

UNIVERSITÉ TOULOUSE III - Paul Sabatier
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2014

2014 TOU3 1063

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement **le 11 septembre 2014**

Par Benoît CRASSOUS

Cybercondrie :
État des connaissances

Directeur de thèse :
Docteur Pierre BOYER

Jury :

Monsieur le **Professeur Stéphane OUSTRIC**

Président

Monsieur le **Professeur Pierre MESTHÉ**

Assesseur

Monsieur le **Professeur Marc VIDAL**

Assesseur

Monsieur le **Docteur Serge BISMUTH**

Assesseur

Monsieur le **Docteur Pierre BOYER**

Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2013

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. RIBOT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. DURAND
		Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
		Professeur Honoraire	M. RAILHAC

Professeurs Émérites

Professeur JUSKIEWENSKI	Professeur JL. ADER
Professeur LARROUY	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur ALBAREDE	Professeur L. LARENG
Professeur CONTÉ	Professeur F. JOFFRE
Professeur MURAT	Professeur J. CORBERAND
Professeur MANELFE	Professeur B. BONEU
Professeur LOUVET	Professeur H. DABERNAT
Professeur SARRAMON	Professeur M. BOCCALON
Professeur CARATERO	Professeur B. MAZIERES
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur E. ARLET-SUAU
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H.		P.U. - P.H.	
Classe Exceptionnelle et 1ère classe		2ème classe	
M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. AMAR J.	Thérapeutique	M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie	M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Ch	Hépat-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion	M. CALVAS P.	Génétique
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)	M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire	M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie	Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique	M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE D.	Cardiologie	M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie	M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie	M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. DEGUINE O.	O. R. L.	M. LAUWERS F.	Anatomie
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie	M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.	M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE J.	Neurologie
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale	M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. LANGIN D.	Nutrition	M. PAUL C.	Dermatologie
M. LAUQUE D.	Médecine Interne	M. PAYOUX P.	Biophysique
M. LIBLAU R.	Immunologie	M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie	M. PERON J.M	Hépat-Gastro-Entérologie
M. MALAVALD B.	Urologie	M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique	M. RECHER Ch.	Hématologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique	M. SANS N.	Radiologie
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie	Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique	M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme MOYAL E.	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie		
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PERRET B (C.E)	Biochimie		
M. PRADERE B.	Chirurgie générale		
M. QUERLEU D (C.E)	Cancérologie		
M. RASCOL O.	Pharmacologie		
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile		
M. SALLES J.P.	Pédiatrie		
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON N.	Médecine Légale		
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie		
		P.U.	
		M. OUSTRIC S.	Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale

Dr. POUTRAIN J.Ch

Dr. MESTHÉ P.

Professeur Associé de Médecine du Travail

Dr NIEZBORALA M.

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Ph.	Pédiatrie	M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
M. ALRIC L.	Médecine Interne	Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne	M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. ARNAL J.F.	Physiologie	M. BERRY A.	Parasitologie
Mme BERRY I.	Biophysique	M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale	M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie	M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie	Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie	M. CHAUFOR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique	M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive	M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. COURBON F.	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie	M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE E.	Hématologie	M. DECRAMER S.	Pédiatrie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie	M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. DIDIER A.	Pneumologie	M. DELORD JP.	Cancérologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. FORTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive	M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GALINIER M.	Cardiologie	M. GARRIDO-STOWHAS I.	Chirurgie Plastique
M. GERAUD G.	Neurologie	Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention	M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie	Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie	M. HUYGHE E.	Urologie
M. LARRUE V.	Neurologie	M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie	M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEVADE T.	Biochimie	M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophtalmologie	M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses	M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.	M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. PLANTE P.	Urologie	M. OTAL Ph.	Radiologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile	M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. RITZ P.	Nutrition	M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie	M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. ROSTAING L (C.E).	Néphrologie	M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale	M. TACK I.	Physiologie
M. ROUSSEAU H.	Radiologie	Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie	M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie	M. VERGEZ S.	O.R.L.
M. SENARD J.M.	Pharmacologie		
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.		
M. SOULIE M.	Urologie		
M. SUC B.	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie		
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr VIDAL M.
Professeur Associé en O.R.L
WOISARD V.

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL P. A	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BIETH E.	Génétique	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASSAING S.	Parasitologie	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOL E.	Biophysique
M. CONGY N.	Immunologie	Mme CAUSSE E.	Biochimie
Mme COURBON	Pharmacologie	M. CHASSAING N	Génétique
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. CORRE J.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique	M. EDOUARD T.	Pédiatrie
M. DUPUI Ph.	Physiologie	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme FAUVEL J.	Biochimie	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme GALINIER A.	Nutrition
M. GANTET P.	Biophysique	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
Mme GENNERO I.	Biochimie	M. GASQ D.	Physiologie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. HAMDI S.	Biochimie	Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme HITZEL A.	Biophysique	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. KIRZIN S	Chirurgie générale	M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	M. LEPAGE B.	Biostatistique
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail	Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. LOPEZ R.	Anatomie	M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MONTOYA R.	Physiologie	Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme MOREAU M.	Physiologie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. PILLARD F.	Physiologie	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	Mme SOMMET A.	Pharmacologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie	M. VALLET M.	Physiologie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
Mme SABOURDY F.	Biochimie		
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie		
M. SOLER V.	Ophtalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLLIERS F.	Biologie du développement		
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique		
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire		
		M. BISMUTH S.	M.C.U. Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.
Dr BISMUTH M.
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Stéphane Oustric,

Professeur des Universités

Médecin Généraliste,

Coordinateur du DUMG et du DES de Médecine Générale de Toulouse,

Expert près la Cour d'Appel de Toulouse,

Conseiller National de l'Ordre des Médecins,

Tu nous fais un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse.

Merci pour ton investissement et ton implication dans notre formation de médecins généralistes. Merci à toute l'équipe du Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse pour la qualité de l'encadrement et de l'enseignement.

A Monsieur le Professeur Pierre Mesthé,

Professeur Associé de Médecine Générale,

Médecin Généraliste,

Responsable de l'Enseignement Théorique au DUMG de Toulouse,

Merci d'avoir accepté de siéger au jury de notre thèse.

Nous vous en remercions sincèrement.

A Monsieur le Professeur Marc VIDAL,

Professeur Associé de Médecine Générale,

Médecin Généraliste,

Responsable de la Pédagogie au DUMG de Toulouse

Merci de participer à ce jury de thèse.

Merci pour votre dévouement auprès des internes.

A Monsieur le Docteur Serge Bismuth,

Maître de Conférence Associé de Médecine Générale,

Médecin Généraliste,

Expert près la Cour D'Appel de Toulouse,

Responsable pôle Vieillesse et dépendance à domicile - e-santé du DUMG de Toulouse,

Nous te remercions d'avoir accepté de juger cette thèse. Merci pour ton implication dans le DUMG. Sois assuré de toute notre reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Pierre Boyer,

Maître de Conférence Associé de Médecine Générale,

Médecin Généraliste,

Responsable universitaire NTIC - site internet du DUMG de Toulouse,

Tu connaissais mon intérêt pour les nouvelles technologies et tu as accepté de diriger cette thèse. Merci pour la confiance que tu nous as accordée pour ce travail et pour l'accompagnement comme tuteur pendant ces années d'internat.

Merci,

À tous ceux qui m'ont accompagnés pendant ces années d'études.

Aux médecins avec qui j'ai eu plaisir à travailler.

A mes associés du centre médical Laennec à Trèbes.

Aux membres de l'AIMG-MP et de FAYR-GP, aux vieux cons de l'ISNAR-IMG.

La liste est trop longue, et elle est déjà sur le serveur.

(Si tu as oublié ton mot de passe, demande au webmaster)

A tous les copains qui lisent ces lignes !

Ceux du 24 juillet 2010.

Ceux qui viennent voir la cité, basculer à Mézac, visiter les fleurines ou gravir le Pelat, glisser au Seignus ou au Camporells.

Ceux qui ne signent pas cordialement et qui éditent d'abord en HTML puis WSIWYG sur joomla et qui réservent pour tout de suite.

Ceux qui savent que c'est 42, que le RAID1 n'est pas infallible, que les camemberts ne sont pas en 3D, que le CM Communication web garde son ordinateur ouvert et que les modules.

Au Dr Nizou J.

A l'ALAT,

Aux Arlésiens, parce que c'est concept[®]

A ma famille, ma belle famille,

A Grand-Mère,

A eux,

A toi.

Table des matières

I. Introduction	3
II. Rappel de la courte histoire de l'Internet.....	5
A. ARPANET, les prémices	5
B. Le web 1.0, le web passif	6
1. Définition	6
2. Mise en œuvre	6
III. Méthodes	8
A. Identification de la littérature	8
B. Sélection de la littérature	8
IV. Résultats.....	9
A. Le web 2.0, le web contributif	9
1. Définition	9
a) Le blog.....	9
b) Le web amendable : le phénomène Wikipédia.....	10
c) Le réseau social numérique	11
2. Mise en œuvre	12
B. Le patient internaute	12
1. Typologie du patient internaute.....	13
2. Usages du patient internaute.....	15
a) Des sources d'informations plus « critiques »	15
b) Un patient informé.....	15
(1) Via les canaux d'informations classiques.....	15
(2) A l'aube du web 2.0.....	16
c) La qualité de l'information recueillie	17
(1) Une information de qualité inégale	17
(2) La recherche de fiabilité :	18
(a) Le certificat HON	18
(b) Les domaines de premier niveau générique.....	19
C. La relation médecin-patient à l'heure d'Internet	20
1. Les modèles	20
2. L'impact d'Internet.....	21
D. Anxiété envers la santé	23
1. Hypocondrie.....	23

a) Définition	23
(1) Brefs rappels historiques	23
(2) Description classique	23
(3) Nouvelle classification	25
b) Les échelles d'évaluations de l'hypocondrie	25
E. Anxiété envers la santé et la cybercondrie	31
1. L'anxiété	31
a) L'anxiété à l'origine de pathologie somatique	31
b) L'anxiété en réaction aux pathologies somatiques	32
2. L'anxiété envers la santé	32
3. Cybercondrie	33
a) Définition	33
b) Echelles d'évaluation	33
V. Discussion	35
VI. Conclusion	38
VII. Bibliographie	39
VIII. Annexe 1 : <i>Health On Net</i> code	44
IX. Annexe 2 : Evolution de la relation médecin - patient	45
X. Annexe 3 : Internet santé, Faites les bons choix	47

I. Introduction

En seulement quelques années, Internet a pris une place fondamentale dans notre vie quotidienne et reste à l'origine des dernières évolutions majeures sur la manière de s'informer et de communiquer.

Cette abondance d'informations est devenue la principale source de diffusion de données médicales auprès des professionnels de santé mais aussi de l'ensemble de la population.

En effet, Internet présente des avantages indéniables, en particulier pour se renseigner sur sa santé et ses symptômes : rapidité, facilité d'utilisation, anonymat, accessibilité financière.

En France, l'INSEE estime à 41,1% la part de la population ayant recherché des informations sur la santé en ligne en 2012 contre seulement 26,6% en 2007. Il s'agit de la troisième activité la plus pratiquée sur Internet. (1)

Plus de 75% des recherches sont débutées sur un moteur de recherche généraliste, près de 15% sont débutées directement sur des sites de santé comme Webmd.com (2) aux Etats-Unis ou doctissimo.fr en France qui font désormais partie des sites les plus fréquentés. (3)

Plus récemment avec les réseaux sociaux et le web participatif ou « web 2.0 », de nouvelles formes d'échanges d'informations ont émergé. 16% des sujets interrogés disent rechercher des récits d'expériences de patients ayant un vécu similaire au leur (2). Wikipédia, encyclopédie participative la plus populaire, est dans les dix premiers résultats des moteurs de recherche pour 75% des termes médicaux (4).

Mais si de très nombreuses informations médicales sont disponibles sur Internet, il est impossible de toutes les contrôler : certaines sont fausses et peuvent induire en erreur le patient internaute.

D'après l'étude de White et Horwitz (5), les trois quarts des patients internautes reconnaissent ne pas vérifier la validité de la source ou la date de création du contenu.

Le HON Code (Annexe 1 : Health On Net) est l'une des certifications les plus reconnues, en attribuant le label HON aux sites respectant 8 principes d'un code de bonne conduite. Cette fondation suisse avait un partenariat en France avec la HAS (Haute Autorité de

Santé) mais devant l'impossibilité de certifier la qualité du contenu, cette dernière veut désormais privilégier « l'esprit critique des internautes et les accompagner dans cet apprentissage ».

Les patients inquiets pour leur santé ont tendance à chercher plus d'informations médicales, et en particulier à utiliser plus souvent Internet comme source d'informations que le reste de la population. (6)

L'hypocondrie dont la fréquence est estimée comme représentant entre 0,8 et 10% des consultations de médecines générales (7), a vu émerger de nouvelles formes d'anxiété liées à la santé.

La première utilisation du néologisme cybercondrie, formé par la contraction de cybernaute, synonyme d'internaute pour *cyber-* et d'hypocondrie pour *-condrie*, est attribuée au Dr Donal Capra en 1999.

L'office québécois de la langue française définit la cybercondrie comme étant une hypocondrie qui se manifeste par l'utilisation, parfois compulsive, d'Internet pour rechercher de l'information médicale pour soi ou pour autrui.

Le présent travail est une revue de la littérature consacrée à la cybercondrie. Le but de cette étude est de présenter un état des lieux de l'impact des technologies de l'information telles qu'Internet sur l'attitude du patient vis-à-vis de son état de santé, en particulier l'influence du web 2.0 sur le vécu et le comportement face à la maladie.

II. Rappel de la courte histoire de l'Internet

Le concept de mise en réseau d'ordinateurs apparaît au début des années 1960 au sein d'une agence de recherche technologique de défense américaine, la DARPA. Il s'agit de faire communiquer à distance des ordinateurs en utilisant différents réseaux de communication : câble, réseau téléphonique, satellite.

Pendant 20 ans, son utilisation reste cantonnée aux universitaires qui ne cessent de le développer et de lui trouver de nouvelles fonctions : transfert de données, mail, messagerie instantanée.

Avec l'essor de l'ordinateur personnel et la création du Web au début des années 1990, Internet devient le réseau des réseaux. Il s'ouvre au commerce et deviendra le moyen d'information et de communication le plus rapidement diffusé dans la vie quotidienne.

A. ARPANET, les prémices

C'est en 1965 que Lawrence Roberts et Thomas Merrill testent la première connexion informatique à distance entre le Massachusetts et la Californie. L'année suivante, Roberts conçoit le projet Advanced Research Projects Agency Network (ARPAnet), premier réseau à « transfert de paquets » destiné à faciliter les télécommunications entre les laboratoires de recherche. ARPANET est opérationnel depuis le 20 septembre 1969.

Le terme « Internet », dérivé du concept d'*Internetting* (interconnecter des réseaux) apparaît pour la première fois en 1983. Le mail existe déjà depuis 1971.

Les étudiants feront évoluer par la suite cette technologie avec la création en 1979 des groupes de discussion ou « newsgroups » permettant des discussions thématiques entre membres. Ce système est l'ancêtre des médias sociaux du XXI^{ème} siècle, des forums de discussions et des *chatrooms*.

A la fin des années 1980, la National Science Foundation (NSF) permet aux utilisateurs de se connecter n'importe où à l'intérieur des USA. ARPAnet devient accessible sur une plus grande échelle et s'ouvre au trafic commercial mondial au début des années 1990.

C'est à cette époque que des chercheurs du CERN (Conseil Européen pour la recherche nucléaire) réalisent l'application la plus connue de l'Internet d'aujourd'hui : le *World Wide Web*, littéralement la « toile d'araignée mondiale ».

B. Le web 1.0, le web passif

Au début des années 1990, son essor s'est développé avec l'avènement des ordinateurs individuels bons-marchés et la baisse du coût des accès au réseau.

1. Définition

En 1990, Robert Cailliau et Tim Berners-Lee conçoivent le web tel que nous le connaissons aujourd'hui : un système d'édition et de navigation pour transformer le réseau d'appareils disparates en un espace créatif, avec la possibilité de mettre en commun des données et de pouvoir partager les modifications. Ce système est baptisé World Wide Web.

Dès lors le développement est exceptionnel : Début 1993, on recense 130 sites web, le double en fin d'année, un million en 1997 et plus de 50 millions en 2004.

Le Web 1.0 représente les sites de première génération. Les textes et médias sont produits et hébergés par le propriétaire du site. Ils sont statiques, l'utilisateur n'est que lecteur de l'information. Ces systèmes ont un fonctionnement très linéaire. Il s'agit d'un web passif : l'internaute y consomme de l'information, comme on peut le faire dans une bibliothèque.

2. Mise en œuvre

Quelques exemples de sites d'informations médicales traditionnels en France :

- ✓ sites d'associations de malades
- ✓ sites institutionnels : site de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) www.inpes.sante.fr
- ✓ sites de pharmacologie
- ✓ sites de revues médicales : www.chu-rouen.fr/cismef
- ✓ sites de collèges universitaires : www.lecmg.fr

- ✓ sites de services et institutions publiques : Ministère www.sante.gouv.fr,
l'Assurance Maladie www.ameli.fr ; la Sécurité Sociale www.securite-sociale.fr ;
l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) www.invs.sante.fr ; le Conseil National de
l'Ordre des Médecins www.conseil-national.medecin.fr,

Cet Internet, rebaptisé à posteriori « web 1.0 », est un système à sens unique dont la seule révolution réside dans le vecteur de l'information par rapport aux autres médias (presse, télévision, radio). A la différence du « web 2.0 », dit web collaboratif, dans lequel le réseau intègre une dimension sociale forte. L'internaute est acteur et auteur de l'information, ce qui est cette fois une réelle révolution.

III. Méthodes

Ce travail est une revue de la littérature concernant la notion de cybercondrie.

A. *Identification de la littérature*

Le terme cybercondrie est traduit en anglais par « *cyberchondria* ». Il n'est pas indexé comme un mot clés du thésaurus MeSH.

Dans un premier temps, nous avons interrogé des bases de données informatiques comme MEDLINE à l'aide de PubMed, PsylINFO et des moteurs de recherche comme Google Scholar.

Par ailleurs, à l'aide des liens vers des articles au sujet similaire proposé par Pubmed, ainsi que les bibliographies des articles, nous avons déterminé un ensemble de notions associées au concept de cybercondrie : cybercondrie, hypocondrie, anxiété envers la santé, chercheur d'information médicale en ligne.

B. *Sélection de la littérature*

Les limites de la période de recherche étaient larges, de 1990 à Juin 2014 afin d'appréhender l'émergence du concept de cybercondrie dans la littérature scientifique au travers d'étude qualitative ou quantitative et des revues de la littérature et des documents de synthèse.

Seul les documents rédigés en français et en anglais ont été retenus.

Une première série de 13 résultats a été obtenue en interrogeant PubMed avec les équations de recherche suivantes :

- cyberchondria
- « health anxiety » AND Internet

Une sélection sur un peu plus de 300 documents, issus en partie des bibliographies de ces 14 résultats, a ensuite été effectuée sur titre et parfois sur le résumé quand le titre seul n'était pas suffisant.

IV. Résultats

A. *Le web 2.0, le web contributif*

1. Définition

Le Web 2.0 ou web contributif est un système dans lequel n'importe quel internaute peut être actif.

L'utilisateur devient acteur, les contenus sont produits et réalisés par les internautes eux-mêmes, le tout sans forcément un besoin de connaissances informatiques grâce à l'émergence de technologies plus simples. L'utilisateur passe alors d'un rôle passif à un rôle contributif.

Laurence Allard (8) définit le web 2.0 comme suit :

« Ecrire, commenter, copier-coller, mixer, publier, partager ou échanger des photos, vidéos, liens et tags, sur des sites de présentation de soi et de ses univers relationnels, développer des expérimentations cartographiques ou de moblogging articulant le web et le mobile dans un *espace augmenté*, la dimension massive de l'usage des technologies sociales est frappante. Ces dispositifs et agencements techniques, ces pratiques et expérimentations forment désormais un continuum socio-technique appréhendé actuellement sous le terme discuté et discutée du web 2.0, désignant le deuxième âge d'Internet et du Web et son tournant *expressiviste* ».

L'un des exemples les plus caractéristiques est celui du blog.

a) Le blog

Un blog est un site web facilement réalisable composé de billets (*posts* en anglais) classés selon leur date de publication. Le succès du blog vient d'une grande facilité de publication d'une liberté éditoriale totale et d'une capacité d'interaction en temps réel avec le lecteur via la possibilité qui lui est offerte d'y publier un commentaire voire de discuter via commentaires interposés avec les autres lecteurs.

Pour Thierry Vedel (9) du CEVIPOF (Centre de recherches politiques de Sciences-Po) :

« Parce qu'ils sont simples à créer, les blogs démocratisent l'expression du public [...]. S'il est bien trop tôt pour le dire, on doit observer que les blogs jouent parfois un rôle important en examinant de façon critique certaines des informations présentées par les médias traditionnels. [...] De leur côté, les médias traditionnels, et tout particulièrement les quotidiens et hebdomadaires d'information, portent un intérêt grandissant aux blogs. [...] Confrontés à une baisse de leur diffusion papier, certains quotidiens de la presse écrite expérimentent la formule des blogs comme une nouvelle forme d'écriture susceptible d'attirer de nouveaux lecteurs ou bien pour fidéliser leurs lecteurs habituels par des compléments d'information, une approche plus diversifiée de l'actualité ou une relation plus étroite avec les journalistes».

On en recense une dizaine de millions en France.

b) Le web amendable : le phénomène Wikipédia

L'encyclopédie participative en ligne Wikipédia créée en 2001 a donné son nom au « wiki », un système de gestion de contenu de sites webs qui rend les pages Web publiables et amendables par les visiteurs successifs via un éditeur intégré à la page web rendant sa modification simple et rapide.

Ce principe, caractéristique du web 2.0, fonctionne selon le postulat suivant : les actions des utilisateurs ajoutent de la valeur, sans circuit éditorial établi.

Publier, partager, commenter l'information selon des standards simples avec des interfaces prédéfinies, permet aux acteurs et aux utilisateurs de se faire connaître et de faire valoir leur point de vue ou leur retour d'expérience.

Pour Eric Van Hippel (10) :

« L'innovation en matière de développement technique des réseaux de production, de distribution et de consommation peut se construire horizontalement avec des acteurs qui peuvent être des utilisateurs innovants ou des utilisateurs qui sont leurs propres producteurs ou qui sont suffisamment indépendants pour diffuser leurs innovations et compléter les distributions et productions marchandes. Des modèles d'innovations par l'usage sont alors développés dans l'intérêt général ».

Ainsi, « Le web 2.0 fait ainsi partie du quotidien de chacun, oscillant entre technologies et usages, en devenir permanent. Il se rapproche peut-être de l'Internet, tel qu'il avait été construit, autour du partage de connaissances ». (4)

Selon Lane Raspberry (11), membre du Wikiproject Medicine, il y a eu en janvier 2014, 178 000 000 accès pour 26 000 articles concernant la santé sur la partie anglaise de Wikipédia, soit une audience comparable à l'ensemble des autres sources d'information médicale.

Il estime qu'il faut désormais prendre en compte l'impact que pourrait avoir Wikipédia, quelle que soit la qualité scientifique des articles, sur la santé publique car la consultation de Wikipédia influence les choix et les décisions de santé au niveau individuel d'une partie importante de la population. Il considère que les instances soucieuses de la santé publique devraient être impliquées dans la qualité du contenu médical de Wikipédia.

Ce phénomène est encore amplifié par la popularité de Wikipédia dans les résultats proposés par les moteurs de recherche.

En 2009, Laurent et Vickers (4), administrateur sur Wikipédia, testent une série de mots clés médicaux et plusieurs moteurs de recherches. Dans 71% à 85% des cas, Wikipédia est présent dans les dix premiers résultats, devant *MedlinePlus* et *NHS Direct Online* qui font parti des sites les plus fréquentés du web médical américain.

c) Le réseau social numérique

Pour Philippe Torloting (12) le réseau social se définit tel que : « dans le web1.0 l'internaute était seulement passif ; à partir du web 2.0 l'internaute c'est-à-dire l'utilisateur devient actif : il crée son propre contenu, partage des informations, se crée un réseau, etc. ; en particulier via les médias sociaux dont les réseaux sociaux ».

Dans ce cadre général s'est développé un grand nombre de plateformes dites de « médias sociaux », qui sont difficiles à identifier et à définir tant elles sont par essence dynamiques et évolutives.

On distingue ainsi les médias sociaux, les réseaux sociaux numériques et les sites de « réseautage ». Il peut s'agir de Wikipédia, Youtube, Facebook, Twitter.

Les réseaux de santé numérique (RSN) s'inscrivent dans le cadre du web 2.0 communautaire et interactif, qui a multiplié les communautés virtuelles en diversifiant les possibilités de connexions entre profils d'internautes et les types d'objets mis en partage.

En s'inscrivant sur un tel site, l'internaute renseigne un profil mettant en ligne un certain nombre de données personnelles qui permettront via un moteur de recherche à un autre internaute de le retrouver ou de le contacter selon un critère précis. Il peut également rejoindre ou créer un groupe déterminé. Ainsi l'internaute, peut facilement rentrer en contact avec des personnes avec qui il partage des affinités, un lieu de résidence ou de travail voire une maladie commune.

2. Mise en œuvre

Quelques exemples de médias sociaux utilisés en France.

- **les sites généralistes** : www.doctissimo.fr, www.santepublique.fr La plupart intègrent à la fois des pages traditionnelles et des fonctionnalités 2.0 tels des blogs ou des forums.
- **les encyclopédies en ligne** : portail médecine de Wikipédia www.fr.wikipedia.org/Portail:Medecine
- **les blogs** : tenus par des médecins ou des patients faisant part de leurs retours d'expériences (souvent des pathologies chroniques ou graves). Ex : le blog santé : www.leblogsante.com;
- **sites de réseaux sociaux numériques professionnels** : réseau Pro Santé www.reseauprosante.fr
- **sites de réseaux sociaux numériques de patients** : www.carecity.com

B. Le patient internaute

En mai 2007, la haute autorité de santé a mené une revue de la littérature internationale concernant l'utilisation d'Internet par les patients. Ce document a pour titre « *Le patient internaute* ». (13)

1. Typologie du patient internaute

Le jeune âge, le sexe féminin, et un niveau d'éducation élevé étaient des facteurs significativement associés à l'interrogation d'Internet pour des questions médicales. Un niveau de revenus élevé y est inconstamment associé.

Le moteur de recherche était l'outil le plus utilisé par les patients pour la recherche d'informations médicales en ligne. Les informations recherchées portaient sur une maladie ou une situation clinique, un traitement, la nutrition et la forme physique ou les alternatives thérapeutiques. Les auteurs de cette revue soulignaient que les sites de santé peuvent comporter des informations inexacts.

Les critères de crédibilité d'une information médicale sur lesquels se fondaient les patients étaient divers (appartenance à des agences gouvernementales ou d'organisations professionnelles, source ou auteur, identifié et crédible, information datée).

La qualité du site était évaluée par les patients selon plusieurs déterminants (contenu global, compréhensibilité, facilité d'accès etc ...).

Les patients internautes voulaient avoir l'avis du médecin vis-à-vis de l'information trouvée. Ils estimaient que la consultation d'Internet permet de mieux comprendre la maladie, son traitement, de mieux se prendre en charge et à mieux participer à la prise de décision concernant leur santé.

Début 2013, une étude de l'institut TNS Sofres complète et vient confirmer l'essor d'Internet (14). Réalisée par téléphone pour le compte d'une société de conseil en santé en partenariat avec Doctissimo, elle s'intéresse à l'impact de l'utilisation d'Internet en santé et dresse des profils d'utilisateurs.

Un français sur deux est un internaute en santé, avec une part de plus en plus importante d'usage en mobilité (smartphones, tablettes).

Près des ¾ des répondants admettent que les informations trouvées sur le web sont claires et très utiles. Plus de la moitié reconnaissent qu'elles permettent d'avoir des échanges plus riches qu'avec les médecins.

Cette étude décrit ainsi 6 profils de patients.

- Les “Déconnectés” (15%), distants d’Internet et réticents à utiliser le web pour s’informer sur la santé, se sont principalement des seniors. Ils ont peu d’attente des services en ligne. Seule la garantie des informations par leur médecin les séduit un peu.
- Les “Méfiants” (24%), ils n’ont pas - encore - assez confiance dans Internet pour s’informer sur la santé. Parmi ceux-ci, les réticents sont intéressés par la garantie des informations par leur médecin (55%) et la prise de rendez-vous via le web (66%).
- Les “Détachés” (12%), connectés à Internet, ils n’éprouvent pas le besoin de s’informer sur la santé ou n’en ont pas le réflexe. Garantie des informations par les professionnels de santé (53%), prise de rendez-vous via Internet (65%) et accès aux résultats d’analyse médicale sur le web (63%) les intéressent.
- Les “Occasionnels” (23%), utilisant ponctuellement le web pour s’informer, ils n’en sont pas encore à l’utiliser pour dialoguer. Ils souhaitent accéder aux résultats d’analyses médicales (70%) et à leur dossier médical (69%) sur le web, prendre rendez-vous via Internet (69%) et échanger par e-mail avec leurs médecins (61%).
- Les “Adeptes” (13%), utilisant fréquemment le web pour s’informer sur la santé et rester en bonne santé, leurs attentes sont les mêmes que celles des “Occasionnels” mais sont encore plus fortes (consultation d’analyse médicale 76%, dossier médical 71%, prise de rendez-vous 69%, échange par e-mail 65%).
- Les “Communicants” (13%), allant fréquemment, voire très fréquemment, sur Internet pour rechercher des informations médicales, ils sont également contributifs via leurs dialogues sur le web avec des patients ou des médecins. 77% d’entre eux souhaitent accéder à leurs analyses médicales sur le web et 70% à leur dossier médical. 77% aimeraient prendre rendez-vous via Internet, 69% échanger par e-mail et plus d’1 sur 2 (51%) échanger en visio-conférence, visiophonie avec leur médecin.

Le patient internaute est le centre d’intérêt d’institutions publiques, gouvernementale comme de compagnie privée, à but lucratif ou non.

Malgré de nombreuses études, il reste difficile à définir.

2. Usages du patient internaute

Fort de ces nouvelles technologies, le comportement du patient s'en trouve modifié.

a) Des sources d'informations plus « critiques »

Dès les années 1990, le souhait d'accéder à l'information chez les patients se développe et conjointement sa couverture dans les médias plus traditionnels.

Marchetti et Champagne (15) relèvent l'apparition d'un journalisme médical critique à l'égard des experts traditionnels en marge du scandale sur le sang contaminé.

En France, l'information de santé est traditionnellement publique (émanant de l'État ou d'institut de recherche) et scientifique (basé sur des connaissances précises avec des circuits de validation). Elle est partagée entre la vulgarisation scientifique et le relais des politiques de santé publiques.

Pour Romeyer (16) : « Cette médiatisation s'est accompagnée, depuis le milieu des années 1990, d'une mise en débat de la santé dans plusieurs affaires politico-sanitaires (sang contaminé, amiante, vache folle, chikungunya, grippe H1N1, canicule) venues bousculer la place de ces thématiques dans la société française et dans les médias. [...] L'information qui a trait à la santé dépasse désormais le seul cadre médical. Elle est devenue une information de santé, c'est-à-dire une information grand public qui s'attache moins aux données médicales qu'aux incidences sociales, économiques et politiques des problèmes de santé. Cette information de santé grand public échappe par ailleurs au contrôle du secteur médical comme à celui de l'État. Ce sont donc deux types d'information, médicale et de santé, qui coexistent désormais en France. »

b) Un patient informé

(1) Via les canaux d'informations classiques

Bien souvent, avant même la consultation du praticien, le patient va aller à la recherche de l'information (17). Cette possibilité n'est pas à proprement parler nouvelle. Les ouvrages de médecine générale étant en accès libre, pour autant la facilité d'accès à l'information va en modifier la nature et la fréquence.

Pour Attfield, Adams et Blanford, cette démarche informative s'organise en deux temps. Une recherche d'informations pré-consultative et post-consultative (17).

En phase pré-consultative, les patients cherchent à s'informer afin d'évaluer la gravité de leurs symptômes et déterminer l'intérêt de la consultation.

En phase post-consultative, les patients cherchent des informations sur la nature du diagnostic effectué par le médecin, avoir d'autres avis, obtenir une seconde opinion, s'informer sur la gestion au quotidien de la maladie voire des méthodes de guérison alternatives (médecines douces) (18).

(2) A l'aube du web 2.0

Aujourd'hui Fox et Duggan, relèvent que les réseaux et médias sociaux sont un vecteur de partage de l'information médicale de plus en plus important. Cela est d'autant plus vrai avec l'avènement des applications de santé mobiles sur smartphone ou tablettes qui peuvent être utilisées en tout temps et donc dès l'apparition des symptômes.

Les statistiques sont éloquentes : selon le Centre de recherche *Pew Internet*, 50% des américains utilisent leur smartphone pour rechercher des informations de santé et un américain sur cinq possède une application mobile dédiée à cette tâche. En France, c'est un internaute santé sur trois qui accèderait à l'information via une plateforme mobile. Dans le contexte actuel, les patients sont donc de plus en plus nombreux à rencontrer leur médecin en ayant, au préalable, effectué une recherche en ligne sur leur problématique de santé (14).

On distingue deux causes principales :

- Ces espaces permettent l'accès à une information davantage vulgarisée, plus pratique, plus accessible que celle spécialisée des praticiens. L'internaute partage un vécu, des sentiments rarement relatés par le professionnel de santé.
- L'anonymat toujours possible favorise la discussion sur des sujets les plus intimes comme la sexualité ou les pathologies psychologiques (19).

Carecity, principal réseau de santé numérique Français, est apparu en 2001. Il s'inspire largement du réseau américain créé en 2004 ; Patientslikeme, qui se traduit mot à mot par Des-patients-comme-moi.

Faisant appel à des professionnels de santé et des associations de malade, Carecity qui s'intéresse désormais tant aux maladies chroniques qu'aux maladies rares poursuit un triple objectif :

- Rompre l'isolement du patient en lui permettant de partager son expérience de la maladie avec d'autres patients réunis en communautés autour d'une maladie leur permettant de s'apporter un soutien mutuel.
- Suivre l'évolution de sa maladie pour mieux la comprendre et ainsi améliorer sa relation avec le médecin. Ainsi, pour Corinne Antoine, néphrologue : « les réseaux sociaux permettent de sensibiliser les patients et leurs proches à l'importance du suivi du traitement, mais aussi par exemple d'échanger des "trucs et astuces" pour supporter le régime alimentaire très strict, indispensable à l'évolution de l'insuffisance rénale ».
- Contribuer à la pharmacovigilance en partageant les informations, en particulier les effets indésirables, déclarées par les membres et monnayées par l'éditeur du site auprès des laboratoires pharmaceutiques.

c) La qualité de l'information recueillie

Corolaire évident du web collaboratif : en permettant à chacun d'être source d'information se pose la question de la qualité de l'information recueillie tant au niveau du patient que du professionnel de santé.

(1) Une information de qualité inégale

Selon Eysenbach, l'information sur Internet est de qualité très inégale en raison du développement de sites à vocation commerciale voire à l'activité à la frontière du médical et peu encadrée : les tests génétiques de paternité en vente libre par exemple (20).

Toutefois, si l'information circulant sur les médias sociaux n'est pas toujours fiable, sa qualité variant selon le type de média et le thème abordé, le corollaire aux échanges collaboratifs est celui d'offrir à tout un chacun de contrôler l'information diffusée (21).

Madeleine Akrich, directrice du Centre de Sociologie de l'Innovation (CSI) des Mines ParisTech estime même que dans le cadre des réseaux de santé numérique, « les discussions, réservées à des membres inscrits constituent une communauté qui s'autorégule et s'autocontrôle, selon un principe collaboratif efficace » précisant que « les informations qui circulent dans ce genre d'espace sont souvent de meilleures qualités que celles éventuellement données par un médecin non spécialiste de la question » (22).

Thoër et Aumond (23) ont étudiés les échanges sur un forum portant sur les caractéristiques et l'utilisation des drogues légales (médicaments détournés), des produits naturels ayant une action stimulante et des drogues illégales. Ils relèvent ainsi qu'en dépit de la nature non-spécialisée des sources, la mise en commun de retours d'expériences profanes peut faire émerger une certaine forme d'expertise collective complémentaire à celle des professionnels de santé.

(2) La recherche de fiabilité :

Entre 1995 et 2000, dans les pays où Internet connaissait une très forte montée en puissance, un courant visant à évaluer, voire à certifier les sites web a vu le jour : *VeriSign* en 1995, *WebTrust* en 1999, outils orientés vers le commerce.(24)

Parallèlement, des organismes institutionnels, des associations à but non lucratif ou des universités ont créé des dizaines d'outils d'évaluation de la qualité des sites web médicaux.

Le docteur Cretton (25) identifie trois outils d'évaluation dans la littérature :

- des codes d'éthique comme le Hon Code en 1995.
- des recommandations faites par des organismes tel que la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL, Délibération n° 01-011 du 8 mars 2001), la Haute Autorité de Santé ou encore le *National Network of Libraries of Medicine*
- des grilles d'évaluation des sites Internet santé avec *Discern* développée en 1997 en Angleterre, *NetScoring* créé en 1997, en partenariat avec une équipe pluri-professionnelle et disciplinaire du Centre Hospitalo-Universitaire de Rouen, utilisé dans le catalogue de site médicaux CISMeF.

Il existe d'autres outils : *URAC*, *Internet Healthcare Coalition*, *Medscore / MedCircle*, *Omni*, *Quality Criteria* de la Commission Européenne, *Toucanomètre*, *VIPPS*.

Par ailleurs, de nombreuses universités ont développé leur propre grille d'évaluation.

(a) Le certificat HON

Face à la multiplication des éditeurs de contenu de santé sur Internet, les autorités françaises ont été amenées à légiférer dans le but de certifier la fiabilité des informations présentées. Cette mission de certification a été confiée à la Haute Autorité de Santé (HAS) dans la loi du 13 août 2004 portant sur la réforme de l'assurance maladie.

Initialement, la fondation suisse *Health On the Net* (HON – la santé sur Internet) était l'organisme chargé par la HAS de la certification. Le HON code est le code de déontologie pour l'information médicale le plus utilisé et l'un des plus anciens disponible sur Internet. Il est traduit en plus de 30 langues.

Cette certification était fondée sur le respect par les sites de santé de huit principes (Annexe 1 : Health On Net) traduisant l'engagement de l'éditeur à respecter des principes de transparence et à diffuser de l'information de santé répondant à des critères de qualité.

En aucun cas cette certification n'avait pour objectif de garantir le contenu éditorial du site.

Ce partenariat n'a pas été reconduit et la certification avec la HAS ne peut plus être obtenue depuis juillet 2013. Son bilan est en effet contrasté : d'un côté la certification HON/HAS s'est avérée utile pour les éditeurs qui ont pu améliorer leur site vers une plus grande qualité éditoriale. De l'autre, ne pouvant donner de garantie sur le contenu scientifique elle n'est que de faible intérêt pour les usagers. Il est même trompeur voire dangereux pour ceux qui donneraient à cette certification une telle garantie.

D'après de plusieurs enquêtes, certaines de la fondation elle même, le label HON reste peu connu par le grand public et les professionnels de santé. Il n'a pas joué le rôle d'aiguillage auquel il était destiné.

Dans les mois à venir, la HAS doit proposer un nouveau système permettant d'orienter les internautes vers des sites de référence (26).

(b) Les domaines de premier niveau générique

En 2011, l'autorité de régulation de l'Internet, *Internet Corporation for Assigned Names and Numbers* (ICANN) a annoncé la fin des restrictions sur les domaines de premier niveau générique, *generic top-level domain name* (gTLD) comme *.com*, *.gov* et *.edu*.

De nombreux débats ont alors émergé sur la création de nouveaux gTLD comme *.health*, *.med*, *.doctor*. (27) Le site <http://www.dothealthgtld.com> met en avant la sécurité et la garantie d'une information de santé de qualité. Pour Eysenbach (28), c'est l'occasion de rouvrir le débat sur l'implication des instances gouvernementales, des organisations sanitaires de médecins et de patients, voire de créer un consortium à but non lucratif

chargé de distribuer ces noms de domaines à des sources de confiance pour l'internaute. Cette étape nécessite la création de critère de qualité et la mise en œuvre de moyen d'évaluation et de suivi dans le temps du contenu de ces sites web.

C. La relation médecin-patient à l'heure d'Internet

1. Les modèles

La relation médecin-patient est l'objet de nombreuses publications. Thoër en rappellent les principaux modèles théoriques (29).

En 1951, Parsons décrit une médecine toute puissante avec un patient toujours enclin à collaborer avec le médecin. Thoër précise que « dans ce modèle paternaliste mais consensuel, le contrôle social exercé par la médecine est jugé bénéfique. »

En 1984, Freidson critique cette vision passive du patient. Thoër explique que « la relation médecin-patient confronte deux perspectives culturelles distinctes, celle du profane et celle de l'expert, qui ne sont pas toujours réconciliables. »

Stewart définit en 1995 six préceptes (30) de l'approche clinique centrée sur le patient :

- explorer la maladie, mais aussi l'expérience de la maladie vécue par le patient
- comprendre la personne dans sa globalité subjective, personnelle, psychosociale
- s'entendre avec le patient sur le problème, les solutions et le partage de responsabilités
- valoriser la prévention et la promotion de la santé
- établir et maintenir la relation médecin patient
- faire preuve de réalisme

D'autres études explorent cette relation : Modèle de décision partagée d'après Légaré en 2006, Modèle centré sur le patient d'après Epstein et Street en 2007, Modèle collaboratif d'après Politi et Street en 2011.

En 2003, Anderson, Eysenbach et Rainey (31) décrivent cette évolution de la relation médecin-patient au travers de quatre étapes. Une description classique paternaliste, précédemment décrite, où le patient est laissé « dans le trou noir de l'ignorance » (Annexe 2-a), puis une approche éducative : « *ex-ducere* signifiant littéralement *guider hors de* » (Annexe 2-b). Le médecin reste le leader de l'échange.

La troisième étape apparaît avec l'émergence du e-patient et la notion de *empowerment*, terme sans équivalent en langue française, correspondant à une émancipation, une autonomisation du patient dans sa connaissance et la prise de décision pour sa santé. Anderson, Eysenbach et Rainey mettent en avant le fait que ce changement est parfois mal vécu par le professionnel de santé, voire une source de conflit face à cette inversion du sens de transmission de l'information (Annexe 2-c).

La quatrième étape est une évocation de ce que nous désignons aujourd'hui en partie par la notion d'éducation thérapeutique, avec une relation équilibrée entre les deux intervenants (Annexe 2-d)

Ils citent l'exemple d'une patiente qui découvre sur un atlas de dermatologie en ligne une photo de pityriasis rosée et réalise qu'elle présente les mêmes signes sans avoir ressenti le besoin de consulter depuis trois années. Un dermatologue confirme alors rapidement le diagnostic mais elle déclare avoir eu l'impression que « les médecins détestent absolument de telles demandes ».

2. L'impact d'Internet

L'enquête web sur les habitudes de recherche d'informations liées à la santé sur Internet (WHIST) réalisé par l'Inserm en 2007(32) montre que la fréquence des consultations médicales n'est pas modifiée par la recherche d'information de santé sur Internet pour 84% des 4 500 personnes interrogées.

Les « comportements d'auto-médicalisation » au travers d'Internet restent peu fréquents, concernant 7,3% des répondants.

Pour 85% des personnes interrogées, le fait de chercher de l'information sur Internet ne modifie pas la confiance qu'ils ont en leur médecine.

Dedding décrit dans une revue de la littérature de 2011 cinq rôles, non exclusifs, attribués aux sites web de santé (33) :

- Substitut à la consultation face à face (*Be(come) a replacement for face-to-face consultations*)
- Complément à une relation préexistante (*Supplement existing relationships*)

- Crée des conditions favorables à une amélioration ou un renforcement de l'implication du patient (*Create favorable circumstances for improvements or for strengthening patient participation*)
- Trouble les relations (*Disturb relations*)
- Oblige ou implique une participation des patients plus intense et plus fréquente (*Force or demand more intense and more frequent patient participation*)

Il conclut que la e-santé a des effets divers sur la relation médecin-patient, pouvant être un réel perturbateur ou, au contraire, un soutien de choix.

Une étude qualitative de 2004 (34) trouve des résultats plus consensuels : l'utilisation d'Internet par les patients augmente leur niveau de connaissance pour leur santé mais ils sont souvent submergés pour pouvoir prendre eux-mêmes une décisions médicales et gardent une grande confiance en leur médecin.

D'après Oshima et Emmanuel (35), l'implication des patients dans la décision médicale peut améliorer les résultats de la prise en charge par une meilleure adhésion au traitement, et réduire les coûts.

Internet modifie la relation médecin-patient. Pour autant, il est aujourd'hui difficile de généraliser les conditions pour que cet effet soit bénéfique à la relation médecin-patient ou de définir les déterminants pouvant déclencher ou aggraver une hypocondrie.

D. *Anxiété envers la santé*

1. Hypocondrie

a) Définition

(1) Brefs rappels historiques

L'hypocondrie est une pathologie psychiatrique qui se définit comme une préoccupation centrée sur la crainte ou l'idée d'être atteint par une maladie grave. Cette pathologie se retrouve dès le Ve siècle avant J-C puisqu'Hippocrate l'attribue aux effets de la bile noire : l'hypocondriaque était alors celui qui était persuadé qu'une épine était fichée dans ses viscères.

Plus récemment on la retrouve chez Molière dans le Malade Imaginaire incarné par le personnage d'Argan qui donnera son nom à l'organisme, forme classique de l'hypocondrie pour Abadie.

On retrouve un autre exemple chez Hugo Benzi qui croît être ruiné et malade craignant de ne plus pouvoir se moucher avec du liquide nasal bloqué dans l'estomac. Son médecin lui conseille alors de manipuler argent et parfums pour lui démontrer que son nez fonctionne. (36)

Ce terme entre définitivement dans le vocabulaire médical au XVIème siècle en perdant le « h » qui rappelle la notion d'hypocondre.

En 1925, Dupré en fait une maladie de la sensation où la dysesthésie ou l'hyperesthésie sont déterminantes.

(2) Description classique

En 1975, Maurel (17) donne une description *classique* de l'hypocondrie qu'il définit comme :

- le besoin d'interpréter des symptômes corporels, pratiquant une autoanalyse riche
- le besoin de porter un diagnostic, sémiologie détaillée

- le besoin de consommer des médicaments, en appréciant particulièrement les traitements originaux composés spécifiquement. Les injections sont parées d'un pouvoir magique supplémentaire
- le besoin de compter et de faire des inventaires

Plus récemment, Starcevic (37), Lipsitt (38) ou encore Pilowsky (39) définissent trois dimensions cliniques :

- des préoccupations corporelles : ils sont moins gênés par les symptômes eux-mêmes que par la signification potentielle de ces symptômes
- la peur d'être atteint d'une maladie grave : différent de phobies, au contraire, peur de la maladie ne s'accompagne pas d'évitement, confrontation à la médecine n'augmente pas l'anxiété
- une certaine résistance à la réassurance médicale

A cela s'ajoutent certaines pratiques comme le comportement de vérification de la santé (que se soit par la recherche de diagnostic dans l'entourage ou l'utilisation d'examens médicaux non-indiqués) et un goût certain pour le « *shopping médical* » (40).

Dans le DSM IV (41), l'association américaine de psychiatrie définit l'hypocondrie d'après les critères diagnostiques suivants :

- une préoccupation centrée sur la crainte ou l'idée d'être atteint d'une maladie grave, fondée sur l'interprétation erronée par le sujet de symptômes physiques (A)
- la préoccupation persiste malgré un bilan médical approprié et rassurant (B)
- la croyance exposée dans le critère A ne revêt pas une intensité délirante (comme dans le trouble délirant, type somatique) et ne se limite pas à une préoccupation centrée sur l'apparence (comme dans le trouble: peur d'une dysmorphie corporelle) (C)
- la préoccupation est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (D)
- la durée de la perturbation est d'au moins 6 mois (E)
- la préoccupation n'est pas mieux expliquée par une anxiété généralisée, un trouble obsessionnel-compulsif, un trouble panique, un épisode dépressif majeur, une angoisse de séparation ou un autre trouble somatoforme (F)

(3) Nouvelle classification

En mai 2013, une mise à jour de ce manuel, le DSM V (42), introduit la notion de « troubles somatiques gênants et persistants, accompagnés par une réponse psychologique excessive. », en enlevant le critère de durée.

Ces symptômes sont ainsi classés en troubles « médicalement expliqués » (*illness anxiety disorder*) et troubles « médicalement inexpliqués » (*somatic symptom disorder*).

Michael Sharpe (43) explique que ce diagnostic permet de « remplacer l'idée de symptômes médicalement inexpliqués par le concept simple de la charge des symptômes ». Ces patients ont « plus que d'autres, besoin d'aide psychiatrique pour gérer leurs symptômes somatiques ».

b) Les échelles d'évaluations de l'hypocondrie

En plus des critères du DSM, ils existent de nombreuses échelles cherchant à caractériser aux mieux les différents troubles anxieux, afin notamment de distinguer la part de l'hypocondrie par rapport à d'autres pathologies pouvant être associées comme le trouble panique, le trouble obsessionnel compulsif ou encore un trouble phobique de la maladie.

Ces échelles se rapportent à la définition « classique » de l'hypocondrie. Elles sont souvent auto-administrées. Certaines ciblent une caractéristique particulière de l'anxiété envers la santé comme l'évitement ou la recherche de réassurance, d'autres évaluent une dimension.

La plupart sont anglo-saxonne. Des études sont en cours pour valider des versions françaises. L'une des plus ancienne encore utilisée est l'index de Whiteley développé en 1967. Il comporte 14 questions fermées dichotomiques. Un score supérieur à 5 est associé dans 87% des cas au diagnostic d'hypocondrie. Il est secondairement adapté avec des réponses selon une échelle de Likert de 0 à 4 pour pouvoir plus facilement le comparer avec d'autres questionnaires.

Un autre test régulièrement utilisé est le *Illness Attitude Scale* (échelle d'attitude vis-à-vis de la maladie) développé par Kelnner en 1987. Elle comporte 29 questions à réponses fermées à cinq intensités de 0 à 4 répartie en neuf catégories.

Il existe ainsi plus de 8 tests d'évaluation globale de l'anxiété envers la santé et au moins 17 tests évaluant une composante particulière de cette anxiété et/ou de l'hypocondrie comme le montre les tableaux suivants, d'après Bridou (44) (Tableau 1):

Nom		Auteur	Année	Nombre de question	Domaine	Consistance Interne α	Fidélité test-retest
Whiteley Index	WI	Pilowsky	1967	14	1) Préoccupations corporelles.	.76	r =.90 (Speckens, et al., 1996).
					2) Nosophobie.		
					3) Obsession d'être atteint d'une maladie		
Illness Behaviour Questionnaire	IBQ	Pilowsky	1979	62	1) Obsession d'être atteint d'une maladie.	.79	(Pilowsky & Spence, 1994; Prior & Bond, 2010).
					2) Inquiétudes envers la santé	.78	
					3) État affectif général.	.80	
Illness Attitudes Scale	IA	Kellner	1987	29	1) Inquiétudes envers la santé.	.67	r =.93 (Speckens, et al., 1996).
					2) Inquiétudes envers la douleur.	.64	
					3) Habitudes sanitaires.	.44	
					4) Croyances hypochondriaques.	.62	
					5) Thanatophobie.	.72	
					6) Nosophobie.	.23	
					7) Préoccupations / corps.	.93	
					8) Expérience des traitements.	.75	
					9) Conséquences des symptômes.	.84	
Health Anxiety Questionnaire	HAQ	Lucock & Morley	1996	21	1) Inquiétudes et préoccupations liées à la santé.	.92	(à 6 semaines) r =.87
					2) Peur de la maladie et de la mort.		
					3) Recherche de réassurance.		
					4) Répercussions sur la vie quotidienne.		
Health Attitude Survey	HAS	Noyes	1999	27	1) Insatisfaction envers la prise en charge médicale.		Non Renseignés
					2) Frustration envers la santé.		
					3) Shopping médical.		
					4) Inquiétudes excessives envers la santé.		
					5) Détresse psychologique.		
					6) Communication discordante avec les soignants.		
Health Anxiety Inventory	HAI	Salkovskis	2002	64	Anxiété envers la santé.	.95	(à 22 jours) r =.76
Short Health Anxiety Inventory	SHAI	Salkovskis	2002	18	Anxiété envers la santé.	.89	

Tableau 1 : tests d'évaluation de l'anxiété

Multidimensional Inventory of Hypochondriacal Traits	MIHT	Longley, Watson & Noyes	2005	31	1) Dimension cognitive : sentiment d'être incompris(e).	.87	(à 8 semaines) r = .75
					2) Dimension comportementale : recherche de réassurance.	.86	r = .78
					3) Dimension perceptive : amplification somatosensorielle.	.86	r = .75
					4) Dimension affective : inquiétudes envers la santé.	.80	r = .76
Symptom Distress Scale	SDS	McCorkle & Young	1978	15	Détresse émotionnelle liée à la perception de symptômes physiques	.82	
Body Sensations Questionnaire	BSQ	Chambless	1984	18	Anxiété liée aux sensations physiques du système nerveux autonome.	.87	(à 4 semaines) r = .67
Anxiety Sensitivity Index	ASI	Reiss	1986	16	Sensibilité à l'anxiété, c'est-à-dire la peur des réactions physiques liées à l'anxiété.	.87	(Schmidt & Mallott, 2006).
Somatosensor y Amplification Scale	SAS	Barsky	1990	10	Tendance à percevoir les sensations corporelles déplaisantes mais peu symptomatiques d'une maladie donnée, comme particulièrement intenses, nocives et perturbantes.	.82	r = .79
Body Vigilance Scale	BVS	Schmidt	1997	4	Tendance à focaliser son attention sur les sensations corporelles intéroceptives.	.82	
Anxiety Sensitivity Index-Revised	ASI-R	Taylor & Cox	1998	36	1) Peur des symptômes respiratoires.	.91	
					2) Peur des réactions anxieuses observables en public.	.86	
					3) Peur des symptômes cardiovasculaires.	.88	
					4) Peur de la perte de contrôle cognitif.	.89	
Anxiety Sensitivity Index-3	ASI-3	Taylor	2007	18	1) Peur des réactions anxieuses observables en public.	.79	
					2) Peur des symptômes physiques	.84	
					3) Peur de la perte de contrôle cognitif	.79	

Health Perceptions Questionnaire	HPQ	Ware	1976	36	1) Antécédents de santé.	.91	(à 6 semaines) r = .86
					2) Etat de santé actuel.	.73	r = .78
					3) Attentes / la santé future.	.71	r = .73
					4) Vulnérabilité / la maladie.	.75	r = .76
					5) Inquiétudes / la santé.	.60	r = .65
					6) Orientation de la maladie.	.59	r = .72
					7) Rejet du rôle de malade.	.59	r = .66
					8) Attitude / les médecins.	.67	r = .59
Illness Worry Scale	IWS	Robbins	1990	12	1) Inquiétudes envers la maladie.	.68	
					2) Conviction d'être malade sans être reconnu comme tel.		
					3) Hypersensibilité à la douleur.		
					4) Vulnérabilité à la maladie.		
Symptom Interpretation Questionnaire	SIQ	Robbins & Kirmayer,	1991	12	1) Causes psychologiques.	.68	
					2) Causes somatiques.		
					3) Interprétations normatives		
Illness/Injury Sensitivity Index	ISI	Taylor	1993	11	1) Peur des maladies.	.86	
					2) Peur des blessures	.84	
Illness Perception Questionnaire	IPQ	Weinman	1996	80	1) Conséquences des symptômes et/ou de la maladie.	.88	(Broadbent, et al., 2006 ; Moss-Morris, et al., 2002).
					2) Lieu de contrôle envers la maladie et les traitements.	.69	
					3) Durée de la maladie.	.68	
					4) Représentation émotionnelle.	.82	
					5) Cohérence de la maladie.	.55	
Cognitions About Body and Health Questionnaire	CABA _H	Rief	1998	68	1) Interprétations catastrophistes des symptômes somatiques.	.88	
					2) Perception des sensations intéroceptives.	.70	
					3) Sensation de faiblesse corporelle.	.80	
					4) Intolérance envers les symptômes somatiques.	.67	
					5) Habitudes de santé.	.68	

Questionnaire des Croyances Reliées à la Santé	QCRS	Pelletier	2002	19	1) Pensée magique envers la survenue de la maladie.	.69	(à 3 semaines) r =.70
					2) Représentation de la bonne santé.	.66	
					3) Représentation des conséquences graves et tragiques de la maladie.	.70	
					4) Sentiment de responsabilité envers la maladie	.73	
					5) Sentiment de vulnérabilité face à la maladie	.64	
Pourquoi S'Inquiéter face à la Santé	PSI-S	Pelletier	2002	13	1) Utilité de s'inquiéter à propos de la maladie.	.90	(à 3 semaines) r =.71.
					2) Pensée magique concernant le rôle des inquiétudes dans l'occurrence de la maladie.	.79	
Reassurance Questionnaire	RQ	Speckens	2000	8	1) Sentiment de réassurance éprouvé après un apport d'information de la part d'un médecin.	.79	
Questionnaire d'Evitement Cognitif	QEC	Gosselin	2002	25	1) Suppression de pensées.	.90	(à 4 semaines) r =.81.
					2) Evitement des stimuli déclenchant des pensées pénibles.	.90	
					3) Distraction.	.89	
					4) Transformation d'images en pensées verbales.	.84	
					5) Substitution de pensées.	.71	

E. Anxiété envers la santé et la cybercondrie

1. L'anxiété

Dans le DSM IV (41), l'anxiété est défini comme une réaction émotionnelle à type de tension ou de malaise excessifs, associé à une anticipation craintive et désorganisée d'un danger réel ou non, et un sentiment d'impuissance.

La maladie est l'un des facteurs les plus fréquemment retrouvés, avec les soucis professionnels et les problèmes financiers dans les causes d'anxiété. Bridou (44) décrit deux axes de recherche dans la littérature pour décrire les liens entre anxiété et maladie somatique : l'anxiété à l'origine de pathologie somatique et l'anxiété en réaction aux pathologies somatiques.

a) L'anxiété à l'origine de pathologie somatique

Deux hypothèses sont décrites pour expliquer la participation de l'anxiété dans le déclenchement de pathologie :

- L'hypothèse psychoneuro-immunologique : l'anxiété pourrait induire directement une modification du système immunitaire.
- L'hypothèse comportementale : l'anxiété modifie le comportement de l'individu et indirectement son état de santé.

Miller, Hurley et Shoda décrivent dans une approche sociocognitive centrée sur le traitement de l'information (*Cognitive-Social Health Information Processing model, CSHIP*) (45) un modèle curvilinéaire, en « U » inversé :

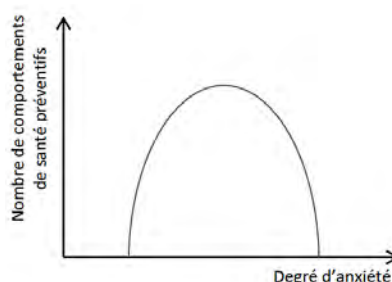


Figure 1 Hypothèse Curvilinéaire du modèle sociocognitif de la santé centré sur le traitement de l'information.

Une anxiété modérée pourrait amener les patients vers des comportements de santé préventifs (règles hygiéno-diététiques, participation aux programmes de dépistage par exemple).

Aux deux extrémités de la courbe, un niveau trop faible ou trop fort d'anxiété entraînerait une négligence des risques de santé selon un mécanisme d'évitement cognitif (exposition au soleil sans protection ou consommation d'alcool pour gérer un état anxieux).

b) L'anxiété en réaction aux pathologies somatiques.

Prince (46) explique que les pathologies somatiques graves et/ou chronique génèrent souvent une détresse psychologique pouvant aggraver leur impact et leur ressenti.

2. L'anxiété envers la santé

Face à la complexité pour expliquer le lien entre anxiété et pathologie somatique, Bridou déclare (44): « Il paraît donc nécessaire d'augmenter la *résolution du microscope* en passant de l'étude d'entités théoriques générales (l'anxiété) à des concepts plus spécifiques (l'anxiété envers la santé) » et précise que « L'anxiété envers la santé est un concept pluridimensionnel faisant intervenir des déterminants perceptifs, cognitifs et émotionnels. »

Pour Asmundson (47), une minorité de la population serait « non anxieuse envers la santé, et la plupart présenterait un niveau d'anxiété envers la santé relativement important selon un continuum entre des formes modérées et pathologiques (hypocondrie, nosophobie ou trouble délirant somatique).

L'une des conséquences de cette anxiété envers la santé est la recherche de réassurance souvent vaine, auprès de médecins, en multipliant les consultations, les avis et les examens complémentaires, mais aussi en recherchant de l'information médicale : la démocratisation d'Internet et son accès virtuellement sans contraintes à de nombreuses données médicales aurait permis l'émergence du phénomène de cybercondrie.

3. Cybercondrie

a) Définition

La première utilisation du néologisme cybercondrie, formé par la contraction de cybernaute, synonyme d'internaute pour *cyber-* et d'hypocondrie pour *-condrie*, est attribuée au Dr Donal Capra en 1999.

Il sera repris dans les années suivantes dans la presse générale notamment anglo-saxonne au début des années 2000 avec souvent une connotation négative. Les premières publications scientifiques citant ce terme datent de 2003.

A ce jour, il n'est pas indexé dans le thésaurus MESH et son cadre nosologique connaît certaines variations au grès des auteurs selon l'accent mis sur l'hypocondrie ou la part d'attitude de recherche sur Internet avec les cyberaddictions.

Pour le Pr Lejoyeux, « Avec le développement des nouvelles technologies, les hypocondriaques bénéficient d'un accès facile et rapide à l'information médicale. Cette recherche venant alors *nourrir* sa maladie. Ce sont les *cybercondriaques* (48). »

Internet leur donne une facilité d'accès à l'information qui conduit à l'apparition de nouveaux comportements ou de quoi entretenir leur pathologie.

Ces comportements nouveaux sont de plusieurs formes :

- L'utilisation d'Internet afin de trouver une explication dès l'apparition d'un symptôme physique (certains sites tel tamaloo.com y sont d'ailleurs consacrés).
- De nouvelles pratiques alimentaires : le choix « d'aliments qui soignent ».
- De nouvelles peurs

Ces nouvelles peurs naissent du flux conséquent d'informations médicales disponibles. Les informations, ne pouvant être ni véritablement traitées ni comprises véritablement par le patient faute de connaissances, sont bien souvent interprétées par la découverte jour après jour de nouvelles maladies menaçantes (49).

b) Echelles d'évaluation

Comme nous l'avons vu, il existe de nombreuses échelles d'évaluation de l'anxiété envers la santé. En 2014, McElroy et Shevlin (50) proposent une première échelle de

sévérité de la cybercondrie (Cyberchondria Severity Scale) en la testant auprès d'un échantillon de 208 étudiants dont 67% d'étudiants en psychologie et 33% d'étudiant en économie, âgés de 18 à 60 ans ($M=24,19$ et $SD=8,2$).

Elle comprend 43 questions fermées selon une échelle de Likert de 1 « jamais » à 5 « toujours ».

Cette première étude montre une corrélation significative avec l'échelle de dépression et d'anxiété DASS-21.

V. Discussion

La cybercondrie est encore une notion récente à la croisée entre Internet, qui modifie chaque jour un peu plus notre manière de communiquer et de nous informer, et le concept en pleine évolution d'anxiété envers la santé qui redéfinit plus précisément les différentes facettes de l'hypocondrie.

Les nombreuses discussions autour des critères diagnostiques et la multiplicité des échelles d'évaluation de l'hypocondrie démontrent la complexité de lui donner une définition consensuelle, mais aussi l'intérêt qu'elle suscite.

De plus, l'évolution très rapide d'Internet rend caduque certaines conclusions d'études une décennie après leur publication : pour Hart, Henwood et Wyatt, en 2004, année de lancement de Facebook, le battage médiatique est exagéré : l'utilisation d'Internet par les patients pour s'informer sur leur santé n'est pas représentatif de la réalité. Dix ans plus tard, en 2014, les réseaux sociaux et le web 2.0 ont modifié l'usage d'Internet pour les patients. Internet fait parti de notre quotidien et rechercher de l'information médicale est un geste banal pour de nombreux patients.

La plupart des publications concernant la cybercondrie sont des travaux descriptifs ou des avis d'expert. L'une des études de référence, ayant démontré un lien entre recherche d'informations médicale et aggravation de l'anxiété a été réalisé par des chercheurs de l'entreprise Microsoft, White et Horvitz, afin non seulement d'explorer la notion de cybercondrie mais aussi d'améliorer la qualité des réponses de leur moteur de recherche, source d'enjeux financiers majeurs de l'économie numérique actuelle.

Les études confirment une relation entre l'anxiété et l'hypocondrie. Le taux de comorbidité élevé entre l'hypocondrie et le trouble d'anxiété généralisé (51) est l'une des principales critiques de la classification du DSM IV de l'hypocondrie en troubles somatoformes.

Trois formes pathologiques d'anxiété envers la santé sont décrites, permettant de mieux appréhender les nuances de ce trouble anxieux : (52)

- L'hypocondriaque persuadé d'être actuellement malade, il a peur de contracter d'autres maladies et de mourir.

- La phobie de la maladie ou nosophobie, où le patient a peur de contracter une maladie sans être forcément convaincus d'être atteint et présente souvent des stratégies d'évitement.
- Le trouble délirant de type somatique.

Par ailleurs, les travaux de White et Horvitz montrent que rechercher en ligne des informations sur la santé peut entraîner une augmentation de la fréquence et de la durée de consultation des sites médicaux et aggraver l'anxiété (5).

L'anxiété, l'hypocondrie et la cybercondrie semble donc présenter de nombreux liens.

Internet est un outil puissant pour accéder aux données médicales. Le patient électronique ou *e-patient* des années 1990 a, depuis, multiplié les définitions : *empowered, engaged, educated, expert, equipped*.

Pour certains auteurs (53), cette abondance d'information associée avec l'évolution « participative » du web 2.0 en fait un média parfait pour améliorer son auto-gestion de la santé. Pour d'autres, le risque pour le patient d'être submergé par des données inquiétantes est majeur, d'autant plus que la qualité est difficilement contrôlable.(54)

Devant cette balance bénéfice-risque incertaine et l'inégalité des utilisateurs quant à l'accès, mais aussi le niveau d'éducation et la maîtrise de l'outil informatique, Benigeri et Pluye (55) proposait en 2003 de démocratiser l'accès au web, et de majorer l'implication des professionnels de santé, non seulement au cours de leur consultation mais aussi par leur participation au contenu des sites Internet, garant d'une information de qualité.

Dix ans plus tard, Internet s'est largement diffusé. Il a gagné en mobilité, est devenu « social », « participatif » mais il est toujours difficile pour le patient de s'y retrouver.

En mai 2014, une étude dirigée par Hasty (56) conclut qu'un grand nombre d'article sur Wikipédia, comparé à la littérature avec comité de lecture, contient des erreurs. Elle est largement reprise dans la presse grand public. Plusieurs rédacteurs de Wikipédia critiquent alors la méthode (seulement dix articles étudiés) et donc les conclusions (57). Si tous s'accordent à privilégier le recours au médecin en première intention, Raspberry rappelle que « tout ceux qui critiquent la qualité du contenu de Wikipédia sont les bienvenus pour venir l'améliorer ». (11)

L'approche par certification des sites web n'a pas non plus réussi à guider et rassurer les patients. Le HON code n'a pas eu le succès escompté (58). En France, la HAS privilégie désormais l'éducation à la recherche sur Internet et préfère donner des pistes aux e-

patients à l'aide de fiche : « Internet Santé : Faites les bons choix » (annexe 3) et de guide : « La recherche d'information médicale sur Internet » (59).

La perte du contrôle de l'information médicale par les professionnels de santé semble irréversible face à l'accroissement exponentiel des données médicales sur Internet et des enjeux économiques qui intéressent de plus en plus les entreprises du secteur numérique : Le Apple HealthKit ou le Google Fit sont des interfaces pour appareils mobiles et connectés qui permettent de recueillir automatiquement des données de santé, des informations biométriques de leur utilisateur. Leur diffusion est encore limitée à ce jour et leur rôle se limite à quelques fonctions simples. Elles peuvent éventuellement déclencher une alarme ou donner des conseils d'activités selon des seuils prédéfinis mais ne donnent pas -encore- de diagnostic.

Ce futur « Internet des objet » est parfois désigné par l'expression « web 3.0 »: les données seront recueillies automatiquement, et les appareils, grâce à leur capacité de communication entre eux via Internet, seront en mesure de les interpréter sans intervention humaine.

Pour Giustini (60), le web 2.0 est « le web documentaire et social, l'information y est abondante, controversée, catalysée par les moteurs de recherche comme Google ». Le web 3.0 sera « le web des données et intelligent, l'information est contrôlée, facilement accessible grâce à des systèmes sémantiques » et conclut en citant un confrère « *we need findengines, not search engines* » (« Nous avons besoin de moteurs de réponse, pas de moteurs de recherche »).

VI. Conclusion

La cybercondrie apparaît, sous l'impact des nouvelles technologies de l'information, comme une forme particulière d'anxiété envers la santé. Comme cette dernière, il est possible qu'elle soit présente sous des formes modérées dans une grande partie de la population. Les formes pathologiques sont ainsi plus rares, se rapprochant des troubles tels que l'hypocondrie, la nosophobie ou le trouble délirant somatique.

Des travaux sont en cours avec notamment une première ébauche d'échelle d'évaluation de la cybercondrie.(50)

Internet, par son accessibilité, sa disponibilité et son importance, peut majorer l'anxiété des patients. D'autres études sont nécessaires pour démontrer les facteurs favorisant cette anxiété et peut-être proposer des solutions qui, sans enlever toute inquiétude, permettront de renseigner, d'éduquer de manière plus efficiente nos patients.

Toulouse le 27.08.14

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
J.P. VINEL



Toulouse le 27/8/14



VII. Bibliographie

1. Gombault V. L'internet de plus en plus prisé, l'internaute de plus en plus mobile. 2013.
2. Fox S, Duggan M. Health online 2013. Health (N. Y.) [En ligne]. 2013 [Consulté le 3 mars 2014] ; Disponible sur : http://www.pewinternet.org/~media/Files/Reports/PIP_HealthOnline.pdf
3. L'audience de l'internet en France en mars 2014 [Internet]. 6 mai 2014 ; Disponible sur : <http://www.mediametrie.fr/internet/communiques/>
4. Laurent MR, Vickers TJ. Seeking Health Information Online: Does Wikipedia Matter? J. Am. Med. Inform. Assoc. juill 2009 ; 16(4):471-479.
5. WHITE RW, HORVITZ E. Cyberchondria: Studies of the Escalation of Medical Concerns in Web Search.
6. Asmundson GJG, Taylor S, Cox BJ, éditeurs. Health anxiety: clinical and research perspectives on hypochondriasis and related conditions. Chichester ; New York: Wiley; 2001. 418 p.
7. Lejoyeux M. Hypocondrie. EMC - Psychiatr. nov 2005 ; 2(4):247-258.
8. Allard L. Émergence des cultures expressives, d'internet au mobile. 2007 [Consulté le 23 avr 2014] ; Disponible sur : <http://documents.irevues.inist.fr/handle/2042/23558>
9. Regards sur l'actualité N° 327, Janvier 2007 La démocratie électronique - Brigitte Masquet, Isabelle Flahault, Bruno Denis, Charif Kiwan [Internet]. [Consulté le 23 avr 2014]. Disponible sur : <http://www.decitre.fr/revues/regards-sur-l-actualite-n-327-janvier-2007-la-democratie-electronique-3303332603275.html>
10. Hippel E von. Democratizing Innovation. MIT Press; 2005. 224 p.
11. Rasberry L. Wikipedia: what it is and why it matters for healthcare. BMJ. 8 avr 2014 ; 348(apr08 3):g2478-g2478.
12. Philippe Torloting. Enjeux et perspectives des réseaux sociaux [Internet]. 2006 [Consulté le 23 avr 2014]. Disponible sur : http://www.phive-online.com/divers/reseau_social/Memoire_Reseaux_Sociaux_Philippe_Torloting.pdf
13. patient_internaute_revue_litterature.pdf [Internet]. HAS; 2007. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/patient_internaute_revue_litterature.pdf

14. TNS Sofres, Patients & Web, LauMa Communication. A la recherche du ePatient [Internet]. avr 2013 ; Disponible sur : <http://www.patientsandweb.com/wp-content/uploads/2013/04/A-la-recherche-du-ePatient-externe.pdf>
15. Champagne P, Marchetti D. L'information médicale sous contrainte. A propos du «scandale du sang contaminé». Actes Rech. En Sci. Soc. (101-02):40-62.
16. Romeyer H. La santé en ligne. Commun. Inf. Médias Théories Prat. [En ligne]. 23 févr 2012 [Consulté le 5 juill 2014] ; (Vol. 30/1). Disponible sur : <http://communication.revues.org/2915>
17. Attfield SJ, Adams A, Blandford A. Patient information needs: pre-and post-consultation. Health Informatics J. 2006 ; 12(2):165-77.
18. McMullan M. Patients using the Internet to obtain health information: how this affects the patient-health professional relationship. Patient Educ. Couns. oct 2006 ; 63(1-2):24-28.
19. Daneback K, Månsson S-A, Ross MW, Markham CM. The Internet as a source of information about sexuality. Sex Educ. 2012 ; 12(5):583-598.
20. Eysenbach G, Powell J, Kuss O, Sa E-R. Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the world wide web: a systematic review. JAMA J. Am. Med. Assoc. 22 mai 2002 ; 287(20):2691-2700.
21. Méadel C. Le spectre «psy» réordonné par des parents d'enfant autiste. Politix. 2006 ; (1):57-82.
22. Carenity, le « Facebook » des patients [Internet]. L'EXPRESS.fr. [Consulté le 23 avr 2014] ; Disponible sur : http://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/carenity-le-facebook-des-patients_1225211.html
23. Thoër C, Aumond S. Construction des savoirs et du risque relatifs aux médicaments détournés. Anthropol. Sociétés. 2011 ; 35(1-2):111.
24. Silber D. Faut-il un nouvel outil d'évaluation de la qualité des sites web médicaux ? « Médecins Maitres-Toile [Internet]. [Consulté le 3 mars 2014] ; Disponible sur : <http://www.medecins-maitres-toile.org/ntic/faut-il-un-nouvel-outil-devaluation-de-la-qualite-des-sites-web-medicaux.htm>
25. Cretton C. COMMENT PERMETTRE AUX PATIENTS DE DECRYPTER L'INFORMATION SANTE SUR INTERNET ? Construction d'un outil d'évaluation des sites d'information santé à destination des patients. Université Joseph Fournier Faculté de Pharmacie de Grenoble; 2013.
26. Haute autorité de santé. Evaluation de la certification des sites de santé [Internet]. 2009 [Consulté le 23 avr 2014]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/impact_de_la_certification_des_sites.pdf

27. Mackey TK, Liang BA, Kohler JC, Attaran A. Health Domains for Sale: The Need for Global Health Internet Governance. *J. Med. Internet Res.* 5 mars 2014 ; 16(3):e62.
28. Eysenbach G. The New Health-Related Top-Level Domains Are Coming: Will Cureforcancer.health Go to the Highest Bidder? *J. Med. Internet Res.* [En ligne]. 5 mars 2014 [Consulté le 4 juill 2014] ; 16(3). Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3961804/>
29. Thoër C, Millerand F, Myles D, Orange V, Gignac O. Internet : un facteur de transformation de la relation médecin-patient ? [Consulté le 22 avr 2014] ; Disponible sur : http://www.revuecsp.uqam.ca/numero/n10/pdf/RICSP_Thoer_2013.pdf
30. Stewart M. Patient-centered Medicine: Transforming the Clinical Method. Radcliffe Publishing; 2003. 380 p.
31. Anderson JG, Rainey MR, Eysenbach G. The impact of CyberHealthcare on the physician-patient relationship. *J. Med. Syst.* févr 2003 ; 27(1):67-84.
32. Renahy E, Parizot I, Lesieur S, Chauvin P, others. WHIST: enquête web sur les habitudes de recherche d'informations liées à la santé sur Internet. 2007 ;
33. Dedding C, van Doorn R, Winkler L, Reis R. How will e-health affect patient participation in the clinic? A review of e-health studies and the current evidence for changes in the relationship between medical professionals and patients. *Soc. Sci. Med.* janv 2011 ; 72(1):49-53.
34. Hart A, Henwood F, Wyatt S. The Role of the Internet in Patient-Practitioner Relationships: Findings from a Qualitative Research Study. *J. Med. Internet Res.* [En ligne]. 30 sept 2004 [Consulté le 18 juill 2014] ; 6(3). Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1550614/>
35. Oshima Lee E, Emanuel EJ. Shared Decision Making to Improve Care and Reduce Costs. *N. Engl. J. Med.* 2013 ; 368(1):6-8.
36. Aisenstein M, Fine A. L'Hypocondrie. Paris: Presses universitaires de France; 1995.
37. Starcevic V. Overcoming therapeutic pessimism in hypochondriasis. *Am. J. Psychother.* 2002 ; 56(2):167-177.
38. Starcevic V, Lipsitt DR. Hypochondriasis: Modern Perspectives on an Ancient Malady. New York: OUP USA; 2001. 416 p.
39. Pilowsky I. Abnormal Illness Behaviour. John Wiley & Sons; 1997. 290 p.
40. Noyes R, Watson DB, Carney CP, Letuchy EM, Peloso PM, Black DW, et al. Risk factors for hypochondriacal concerns in a sample of military veterans. *J. Psychosom. Res.* déc 2004 ; 57(6):529-539.

41. American psychiatric association, Crocq M-A, Guelfi J-D. DSM-IV-TR manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2004.
42. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
43. Tomenson B, Essau C, Jacobi F, Ladwig KH, Leiknes KA, Lieb R, et al. Total somatic symptom score as a predictor of health outcome in somatic symptom disorders. Br. J. Psychiatry. 1 nov 2013 ; 203(5):373–380.
44. Bridou M. Etude des principaux freins et leviers psychologiques envers l'examen de dépistage du cancer colorectal : Le rôle particulier de l'anxiété envers la santé dans l'adoption de cette démarche [Internet]. Université F. Rabelais de Tours; 2012. Disponible sur : http://www.applis.univ-tours.fr/theses/2012/morgiane.bridou_3766.pdf
45. Krantz DS, Baum AS. Technology and Methods in Behavioral Medicine. Psychology Press; 1998. 328 p.
46. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. The Lancet. 14 sept 2007 ; 370(9590):859–877.
47. Asmundson GJG, Taylor S, Carleton RN, Weeks JW, Hadjstavropoulos HD. Should health anxiety be carved at the joint? A look at the health anxiety construct using factor mixture modeling in a non-clinical sample. J. Anxiety Disord. janv 2012 ; 26(1):246–251.
48. Lejoyeux M. Vaincre sa peur de la maladie. Paris: La Martinière; 2002. 312 p.
49. Le nouveau malade imaginaire. l'utopie du bonheur parfait par Michel Lejoyeux: Hachette Littératures 9782012357228 - Deastore [Internet]. [Consulté le 23 avr 2014] ; Disponible sur : <http://www.abebooks.fr/nouveau-malade-imaginaire-lutopie-bonheur-parfait/7477950041/bd>
50. McElroy E, Shevlin M. The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). J. Anxiety Disord. mars 2014 ; 28(2):259–265.
51. Barsky AJ, Wyshak G. Hypochondriasis and somatosensory amplification. Br. J. Psychiatry. 1 sept 1990 ; 157(3):404–409.
52. Bridou M, Aguerre C. L'anxiété envers la santé: définition et intérêt clinique d'un concept novateur et heuristique [Internet]. In: Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. Elsevier; 2012 [Consulté le 21 juin 2014]. p. 375–81. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448711001260>
53. Lewis T. Seeking health information on the internet: lifestyle choice or bad attack of cyberchondria? Media Cult. Soc. 1 juill 2006 ; 28(4):521–539.

54. Abramowitz JS. Hypochondriasis and health anxiety. Cambridge, MA: Hogrefe; 2011. 69 p.
55. Benigeri M, Pluye P. Shortcomings of health information on the Internet. Health Promot. Int. déc 2003 ; 18(4):381-386.
56. Hasty RT, Garbalosa RC, Barbato VA, Valdes PJ, Powers DW, Hernandez E, et al. Wikipedia vs peer-reviewed medical literature for information about the 10 most costly medical conditions. J. Am. Osteopath. Assoc. mai 2014 ; 114(5):368-373.
57. reporter PSH, News BBC. Be wary of Wikipedia, say scientists [Internet]. BBC News. [Consulté le 23 juill 2014] ; Disponible sur : <http://www.bbc.com/news/health-27586356>
58. Communiqué de Presse : Vers une évolution de la certification des sites santé [Internet]. 30 mai 2013 ; Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1590507/fr/vers-une-evolution-de-la-certification-des-sites-sante
59. La recherche d'informations médicales sur Internet [Internet]. mai 2007 [Consulté le 15 mai 2012] ; Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recherche_informations_medicales_internet.pdf
60. Giustini D. Web 3.0 and medicine. BMJ. 20 déc 2007 ; 335(7633):1273-1274.

VIII. Annexe 1 : *Health On Net* code

1. Autorité

Indiquer la qualification des rédacteurs

2. Complémentarité

Compléter et non remplacer la relation patient-médecin

3. Confidentialité

Préserver la confidentialité des informations personnelles soumises par les visiteurs du site

4. Attribution

Citer la/les source(s) des informations publiées et dater les pages de santé

5. Justification

Justifier toute affirmation sur les bienfaits ou les inconvénients de produits ou traitements

6. Professionnalisme

Rendre l'information la plus accessible possible, identifier le webmestre, et fournir une adresse de contact

7. Transparence du financement

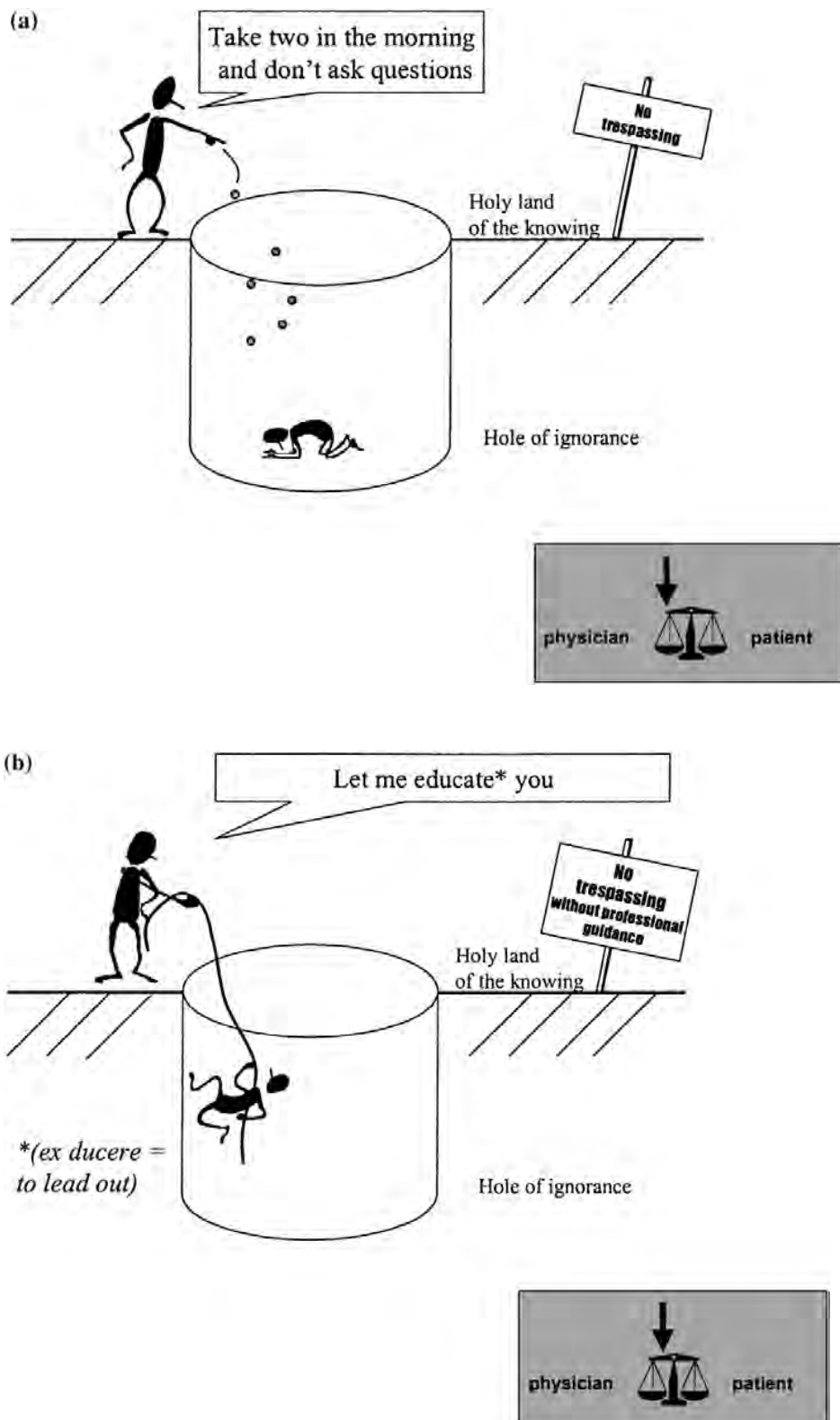
Présenter les sources de financements

8. Honnêteté dans la publicité et la politique éditoriale

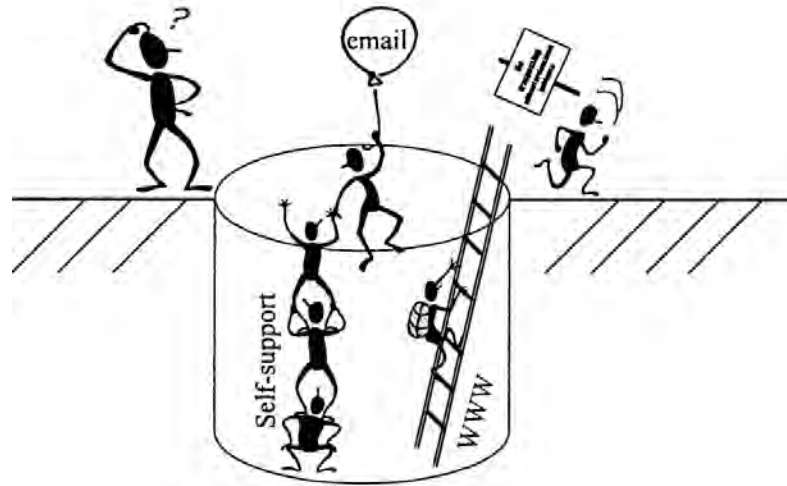
Séparer la politique publicitaire de la politique éditoriale

IX. Annexe 2 : Evolution de la relation médecin - patient

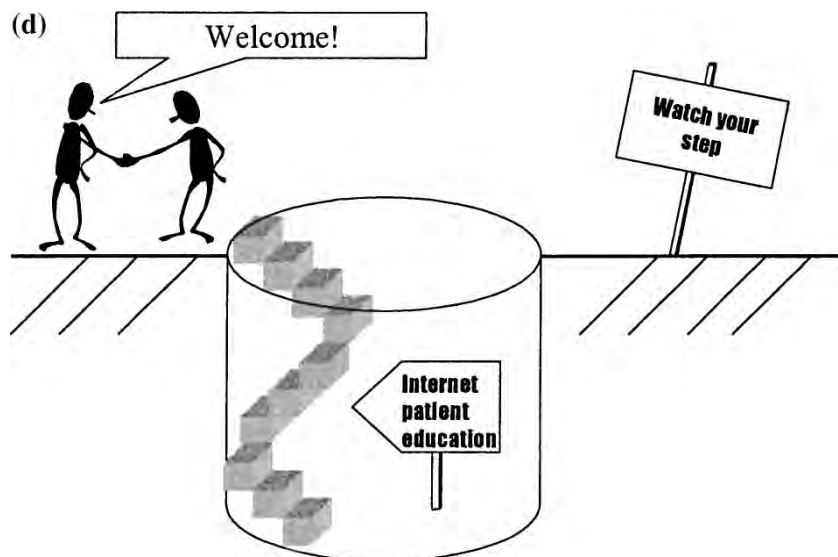
Par Anderson, Eysenbach et Rainey (31)



(c)



(d)



X. Annexe 3 : Internet santé, Faites les bons choix



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Internet santé



Faites les bons choix

Vous cherchez des informations pour votre santé ?

- ▶ Multipliez les sources
- ▶ Comparez les informations
- ▶ N'écoutez pas seulement un avis

Commencez par choisir un site web dans lequel figurent une personne, une institution, une organisation qui vous inspire confiance

Posez-vous au moins 3 questions

Qui a écrit le contenu du site ?
Quelles sont ses compétences ?
Quelles sont ses motivations ?

- **Les auteurs** sont-ils identifiables (nom, appartenance professionnelle, titres et qualifications s'il s'agit d'un professionnel de santé) ? L'adresse électronique et l'adresse physique de l'auteur ou du responsable du site devraient être également fournies
- **Les sources** utilisées pour créer le contenu sont-elles clairement référencées et indiquées ?
- L'information médicale évoluant constamment, la **date de publication ou de mise à jour** est-elle indiquée ?
- Vérifiez que tout parrainage, soutien, **financement** est clairement indiqué : les auteurs ont-ils un intérêt à proposer un point de vue, un produit ou un service plutôt qu'un autre ?
- N'hésitez pas à contacter le site, si ces informations ne sont pas disponibles

Enfin, soyez vigilant

- Ne vous fiez pas aux sites qui se considèrent comme seuls détenteurs de la vérité
- Ne vous laissez pas impressionner par des liens vers des sites reconnus, ce n'est pas une garantie de qualité
- Évitez tout médecin qui vous propose un diagnostic ou un traitement sans vous examiner et sans connaître votre dossier médical
- Lisez bien les mentions légales, notamment la déclaration de protection de la vie privée
- Sachez que vos données personnelles peuvent circuler sans votre accord ou apparaître dans un moteur de recherche si vous les avez laissées par exemple dans un forum. Leur confidentialité ne peut jamais être totalement garantie.
- N'achetez aucun médicament sur Internet et ne prenez aucune décision importante concernant votre santé sans avoir pris l'avis de votre médecin.

En conclusion, utilisez votre bon sens

- ▶ Comparez les informations
- ▶ Recherchez plusieurs avis et méfiez-vous des traitements miracles !

Pour vous aider dans vos recherches, la HAS a mis en place une procédure de certification des sites santé français avec la fondation Health on the Net.

Les sites qui affichent le logo ci-après sont certifiés et se sont engagés à respecter les principes du Honcode



▲
Cliquez sur le lien

Toutes nos publications sur
www.has-sante.fr

Cybercondrie : Etat des connaissances

Contexte : Internet est aujourd'hui la principale source d'information médicale. Il modifie la manière de gérer sa santé et la relation médecin-patient. Son utilisation excessive chez certains hypocondriaques est désigné par le néologisme cybercondrie, peu étudié dans la littérature.

Objectif : Réaliser un état des connaissances sur la cybercondrie et de l'impact des technologies de l'information en médecine générale.

Matériel et Méthode : Revue de la littérature sur la cybercondrie et l'anxiété envers la santé sur internet.

Résultat : Le web 2.0, participatif, a permis l'émergence du e-patient et a modifié en profondeur la relation médecin-patient ; sans pouvoir garantir la qualité de l'information. Le DSM V a modifié la classification de l'hypocondrie en troubles médicalement expliqués ou inexpliqués, amenant la notion d'anxiété envers la santé.

Discussion : La cybercondrie apparaît comme une forme particulière d'anxiété envers la santé dont les critères diagnostiques restent à définir.

Mots-clés : cybercondrie, anxiété envers la santé, internet

Cyberchondria : State of knowledge

Background : Internet is now the main source of medical information. It changes the way of health management and the doctor-patient relationship. Excessive use by some hypochondriacs is appointed by the neologism cyberchondria, few studies in the literature.

Objective : Achieve a state of knowledge on the cyberchondria and the impact of information technology in general practice.

Materials and Methods : Literature review on cyberchondria and online health anxiety.

Result : Web 2.0, social, enabled the rise of e-patient and substantially amended the doctor-patient relationship; unable to ensure the quality of information. DSM V redefines hypochondria into somatic symptom disorder and illness anxiety disorder, with health anxiety.

Discussion : The cybercondrie emerges as a particular form of health anxiety. The diagnostic criteria remain undefined.

Key words : cyberchondria, health anxiety, internet

Discipline administrative : **MEDECINE GENERALE**

Faculté de Médecine Toulouse Purpan
37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex - France

Directeur de thèse : BOYER Pierre
