



Promotion à la santé 2.0 :
état des lieux, enjeux et perspectives

*in 4ème journée régionale du Peps
Aquitaine - Journée régionale
« Promotion de la santé 2.0 »*

24 novembre 2014

par Géraldine GOULINET-FITE

Promotion à la santé 2.0, état des lieux, enjeux et perspectives.

Géraldine GOULINET-FITÉ

Doctorante en sciences de l'information et de la communication,
Université Bordeaux Montaigne, équipe de recherche MICA
(Médiations, Information, Communication, Art)

Chargée d'études e-santé, programme RAUDIN (Recherches
Aquitaine sur les Usages pour le Développement des Dispositifs
Numériques)

L'émergence des technologies de l'information et de la communication dans le champ de la promotion à la santé est une réalité qui nécessite de s'interroger sur l'évolution des pratiques qu'elles engendrent. Au delà de l'intégration de ces nouveaux outils dans les démarches d'éducation, de promotion, de prévention comment et quoi peuvent-elles agir sur les comportements des usagers ? Permettent-elles de lutter contre les inégalités sociales et territoriales sous la seule condition d'une amélioration d'accès à l'information ? Sont-elles un levier indiscutable à la démocratie sanitaire ?

En écho aux débats tenus le 27 novembre dernier à l'occasion de la journée d'étude organisée par le PEPS Aquitaine, cette article propose de reprendre ces grands questionnements en s'appuyant sur l'état de l'art actuel et des expériences menées en région.

Médias et promotion à la santé, une alliance historique

Traiter de la médiatisation numérique dans le champ de la promotion à la santé revient à se questionner en premier lieu sur le rôle de la communication, de la médiatisation, de la publicisation en santé et de ses interactions entre sphère publique et sphère intime.

Reconnue par la Charte d'Ottawa (OMS 1986) comme une des 5 politiques complémentaires et essentielles permettant de confier aux collectivités et aux individus le soins d'améliorer leur propre santé, l'Information-Education-Communication (IEC) vise à faciliter l'adoption, le changement ou la consolidation des comportements favorables au bien-être individuel et collectif.

L'usage des médias devient l'une des stratégies mises en œuvre de l'IEC. Leur emploi sert à influencer les comportements en agissant sur les croyances et les attitudes individuelles et collectives. Par ce procédé, c'est également une manière d'interagir sur le « recadrement de perspectives » (*advocacy*) afin de modifier les perceptions de l'opinion publique vis à vis des normes sociales en santé. Ainsi, la médiatisation est certes un moyen de transmission, mais c'est surtout le vecteur informationnel dont se saisissent les acteurs, qu'ils soient professionnels de santé, institutions publiques ou professionnels du marketing pour diffuser

des messages de prévention, d'éducation et de promotion à la santé (Romeyer, Paillart, 2012).

D'un modèle linéaire au bouleversement de l'*empowerment*

Historiquement, c'est entre la fin de la seconde guerre mondiale et les années 70 que ce modèle diffusionniste a été utilisé, notamment avec l'arrivée des mass-média dont l'audiovisuel fait figure de référence. Les campagnes de promotion et de prévention accompagnent les programmes de santé. Les spécificités culturelles, environnementales, sociales et économiques sont alors examinées pour lever les freins à l'adoption des comportements souhaités. Malgré une publicisation renforcée, ces actions n'obtiennent pas forcément les résultats escomptés.

Devant l'immense production de matériel informatif et éducatif proposé pour renforcer les activités de services de santé (ateliers, conseils) plusieurs facteurs endogènes tels que le développement de compétences communicationnelles des travailleurs en santé, l'absence d'une vision intégrée des actions d'information à long terme et le manque de coordination entre le secteur de la santé et celui des communications contribuent à expliquer la portée réduite de ces campagnes. Ces constatations vont progressivement remettre en question le modèle linéaire axé sur les changements de comportements pour intégrer dans le processus de médiatisation de la promotion en santé, d'autres facteurs extérieurs tels la prise en compte des inégalités sociales. Ce nouveau modèle fondé sur l'*empowerment* (les capacitations et conscientisation des groupes) formalise les contours d'une nouvelle approche basée sur la participation et le co-développement. Elle appelle à une participation active des populations et met les individus au centre du dispositif communicationnel. D'une position individuelle (je-tu), l'IEC tend vers une analyse des processus relationnels (nous) qui se tissent entre les personnes, comme espace de participation, d'entente, de négociation de connaissances et de pratiques. (Renaud, 2007).

Usage des technologies de l'information et de la communication : transformation ou continuité ?

L'utilisation des TIC (Technologies de l'information et de la communication) et l'arrivée d'internet en santé ont largement favorisé la transformation de ce modèle communicationnel en opérant trois changements majeurs par rapport à l'usage des autres médias (Giddens, 1990) :

- la capacité à gérer le temps et l'espace dans les procédures de communication
- l'intégration de nouvelles modalités relationnelles totalement délocalisées
- l'appropriation réflexive des connaissances

Avec l'accès direct à l'information, à tout moment, en tout lieu, la médiatisation de la santé devient lieu d'une apomédiation¹ où le sens du partage des savoirs et des connaissances n'est plus seulement compris dans un simple système de circulation d'échanges mais s'inscrit dans un nouveau jeu de pouvoir entre le patient, le professionnel de santé et le tiers numérique (Eysenbach, 2008). Ce nouvel ordre négocié dans lequel la visibilité technologique permet de passer d'une sphère privée à une sphère publique, d'une gestion des communications asynchrone à une conversation synchrone, favorise le passage

¹ Selon Antonio Cassilli, l'apomédiation ne signifie pas la renonciation complète du médecin de son rôle de médiateur entre le patient et son corps, mais plutôt une médiation « à distance » (du grec apo) qui, tout en s'orientant résolument vers le patient, ne voit pas la disparition de la figure de l'expert, mais sa relégation – pour ainsi dire – en toile de fond.

Antonio A. Casilli, Les liaisons numériques. Vers une nouvelle sociabilité ? Éditions du Seuil, coll. « La couleur des idées », 2010, 331 p., EAN : 9782020986373.

progressif du patient, à celui d'utilisateur puis de citoyen, revendiquant une fonction identitaire de *pro-acteur* de santé et non plus de récipiendaire passif de soins.

Ce n'est pas tant l'innovation technologique qui révolutionne le modèle communicationnel mais l'apparition massive de nouveaux producteurs d'information sur le web d'une part, et la mise en réseau des acteurs eux-mêmes à partir de critères d'intérêts communs d'autre part. Au point que le système numérique de santé centré sur l'utilisateur tend de plus en plus à évoluer vers un système de santé amélioré par l'utilisateur.

Le numérique et la promesse d'*empowerment*

Pour le Dr Thomas Ferguson², cette nouvelle responsabilité donnée à l'utilisateur est rendue possible grâce au système d'information sur lequel repose les dispositifs numériques du web 2.0. Selon lui, l'utilisateur de santé-patient vient à devenir un « e-patient » *engaged* (impliqué dans sa prise en charge), *equipped* (éduqué/informé sur sa maladie), *enabled* (se donne les moyens d'agir) et *emancipated* (émancipé) et ce, par le recours aux fonctionnalités techniques et aux espaces de socialisation du web 2.0. L'*empowerment* serait la constitution de toutes ces capacités tant au niveau individuel qu'au niveau collectif.

Ainsi et selon lui, l'*empowerment* numérique rejoindrait la conception proposée par Nina Wallerstein³, où les habilités ne se résument pas au simple fait d'être actif, mais s'inscrivent dans une logique d'influence personnelle ou collective sur l'environnement (Ajoulat, 2002). Appliquée à la santé communautaire dans un principe de prévention et d'éducation à la santé, l'*empowerment* offre les moyens à l'individu de prendre des décisions et d'exercer le contrôle sur sa vie personnelle (self-concept) et à la communauté « empowered » d'utiliser collectivement leurs compétences et leurs ressources pour satisfaire leurs besoins collectifs par l'entraide, la résolution de conflit et l'influence sur la qualité de vie. Dans ce modèle où la société civile dispose d'une forte autonomie, où les dispositifs numériques participatifs sont très réactifs et où ils ont une capacité décisionnelle, voire constituent un « quatrième pouvoir » (Bacqué, 2005), la révolution numérique serait donc un levier efficace à la mise en œuvre de la démocratie sanitaire. C'est que nous nous proposons de vérifier.

Le numérique, levier à la démocratie sanitaire ?

Selon les dernières études du CREDOC, plus d'un français sur trois, au cours des 12 derniers mois, a utilisé l'Internet pour chercher des informations relatives à sa santé ou à celle d'un proche⁴. Les analyses publiées par la HAS⁵ mentionnent qu'un patient sur cinq environ, consulte un site Internet pour rechercher de l'information médicale ou de santé. Force de constater que l'usage d'internet en santé devient ainsi le premier média utilisé capable d'apporter au citoyen-patient l'information sur le sujet de son choix, au moment où il en a besoin et au niveau de connaissances qui est le sien.

Ce droit gagné par le citoyen à s'informer sur sa santé se traduit par une offre foisonnante et d'une grande hétérogénéité dans la production d'informations. La classification typologique des sites en fonction du contenu et des producteurs (professionnels, institutionnels,

² Thomas William Ferguson (8 juillet 1943-14 avril 2006), est un médecin et écrivain américain. C'est l'un des premiers défenseurs de la responsabilisation du patient. Dans ses livres, il exhorte les patients à se renseigner, à prendre en main leur santé, et à utiliser internet comme un moyen de réaliser ces objectifs.

³ Empowerment to reduce health disparities » (2002)

⁴ « La diffusion des technologies de l'information et de la communication dans la société française », Rapport réalisé à la demande du CGEJET et de l'ARCEP, 2011. www.credoc.fr

⁵ Site www.has-sante.fr

marchands, associatifs, grand public) proposée par Hélène Romeyer (2008) permet d'éclairer le repérage des différents dispositifs numériques dans l'écosystème actuel et d'identifier leurs valeurs d'usages. Car la question de l'accessibilité informationnelle pour tous, prend dans l'action, des effets différents en fonction du producteur de messages.

Avec les outils numériques issus notamment du web 2.0 chacun peut produire, contribuer à l'échange d'informations et interagir (partager, échanger, etc.) de façon simple, tant au niveau du contenu que de la structure des pages (Kivits, 2012). Alors que les institutionnels vont cibler prioritairement la qualité de l'information dans sa fiabilité, sa crédibilité, sa clarté, sa compréhension pour répondre au plus près aux besoins de savoirs et accompagner l'aide à la décision (Cecci, 2008), les sites à vocation commerciale tendent à privilégier des réponses associées à des comportements surreprésentés et générateurs de revenus (Picard, 2012). De plus, l'expression des citoyens eux-mêmes, structurée sous forme de description, de coopération, de discussion et rendus lisibles par les fonctions du web social (Proulx, 2010) contribuent à la reconnaissance de communautés virtuelles et de réseaux sociaux dans l'espace de la santé communautaire où le partage du savoir expérientiel de leur maladie devient un espace éducatif entre pairs (Goulinet, 2013).

Face à cette diversité d'objectifs, de discours et d'actions, cette démocratisation telle que présentée par Marilyn Ferguson, selon laquelle le réseau Internet constitue « *le socle d'un nouveau paradigme où l'individu se voit doté d'un pouvoir d'autonomie par l'accès à l'information, d'une capacité à choisir son système de santé, dans une société décentralisée* » elle-elle, pour autant, l'illustration d'une démocratie sanitaire ?

Considérant la démocratie sanitaire comme une démarche associant l'ensemble des acteurs du système de santé dans la concertation, l'élaboration et la mise en œuvre des politiques⁶, le numérique favorise certes, la participation et la promotion des droits individuels et collectifs des usagers, mais permet-il pour autant, le développement de compétences et la conscience critique (individuelle et collective) favorable à l'adoption, au changement ou à la consolidation des comportements propices au bien-être individuel et collectif, traduisant le véritable sens de l'exercice démocratique ?

Dans son article de blog « *Et si la démocratie sanitaire était virtuelle ?* », Vincent Fromentin⁷ met en exergue le paradoxe entre le potentiel d'influence des outils numériques en faveur de la promotion à la santé d'une part et la persistance d'inégalités sociales dans l'accès à l'information et l'appropriation des messages de prévention d'autre part. Antoine Vial, dans son intervention « *Démocratie sanitaire électronique ?* »⁸ prend l'exemple de l'explosion du marché des applications numériques communicantes santé/bien-être, multiplié par deux entre 2011 et 2012 et s'interroge sur « *l'efficacité de tels programmes de prévention qui s'invite dans tous les aspects de la vie personnelle : sport, parentalité, alimentation, vie de couple, vieillesse etc. mais au bénéfice de qui ?* »

En conséquence, les fonctionnalités techniques proposées par le web 2.0 ne seraient pas les seules garantes d'une appropriation efficace de comportements favorables à l'état de santé des individus. Passer d'une démocratisation à la démocratie sanitaire numérique nécessite, au delà de l'accessibilité matérielle et fonctionnelle, des habiletés, tant pour le

⁶ ARS Ile de France. Direction de la démocratie sanitaire. Schéma de la promotion de la démocratie sanitaire 2013-2017. Disponible à l'adresse : http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/8_Democratie-Sanitaire/Schema_promotion_demo_sante_2013.pdf

⁷ FROMENTIN, Vincent. « Et si la vraie démocratie sanitaire était virtuelle ? ». Blog. Le blog de Vincent Fromentin, 8 mars 2013. <http://vincentfromentin.fr/blog/et-si-la-vraie-democratie-sanitaire-etait-virtuelle/>.

⁸ Colloque « Applis Smartphone et santé : promesses et menaces » - Institut Droit et Santé – Université Paris Descartes, 26 juin 2014. Programme disponible à l'adresse : <http://www.institutdroitsante.com/docs/26juin2014.pdf>

producteur que le récepteur du message. Or, des disparités subsistent et constituent le socle de ce qui est appelé plus communément « fracture numérique ».

La fracture numérique : des équipements aux usages, les disparités persistent

Apparue dans les années 1990, la notion de “fracture numérique” désigne le fossé séparant ceux qui bénéficient de l'accès à l'information numérique (les “info-riches”) et ceux qui demeurent privés des contenus et des services (les “info-pauvres”).

La note de synthèse de 2011 rédigée à l'attention du premier ministre⁹ pose le constat d'inégalités à trois niveaux :

- Au niveau générationnel

L'âge est de loin le facteur le plus important et le plus discriminant. Bien plus que la simple possession de l'outil, c'est dans l'utilisation des équipements (ordinateurs, tablettes, Smartphone) et dans l'accès à d'Internet que les écarts se creusent. Les seniors, qui représentent en France environ 21 % de la population, sont particulièrement concernés : seuls 18 % des plus de 65 ans utilisent Internet contre 65 % au Danemark et 68 % en Finlande¹⁰. En 2013, la tendance est identique : seulement 39% des 70 ans et plus sont connectés. Cette tranche d'âge reste la seule catégorie sociale identifiée où internet n'a pas encore conquis la majorité des individus¹¹.

- Au niveau socio-économique

L'accès aux technologies numériques reste assujéti aux conditions de revenus, d'éducation et d'environnement social et/ou familial. Entre 2011 et 2013, La possession d'un capital économique et culturel va de pair avec l'équipement, voire le multi-équipement en informatique (ordinateur, tablette, smartphone, etc.) De même la probabilité de trouver un ordinateur est largement plus élevée chez les personnes vivant au sein d'un foyer (97% dans les foyers de quatre personnes et plus) que pour les personnes vivant seules.

- Au niveau culturel

Si chez les seniors, les raisons évoquées des non-usages des outils numériques sont liées à l'absence de besoin, à une résistance (ou une peur) face à la nouveauté, au coût d'acquisition du matériel, ainsi que la crainte de ne pas maîtriser l'outil, les plus jeunes, logiquement reliés au réseau internet depuis leur naissance, (*Digital Natives*) subissent également des risques de marginalisation dans la société numérique de demain. En 2008, l'étude Belge¹² menée sur les 16-24 ans, démontrait que pour 36 % d'entre eux, la maîtrise d'internet était limitée et que leurs capacités étaient restreintes à réaliser des tâches élémentaires. L'article publié en 2014 de l'ECLD Fondation¹³, autorité de certification de programmes de formation aux compétences informatiques, confirme ce constat de connaissances rudimentaires au fonctionnement et à l'utilisation des TIC. Bien que

⁹ Centre d'analyse stratégique (2011), le Fossé numérique en France, rapport du Gouvernement au Parlement en application de la loi du 17 décembre 2009 relative la lutte contre la fracture numérique.

¹⁰ Médiamétrie – L'Observatoire des Usages d'Internet et Baromètre Internet – 2^{ème} trimestre 2011

¹¹ CREDOC (2013), enquête Conditions de vie et aspirations des français n°297, « la diffusion des TIC dans la société française ».

¹² Périne Brotcorne, Luc Mertens, Gérard Valenduc « Les jeunes off-line et la fracture numérique : Les risques d'inégalités dans la génération des "natifs numériques". Rapport publié par le SPP fédéral "Intégration sociale". Bruxelles, octobre 2009 (90 pp.)

¹³ Cassely, Jean-Laurent. « La fracture numérique existe aussi chez les «digital natives» ». Slate.fr, 19 janvier 2015. <http://www.slate.fr/story/96995/fracture-numerique-existe-aussi-digital-natives>.

l'exposition technologique leur soit donnée, Marc Prensky¹⁴, évoque pour sa part, le besoin d'engager une forme de «sagesse numérique» auprès des *digital natives*. Il convient selon lui, de les doter de capacités d'évaluation critique des outils.

Simple différences ou réelles inégalités ? L'enjeu des compétences.

Cette dernière observation amène au postulat selon lequel l'accès aux TIC ne conditionnerait pas automatiquement un usage effectif et encore moins un usage autonome et efficace. De même, pour affirmer l'existence d'inégalités numériques, il faut que ces différences dans le nonaccès et le non-usage créent des phénomènes de ségrégations et d'exclusions. C'est pourquoi, si la fracture numérique renvoie à un déficit en termes de moyens, d'équipements et d'accès (fracture matérielle) d'autres disparités de type sociocognitives ainsi que le manque de ressources sociales favorables à des pratiques de socialisation valorisantes sont à considérer (Brotcorne et Valendruc, 2009).

En éducation et pédagogie des TIC, trois niveaux de compétences complémentaires (Vendramin et Valenduc, 2003 et 2006 ; Van Dijk, 2003 et 2005) sont identifiées pour constituer le socle d'une culture numérique (*digital literacy*) :

- les compétences instrumentales ayant trait à la manipulation du matériels et logiciels. Elles couvrent en premier lieu les compétences opérationnelles qui relèvent d'un savoir-faire de base. Que ce soit dans un environnement domestique ou professionnel, les compétences instrumentales comprennent les compétences techniques et les capacités de raisonnement pour faire face aux bogues, virus et autres aléas techniques quotidiens.

- les compétences structurelles ou informationnelles qui concernent la nouvelle façon d'entrer dans les contenus en ligne, c'est à dire chercher, sélectionner, comprendre, évaluer, traiter l'information. Elles sont nécessaires pour utiliser les procédures de navigation, les hypertextes, les moteurs de recherche, les forums de discussions, les services interactifs ou coopératifs du web 2.0.

- les compétences stratégiques. Elles concernent l'aptitude à utiliser l'information de manière proactive, à lui donner du sens dans son propre cadre de vie et à prendre des décisions en vue d'agir sur son environnement professionnel et personnel. Elles soutiennent les comportements orientés vers un but. Si le besoin d'une maîtrise de ces compétences se faisait sentir avec les médias audiovisuels, les médias interactifs en ligne, de par le potentiel du web sémantique¹⁵ accentuent l'importance et l'urgence de les maîtriser.

¹⁴ Marc Prensky : des « digital natives » à la « sagesse numérique » - Regards sur le numérique (2012). Disponible à l'adresse : <http://www.rslmag.fr/post/2012/04/11/Marc-Prensky-des-171;-digital-natives-187;-a-la-171;-sagesse-numerique-187;.aspx>

¹⁵ Le Web sémantique fournit un modèle qui permet aux données d'être partagées et réutilisées entre plusieurs applications, entreprises et groupes d'utilisateurs. Le but principal est de permettre de trouver, partager et combiner l'information plus facilement et sans intermédiaires. Appelé aussi web des données, ce système est conçu pour « comprendre » et répondre aux demandes complexes des utilisateurs à partir du sens de ces demandes. Cela exige que les sources d'information soient pertinentes et qu'elles aient été sémantiquement structurées au préalable. Les technologies actuelles du web 2.0 permettent le développement de ces combinaisons sémantiques dans l'analyse des données.

La nécessaire construction d'une médiation numérique au sein des pratiques éducatives

Adossée à une action de promotion, de prévention et de l'éducation en santé, la prise en compte des ces trois niveaux de compétences numériques est à ajuster avec les quatre niveaux de compétences requises à la construction d'une littératie en santé - *Health literacy* - (Gauthier, 2005).

A l'image du modèle canadien qui a développé la *Health Activity Literacy Scale* (HALS), les recherches menées par le Conseil Canadien de l'Apprentissage (CCA), cherchant à vérifier l'existence d'un lien entre le niveau de littératie et la santé, ont permis de démontrer que l'acculturation reste le meilleur prédicateur de l'état de santé d'une personne (Richard, Lussier, 2008). Or, l'étude réalisée par les auteurs fait également remarquer que ce niveau se détériorerait avec l'âge et l'état de santé.

Aussi, loin d'être statique, cet indicateur s'insère dans un processus d'interconnexions complexe où les médias et notamment le numérique sont des parties prenantes à part entière. (cf. figure 1)

Figure 1. Les principaux intervenants qui participent à la littératie en santé



Public Health Association of BC « *Une approche intersectorielle pour améliorer la littératie en santé des canadiens* » (2012)

En cela, la prise en compte des inégalités d'usages et l'hétérogénéité des compétences numériques seraient à considérer dans le parcours de vie de la personne, au même titre que son parcours de santé. En intégrant les usages et non-usages numériques dans l'écosystème de santé de l'utilisateur, en ayant une meilleure visibilité sur ces pratiques

d'information et de communication, cela permettrait d'une part d'adapter plus spécifiquement les messages de promotion, de prévention et d'éducation (information *push*) et d'autre part d'accompagner, orienter et conseiller l'utilisateur dans l'apprentissage de comportements favorables à sa santé par une meilleure connaissance de son niveau de littératie (information *pull*).

En conséquence, les dispositifs numériques ne sont pas uniquement des objets de médiatisation mais bel et bien de médiation, par leur capacité de mise en relation entre l'objet (outil numérique) l'action (changement de comportement de santé) et le sujet (l'utilisateur). Ce que Daniel Peraya confirme en indiquant que « *tout dispositif médiatique doit être considéré comme un outil cognitif dans sa double dimension matérielle et symbolique*¹⁶ ».

La force des réseaux sociaux, les forums de discussions, les sites contributifs sont autant de possibilités pour les professionnels de développer des espaces de négociation, de conciliation, d'arbitrage et de résolution de conflits pour accompagner des publics variés vers l'autonomie, dans les usages quotidiens des technologies, services et médias numériques au service de leur bien-être physique, psychologique et social.

Vers une nouvelle écologie de la santé ?

L'accompagnement à l'usage permettant l'instauration de pratiques vertueuses, favorables au développement des capacités individuelles et collectives, n'est pas le seul fait d'un enjeu pédagogique. C'est une réelle opportunité pour la promotion à la santé 2.0 de se saisir des ces nouvelles modalités de médiatisations pour élargir le prisme d'actions des campagnes de prévention et d'éducation et démultiplier la portée des messages. Néanmoins, l'inclusion numérique n'a de sens que si elle s'adosse à l'inclusion sociale. La prise en compte du niveau de littératie numérique et de santé réclame d'adapter le modèle IEC afin de ne pas engranger des inégalités supplémentaires mais bien de favoriser le dialogue, d'interroger, d'écouter, de répondre aux besoins, dans une approche réflexive propre à toute démarche démocratique.

¹⁶ PERAYA, Daniel. Un regard critique sur les concepts de médiatisation et de médiation. Nouvelles pratiques, nouvelle modélisation. In : [en ligne]. [Consulté le 25 mai 2013]. Disponible à l'adresse : http://w3.u-grenoble3.fr/les_enjeux/2008-supplement/Peraya/

Bibliographie

- Akrich, Madeleine, 'Les formes de la médiation technique', *Réseaux*, 1993, 87–98
- Bacqué, Marie-Hélène, Henri Rey, and Yves Sintomer, 'Conclusion. La démocratie participative, modèles et enjeux', *Recherches*, [NUMERO_VOLUME_CHIFFRE] (2007), 293–307
- Brotcorne, Périne, and Gérard Valenduc, 'Les compétences numériques et les inégalités dans les usages d'internet', *Les Cahiers du numérique*, 5 (2009), 45–68
- Cassely, Jean-Laurent, 'La Fracture Numérique Existe Aussi Chez Les «digital Natives»', *Slate.fr*, 2015 <<http://www.slate.fr/story/96995/fracture-numerique-existe-aussi-digital-natives>> [accessed 23 January 2015]
- Cecchi, Catherine. "La place de l'information dans la décision en santé publique." *Santé publique* 20.4 (2008): 387-394.
- Dupagne, Dominique. "Les nouvelles informations en santé." *Les Tribunes de la santé* 4 (2011): 33-39.
- DZENOWAGIS, Joan, 'Réduire la fracture numérique dans le domaine de santé', *Chronique ONU*, 2011 <<http://unchronicle.un.org/fr/article/r-duire-la-fracture-num-rique-dans-le-domaine-de-sant/>> [accessed 22 January 2015]
- FROMENTIN, Vincent, 'Et si la vraie démocratie sanitaire était virtuelle?', *Le blog de Vincent Fromentin*, 2013 <<http://vincentfromentin.fr/blog/et-si-la-vraie-democratie-sanitaire-etait-virtuelle/>> [accessed 22 January 2015]
- Godin Gaston. L'éducation pour la santé : les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs. In: Sciences sociales et santé. Volume 9, n°1, 1991. pp. 67-94. doi : 10.3406/sosan.1991.1185
url : /web/revues/home/prescript/article/sosan_0294-0337_1991_num_9_1_1185
- Kivits, Joëlle, Catherine Lavielle, and Christine Thoër. "Internet et santé publique: comprendre les pratiques, partager les expériences, discuter les enjeux." *Santé publique* 21.hs2 (2010): 5-12.
- Lévy, Joseph Josy, and Christine Thoër. Internet et santé: acteurs, usages et appropriations. Puq, 2012.
- Michel, Christine, Marc-Eric Bobillier-Chaumon, and Franck Tarpin-Bernard. "Fracture numérique chez les seniors du 4e âge." *Les Cahiers du numérique* 5.1 (2009): 147-168.
- Nizet, Jean. La sociologie de Anthony Giddens. La Découverte, 2010.
- Paganelli, Céline, et al. "Web participatif et santé: de nouveaux rapports à l'information?." Actes du colloque Web participatif: mutation de la communication. Vol. 6. 2008.
- Pailliant Isabelle et Romeyer Hélène, « Introduction », Communication [En ligne], Vol. 30/1 | 2012, mis en ligne le 23 février 2012, consulté le 29 janvier 2015. URL : <http://communication.revues.org/2859> ; DOI : 10.4000/communication.2859
- Patrascu, Marcela, 'Saisir les pratiques sociales du point de vue de leur organisation. Revisiter le concept de médiation', *Les Enjeux de l'information et de la communication*, 2010 (2010), 58–70
- Poirier, Karine, and Sylvain Quidot, 'Pratiques des TIC et faible littératie : une critique des dystopies de «l'ère numérique» au Québec', 2013 <<http://www.archipel.uqam.ca/5549/>> [accessed 26 January 2015]
- Renaud, Lise, and Carmen Rico de Sotelo. "Communication et santé: des paradigmes concurrents." *Santé publique* 19.1 (2007): 31-38.
- Renaud, Lise. Médias et le façonnement des normes en matière de santé. PUQ, 2007.
- Richard, Claude, and Marie-Thérèse Lussier. "La littératie en santé, une compétence en mal de traitement." *Pédagogie médicale* 10.3 (2009): 123-130.
- Romeyer, Hélène. "La santé dans l'espace public." (2010)
- Romeyer, Hélène. "La santé en ligne. Des enjeux au-delà de l'information." *Communication. Information médias théories pratiques* 30.1 (2012).
- Rootman, I., M. Kaszap, and J. Frankish. "La littératie en santé: un concept en émergence." *Promotion de la santé au Canada et au Québec: Perspectives critiques* (2006): 87.
- Silber, Denise. "Médecine 2.0: les enjeux de la médecine participative." *La Presse médicale* 38.10 (2009): 1456-1462.