

Numérisation des soins : vers une désincarnation des relations soignant-soigné ?

Ablakpa Jacob AGOBE

Maître de Conférences(CAMES)

Ecole Doctorale SCALL-ETAMP

Université Félix Houphouët-Boigny

Département de sociologie

jacobagobe@yahoo.fr

agobe.jacob42@ufhb.edu.ci

KOUAME Clément Kouadio

Maître Assistant(CAMES)

Université Félix Houphouët-Boigny

Département de sociologie

kouameclementkouadio@gmail.com

kouame.kouadio67@ufhb.edu.ci

Résumé :

En contexte ivoirien, marqué par des inégalités d'accès aux soins, cette étude explore la reconfiguration des relations soignant-soigné induite par les plateformes de santé numériques. L'objectif est de saisir sociologiquement la dynamique de désincarnation des interactions médicales. Une méthodologie qualitative fondée sur des entretiens semi-directifs avec patients, soignants et développeurs de ces plateformes révèle une dématérialisation des rapports cliniques, altérant la proximité thérapeutique. La discussion interroge la perte du corps comme vecteur de reconnaissance sociale et d'autorité médicale. En conclusion, ces mutations appellent une relecture des cadres interactionnistes classiques, à l'aune de la technologie comme nouvel acteur des pratiques de soin.

Mots clés : Numérisation des soins, désincarnation, relations soignant-soigné

Abstract :

In the Ivorian context, marked by unequal access to healthcare,

this study explores the reconfiguration of caregiver–patient relationships induced by digital health platforms. Its objective is to sociologically apprehend the dynamics of the disembodiment of medical interactions. A qualitative methodology, based on semi-structured interviews with patients, healthcare professionals, and platform developers, reveals a dematerialization of clinical encounters, thus undermining therapeutic proximity. The discussion examines the loss of the body as a medium of social recognition and medical authority. In conclusion, these transformations invite a reassessment of classical interactionist frameworks in light of technology's emergence as a new actor within care practices.

Key words : *Digitization of care, disembodiment, caregiver–patient relationships*

Introduction

Les constats empiriques révèlent que l'intégration croissante des plateformes digitales dans les services de santé redéfinit les interactions entre soignants et soignés. Ces technologies, en facilitant la consultation à distance, la téléexpertise ou encore la gestion numérique des dossiers médicaux, offrent une accessibilité et une rapidité inédites dans la prise en charge des patients. Cependant, cette transition technologique s'accompagne d'une diminution des interactions physiques, réduisant la dimension relationnelle et émotionnelle de la pratique médicale. Les patients, bien que séduits par ces outils pour leur commodité, expriment souvent un manque de proximité humaine, tandis que les soignants s'interrogent sur la perte de l'intuition clinique liée à l'absence de contact direct.

Le paradoxe émerge dans cette tension entre l'efficacité opérationnelle des plateformes digitales et la désincarnation croissante des interactions médicales. Alors que la technologie promet une prise en charge plus rapide et mieux coordonnée, elle tend également à déshumaniser la relation soignant-soigné en la restreignant à des échanges fonctionnels médiés par des écrans. Ce paradoxe soulève une question centrale : comment préserver la qualité et l'humanité des interactions médicales dans un contexte où la digitalisation tend à réduire la richesse

des échanges interpersonnels, essentiels à la confiance et au soin ?

Ainsi, la question de recherche pourrait se formuler comme suit : Comment la digitalisation des services de santé, à travers les plateformes numériques, transforme-t-elle les relations soignant-soigné, et quelles en sont les implications sur la qualité des interactions médicales ? L'objectif de cette étude est d'analyser les impacts des outils numériques sur les dynamiques relationnelles entre soignants et patients, en identifiant les formes de dépersonnalisation qu'ils induisent, ainsi que les stratégies d'adaptation mises en place par les acteurs pour maintenir la dimension humaine du soin.

La justification de cette étude repose sur des enjeux sociaux et scientifiques cruciaux. Socialement, elle interroge les conséquences de la digitalisation sur une relation médicale qui reste au cœur de la qualité des soins et du bien-être des patients. Scientifiquement, elle contribue à enrichir les débats sur l'évolution des pratiques médicales à l'ère numérique, en explorant les tensions entre innovation technologique et valeurs fondamentales du soin, telles que l'empathie, la confiance et la présence humaine.

L'analyse approfondie des productions scientifiques portant sur l'évolution des interactions soignant-soigné met en lumière une multiplication des travaux questionnant la reconfiguration des dynamiques relationnelles sous l'effet de la pénétration du numérique dans le champ de la santé. Inscrites à l'intersection de la sociologie des techniques, de la sociologie de la santé et des sciences de l'information, ces recherches soulignent une recomposition des rapports de pouvoir, de légitimité et de confiance, traduisant une imbrication croissante entre dispositifs technologiques et pratiques médicales conventionnelles. Bien au-delà d'un simple levier d'optimisation des soins, l'intégration du numérique au sein des espaces thérapeutiques reconfigure les schèmes d'autorité,

institue de nouveaux modes d’intermédiation et contribue à une redéfinition des cadres normatifs structurant l’expérience et les interactions des acteurs du soin.

Les analyses développées par Malfilatre (2024) révèlent que divers acteurs institutionnels, industriels et professionnels de santé s'accordent sur la nécessité d'« accélérer le virage numérique » dans le domaine médical. Dans un contexte marqué par la rationalisation des dépenses de santé, la crise structurelle de l'hôpital public et les tensions au sein de la médecine libérale, la digitalisation du système de soins apparaît à la fois comme une réponse stratégique aux contraintes économiques et comme un vecteur d'innovations organisationnelles et cliniques. Cet article propose une approche située de la santé numérique, en examinant son appropriation à travers les pratiques effectives des médecins qui en sont les principaux opérateurs et les configurations socio-professionnelles dans lesquelles elle s'inscrit. À cette fin, l'étude mobilise une ethnographie du travail médical au sein de SOS Médecins, espace privilégié pour analyser les usages situés des technologies numériques et les conditions sous lesquelles celles-ci peuvent être investies d'une valeur soignante par les professionnels.

Selon Rougé-Bugat & Béranger(2021), l'essor des technologies numériques appliquées à la santé induit une reconfiguration progressive des modalités d'interaction entre les acteurs du champ médical, marquant une inflexion notable dans l'exercice de la médecine. La relation entre le médecin généraliste et le patient connaît ainsi une redéfinition, au travers d'un processus de redistribution des rôles où le patient, désormais doté d'un accès accru à l'information médicale, tend à s'inscrire comme un agent plus proactif dans la gestion de sa trajectoire thérapeutique. Ce phénomène est particulièrement observable dans l'organisation des soins dédiés aux pathologies chroniques, notamment en oncologie, où l'intégration des

interfaces numériques structure l'articulation entre les dispositifs de soins de ville et l'hôpital. Toutefois, cette digitalisation croissante soulève des enjeux majeurs, tant en termes de gouvernance des données médicales posant des défis relatifs à leur sécurisation, leur confidentialité et leur pertinence que sur le plan éthique et juridique. La médiation numérique introduit en effet un troisième acteur dans la relation soignante, instaurant de nouvelles interrogations sur la responsabilité médicale, l'exercice du libre arbitre, l'autonomie décisionnelle, ainsi que sur les risques de fragmentation, d'exclusion ou de discrimination qu'une telle mutation pourrait engendrer.

Les travaux d'Habib et Loup (2019) ont révélé que l'usage des technologies de l'information (TI) devient de plus en plus essentiel dans le domaine de la santé. Au cours des dernières années, on observe une croissance exponentielle des solutions numériques destinées tant aux professionnels de santé qu'au grand public. Cette montée en puissance des outils numériques, souvent regroupés sous l'appellation de santé numérique, est perçue comme un levier majeur de transformation des systèmes de santé. Si des phénomènes comme le big data médical ou la santé connectée attirent une attention médiatique et suscitent des préoccupations, des outils numériques apparemment plus simples, tels que Doctissimo, Doctolib, ou les avis patients sur Google, ont déjà amorcé des dynamiques tangibles et significatives qui modifient les pratiques médicales, les interactions entre les différents acteurs, ainsi que l'organisation et le parcours des soins. Ces applications sont volontairement qualifiées d'anodines pour souligner le fait qu'elles ne semblent pas, a priori, avoir un pouvoir de transformation radicale. Néanmoins, elles révèlent des logiques de changement caractéristiques de la santé numérique.

En effet, si la santé numérique a bénéficié d'investissements substantiels au cours des quatre dernières décennies, elle a

également connu de nombreux échecs (Edmondson et al., 2001 ; David et al., 2003 ; Hailey et Crowe, 2003 ; Menon et al., 2009 ; Blumenthal et Tavenner, 2010). L'introduction de ces technologies dans le secteur de la santé rencontre souvent des obstacles notables, tant sur le plan de leur déploiement que de leur adoption (Gherardi, 2010 ; Yeow et Goh, 2015). Les évolutions les plus significatives du système de santé français ne proviennent en réalité pas des dispositifs technologiques créés spécifiquement par ou pour les structures sanitaires. Elles émergent davantage d'applications mobiles ou web populaires auprès des patients et des professionnels, et ces transformations, souvent discrètes, se produisent parfois sans que l'on en prenne immédiatement conscience.

Les travaux de Berthou (2021) et Nève de Mévergnies (2023) révèlent que les discours autour de la télémédecine sont fréquemment influencés par ce que l'on pourrait qualifier de « solutionnisme technologique ». Cette approche suppose que toutes les problématiques sociales peuvent être résolues par l'introduction de solutions techniques, une idée largement véhiculée par les pouvoirs publics et les acteurs industriels. Ces derniers présentent la télémédecine comme un ensemble d'outils censés rationaliser les soins et améliorer la prise en charge des patients, notamment en limitant des phénomènes tels que les déserts médicaux. Ces technologies sont perçues comme des extensions naturelles des pratiques existantes, visant à améliorer les soins tout en s'intégrant de manière fluide dans des environnements professionnels déjà bien établis.

La santé numérique se développe ainsi, en grande partie sous l'impulsion de politiques publiques, avec des plans d'action renouvelés depuis 2013 pour encourager son adoption et son expansion. Les promesses des outils numériques sont nombreuses : assurer une meilleure continuité et sécurité des soins, renforcer l'autonomie des patients grâce à un meilleur

accès à l'information et les impliquer davantage dans un système de santé en pleine réorganisation. Cependant, ces perspectives soulèvent aussi des critiques, tant sur le plan politique et social que sur les enjeux éthiques, sans oublier les interrogations concernant la véritable valeur ajoutée de ces technologies. C'est dans ce cadre que l'outil Immuno-soins a été développé aux Cliniques universitaires Saint-Luc, visant à améliorer le suivi des patients sous immunothérapie dans le cadre de leur traitement contre le cancer.

Dans sa thèse, Goulinet-Fité (2020) met en évidence l'importance du *care* dans les relations entre soignants. L'auteur souligne que, quel que soit le contexte, les professionnels de santé doivent constamment garder à l'esprit que chaque geste, chaque parole, chaque écoute, même les actes techniques, doivent s'inscrire dans une démarche centrée sur l'attention à l'autre. Cela implique de prendre soin de la personne qui, en toute confiance, s'est remise entre leurs mains, en lui offrant un soutien qui dépasse la simple prestation médicale (Lehmann, 2005).

Les travaux de Thomas et al. (2021) concluent que la production d'une technologie numérique n'est jamais exempte de biais ou de déterminismes sociaux. En fonction du contexte relationnel dans lequel elle s'intègre, les effets attendus de cette technologie peuvent être profondément modifiés par les manières dont elle est effectivement utilisée. Ainsi, loin d'être un simple outil technique, la médiation offerte par ces technologies est avant tout de nature sociale. L'objet numérique, loin de se contenter de se substituer à la relation humaine, la réactive en permanence et favorise son extension et son amplification. Paradoxalement, ce qui constituait auparavant la relation, en l'absence de technologie, se trouve à la fois conservé et intensifié par cette dernière.

1. Ancrage théorique et méthodologique

La présente étude s'inscrit dans un double ancrage théorique mobilisant, d'une part, la théorie de la désincarnation des interactions humaines et, d'autre part, la théorie de la structuration sociale. La première, issue des travaux contemporains portant sur les mutations interactionnelles induites par les technologies numériques, postule que la médiation technique, dans le cadre des pratiques de soin, opère une déperdition de la dimension sensible et émotionnelle constitutive de l'échange soignant-soigné. Elle met en lumière la manière dont la disparition du contact corporel et la prévalence de l'écran comme vecteur de communication altèrent la capacité des professionnels de santé à capter les indices non verbaux expressions faciales, postures, proxémie essentiels à une compréhension holistique des patients. Néanmoins, cette perspective présente une limite théorique notable en ce qu'elle tend à essentialiser les dispositifs numériques comme intrinsèquement déshumanisants, en négligeant la potentialité d'une reconfiguration des formes d'empathie et de soutien affectif au sein des interactions médiées technologiquement.

La théorie de la structuration sociale, quant à elle, met en lumière l'interaction dynamique entre les structures sociales (ici les institutions médicales et les plateformes numériques) et les agents sociaux (les soignants et les patients). Selon cette théorie, les plateformes de santé numériques ne transforment pas seulement les relations, mais elles redéfinissent les rôles des acteurs en fonction des usages qui en sont faits. Les soignants peuvent voir leur rôle régi par les impératifs technologiques, tandis que les patients naviguent entre une forme d'autonomisation et une dépendance accrue aux outils numériques. Néanmoins, une limite de cette théorie réside dans

le fait qu'elle ne rend pas pleinement compte des obstacles matériels et des inégalités d'accès aux technologies qui peuvent restreindre l'influence de ces plateformes dans certaines populations. Ces deux théories, en interaction, permettent d'analyser en profondeur les enjeux de la transformation des relations médicales dans un contexte de digitalisation des soins.

Par ailleurs, Émile Durkheim(2007) analyse la transition des sociétés traditionnelles aux sociétés modernes à travers la division du travail. Il distingue la solidarité mécanique, fondée sur les similitudes, de la solidarité organique, basée sur l'interdépendance des individus spécialisés. Dans le contexte ivoirien, la numérisation des soins peut être vue comme une forme de spécialisation accrue, où les soignants et les patients deviennent interdépendants via des technologies. Cela peut renforcer la solidarité organique, mais aussi risquer de réduire l'interaction humaine directe, essentielle dans les cultures africaines.

Enfin, Luc Bonneville et Claude Sicotte(2008) dans leur étude Les défis posés à la relation soignant-soigné par l'usage de l'ordinateur portable en soins à domicile, examinent comment l'introduction des technologies de l'information modifie la relation entre soignants et soignés. Ils identifient une tension entre une logique technico-économique, centrée sur l'efficacité, et une logique médico-intégrative, centrée sur le patient. En Côte d'Ivoire, cette dualité peut se manifester dans les établissements de santé où la numérisation vise à améliorer l'efficacité, mais peut également entraîner une déshumanisation des soins si elle n'est pas accompagnée d'une attention à la dimension relationnelle.

Cette recherche qualitative explore l'évolution des interactions entre soignants et patients à travers l'utilisation des plateformes numériques de santé à Abidjan. L'échantillon est constitué de professionnels de santé (médecins, infirmiers, psychologues) et de patients ayant recours à ces technologies.

Le choix d'Abidjan s'explique par son dynamisme urbain et son développement rapide dans le domaine de la santé numérique, offrant un terrain d'étude pertinent pour analyser l'impact des innovations technologiques sur les relations médicales. Les soignants retenus doivent justifier d'une expérience en télémédecine et dans l'usage des plateformes numériques au quotidien. Les patients doivent être des utilisateurs actifs de ces outils pour leur suivi médical et accepter de participer à l'étude. L'échantillonnage repose sur la technique de « boule de neige », où chaque participant oriente vers d'autres personnes pouvant enrichir l'analyse, garantissant ainsi une diversité des expériences recueillies. Les individus n'ayant pas une utilisation significative de ces technologies ou ne donnant pas leur consentement éclairé sont exclus de l'étude.

L'enquête s'était appuyée sur des entretiens semi-directifs, destinés à sonder en profondeur les perceptions, attitudes et expériences des acteurs face à la déshumanisation potentielle des interactions médicales. Ces entretiens avaient été enregistrés puis intégralement retranscrits. Parallèlement, des observations directes avaient été conduites lors de consultations en ligne et de séances de télémédecine, dans le but de saisir les dimensions non verbales des échanges numériques. L'analyse des données s'était structurée autour d'une grille thématique, révélant les axes récurrents des discours. Une démarche inductive avait permis de dégager des régularités émergentes et d'interroger sociologiquement l'évolution des rapports soignant-soigné à l'ère du numérique, en intégrant les enjeux éthiques et socio-techniques sous-jacents.

2. Résultats

2.1. Désincarnation des relations soignant-soigné à travers l'utilisation des plateformes de santé numériques

Dans les contextes de soins à distance, les interactions verbales et non verbales, qui constituent des éléments essentiels de la relation médicale traditionnelle, sont grandement réduites.

Cette déclaration illustre : « *Par exemple, dans une consultation virtuelle menée via une application de télémédecine, les soignants et les patients se retrouvent face à un écran, ce qui limite le contact visuel, les gestes et autres formes de communication corporelle qui jouent un rôle crucial dans la création d'une relation de confiance. Cette absence d'interaction physique peut entraîner un sentiment de distanciation et de froideur de la part des patients, ce qui affecte leur perception de la qualité des soins reçus. Les patients se sentent souvent moins entendus, moins soutenus émotionnellement, ce qui peut impacter la dynamique thérapeutique* ».

L'analyse de cette problématique met en lumière une reconfiguration des dynamiques interactionnelles dans le champ médical sous l'influence des technologies numériques. Inspirés par les travaux contemporains sur la communication et les relations sociales, notamment ceux de Goffman(1974) ou Habermas(1987), il apparaît que l'interaction en face-à-face constitue une base fondamentale pour établir une relation de confiance. La téléconsultation, en dématérialisant cette proximité, redéfinit les modalités d'échange entre soignant et soigné, en limitant les indices non verbaux essentiels tels que les gestes, le ton de la voix ou le contact visuel, qui sont

traditionnellement mobilisés pour exprimer l'écoute, l'empathie et le soutien émotionnel. Selon des recherches récentes, ces éléments de communication implicite renforcent la perception de la qualité des soins, et leur absence dans les consultations numériques contribue à un sentiment de déshumanisation et de froideur relationnelle.

Les théories critiques sur la technologie, portées par des penseurs comme Foucault ou Bauman, offrent également une grille de lecture pertinente. Elles suggèrent que la médiation technologique tend à rationaliser les interactions sociales, en les réduisant à des échanges fonctionnels plutôt qu'à des relations humaines profondes. Dans le cadre médical, cela intensifie une logique de productivité et d'efficacité au détriment de l'expérience subjective du patient. En effet, le temps consacré à l'écoute active ou aux échanges informels est souvent raccourci, accentuant le sentiment des patients d'être moins entendus ou compris. Ce constat soulève une tension fondamentale : comment intégrer les avancées numériques dans les pratiques médicales sans perdre les dimensions humaines et relationnelles qui constituent le cœur de la dynamique thérapeutique ? Ces enjeux invitent à repenser les outils numériques pour qu'ils complètent, plutôt qu'ils ne remplacent, la richesse des interactions humaines dans le soin.

2.2. Impact de la transformation numérique sur la personnalisation des soins

La gestion des soins via des plateformes de santé numériques implique souvent l'automatisation de certains processus, comme la collecte d'informations médicales ou la prescription de traitements.

Ce propos illustre : « *Dans des consultations de suivi, un algorithme pourrait décider de l'approche thérapeutique sans tenir compte de la subjectivité et des particularités*

individuelles du patient. Ce modèle, bien qu'efficace en termes d'optimisation des processus, risque de réduire la capacité du soignant à adapter ses recommandations aux spécificités du vécu et des besoins émotionnels du patient. De ce fait, les patients peuvent ressentir un manque de personnalisation dans le suivi de leur santé. Ce qui nuit à leur sentiment d'être pris en charge de manière globale ».

L'analyse sociologique de cette problématique souligne une tension croissante entre la rationalisation des soins médicaux par les algorithmes et la reconnaissance de la subjectivité des patients. Inspirés par les réflexions de Max Weber(1971) sur la rationalité instrumentale et ses prolongements contemporains chez Anthony Giddens (1987), les systèmes algorithmiques incarnent une quête d'efficacité et de standardisation. Ils permettent d'optimiser les processus décisionnels en se basant sur des données objectives et des probabilités, mais en font abstraction de la singularité des parcours de vie et des besoins émotionnels des individus. Cela reflète un basculement vers une médecine technocratique, où le savoir scientifique prédomine, au détriment de la médecine narrative qui valorise l'écoute et la compréhension du vécu des patients.

En s'appuyant sur des perspectives orientales, notamment celles influencées par les réflexions d'Amartya Sen(1985) sur les capacités humaines, l'enjeu devient clair : l'approche algorithmique peut restreindre la liberté d'agir et de choisir des patients en les réduisant à des données statistiques. Cela entrave leur capacité à s'engager pleinement dans leur propre prise en charge. Par ailleurs, des sociologues critiques comme Zygmunt Bauman(2013) ou Shoshana Zuboff rappellent que l'emprise des technologies dans des contextes intimes, comme la santé, peut déshumaniser les interactions, en remplaçant la relation thérapeutique par des logiques de calcul et d'automatisation. Ce manque de personnalisation risque

d'éroder la confiance des patients et de réduire leur adhésion aux soins, car ils peuvent se sentir traités comme des "objets" dans un système impersonnel. Cela invite à un débat crucial : comment intégrer l'intelligence artificielle sans marginaliser les dimensions humaines et émotionnelles du soin, qui restent essentielles pour une prise en charge holistique et éthique ?

2.3. Redéfinition des rôles des acteurs médicaux dans le contexte numérique face à la question de la relation de pouvoir entre le médecin et le patient

Les plateformes numériques offrent souvent aux patients un accès direct à une grande quantité d'informations médicales, ce qui modifie l'équilibre des connaissances entre le soignant et le soigné.

Cette déclaration éclaire : « *Aujourd'hui, avec le numérique, on peut savoir un peu de quoi, on souffre à partir de quelques signes de maladie qu'on a en consultant des forums en ligne ou des bases de données médicales avant de consulter un médecin, et je le fais. Cela peut nous amener en tant que malades à confronter un peu même si, on n'est pas spécialiste de santé à comparer un peu les informations du traitant ou à rechercher des alternatives aux conseils du professionnel de santé. C'est mon avis en tant qu'un intellectuel de l'introduction du numérique dans le système de santé dans nos pays en souffrance ou en retard dans leurs systèmes de santé par rapport à l'occident. Nous devons, nous adapter et non rester toujours à la traîne. Le numérique ne remplace pas l'homme dans la médecine. Mais c'est une aide pour gagner en efficacité et en temps* ».

L'analyse sociologique de cette perspective met en lumière la manière dont le numérique reconfigure les rapports entre patients et professionnels de santé, en introduisant des

dynamiques d'information, de pouvoir et de défiance qui résonnent avec les théories contemporaines de la société de l'information. Les travaux de sociologues anglo-saxons comme Anthony Giddens sur la modernité réflexive et la confiance institutionnelle permettent d'interpréter cette pratique comme un phénomène de désinstitutionnalisation partielle du savoir médical. En accédant directement aux informations sur leur état de santé via des forums ou des bases de données, les patients deviennent des acteurs informés, capables de confronter les diagnostics ou les traitements proposés par les professionnels. Cette autonomisation du patient s'inscrit dans une dynamique où les savoirs experts, autrefois exclusifs, se voient démocratisés, même si cette démocratisation comporte des risques liés à la diffusion d'informations peu fiables ou non contextualisées.

D'un point de vue oriental et africain, cette adaptation du numérique dans des contextes où les systèmes de santé sont souvent sous-financés et inégalement accessibles peut être interprétée à travers la pensée d'Amartya Sen (*Op cit*) sur les capacités. L'utilisation des technologies numériques dans ces régions permet d'élargir les opportunités de prise en charge, en rendant l'information médicale accessible à des populations qui pourraient être éloignées des centres de soins.

Toutefois, cette transformation ne se fait pas sans tensions. Les travaux critiques européens, tels que ceux d'Ulrich Beck(2001) sur la société du risque, éclairent les dangers potentiels liés à cette autonomisation : la surinformation ou la mauvaise interprétation des données médicales peuvent accroître l'anxiété des patients ou encourager des comportements inappropriés en matière de santé. La mise en garde exprimée dans ce témoignage que le numérique ne remplace pas l'humain mais en est un complément invite donc à un équilibre. Il s'agit de promouvoir une intégration responsable des technologies qui renforce les systèmes de santé

tout en préservant le rôle central des interactions humaines dans la relation soignant-soigné.

3. Discussion

Les résultats révèlent une tension profonde entre les avantages indéniables de la digitalisation des soins et les défis qu'elle engendre sur le plan humain. D'un côté, les plateformes numériques offrent des solutions pratiques qui facilitent l'accès rapide aux soins médicaux, notamment pour les populations éloignées des centres de santé ou pour ceux confrontés à des contraintes de mobilité. Elles permettent une gestion plus fluide des rendez-vous, un suivi à distance plus constant et l'instantanéité des échanges, ce qui accroît l'efficacité du système de santé. Cependant, d'autre part, ce mode de soin à distance semble sacrifier un aspect fondamental de la relation thérapeutique : l'interaction humaine. Les patients, bien que bénéficiant d'un accès facilité, font souvent état d'un sentiment de déshumanisation. L'absence de contact physique et la réduction des échanges non verbaux dans ces consultations à distance rendent difficile l'établissement d'un lien émotionnel authentique. L'empathie, l'écoute active, et la confiance, des éléments clés du processus de guérison, sont fragilisés dans ces contextes virtuels. Les patients se sentent souvent réduits à des cas à traiter et non plus à des individus à comprendre dans leur globalité.

Dans un même ordre d'idées, les professionnels de santé, bien que bénéficiant de la praticité et de l'efficacité de ces outils numériques, se heurtent à une difficulté similaire : celle de maintenir une relation thérapeutique authentique. De nombreux soignants rapportent un manque de proximité émotionnelle avec leurs patients, une barrière créée par l'écran qui empêche une lecture complète du patient, tant sur le plan psychologique que social. Leurs gestes, expressions faciales et

leur capacité à percevoir les signaux corporels du patient, éléments précieux dans le diagnostic et l'accompagnement, sont limités. Bien que les plateformes offrent une réponse rapide aux demandes médicales, elles contribuent, de façon non négligeable, à la transformation du soignant en simple fournisseur de services, éloigné de la fonction plus humaine et relationnelle qu'il occupait auparavant. Cette réduction de l'intimité relationnelle entre le patient et le soignant risque de transformer la médecine en une simple transaction, réduisant le caractère holistique du soin et fragilisant ainsi le lien de confiance nécessaire à la guérison.

En tenant compte des résultats évoqués précédemment, nous optons pour une approche axée sur l'économie discursive. Ce choix analytique découle de notre volonté de ne pas examiner en détail tous les présents dans la matrice des éléments de résultats, afin d'éviter toute répétition. Ainsi, nous concentrons notre analyse sur l'axe suivant : **« Redéfinition des rôles des acteurs médicaux dans le contexte numérique face à la question de la relation de pouvoir entre le médecin et le patient »**

La redéfinition des rôles des acteurs médicaux dans le contexte numérique bouleverse les dynamiques traditionnelles de pouvoir entre le médecin et le patient, en instaurant un nouvel équilibre où l'accès à l'information modifie les rapports d'autorité. Autrefois, le savoir médical était principalement détenu par le médecin, ce qui lui conférait une position dominante dans la relation soignant-soigné. Cependant, avec l'avènement des technologies numériques, les patients ont désormais un accès direct et immédiat à une multitude de ressources médicales, ce qui leur permet de devenir des acteurs informés dans leur parcours de soins. Cette évolution introduit une forme de décentralisation du pouvoir, où le médecin n'est plus l'unique source de vérité. Toutefois, cette nouvelle dynamique ne se fait pas sans tensions : d'une part, les patients

peuvent ressentir un sentiment d'autonomie accru, mais d'autre part, l'abondance d'informations non filtrées et parfois contradictoires peut susciter confusion et méfiance, redéfinissant ainsi le rôle du médecin qui doit désormais non seulement offrir des conseils professionnels, mais aussi guider le patient dans un univers numérique complexe. Ce changement engendre une redistribution de pouvoir, où la relation devient plus collaborative, mais aussi plus fragile, nécessitant une réévaluation constante de l'autorité et de la confiance mutuelle.

Ces résultats corroborent les conclusions des travaux de Béranger (2014) en mettant en évidence l'impact croissant du numérique sur la gestion et l'utilisation des données. Avec la numérisation des connaissances accumulées au fil des siècles, les services en ligne, les réseaux sociaux, les appareils connectés et les outils mobiles génèrent en continu de nouvelles informations. Leur stockage, leur diffusion et leur exploitation font désormais partie intégrante du quotidien. Ces « métadonnées » ou big data constituent une ressource clé pour l'économie et le savoir contemporain. Dans le domaine médical, les données sont devenues un pilier central du développement d'une médecine plus personnalisée, préventive et prédictive.

L'essor de l'e-santé, de la télémédecine et des bases de données médicales entraîne des mutations profondes, tant sur le plan juridique qu'économique. Ces transformations s'accompagnent d'une certaine incertitude dans la relation entre médecins et patients, qui reposaient autrefois sur des principes et des normes bien établis. L'accès et l'usage des informations médicales oscillent désormais entre confidentialité et transparence, soulevant de nouvelles interrogations éthiques. L'introduction des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC)

bouleverse les repères traditionnels du secteur médical, jusqu'à redéfinir certains fondements de la pratique clinique.

Par ailleurs, avec l'avènement des objets connectés et l'essor des interactions numériques (Casilli, 2010), le patient acquiert un rôle plus actif dans la gestion de sa santé. Grâce à l'analyse de données personnalisées, il a le sentiment d'exercer un plus grand contrôle sur ses décisions médicales et de renforcer son autonomie. Ce changement transforme la relation soignant-soigné vers un modèle plus collaboratif, basé sur la prise de décision partagée et la prévention. Cependant, cette évolution repose sur un équilibre délicat entre la protection des données personnelles et leur transparence, posant des défis majeurs en matière de régulation et de respect de la vie privée. L'omniprésence des réseaux sociaux accentue cette problématique, en favorisant une exposition accrue des informations de santé, parfois au détriment de la confidentialité.

C'est dans cette veine que Cayol(2023) souligne que la dynamique d'expansion de la télémédecine, et plus spécifiquement de la téléconsultation, a longtemps été entravée par une appréhension structurelle relative à la potentialisation des vulnérabilités du patient. En effet, la dématérialisation de la relation soignante soulevait des inquiétudes quant à l'exposition accrue des données médicales sensibles et à la distanciation du sujet malade dans un dispositif perçu comme davantage technocratique et désincarné. Toutefois, dans le sillage de la crise sanitaire engendrée par la pandémie de Covid-19, cette modalité d'interaction thérapeutique s'est progressivement normalisée, s'inscrivant dans un mouvement plus large de recomposition des pratiques médicales. En favorisant une relative autonomisation du patient dans la gestion de son parcours de soin, elle n'est pas sans susciter des interrogations quant au risque d'une reconfiguration du modèle biomédical vers une logique marchande, où l'usager de soins

tendrait à être repositionné en tant que consommateur dans un système de santé de plus en plus structuré par les logiques de plateformisation et de rationalisation économique.

Les recherches de Dumez et Minvielle (2020) mettent en lumière que la santé numérique semble incarner une véritable révolution dans le domaine médical. Certains envisagent une disparition progressive des médecins sous l'effet de l'essor des technologies numériques, voire même l'avènement de la fin de la mort. Cependant, l'histoire regorge de révolutions annoncées qui ne se sont pas concrétisées, et ce sont souvent des effets inattendus qui émergent, accompagnés de résistances mal anticipées. Pourtant, malgré ces incertitudes, il est difficile de ne pas penser que la santé numérique pourrait représenter une innovation d'une ampleur inédite. Elle présente au moins deux caractéristiques essentielles. D'une part, sa diffusion se fait à une vitesse sans précédent. D'autre part, elle ouvre des perspectives inédites : les objets connectés permettent aux citoyens de prendre en charge eux-mêmes leur santé, les progrès en génomique révèlent de nouvelles connaissances sur les risques de maladies, et le suivi à distance des patients rend les consultations physiques moins nécessaires. Ces éléments laissent entrevoir une « destruction créative » du système de santé tel que nous le connaissons.

Aujourd’hui, le patient peut échanger avec d’autres malades sur des forums dédiés, réaliser ses propres analyses (glycémie, température), les transmettre aux professionnels de santé, ou encore suivre des programmes thérapeutiques basés sur des jeux sérieux (serious games) dans le cadre de sa rééducation. Grâce aux échanges à distance, les patients peuvent désormais exprimer des préoccupations jusqu’alors mal prises en charge, comme mieux comprendre certaines informations concernant leur traitement. Cette meilleure écoute et prise en compte des demandes renforce la confiance dans le système de santé, un facteur essentiel à l’efficacité des soins. De plus, grâce à

l'analyse en temps réel des données, il devient possible d'adopter une approche relationnelle plus fine et de personnaliser davantage les réponses thérapeutiques, rendant ainsi les soins plus efficaces.

Ces avancées technologiques s'inscrivent dans un mouvement plus large de démocratie sanitaire, apparu dans les années 1990, visant à redonner du pouvoir au patient et à réduire l'asymétrie des savoirs et des pouvoirs entre les médecins et les patients. L'un des principaux porteurs de ce mouvement, Christian Saout, ancien président de l'association AIDES, déclarait : « Savoir, c'est pouvoir. Voilà, c'est ça qu'on veut : c'est avoir du savoir, avoir de la connaissance pour pouvoir mener sa vie de malade, sa vie de patient, du mieux qu'on l'entend. » La démocratie sanitaire a d'abord abordé la question de la relation entre patients et médecins sous l'angle des droits, en instituant des dispositifs comme la charte du patient hospitalisé, le droit d'accès au dossier médical, et le consentement éclairé. Au fil du temps, les patients ont acquis la capacité d'influencer les orientations du système de santé. Le mouvement associatif, en particulier dans les domaines du VIH et de la myopathie, a joué un rôle croissant dans l'élaboration des politiques de recherche, des formes de traitement et dans certaines décisions médicales. Du point de vue politico-juridique, la démocratie sanitaire a permis l'affirmation de droits, l'amélioration de la qualité des services, la représentation dans des instances de décision et a conduit à une relation plus équilibrée entre patients et professionnels de santé dans des contextes cliniques spécifiques.

Conclusion

L'analyse des transformations induites par l'utilisation des plateformes numériques de santé met en évidence un bouleversement majeur des relations traditionnelles entre

soignant et soigné. Si ces nouvelles technologies offrent une accessibilité accrue aux soins, une efficacité renforcée dans la gestion des demandes et un gain de temps précieux pour les professionnels, elles sont également sources de tensions. En effet, la dématérialisation des soins et la communication à distance tendent à effacer la dimension humaine des interactions. Le recours aux plateformes numériques réduit la possibilité de créer des liens affectifs et de construire une relation de confiance fondée sur l'écoute, la compassion et la compréhension mutuelle. Les patients expriment souvent un sentiment de distanciation émotionnelle, ce qui fragilise leur expérience du soin et remet en question l'empathie inhérente à la pratique médicale.

D'autre part, cette évolution soulève des enjeux sociologiques concernant la désincarnation du soin médical, phénomène qui pourrait affecter à long terme la qualité du rapport soignant-soigné. La distance physique, la gestion automatisée des consultations et le recours systématique à des outils numériques risquent d'aliéner les patients, les réduisant à des simples données informatiques ou à des cas cliniques traités de manière anonyme. Si la proximité est un des piliers de l'expérience de soin, le modèle numérique en place menace de la dépersonnaliser. Il est donc essentiel de repenser les modalités de cette digitalisation afin de maintenir une dimension humaine dans l'accompagnement des patients. Une réflexion profonde sur l'équilibre entre technologie et humanité s'avère cruciale, pour éviter que l'évolution numérique ne se fasse au détriment de la relation thérapeutique et du bien-être psychologique des patients.

L'utilité sociologique de cette recherche se déploie sur plusieurs plans interdépendants. Premièrement, dans un contexte ivoirien marqué par des inégalités systémiques d'accès aux infrastructures de santé, la numérisation des soins apparaît simultanément comme une solution technique à la

pénurie de ressources médicales et comme un vecteur potentiel de recomposition des formes traditionnelles de l'interaction thérapeutique. En investiguant les effets sociotechniques de la médiation numérique sur les dynamiques relationnelles, cette étude contribue à une intelligibilité fine des mutations du lien thérapeutique dans des sociétés postcoloniales, où la corporealité demeure un opérateur central de reconnaissance sociale et de légitimation professionnelle.

Deuxièmement, en inscrivant l'analyse dans une perspective interactionniste et matérialiste, cette recherche éclaire la manière dont les plateformes numériques, en substituant des dispositifs d'échange dématérialisés au face-à-face corporel, reconfigurent les matrices locales de confiance, d'autorité médicale et de solidarité communautaire. Dès lors, elle met en tension les catégories classiques de la proximité sociale et de la compétence soignante dans un environnement technologique émergent, encore faiblement institutionnalisé et peu régulé.

Enfin, cette étude possède une portée heuristique majeure : elle invite à repenser les politiques publiques de santé numérique en Côte d'Ivoire à partir d'une grille de lecture sensible aux enjeux de désincarnation, de recomposition normative des interactions, et d'inégalités d'accès aux ressources digitales, contribuant ainsi à enrichir la sociologie critique des innovations technologiques en Afrique contemporaine.

Bibliographie

- BAUMAN Zygmunt, 2013. *La vie liquide*, Fayard, paris.
BECK Ulrich, 2001. *La société du risque : Sur la voie d'une autre modernité* (traduction française, l'original allemand date de 1986).

- BERANGER Jérôme, 2014. *Vers une médecine connectée, adaptée et personnalisée centrée sur les données et les big data médicales*. SIH 23 : Les journées Athos, Perpignan, France. https://www.researchgate.net/profile/J-Beranger/publication/282075923_Vers_une_medecine_connectee_mesuree_et_personnalisee_centree_sur_les_donnees_et_les_Big_Data_medicaux/links/560278c708aeaf867fb6b3d8/Vers-une-medecine-connectee-mesuree-et-personnalisee-centree-sur-les-donnees-et-les-Big-Data-medicaux.pdf (Consulté le 29 janvier 2025).
- BERTHOU Valentin, 2021. *Le praticien, le patient et les artefacts*, Genèse des mondes de la télémédecine, Presses des Mines, 611-615. <https://shs.cairn.info/revue-francaise-de-sociologie-2022-3-page-611> (Consulté le 30 janvier 2025).
- BONNEVILLE Luc, SICOTTE Claude, 2008. *Les défis posés à la relation soignant-soigné par l'usage de l'ordinateur portable en soins à domicile* in *Communication*, Volume : 26, Numéro : 2, Les Presses de l'Université Laval, Québec (Canada).
- CAYOL Amandine, 2023. *Le patient utilisateur de la télémédecine, quelles transformations ?* Droit, Santé et Société, 2023(3), 7. <https://shs.cairn.info/revue-droit-sante-et-societe-2023-3-page-7?lang=fr> (Consulté le 30 janvier, 2025).
- DUMEZ Hervé & MINVIELLE Etienne, 2020. *Jusqu'où la santé numérique va-t-elle transformer l'organisation des soins ?* Dans C. Lindenmeyer & M.-P. d'Ortho (Eds.), Santé connectée (pp. 33-43). Les Essentiels d'Hermès, Éditions du CNRS. ffhal-03059736ff (Consulté le 30 janvier 2025).
- Durkheim Émile, 2007. *De la division du travail social*, Presses Universitaires de France (PUF), Paris
- FANNY Thomas, AGBOHESSOU Geovani, LACROIX Justine, MANDIGOUT Stéphane, 2021. *Les enjeux d'usage d'une solution numérique, pour le réentraînement à l'effort des patients atteints d'une maladie chronique, depuis leur domicile*,

TraHs, 11. Les aînés dans le monde au XXIe siècle : Actes du IV congrès international réseau international ALEC (2). <https://www.unilim.fr/trahs> ISSN : 2557-0633.

GIDDENS Anthony, 1987. *La constitution de la société : Éléments de la théorie de la structuration*, Presses Universitaires de France (PUF).

GOFFMAN Erving, 1974. *Les rites d'interaction*, Les Éditions de Minuit.

GOULINET-FITE Géraldine, 2020. *Dimension(s) numérique(s) du soin à domicile en contexte de vieillissement et de maladie chronique : Quelles contributions à l'institution d'un environnement socio-technique capacitant ?* Sciences de l'information et de la communication, Université Michel de Montaigne - Bordeaux III. ffNNT : 2020BOR30005ff. fftel-02983315.

HABERMAS Jürgen, 1987. *Théorie de l'agir communicationnel*, (TR Lagneau, Trans.). Fayard. (Œuvre originale publiée en 1981).

HABIB Johanna & LOUP Pierre, 2019. *Quand l'adoption d'une application perçue comme anodine engage une transformation profonde du système de santé : Le cas de Doctolib.* https://aim.asso.fr/upload/Colloques-AIM/AIM2019/AIM2019_HABIB_LOUP.pdf (Consulté le 30 janvier 2025).

MALFILATRE Marie Ghis, 2024. *Dans les paradoxes du virage numérique en santé*, Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé, <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/13715> (Consulté le 30 janvier 2025).

NEVE DE MEVERGNIES Marine, 2023. *Une enquête de satisfaction des patients vis-à-vis d'un outil d'évaluation des effets secondaires de l'immunothérapie auto-rempli à domicile : Le cas d'Immuno-soins aux Cliniques universitaires Saint-Luc*. Faculté de santé publique, Université catholique de

Louvain. Promoteurs : Loute, A., & Maddalena, F. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:41153> (Consulté le 30 janvier 2025).

ROUGE-BUGAT Marie-Ève & BERANGER Jérôme, 2021. *Évolution et impact du numérique dans la relation médecin généraliste-patient. Cas du patient atteint de cancer*, Bulletin de l'Académie nationale de médecine, 205, 822-830. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001407921002132> (Consulté le 30 janvier 2025).

SEN Amartya, 1985. *Matières premières et capacités*. Hollande-Septentrionale, Amsterdam.

WEBER Max, 1971. *Économie et société* (FJ Proulx, Trans.), Plon, (Œuvre originale publiée en 1922).