

QUAND LES MEDECINS EXPLOITENT ET RESISTENT A LA SOUSVEILLANCE PANOPTIQUE CREEE PAR LES « OPEN DIGITAL FEEDBACK PLATFORMS »

Georgescu, Irène,

Université de Montpellier, Montpellier Recherche en Management (MRM)

irene.georgescu@umontpellier.fr

Bez, Sea

Université de Montpellier, Montpellier Recherche en Management (MRM)

Sea.bez@umontpellier.fr

Lopez, Juan

Université de Montpellier, Montpellier Recherche en Management (MRM)

juan-eduardo.lopez-sanchez@umontpellier.fr

Résumé :

Dans la santé, les Open Digital Feedback Platforms (ODFP) – permettant aux patients de noter et commenter – suscitent défiance et scepticisme chez les médecins. Grâce à 20 entretiens avec des médecins français et l'analyse de leurs interactions sur l'ODFP de Google, l'étude conceptualise ces plateformes comme une sousveillance panoptique : un dispositif où les médecins sont publiquement observés et jugés par leurs patients. Face à cela, ils adoptent trois stratégies : (1) ajuster leurs pratiques pour répondre aux attentes patientes, (2) répondre aux avis pour contrôler leur image, (3) encourager des retours positifs. Ces tactiques illustrent une résistance, transformant la visibilité ouverte en levier de protection professionnelle et d'intérêt personnel. Ce travail enrichit la recherche sur la résistance organisationnelle aux plateformes et invite à repenser la visibilité publique comme caractéristique modulable. Elle offre un cadre conceptuel pour d'autres secteurs confrontés à l'évaluation numérique et soulève des enjeux méthodologiques importants.

Mots-clés : plateformes, santé, panoptique, sousveillance, feedback patient

QUAND LES MEDECINS EXPLOITENT ET RESISTENT A LA SOUSVEILLANCE PANOPTIQUE CREEE PAR LES « OPEN DIGITAL FEEDBACK PLATFORMS »

INTRODUCTION

Moins de 8 % d'un échantillon représentatif de la population britannique a fourni des commentaires sur leur propre expérience de soins et 42 % des patients ont lu les messages en ligne (Powell et al. 2019). Ces chiffres montrent une tendance à un nombre limité mais croissant de patients qui publient leurs commentaires sur leur expérience de soins privés avec leurs médecins sur des plateformes de rétroaction numériques ouvertes (ODFP) (Ziewitz, 2016 ; Mazanderani et al. ; 2021, Adams 2010, Menon, 2017). Nous définissons ODFP comme une plateforme qui fournit des notes numériques et/ou étoiles combinées à des commentaires écrits sur une expérience privée (ici, la relation médecin-patient) dans un espace numérique ouvert à tous pour lire ou publier.

Les ODFP en santé sont un champs de recherche à part entière et diffèrent des ODFP de service en ce qu'elles sont soumises à des impératifs éthiques et réglementaires stricts – notamment la confidentialité des données médicales et la relation de confiance patient-médecin – là où les plateformes de services se concentrent essentiellement sur l'expérience transactionnelle (Ye et al., 2009 ; Emmert & Meier, 2013). Les recherches antérieures sur les ODFP en santé ont porté principalement sur la façon dont les patients ou les organismes de santé publics nationaux – et non les médecins – contribuent au développement ou à l'exploitation des commentaires en ligne et des commentaires des patients (Patel, 2016 ; Dudhwala 2017 ; Mazanderani et al., 2021). Les ODFP soutiennent la responsabilité, la transparence, l'amélioration et la confiance dans les soins de santé (Powell et al., 2019).

Seules quelques études ont exploré le point de vue des médecins. Quelques-uns ont constaté que certains médecins perçoivent les ODFP comme étant prometteurs (Montgomery et al., 2021), en particulier l'authenticité et l'utilité des avis des patients (Menon, 2017). D'autres, cependant, ont constaté que les médecins se méfient des commentaires des patients publiés en ligne. Cette méfiance provient de leur conviction que seule une minorité de patients publient des commentaires ; que ceux qui publient ne sont peut-être pas qualifiés pour commenter les services des médecins (Adams, 2011 ; Menon, 2017, Patel, 2019) ; et parfois les avis sont

publiés par de faux patients (Deshai et Rao, 2023 ; McLennan, 2020). Les médecins craignent également que les commentaires négatifs des patients ne sapent leur autorité et leur expertise (Menon, 2017).

En déplaçant l'objectif de l'analyse de « rétroaction des patients sur les ODFP » vers les « caractéristiques perçues de l'ODFP », nous définissons les ODFP comme une forme perçue de « sousveillance panoptique sur les médecins par les patients ». S'inspirant de la vision du panoptique de Foucault (1975), dans laquelle un observateur central peut observer en permanence les détenus sans qu'ils sachent s'ils sont surveillés, la « sousveillance panoptique » fait référence à un renversement de la dynamique du pouvoir par lequel ceux qui sont observés observent et surveillent activement ceux qui détiennent l'autorité. Pour les ODFP, le « panoptique sousveillance sur les médecins par les patients » consiste à rendre visible à tous et sans limite de temps les expériences de santé d'un nombre limité de patients. Les patients surveillent les médecins qui sont traditionnellement « l'autorité » dans une relation médecin-patient et sans que les médecins soient en mesure de déterminer si les patients publieront ou non leur expérience de santé sur un ODFP.

Sur la base des critiques susmentionnées des patients en tant que moniteurs, on s'attend à ce que les médecins se méfient, voire résistent, à la « sousveillance panoptique » générée par les ODFP. Par exemple, en 2019, plusieurs médecins français ont intenté une action en justice, mais n'ont pas réussi dans leurs efforts, pour forcer certains ODFP à retirer leurs commentaires de patients publiés en ligne sans leur consentement (Le monde, 2019). En revanche, certains experts suggèrent que les médecins modifient leur réponse aux ODFP de la résistance à l'exploitation. À titre d'exemple, un guide d'e-réputation pour les médecins créé par l'Ordre des médecins de France en 2018 encourage les médecins à utiliser activement les ODFP et à répondre aux commentaires critiques des patients plutôt que d'intenter une action en justice. Dans le même temps, la loi française a évolué en 2019 pour permettre aux médecins de communiquer leur expertise en matière de soins et leur donner plus de liberté pour exploiter les ODFP.

Ces faits ont fait de la France un contexte intéressant pour étudier si les médecins utilisent la sousveillance panoptique méfiante à leur profit. Notre objectif est d'explorer si et comment les médecins exploitent la sousveillance panoptique générée par les ODFP.

Nos résultats, qui s'appuient sur 20 entretiens semi-directifs avec des médecins français, ont révélé la perception des médecins à l'égard des ODFP. Nous avons identifié les principales caractéristiques des ODFP qui ont contribué à la méfiance des médecins ; nous avons également souligné comment certains médecins exploitent les ODFP. Le résultat est que certains médecins

façonnent directement ou indirectement ce qui est visible sur ces plateformes en ligne. Selon les médecins, façonner ce qui est visible leur permet de contrôler les dommages potentiels à leur réputation et/ou de renforcer leur expertise particulière. Paradoxalement, ils utilisent également la visibilité d'autres médecins pour trouver et recommander des médecins aux patients ; ce faisant, ils légitiment les ODFP dont ils se méfient. En mettant en lumière les pratiques des médecins, nous enrichissons les recherches émergentes sur la légitimation des plateformes initialement confrontées à des résistances des acteurs concernés.

1 ODFP : SOUSVEILLANCE PANOPTIQUE ET CLIMAT DE MEFIANCE

1.1 ÉMERGENCE DE LA PLATEFORME COMME SOUSVEILLANCE PANOPTIQUE

Le concept de panoptique fait référence au système de surveillance architecturale de Bentham dans lequel la visibilité est un élément clé (Foucault, 1975). La configuration de la visibilité doit permettre l'observation continue du comportement individuel. La conséquence est d'induire un état de visibilité permanent. Cette visibilité continue déclenche l'autodiscipline des individus qui sont observés alors qu'ils adoptent les normes et les règles des moniteurs (Foucault, 1975). Les plateformes numériques, par le biais de l'autosuiivi et de l'autosurveillance, offrent de nouvelles perspectives de transparence et créent même une sousveillance panoptique (Zuboff, 1988, 2015 ; Lupton, 2016 ; Hermsen et al., 2017). Les technologies d'auto-suiivi « brouillent les frontières spatiales entre la surveillance publique et privée, faisant entrer la surveillance publique dans la sphère domestique et la surveillance privée dans le domaine public » (Lupton, 2016, p. 3). L'auto-suiivi des données quantitatives et qualitatives soutient la création d'un soi numérique individuel (Lupton, 2016). De plus, l'auto-suiivi permet de reconfigurer la dynamique de pouvoir au sein des participants à la tendance de la surveillance. Par exemple, lorsque les médecins entrent dans la surveillance en utilisant des plateformes numériques pour surveiller et suivre la santé des patients, ils augmentent leur pouvoir dans la relation médecin-patient (Ziebland et al 2021).

La technologie numérique et l'auto-suiivi deviennent une opportunité de puiser dans la « sagesse des patients » (Ziewitz 2017). En publiant des retours d'expérience sur les OPDF sur leur expérience de soins, les patients deviennent une nouvelle source d'observation continue des médecins via les technologies numériques. Cela conduit à une « observation d'en bas », c'est-à-dire à une « sousveillance » (Fernback, 2013). Grâce à la technologie, l'individu observé (le patient) qui est traditionnellement sous l'autorité d'un observateur (un médecin), devient l'observateur et crée ainsi un effet miroir et une transparence réciproque entre les médecins et les patients (Mann et al. 2006). Les patients nourrissent la sousveillance car ils peuvent toujours

poster des commentaires. La sousveillance confronte l'autorité et introduit un manque de confiance dans leur expertise du point de vue des patients (Mann 2013, Menon 2017, Orlikowski et Scott, 2014).

En faisant du patient une source de sousveillance, les ODFP soutiennent la sousveillance panoptique en fournissant un enregistrement, un suivi et une évaluation en permanence visibles de la relation du médecin avec les patients. La technologie soutient la production de citoyens de santé numérique pour atteindre l'objectif et fournir un retour d'information à un fournisseur de soins de santé (Pettrakaki et al. 2021)

1.2 CONFIANCE ET MEFIANCE SUR LA PLATEFORME DE FEEDBACK DES PATIENTS

Comme Ward l'a mentionné en 2017, les professionnels de la santé doivent comprendre l'importance d'établir et de maintenir des relations de confiance avec les patients/clients. La confiance joue un rôle crucial dans la relation médecin-patient, en particulier lorsque les personnes vulnérables n'ont d'autre choix que de faire confiance à l'expertise médicale de leur médecin et d'être loyales (Chandral et al, 2018 ; Ward, 2017).

Pour remédier au manque de confiance des patients dans les soins de santé, il y a une tendance croissante à l'engagement des patients dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de santé (Adams, 2011). La formulation de commentaires en ligne est un moyen supplémentaire, émergent et crédible pour les patients de s'engager dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la santé (Mazanderani et coll., 2021). La publication de commentaires en ligne est considérée comme un « mode de soins » (Mazanderani et al 2021). En partageant les expériences des patients, les plateformes numériques facilitent les échanges et l'accompagnement entre les patients (Conrad et al. ; 2016). Ils affectent également la nature de la relation médecin-patient (Conrad et al ; 2016), car les interactions sur le Web et le partage en ligne d'expériences personnelles ont un impact sur la confiance des patients dans les médecins et les soins qu'ils prodiguent (Meyer et Ward, 2008).

L'attitude des médecins à l'égard des commentaires en ligne est contradictoire. D'une part, les commentaires en ligne génèrent des sentiments négatifs (McCartney, 2009 ; Patel et coll., 2015 ; Menon, 2017 ; Atherton et coll., 2019 ; Montgomery et coll., 2021). Plus précisément, les médecins expriment des sentiments de victimisation et de scepticisme quant à leur expérience des commentaires en ligne (Montgomery et coll., 2021, Atherton et coll. ; 2019). Les chercheurs suggèrent que la méfiance est justifiée étant donné la perception des médecins selon laquelle les systèmes sont non représentatifs et biaisés (Terlutter et coll., 2014 ; Patel et

coll., 2015 ; Atherthon et al., 2019). Les médecins croient également que les patients insatisfaits sont surreprésentés ou que les commentaires peuvent être faux, voire constituer un acte de sabotage de la part de médecins concurrents (Patel et coll., 2015 ; Menon, 2017 Kadry et al., 2011 ; Woodward, 2009).

D'autre part, malgré leur méfiance à l'égard des commentaires en ligne, certains médecins lisent les commentaires en ligne, ce qui suggère l'impératif croissant de prendre en compte ce phénomène (Ramsey et al., 2019). Les médecins peuvent fournir des non-réponses, des réponses génériques, des réponses appréciatives, des réponses hors ligne et des réponses transparentes et conversationnelles (Ramsey et al 2019). Les histoires positives sont moins susceptibles d'être utilisées à des fins d'amélioration de la qualité, et les commentaires négatifs sont plus susceptibles d'avoir une incidence sur la façon dont les soins ultérieurs sont prodigués (Ramsey et coll. 2019, Sheard et coll. 2018). Une étude menée auprès de 41 médecins généralistes a révélé que les commentaires en ligne produisaient de nouvelles subjectivités professionnelles et affectaient les interactions avec les soins de santé (Boylan, 2021 ; Ramsey et al., 2019). Bien que les commentaires en ligne n'aient pas changé la pratique des soins des médecins, ils ont eu un impact sur la relation patient-médecin en « atténuant leur langage ou en se censurant eux-mêmes par crainte de leur effet potentiel sur leurs avis » (Menon, 2017, p 6).

En se concentrant sur les résultats des commentaires en ligne sur leur réputation, l'évaluation de l'expertise, l'autonomie et l'amélioration des soins, les recherches précédentes se sont concentrées sur les commentaires en tant que tels et moins sur les perceptions des médecins à l'égard de ces plateformes et de la façon dont ils les utilisent.

1.3 LES ODFP DANS LE PAYSAGE FRANÇAIS

Dans cette section, nous présentons le contexte national français dans la mesure où la perception des ODFP par les médecins est interdépendante du contexte national des soins de santé (Adam, 2013).

Une enquête réalisée par [OpinionWay pour DoctiZen](#) en octobre 2021 montre que sur 957 patients représentatifs français ayant reçu des soins, 57 % ont admis avoir consulté les commentaires en ligne des patients sur les médecins, et 14 % ont indiqué avoir déjà publié un commentaire en ligne. Google est l'une des plateformes les plus utilisées pour publier et lire des commentaires sur les médecins. Google est le principal moteur de recherche utilisé en France ;

88 % des recherches sur Internet en France se font sur Google (Statista, 2023). Google crée automatiquement une page Google Business où les patients peuvent publier des commentaires à l'insu des médecins. En raison de la liberté d'expression et d'opinion française, tous les commentaires sur Google sont visibles pour être lus sans modération tant qu'ils n'ont pas de caractère illicite ou diffamatoire. L'article R.4127-6 du code de la santé publique affirme que le médecin doit respecter le droit de chacun de choisir librement son médecin.

D'autres plateformes existent en France pour que les patients puissent parler de leur expérience de soins, mais elles ont une visibilité limitée par rapport à Google. Tout d'abord, les organisations de soins de santé recueillent les commentaires des patients par le biais d'enquêtes papier ou numériques, de réunions en face à face après des incidents et de groupes de discussion de patients, et publient les informations sur des plateformes internes qui ne sont pas visibles par le public. Des plateformes à but lucratif et à visibilité publique comme « Hospitalidée » ou « Choisir Un Médecin » existent également en France, mais elles sont dédiées aux secteurs de la santé et sont donc par définition moins généralistes en termes d'usage. En choisissant Google comme ODFP à explorer, nous avons choisi la plateforme la plus courante, orientée vers le profit et basée sur le marché, qui peut dénaturer l'aspect « soin » et « santé ».

La France a récemment connu des changements juridiques dans le secteur de la santé. Avant 2020, les lois limitaient la possibilité de promouvoir les médecins et d'investir dans le marketing. L'article 4127-19-1 du Code de la santé publique, entré en vigueur en 2020, a annulé cette interdiction de publicité des professionnels de santé. Les médecins peuvent désormais communiquer librement et légalement avec le public sur leurs compétences et leurs pratiques professionnelles, à condition que les informations qu'ils partagent soient loyales et honnêtes, qu'elles ne s'appuient pas sur des témoignages de tiers, qu'elles ne reposent pas sur des comparaisons avec d'autres médecins ou établissements, et qu'elles n'incitent pas au recours à des mesures de prévention ou de traitement. Les nouvelles lignes directrices ne portent pas atteinte à la dignité de la profession et empêchent toute induire le public en erreur. Ce changement juridique permet aux médecins de commenter et de répondre aux commentaires sur les ODFP.

Enfin, le marché français de la santé est très réglementé. Le nombre de médecins, en particulier dans les soins primaires, est en baisse depuis plusieurs années. Ces tendances risquent de détériorer davantage l'accessibilité des soins dans les secteurs moins attractifs et d'augmenter

les temps d'attente pour obtenir un rendez-vous médical, même dans les établissements de santé privés (Dress, 2021, Bizard, 2017). Le contexte spécifique en France réduit la perception du public d'une dynamique de marché concurrentielle entre les médecins, à l'exception de certains services de soins privés à la charge libre tels que la chirurgie esthétique. Ainsi, nous nous attendons à ce que peu de médecins exploitent l'ODFP de Google en France, ce qui rend les conclusions de certains médecins français exploitant l'ODFP de Google encore plus intéressantes.

2 METHODE

2.1 COLLECTE DE DONNEES

Cette étude qualitative vise à comprendre si et comment les médecins exploitent les ODFP. De janvier 2023 à janvier 2024, nous avons mené 20 entretiens qualitatifs semi-directifs au cours de deux phases de collecte de données (voir le tableau 1 pour les caractéristiques de l'échantillon).

Dans la première phase de la collecte de données, nous avons réalisé une première série d'entretiens exploratoires avec quatre hématologues employés dans un hôpital public. Nous les avons déjà interviewés dans le cadre d'un projet spécifique sur la collecte de données sur les commentaires des patients par le biais d'« Hospitalidée », une plateforme de feedback en ligne pionnière pour l'évaluation et le classement des hôpitaux. Dans deux des quatre entretiens, les médecins ont explicitement mentionné Google Reviews, ce qui a attiré notre attention car les médecins employés dans les hôpitaux publics n'ont pas de page sur Google. Ensuite, nous avons mené une deuxième série d'entretiens avec un guide d'entretien spécifique afin de recueillir et d'explorer les perceptions des médecins et l'utilisation de l'ODFP de Google. Nous sélectionnons des médecins généralistes et d'autres médecins auxquels les patients peuvent s'adresser directement.

Nous avons recherché « docteur » sur Google Maps des sept plus grandes villes de France qui comptent plus de 300 000 habitants en 2024 : Paris, Lyon, Marseille, Lille, Toulouse, Bordeaux, Nice et Montpellier. Pour chacun d'entre eux, nous avons examiné au hasard les 20 premiers résultats (soit un échantillon de 140 médecins de différentes spécialités). Lorsque le médecin a répondu à au moins un commentaire au cours des trois dernières années (après l'entrée en vigueur de la nouvelle loi française), nous l'avons contacté par téléphone ou par mail pour demander un entretien (liste de 36 médecins). Le fait qu'ils aient répondu aux commentaires

des patients en ligne a révélé leur utilisation de l'ODFP de Google et a justifié la raison pour laquelle nous voulions les interviewer. Cinq médecins ont accepté notre demande d'interview. Pour élargir le nombre de personnes interrogées, nous avons utilisé plusieurs techniques : (1) un appel à des entrevues par le biais d'un petit sondage publié sur LinkedIn et WhatsApp, partagé par les organisations régionales de médecins (qui n'a donné lieu à aucune personne interrogée) et (2) nos réseaux de personnel (qui ont donné neuf personnes interrogées). Ensuite, nous avons utilisé un « échantillonnage en boule de neige », dans lequel nous avons demandé à la personne interrogée de fournir les noms de collègues qui pourraient être intéressés à participer à cette recherche (ce qui a donné deux personnes interrogées). Conscients du risque de contamination intra-groupe lié à la sensibilité du terrain (De Laine 2000), nous avons demandé à chaque praticien de ne pas contacter personnellement le médecin que nous devions interroger par la suite.

Nous avons classé les participants en fonction de leur spécialisation, de leur secteur de santé (privé ou public) et de leur page Google (individuelle lorsqu'elle possède son propre cabinet privé, ou collective lorsqu'elle appartient à un groupe ou à une institution disposant de sa propre page Google). Ces caractéristiques sont apparues tout au long des entretiens pour expliquer potentiellement l'exploitation par les médecins de l'ODFP de Google.

Nous avons interrogé les participants à l'étude en personne dans leur bureau, via Zoom ou par téléphone. Nous avons obtenu le consentement verbal au début de chaque entrevue, y compris la demande d'enregistrer l'entrevue à des fins de recherche seulement. Les noms des personnes interrogées ont été anonymisés et les entretiens ont été transcrits si le médecin y consentait. Dix-sept médecins ont approuvé l'enregistrement et l'utilisation de leurs entretiens à des fins académiques. Trois médecins ont consenti à l'utilisation de leurs entretiens à des fins académiques, mais pas à l'enregistrement ; Dans ces cas, nous avons pris des notes détaillées, y compris des citations.

Le guide d'entretien comprenait cinq parties : (1) l'opinion des médecins sur l'ODFP de Google ; (2) résultat/impact de Google ODFP (effet rationnel et émotionnel) ; (3) processus/utilisation de l'ODFP ; (4) les facteurs de processus/d'utilisation de l'ODFP ; et (5) la façon dont d'autres médecins utilisent l'ODFP (pourquoi et comment). Nous avons encouragé les participants à parler librement de leur opinion et de leurs expériences avec Google ODFP.

Pour confirmer ou approfondir notre compréhension des comportements des médecins, après chaque entretien, nous avons lu les messages des patients et recueilli les messages pour lesquels le médecin avait répondu (voir tableau 1). La présence des réponses des médecins est une

preuve empirique de l'utilisation par les médecins de Google ODFP au moins pour répondre aux patients. Les commentaires avec le plus grand nombre de likes sont également une preuve empirique que les commentaires sont lus par les patients.

2.2 ANALYSE DES DONNEES

Nous avons adopté une position interprétativiste, car nous voulions comprendre le sens que les médecins attachent à la réalité sociale de l'ODFP de Google. Nous avons suivi le codage traditionnel de la théorie ancrée. Nous avons effectué un codage ouvert (Stauss et Cobin, 1998). Nous avons divisé les entretiens transcrits en parties distinctes pour examiner de près les pensées et les affirmations des médecins sur Google ODFP. En explorant les similitudes et les différences dans le codage ouvert, nous nous sommes mis d'accord sur deux codages axiaux principaux qui avaient émergé. Tout d'abord, nous avons identifié les pensées et les affirmations similaires des médecins sur les caractéristiques spécifiques perçues des ODFP. Ce cycle axial de codage a ensuite été testé par les deuxième et troisième chercheurs, qui ont eu accès à l'ensemble du matériel. À la lumière de la richesse du matériel et de la possibilité de diverses interprétations, nous avons cherché à atteindre l'intersubjectivité dialogique (Kvale 1994), qui n'était nécessaire que lorsque les auteurs étaient en désaccord sur quelque chose.

Nous avons ensuite effectué un codage sélectif et interprétatif comme le recommande la théorie ancrée, où nous connectons toutes les caractéristiques perçues identifiées de l'ODFP autour d'une catégorie centrale via un raisonnement théorique – la théorie de la sousveillance panoptique. Par exemple, les fonctionnalités « Ouvert à la lecture », « indélébile » et « non contextualisé » étaient liées à la « visibilité continue » de la sousveillance panoptique ; la caractéristique « nominative » de l'ODFP à la « sousveillance individualisée » ; et les fonctionnalités « ouvert à la publication – même faux patient » et « ouvert à la publication – contenu non vérifié » à la surveillance méfiante.

Dans le paradigme de recherche de l'interprétativisme, la compréhension d'un phénomène – dans ce cas, la perception des médecins et l'utilisation revendiquée des ODFP – ne peut être séparée, et doit même être examinée dans un contexte holistique (Magnani et Gioia, 2023). Nous avons essayé de comprendre les similitudes ou les différences de ces médecins qui exploitaient d'une manière ou d'une autre l'ODFP et si l'exploitation était liée ou non à l'une des caractéristiques de l'ODFP codées.

3 RESULTATS

3.1 ODFP COMME PERÇU COMME SOUSVEILLANCE PANOPTIQUE

Nous discutons des caractéristiques perçues de l'ODFP de Google par les médecins qui nous ont incités à présenter l'ODFP comme une sousveillance panoptique perçue et méfiante.

3.1.1 Visibilité continue : des retours indélébiles et ouverts à la lecture

L'une des spécificités de l'ODFP de Google est que les commentaires sont ouverts à la lecture du public. Nos résultats montrent que six médecins d'horizons différents (c'est-à-dire public, privé collectif et privé individuel, femmes et hommes, jeunes et établis) ont affirmé au départ qu'ils n'avaient pas regardé les commentaires de leurs patients, mais qu'ils disposaient tout de même d'informations sur le contenu provenant de sources diverses, notamment leur famille, leurs amis, leurs pairs, leurs patients et les entreprises d'e-réputation.

Par exemple, le Dr 7, un ophtalmologiste, a déclaré : « Mon mari [qui n'est pas médecin] regarde de temps en temps mes commentaires et me le dit. » Cette réponse est un exemple qui montre que la lecture n'est pas faite directement par les médecins mais par des tiers qui résument l'information pour eux.

Une autre caractéristique de l'ODFP est que les commentaires des patients ne sont jamais effacés. Par exemple, un médecin a fait référence à des commentaires négatifs à son sujet publiés il y a huit ans qui pèsent encore dans la moyenne du groupe privé où il travaille. En réponse aux commentaires, le Dr 17, ophtalmologiste, a déclaré : « La note et les commentaires ne représentent pas ce que nous faisons maintenant ; De très vieux commentaires ont encore un impact sur notre note. Les commentaires rétrospectifs ne sont jamais effacés et ont un impact continu. Un médecin que nous avons interviewé et qui est à la retraite a toujours des étoiles et des commentaires visibles sur Google.

Dans des recherches antérieures sur le panoptique, les visibilités continues n'ont pas été analysées dans une perspective temporelle. La dimension rétrospective constitue une caractéristique importante de la sousveillance panoptique générée par les ODFP. Le caractère indélébile des commentaires sur les ODFP a été confirmé par un médecin qui a indiqué qu'il avait essayé, sans succès, d'effacer son compte Google. « Je ne voulais pas être sur Google, j'essaie de me désabonner mais ce n'est pas possible », a déclaré le Dr 7, un médecin généraliste. Plusieurs actions en justice intentées par des médecins français contre Google à cet égard ont été infructueuses, et les commentaires restent donc en ligne.

Enfin, les médecins ont mentionné que les commentaires des patients sur les ODFP ne tiennent pas compte du contexte spécifique du jour où le commentaire a été fait. Cependant, le contexte de la prestation des soins est essentiel pour les médecins, car ils sont tenus de fournir les meilleurs soins possibles sans tolérance pour les échecs. Le Dr 11, médecin généraliste, a souligné cette attente : « Chaque jour, en moyenne, je vois 30 patients programmés, plus des patients supplémentaires ; par mois, je vois près de 900 patients. Celui dont la plainte sur Internet est celui qui, ce jour-là, quelque chose de spécial m'est arrivé ou juste ce jour-là je communiquais [de manière moins amicale], c'est tout. Mais avec les plateformes en ligne, ce [comportement hors contexte] pourrait être une catastrophe [car il est présenté comme si j'étais toujours comme ça]. La surveillance des patients, comme le démontre cette citation, est continue, même pendant les jours où un médecin avait une surcharge de patients ou un problème technique. Cette surveillance du patient ne fournit aucun contexte dans lequel les soins ont été prodigués. Les recherches antérieures sur la sousveillance panoptique ne se sont pas concentrées spécifiquement sur le contexte de soins ou le fait que certains médecins répondent aux commentaires.

3.1.2 Sousveillance individualisée

La surveillance par les patients est individualisée pour les médecins travaillant de manière indépendante, car la page Google est directement dans le nom du médecin. Selon nos résultats montrés, les médecins travaillant dans un organisme de santé ou en cabinet de groupe public ou privé, peuvent toujours être mentionnés dans un commentaire. L'un des spécialistes que nous avons interviewés a été mentionné dans neuf commentaires de patients, positifs et négatifs ; il a été mentionné explicitement dans les 133 commentaires liés à la page Google de l'organisme de santé privé qui l'emploie. Voici un exemple de post : « Patient X 3 étoiles – il y a 3 mois : Très bel accueil. Les examens préparatoires sont très bien faits mais évitez l'antipathique et bourru Docteur Y, qui vous méprise, refuse de vous donner des explications, et est même brutal. J'y suis allé pour un problème très spécifique qu'il n'a même pas abordé. Devrait prendre sa retraite. Visité en septembre 2023.

3.1.3 Pas de processus de vérification

Certains médecins critiques se sont demandé qui était autorisé à publier des commentaires sur Google. Un chirurgien plasticien que nous avons interviewé dit qu'il a eu affaire à de faux patients qui publiaient des commentaires. Le Dr 17 a expliqué : « Il y a deux ans, j'ai commencé

à avoir des commentaires sur de supposées opérations chirurgicales dans lesquelles j'avais échoué, des procédures que je n'avais jamais faites, et là, je considère que parmi le groupe médical, il y en a qui pensent que je travaille beaucoup, donc mon commentaire vient d'un mélange entre les insatisfactions et les concurrents. »

Une autre personne interrogée, le Dr 8, médecin généraliste, fait référence à un faux commentaire dans l'une de ses réponses écrites postées sur Google en réponse aux commentaires d'un patient : « Bonjour, je ne sais pas qui signe ce message sans avoir le courage de signer son nom, mais ce que je sais, c'est qu'il est impossible que ce soit moi qui lui ai répondu puisque je ne prends plus d'appels au téléphone depuis que j'ai délégué le prise de rendez-vous à Doctolib. C'est la limite de toutes ces opinions impersonnelles.

Même si les observateurs sont de vrais patients atteints de maladies réelles, certains médecins s'interrogent sur la légitimité du contenu ou des patients qui regardent les médecins. Les médecins ne considèrent pas les commentaires des patients comme des sources d'information fiables, car ils sont subjectifs. Le Dr 7, un médecin généraliste, a déclaré : « J'ai l'impression qu'il y a des gens qui abusent et justifient leurs commentaires négatifs sur un cas médical, mais c'est ainsi qu'ils expriment leur ressentiment. » Les patients peuvent utiliser la plateforme à mauvais escient pour exprimer leur ressentiment à l'égard du médecin, plutôt que de fournir une représentation objective de leur expérience de patient. Cela soulève la question de savoir qui est légitime pour la sousveillance panoptique et comment sélectionner l'observateur de la sousveillance panoptique.

3.2 EXPLOITATION DE LA SOUSVEILLANCE PANOPTIQUE

Dans cette section, nous nous concentrons sur les utilisations présumées de l'ODFP par les médecins que nous avons liées à leur exploitation de la plateforme.

3.2.1 Exploiter la visibilité du post patient : intégrer les attentes du patient

Les médecins que nous avons interrogés n'ont pas fait état de changements majeurs dans leurs pratiques motivés par les commentaires des patients sur les ODFP. Certains médecins qui travaillent pour des cabinets publics et privés ont affirmé qu'ils n'étaient ni disposés à lire ni à apporter des modifications en fonction des commentaires des patients. L'une des personnes interrogées, le Dr 12 GP, a fait valoir : « En tant que thérapeute, il est de ma responsabilité de ne pas être influencé par ces commentaires. » Cette citation suggère que le médecin ne considère

pas les commentaires des patients comme pertinents pour la pratique professionnelle et que toute modification y apporterait des compromis quant à son objectivité.

En revanche, deux médecins généralistes – un spécialiste privé et un médecin public – que nous avons interrogés ont suggéré que les commentaires des patients publiés sur l'ODFP les ont incités à modifier leurs comportements envers les patients. En effet, une médecin généraliste a indiqué qu'elle s'était rendu compte que les gens pouvaient mal interpréter sa réponse lors des interactions avec les patients ; En modifiant son comportement en fonction des commentaires des patients, elle est devenue plus empathique. Elle a déclaré : « Sur la base de ces commentaires, j'ai amélioré mon empathie, sur la base du commentaire en ligne, j'ai réalisé que ma façon de répondre [au téléphone] n'était peut-être pas la plus appropriée. Je ne vais pas répondre sur Internet, je ne vais pas jouer le jeu, mais j'ai changé dans ma façon d'expliquer pourquoi je ne peux pas m'occuper d'un nouveau patient. Ainsi, les retours d'expérience postés sur les ODFP conduisent à une réflexion sur les comportements des médecins. Certains médecins ont indiqué qu'ils trouvaient ce processus douloureux. Par exemple, le cardiologue Dr.20 a expliqué : « Je reçois tous les commentaires et je les prends comme des blessures qui guériront avec le temps. Je cherche à comprendre s'il y a une raison et je prends mon temps. Nous pouvons tous corriger nos erreurs.

Un médecin employé par un organisme de santé publique a indiqué qu'il craignait les commentaires négatifs et qu'il essayait de les anticiper pour éviter tout nouveau commentaire. Le Dr 6 GP a déclaré : « Poussé par la peur, j'essaie d'être prudent et de ne pas faire des choses qui pourraient être mal perçues. »

Un médecin a suggéré que seuls les commentaires des patients soulignant les problèmes de comportement déclenchent ce processus de réflexion, et non tous les commentaires des patients. Il a déclaré : « Tous les commentaires sont importants, ou bien, il y en a des diffamatoires – par exemple, « Il est allé chasser en Afrique ». Je n'y prête pas attention, mais s'il y a des commentaires sur ma façon de me comporter, je vérifie s'il y a une raison ou non, et je procède à des changements dans ma façon d'interagir ; sinon, je ne profiterais pas des commentaires de Google. Cette citation suggère que la capacité du médecin à réfléchir sur son comportement est explicitement liée à l'exploitation des ODFP par les médecins. Un changement de comportement concret signalé par un chirurgien esthétique est de s'excuser d'être en retard, un changement qui, selon lui, résulte de la lecture des commentaires des patients. Dr.5 a déclaré :

« Les commentaires à mon sujet sur Google m'ont permis d'être plus vigilant. Par exemple, « Excusez-moi si je suis en retard ». Vous êtes très vulnérable aux commentaires de Google. Je cherche à gérer les problèmes potentiels directement avant qu'ils ne soient rendus publics.

Ces commentaires confirment que l'anticipation des avis des patients a un impact sur le comportement des médecins. Mais, contrairement à la motivation réflexive d'amélioration des soins qu'affirmaient les médecins généralistes et le médecin public, nous interprétons que les raisons invoquées par le chirurgien esthétique pour changer de comportement étaient, en réalité, de limiter les commentaires négatifs et d'éviter de porter atteinte à son e-réputation en termes de « nombre d'étoiles ». Par ailleurs, le chirurgien esthétique souligne que pour certains médecins, les évaluations de certains patients ne semblent pas appropriées et que de véritables actions volontaristes ont été nécessaires pour obtenir un taux élevé en termes d'« étoiles ».

Ainsi, nous avons constaté que les médecins exploitent l'ODFP en lisant les commentaires des patients afin de pouvoir modifier leur comportement en fonction des attentes des patients. De plus, nous avons identifié deux déclencheurs principaux : un processus de réflexion pour améliorer la prise en charge et la relation médecin-patient, et leur e-réputation. La peur de la punition a motivé la modification des comportements des médecins. La punition peut être un « coût en étoile » ou une « e-réputation négative », mais en plus de la peur de la punition, la motivation peut également être d'essayer d'améliorer leurs soins et leur comportement.

3.2.2 Exploiter l'ouverture à la lecture : la lecture par forme de patient

Les médecins et les patients peuvent tout lire sur les ODFP. Un médecin a positionné Google ODFP comme un outil pour attirer les patients. Cinq médecins, en pratique privée et publique, que nous avons interrogés ont approfondi leur réflexion : ils ont suggéré qu'un ODFP n'attire pas seulement les patients, il leur permet d'attirer des patients qui correspondent à leur expertise ou à leur comportement. Les caractéristiques personnelles d'un médecin visibles sur un ODFP peuvent attirer des patients qui apprécient ces caractéristiques. Le Dr 15 GP a déclaré : « Mes patients viennent à moi sur la recommandation d'autres personnes et peut-être parce qu'il y a quelques années, j'ai été mentionné dans certaines publications [comme étant amical envers les lesbiennes et les gays et compétent dans leurs maladies]... Je dois avouer qu'il y a eu une évolution de ma clientèle avec un plus grand nombre de patients lesbiennes et gays.

Un effet indirect de l'ODFP de Google sur la relation médecin-patient renforce la probabilité d'une correspondance entre les médecins et les patients sur la base de l'expertise et des comportements précédemment notés dans les commentaires des patients. Il s'agit également d'une nouvelle approche de la sousveillance panoptique en tant qu'outil permettant d'assurer une correspondance optimisée entre l'autorité et les observateurs de la sousveillance.

3.2.3 Exploitez la visibilité : trouvez et choisissez un médecin par le médecin

Quatre médecins aux caractéristiques différentes (femmes et hommes, jeunes et établis et même retraités, publics et privés) ont révélé qu'ils utilisaient ou étaient prêts à utiliser personnellement l'ODPF pour trouver un médecin ou pour aider un patient à trouver un autre médecin. Par exemple, le Dr 12 GP a déclaré : « Si je suis tout à fait honnête, une fois qu'un patient qui déménageait dans une autre ville m'a demandé un médecin, car je ne connaissais personne, nous avons ouvert Google et regardé les commentaires et lui avons dit : « Regardez, il a l'air d'un âge avancé ; Les commentaires disent qu'il prend du temps avec les patients et qu'il l'écoute. Je pourrais trouver avec lui un médecin semblable au mien. Dans cette citation, il apparaît que Google n'est utilisé que dans le cas où ils n'ont pas d'informations préalables sur les médecins recherchés ou aucun réseau personnel. Fait intéressant, cela signifie que Google est l'option la moins préférée, mais toujours préférée par rapport à l'absence d'information. Ainsi, les médecins exploitent la visibilité d'autres médecins sur l'ODFP de Google pour sélectionner ou recommander un médecin. Même si l'ODFP est l'option la moins privilégiée, elle peut être interprétée comme une légitimation de l'ODFP.

3.2.4 Exploiter la visibilité de la réponse : réparer une e-réputation

Certains médecins ont indiqué qu'ils n'envisageaient pas de répondre aux commentaires des patients en ligne. Le Dr 8, médecin généraliste privé, a déclaré : « S'il y a un commentaire sur un aspect technique, il doit rester dans la sphère privée et ne doit pas être rendu public. Du côté médical, je suis sous le secret médical et cela signifie qu'il n'y a pas d'espace pour avoir une conversation légitime si elle est en public. D'autres médecins sont réactifs. Nous avons interrogé six médecins qui ont répondu à des commentaires négatifs de patients, et deux médecins qui ont répondu à la fois à des commentaires positifs et négatifs. (voir tableau 1). Lorsque les médecins ne répondent qu'aux commentaires négatifs, ils affirment que le principal facteur est de corriger une fausse représentation de leur image en ligne qu'ils considèrent même comme

diffamatoire. Le Dr.8 a déclaré : « Il n'est pas possible de laisser sans réponse les choses qu'ils laissent par écrit, surtout lorsqu'ils utilisent cet outil pour régler des conflits. »

3.2.5 Exploiter la fonctionnalité open to post : pour influencer ce qui est visible

Certains médecins ont indiqué qu'ils avaient encouragé les patients à publier des commentaires positifs. Le Dr 13, chirurgien plasticien, a expliqué : « Les commentaires en ligne sont issus de réunions en face à face. Si quelqu'un exprime sa satisfaction, je le remercie et lui dis : « Si vous voulez que ce commentaire ait un impact positif sur moi, mettez-le sur Google... Ma note est tombée à 3,6 à cause de mauvais commentaires, puis j'ai réussi à la porter à 4,6.

Bien qu'ils n'aient pas admis l'avoir fait eux-mêmes, certains médecins ont indiqué qu'ils étaient conscients de l'effet puissant de demander à leurs patients de publier des commentaires positifs en ligne sur leur expérience. Le Dr 9 GP a déclaré : « Si j'utilisais la base de 2 000 patients pour leur demander de poster des commentaires, demain je serais aussi étoilé que tout le monde. »

Les médecins ont demandé aux patients de publier des commentaires positifs après avoir reçu un commentaire négatif. Deux médecins, l'un travaillant dans une clinique pédiatrique privée et l'autre travaillant dans un organisme de santé public, ont partagé qu'ils avaient demandé à leurs patients de publier des commentaires positifs après avoir remarqué un commentaire négatif. Le Dr 14, pédiatre en pratique privée, a déclaré : « Dans les jours qui ont suivi un commentaire négatif, j'ai demandé à des patients qui me disaient qu'ils se sentaient bien pris en charge de publier leur commentaire en ligne pour contrebalancer. »

Les médecins peuvent exploiter la relation médecin-patient pour influencer ce qui est visible, en particulier pour se défendre contre les commentaires négatifs qui nuisent à la réputation. Étonnamment, un médecin a réfléchi aux conséquences de demander aux patients et à d'autres personnes de publier des commentaires positifs, c'est-à-dire que cela biaise leur réputation en ligne. Dr.13 a déclaré : « J'ai vu des chirurgiens qui existent depuis très peu de temps et qui ont une note de 5 étoiles, donc acheter ou demander à la famille des commentaires peut construire une fausse réputation en ligne."

Plusieurs des personnes que nous avons interviewées ont suggéré que de telles pratiques pourraient être spécifiques aux jeunes praticiens pour qui la réputation et le bouche-à-oreille ne sont pas encore établis. Dr.13 a déclaré : « Avant le digital, il fallait 4 à 5 ans pour se construire une réputation basée sur le bouche-à-oreille, mais aujourd'hui les jeunes chirurgiens ont une e-

réputation immédiate. » Dr.12 a déclaré : « J'ai dépassé l'âge de la retraite, je n'accepte pas de nouveaux patients, mais dans le cas d'une personne de 30 ans qui débute, je serais probablement plus contrarié par ces commentaires parce qu'il serait temps de développer ma clientèle. Comme je l'ai dit, l'approche peut être différente pour quelqu'un qui débute dans sa carrière.

Certaines spécialités, comme la chirurgie esthétique, sont encore plus sensibles que d'autres aux commentaires des patients et à leur réputation. Dr.17 a déclaré : « Les chirurgiens esthétiques sont plus sensibles à l'e-réputation des commentaires Google que moi [cardiologue]. En tant que médecins, nous avons une obligation de moyens mais pas de résultats. Mais pour les chirurgiens esthétiques, c'est différent par nature, le résultat est également évalué, et donc le patient a son mot à dire.

Nous avons constaté que des médecins de toutes spécialités et de tous horizons (public/privé/seul) étaient concernés par une ou plusieurs formes d'exploitation. Les médecins ont indiqué que deux variables influent sur l'exploitation d'un ODFP : l'âge du médecin et la spécialité (si le résultat des soins peut être vu et jugé par un patient et si le patient est libre de choisir son médecin).

4 DISCUSSION

Nous avons cherché à savoir si et comment les médecins exploitent et utilisent la sousveillance panoptique générée par les ODFP. Nous avons présenté l'ODFP comme une plateforme qui fournit des notes numériques et/ou étoiles combinées à des commentaires écrits d'une expérience privée (ici la relation médecin-patient et l'expérience de soins) dans un espace numérique ouvert à tous pour lire ou poster. Les caractéristiques intégrées perçues par les médecins dans l'ODFP – individualisées, indélébiles, indépendantes du contexte et non vérifiées – confirment certaines des caractéristiques telles que l'absence de consentement à la publication en ligne des commentaires des patients et la présence de faux patients ont contribué au scepticisme des médecins (Menon, 2017). Ces caractéristiques vont plus loin en identifiant que le scepticisme des médecins est déclenché par le manque de modération en termes de timing (c'est-à-dire l'indélébilité des commentaires) et en termes de contexte (c'est-à-dire posté indépendamment du contexte). Ces caractéristiques présentées comme une des sources de création de valeur pour les ODFP (Bez et al., 2023) explique ici la résistance des docteurs à son utilisation.

En nous appuyant sur les caractéristiques perçues des ODFP par les médecins, nous dépassons les définitions d'Emmert et Meier (2013), de Menon (2017) et de Mazanderani, Locock et Powell (2021) en proposant la notion de sousveillance panoptique : ODFP est un « soi » numérique individualisé et non consenti, continuellement exposé, indélébile et détaché de tout contexte clinique.

De plus, les médecins peuvent déterminer quand et comment cette représentation virtuelle changera. Nos résultats révèlent également trois façons dont certains médecins exploitent cette sousveillance panoptique perçue : (1) intégrer le comportement attendu ; (2) répondre aux messages des patients ; et (3) encourager les patients à publier.

Nous contribuons au débat en cours sur le lien entre les technologies telles que les ODFP et la relation médecin-patient (Menon, 2017). Des recherches antérieures ont reconnu que les avis rendus visibles sur l'ODFP modifient la relation médecin-patient car ils menacent la réputation des médecins et donc leur autorité ((Menon, 2017 ; Greaves, et al. 2012 ; Lagu, et al., 2017 ; Morinière et al., 2025). Nos résultats ont révélé que certains médecins anticipaient des commentaires négatifs potentiels et modifiaient leur comportement pour les éviter, confirmant ainsi les résultats empiriques de Menon (2017) et la prédiction théorique selon laquelle l'individu observé dans un panoptique sousveillance intériorisera les normes attendues des moniteurs (Foucault, 1975). Des recherches antérieures ont également montré que les médecins ou les organismes de santé réagissent aux commentaires pour corriger la menace potentielle qu'un commentaire pourrait générer pour leur légitimité (Ramsey et al., 2019). Nous avons confirmé ces résultats et ajouté à la littérature en révélant que certains médecins ont demandé à des patients de confiance de publier des commentaires, façonnant ainsi indirectement ce qui est visible sur l'ODFP. Les objectifs des médecins sont d'avoir un retour d'information plus nuancé et pluriel sur leur représentation virtuelle et leur relation patient-médecin, et que le patient de confiance à qui ils s'adressent fournira un message positif et réaliste. Demander à des patients de confiance de poster des commentaires augmente le nombre de commentaires en ligne et enrichit ainsi les données collectées sur l'ODFP. En substance, ce sont les médecins qui pousseront les patients à générer des données sur l'ODFP.

En réutilisant le concept d'auto-suivi poussé de Lupton (2016) qui consiste à encourager les gens à auto-surveiller les commentaires d'autres agences, ici les médecins eux-mêmes encouragent les patients à surveiller les médecins, sans surveillance par les agences. Ce faisant,

les médecins utilisent leur relation médecin-patient pour favoriser leur propre sousveillance et façonner qui sont les observateurs. Un effet réciproque se produit : l'ODFP ne menace pas seulement la relation médecin-patient, la relation médecin-patient peut être utilisée pour façonner ce qui est visible sur l'ODFP. Cette réflexion soulève une question plus large au-delà de la relation entre l'ODFP et la relation médecin-patient sur la sousveillance panoptique. Il offre une nouvelle perspective, à savoir la possibilité de façonner les observateurs de la sousveillance panoptique et donc de façonner indirectement la sousveillance visible.

Nos recherches contribuent également au débat en cours sur la façon dont les ODFP affectent les professionnels. Des recherches antérieures avaient présenté les ODFP comme un « choix » pour les institutions (Mazanderani et al., 2021) et donc comment les ODFP aident à réduire les asymétries d'information entre les médecins et à « réduire la dépendance singulière des patients à l'égard d'un seul médecin » (Menon, 2017, p. 7). En déplaçant le prisme de l'analyse vers les médecins, nous montrons que les ODFP ne sont pas seulement une technologie qui aide les patients à choisir des médecins, mais une technologie qui a un impact sur les médecins en augmentant le nombre de patients attirés par leur expertise particulière et les compétences soulignées dans les commentaires des patients.

Certains médecins affirment que les ODFP, par le biais des commentaires des patients ou des réponses des médecins, donnent de la visibilité à leurs compétences techniques ou non techniques particulières. Alors que la littérature précédente mentionne que l'autonomie et l'autorité sont remises en question par les commentaires en ligne (Menon, 2017), nos résultats suggèrent que les ODFP augmentent non seulement l'e-réputation des médecins, mais offrent également une plus grande visibilité de la perception des patients sur les compétences techniques et comportementales des médecins. En substance, les médecins suggèrent que les ODFP façonnent la base médecin-patient. Ainsi, les ODFP ne créent pas une source de pression pour changer de médecin, mais une source de soutien pour améliorer et maintenir les compétences de certains médecins.

En extrapolant, les ODFP contribuent à façonner le marché des soins de santé en faisant correspondre des médecins (l'offre) et des patients (la demande) spécifiques. Ces résultats suggèrent de repenser la maîtrise de soi, non seulement comme une intégration de la pression coercitive de l'environnement (Foucault, 1975), mais aussi comme une transformation naturelle du médecin basée sur l'expertise attendue des observateurs.

Nous avons identifié l'ambivalence de certains médecins vis-à-vis des ODFP, ce qui confirme le paradoxe des technologies numériques (Marent et al., 2018, Sharon 2017). Alors que les ODFP permettent aux médecins de mettre l'accent sur l'expertise spécifique perçue par d'autres patients, nous avons constaté que certains médecins utilisent les ODFP pour choisir personnellement des médecins ou pour orienter les patients vers un autre médecin en fonction des commentaires en ligne. Cette exploitation spécifique des ODFP indiquée par certains médecins est paradoxale car, ce faisant, les médecins contribuent à légitimer l'importance de la sousveillance des ODFP malgré leur méfiance à l'égard de leur propre représentation virtuelle et individualisée sur les ODFP. Il y a une tension intrinsèque dans la sousveillance des médecins : « être vu et évalué » déclenche la méfiance envers l'ODFP tandis que « voir et évaluer d'autres pairs » déclenche plus de confiance dans l'ODFP. L'utilisation des ODFP par les médecins pour choisir ou recommander des médecins pourrait être interprétée comme une arme à double tranchant renforçant la confiance dans la sousveillance panoptique dont ils se méfient.

5 IMPLICATIONS PRATIQUES

Cette étude propose plusieurs recommandations pour les praticiens et les utilisateurs. Tout d'abord, pour les médecins, nous avons révélé un nouveau comportement affiché par certains médecins qui prétendent être capables de façonner ce qui est visible sur les ODFP en utilisant certaines de leurs relations de confiance avec les patients (c'est-à-dire en encourageant les patients à publier à leur sujet). Le nombre croissant de patients lisant les messages d'autres patients sur les ODFP nous permet de prédire que cela pourrait devenir une pratique plus généralisée que les médecins entreprennent. Paradoxalement, ce comportement n'est pas seulement motivé par une motivation d'e-réputation mais par une volonté d'informer les patients sur leur expertise (soft et hard skills) et ainsi les aider à prendre une décision plus éclairée qui permet aux médecins d'avoir plus de patients correspondant à leur expertise et donc de délivrer des soins « optimisés ».

Certains médecins se méfient de l'ODFP de Google en raison de caractéristiques spécifiques : absence de consentement, individualisé, indélébile, indépendant du contexte, et non vérifié. L'existence d'ODFP à but non lucratif avec un processus de modération plus actif révèle des actions potentielles sur des fonctionnalités qui pourraient augmenter la confiance des médecins dans leur ODFP. Par exemple, avoir une date d'expiration pourrait atténuer la caractéristique d'indélébilité ; permettre aux médecins de modérer les messages des patients pour inclure des

informations spécifiques pourrait atténuer les problèmes de contexte ; et le fait de disposer d'un traitement pour vérifier les messages (et ainsi éviter les fausses affiches) augmenterait la confiance des médecins envers les médecins dans les ODFP et pourrait donc potentiellement amplifier leur utilisation.

Nous appelons donc à des recherches sur les caractéristiques des ODFP pour légitimer l'émergence et l'utilisation des ODFP.

6 LIMITES, ETUDES FUTURES ET SCENARIOS FUTURS POUR LE TRAVAIL NUMERIQUE DANS LE DOMAINE DE LA SANTE

Cette étude présente plusieurs limites et offre des opportunités pour de nouvelles perspectives de recherche. La première limite est d'ordre méthodologique. La taille de l'échantillon ainsi que la nature et la manière spécifiques dont nous avons obtenu les entretiens ne permettent pas de généraliser. Notre échantillon est basé sur 20 médecins français et une plateforme. Les recherches futures pourraient explorer de manière plus extensible dans quelle mesure les médecins intègrent la visibilité fournie par les ODFP. Cela permettrait une réflexion plus approfondie sur la façon dont les médecins peuvent ou ne peuvent pas façonner ce qui est visible sur les ODFP et les conséquences qui en découlent. On s'attend à ce qu'un scénario futur dans lequel les médecins seront formés sur la façon de gérer la visibilité offerte par la sousveillance afin d'accroître la confiance des médecins et la fiabilité des ODFP.

La deuxième limitation est basée sur nos résultats orientés comportementaux. Dans cette étude, nous décortiquons à travers des entretiens une relation entre les ODFP méfiants et la relation patient-médecin, qui suggère un mécanisme complexe dans les effets de sousveillance sur la représentation des médecins dans l'espace numérique et comment ils exploitent les ODFP. Étant donné que les comportements peuvent être une réponse visible à une émotion ou à une attitude, les recherches futures peuvent se concentrer sur ce que les médecins pensent des ODFP. Certains témoignages publics de médecins mentionnent que les ODFP peuvent affecter les émotions des médecins. Les recherches futures pourraient viser à comprendre comment les ODFP affectent les émotions des médecins, le bien-être des médecins, car les ODFP peuvent devenir une source d'événements néfastes, qui peuvent affecter leurs capacités à exercer.

La troisième limite concerne le contexte du marché de la santé et le contexte national. Malgré l'émergence des ODFP en France et le contexte de santé de marché, nous avons observé que les

médecins contribuent à leur propre sousveillance. Des recherches futures peuvent explorer comment les médecins doivent prendre en compte les ODFP en tant que source importante d'évaluation des patients, ce qui pourrait générer une nouvelle source de revenus dans un contexte plus basé sur le profit. Nous pouvons aussi nous demander si nos résultats centrés sur les ODFP de l'industrie de la santé sont généralisables à d'autres industries.

Un scénario futur pourrait être l'émergence de faux commentaires et de dénigrement afin d'orienter les patients vers certains médecins. Les médecins peuvent développer de nouvelles compétences en gestion de l'e-réputation ou déléguer soit à des organisations à but lucratif ou à but non lucratif, la régulation des ODFP, ce qui accompagne l'émergence d'un nouveau marché. Les professionnels de la santé doivent être conscients qu'en déléguant la gestion de l'ODFP à un tiers, le portefeuille des patients peut être façonné de manière inattendue.

La mise en page (format A4) devra prévoir des marges (supérieure, inférieure et latérales) de 2,5 cm. Le texte ne doit pas excéder 40 pages y compris les notes de fin de document, la bibliographie et les annexes. Il sera écrit en Times New Roman (12 points), en interligne double et sera justifié (aligné à gauche et à droite).

Références

- Adams, S. (2013). Post-Panoptic Surveillance Through Healthcare Rating Sites. *Information, Communication & Society*, 16(2), 215–235. <https://doi.org/10.1080/1369118X.2012.701657>
- Adams, S. A. (2011). Sourcing the crowd for health services improvement: The reflexive patient and “share-your-experience” websites. *Social Science & Medicine*, 72(7), 1069–1076. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.001>
- Article 6—Libre choix*. (2019, March 14). Conseil National de l'Ordre des Médecins. <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-6-libre-choix>

- Atherton, H., Fleming, J., Williams, V., & Powell, J. (2019). Online patient feedback: A cross-sectional survey of the attitudes and experiences of United Kingdom health care professionals. *Journal of Health Services Research & Policy*, 24(4), 235–244. <https://doi.org/10.1177/1355819619844540>
- Bez, S. M., Georgescu, I., & Farazi, M. S. (2023). TripAdvisor of healthcare: Opportunities for value creation through patient feedback platforms. *Technovation*, 121, 102625.
- Bizard, F. (2017). Une stratégie nationale de santé s' impose. *Constructif*, (3), 58-61.
- Boylan, A.-M., Turk, A., van Velthoven, M. H., & Powell, J. (2020). Online patient feedback as a measure of quality in primary care: A multimethod study using correlation and qualitative analysis. *BMJ Open*, 10(2), e031820. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031820>
- Chandra, S., Mohammadnezhad, M., & Ward, P. (2018). Trust and Communication in a Doctor-Patient Relationship: A Literature Review. *Journal of Healthcare Communications*, 03. <https://doi.org/10.4172/2472-1654.100146>
- Chandra, S., Ward, P., & Mohammadnezhad, M. (2019). Factors Associated With Patient Satisfaction in Outpatient Department of Suva Sub-divisional Health Center, Fiji, 2018: A Mixed Method Study. *Frontiers in Public Health*, 7. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2019.00183>
- Conrad, P., Bandini, J., & Vasquez, A. (2016). Illness and the Internet: From private to public experience. *Health: 20(1)*, 22-32.
- Deshai, N., & Rao, D. B. B. (2022). A detection of unfairness online reviews using deep learning, 100(13), 4738-4779.
- Dudhwala, F., Boylan, A.-M., Williams, V., & Powell, J. (2017a). VIEWPOINT: What counts as online patient feedback, and for whom? *DIGITAL HEALTH*, 3, 2055207617728186. <https://doi.org/10.1177/2055207617728186>
- Dudhwala, F., Boylan, A.-M., Williams, V., & Powell, J. (2017b). VIEWPOINT: What counts as online patient feedback, and for whom? *Digital Health*, 3, 2055207617728186. <https://doi.org/10.1177/2055207617728186>

- Fernback, J. (2013). Sousveillance: Communities of resistance to the surveillance environment. *Telematics and Informatics*, 30(1), 11–21. <https://doi.org/10.1016/j.tele.2012.03.003>
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir—Bibliothèque des Histoires—GALLIMARD - Site Gallimard.* <https://www.gallimard.fr/Catalogue/GALLIMARD/Bibliotheque-des-Histoires/Surveiller-et-punir>
- Hermesen, S., Moons, J., Kerkhof, P., Wiekens, C., & Groot, M. D. (2017). Determinants for Sustained Use of an Activity Tracker: Observational Study. *JMIR mHealth and uHealth*, 5(10), e7311. <https://doi.org/10.2196/mhealth.7311>
- Lupton, D. (2016). The diverse domains of quantified selves: Self-tracking modes and dataveillance. *Economy and Society*, 45(1), 101–122. <https://doi.org/10.1080/03085147.2016.1143726>
- Mann, S., & Ferenbok, J. (2013). New Media and the power politics of sousveillance in a surveillance-dominated world. *Surveillance & Society*, 11(1/2), 18–34. <https://doi.org/10.24908/ss.v11i1/2.4456>
- Mann, S., Nolan, J., & Wellman, B. (2003). Sousveillance: Inventing and using wearable computing devices for data collection in surveillance environments. *Surveillance & society*, 1(3), 331-355.
- Mazanderani, F., Kirkpatrick, S. F., Ziebland, S., Locock, L., & Powell, J. (2021). Caring for care: Online feedback in the context of public healthcare services. *Social Science & Medicine*, 285, 114280. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114280>
- McCartney, M. (2009). Will doctor rating sites improve the quality of care? No. *BMJ*, 338, b1033. <https://doi.org/10.1136/bmj.b1033>
- McLennan, S. (2020). Rejected Online Feedback From a Swiss Physician Rating Website Between 2008 and 2017: Analysis of 2352 Ratings. *Journal of Medical Internet Research*, 22(8), e18374. <https://doi.org/10.2196/18374>
- Menon, A. V. (2017). Do online reviews diminish physician authority? The case of cosmetic surgery in the U.S. *Social Science & Medicine*, 181, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.03.046>

- Meyer, S., Ward, P., Coveney, J., & Rogers, W. (2008). Trust in the health system: An analysis and extension of the social theories of Giddens and Luhmann. *Health Sociology Review*, 17(2), 177–186. <https://doi.org/10.5172/hesr.451.17.2.177>
- Montgomery, C. M., Powell, J., Mahtani, K., & Boylan, A.-M. (2022). Turning the gaze: Digital patient feedback and the silent pathology of the NHS. *Sociology of Health & Illness*, 44(2), 290–307. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13419>
- Morinière, A., Georgescu, I., & Bez, S. M. (2025). Do Google Reviews matter for doctors? Unpacking online emotional accountability on a digital platform. *Critical Perspectives on Accounting*, 101, 102768.
- Most used search engines by brand in France 2023*. (n.d.). Statista. Retrieved January 20, 2024, from <https://www.statista.com/forecasts/998221/most-used-search-engines-by-brand-in-france>
- Olier. (2020). Etude Avis en ligne sur les professionnels de santé—Opinionway. *DoctiZen*. <https://doctizen.com/etude-opinionway/>
- Online patient feedback: A cross-sectional survey of the attitudes and experiences of United Kingdom health care professionals—Helen Atherton, Joanna Fleming, Veronika Williams, John Powell, 2019*. (n.d.). Retrieved January 20, 2024, from <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1355819619844540>
- Orlikowski, W. J., & Scott, S. V. (2014). What Happens When Evaluation Goes Online? Exploring Apparatuses of Valuation in the Travel Sector. *Organization Science*, 25(3), 868–891. <https://doi.org/10.1287/orsc.2013.0877>
- Patel, S., Cain, R., Neailey, K., & Hooberman, L. (2015). General Practitioners' Concerns About Online Patient Feedback: Findings From a Descriptive Exploratory Qualitative Study in England. *Journal of Medical Internet Research*, 17(12), e4989. <https://doi.org/10.2196/jmir.4989>
- Pénurie de médecins: Une situation alarmante*. (n.d.). Retrieved January 20, 2024, from <https://info.medadom.com/le-blog-du-medecin-en-teleconsultation/penurie-de-medecins>

- Petrakaki, D., Hilberg, E., & Waring, J. (2021). The Cultivation of Digital Health Citizenship. *Social Science & Medicine*, 270, 113675. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113675>
- Powell, J., Atherton, H., Williams, V., Mazanderani, F., Dudhwala, F., Woolgar, S., Boylan, A., Fleming, J., Kirkpatrick, S., Martin, A., Van Velthoven, M., De Jongh, A., Findlay, D., Locock, L., & Ziebland, S. (2019). Using online patient feedback to improve NHS services: The INQUIRE multimethod study. *Health Services and Delivery Research*, 7(38). <https://ora.ox.ac.uk/objects/uuid:9ebbcf53-a331-427c-95ac-f3135cedf6ba>
- Ramsey, L. P., Sheard, L., Lawton, R., & O'Hara, J. (2019). How do healthcare staff respond to patient experience feedback online? A typology of responses published on Care Opinion. *Patient Experience Journal*, 6(2), Article 2. <https://eprints.whiterose.ac.uk/150991/>
- Sheard, L., Peacock, R., Marsh, C., & Lawton, R. (2019). What's the problem with patient experience feedback? A macro and micro understanding, based on findings from a three-site UK qualitative study. *Health Expectations*, 22(1), 46–53. <https://doi.org/10.1111/hex.12829>
- Terlutter, R., Bidmon, S., & Röttl, J. (2014). Who Uses Physician-Rating Websites? Differences in Sociodemographic Variables, Psychographic Variables, and Health Status of Users and Nonusers of Physician-Rating Websites. *Journal of Medical Internet Research*, 16(3), e3145. <https://doi.org/10.2196/jmir.3145>
- Un psychiatre perdant face à Google. (2019, July 22). *Le Monde.fr*. https://www.lemonde.fr/m-le-mag/article/2019/07/22/un-psychiatre-perdant-face-a-google_5492188_4500055.html
- Woodward, C. (2009). “Anti-defamation” group seeks to tame the rambunctious world of online doctor reviews. *CMAJ*, 180(10), 1010–1010. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090679>
- Ziebland, S., Hyde, E., & Powell, J. (2021). Power, paradox and pessimism: On the unintended consequences of digital health technologies in primary care. *Social Science & Medicine*, 289, 114419. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114419>
- Ziewitz, M. (2017). Experience in action: Moderating care in web-based patient feedback. *Social Science & Medicine*, 175, 99–108. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.12.028>

Zuboff, S. (2015). Big other: Surveillance Capitalism and the Prospects of an Information Civilization. *Journal of Information Technology*, 30(1), 75–89.
<https://doi.org/10.1057/jit.2015.5>

Zuboff, S. (1988). *In the age of the smart machine: The future of work and power* (world). Guide Books. <https://doi.org/10.5555/47303>