Algerian Journal of Human and Social Sciences
Revue algérienne des sciences humaines et sociales
ISSN : 2588-1558 / EISSN : 2710-8635

Volume : 09 / N° : 01
(JUIN 2025), p453-472

La relation médecin-patient à l'ère digitale : Etude exploratoire.

The physician-patient relationship in the digital era: Exploratory study.

Hadjer DAHMANI [1]*, Meziane TADJ [2]

[1] Laboratoire pour les Etudes et Recherche en Economie Managériale, LEREMA. Ecole supérieure de Management Tlemcen, ESMT. (Algérie), h.dahmani@esm-tlemcen.dz

[2] Laboratoire pour les Etudes et Recherche en Economie Managériale, LEREMA. Ecole supérieure de Management Tlemcen, ESMT. (Algérie), mezianetadj@gmail.com

Date de soumission : 10/04/2023 Date d'acceptation : 23/05/2025 Date de publication :05/06/2025

Résumé :

Cet article interroge et décrit le rôle de l'internet dans la relation médecin-patient pendant la pandémie de Covid-19 auprès des médecins algériens et comment le code de déontologie s'adapte à cette évolution. Une recherche exploratoire et qualitative a été menée en envoyant un questionnaire électronique à un échantillon exploratoire de 92 médecins via Internet.

Cela nous permet de comprendre la place d'Internet et son interférence dans la relation médecin-patient, notamment lors de la pandémie de Covid-19, du point de vue des praticiens. De plus, comment le code d'éthique médicale s'est adapté à cette évolution dans la pratique médicale moderne.

Mots clés : Relation Médecin-Patient ; Internet ; Déontologie Médicale ; Médecin ; Covid-19

Abstract :

This article investigates and describes the role of the internet in the doctor-patient relationship during the Covid-19 pandemic among Algerian physicians and how the code of medical ethics is adapting to this evolution. Exploratory and qualitative research was conducted by sending an electronic questionnaire to an exploratory sample of 92 physicians via the Internet.

This allows us to understand the place of the Internet and its interference in the doctor-patient relationship, particularly during the Covid-19 pandemic due to the practitioners. Moreover, how the code of medical ethics has adapted to this evolution in modern medical practice.

Keywords: Doctor-Patient relationship; Internet; Medical Ethics; Doctor; Covid-19.

***Auteur correspondant**.

1. Introduction

Avec l'essor des innovations technologiques et des avancées scientifiques, la médecine moderne s'est considérablement développée. Le savoir médical jadis réservé aux seuls professionnels de santé est désormais à la portée du grand public. Néanmoins, la dimension relationnelle de la pratique médicale demeure complexe et peut poser des défis tant pour les médecins que pour les patients, car chaque relation médecin-patient est unique et propre à chaque individu. Le secteur de la santé a été profondément transformé par l'intégration des technologies de l'information et de la communication (TIC), devenant l'un des domaines les plus numérisés et omniprésents sur internet. Ainsi, les préoccupations liées à la santé ont migré des médias traditionnels vers l'espace virtuel[1].

Internet représente un formidable potentiel pour le secteur de la santé, comme en atteste la multiplication des plateformes en ligne dédiées à ce domaine. Selon une étude menée, plus de 12,5 millions de requêtes relatives à la santé sont effectuées quotidiennement à travers le monde[2]. Aujourd'hui, les pratiques médicales sont indissociables de l'essor des technologies innovantes, qui jouent un rôle central dans leur évolution. Alors que certains prédisent la disparition du médecin, d'autres soutiennent que les débats sur l'épistémologie médicale persisteront[3]. Le flux d'informations fluide et rapide rendu possible par la technologie numérique nécessite une réévaluation des pratiques éthiques et les comportements déontologiques pour les prestataires de soins de santé. Ce recadrage appelle une réflexion approfondie et une éventuelle redéfinition des normes traditionnelles en matière de collecte, de traitement et de partage des données[4].

Au 31 janvier 2021, l'Algérie enregistrait 26,35 millions d'utilisateurs d'internet, marquant une hausse de 16 %, soit une augmentation de 3,6 millions de personnes par rapport à janvier 2020. En tenant compte d'une population estimée à 44,23 millions d'habitants, le taux de pénétration d'internet dans le pays s'élevait à 59,6 %, selon les dernières données publiées par le site Datareportal[5].

Par ailleurs, le contexte exceptionnel de la pandémie de COVID-19 a accéléré l'adoption de certains outils numériques. Cette situation a provoqué des transformations majeures dans la gestion des soins par le système de santé, notamment pour désengorger les hôpitaux et optimiser leurs capacités. En somme, la manière dont les médecins interagissent avec leurs patients a évolué par rapport aux pratiques antérieures. Cette mutation redessine les modalités traditionnelles de

la consultation médicale et de la relation soignant-soigné. Ces changements nous incitent à approfondir cette thématique et à soulever la problématique suivante : ***Quel est le rôle d'Internet dans la relation médecin-patient en temps de crise (pandémie de Covid-19) ? Et comment le code de déontologie médicale s'est-il adapté ?***

1.2. Méthodologie

Les études exploratoires jouent un rôle essentiel dans l'identification des tendances émergentes, l'affinement des concepts théoriques et l'orientation des recherches futures. Elles permettent une compréhension approfondie des phénomènes complexes grâce à une flexibilité méthodologique qui facilite l'adaptation de l'approche en cours de route. Dans cette optique, une approche mixte (des méthodes qualitatives et quantitatives) a été adoptée : une revue de littérature approfondie a d'abord permis de contextualiser les concepts clés tels que la relation médecin-patient, l'impact d'Internet et les enjeux éthiques liés à la santé numérique, avant qu'un questionnaire électronique ne soit administré à un échantillon exploratoire de 92 médecins algériens entre le 30 avril et le 30 mai 2021, via les réseaux sociaux (Facebook et LinkedIn) et par courriel. Bien que de taille modeste, cet échantillon a été sélectionné pour sa diversité plutôt que pour sa représentativité statistique, conformément aux objectifs d'une étude exploratoire. Cette diversité a été assurée en tenant compte de la répartition géographique des participants (zones urbaines, semi-rurales et rurales) et de leurs types de structures d'exercice (hôpitaux publics, cabinets libéraux, cliniques privées). Malgré les limites liées à la taille de l'échantillon et au mode de recrutement en ligne, cette étude apporte un éclairage précieux sur l'évolution de la relation médecin-patient en Algérie dans le contexte pandémique, et ses résultats, bien que préliminaires, constituent une base solide pour des recherches futures plus approfondies et plus représentatives. En somme, cette étude exploratoire illustre le rôle essentiel de ce type de recherche dans l'avancement des connaissances et la résolution de problématiques complexes, tout en ouvrant la voie à des investigations plus poussées sur l'impact d'Internet dans la relation médecin-patient en Algérie, un contexte où les défis de la santé numérique sont particulièrement pertinents.

2. Définition de la relation médecin-malade (soignant-soigné)

Donner une définition exacte de la santé s'avère être un défi puisqu'elle varie selon l'aspect considéré et la définition utilisée. En 1936, le Dr Leriche la décrit comme l'harmonie silencieuse entre les organes. Pour Georges Canguilhem, la santé est la capacité à surmonter les crises, la présentant comme un concept dynamique. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a fourni une définition complète de la santé en 1946, déclarant qu'il s'agit « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

2.1. Le médecin = le soignant

Le personnel de santé est généralement défini comme « l'ensemble des individus dont l'activité consiste à améliorer l'état de santé ». Un professionnel de la santé est une personne qui met à profit ses compétences et son expertise pour offrir des services visant à préserver, à améliorer la santé ou à prendre en charge des personnes souffrant de blessures, de maladies, de handicaps ou d'affections diverses. Son rôle consiste à prodiguer des soins adaptés aux besoins de chacun.

2.2. Le malade = le soigné

Un patient est une personne qui subit un examen médical ou reçoit un traitement. Du verbe latin « pâti », signifiant « celui qui souffre », ainsi un patient est une personne qui se fait soigner. Le mot patient peut être rejeté de plusieurs façons. Dans le domaine de la recherche, on parle couramment de « sujet » pour désigner les individus étudiés. Cependant, dans les pays anglo-saxons, le terme « client » est plus fréquemment employé. Un nouveau concept émerge et gagne en popularité : celui d'« actient », un mot-valise formé à partir de « action » et de « patient ». Ce néologisme est utilisé pour désigner les personnes qui s'engagent activement dans leur propre prise en charge, notamment à travers des pratiques comme l'automédication.

Le consommateur ou usager souhaite bénéficier des meilleurs soins que les prélèvements (cotisations et impôts) qu'il subit et qui finance la protection sociale soient trop élevés.

2.3. Relation médecin-malade

Les avancées médicales et les évolutions sociétales conduisent à une transformation dynamique de la relation médecin-patient.

2.3.1 Définition

La relation médecin-patient est une interaction dynamique qui s'insère dans le cadre du système de santé. Elle ne peut être dissociée de ce système ni de ses multiples composantes, interconnectées par des relations adaptatives complexes. Fondée sur deux piliers essentiels : l'information et le consentement, cette relation repose sur des attentes et des espoirs réciproques. À travers ses symptômes, le patient sollicite du médecin en tant que technicien une guérison, mais il espère également y trouver soutien, réconfort, sécurité et empathie. Elle se définit comme « les liens qui se tissent lors d'une rencontre entre deux individus, réunis par une situation particulière et socialement encadrée : l'exercice professionnel pour le médecin et l'expérience d'un problème de santé pour le patient ».

Cette relation est un équilibre délicat d'attentes et d'aspirations. Alors que le patient cherche un traitement pour ses symptômes, il compte également sur le médecin pour le soutien émotionnel, le confort et le réconfort. Ce concept est succinctement décrit comme les liens qui se tissent lors d'une rencontre entre deux personnes. La relation s'apparente à un lien unique qui se développe dans un cadre socialement codifié, où l'expertise professionnelle du médecin rencontre les préoccupations de santé du patient. Guidant la conduite et les interventions médicales des médecins et des patients, la relation médecin-patient est un lien complexe et multiforme. Cette relation fonctionne selon des principes et des règles éthiques, déontologiques et juridiques[6]. En 2020, l'Association Médicale Mondiale (AMM) a proclamé la Déclaration sur la relation patient-médecin, qui réaffirme que "la relation patient-médecin est au cœur de la pratique médicale. Elle a une portée universelle et vise à améliorer la santé et le bien-être d'une personne."[7]

2.3.2. Les caractéristiques d'une relation patient-médecin :

* Le cœur des soins médicaux est la demande d'assistance d'un patient malade, dirigée vers un médecin compétent. Dans cet échange, le patient espère réconfort et rétablissement, tandis que le médecin recherche la validation de ses capacités curatives[8].

* Le corps est le point focal d'une relation paradoxale, mais le moyen de communication le plus courant est la parole, ce qui conduit souvent à la confusion et à l'incompréhension.

* Un lien humain complexe qui évolue à travers diverses influences personnelles et socioculturelles. Un amalgame d'attentes et d'aspirations conscientes et inconscientes partagées par deux individus.

* Ce lien n'entre dans aucune catégorie d'amabilité. Il s'agit plutôt d'un lien fiduciaire, régi par un code de déontologie médicale et fondé uniquement sur la confiance.

* Lorsqu'un patient en détresse recherche un médecin expert dans son mal, une dynamique déséquilibrée s'ensuit. Le patient est souvent relégué à un rôle passif, laissant le médecin assumer la responsabilité du parcours de soins. Ce type de relation peut être qualifié d'asymétrique.

*Le corps du patient est au cœur du traitement médical, ce qui en fait un domaine spécifique. Cependant, il s'appuie fortement sur la parole en tant qu'outil thérapeutique principal, risquant d'éventuels malentendus et erreurs.

*La relation entre un soignant (médecin) et son soigné (patient) est construite sur des idéalisations réciproques. Le patient admire les connaissances et les compétences du médecin, tandis que le médecin tient le patient en haute estime comme celui qui répondra positivement au traitement prescrit.

2.3.3. L'évolution historique de la relation médecin-malade (soignant-soigné) :

Le sociologue fonctionnaliste américain Talcott Parsons a été le premier à tenter de théoriser la relation médecin-patient. Dès 1951, il considérait cette relation comme un concept unique. Pour Parsons, chaque individu devait jouer un rôle social consensuel, notamment dans les situations de maladies aiguës, où la santé est essentielle au bon fonctionnement de la société. Il percevait la médecine comme une institution régulatrice garante de l'ordre social, en permettant au travailleur (et au père) de retrouver la santé. Dans ce modèle asymétrique et consensuel, le médecin a pour mission de « définir la déviance, puis de chercher à l'éradiquer ». Pour ce faire, il doit posséder des compétences techniques, une impartialité universelle et rester fidèle à son rôle fonctionnel, en faisant preuve de neutralité affective et en privilégiant l'intérêt collectif[9].

Szasz et Holiender ont développé la théorie de Parsons en 1956, introduisant trois styles distincts de relations médecin-patient. Ces styles incluent l'activité-passivité, la coopération d'orientation et la participation mutuelle, et sont déterminés par le niveau d'implication du patient, le médecin étant toujours un

atout pour la relation. La nature de la maladie (chronique ou aiguë) joue également un rôle dans la définition des différents styles.

Eliot Freidson, en 1970, a offert une perspective contrastée sur le modèle de relation consensuelle adopté par Parsons. Selon Freidson, la relation médecin-patient est intrinsèquement conflictuelle, avec deux perceptions opposées de la maladie en jeu. La première étant celle du médecin, ancrée dans des savoirs spécialisés, une préservation des soins, et l'autonomie du médecin. La seconde étant celle du patient, ancrée dans le vécu quotidien de la maladie, le respect de son quotidien et son sentiment d'autonomie.

Lors d'un conflit médical, le médecin considère le patient en fonction de ses connaissances spécialisées. Le médecin priorise leur autonomie professionnelle et décide du type de service qu'ils offriront. Cette situation conduit souvent le patient à être éclipsé par le médecin et à avoir des possibilités limitées de s'exprimer[10]. Des facteurs comme le statut social, le type de maladie et la spécialisation du médecin déterminent l'influence du patient sur la situation. Dans ce modèle, le médecin peut être passif ou actif, alors que le patient n'est pas passif, et il n'y a pas d'accord prédéterminé entre les deux parties.

Une approche alternative aux soins de santé est proposée par Anselm Strauss, connue sous le nom de modèle de partenariat. Ancrée dans les principes de la démocratie sanitaire, elle privilégie la collaboration et l'entraide. Le modèle évite les hiérarchies fixes, les résultats prédéterminés et les structures de pouvoir rigides. Dans cette perspective, la négociation et le temps deviennent les piliers essentiels du processus décisionnel. L'objectif n'est pas fixé à l'avance, mais émerge progressivement à travers les échanges et les interactions entre les parties prenantes. Les accords conclus de cette manière ne sont jamais définitifs et peuvent être revus et redéfinis ultérieurement. Alors que le médecin détient toujours une position d'autorité, les patients et les autres acteurs sont encouragés à participer et à remettre en question les conventions existantes. Ces négociations peuvent englober une gamme de sujets, allant des options de traitement et de la durée aux dates de sortie et aux politiques de visite[11].

Dans leurs article intitulé "Four Models of the Physicist-Patient Relationship", En 1992, Emanuel et Emanuel offrent une perspective alternative sur la dynamique de la relation médecin-patient en mettant en avant le partage du pouvoir [12] . Ils décrivent quatre modèles distincts - informatif, interprétatif, délibératif et paternaliste - pour illustrer ce point.

Figure N° 1. Modèles de relation médecin-patient retenu par Emanuel et Emanuel (1992)

Modèles de relation médecin-patient retenus par Emanuel et Emanuel (1992)

	Informatif	Interprétatif	Délibératif	Paternaliste
Valeurs du patient	• définies, fixées et communiquées au patient	• en construction et conflictuelles, nécessitant une élucidation	• ouvertes à un développement et à une révision à travers un débat moral	• objectives et partagées par le médecin et le patient
Devoirs du médecin	• fournir une information factuelle pertinente • mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	• élucider et interpréter les valeurs du patient utiles • informer le patient • mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	• articuler et convaincre le patient des valeurs les plus admirables • informer le patient • mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	• promouvoir le bien-être du patient indépendamment des préférences qu'il exprime
Conception de l'autonomie du patient	• choix et contrôle du soin médical	• compréhension de soi utile au soin médical	• autodéveloppement moral utile au soin médical	• assentiment à des valeurs objectives
Conception du rôle du médecin	• expert technique compétent	• conseiller	• ami ou enseignant	• gardien, tuteur

Source : C. F, S .K. (2005). consultations médicales : de la communication à l'éducation pour la santé. La santé de l'homme.

3. Internet comme un tiers « 3ème acteur » dans la relation patient-médecin

Au fil du temps, Internet est devenu un acteur incontournable, jouant le rôle d'un « tiers » influent dans la dynamique des échanges et les interactions entre les patients et leurs médecins. Bien qu'il constitue une source riche d'informations médicales, il présente également des défis, notamment des inquiétudes liées à la technologie elle-même, à la fiabilité et à la structuration des informations disponibles, ainsi qu'aux inégalités d'accès et d'utilisation. En somme, Internet joue désormais un rôle central dans les consultations, que ce soit comme outil utilisé par les médecins pendant les visites ou comme ressource consultée par les patients en amont de leurs rendez-vous[13].

Selon Hélène Romeye[14], il existe deux catégories distinctes d'informations en ligne : les informations de santé et les informations médicales. Les informations médicales professionnelles, élaborées par des experts et diffusées selon des normes scientifiques, s'adressent principalement aux spécialistes, tandis que les informations de santé destinées au grand public sont accessibles en ligne[15].

Bien que des études aient mis en doute la fiabilité et la validité de ces informations, les internautes semblent faire la distinction entre les données médicales spécialisées et scientifiques fournies par des professionnels, et les informations de santé généralistes destinées au grand public[16].

L'influence d'Internet sur la relation médecin-patient a fait l'objet de nombreuses études dans la littérature scientifique, notamment en ce qui concerne le comportement des patients. Selon Leaffer [17], la majorité des patients qui recherchent des informations en ligne avant de consulter leur médecin se déclarent plus satisfaits de leurs traitements. En effet, l'accès à ces informations permet d'adapter les soins aux préférences des patients, renforçant ainsi leur satisfaction à l'égard du traitement, des décisions prises, de la consultation et du médecin lui-même. Par ailleurs, la médecine a adopté un modèle de décision partagée fondé sur : un échange bilatéral d'informations, un transfert de connaissances du médecin vers le patient et des préférences du patient vers le médecin, ainsi qu'une collaboration active dans la prise de décisions thérapeutiques[18].

L'internet modifie la relation patient-médecin, qu'il s'agisse de la relation médecin-patient ou client-thérapeute, ainsi que le paradigme selon lequel la médecine et la thérapie sont pratiquées depuis des siècles ; un paradigme basé sur la présomption que pour traiter, le médecin ou le fournisseur doit voir le patient pour poser un diagnostic. Les professionnels de la santé doivent définir la relation patient-fournisseur pour les soins en ligne[19].

4. Code de déontologie et secret médical en Algérie

4.1. Définition :

Le décret exécutif n° 92-276 du 6 juillet 1992 a instauré un code de déontologie médicale définissant les principes, les règles et les pratiques que doivent respecter l'ensemble des professionnels de santé, notamment les médecins, les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens. Ce code constitue un guide essentiel pour encadrer et promouvoir une conduite éthique dans l'exercice de leurs professions respectives.

Pour les professionnels de la santé, la déontologie propose un ensemble de règles auto-imposées régissant leur travail, qu'ils doivent honorer, promouvoir et affiner en permanence. Ce code d'éthique résume les principes directeurs, tant moraux que juridiques, ainsi que les pratiques et les règles coutumières qui les aident à mettre en œuvre ces principes avec efficacité et offrent des suggestions

réfléchies. La profession médicale est régie par trois règles distinctes. La règle déontologique, qui précise les normes auxquelles les médecins doivent se conformer, sous peine de sanctions disciplinaires. La règle éthique est choisie par les médecins eux-mêmes et non la contrainte, tandis que la règle juridique est déterminée par la loi sous peine de sanctions légale, pénale[20].

4.2. Histoire de la déontologie médicale en Algérie :

Bien que le code de déontologie médicale s'inspire de traditions séculaires, les Conseils de l'Ordre ont été suspendus dès 1964 après l'indépendance, puis définitivement dissous en 1970[21].

En 1963, un groupe de médecins algériens a mis en place un bureau de surveillance pour traiter des questions éthiques dans le domaine médical. En 1971, un office de surveillance et de contrôle appelé Union des médecins algériens (UMA) a été créée. En 1976, la première version du code de la santé publique a été introduite, avec un focus particulier sur la déontologie médicale (DM). Le 16 février 1985, une nouvelle loi sur la santé a été adoptée, remplaçant ainsi le code de la santé publique. Entre 1985 et 1992, le secteur de la santé a fonctionné sans système de gestion des données cliniques (CDM). Le 6 juillet 1992, le décret exécutif n° 92-276 a été publié, qui a conduit à l'établissement du Code de déontologie et des textes subséquents. En 1998, le conseil national d'Alger ainsi que plusieurs conseils régionaux de wilayas ont été établis. Leur mission principale est de veiller au respect des règles énoncées dans le code de déontologie médicale, avec la possibilité d'imposer des sanctions en cas de violation de ces dispositions.

Le secret médical n'est pas seulement un concept éthique, mais une question de déontologie. Cela va au-delà de la simple contemplation et demande de l'application[22]. Le secret est une partie essentielle de l'intimité, et c'est ce qui donne aux individus leur autonomie et leur personnalité, comme le décrit Georg Simmel. La confiance entre un médecin et son patient repose sur la création et le maintien de la confidentialité, un équilibre subtil entre l'ordre public et la vie privée. Le secret médical protège l'intimité du patient tout en renforçant la crédibilité de la profession médicale. Il constitue un pilier essentiel de la confiance du patient et témoigne du respect du médecin envers celui-ci[23]. Le code de déontologie définit des obligations fondamentales pour la pérennité de la pratique médicale, et toute violation du secret médical entraîne des conséquences juridiques graves. L'éthique émerge dans les interstices de la déontologie, lorsque les normes et standards existants ne parviennent plus à encadrer les situations médicales complexes[24].

L'accessibilité à l'information occupe une place de plus en plus centrale dans nos vies, devenant un enjeu majeur où l'accès aux données peut surpasser la propriété en tant qu'actif stratégique[25]. Geert Lovink avance que l'anonymat est désormais un concept dépassé, tandis que la protection des données médicales est de plus en plus menacée. À l'avenir, avec la prolifération des sites médicaux, des forums de santé en ligne, des réseaux numériques dédiés à la santé, etc., l'asymétrie informationnelle née de la relation médecin-patient semble s'atténuer progressivement. Cette évolution s'inscrit dans le contexte d'une société démocratique moderne qui valorise la transparence, la communication et la diffusion de l'information.

5. Interprétation des Résultats

5.1. Description de l'échantillon :

Le tableau n°1 nous montre l'information sociodémographique de notre échantillon d'étude afin d'identifier ses caractéristiques.

Table N°1. Caractéristiques de l'échantillon

		Fréquence	Pourcentage
Genre	Femme	71	77,2%
	Homme	21	22,8%
	Total	92	100%
Age	25-39 ans	77	83,7%
	40-49 ans	6	6,5%
	50-69 ans	4	4,3%
	>70 ans	5	5,4%
Zone d'exercice	Urbaine	78	84,8%
	Semi rurale	12	13%
	Rurale	2	2,1%
Exercez-vous dans :	Hôpital public	67	72,8%
	Cabinet libérale	14	15,2%
	Clinique privée	3	3,3%
	Autre	8	8,7%

Source : Elaboré à partir des résultats du SPSS

- **Test alpha Cronbach pour la fiabilité**

L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS version 26, qui a permis de calculer les coefficients nécessaires pour évaluer la fiabilité et la stabilité du questionnaire.

Table N°2. La stabilité du questionnaire

statistique de fiabilité	
Alpha Cronbach	**N des éléments**
0.714	**37**

Source : Elaboré à partir des résultats du SPSS

Selon le tableau N°2, Alpha Cronbach calculé à partir des réponses de questionnaire est 0.714 ce qui est bon, puisqu'il dépasse le seuil minimum 0.6 donc nous percevons que notre questionnaire est fiable pour aboutir les objectifs de notre étude.

Les résultats de notre questionnaire ont révélé qu'une grande majorité des médecins, soit 94,57 %, utilisent Internet à des fins professionnelles. Parmi eux, 60,87 % utilisent Internet quotidiennement, 31,52 % quelques fois par semaine et 5,43 % quelques fois par mois. Différentes plateformes ont été identifiées comme la principale source d'information (Figure N°2). Nous avons également demandé leur avis sur l'impact d'Internet en général, en particulier pendant la pandémie, et s'ils estiment qu'ils se sentent concurrencés (Figure N°3).

Figure N° 2. Les sites utilisés pour la recherche

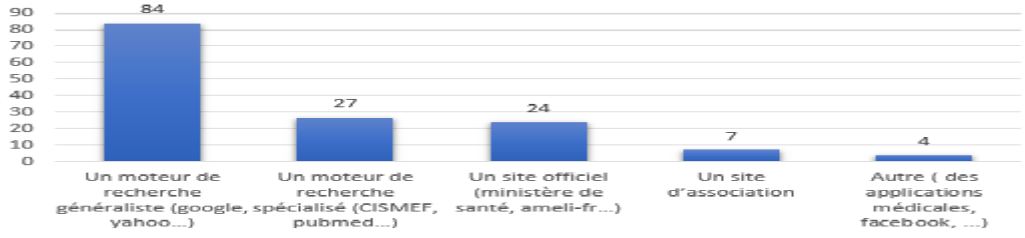
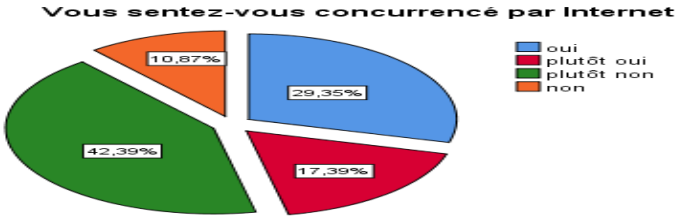


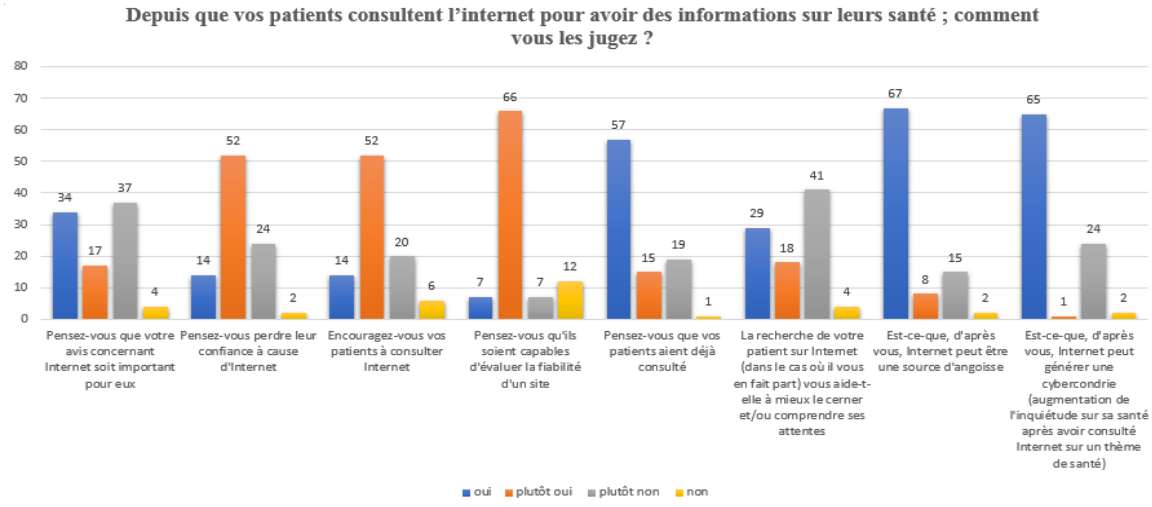
Figure N° 3. Les médecins se sentent concurrencer par Internet



Les résultats de cette étude confirment l'omniprésence d'Internet dans la pratique médicale en Algérie, avec 94,57 % des médecins utilisant cet outil à des fins professionnelles. L'usage quotidien par 60,87 % d'entre eux témoigne d'une intégration significative du numérique dans leur travail. Cependant, cette adoption massive s'accompagne d'une transformation de la relation médecin-patient, soulevant des interrogations tant sur le plan socioculturel que sur les implications éthiques et déontologiques.

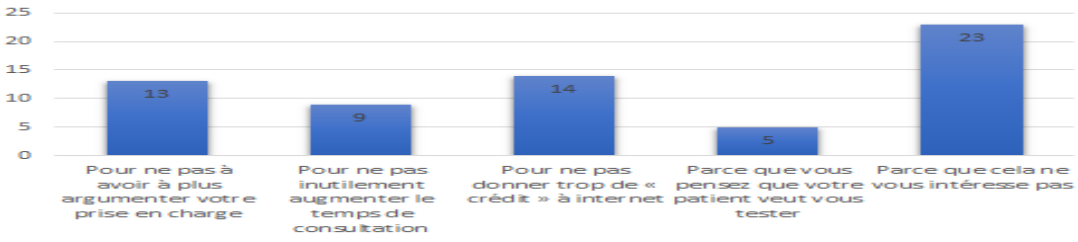
5,43 % des médecins ont déclaré avoir des patients réguliers qui s'appuient sur des données collectées sur Internet lorsqu'ils recherchent un traitement, 28,26% souvent, 48,91% parfois, 11,96% rarement et 5,43% jamais. Après, nous analysons les différents jugements du médecin depuis que les patients consultent internet pour avoir des informations sur leur santé (Figure N°4).

Figure N° 4. Le jugement du médecin depuis que les patients consultent internet pour avoir des informations sur leur santé



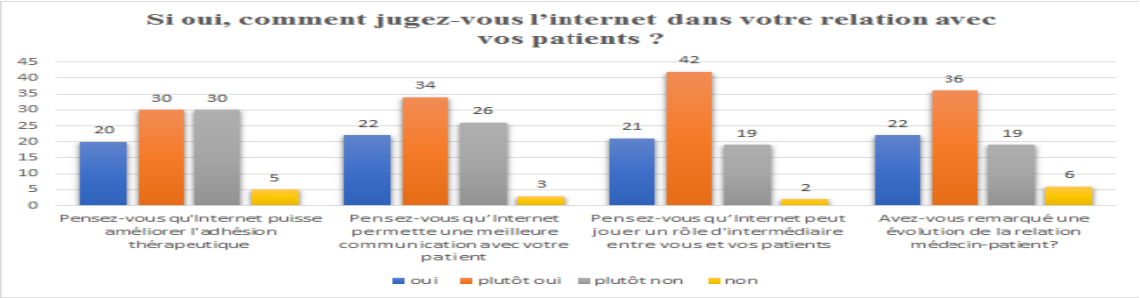
Lors des rendez-vous, la moitié des médecins discutent avec leurs patients d'Internet. Parmi ceux-ci, 59,6 % s'engagent dans des discussions après que leurs patients ont initié le sujet, tandis que seulement 21,2 % en discutent à la fois avant et après que leurs patients en aient parlé. Seuls 15,4 % des médecins discutent d'Internet avant que leurs patients ne manifestent un quelconque intérêt pour le sujet. Les médecins peuvent éviter de discuter d'Internet avec leurs patients pour plusieurs raisons (Figure N°5).

Figure N° 5. Les raisons des médecins qui ne discutent pas d'Internet avec leurs patients.



83,70 % des médecins estiment que leurs patients ont déjà consulté Internet. Les médecins praticiens ont des opinions divergentes sur le rôle d'Internet dans leur relation avec les patients (Figure N°6).

Figure N° 6. Le rôle d'internet dans la relation médecin-patient



Les avis divergent sur les effets bénéfiques d'Internet sur la relation médecin-patient. Certains pensent qu'il favorise une dynamique plus constructive, tandis que d'autres soutiennent qu'il encourage la franchise et la sincérité, conduisant à une relation plus harmonieuse. Les médecins rapportent qu'Internet peut nuire à la relation médecin-patient en érodant la confiance des patients, en créant des doutes et en les dissuadant de demander un avis médical, souvent sans aucun raisonnement justifiable ou solide (Figure N°7 et Figure N°8).

Figure N° 7. L'impact positif d'Internet sur la relation médecin-patient

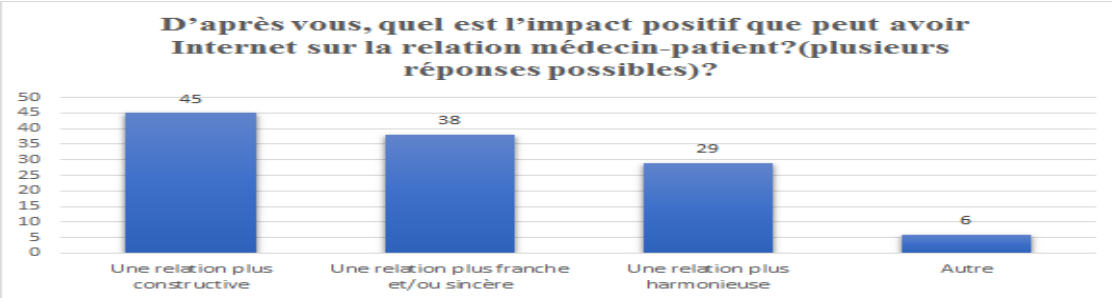
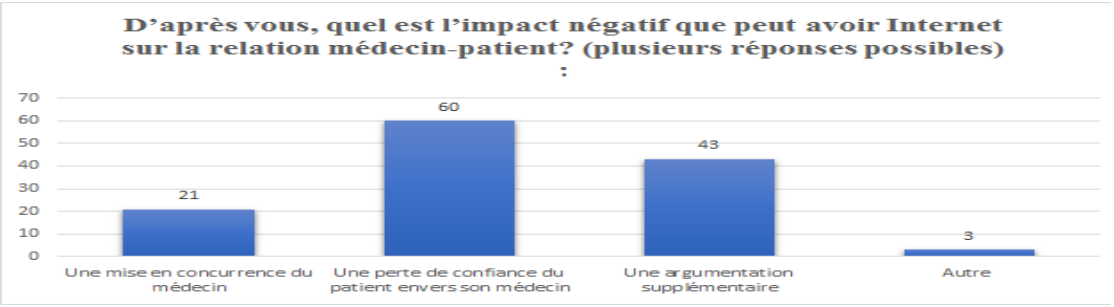


Figure N° 8. L'impact négatif d'Internet sur la relation médecin-patient



5.2. Discussion

Notre recherche examine l'impact d'Internet sur la dynamique médecin-patient durant la pandémie de Covid-19, en s'appuyant sur les perceptions et expériences recueillies auprès d'un échantillon exploratoire de médecins algériens, tout en analysant l'adaptation du code de déontologie médicale face à cette transformation numérique. L'objectif est de mieux comprendre l'impact d'Internet souvent considéré comme un "troisième acteur" sur cette relation, qui peut à la fois renforcer et complexifier les interactions entre praticiens et patients. Les résultats révèlent qu'Internet ne provoque pas un bouleversement radical, mais plutôt une transformation progressive des dynamiques d'échange. En facilitant l'accès à l'information, Internet encourage une interaction accrue et le passage d'une relation traditionnelle, où le médecin est perçu comme une figure d'autorité à une relation plus collaborative favorisant une prise de décision partagée et renforçant l'autonomie des patients. Cependant, cette évolution exige que les médecins s'adaptent en orientant leurs patients vers des sources d'information fiables et en intégrant ces données dans le processus de soin.

L'intégration d'Internet dans la pratique médicale apparaît comme un atout précieux, offrant aux médecins un outil supplémentaire pour informer et accompagner leurs patients. Contrairement aux craintes initiales, une utilisation encadrée ne compromet pas le lien de confiance essentiel à la relation médecin-patient. Au contraire, elle peut renforcer cette confiance en instaurant un dialogue plus ouvert et éclairé. Par exemple, les patients qui arrivent en consultation avec des informations préalables peuvent engager des discussions plus constructives, à condition que ces informations soient fiables et pertinentes.

Cependant, l'un des enjeux majeurs soulevés est la prolifération des fake news médicales. Avec 83,70 % des médecins estimant que leurs patients consultent Internet avant une visite, la question de la fiabilité des sources devient centrale. Internet est une arme à double tranchant : s'il permet aux patients de mieux comprendre certaines pathologies, il les expose également à des informations erronées pouvant les éloigner du parcours de soins approprié. La diffusion rapide de fausses informations sur les réseaux sociaux ou via des sites non spécialisés aggrave la désinformation médicale, posant un défi majeur aux praticiens, qui doivent non seulement corriger les fausses croyances, mais aussi rétablir une relation de confiance avec leurs patients.

Face à cette réalité, les professionnels de santé doivent se former à l'utilisation d'Internet pour mieux guider les patients vers des sources d'information fiables et pertinentes. Une approche proactive, où les praticiens orientent leurs patients vers des plateformes médicales validées, pourrait atténuer les effets négatifs de la désinformation. Parallèlement, l'analyse des résultats met en évidence la nécessité d'une adaptation du cadre déontologique et juridique face aux défis posés par la digitalisation du secteur médical. Actuellement, le code de déontologie algérien ne prend pas en compte de manière explicite la question des consultations en ligne, de télémédecine, du téléconseil médical ou de la gestion des données numériques de santé. Une révision du cadre réglementaire est donc essentielle pour encadrer l'usage d'Internet en médecine, en garantissant une pratique éthique et en protégeant à la fois les patients et les professionnels de santé. Cela pourrait inclure l'élaboration de directives officielles sur l'accompagnement des patients, la mise en place de plateformes médicales validées et l'intégration d'une formation sur la santé numérique dans le cursus des professionnels de santé.

Cette transformation s'inscrit dans une tendance mondiale. Dans les pays où l'accès à Internet est largement répandu, une enquête récente menée en 2020 révèle que 55 % des Européens âgés de 16 à 74 ans ont recherché des informations liées à la santé en ligne. Aux États-Unis, une étude montre une progression similaire : en 2008, 61,2 % de la population cherchait d'abord des informations de santé en ligne, un chiffre qui a atteint 74,4 % en 201726. Pour garantir la fiabilité des informations, ces pays s'appuient sur des plateformes officielles et reconnues, telles que «MedlinePlus» aux États-Unis ou «Doctissimo» en France. En Chine, avec une population de 1,4 milliard d'habitants et 1,011 milliard d'utilisateurs d'Internet en juin 2021 (soit un taux de pénétration de 71,6 %), la médecine en ligne occupe une place centrale dans la stratégie "Chine saine"27, facilitant l'accès à des consultations en ligne pour des millions de patients via des plateformes comme «WeDoctor».

6. Conclusion

La pandémie de Covid-19 a considérablement accéléré l'intégration et l'adoption des outils numériques dans le domaine de la santé, transformant les pratiques médicales et les interactions entre patients et professionnels de santé. Cette étude exploratoire met en avant le rôle pivot d'Internet comme « troisième acteur » dans cette relation, révélant une transformation progressive plutôt qu'un bouleversement radical. Internet facilite l'accès à l'information, encourage une interaction accrue et favorise une relation plus collaborative, où le patient joue un rôle actif et le médecin devient un guide plutôt qu'une figure d'autorité exclusive.

L'essor de l'Internet de la santé et son adoption croissante par les patients et les professionnels de santé ont catalysé des transformations majeures. Cependant, cette évolution exige une adaptation des pratiques médicales et une redéfinition des rôles. Les médecins doivent aider les patients à interpréter les informations en ligne, tout en maintenant un lien de confiance essentiel. Parallèlement, la déontologie médicale doit évoluer pour encadrer les nouveaux défis posés par le numérique, notamment la qualité des informations en ligne, la télémédecine et l'éthique des consultations virtuelles.

À l'ère du numérique, la déontologie médicale doit évoluer. Cinq priorités émergent : une éthique pour les sites web de santé, une redéfinition de la relation médecin-patient, des règles pour la pratique médicale en ligne, des normes pour la recherche en ligne, et des standards de qualité pour l'information médicale

diffusée sur Internet. Ces mesures visent à protéger les patients et à promouvoir une pratique médicale responsable et éthique.

Recommandations

- ***Pour les décideurs :***

- Élaborer des politiques publiques pour encadrer l'utilisation d'Internet dans la santé, en garantissant la fiabilité des informations et en soutenant la formation des professionnels.

- Promouvoir des normes éthiques et légales pour la pratique médicale en ligne.

- ***Pour les professionnels de santé :***

- Adopter une approche collaborative avec les patients, en les aidant à contextualiser les informations trouvées en ligne.

- Renforcer les compétences en communication et intégrer les outils numériques pour améliorer l'éducation thérapeutique.

- ***Pour les patients :***

- Apprendre à évaluer la crédibilité des sources d'information en ligne et à discuter ouvertement avec leur médecin.

- Participer activement à leur parcours de soins en utilisant les ressources numériques de manière responsable.

Cette étude ouvre des perspectives prometteuses pour des recherches futures visant à approfondir :

- La perspective des patients sur l'utilisation d'Internet dans leur parcours de soins.

- L'impact à long terme de la digitalisation sur l'optimisation des soins et la satisfaction des patients

- Les enjeux éthiques et déontologiques spécifiques à l'ère numérique.

En conclusion, la transformation de la relation médecin-patient à l'ère du numérique nécessite une approche holistique et globale impliquant tous les acteurs du système de santé. Internet en tant qu'outil offre des opportunités immenses, mais son utilisation doit être encadrée par une éthique rigoureuse et une déontologie adaptée aux enjeux contemporains.

7. Références bibliographiques

[1] A. Merah. Usage professionnel de l'information sur Internet. Cas des journalistes de santé. French Journal For Media Research. (2014).

[2] F. LIEBENS et al. « Internet, presse, médias : nouveaux éléments dans la communication médicale », Communication présentée lors 27ème journée de la SFSPM, (novembre 2005). (p. 86). Deauville.

[3] Bensoussan, MComment les nouvelles technologies bouleversent-elles le colloque singulier ? Dans Isabelle Poirot-Mazères , SANTÉ, NUMÉRIQUE ET DROIT-S (pp. 151-165). . (2018).

[4] Lucas, J. Quelle déontologie pour les médecins à l'heure du numérique ? Dans Poirot-Mazères, Santé, numérique et droits (2018). (pp. 167-175). Presses de l'Université Toulouse 1 Capitole. doi:10.4000/books.putc.4350

[5] ALGÉRIE PRESSE SERVICE. Le nombre d'internautes a augmenté de 3,6 millions en une année. Récupéré sur ALGÉRIE PRESSE SERVICE (2021, Février 17).: https://www.aps.dz/sante-science-technologie/117728-algerie-le-nombre-d-internautes-a-augmente-de-3-6-millions-en-une-annee

[6] Dr. S LAIMOUCHE. (s.d.). Récupéré sur La Déontologie Médicale. Service de Médecine Légale. CHU Mustapha Bacha. Université d'Alger I Faculté de Médecine.

[7] T. Choudhury et al. (eds.), Telemedicine: The Computer Transformation of Healthcare, TELe-Health, https://doi.org/10.1007/978-3-030-99457-0_4 Springer Nature 2022

[8] Dr.SADOUKI Y. 6ème année Médecine Module de PSYCHOLOGIE MEDICALE. Récupéré sur UNIVERSITE FERHAT ABBAS DE SETIF Faculté de Médecine(2020).

[9] Hellín T. The physician-patient relationship: recent developments and changes. . Haemophilia : the official journal of the World Federation of Hemophilia, (2002). 8(3), 450-454. doi:10.1046/j.1365-2516.2002.00636.x

[10] Fiche n°16 PATIENT, CLIENT, PARTENAIRE : TROIS MODES DE RELATION MEDECIN-MALADE. (s.d.). Récupéré sur Société Française de Médecine Générale: http://www.smfg.org

[11] X. Molénat. MÉDECIN-PATIENT : « JE T'AIME, MOI NON PLUS ». Sciences Humaines, (2010). 153 à 156.

[12] C. F, S .K. Consultations médicales : de la communication à l'éducation pour la santé. La santé de l'homme. (2005).

[13] Laversin S. NH, F. G. (Mai 2007). Le patient Internaute, revue de la littérature. Service qualité de l'information médicale. HAS. Récupéré sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_607171/fr/le-patient-internaute-revue-de-la-litterature

[14] Hélène Romeyer. TIC et santé : entre information médicale et information de santé. (2008). tic&société [En ligne], 2(1), 27-44. doi:10.4000/ticetsociete.365

[15] Hélène Romeyer. TIC et santé : entre information médicale et information de santé. tic&société [En ligne], (2008). 2(1), 27-44.

[16] Meryem Zoghlami, K. S. Online Health Information Search: What Behavior for which Users? Towards a Typology of e-Patients. Journal of Internet and e-Business Studies, (2018). 1-12. doi:10.5171/2018.563535

[17] Leaffer, T. &. The internet: An underutilized tool in patient education. Computers in Nursing, (2000). 18(1), 47-52.

[18] Zoghlami, M. &. The Moderating Effect of Empowerment in the Relationship Internet Use in Health and Shared Decision-making between Patient and Doctor. International Review of Management and Marketing, (2020, January). 10(1), 11-18. doi:10.32479/irmm.9012

[19] Dyer, K. A. Medical internet ethics: a field in evolution. Studies in health technology and informatics, (2001). 84(Pt 2), 1287-1291.

[20] Dr. S LAIMOUCHE. Cours de déontologie médicale 1ere année médecine. (2017-2018). Récupéré sur https://archive.org/details/HistoireEtPhilosophieDeLaMedecine www.laFaculte.net/Relation%20soign%C3%A9-soignant%20%28www.la faculte.net%29 /page/n1/mode/2up

[21] Pr M.S. LAIDLI & Dr. SI HADJ. LA DEONTOLOGIE MEDICALE. Service de Médecine Légale Chef de service. CENTRE HOSPITALO UNIVERSITAIRE DE BAB – EL – OUED.

[22] D. OULMANEv & S. OULMANE. Ethique médicale, les nouveaux impératifs. Les Annales de l'université d'Alger1, 35(special), (2021). 420 -428.

[23] Malicier D, F. P. Le secret médical. Paris: Eska et Alexandre Lacassagne. (2004).

[24] Jérôme Béranger, R. B. APPROCHE ÉTHICO-JURIDIQUE DE L'USAGE DES DONNÉES MÉDICALES À CARACTÈRE PERSONNEL. Les Cahiers du numérique, 10(2), 93-123. doi:10.3166/LCN.10.2.93-123 (2014).

[25] Rifkin J. L'âge de l'accès. La nouvelle culture du capitalisme. Paris (2005): La Découverte. Poche.

[26]Jia, X.; Pang, Y.; Liu, L.S. Online Health Information Seeking Behavior: A Systematic Review. Healthcare 2021, 9, 1-15. https://doi.org/10.3390/healthcare9121740

[27]Luo et al. The Effect of Online Health Information Seeking on Physician-Patient Relationships: Systematic Review JOURNAL OF MEDICAL INTERNET RESEARCH 2022; 24(2). Doi: 10.2196/23354 1-20