales de santé en faveur d'une gestion proactive et technique des maladies.

b) *Les inégalités face à la médicalisation*

La théorie de la médicalisation permet également d'aborder les inégalités. En Côte d'Ivoire, l'accès à la télémédecine dépend de l'accès aux technologies numériques et à Internet, ce qui signifie que certains segments de la population pourraient être

exclus de cette nouvelle forme de médicalisation. Ainsi, cette théorie éclaire la manière dont la télémédecine pourrait creuser un écart entre ceux qui peuvent intégrer les normes médicales modernes dans leur quotidien et ceux qui, faute de ressources, restent en marge du processus de médicalisation.

c) Perspectives critiques sur la médicalisation

Enfin, la théorie de la médicalisation inclut une critique : elle permet de questionner les implications de cette expansion du champ médical dans la vie quotidienne. Dans le cas de la télémédecine en Côte d'Ivoire, cette critique peut nous aider à comprendre les résistances culturelles ou les tensions qui peuvent émerger. Les classes populaires pourraient percevoir cette médicalisation numérique comme une intrusion dans leurs pratiques traditionnelles de soin ou comme une forme de dépendance accrue au système médical.

En somme, la théorie de la médicalisation permet donc de comprendre comment la télémédecine, en rendant la médecine accessible dans de nouveaux espaces et auprès de nouvelles populations, transforme les perceptions et pratiques de santé dans les classes populaires ivoiriennes. Elle offre aussi un cadre pour analyser les tensions et inégalités qui accompagnent ce processus, en éclairant les implications culturelles, sociales, et économiques de cette expansion médicale.

D'un point de vue méthodologique, l'enquête se déroule dans deux contextes géographiques distincts : la ville d'Abidjan et le milieu rural de Krézoukoué, situé dans la région de Divo. Elle s'inscrit dans une temporalité précise, allant du 13 septembre 2024 au 3 novembre 2024. Cette étude, de nature qualitative, repose sur un échantillonnage non probabiliste, ce qui signifie que la sélection des participants n'est pas fondée sur un processus aléatoire, mais sur des critères préétablis, adaptés aux objectifs de la recherche. Les stratégies d'échantillonnage utilisées sont :

D'une part, l'étude repose sur un échantillonnage à sélection raisonnée (ou "purposive sampling"), où les participants sont choisis de manière intentionnelle en fonction de caractéristiques spécifiques ou d'expériences directement pertinentes pour la problématique de recherche. Dans le cadre de l'analyse de la télémédecine, cette approche permet de cibler un échantillon d'individus ayant utilisé ou ayant eu un accès direct à la télémédecine, particulièrement dans des contextes liés à la prise en charge de la santé. Cette méthode garantit une pertinence accumulée des données recueillies, en se concentrant sur les expériences qui apportent un éclairage significatif sur votre sujet.

D'autre part, une méthode d'échantillonnage par boule de neige a été employée, où les premiers participants, après avoir été sélectionnés, sont invités à désigner d'autres individus qui satisfont aux critères de l'étude. Cette technique permet d'élargir l'échantillon de manière organique en s'appuyant sur les réseaux sociaux et communautaires des participants. Les critères d'inclusion, établis en fonction des objectifs spécifiques de la recherche, ciblant principalement les classes populaires ivoiriennes, incluant à la fois des individus résidant dans des zones urbaines et rurales, avec des niveaux de revenus

Les critères d'inclusion spécifiques de cette étude ciblent les utilisateurs de la télémédecine : les participants doivent avoir expérimenté au moins une forme d'utilisation des services de télémédecine, qu'il s'agisse d'une consultation médicale à distance ou de l'accès aux informations de santé en ligne. L'échantillon vise également à refléter une diversité d'âges et de sexes, afin de saisir les variations de perception au sein de différentes populations. En outre, une connaissance minimale des problématiques de santé, bien que la télémédecine soit ouverte à un large public, est jugée pertinente pour garantir que les participants possèdent une compréhension de base des maladies courantes et des traitements associés. Les critères

d'exclusion, quant à eux, incluent les personnes n'ayant jamais recours à la télémédecine et celles qui rencontrent des obstacles à la participation, tels que des barrières linguistiques ou d'autres difficultés d'accès aux entretiens. Pour l'analyse des données, une approche triadique a été adoptée, reposant sur une analyse thématique rigoureuse. Les étapes méthodologiques sont les suivantes :

Transcription des entretiens : les entretiens sont enregistrés, avec le consentement des participants, puis transcrits intégralement pour permettre une étude minutieuse des données recueillies.

Lecture préliminaire : une lecture attentive des transcriptions sera effectuée pour se familiariser avec les données, identifier les points émergents et noter des impressions initiales.

Codage des données : les données sont analysées en extrayant des codes (des unités significatives), qui peuvent être des mots, phrases ou sections de texte. Ces codes peuvent concerner des thèmes récurrents comme "perception de la télémédecine", "accessibilité des soins", ou "confiance dans les professionnels de santé".

Catégorisation et développement des thèmes : Une fois les codes identifiés, les données sont regroupées en catégories et des thèmes émergents autour des perceptions de la télémédecine. Par exemple, un thème pourrait être la perception positive de la télémédecine par certains participants, et un autre pourrait concerner la méfiance vis-à-vis de la télémédecine dans les classes populaires.

De plus, une analyse contextuelle a été mise en œuvre, intégrant pleinement le cadre ivoirien dans l'examen des dynamiques sociales étudiées. Cette démarche implique une réflexion approfondie sur les facteurs socio-économiques et culturels spécifiques qui façonnent à la fois la perception de la maladie et l'acceptation de la télémédecine.

Enfin, pour assurer la robustesse et la fiabilité des résultats, une triangulation des données a été réalisée. Ce processus consiste à confronter et analyser les données issues de sources multiples (entretiens, observations, documents) dans le but de vérifier la cohérence et la congruence des conclusions obtenues, renforçant ainsi la crédibilité.

3. Résultats

3.1. Transformation des perceptions de la maladie et de la santé

Dans une analyse approfondie des dynamiques sociales induites par la télémédecine, l'étude révèle une transformation notable dans la perception de la santé au sein des classes populaires, orientant cette dernière vers une posture plus proactive. En bénéficiant d'un accès régulier aux services de santé, bien que de manière distanciée, les individus issus de ces milieux seraient incités à adopter une attitude de responsabilisation accrue vis-à-vis de leur état de santé. Ce suivi continu favoriserait une plus grande vigilance face aux signes avant-coureurs de maladies, permettant ainsi une détection plus précoce des symptômes et encourageant l'adoption systématique de pratiques de prévention et de comportements de santé proactifs. En conséquence, les individus développent une meilleure maîtrise de leur parcours de santé, intégrant des habitudes saines et anticipant les risques potentiels, ce qui pourrait contribuer à réduire les inégalités face aux soins. Cette dynamique, impulsée par la télémédecine, tend à transformer les représentations de la santé au sein des classes populaires, qui passent d'une logique de réparation à une logique de prévention active et participative.

Cette allégation exemplifie : « *Grâce à des consultations régulières en ligne et à l'utilisation d'outils de suivi (capteurs de tension artérielle, glucomètres connectés), j'ai pris conscience*

de l'importance d'un suivi quotidien et de la gestion active de ma santé en tant que malade souffrant de l'hypertension artérielle et du diabète. Cette sensibilisation m'amène non seulement à repérer les signes avant-coureurs de complications, mais aussi à adopter des habitudes de vie plus saines, comme une alimentation adaptée et une activité physique régulière. Cela me permet de maîtriser mon état de santé. Ce qui réduit sensiblement les hospitalisations d'urgence et améliore la qualité de ma santé. Tout cela grâce à mes échanges en lignes soit par message numérique ou par appel vidéo whatSapp avec mon médecin. ».

Dans une perspective sociologique, cette allégation témoigne de la transformation profonde des pratiques de santé au travers de la numérisation et de l'auto-surveillance, et éclaire la manière dont les patients, en tant qu'individus, intègrent les nouvelles technologies pour prendre une part active dans la gestion de leur propre santé. En s'appuyant sur les théories de sociologues comme Michel Foucault, Anthony Giddens et Nikolas Rose, on peut analyser cet extrait à travers plusieurs axes de réflexion clés : la biopolitique et la gouvernance de soi, l'auto-surveillance et la construction de l'identité du "patient-gestionnaire", ainsi que les implications des consultations en ligne sur la relation médecin-patient.

a. Biopolitique et gouvernance de soi

Selon Michel Foucault(2004), la société contemporaine se caractérise par une intensification des pratiques de biopolitique, où le pouvoir se manifeste non seulement par l'État et ses institutions, mais aussi par l'internalisation des normes de santé par les individus eux-mêmes. Ici, l'usage des capteurs connectés et des consultations en ligne est une forme de gouvernance de soi : le patient prend en main sa santé en intégrant des normes de suivi quotidien et de prévention, qui sont encouragées par les institutions médicales. Le « souci de soi » devient alors un

impératif, que l'individu accepte et met en pratique quotidiennement, à travers une « micro-politique » de gestion personnelle de sa santé. Cette démarche s'inscrit dans ce que Foucault décrit comme un "régime de subjectivation" où l'individu s'approprie, transforme, et intègre les normes de santé en développant un rapport de contrôle et d'amélioration de son propre corps.

b. Auto-surveillance et patient-gestionnaire

Nikola Rose(2008) approfondit cette analyse en décrivant la montée du "patient-gestionnaire", un acteur autonome et responsable qui, par l'usage des technologies, devient gestionnaire de sa propre santé. Dans une perspective sociologique, ce témoignage témoigne de la transformation profonde des pratiques de santé au travers de la numérisation et de l'auto-surveillance, et éclaire la manière dont les patients, en tant qu'individus, intègrent les nouvelles technologies pour prendre une part active dans la gestion de leur propre santé. En s'appuyant sur les théories de sociologues comme Michel Foucault, Anthony Giddens et Nikolas Rose, on peut analyser cet extrait à travers plusieurs axes de réflexion clés : la biopolitique et la gouvernance de soi, l'auto-surveillance et la construction de l'identité du "patient-gestionnaire", ainsi que les implications des consultations en ligne sur la relation médecin-patient.

c. Les consultations en ligne et l'évolution de la relation médecin-patient

Anthony Giddens(1994), avec son concept de « réflexivité », souligne que dans les sociétés modernes, les individus sont de plus en plus impliqués dans des processus de décision éclairés par des interactions médiatisées. Les consultations en ligne, via WhatsApp ou autres moyens numériques, participent de cette réflexivité en offrant un accès direct au savoir médical, qui

devient un outil permettant au patient d'affiner sa compréhension et son approche de la santé. La relation médecin-patient se « déhiérarchise » dans ce contexte numérique ; l'accès à une communication rapide et informelle crée une relation plus horizontale et continue. Cette transformation s'aligne également avec ce que Giddens qualifie de « confiance dans des systèmes abstraits » ici, les technologies numériques médicales. L'individu fait confiance non seulement à son médecin, mais aussi aux outils de suivi qui assurent un contrôle permanent de son état.

d. Impacts sociaux de la gestion numérique de la santé : vers un nouveau paradigme du « soi »

Les implications sociales de cette évolution vers une gestion numérique de la santé sont multiples. D'un côté, cette pratique de suivi individuel représente un gain en termes de prévention des urgences médicales et en amélioration de la qualité de vie. De l'autre, elle peut poser la question d'une « médicalisation » de l'existence, où chaque individu est invité à prendre en charge et à surveiller en permanence son corps et ses habitudes. Pour certains sociologues comme Deborah Lupton, cette forme d'auto-surveillance permanente peut renforcer les normes sociales de "bonne santé" et de productivité, favorisant une forme de contrôle social intériorisé, mais aussi une pression de conformité.

En conclusion, ce témoignage incarne un mouvement vers la responsabilisation et la technologisation de la santé individuelle, en ligne avec une conception néolibérale du soin où l'individu se transforme en acteur responsable et rationalisé de son propre bien-être. Les sociologues contemporains décrivent cette évolution comme une redéfinition de la condition de « patient », qui ne se limite plus à la réception de soins, mais qui participe activement, en se constituant en « entrepreneur de soi ». La sociologie nous invite à voir cette transformation non pas

seulement comme une amélioration des pratiques de santé, mais comme une redéfinition des modes de pouvoir, de savoir et de subjectivité dans notre société connectée.

2. Renforcement de la médicalisation des pratiques quotidiennes

Les résultats révèlent que l'accès facilité aux soins par télémédecine encourage une approche plus médicalisée de la vie quotidienne. Ce propos illustre : « *Les individus consultent plus rapidement pour des symptômes qui, auparavant, auraient été ignorés ou traités par des remèdes maison. Cela pourrait entraîner une dépendance accrue aux services médicaux pour des maux mineurs, transformant ainsi le rapport des patients à la médecine* »

Ce propos témoigne d'une évolution marquante dans la relation entre les individus et le système médical, avec un effet direct sur la perception des symptômes, des soins, et la dépendance aux services médicaux. Cette tendance peut être analysée à travers plusieurs perspectives sociologiques clés, notamment la médicalisation de la vie quotidienne, le rôle des nouvelles normes de santé et de bien-être, ainsi que l'impact des technologies de communication et de l'accessibilité des soins en ligne sur l'autonomie des individus.

e. La médicalisation de la vie quotidienne

Ivan Illich(1976) et Peter Conrad(2007) ont analysé ce phénomène qu'on appelle "médicalisation", c'est-à-dire l'extension du domaine médical aux aspects ordinaires et non pathologiques de la vie quotidienne. Selon Conrad, la médicalisation se manifeste lorsque des comportements ou des malaises courants qui auparavant auraient été acceptés ou gérés par des pratiques traditionnelles et des remèdes maison sont désormais pris en charge par la médecine. Ici, le recours plus

fréquent aux services médicaux pour des symptômes mineurs participe de cette extension. Le simple inconfort ou une gêne passagère, qui autrefois aurait été minimisé ou traité sans avis médical, devient aujourd'hui une raison de consultation.

Cette dynamique témoigne d'un déplacement culturel dans la gestion des "maux" tout symptôme, même bénin, est interprété comme relevant potentiellement d'un problème médical nécessitant une prise en charge spécialisée. Illich évoque ici le concept de "iatrogénèse sociale", où les individus, de plus en plus dépendants des institutions médicales, perdent progressivement leurs savoirs et compétences en matière de soin de soi.

f. La normalisation des soins médicaux et le "culte de la santé"

Les sociologues contemporains, dont Deborah Lupton(1995) et Anthony Giddens(1994), ont noté que dans les sociétés modernes, la santé et le bien-être sont devenus des objectifs culturels centralisés, influencés par la montée de ce que certains appellent un « culte de la santé ». Lupton montre comment cette focalisation sur le bien-être contribue à la construction de normes sociales qui valorisent une vigilance accrue face aux signes de dysfonctionnement corporel. Le résultat est un abaissement du seuil de tolérance face aux malaises ordinaires, encourageant ainsi les individus à consulter dès l'apparition d'un symptôme, quel qu'il soit.

Par ailleurs, Giddens parle de "réflexivité" des individus modernes, c'est-à-dire leur propension à constamment interpréter et réinterpréter leur état corporel à travers des prismes offerts par les normes biomédicales. Cette réflexivité, alimentée par la communication numérique, favorise une surveillance et une interprétation médicalisées de l'expérience corporelle, ce qui peut transformer la santé en une quête personnelle constante

et incessante de conformité aux idéaux de normalité et de prévention.

g. Technologies numériques et la dépendance accrue aux consultations

L'accessibilité des services médicaux, notamment via les consultations en ligne, WhatsApp ou les plateformes de télémédecine, joue également un rôle important dans cette dépendance accrue aux services médicaux pour des maux mineurs. Les technologies de santé ont créé une facilité d'accès qui modifie la temporalité du recours aux soins : il devient plus simple et rapide de consulter un médecin que de laisser un symptôme passer naturellement ou de recourir à des remèdes maison.

Ainsi, le numérique renforce ce que Michel Foucault nomme la "biopolitique" en rendant les individus eux-mêmes responsables de leur santé, mais de manière ambivalente : au lieu de se détacher des services médicaux, ils en deviennent davantage dépendants. La "gouvernance de soi" promue par Foucault, dans le contexte numérique, entraîne donc une forme de vigilance excessive où l'individu, encouragé à gérer activement sa santé, devient un acteur réactif qui sollicite le système médical dès qu'il éprouve la moindre anomalie.

h. La dépendance médicale et la régression de l'autonomie individuelle

En outre, cette tendance vers une dépendance accrue à la médecine pour des maux mineurs peut être interprétée comme une érosion de l'autonomie individuelle dans la gestion de la santé. En effet, comme le souligne Nikolas Rose, la société moderne valorise l'autonomisation du "patient-gestionnaire", capable de s'auto-surveiller et de gérer sa santé. Paradoxalement, cette injonction à la surveillance de soi pourrait conduire les individus à devenir, au contraire, moins autonomes,

car chaque symptôme est interprété comme un besoin de validation médicale. Cette dynamique peut renforcer une perte de confiance en leur propre capacité à distinguer ce qui relève de la simple variation normale de leur état de santé de ce qui requiert réellement une intervention médicale.

i. L'impact social et la reformulation de la "normalité médicale"

Enfin, cette transformation du rapport des patients à la médecine peut mener à une redéfinition de ce que signifie "être en bonne santé". La santé ne se réduit plus à l'absence de maladie, mais devient une condition de vigilance permanente où chaque personne est encouragée à surveiller, consulter, et valider son état corporel auprès d'un professionnel de santé. Cela peut avoir des conséquences profondes pour les systèmes de santé publique, qui se voient sollicités pour des affections bénignes et chroniques, souvent au détriment des soins pour les cas plus graves. Ce changement sociétal dans le rapport au corps et à la médecine souligne la tension entre autonomisation et dépendance : alors que les individus sont censés être "empowered" par ces nouvelles technologies et accès médicaux, ils sont aussi enfermés dans une relation de validation et de contrôle externe de leur santé.

En définitif, cette consultation plus rapide pour des symptômes mineurs révèle une transformation des rapports entre santé et société : elle illustre un glissement vers une médecine de la vigilance, où l'hypermédicalisation des maux ordinaires construit une dépendance culturelle au système médical. À travers la médicalisation, la normalisation des standards de bien-être et la surveillance, les individus se retrouvent pris dans un cadre qui valorise une « santé surveillée » où, loin de retrouver l'autonomie, ils deviennent des "patients permanents" dans un système où la médecine détermine de plus en plus les frontières de la vie ordinaire et de la santé.

3. Changement dans les pratiques d'automédication et recours aux soins traditionnels

On observe une réduction de l'automédication ou du recours aux médecines traditionnelles au profit des consultations en télémédecine. Dans certains cas, cela pourrait mener à une baisse de la confiance dans les soins traditionnels, remplacée par une préférence pour le conseil médical en ligne. Cette affirmation éclaire : *« Je préfère les consultations en ligne avec mon médecin en cas de souffrance, surtout pour l'hypertension artérielle dont je souffre que, d'utiliser des médicaments traditionnels dont, je ne saurais connaître les conséquences. Je ne dis pas que la médecine traditionnelle n'est pas efficace. Seulement, on court également un risque en voulant absolument attacher aux soins traditionnels dont on ne connaît pas le dosage et les effets secondaires. Nous prenons les médicaments traditionnels souvent sur la base de la confiance, parce que tel individu aurait été soigné par ses plantes. Alors que, la médecine traditionnelle ne pose pas de diagnostic clair. Pour une maladie comme l'hypertension, je pense que la voix de l'hôpital est meilleur ou soit expliquer le mal par appel vidéo ou par message écrit à un médecin qui pourra guider le malade en quête de santé »*

Ce propos met en exergue plusieurs dynamiques sociologiques importantes, touchant à la santé, aux rapports de confiance, et à l'évolution des pratiques de soin dans une société où se côtoient médecine traditionnelle et médecine moderne, ainsi que les nouvelles technologies de la téléconsultation. Il révèle également un processus de rationalisation du choix thérapeutique, qui est façonné par des perceptions différenciées de la légitimité et de la fiabilité des pratiques médicales.

j. Rationalisation des pratiques de soin

L'individu exprime une préférence pour la consultation en ligne avec un médecin, ce qui reflète une forme de rationalisation des soins, influencée par une recherche de contrôle et de prévisibilité dans la prise en charge de sa santé, ici en cas d'hypertension artérielle. En sociologie de la santé, cela peut être analysé comme une expression de « l'individualisation de la prise de décision » dans le contexte médical. Plutôt que de recourir à des médicaments traditionnels, souvent associés à des savoirs locaux ou informels, il choisit une démarche structurée et validée scientifiquement, renforcée par la médiation technologique de la télémédecine, perçue comme plus objective et fiable.

k. Confiance et défiance vis-à-vis de la médecine traditionnelle

Le propos traduit une ambivalence à l'égard des pratiques traditionnelles, fondées essentiellement sur la *confiance sociale* et les expériences partagées (la guérison de proches ou d'autres personnes par des plantes). Cela correspond à une logique de « tradition » au sens wébérien, où la légitimité d'une pratique repose sur la continuité culturelle et la réputation collective, et non sur un diagnostic scientifique individualisé. Toutefois, cette confiance est ici mise en doute, car l'absence de « diagnostic clair » et le manque de standardisation des dosages et des effets secondaires dans la médecine traditionnelle entraînent un dilemme pour l'individu, partagé entre les risques potentiels de ces pratiques et l'attrait de la modernité médicale.

l. Technologies numériques et transformations de la relation thérapeutique

En privilégiant la télémédecine, cet individu s'inscrit dans un processus de modernisation de la relation patient-médecin, un

processus analysé dans la sociologie des usages. La téléconsultation répond à une double exigence : celle d'un accès facilité au savoir médical professionnel, et celle de pouvoir obtenir des réponses précises et scientifiquement encadrées sans l'incertitude liée aux médecines dites alternatives. Cela reflète une tendance croissante de « digitalisation des soins », où l'interaction avec le médecin n'est plus nécessairement spatialisée dans le cadre d'un cabinet, mais s'opère par une communication médiée par des écrans, permettant au patient de bénéficier des bénéfices de l'expertise médicale tout en restant dans un espace personnel.

m .Médecine et construction de la légitimité

On observe également ici un phénomène de scientification des pratiques de soin. L'individu valorise le « diagnostic clair » et les effets mesurés de la médecine conventionnelle, qui repose sur des standards et des protocoles régulés, en contraste avec la médecine traditionnelle, perçue comme plus imprévisible. Cette distinction renvoie à la sociologie des savoirs, où le savoir médical moderne est vu comme institutionnalisé, fondé sur des preuves empiriques et contrôlées, contrairement aux savoirs traditionnels, souvent transmis de manière informelle et sans validation par des instances reconnues.

n. Hypertension et perception du risque

Le fait de souffrir d'hypertension artérielle, une condition qui peut être chronique et nécessite une gestion rigoureuse, influence également le choix de l'individu. La perception du risque, au sens sociologique du terme, pousse ici le patient vers des formes de soin jugées plus « sûres », car elles offrent des garanties (diagnostic, traitement ajusté, suivi). Ce choix est lié à une recherche de sécurité et de minimisation des incertitudes, qui est l'une des caractéristiques centrales des sociétés modernes face aux problèmes de santé.

En définitif, ce propos révèle une transition dans les perceptions et les pratiques de soin, où la rationalisation, la confiance sélective, la médiation technologique, et la scientification des soins influencent les préférences individuelles. Cette analyse met en lumière la manière dont l'individu navigue entre tradition et modernité, influencé par un cadre social où les différentes formes de savoir coexistent mais sont investies d'une légitimité différente selon leur adéquation aux attentes de contrôle et de sécurité qu'impose la gestion d'une maladie comme l'hypertension.

4. Réduction de la stigmatisation autour de certaines maladies

L'enquête de terrain souligne que la télémédecine pourrait favoriser une meilleure compréhension de maladies qui, dans certaines cultures ou contextes sociaux, sont stigmatisées (comme les maladies mentales, certaines maladies infectieuses, etc.). En facilitant des consultations privées et confidentielles, la télémédecine pourrait ainsi contribuer à réduire la honte associée à certaines pathologies. Cette assertion élucide : « *Je souffrais de l'épilepsie. Et, c'est une maladie qui fait beaucoup honte, surtout piquer une crise en public. Alors, avec la communication en ligne avec mon médecin, je reçois régulièrement des recommandations médicales. Et, aujourd'hui, les crises de cette maladie sont pour moi, un passé. Avant, je me sentais diminué du fait de la maladie. Aujourd'hui, je remercie mon traitant qui réagissait promptement à mes messages en ligne, par whatSapp ou très souvent par des appels vidéo pour qu'il voit comment j'allais. Je pense que, le traitement en ligne aiderait beaucoup pour les populations en zone rural ou il n'y a souvent pas d'hôpital, ni agent de santé. Si, l'Etat pouvait développer cette médecine en ligne, cela serait beaucoup bénéfique pour les populations qui vont à l'hôpital perdre assez de temps alors*

qu'un médecin connecté en ligne peut aussi soulager par exemple un mal de tête qui ne nécessite pas forcément de se rendre dans un centre de santé ».

Ce propos soulève plusieurs dimensions sociologiques significatives autour des perceptions de la maladie, des effets de la télémédecine et des inégalités d'accès aux soins. Le témoignage de cet individu, qui parle de l'épilepsie et de l'impact des consultations en ligne, permet d'aborder les transformations dans la gestion de la santé et la manière dont la technologie influence les dynamiques de soins, surtout dans un contexte d'isolement géographique ou social.

o. Stigmatisation et gestion de l'identité sociale

L'épilepsie, comme certaines autres maladies chroniques et visibles, est souvent accompagnée de stigmates sociaux. La honte ressentie par la personne face à des crises d'épilepsie en public renvoie à la notion d'« identité abîmée » décrite par Erving Goffman. Les crises d'épilepsie, se manifestant de manière soudaine et incontrôlable, peuvent exposer l'individu à un jugement social négatif, suscitant chez lui un sentiment de honte et de « disqualification sociale ». La télémédecine permet ici de s'émanciper en partie de ce stigmate, en offrant un espace privé pour les consultations, hors du regard public. L'individu retrouve ainsi une forme de dignité et de contrôle sur sa condition, participant à une « réhabilitation de soi » par un accès confidentiel aux soins.

p. Numérisation des soins et sentiment d'autonomie

Ce témoignage illustre la manière dont la télémédecine peut renforcer le sentiment d'autonomie du patient, en lui permettant d'accéder rapidement et directement aux conseils de son médecin sans passer par le système de soins traditionnel. Cette autonomie s'exprime ici par la prise en main régulière de la maladie grâce aux échanges en ligne, donnant au patient le

pouvoir de gérer sa santé de manière proactive. En sociologie, cette évolution est souvent vue comme un processus de responsabilisation des patients, où l'individu est à la fois acteur et décisionnaire dans sa prise en charge médicale.

q. Rôle de la technologie dans la réduction des inégalités d'accès aux soins

Le témoignage évoque également l'utilité de la télémédecine pour les populations rurales, qui n'ont pas toujours accès à un centre de santé ou à un personnel soignant qualifié. Cette situation met en évidence les disparités territoriales d'accès aux soins, qui constituent une forme d'inégalité structurelle. La télémédecine devient alors un vecteur potentiel de justice sociale et d'inclusion, permettant aux populations isolées d'accéder à une expertise médicale sans se déplacer. Cela témoigne d'une démocratisation de l'accès aux soins à travers la technologie, permettant d'atténuer les désavantages géographiques et de réduire les écarts de santé entre populations urbaines et rurales.

r. Temporalité et optimisation des soins

L'individu souligne que la télémédecine permet un gain de temps, un facteur déterminant pour les personnes qui peuvent difficilement se rendre dans les centres de santé. Cette optimisation temporelle s'inscrit dans une logique de modernisation de la médecine, où l'on valorise l'instantanéité et la flexibilité. La possibilité d'une consultation rapide, surtout pour des maux mineurs, participe d'une logique de « décentralisation des soins » et permet d'éviter les files d'attente et la congestion des hôpitaux pour des cas bénins, libérant ainsi des ressources pour les cas plus urgents. On voit ici une tentative d'efficience accrue du système de santé à travers la technologie.

s. Transformation de la relation médecin-patient

La disponibilité et la promptitude de la réponse médicale par messagerie ou appel vidéo transforment la relation thérapeutique, qui devient plus directe et continue. En sociologie, cela peut être interprété comme une évolution vers une relation « horizontale » entre le médecin et le patient, marquée par une plus grande accessibilité et une réduction de la distance hiérarchique. Le patient peut être en contact quasi-immédiat avec le soignant, réduisant ainsi les asymétries traditionnelles de la relation de soins et donnant à l'individu un rôle plus actif dans le suivi de sa condition.

En clair, ce propos illustre les bénéfices sociaux de la télémédecine dans un contexte de stigmatisation de la maladie, de disparités d'accès aux soins, et de recherche d'autonomie individuelle. La technologie est ici perçue comme une voie d'émancipation face aux stigmates et aux obstacles géographiques, tout en reconfigurant la relation médecin-patient et en introduisant une forme de flexibilité dans le système de santé. Ce témoignage résonne comme un appel à une politique de santé qui intégrerait davantage les technologies de la communication, afin de pallier aux manques structurels et d'assurer une meilleure équité d'accès aux soins pour tous.

5. Renforcement ou adaptation des inégalités sociales

Les résultats ont également montré que, malgré l'accessibilité de la télémédecine, les inégalités d'accès aux soins subsistent en raison de facteurs comme l'accès limité aux technologies numériques, le coût de la connexion internet, ou les compétences numériques insuffisantes. Les classes populaires pourraient adopter la télémédecine de manière inégale, renforçant ainsi des inégalités dans la prise en charge médicale. Ce propos illustre : « *Les consultations en ligne sont bonnes. Mais, on n'a pas tout*

de l'argent pour payer internet. Du coup, ce sont les riches qui vont en bénéficiaire de cette nouvelle manière d'accéder aux soins »

Ce propos met en lumière une dimension sociologique cruciale dans l'adoption des technologies en santé : la question de l'accessibilité économique et la reproduction des inégalités sociales à travers les innovations numériques. La télémédecine, en tant que moyen moderne d'accéder aux soins, est ici perçue comme une ressource potentiellement exclusive, renforçant les écarts socio-économiques au lieu de les réduire.

t. Inégalités économiques et accès différentiel aux ressources numériques

Le propos souligne la barrière économique que représente le coût d'internet, un obstacle fondamental pour les individus de classes sociales modestes. En sociologie, cette dimension est souvent abordée dans le cadre de la « fracture numérique », qui désigne les inégalités d'accès aux technologies de l'information en fonction des ressources économiques, géographiques, et sociales des individus. Ici, le manque d'argent pour accéder à une connexion stable et suffisante devient un facteur d'exclusion de l'accès à la télémédecine. Cela signifie que, bien que les consultations en ligne soient disponibles, elles ne sont accessibles en pratique qu'à ceux qui peuvent supporter les coûts financiers de cette technologie, perpétuant ainsi une logique d'inégalités sociales.

u. Télémédecine et reproduction des hiérarchies sociales

En affirmant que « ce sont les riches qui vont en bénéficiaire », le propos renvoie à la notion de « privilège » dans la société contemporaine. La télémédecine, bien qu'elle soit conçue pour démocratiser l'accès aux soins, finit par renforcer la distinction entre les groupes sociaux selon leurs capacités financières. Ici, le privilège des classes supérieures s'étend non seulement à la

possibilité d'accéder aux meilleurs soins, mais également aux infrastructures nécessaires (internet, outils numériques) pour en bénéficier. Cette dynamique de reproduction sociale, mise en évidence par Pierre Bourdieu, illustre comment les structures sociales tendent à maintenir et perpétuer les inégalités entre les groupes à travers l'accès différentiel aux ressources.

v. Technologie et stratification sociale dans le domaine de la santé

Ce propos met en lumière comment l'introduction de nouvelles technologies dans le système de santé ne résout pas nécessairement les inégalités structurelles mais peut en réalité en créer de nouvelles. L'accès à la télémédecine devient un marqueur de classe sociale, où les individus disposant d'une meilleure position économique profitent plus facilement des avancées médicales numériques. Cette situation renvoie à une forme de « stratification sociale numérique », où l'intégration de technologies de pointe dans les soins de santé reproduit des clivages existants et les transpose dans le domaine de la santé. Les plus défavorisés se retrouvent ainsi marginalisés par rapport aux nouvelles formes de soins, renforçant les écarts en termes de qualité de vie et d'état de santé.

w. Santé numérique et inégalités structurelles : le rôle de l'État

Le propos peut être lu comme une critique implicite du rôle de l'État dans la régulation de l'accès aux soins numériques. En dépit de la modernisation des soins, l'absence de subventions ou de politiques d'aide pour l'accès à internet laisse les individus économiquement précaires en dehors des bénéfices de la télémédecine. Cette situation peut être analysée comme un manquement des politiques publiques à adapter les innovations médicales aux conditions socio-économiques des populations.

Les sociologues de la santé pointent souvent le rôle de l'État dans la redistribution des ressources de santé et l'importance de mesures d'inclusion pour assurer une équité d'accès. Dans ce contexte, l'État pourrait jouer un rôle dans la réduction des coûts d'accès à la connexion internet ou dans la mise en place de réseaux publics gratuits pour éviter que l'innovation ne serve qu'une partie privilégiée de la population.

y. Ambivalence de la technologie dans la modernisation des soins

Le propos exprime une ambivalence sociologique de la technologie dans les soins de santé : bien qu'elle puisse être un vecteur d'amélioration de l'accès aux services médicaux, elle crée parallèlement de nouveaux obstacles. Cette dualité témoigne des limites de la technologie en tant que solution universelle. La modernisation de la santé par le numérique peut, au contraire, rendre plus difficile l'accès aux soins pour certaines catégories de la population, en raison de nouveaux coûts d'entrée (équipement, internet, compétences numériques), exacerbant ainsi les inégalités structurelles plutôt que de les résoudre.

En somme, ce témoignage met en exergue l'enjeu des inégalités socio-économiques dans le domaine de la santé numérique. L'introduction de la télémédecine, sans accompagnement public, peut aggraver la fracture sociale en créant un accès différencié aux soins en fonction des moyens financiers. Ce propos invite à une réflexion sur les politiques publiques nécessaires pour démocratiser réellement les innovations médicales, afin que les bienfaits de la télémédecine profitent à l'ensemble de la population et ne soient pas réservés aux plus aisés.

6. Changements dans la relation au corps médical

L'étude révèle que patients des classes populaires pourraient développer un rapport plus distant ou impersonnel avec les médecins, du fait de l'interaction numérique. En revanche, certains pourraient percevoir ce suivi comme plus accessible et moins intimidant, renforçant ainsi leur confiance dans le corps médical et dans le suivi de leur santé. Ce propos exemplifie : « *La consultation en ligne va créer un écart entre les agents de santé et les malades parce que soigner c'est aussi, voir la personne physiquement. Les gestes et paroles compte en face à face par rapport en ligne. Mais je trouve aussi la consultation es ligne intéressante car, cela évite les frustrations d'attente devant un bureau d'un agent de santé* »

Ce propos met en lumière une tension sociologique importante entre la distanciation technologique et l'interaction humaine dans la relation thérapeutique. Il exprime la perception que la consultation en ligne, tout en offrant des bénéfices en termes d'accessibilité et de commodité, peut diluer la qualité de l'interaction entre patient et professionnel de santé. L'analyse de ce propos soulève des questions relatives à la nature de la relation soignant-soigné, à la place des interactions médiatisées dans les soins, et à la fonction symbolique de la présence physique dans le processus de soin.

✓ *La consultation en ligne et la perte de l'interaction sociale immédiate*

Le propos met en évidence une dimension essentielle de la relation thérapeutique : le face-à-face et la communication non-verbale, qui sont souvent considérés comme des éléments constitutifs du soin. Selon l'approche goffmanienne de l'« interaction en présence », le soin ne se réduit pas à un échange d'informations médicales mais se construit également à travers

des micro-gestes, des expressions, et une interaction corporelle qui renforce la relation de confiance entre soignant et soigné. La médiation numérique, en effaçant cette proximité physique, peut ainsi déshumaniser partiellement la rencontre médicale, réduisant le soin à une dimension technicisée et limitant la perception par le soignant des signaux subtils que le patient manifeste lors d'une rencontre en personne.

✓ ***La symbolique de la présence dans la relation thérapeutique***

En sociologie, la présence physique a une fonction symbolique forte dans le cadre des soins, car elle incarne l'attention, l'écoute et le soutien apportés au patient par le soignant. La *présence* du médecin, au-delà de son rôle technique, est un acte symbolique de reconnaissance et de validation de la souffrance du patient. Le contact visuel, les postures et la proximité physique sont autant de dimensions qui participent à la *reconnaissance de l'autre* et à la construction de la relation de soin en tant qu'interaction socialement significative. La consultation en ligne, en virtualisant cette présence, introduit un écart symbolique qui peut être perçu comme une distance relationnelle et émotionnelle, altérant ainsi la dimension de *soin holistique* dans lequel le soignant est perçu non seulement comme un expert médical, mais aussi comme un soutien moral.

✓ ***Le rôle de la technologie et l'évitement de la frustration institutionnelle***

En contrepartie, le propos souligne un aspect positif de la télémédecine : l'évitement de la frustration liée aux délais d'attente, souvent ressentis par les patients comme des formes de micro-violences institutionnelles. En évoquant les frustrations de l'attente dans les centres de soins, l'individu souligne une dimension systémique des soins, où les pratiques

institutionnelles (temps d'attente, files, gestion de l'afflux des patients) sont perçues comme des formes d'inefficience et de négligence implicite, pouvant être interprétées comme une *violence symbolique* exercée par les institutions de santé. Dans cette perspective, la consultation en ligne agit comme une solution flexible et accessible, permettant aux utilisateurs de recevoir des conseils ou des services à distance, tout en optimisant le temps et les ressources.

7. Adaptation des médecins et redéfinition des pratiques professionnelles

Les résultats indiquent également que les professionnels de santé pourraient adapter leurs pratiques et leurs communications pour répondre aux besoins spécifiques des classes populaires, en tenant compte des limites technologiques et culturelles. Ce processus pourrait transformer les normes de communication médicale et d'interaction médecin-patient.

Ce propos illustre : *« je réponds très souvent aux besoins des malades par message ou en ligne la nuit, lorsque ceux-ci sont incapables de se rendre à l'hôpital. Cela soulage le malade. Si, notre système de santé crée les conditions de la télémédecine, c'est très bien, il y a des questions de santé, tel qu'un mal de tête, on peut gérer au téléphone »*

Pour interpréter sociologiquement ce propos, il est utile de l'analyser sous plusieurs angles, notamment le rapport aux technologies, les inégalités d'accès aux soins, ainsi que l'évolution des normes de travail.

✓ La télémédecine et les nouvelles technologies

Ce propos révèle l'intégration croissante de la télémédecine dans les pratiques de soins, un phénomène particulièrement accéléré par la généralisation de l'accès aux technologies numériques. Le fait que le soignant se rend disponible « par

message ou en ligne la nuit » souligne l'importance de ces nouvelles modalités de communication, qui permettent une accessibilité accrue aux soins, même à des horaires décalés. Cette situation est symptomatique d'une société où les besoins de santé dépassent les cadres conventionnels des horaires de travail et des consults.

✓ *Les inégalités d'accès aux soins*

Ce passage fait également allusion à la réalité des inégalités d'accès aux soins de santé. Le soignant mentionne que ce soutien nocturne est offert « lorsque ceux-ci sont incapables de se rendre à l'hôpital », soulignant des contraintes d'accessibilité, que ce soit en raison de la distance géographique, de la disponibilité des transports, des coûts, ou de l'urgence de la situation. Cela traduit une fracture dans l'accès aux soins où certains individus se trouvent isolés des structures hospitalières et dépendantes de la solution numérique pour recevoir une aide médicale de base.

Cette dépendance à la télémédecine reflète non seulement les inégalités géographiques et socio-économiques d'accès aux soins, mais aussi le rôle croissant des technologies pour combler les lacunes du système de santé. Toutefois, cette solution reste imparfaite : elle peut entraîner une prise en charge limitée, puisque certains diagnostics ou traitements rigoureux des examens en présentiel. En outre, cette situation souligne une dualité dans le système de soins, où ceux qui n'ont pas d'accès facile aux établissements de santé doivent se contenter de services en ligne, créant ainsi un écart dans la qualité et la profondeur de la prise en charge entre les populations.

✓ *La charge de travail et l'extension des horaires de soin*

Ce phénomène de disponibilité élargie peut, d'une part, être perçu comme un signe de concentration et de vocation dans les métiers de la santé. D'autre part, il contribue à une pression accrue sur les soignants, qui se trouvent souvent en situation

d'épuisement ou de « burn-out » en raison d'une demande de plus en plus continue. Cela questionne également la pérennité de ces pratiques et invite à une réflexion sur les conditions de travail et le bien-être des professionnels de santé, dans un contexte où les attentes de disponibilité et d'adaptabilité se renforcent au détriment de leur santé mentale et physique. La pression de répondre aux demandes des patients en dehors des horaires habituels conduit à une fatigue accumulée, voire à un épuisement professionnel, qui peut avoir des répercussions graves sur leur capacité à offrir des soins de qualité. Cette situation met en lumière la nécessité de réévaluer les pratiques organisationnelles et les soutiens institutionnels en place pour les soignants, afin de garantir des conditions de travail durables et de prévenir les risques de désertion de la profession en raison de ces pressions.

✓ *L'efficacité des soins et la réponse aux attentes des patients*

En somme, ce propos peut être vu comme une illustration des dynamiques actuelles dans le champ médical, où les technologies numériques, les attentes de disponibilité des professionnels, et les inégalités d'accès aux soins façonnent de nouvelles pratiques et défis pour les soignants. Ces transformations mettent en évidence une médicalisation de la société où les soins deviennent omniprésents et accessibles en tout temps, au point de s'intégrer aux activités quotidiennes grâce aux technologies numériques.

Ce phénomène de médicalisation reflète l'évolution des attentes sociétales, où l'assistance médicale est perçue comme un service de première nécessité, mobilisable à tout moment, même pour des préoccupations mineures. Cependant, cette accessibilité augmente les rapports aux soins, créant une dépendance croissante aux interventions médicales pour des soucis de santé parfois banals. Cette phrase met en lumière les

défis posés par la surcharge de travail et le manque de soutien pour les professionnels de santé, tout en soulignant le besoin croissant de mesures qui démontrent leur bien-être dans un contexte d'augmentation des attentes de disponibilité continue.

Face à ces exigences croissantes, une gestion équilibrée des ressources devient essentielle pour éviter les risques de surmenage, de fatigue, voire de burnout, qui sont malheureusement très fréquents dans ce secteur. En effet, de nombreux soignants signalent que leurs environnements de travail manquent de soutien, particulièrement en termes de dotation en personnel et de conditions de travail, ce qui influe négativement sur la qualité des soins ainsi que sur leur propre santé mentale et physique.

Discussion

Dans une analyse des dynamiques sociales induites par la télémédecine, l'étude révèle un changement significatif dans la perception de la santé parmi les classes populaires, orientant celle-ci vers une posture plus proactive. Grâce à un accès régulier, bien que distant, aux services de santé, ces individus seraient davantage incités à se responsabiliser face à leur état de santé. Ce suivi continue de favoriser une vigilance accrue, facilitant la détection précoce des symptômes et encourageant des pratiques de prévention. En conséquence, la télémédecine semble transformer les représentations de la santé, passant d'une logique de réparation à une logique de prévention active et participative, ce qui pourrait réduire les disparités d'accès aux soins.

Les résultats montrent que l'accès simplifié aux soins par télémédecine favorise une intégration accrue de la médicalisation dans les activités quotidiennes, en incitant les individus à surveiller de manière constante leur état de santé et à utiliser plus fréquemment à des consultations, même pour des

préoccupations mineures, transformant ainsi des aspects ordinaires de la vie en objets de surveillance médicale continue.

On constate une diminution de l'automédication et du recours aux médecines traditionnelles au profit des consultations en télémédecine. Dans certains cas, cela pourrait entraîner une érosion de la confiance envers les soins traditionnels, au profit d'une préférence pour les conseils médicaux en ligne, perçus comme plus rapides, accessibles et adaptés aux besoins immédiats des patients. Cette tendance pourrait aussi contribuer à la marginalisation de certaines pratiques de tellement traditionnelles, jugées moins efficaces ou moins modernes, renforçant ainsi le rôle central de la télémédecine dans la prise en charge.

Les résultats ont également mis en évidence que, bien que la télémédecine soit accessible, des inégalités dans l'accès aux soins persistent en raison de facteurs tels que l'accès limité aux technologies numériques, les coûts associés à la connexion Internet ou encore des compétences numériques insuffisantes. Ainsi, les classes populaires pourraient adopter la télémédecine de manière inégale, ce qui risquerait d'accentuer les inégalités dans la prise en charge médicale.

En outre, l'étude indique que les patients des classes populaires pourraient établir une relation plus froide ou impersonnelle avec les médecins en raison de l'interaction numérique. L'étude montre que les patients des classes populaires pourraient établir une relation plus distante ou impersonnelle avec les médecins en raison de l'interaction numérique. Cependant, certains pourraient considérer ce mode de suivi comme plus facile d'accès et moins intimidant, ce qui renforcerait leur confiance dans le corps médical et dans la prise en charge.

À la lumière des résultats présentés précédemment, la discussion que nous proposons s'inscrit dans une perspective d'économie discursive, qui privilégie une présentation sélective

des résultats détaillés dans le chapitre dédié à l'analyse des données. Cette approche est motivée par le besoin d'une réflexion critique sur les conséquences théoriques et pratiques de nos résultats, tout en entraînant une analyse redondante qui pourrait affaiblir la portée de nos conclusions. L'analyse discursive s'inscrit dans une temporalité qui prend en compte l'évolution du discours au fil du temps, en mettant en lumière les changements du « *renforcement ou adaptation des inégalités sociales* » et les continuités dans la façon dont les enjeux sociaux, tels que la télémédecine, sont abordés et perçus à travers différentes catégories sociales et contextes.

Les résultats ont également révélé que, malgré la disponibilité de la télémédecine, des inégalités d'accès aux soins persistent en raison de facteurs tels que l'accès limité aux technologies numériques, le coût de la connexion Internet ou un manque de compétences numériques. Ainsi, les classes populaires pourraient adopter la télémédecine de manière inégale, ce qui risquerait d'aggraver les disparités d'accès aux soins et de creuser les inégalités en matière de santé, limitant l'efficacité de cette technologie.

Ces conclusions concordantes avec celles de Vendevre et al. (2020), qui met en avant que la téléconsultation est soumise aux mêmes exigences que les consultations en face-à-face. Cependant, les professionnels souhaitant intégrer cette pratique dans leur activité doivent prendre en compte plusieurs contraintes spécifiques. Ils doivent, par exemple, adapter leur espace de travail afin de créer un environnement propice, respecter les règles de sécurité des données, garantir la continuité des informations médicales et se mettre en contact avec les bonnes pratiques ainsi que les modalités. Le lieu de travail doit être aménagé de manière à permettre une concentration optimale, à l'abri des distractions et interruptions, tout en assurant la confidentialité des échanges. En outre, il est indispensable de veiller à la qualité et à la fiabilité des outils

utilisés, tels que l'équipement audio et vidéo, l'éclairage, ainsi que la connexion internet. Cela garantit que le patient peut voir et entendre correctement son interlocuteur, ce qui est essentiel pour assurer une consultation de qualité vous permettre d'assurer une communication fluide ainsi qu'une prise en charge optimale du patient. Enfin, pour une prise en charge efficace, le médecin doit avoir un accès facile au dossier médical du patient, afin de pouvoir s'y référer rapidement au besoin pendant l'entretien. Ces ajustements sont essentiels pour assurer la qualité et la sécurité des téléconsultations, tout en respectant les normes professionnelles en vigueur.

Conclusion

L'étude examine l'impact de la télémédecine sur les patients des classes populaires. Elle révèle que ces patients peuvent développer une relation plus distante avec les médecins à cause de l'interaction numérique, mais certains trouvent cette approche plus accessible et moins intimidante, renforçant leur confiance. La télémédecine favorise une approche plus proactive de la santé, incitant les individus à se responsabiliser, à prévenir les symptômes et à réduire les disparités d'accès aux soins.

Cependant, cette approche entraîne une diminution de l'automédication et une préférence pour les conseils médicaux en ligne. Malgré son accessibilité, des inégalités persistantes à cause des barrières technologiques, telles que l'accès limité aux équipements numériques, le coût des connexions Internet et le manque de compétences numériques. Ces obstacles peuvent empêcher certains patients des classes populaires de bénéficier pleinement des avantages de la télémédecine, accentuant ainsi les inégalités dans l'accès aux soins médicaux et limitant l'efficacité de cette approche comme solution de santé inclusive.

En l'absence de mesures pour surmonter ces défis, la télémédecine risque de devenir un outil qui profite

principalement aux populations déjà favorisées, renforçant ainsi les disparités existantes et limitant son potentiel à améliorer l'accès équitable aux soins, soutenant une véritable démocratisation de la santé et laissant certaines populations vulnérables encore plus isolées du système de santé.

Bibliographie

Alexander Rodrique (2012), *la télémédecine une nouvelle modalité de l'offre de soins. Aspacts techniques humains et managériaux : l'exemple de la Martinique*, <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2012/edh/alexander.pdf>

Conrad Peter (2007), *La médicalisation de la société : La médicalisation de la société : sur la transformation des conditions humaines en troubles traitables*, Johns Hopkin, Baltimore

Foucault Michel (2004), *Biopolitique et gouvernance de soi*, Seuil, Paris

Fosso Lola (2021), *Structurer le déploiement de la télémédecine à l'hôpital*, https://documentation.ehesp.fr/memoires/2021/edh/lola_fosse.pdf

Giddens Anthony(1994), *La Conséquence de la modernité*, Edition : **Seuil, Paris**

Goffman Erving, 1994, *La Conséquence de la modernité*, **Éditions du Seuil, Paris**

Haute Autorité de Santé(2011), *Effcience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation*, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/cadrage_telemedecine_vf.pdf

Illich Ivan et Conrad Peter(1976), *La médicalisation de la vie quotidienne*, PUF (Presses Universitaires de France, Paris

Kelley Edward(2016), « LE PATIENT AU CENTRE DES PROGRAMMES BE HEALTHY BE MOBILE OMS/IUT », in *Les principaux succès de la santé numérique dans l'espace francophone*, SYNTHÈSE DES RENCONTRES, organisées par les Entreprises du Médicament (Leem) avec les délégations des pays francophones en partenariat avec l'Organisation Internationale de la Francophonie GENÈVE, <https://www.leem.org/sites/default/files/2018-02/Brochure%25202016%2520Gene%25CC%2580ve>

Laila Mona(2009), *La télémédecine et les technologies d'assistance pour la prise en charge des personnes âgées fragiles à domicile et en institution : modélisation du besoin, de la prescription et du suivi*, <https://theses.hal.science/tel-00593411/document>

Lamoureux Philippe(2016) , « LES PRINCIPAUX SUCCÈS DE LA SANTÉ » in *Les principaux succès de la santé numérique dans l'espace francophone*, SYNTHÈSE DES RENCONTRES, organisées par les Entreprises du Médicament (Leem) avec les délégations des pays francophones en partenariat avec l'Organisation Internationale de la Francophonie GENÈVE, <https://www.leem.org/sites/default/files/2018-02/Brochure%25202016%2520Gene%25CC%2580ve>.

Lasbordes Pierre(2009), *La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être Un plan quinquennal éco-responsable pour le déploiement de la télésanté en France*, https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Telesante_-_decembre_2009.pdf

Lupton Deborah(1995), *L'impératif de santé : la santé publique et le corps régulé*, **Paris**

Nikolas Rose(2008), *Auto-surveillance et patient-gestionnaire*, Presses Universitaires de France, Paris

Recobre Kevin(2022), *La e-santé : de nouvelles perspectives d'avenir*. Sciences pharmaceutiques. ffdumas-

03707176f, <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03707176v1/file/The%CC%80se%20RECOBRE%20KE%CC%81VIN%20VF-1.pdf>

Simon Pierre et Acker Dominique(2008), La place de la télémédecine dans l'organisation des soins, https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Telemedecine.pdf