

Les déterminants de la consommation des services de E- santé : proposition & validation d'un cadre conceptuel

Kaouther Saied Ben Rached

Professeure des Universités

Faculté des Sciences Economiques et de Gestion, Université Tunis ElManar

Email : kouther.saied@fesgt.rnu.tn

benrached.kaouther@yahoo.fr

Campus universitaire, B.P248 El Manar II 2092, Tunis

Téléphone : +216 98 22 39 87

Meryem Zoghlami Bellalouna

Assistante contractuelle à l'Institut Supérieur de Gestion de Tunis (ISG)

Doctorante à la Faculté des Sciences économiques et de gestion, Université Tunis Elmanar

Unité de recherche : Etudes et recherches en Marketing (ERMA)

Email : meryem.zoghlami@gmail.com

Campus universitaire, B.P248 El Manar II 2092, Tunis

Téléphone : +216 22 42 14 07

Les déterminants de la consommation des services de E-santé : proposition & validation d'un cadre conceptuel

Résumé :

Les potentialités offertes par Internet : abondance de l'information, interactivité, gain de temps,..., font que son application au domaine de santé prend de plus en plus d'ampleur. La façon d'offrir les services ainsi que la nature même des services proposés se trouvent modifiés. Il semble donc important de s'intéresser à la perception de ces nouveaux services par le consommateur, ainsi qu'aux facteurs explicatifs de leur utilisation. Ce papier présente une analyse des déterminants de l'intention des patients d'utiliser les services de l'e-santé, basée sur la théorie des comportements interpersonnels de Triandis(1980).

La méthode de la régression multiple a été utilisée pour valider le modèle proposé. 97% de la variance de l'intention d'utiliser les services d'e-santé est expliquée par les variables théoriques.

Mots clés : e-santé, intention, théories psychosociales

Factors influencing e-health consumption: proposition and validation of a conceptual model

Abstract

The internet has proven to be a powerful and very popular vehicle for distributing health information to millions of individuals; it is interactive, user-controller, and provides an effective means for communicating detailed information. Internet modified the nature and the way of offering healthcare services. For that purpose, it seems important to be interested in the perception of these new services by the consumer, as well as in the factors influencing their use. Based upon the theory of the interpersonal behaviour this study was aimed at assessing the predictors of patients' intention to use e-health services.

Regression analysis was applied to test the theoretical model. The adopted theoretical model explained 97 % of variance in patients' intention.

Key words: e-Health, intention, psychosocial theories

Introduction :

Dans le domaine de la santé, le marketing constitue un champ de recherche émergeant. La place du patient gagne de plus en plus d'importance : il participe à la prise de décision (Charles & *al.*, 1999; and Stevenson & *al.*, 2000), il est impliqué dans le diagnostic, le traitement (Herzlich & Pierret, 1984) et dans la recherche d'information (Wagner & *al.*, 2001). Il est désormais qualifié d "acteur" du système de santé, de "patient-expert" (Fox & *al.*, 1999) voire de "consommateur" de médicaments et de soins. En tant qu'utilisateur final du système de santé, le patient devient, alors un objet de recherche à part entière.

Sous l'influence d'une prise en compte renforcée de la demande, la gestion du secteur de santé suppose aujourd'hui une redéfinition de la relation de service, qui doit aider à passer d'une offre dictée par l'organisation, à une offre adaptée aux besoins du patient et allant, de plus en plus, vers la personnalisation (Sampieri-Teissier et Sauviat, 2001).

Dans un tel contexte, le rôle et la place des acteurs de santé s'en trouvent modifiés. De nouveaux comportements sont apparus chez les patients liés, en grande partie, à la diffusion grandissante d'Internet, dès lors le secteur de santé se trouve dans l'obligation de personnaliser sa communication et son offre, et ce principalement via le recours aux nouvelles technologies d'information (TIC).

Celles – ci font du patient un nouveau partenaire qui s'invite à un domaine, jusque là réservé à des spécialistes et constituent un facteur de rupture majeur qui remodelera le système en profondeur (Beuscart, 2000).

En effet, vu les potentialités offertes par Internet, son application au domaine de santé prend de plus en plus d'ampleur : la multiplication des sites consacrés à la Santé met au profit des patients et du grand public une documentation et des services de qualité et les aide à profiter de la qualité communicationnelle et transactionnelle que procurent l'utilisation d'Internet. (Erdem et Harrison-Walker, 2006)

S'accordant sur les bénéfices de l'utilisation d'Internet dans le domaine de santé, il est donc important de s'intéresser à la perception de ce nouveau comportement par le consommateur, ainsi qu'aux facteurs explicatifs de son adoption.

L'objectif de cette recherche est d'identifier les facteurs explicatifs de l'intention d'utiliser internet en matière de santé par les consommateurs.

Pour ce faire, la présente étude s'articule autour des questions de recherche suivantes :

- Quels sont les facteurs qui influencent l'intention d'utiliser les services d'e-santé par le Consommateur ?
- Au-delà des déterminants psychosociaux, y a-t-il d'autres facteurs personnels ou liés au contexte d'utilisation (âge, genre, niveau d'éducation, type de pathologie,..) qui contribuent à expliquer l'intention d'utiliser la e- santé ?

A travers une revue de littérature, nous nous proposons, de présenter les principaux concepts et d'émettre les hypothèses de recherche afin de proposer le modèle à tester et de présenter la méthodologie employée.

DEFINITIONS DES CONCEPTS FONDAMENTAUX :

L'utilisation des technologies d'information et de communication dans l'offre des soins et des services de santé à distance remonte aux années 60, mais elle n'a pas rencontré la réussite escomptée à cause d'infrastructures de communication inadéquates, de technologies pas assez développées et d'un manque d'intérêt de la part des utilisateurs (Bashshur, 1995).

Toutefois, au cours des dernières années, on a assisté à une croissance rapide de l'utilisation de ces technologies dans le secteur de la santé et à un changement important dans la fourniture de soins et de services de santé donnant naissance à un nouveau secteur appelé «la télésanté».

La Télésanté et E-santé :

Selon Bashshur, Reardon et Shannon (2000), « la télésanté couvre un champ très large et inclut tout système visant à soutenir, par le biais de moyens électroniques, les activités reliées à la santé, allant de l'éducation aux patients à la prestation des soins, en passant par la formation des professionnels et la gestion du système de santé. La télésanté permet ainsi de surmonter les barrières géographiques, temporelles, sociales et culturelles afin de faciliter les échanges d'information et la fourniture de services de santé » (American Nurses Association, 2001, p13).

Ainsi selon Bashshur, Reardon et Shannon (2000), la e- santé fait partie intégrante de la télésanté puisque elle concerne essentiellement l'accès du grand public et des patients au

monde de santé grâce à internet. Elle résulte des services nouveaux offerts par internet et de l'intérêt des citoyens pour l'information médicale (cité par Beuscart, 2000).

Les termes télésanté et télémédecine sont souvent utilisés comme désignant le même phénomène alors que la télémédecine se considère comme un sous ensemble de la télésanté. En effet, la télémédecine fait référence aux applications cliniques et vise l'actualisation des connaissances et des compétences chez les professionnels. La télésanté pour sa part, inclut les champs d'éducation et de recherche et favorise l'accès à des services de qualité pour la population (Maheu et al, 2001).

Dans la présente recherche, la e- santé fait référence, aux différents services de santé fournis via Internet par les professionnels et utilisés par les patients. Elle est représentée, en particulier, par la consultation des sites web en santé par les patients.

L'intention d'adopter l'e-santé :

Les avantages escomptés de l'utilisation de l'e- santé, que ce soit au niveau de l'accès à des services de qualité pour les populations ou du développement des connaissances et des compétences chez les professionnels sont tributaires de l'adoption de celle-ci (Perednia & Allen, 1995). Selon Lapointe (1999), le concept d'adoption d'une nouvelle technologie est très large car il englobe à la fois l'acceptation, l'essai, l'utilisation et l'internalisation de cette technologie. En effet, le comportement d'adoption fait référence à un continuum intégrant les différents stades d'intégration de la technologie par l'individu.

La présente recherche vise à identifier les déterminants de l'intention d'utilisation des services d'e-santé par les patients. Le choix d'étudier seulement l'intention se justifie par les raisons suivantes :

(1) plusieurs méta-analyses ont démontré l'importance de l'intention pour la prédiction des comportements dans le domaine de la santé (Armitage & Conner, 2001; Godin & Kok, 1996) et,

(2) comme nous le démontrons dans la section méthodologie, la faible proportion de la population utilisant l'e-santé fait qu'il n'est pas réaliste, à ce stade, de faire une étude sur le comportement.

Les déterminants de l'adoption de la e -santé :

Afin de comprendre, le comportement de consommation des services de santé à distance, il semble intéressant de considérer les facteurs susceptibles de l'influencer. En effet, les patients n'utilisent pas tous cette technologie dans la même proportion. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces différences notamment l'environnement et le contexte de l'utilisation (Johnson, 2001), les spécificités du secteur lui-même et enfin les facteurs individuels associés aux patients utilisant la technologie.

La compréhension de ces facteurs servira à l'élaboration de nouvelles stratégies par les organisations et les professionnels de santé qui permettent d'intégrer cet outil en vue d'offrir un meilleur service.

Vu que la littérature portant sur les facteurs explicatifs d'adoption d'e- santé chez les patients demeure limitée à ce jour, voire inexistante, il semble approprié d'explorer les différents modèles théoriques visant à expliquer et prédire les comportements.

Différentes théories psychosociales, telles que la théorie des croyances de santé (Rosenstock, 1988), la théorie de l'action raisonnée (Ajzen & Fishbein, 1980), la théorie des comportements interpersonnels (Triandis, 1980), la théorie sociale cognitive (Bandura, 1982), et la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1985, 1988, 1991) ont été régulièrement appliquées. Ces travaux ont contribué à valider l'application des théories susmentionnées pour l'étude de comportements sociaux liés à la santé (Godin & al, 1996). Le tableau ci-dessous recense les principales théories.

Modèles	Auteurs	Déterminants	Commentaires
Diffusion des innovations	Rogers 1983, 1995	<ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques de l'innovation : Avantages perçus, compatibilité, complexité, possibilité d'essai, rayonnement - Système Social : cohésion, Valeur de changement, normes sociales - Agent de changement - Type de décision 	Ce modèle explique les phénomènes d'adoption et de diffusion de la technologie en se basant sur la rapidité avec laquelle une technologie est adoptée
Théorie de l'Action Raisonnée	Ajzen & Fishbein, 1980	<ul style="list-style-type: none"> - Attitude : croyances liées aux conséquences de la réalisation du comportement - Normes subjectives : croyances liées à l'opinions du groupe de référence sur un comportement 	Ici, le comportement est directement déterminé par l'intention de réaliser ce comportement
Théorie du Comportement Planifié	Ajzen, 1985, 1988, 1991	<ul style="list-style-type: none"> - TAR + perception du contrôle : degré de facilité de la réalisation d'un comportement 	Ce modèle introduit un facteur externe : la réalisation d'un comportement nécessite opportunités et ressources C'est un modèle plus complet pour prendre en compte les comportements qui ne dépendent pas que de la volonté individuelle
Modèle d'Acceptation de la Technologie	Davis 1989	<ul style="list-style-type: none"> - Utilité Perçue : croyance de l'augmentation de la performance grâce à l'utilisation de la technologie - Facilité d'utilisation perçue 	Modèle basé sur la TAR mais appliqué spécifiquement au comportement d'adoption des TIC et ne prend en compte que l'attitude
Théorie des Comportements Interpersonnels	Triandis, 1980	<ul style="list-style-type: none"> - Intention : facteurs sociaux, conséquences perçues, affects - Habitude - Conditions facilitatrices 	Englobe la plupart des variables présentes dans les modèles précédents Un modèle qui intègre les déterminants structurels et les déterminants psychologiques
Théorie des croyances de santé (Health Belief Model)	Rosenstock, 1966, 1974	<ul style="list-style-type: none"> Attitudes des individus vis-à-vis de la santé Vulnérabilité perçue Gravité perçue Bénéfices et coûts perçus 	Il a été construit pour prédire les comportements sains ou à risque à partir de facteurs cognitifs

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des principales théories psychosociales

MODELE CONCEPTUEL ET HYPOTHESES DE RECHERCHE

Les différentes théories psychosociales, étudiées isolément, ne permettent pas de délimiter toute la complexité des comportements étudiés. Les résultats de recherche dans ce domaine suggèrent cependant qu'une combinaison des modèles pourrait s'avérer efficace pour prédire et expliquer les comportements liés à la santé. Un certain nombre d'auteurs ont avantageusement adopté cette approche (Godin & Lepage, 1988; Godin & al., 1996).

Ainsi, le cadre théorique adopté dans la présente étude intègre les éléments de diverses théories explicatives du comportement humain. Cependant, afin d'orienter d'une manière juste l'organisation de cette recherche, la théorie des comportements interpersonnels de

Triandis (1980) a servi de soubassement à l'élaboration du cadre théorique. Cette théorie complète et enrichit les autres théories. En effet, elle est très proche de la théorie des comportements planifiés dans le sens où elle prend en compte l'attitude envers le comportement, la norme sociale et l'intention comme prédicteurs de l'adoption du comportement. Elle inclut aussi un nombre important de concepts formulés par les autres théories (Godin & Kok, 1996) et a, à maintes reprises, démontré son efficacité pour l'étude de divers comportements liés à la santé (Godin & al., 1996; Godin, Vézina & Leclerc, 1989 ; Jaccard & Davidson, 1975). L'intérêt de ce modèle est qu'il tient compte également de l'effet de l'habitude et des conditions facilitatrices sur les comportements.

A notre connaissance, le modèle de Triandis (1980) n'a jamais été testé pour analyser les facteurs explicatifs de l'adoption de l'e-santé par les consommateurs. Toutefois, beaucoup d'autres études sur l'adoption des technologies d'information dans le domaine de la santé (Lapointe, 1999 ; Malouin, 2000) et dans d'autres secteurs d'activités (Limayem et Chabchoub, 1998) ont fait ressortir la pertinence de ce modèle.

Selon Triandis (1980), le comportement humain est déterminé par 3 dimensions : les conditions facilitant l'adoption du comportement, l'habitude et l'intention. Il démontre aussi que quatre facteurs principaux définissent l'intention d'adopter un nouveau comportement à savoir : les composantes cognitive et affective de l'attitude, les croyances normatives, les croyances en l'existence de rôles sociaux spécifiques et les convictions personnelles (norme morale).

La composante cognitive de l'attitude : les conséquences perçues

Elle est le résultat d'une analyse subjective des avantages et des inconvénients qui résulteraient de l'adoption du comportement. L'individu traduit en croyances un certain nombre de conséquences avantageuses et désavantageuses provoquées par l'adoption d'un comportement.

Selon Rogers (1995), l'avantage peut être en relation avec le prix et les services proposés. Si une technologie est associée à un prix moyennement abordable et si elle présente des avantages par rapport aux autres dispositifs existants au niveau des fonctions et services, elle aura toutes les chances de faire l'objet d'un usage. Toutefois, le prix intéressant et la valeur ajoutée des services proposés par l'innovation ne sont pas suffisants pour qu'il soit adopté et utilisé. Celui-ci doit être compatible avec le mode de vie du futur usager.

Selon la théorie de l'action raisonnée, toute personne considère les conséquences de ses actes avant de décider si elle adopte ou non un certain comportement (Ajzen et Fishbein, 1980).

Stirman et al (2004) précisent qu'il faut considérer cinq facteurs pour la dissémination d'une innovation. Le premier facteur c'est l'avantage perçu; il suppose que le taux d'adoption d'une innovation s'associe aux avantages qu'elle semble présenter sur les procédures. Le deuxième facteur représente la concordance existante entre l'innovation et la procédure. Le troisième facteur stipule que l'adoption d'une innovation est liée à la complexité de la procédure (dans notre cas, on pourrait lier la facilité d'utilisation à l'intention d'adopter la E-santé). Le quatrième et le cinquième facteur soutiennent que l'utilisateur accepterait plus facilement l'innovation si sa disposition se fait de façon progressive (cité dans Bertrand, 2007).

Ceci nous permet de supposer la relation suivante :

H1 : Les conséquences perçues influencent positivement l'intention d'utiliser les services d'e-santé par les consommateurs.

La composante affective de l'attitude

Selon Triandis (1980), l'attitude est définie comme étant la sensation de joie, de plaisir, de gaieté, de dégoût, de mécontentement ou de haine qu'associe l'individu à un comportement donné (traduction de Limayem et al (1999)). Gattiker et al.(2000), ont montré que le comportement sur internet est influencé par l'attitude de l'utilisateur vis-à-vis des technologies de l'information.

Selon Venkatesh et Davis (2000), l'attitude est considérée comme un prédicteur important de l'intention d'utilisation d'une technologie. Ceci nous amène à supposer la relation suivante :

H2 : L'affect influence positivement l'intention d'utiliser les services d'e-santé par les consommateurs.

Les croyances normatives

Ce sont des croyances qui informent sur l'importance qu'une personne accorde à l'opinion des gens de son entourage à propos de l'adoption d'un nouveau comportement (Ajzen et Fishbein cité dans Schepers et Wetzels ,2007). En effet, les individus ne seront pas susceptibles de développer une forte intention d'agir que s'ils estiment que les membres de leur entourage approuveraient le comportement. Jones et Vijayasarathy (1998), ont montré

que l'individu partage les mêmes opinions concernant l'achat à partir du web que son groupe de référence.

Flynn et al. (1994) postulent que les consommateurs font plus confiance à leur entourage et à leur proche plus qu'aux autres sources d'informations telles que : publicité, journaux. L'approbation de l'entourage peut avoir une influence sur l'intention d'utiliser la e-santé et nous émettons l'hypothèse suivante :

H3 : Les croyances normatives influencent positivement l'intention d'utiliser les services d'e-santé par les consommateurs.

La croyance en l'existence de rôles sociaux

Elle désigne le degré auquel une personne perçoit qu'il est approprié de réaliser le comportement pour des individus occupant une position similaire à la sienne dans la structure sociale. Ce sont des comportements jugés comme appropriés selon la catégorie sociale d'appartenance de l'individu

Triandis (1980) définit suggère que les facteurs sociaux représentent le produit de l'internalisation par l'individu des normes, des valeurs et des rôles de son groupe de référence, ainsi que des accords entrepris avec d'autres personnes dans des situations sociales particulières. Ces facteurs définissent ce qui « approprié, désirable et moralement correct » et forment la culture du sujet (J.Bouchet et al, 1996)

Ainsi, nous supposons la relation suivante :

H4 : La croyance en l'existence de rôles sociaux influence positivement l'intention d'utiliser les services d'e-santé par les consommateurs

Les croyances personnelles

Elles mesurent le sentiment d'obligation personnelle quant à l'adoption du comportement. Ce facteur se réfère aux règles de conduite personnelle ou, en d'autres termes, aux principes moraux. La personne évalue donc jusqu'à quel point le comportement est en accord ou non avec ses principes. Rogers l'a montré dans son livre *Diffusion of innovations*, les hommes semblent en effet attachés à leur habitude, à leur façon de faire, si bien qu'il n'est pas simple de leur faire accepter les changements (Boudokhane .F , 2006).

Ainsi, nous supposons la relation suivante :

H5 : Les convictions personnelles (norme morale) influencent positivement l'intention d'utiliser les services d'e-santé par les consommateurs.

Habitude

L'habitude est déterminée par le degré d'automatisme pouvant résulter de la réalisation répétée de ce comportement. Ainsi, plus le consommateur est familier avec internet plus son intention d'acheter sur internet, est grande (Costes, 2000)

Triandis (1980) avance que l'habitude affecte aussi non seulement le comportement mais aussi la composante émotionnelle de l'attitude (affect).

Ainsi, nous supposons la relation suivante :

H6 : L'habitude a un effet positif sur la composante affective de l'attitude vis-à-vis de l'utilisation de l'e- santé

Outre les construits théoriques utilisés dans le modèle de Triandis (1980), la présente recherche intègre un certain nombre de construits théoriques additionnels. En effet, étant donné que notre champ d'application est le domaine de la santé, nous avons introduit deux variables qui ont trait à la santé, ainsi que des variables sociodémographiques, dites externes, car elles influencent le comportement, de façon indirecte, par l'intermédiaire des construits sous-jacents au comportement. Ces variables sont l'attitude vis-à-vis de la santé et les représentations vis-à-vis de la relation patient- médecin

L'attitude vis-à-vis de la santé est une variable empruntée à la théorie des croyances de santé (Rosenstock, 1984). Elle traduit le fait que l'individu doit être concerné par sa santé et considérer celle-ci comme une composante importante de sa vie. En effet, l'attitude par rapport à la santé et aux fournisseurs de soins varie d'un patient à un autre. Les patients ne gèrent pas de la même manière leurs santé, ils la valorisent à des degrés différents. Ceci dépend de certaines caractéristiques psychologiques.

Ceux qui recherchent de l'information sur internet, par exemple, sont plus engagés et plus actifs dans la résolution de leur propre problème ainsi que dans la communication avec leurs médecins (Lavick et al ,2001). D'autres patients ne souhaitent pas être impliqués, que ce soit

dans la décision médicale ou dans l'information reçue (Dowie, 2000). Cette variable nous renvoie à la notion de « Locus of control »(Rosenstock , 1988), qui fait ressortir deux types de contrôle de la maladie : contrôle externe au malade et contrôle interne.

Ceci nous amène à supposer la relation suivante :

H7 : Le rapport du patient à la santé impacte positivement l'intention d'utiliser l'e-santé.

Les représentations vis-à-vis de la relation patient-médecin

Elles présentent les perceptions du patient vis-à-vis de la relation avec son médecin. Selon une enquête web, réalisée par l'institut français de la santé et de la recherche médicale, sur les habitudes de recherches d'informations liées à la santé sur internet, un tiers des « internautes santé » estiment que les informations données par les médecins sont difficiles à comprendre ou que leurs conseils sont difficiles à appliquer dans la vie quotidienne. Ils ne semblent pas entièrement satisfaits de leur relation avec les médecins. (Renahy et al, 2007). Ceci permet d'émettre l'hypothèse suivante :

H8 : Les représentations vis-à-vis de la relation patient-médecin influencent positivement l'intention d'utiliser les services d'e-santé par les consommateurs

Les variables âge et sexe

Des études ont été menées pour décrire les caractéristiques des personnes utilisant internet. La plupart d'entre elles soulignent que l'âge, le niveau d'éducation, le revenu, sont associés à cet usage : les personnes ayant un niveau d'éducation ou de revenu élevés, les plus jeunes mais également les femmes ont plus de chance d'utiliser internet en matière de santé (Renahy et al, 2007 ; Klichman et al, 2003).

Selon Venkatesh et al (2003), la femme, comparée à l'homme, est plus impliquée dans les activités d'achat et prête beaucoup plus d'attention à la consommation des services.

Une étude concernant le recyclage des déchets a également tenté de proposer un modèle intégratif du comportement basé à la fois sur les dimensions du modèle de la théorie des comportements planifiés, de l'habitude et la perception de la présence des conditions facilitatrices. Les résultats indiquent que l'attitude et le contrôle perçu permettent d'expliquer l'intention comportementale mais que la prédiction est plus fiable en intégrant des variables

sociodémographiques telles que le genre, l'âge et le statut socioprofessionnel (29% de variance supplémentaire expliquée) (Bamberg et Schmidt ,2003)

Les recherches effectuées sur l'âge et le sexe et leurs influences sur l'adoption de nouveaux comportements montrent l'importance qui devra être accordée à ces composantes. Nous ajoutons, donc, ces variables au modèle et nous supposons que les femmes et les personnes les plus jeunes ont plus de chance de consommer les services de e- santé.

La nature de la pathologie

Ce facteur revêt une grande importance dans le cas des malades chroniques ou les rencontres avec le médecin se font rares et le rôle de ce dernier consiste à aider le patient à se prendre en charge. Le penchant des patients vers la recherche d'information et de conseil en ligne augmente en fonction de la spécificité et la sévérité de leur diagnostic (Houston et Allisson, 2002). Certaines études ont avancé une association positive de l'utilisation d'internet en matière de santé avec la présence de problèmes de santé chronique ou de longue durée (Renahy et al, 2006 ; Andreassen et al, 2006 ; cité dans Renahy et al , 2007)

Dans le cas de maladie irrémédiable les informations ne présentent plus la même valeur pour le patient gravement atteint. Ces patients recherchent moins que les autres à obtenir des explications médicales à propos de leur état de santé. (Vick et Scott, 1998).

L'hypothèse 9 est la suivante :

H9 : Les variables externes (la nature de la pathologie, le sexe et l'âge) augmentent de façon significative la variance expliquée de l'intention au delà des variables théoriques du modèle.

Les hypothèses ainsi émises nous permettent de proposer le modèle conceptuel de recherche suivant. Elles sont représentées en gras dans le schéma

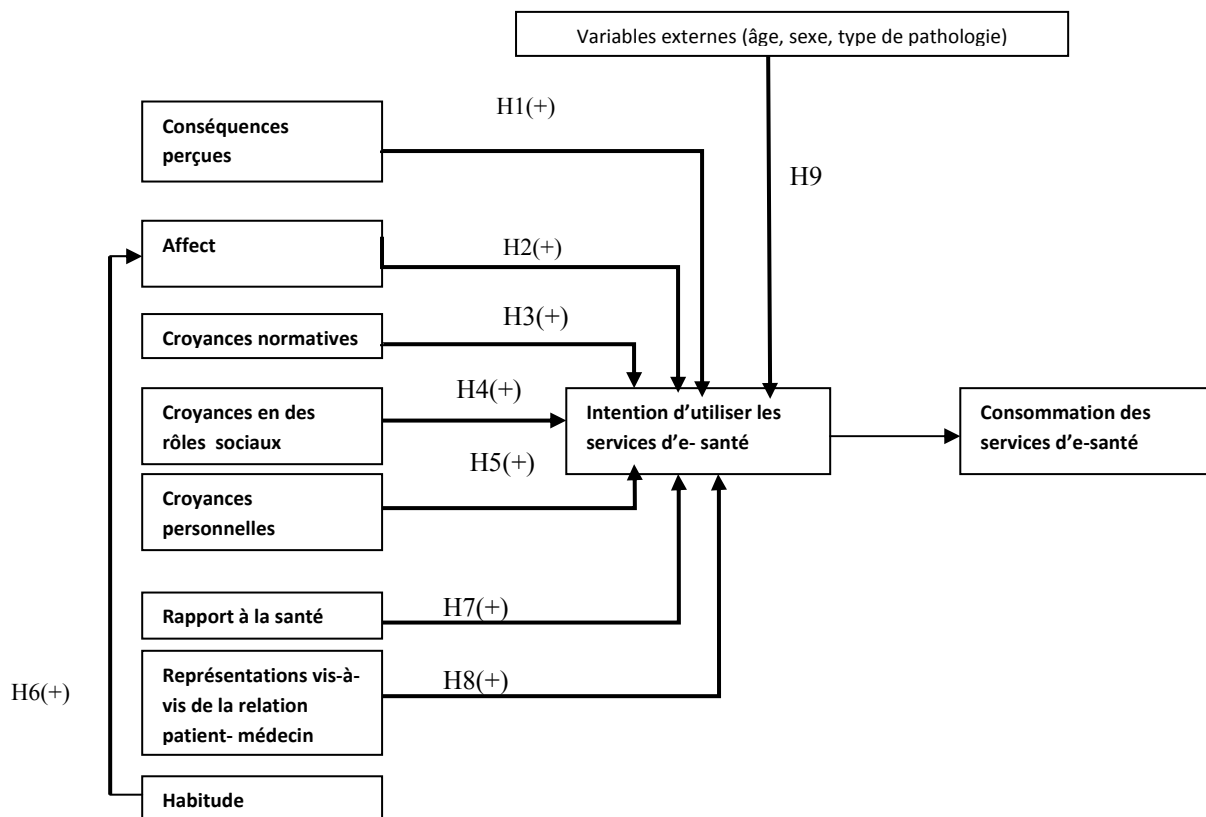


Figure 1 : Modèle Conceptuel de Recherche

METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Méthode d'enquête et taille de l'échantillon

Pour répondre aux objectifs de notre étude une enquête en ligne a été menée. Les questionnaires ont été diffusés via des forums de discussion de santé en ligne (Doctissimo, filsantejeunes, santeAZ, forumdibète,..). Afin de diversifier le plus possible le profil des répondants, nous avons multiplié les sources de diffusion sur internet (des sources ne traitant pas nécessairement de questions de santé). Les intéressés ont été dirigés par hyperlien vers le questionnaire en ligne. D'autre part, une diffusion par mail a permis un recueil des données auprès d'un échantillon « boule de neige »

L'échantillon final est composé de 195 répondants : 59% sont des hommes et 42% sont des femmes, 35% sont des cadres moyens, 22% sont des cadres supérieurs, 21% occupent une fonction libérale.

Mesure des variables de l'étude

Il s'agit d'items tirés d'études menées par Godin et ses collaborateurs (1999) et qui se basent sur les travaux d'Ajzen & Fishbein (1980) et de Triandis (1980)

L'intention est définie par Ajzen & Fishbein (1980 ; 1975) comme la perception de la probabilité d'adopter un comportement. Trois items ont été utilisés pour la mesure de l'intention.

L'habitude est une variable, généralement, mesurée en questionnant les répondants au sujet de leur fréquence d'adoption du comportement dans le passé. Un seul item a été utilisé pour la mesure de cette variable

Pour la mesure de la dimension affective de l'attitude, Ajzen & Fishbein (1980) suggèrent d'utiliser l'une des méthodes classiques d'échelonnement (différenciateur sémantique, méthodes de Likert, de Thurstone ou de Guttman). Cependant, les auteurs ont plus souvent utilisé le différenciateur sémantique pour la mesure de cette variable. Ainsi, la composante affective a été mesurée, dans la présente recherche, par la méthode du différenciateur sémantique, en prenant soin de choisir des paires d'adjectifs ayant une connotation affective (Limayem et al, 1999).

La dimension cognitive de l'attitude suppose de mesurer les avantages et les désavantages perçus liés à l'adoption d'un comportement d'utilisation de l'e-santé. Elle a été mesurée par 11 items, qui après purification, ont été réduits à 6 items.

Par ailleurs, l'influence sociale est définie par un certain nombre de déterminants qui a été choisi en fonction du comportement étudié qui est la consommation des services de e-santé. Les déterminants qui ont été mesurés sont la croyance normative (4 items) et la croyance en l'existence de rôles sociaux (3 items).

Les items (3 items) visant la mesure de la norme personnelle ou morale font référence à des règles personnelles que se donne l'individu indépendamment de son entourage.

Pour la mesure des variables additionnelles, on a utilisé les échelles utilisées par Renahy et al (2007). 3 items représentent le rapport du patient à la santé et 4 items, réduits en 3 après la phase de purification des items (tableau 2), pour la variable représentations vis-à-vis de la relation patient – médecin.

Les différents items et échelles de mesure utilisés dans le questionnaire sont présentés dans **l'annexe 1**.

Dans cette recherche l'âge, le sexe et la nature de la pathologie ont été retenues comme des variables externes. Cette dernière variable indique si le répondant souffre d'une maladie chronique ou non.

La variable sexe a été transformée en une variable binaire à partir de toutes ses modalités d'origine (homme, femme). En effet, il a fallu créer une variable binaire « homme » prenant pour valeur « 1 » pour tous les répondants homme, « 0 » pour les autres ; une variable binaire « femme » a été construite selon le même modèle. Le même travail a été fait pour la variable nature de pathologie.

ANALYSE DES RESULTATS

Vérification de la fiabilité des échelles de mesure

La phase de purification des items de mesure a été réalisée sur un échantillon composé de 52 internautes. Nous avons procédé, en premier lieu et pour chaque échelle, à une analyse en composantes principales de la structure initiale (ACP) pour vérifier l'unidimensionnalité des échelles, suivie d'une analyse de fiabilité. La structure résultante est soumise, en second lieu, à une analyse factorielle confirmatoire (AFC) afin d'obtenir une valeur composite pour la dimension résultat de l'ACP (la qualité de représentation des items et leurs poids factoriels sont présentés dans l'annexe A1).

Chacune de ces échelles affiche une valeur de KMO supérieure à 0.5 et un test de Bartlett significatif. Le test de la cohérence des items pour chaque construit s'effectue grâce à l'alpha de Cronbach (voir tableau 2).

Variables	Nombre d'items	Dimension	Coefficients Alpha de Cronbach	
			Étude exploratoire (n = 52)	Étude principale (n = 195)
Intention	3	1	0.956	0.912
Attitude vis-à-vis de la santé	3	1	0.912	0.922
Représentations vis-à-vis de la relation patient-médecin	3*	1	0.851	0.983
Affect	4	1	0.803	0.937
Croyances normatives	4	1	0.962	0.951
Croyances en des rôles sociaux	4	1	0.970	0.891
Croyances personnelles	3	1	0.974	0.954
Conséquences perçues	6**	1	0.983	0.987

*principalement 4 items réduits à 3 **principalement 11 items réduits à 6

Tableau 2 : Consistance interne des construits théoriques

Une régression multiple a par la suite été utilisée pour prédire l'intention des patients d'utiliser les services d'e-santé. Enfin, l'impact de l'affect sur l'habitude d'utiliser les services d'e-santé a été vérifié à l'aide de la régression simple.

Vérification des hypothèses :

Déterminants de la l'intention d'utiliser les services d'e-santé par les patients

En vue d'étudier les facteurs explicatifs de la consommation des services de santé via internet par les patients, nous avons utilisé la méthode de régression linéaire multiple. Tout d'abord nous avons vérifié la présence de colinéarité entre les variables théoriques. Dans le modèle théorique initial, la corrélation supérieure à 0.85 entre l'attitude à l'égard de santé et les représentations vis à vis de relation médecin- patient indiquait la colinéarité entre ces deux variables indépendantes. Un facteur composite a ainsi été créé en combinant les items associés à ces deux construits. De plus, la consistance interne du construit composite à été testée (0.82)

Les résultats montrent que le modèle obtenu est statistiquement significatif avec une signification=0.000. D'ailleurs 97% de la variance de l'intention est expliquée par les variables théoriques.

Les coefficients de régression obtenus révèlent, l'impact positif et statistiquement significatif, du rapport à la santé, de l'affect, des conséquences perçues, des croyances normatives, des croyances en des rôles sociaux et des croyances personnelles sur l'intention d'utiliser les services de santé via internet.

Ces résultats confirment les hypothèses H1, H2, H3, H4, H5 et H7et H8.

Variabiles psychosociales (théoriques)	Coefficients de régression	P (sig)
Croyances normatives	0.152	0.001
Croyances personnelles	0.255	0.000
Croyances en des rôles sociaux	0.092	0.019
Affect	0.400	0.000
Conséquences perçues	0.109	0.005
Croyances de santé (construit composite)	0.021	0.05
R²=0.978	R² ajusté= 0.978	P<0.05

Tableau 3 : Régression de l'intention selon le modèle théorique

L'influence des variables sociodémographiques sur l'intention des consommateurs d'utiliser l'e-santé

La régression multiple avec variables muettes a été effectuée, en deuxième lieu, pour vérifier l'influence des facteurs sociodémographiques sur l'intention, pour ce faire, le R2 du modèle complet, incluant les variables psychosociales et les variables sociodémographiques a été comparée à celui obtenu dans le modèle initial (ne contenant que les variables psychosociales), tel que suggéré par Pedhazur (1982). Ces analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS (version 18).

Variabiles externes	Coefficients de régression	P (sig)
Homme	-0.075	0.000
Femme	0.797	0.000
Age < 20 ans	-0.03	0.091
Age 20- 29	-0.03	Ns

Age 30- 39	0.312	Ns
Age 40 -49	0.039	0.057
âge >50ans	0.037	ns
Nature de la pathologie chronique	0.620	0.000
Pas chronique	-0.044	0.041
R²=0.979	R² ajusté= 0.978	P<0.05

Tableau 4 : Régression de l'intention selon le modèle théorique et avec l'ajout des variables externes

Les résultats du tableau ci-dessus montrent que les variables externes ne contribuent pas d'une façon significative à expliquer la variance dans l'intention des patients d'utiliser les services d'e-santé. L'hypothèse **H9** est donc infirmée. Toutefois, les résultats confirment que les femmes sont plus prédisposées à utiliser internet en matière de santé alors que les hommes sont averses à ce type de service. Le tableau montre aussi une association non significative entre l'âge des répondants et leur intention d'utiliser la e- santé ainsi qu'une association positive et significative de l'utilisation d'internet en matière de santé avec la présence de problèmes de santé chronique ou de longue durée.

L'influence de l'habitude d'utiliser les services de l'e- santé sur l'affect

Nous testons au moyen d'une analyse de régression simple la significativité de la relation entre la l'habitude d'utiliser les services de l'e- santé et la composante affective de l'attitude, en vue de vérifier l'hypothèse H6. Les résultats sont présentés dans le tableau5:

Variable à expliquer	Variable explicative	Coefficient de régression	t	P (sig)
Affect	Habitude	-0.69	-0.963	0.337
R=0.069	R² = 0.005			

Tableau5 : L'influence de l'habitude d'utiliser les services de l'e- santé sur l'affect

Les résultats obtenus infirment l'hypothèse H6. Le modèle obtenu n'est pas significatif ($p>0.05$) et le pourcentage de variance de l'affect expliqué par la variable habitude est très faible.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Dans cette recherche, le modèle de Triandis (1980) a été utilisé comme modèle de base dans le but d'évaluer les facteurs prédicteurs de l'intention d'utiliser l'e-santé. De façon générale

et en tenant compte de la forte proportion de variance expliquée par le modèle (97%), le modèle obtenu est significatif.

Toutefois, notons que le premier construit (l'attitude générale vis-à-vis de la santé), issu du modèle des croyances de santé (Rosenstock, 1984), a permis de prédire l'intention des individus d'utiliser l'e-santé. Cette variable n'était pas considérée dans le modèle de Rosenstock (1974) mais elle a été ajoutée par Becker et Mainman (1975). D'après ce résultat, nous avons pu alors vérifier que l'intention d'utiliser l'e-santé dépend de l'attitude générale vis-à-vis de la santé. Ceci rejoint les résultats de différentes études. En effet, les personnes qui s'intéressent à leurs santés utilisent plus fréquemment l'internet de santé

Les construits proposés dans le modèle originel de Triandis (1980) ont significativement prédit l'intention dans notre étude. Les croyances personnelles et l'affect constituent de forts prédicteurs de l'acceptation de la technologie. Ces résultats rejoignent ceux des études basées sur la théorie des comportements interpersonnels (Bergeron et al, 1995 ; Thompson, Higgins et Howelle, 1991). En effet, souvent, dans la population, le maintien, l'adoption ou l'abandon de plusieurs comportements ne sont pas guidés seulement par des motifs de santé, mais révèlent aussi du social et du personnel.

Les résultats ont montré aussi l'existence d'une relation positive entre les croyances normatives et l'intention d'utiliser les services de e-santé. Ce résultat est conforme aux recherches étudiant le comportement des utilisateurs des technologies de l'information (Thompson et al 1991, Limayem et al 1994, Bergeron et al 1995)

La confirmation de l'hypothèse qui lie les conséquences perçues à l'intention d'utiliser les services de e-santé montre que l'individu n'agit que lorsqu'il pèse le pour et le contre et que lorsqu'il perçoit les conséquences positives de son acte. Ceci rejoint les propos de Ajzen et Fishbein (1975), qui suppose que l'individu choisit l'alternative de comportement qui mène vers les conséquences les plus souhaitées.

LIMITES ET VOIES FUTURES DE RECHERCHE

Dans la présente étude, l'habitude d'utiliser les services de e-santé a été présentée par un seul item, ce qui peut être insuffisant pour exprimer l'effet des expériences passées des utilisateurs avec l'e-santé. Paré et Elam (2000) ont utilisé une mesure multidimensionnelle pour l'habitude et ont trouvé une relation significative entre cette variable et l'utilisation personnelle d'ordinateur.

L'échantillon était composé d'individus ayant volontairement accepté de participer à l'étude et qui représentent probablement un certain types de consommateurs, déjà sensibilisés à la e-santé. Par conséquent, les résultats obtenus lors de l'étude sont sujets à des biais d'auto-sélection.

L'intention est un déterminant incontournable d'un comportement évolutif puisqu'elle est l'expression de la motivation à agir (Ajzen, 1991 ; Triandis, 1980 ; Ajzen et Fishbein, 1980). Il est donc important, comme piste de recherche future, de bien saisir ce qui amène une personne à passer de cette phase à celle de l'adoption d'un nouveau comportement.

Par ailleurs, il serait intéressant d'explorer l'impact de la dimension culturelle dans la formation des comportements chez différents groupes (de cultures différentes).

Malgré ces limites, à un niveau théorique, cette recherche a essayé d'intégrer dans un même modèle, des variables issues de différentes recherches empiriques et théoriques émanant de plusieurs domaines (économie, santé, psychologie,..) et le tester empiriquement. En effet, l'étude a montré que l'attitude, les facteurs sociaux et personnels et le rapport à la santé influencent d'une manière significative l'intention de consommer les services de e-santé. L'attitude s'avère la variable la plus importante dans la détermination de l'intention.

A un niveau pratique, cette recherche montre que les patients consommateurs des services de santé sur Internet représentent, l'une des forces majeures qui mettent de la pression sur les professionnels de santé qui sont désormais, amenés à améliorer leur qualité de service et à être aussi informés que leurs patients (Greene, 2000). Il importe de tenir compte de la dimension sociale, personnelle, émotionnelle et du rapport du patient à sa santé pour faire augmenter l'utilisation des services de e- santé. Ceci suppose la création de sites médicaux fiables et sécurisés, la valorisation de la qualité des contenus, la présence et la pertinence des médecins, la favorisation de l'échange et de l'entraide... Les concepteurs des sites de santé peuvent trouver en cette recherche des bases de réflexion et des pistes d'action pour un meilleur usage du web en santé.

A 1

Echelles de mesure et items	Auteurs	Qualité de représentation	Poids factoriels	Echelle de mesure	dimension
Attitude vis-à-vis de la santé	Renahy, Parizot, Lesieur et Chauvin, 2007				
Vous vous souciez davantage de votre santé que la plupart des gens		0,861	0,928	Echelle de Likert à 7points	1
Dans l'avenir, vous vous attendez à avoir une meilleure santé que celle des autres personnes que vous connaissez		0,859	0,927		
Vous êtes facilement inquiet dès que quelque chose ne va pas		0,845	0,919		
Représentation vis-à-vis de la relation patient- médecin	Renahy, Parizot, Lesieur, Chauvin, 2007				
Vous aimeriez que les médecins vous donnent davantage d'explications concernant votre santé ou les traitements existants		0,824	0,907	Echelle de Likert à 7points	1
Vous aimeriez que les médecins écoutent davantage ce vous ressentez concernant votre santé, vos maladies ou vos traitements		0,877	0,936		
Vous pensez que les médecins ne vous disent pas tout concernant votre état de santé		0,798	0,894		
Affect	Davis, 1993 ; Venketesh et al, 2003 Limayem et al, 1999				
Pour moi l'utilisation de l'e santé serait:				Echelle sémantique à 7points	1
Inutile/utile		0,969	0,984		
Désavantageuse/avantageuse		0,937	0,984		
Stressante/relaxante		0,968	0,968		
Insatisfaisante/Satisfaisante		0,958	0,979		

Echelles de mesure et items	Auteurs	Qualité de représentation	Poids factoriels	Echelle de mesure	Dimension
Croyances Normatives	Ajzen et Fishbein (1980); Triandis, 1979				
Votre médecin approuverait/désapprouverait que vous utilisez la e-santé Votre famille approuverait/désapprouverait que vous utilisez la e-santé Vos amis vous recommandent ils d'utiliser la e-santé », Vos collègues de travail vous recommandent ils d'utiliser la e-santé »		0,938 0,901 0,817 0,835	0,969 0,949 0,914 0,901	Echelle de Likert à 7points	1
Croyances en des rôles sociaux	Ajzen et Fishbein, 1980 ; Triandis, 1979				
Je considère qu'il est normal pour une personne d'un niveau pareil que le mien d'utiliser l'e-santé Je considère qu'il est normal pour un individu de mon âge d'utiliser l'e-santé Je considère qu'il est normal pour un individu de ma région d'utiliser l'e-santé		0,784 0,848 0,832	0,885 0,921 0,912	Echelle de Likert à 7points	1
Croyances Personnelles	Triandis, 1979				
Je me sentirais dépassé si je n'utilisais pas la e- santé en cas de besoin Il serait de mes principes d'utiliser la e-santé » Je pense qu'il serait moralement inacceptable de ne pas utiliser la e-santé en cas de besoin »		0,906 0,917 0,932	0,952 0,958 0,965	Echelle de Likert à 7points	1
Conséquences perçues	Triandis, 1979 ; Davis, 1989 ; Rogers, 1995				
Le fait d'utiliser la e- santé améliore mes connaissances en matière de santé L'utilisation d'e- santé me permettrait de gagner plus de temps pendant les consultations L'utilisation d'e- santé m'aide à se conformer aux instructions et aux prescriptions du médecin L'utilisation d'e- santé m'évite le déplacement et la perte du temps L'utilisation d'e-santé m'aide dans ma prise de décision Si j'utilise e-santé, certaines informations peuvent m'induire en erreur		0,693 0,766 0,771 0,715 0,626 0,821	0,833 0,875 0,878 0,846 0,791 0,906	Echelle de Likert à 7points	1

Echelles de mesure et items	Auteurs	Qualité de représentation	Poids factoriels	Echelle de mesure	dimension
Intention	Triandis, 1979 ; Davis, 1989 ; Rogers, 1995 ; Ajzen et Fishbein, 1980				
J'ai l'intention d'utiliser la e- santé Si l'occasion se présente, j'utiliserai la e- santé », Je vais utiliser la e-santé »		0,977 0,966 0,985	0,989 0,983 0,992	Echelle de Likert à 7points	1
Habitude	Triandis, 1979				
Avez-vous déjà utilisé l'e-santé				Echelle d'intervalle allant de non, 1 fois, entre 2 et 5 fois, jusqu'à plus de 5 fois	1

Bibliographie:

Agarwal, R et Prasad, J (1997), The role of innovation characteristics and perceived voluntariness in the acceptance of information technologies. *Decision Sciences*, 28, (3), 557-782

Ajzen I, (1991), The theory of planned behavior, *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179 211

Ajzen et Fishbein, 1980, cité dans Mc Cormack Brown, K. (1999a). Theory of reasoned action / Theory of planned behavior. [En ligne]. Disponible : http://hsc.usf.edu/~kmbrown/TRA_TPB.htm).

Ajzen, I. (2001). Nature and operation of attitudes. *Annual Review of Psychology*, 52, 27-58.

Ajzen,I , et Fishbein, M (1980) , *Understanding attitudes and predicting social behavior*, Englewood Cliff, NJ, Prentice Hall.

Andreassen H.K, Bujnowska-Fedak MM, Chronaki CE, Dumitru RC, Pudule I, Santana S,et al (2007), European citizens' use of E-health services: A study of even countries, *BMC Public Health*, 7, 53

Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40(4), 471-499.

Baron R.M et Kenny D.A.(1986), The moderator-mediator variable distinction in social psychological research : conceptual, strategic and statistical considerations, *Journal of Personality and Social Psychology*,15,6,1173-82

Bashshur, R, L, Reardon,T G et Shannon, G W (2000), Telemedicine: A new health care delivery system, *Annual Review of Public Health*, 21, 613 -637

Bashshur, R.L(1995), On the definition and evaluation of telemedicine,*Telemedicine Journal*,1(1),19-39

Bélangier D et Godin G (2003), La psychologie sociale au service de la santé publique et de l'environnement, In: *Environnement et santé publique, fondements et pratiques*, 277- 288, Edisem/Tec et Doc, Acton Vale/Paris

Bergeron, F, Raymond, L, Rivard, S et Gara, S (1995), Determinants of EIS use: Testing a behavioral model. *Decision Support Systems*, 14, (2), 131-146

Beuscart,R (2000), Rapport sur les enjeux de la Société de l'Information dans le domaine de la Santé

Bertrand,M (2007), Utilisation du modèle d'acceptation technologique chez les professionnels intéressés à la réalité virtuelle comme outil thérapeutique : quels sont les facteurs influençant leur décision, Essai doctoral, Université du Québec à Montréal

Charles, Cathy, Amiram G, and Whelan T (1999), Decision-Making in the Physician-Patient Encounter: Revisiting the Shared Treatment Decision-Making Model, *Social Science and Medicine*, 49, 651-61

Chau P Y K et Hu P J (2002), Examining a model of information technology acceptance by individual professionals: an exploratory study. *Journal of Management Information Systems*, 18, (4), 191- 229

Costes, Y(2000), Comprendre et mesurer le profil et le comportement des internautes, *Revue Française de Marketing*

Denzen N, (1978), *Studies in symbolic interaction*, Greenwich, Conn: JAI Press

Derbaix, C et Brée J (2000), *Comportement du consommateur, présentation de textes choisis*, éditions Economica, collection gestion, Paris

Erdem S. Altan, Harrison-Walker L. Jean (2006), The role of the Internet in physician—patient relationships: The issue of trust, *Business Horizons*, 49, 387—393

Fox, Nicholas J., Katie J. Ward, and Alan J. O'Rourke (1999), The 'expert patient': empowerment or medical dominance? The case of Weight loss, pharmaceutical drugs and the Internet, *Social Science and Medicine*, 60, 1299-309.

Boudokhane. F, (2006) .Comprendre le non-usage technique : réflexions théoriques Les Enjeux de l'information et de la communication | http://w3.u-grenoble3.fr/les_enjeux |

Flynn.L.R, Goldsmith. E.R., Eastman. J.K (1994), The king and summers opinions opinion leadership scale : Revision and refinement, *Journal of Business Research*, 31, 1, 55- 65

Gagné,C. Godin,G (1999), Les théories sociales cognitives : Guide pour la mesure des variables et le développement du questionnaire, Groupe de recherche sur les aspects psychosociaux de la santé ,École des sciences infirmières, Université Laval.

Gattiker,U .E, Perluz, S., Bohmann, K. (2000), Using the internet for be to be activities: a review and future directions for research, Internet Research, *Electronic Networking Applications and Policy*, 10, 2, 126- 140

Godin G, Sheeran P, Conner M, Gagné C, Blondeau D, Germain, M.D., (2004), Etude des déterminants de l'intention de faire un don de sang parmi la population générale, Rapport de recherche Présenté à Héma-Québec, Université Laval, Québec, Canada

Godin, G. et Kok, G. (1996). The theory of planned behaviour : A review of its applications to health-related behaviours. *American Journal of Health Promotion*, 11(2), 87-98

Godin, G., & Lepage, L. (1988). Understanding the intentions of pregnant nullipara to not smoke cigarettes after childbirth. *Journal of Drug Education*, 18, 115-124.

Herzlich, Claudine and Janine Pierret (1984), *Malades d'Hier, Malades d'Aujourd'hui. De la Mort Collective au Devoir de Guérison*, Paris, Pay

Hu, P J, Chau, P Y K et Sheng,O L (2000), Investigation of factors affecting healthcare organization's adoption of telemedicine technology, 33rd Hawaii International Conference on System Sciences, Maui: *IEEE Computer Society*

Johnson, K, B (2001), Barriers that impede the adoption of pediatric information technology. Archives of pediatric and adolescent medicine, 155, (12), 1374 -1379. *Journal of Applied Social Psychology*, 18, 114-128

Jones J.M, Vijayasaraty L.R (1998), Internet consumer catalog shopping: finding from an exploratory study and directions for future research, *Internet Research, Electronic Networking Applications and Policy*, 8, 4, 322 -330

J. Bouchet. (1996), *Psychologie sociale*, Edition Bréal

Lapointe, L.(1999), L'adoption de systèmes d'informations cliniques par les médecins et les infirmières: Une étude des variables individuelles, sociopolitiques et organisationnelles, Thèse de doctorat, Ecole des HEC, Université de Montréal

Limayem, M. & Chabchoub, N. (1998). Les facteurs influençant l'utilisation d'Internet dans les organisations canadiennes, Faculté des sciences de l'administration, Systèmes d'informations organisationnels, Université Laval.

Maheu, M.M, Whitten,P,et Allen, A. (2001), *E-health,Telehealth,Telemedecine : Aguide to start-up and success* (première édition), San Francisco, Jossey-Bass.Inc

Manderscheid,J C (1994), Modèles et principes en éducation pour la santé, *Revue Française de Pédagogie*, n° 107, avril-mai-juin

McCaul, K., O'Neill, K., & Glasgow, R. (1988). Predicting the performance of dental hygiene

Pedhazur, E.L (1982), *Multiple regression in behavioral research: Explanation and Prediction*, 2nd edition, New York: Holt, Rinehart and Winston

Perednia, D.A et Allen, A. (1995).Telemedicine technology and clinical applications, *Journal of the American Medical Association*,273 (6),483-487

Renahy E, Parizot I, Lesieur S, Chauvin P, (2007), Enquête Whist : Enquête web sur les habitudes de recherche d'informations liées à la santé sur internet, *Institut national de la santé et de la recherche médicale*, Université Pierre et Marie-Curie

Rosenstock, I, Strecher, V J et Baker M H, (1988), Social learning theory and the health belief model, *health education quart*, 15, 175 -183 .

Serre, M .P et Wallet-Wodka D, (2008) ,*Marketing des produits de la santé*, Dunod

Sheeran, P. (2002). Intention-behavior relations: A conceptual and empirical review. *European Review of Social Psychology*, 12, 1-36.

Sampieri-Teissier N; Sauviat I (2001), Les évolutions du positionnement des acteurs du système hospitalier : le cas de la situation du patient-usager-client, Laboratoire du CRET-LOG ; Laboratoire du CEREGE, Université de la Méditerranée, Université de Limoges Health Care Strategic Management; 23, 3, pg. 11

Sheng , O.L, et al (1999), Organizational management of telemedicine technology: Conquering time and space boundaries in health care services, *IEEE Transactions on Engineering Management*, 46 ,(3) ,265 -278

Stevenson, Fiona A., Christine A. Barry, Nicky Britten, Nick Barber, and Colin P. Bradley (2000), Doctor-patient communication about drugs: the evidence for shared decision making, *Social Science and Medicine*, 50, 829-40.

Stirman, S.W, Crits-Cristoph,P et Derubeis, R.J. (2004), Achieving successful dissemination of empirically supported psychotherapies: a synthesis of dissemination theory, *Clinical Psychology: Science and Practice*,11,343-359

Taylor, S, et Todd, P, A.(1995), Understanding information technology usage: A test of competing models, *Information Systems Research*, 6,(2), 144- 176

Thompson,R. L, Higgins,C. A et Howell J.M (1991), Personal computer: Toward a conceptual model of utilization,*MIS Quarterly*, 15, (1) ,125- 142

Triandis, H,C (1980), The self and social behavior in differing cultural contexts, *Psychological Review*, 96, 506-520

Wagner, Todd H., Tehwei Hu, and Judith H. Hibbard (2001), The Demand for Consumer Health Information, *Journal of Health Economics*, 20, 1059-7