



HAL
open science

S'appropriier le service pour co-créer de la valeur : une étude empirique dans le secteur de la santé

Matthieu Mifsud

► To cite this version:

Matthieu Mifsud. S'appropriier le service pour co-créer de la valeur : une étude empirique dans le secteur de la santé. Economies et finances. Université Montpellier, 2016. Français. NNT : 2016MONTD031 . tel-01544557

HAL Id: tel-01544557

<https://theses.hal.science/tel-01544557>

Submitted on 21 Jun 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE

Pour obtenir le grade de
Docteur

Délivrée par l'**Université de Montpellier**

Préparée au sein de l'école doctorale EDEG
Economie et Gestion
Et de l'unité de recherche MRM
Montpellier Recherche en Management

Spécialité : **Sciences de Gestion**

Présentée par : **Matthieu MIFSUD**

**S'approprier le service pour co-créeer de la
valeur :**

Une étude dans le secteur de la santé

Soutenue le 05 décembre 2016 devant le jury composé de

M. Kiane GOUDARZI, Professeur des Universités, IAE de Lyon	Rapporteur
M. Pierre VOLLE, Professeur des Universités, Université Paris-Dauphine	Rapporteur
M. Antoine AVIGNON, Professeur de médecine, Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier	Examineur
Mme Véronique COVA, Professeur des Universités, IAE d'Aix-en-Provence	Examineur
Mme Anne-Sophie CASES, Maître de Conférences HDR, IAE de Montpellier	Directeur de thèse
M. Gilles N'GOALA, Professeur des Universités, Université de Montpellier	Directeur de thèse

TITRE : S'approprier le service pour co-créer de la valeur : une étude dans le secteur de la santé

Résumé :

A l'heure où les entreprises de service sollicitent de plus en plus leur clientèle, cette thèse examine les rôles respectifs de l'appropriation du service et de la participation du client dans le mécanisme de co-création de valeur. Une première étude qualitative exploratoire réalisée dans le secteur de la santé a permis de définir le concept d'appropriation d'un service et d'explorer la co-création de valeur du point de vue du client. Une étude empirique a, par la suite, été conduite auprès de 508 patients diabétiques. Les résultats montrent que l'appropriation du service joue un rôle déterminant dans la formation de la valeur « dans l'usage » pour le client et engendre sa participation au service. L'apport de cette recherche est de proposer un cadre général et une modélisation pour étudier la co-création de valeur du point de vue du client. De plus, elle permet d'approfondir la compréhension du concept d'appropriation en marketing en validant empiriquement certains de ses antécédents et conséquences. Enfin, des préconisations pratiques sont proposées aux managers pour piloter l'appropriation de leur service et engager leurs clients dans la co-création de valeur.

Mots clefs : Appropriation du service, participation du client, co-création de valeur, valeur dans l'usage, santé

TITLE : Examining the mechanisms of value co-creation in services: from service appropriation to client participation. A study in the healthcare sector

Abstract :

This thesis examines the role of service appropriation and client participation in the mechanisms of value co-creation. First, an exploratory study in the health sector aimed to propose a comprehensive framework for service appropriation and analysed the process of value co-creation from a "customer centric" perspective. Second, a quantitative study was conducted with 508 diabetics patients. The results highlight the impact of service appropriation on value formation and on client participation. This research may contribute to the theory of value co-creation by proposing a modelization of its mechanisms. Plus, it gives clues to deepen the understanding of the concept of appropriation in marketing. Finally, this study provides important insights into how service providers and managers should manage the appropriation of their services and engage customers in the value co-creation process.

Key words: Service appropriation, client participation, value co-creation, value in use, healthcare

« L'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur. »

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout d'abord et évidemment mes directeurs de thèse Anne-Sophie Cases et le Professeur Gilles N'Goala qui m'ont permis de co-construire cette riche aventure. Merci vivement pour vos précieux conseils, votre disponibilité, votre soutien et votre confiance. Je garderai de très bons souvenirs de nos réunions et de nos échanges !

Je remercie très sincèrement l'ensemble des professeurs qui me font l'honneur d'être dans le jury de la soutenance de cette thèse. Merci aux Professeurs Kiane Goudarzi et Pierre Volle pour leur intérêt et le temps qu'ils consacrent à ce travail en acceptant d'en être les rapporteurs. J'adresse également mes remerciements aux Professeurs Véronique Cova et Antoine Avignon pour leur participation au jury de la soutenance. Je tiens à remercier doublement le Professeur Avignon ainsi que son collaborateur le Docteur Attalin pour leur co-opération tout au long de cette recherche.

Mes remerciements vont également à la Fédération Française des Diabétiques et plus particulièrement à Madame Carole Avril et Madame Caroline Guillot qui ont permis la concrétisation d'un contrat de recherche et la mise en place d'une grande étude auprès de patients diabétiques. J'en profite également pour remercier le Docteur Paillarguelo de m'avoir permis de conduire une série d'entretiens auprès de ses patients ainsi que le Docteur Melki.

Je tiens à remercier l'ensemble des collègues du Labex Entreprendre, du laboratoire MRM, de son équipe santé, et de l'EDEG. La richesse des rencontres a fortement

contribué à cette formation doctorale ! Merci plus particulièrement au groupe marketing, pour leur soutien, leurs échanges pertinents et constructifs tout au long de la thèse.

Une pensée amicale aux collègues doctorant(e)s et jeunes docteurs de Montpellier ou d'ailleurs. Merci à Pauline avec qui j'ai débuté le doctorat et qui a probablement assisté, en dehors de mes directeurs de recherche, au plus grand nombre de mes présentations !

Plus personnellement maintenant, un GRAND merci à ma famille, mes parents, mon frère, ma belle sœur et Céline de m'avoir soutenu et épaulé. Merci entre autres pour leurs relectures précieuses quand je perdais la vue. Merci à mes amis notamment Mathieu et Aurel.

Merci enfin à l'ensemble des personnes ayant contribué à cette thèse de près ou de loin et merci aux participants des enquêtes menées !

TABLES DES MATIÈRES

INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	15
PARTIE 1 : CO-CRÉATION DE VALEUR, PARTICIPATION ET APPROPRIATION DU SERVICE.....	31
CHAPITRE 1 : LA PARTICIPATION DU CLIENT À LA CO-CRÉATION DE VALEUR	41
SECTION 1 – LA PERSPECTIVE DE LA CO-CRÉATION DE VALEUR.....	46
1- LES ORIGINES DE LA CO-CRÉATION DE VALEUR.....	46
2- LES COMPOSANTES DE LA CO-CRÉATION DE VALEUR.....	57
3- CONCEPTUALISER LA CO-CRÉATION DE VALEUR	73
SECTION 2 – PARTICIPATION DU CLIENT AU SERVICE ET CRÉATION DE VALEUR ..	79
1- DÉFINIR LA PARTICIPATION DU CLIENT AU SERVICE.....	80
2- LES EFFETS DE LA PARTICIPATION DU CLIENT SUR LA VALEUR	88
CONCLUSION DU CHAPITRE 1 :	97
CHAPITRE 2 : L'APPROPRIATION DU SERVICE PAR LE CLIENT.....	101
SECTION 1 – DÉFINIR ET DÉCOMPOSER L'APPROPRIATION	109
1- LA LOGIQUE « DESCENDANTE » DE L'APPROPRIATION : UNE ACTION DE RECONQUÊTE DE L'INDIVIDU SUR L'OBJET	112
2- LA LOGIQUE « RÉCURSIVE » DE L'APPROPRIATION : UNE ACTION RÉCIPROQUE DE L'INDIVIDU ET DE L'OBJET	131
3- PROPOSITION D'UNE CONCEPTUALISATION DE L'APPROPRIATION DU SERVICE	146
SECTION 2 – LES CONDITIONS ET LES EFFETS DE L'APPROPRIATION	161

1- LES CONDITIONS DE L'APPROPRIATION	161
2- LES EFFETS DE L'APPROPRIATION	167
CONCLUSION DU CHAPITRE 2.....	177
CONCLUSION DE LA PARTIE 1	181
PARTIE 2 : UNE ÉTUDE EMPIRIQUE DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ	189
CHAPITRE 3 : ÉLABORATION DU MODÈLE DE RECHERCHE	193
SECTION 1 – DÉVELOPPEMENT DES HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	197
1- L'EFFET DE L'USAGE DU SERVICE SUR L'APPROPRIATION DU SERVICE	197
2- L'EFFET DE L'USAGE DU SERVICE SUR LA PARTICIPATION DU CLIENT	199
3- L'EFFET DE L'APPROPRIATION DU SERVICE SUR LA PARTICIPATION DU CLIENT	200
4- L'EFFET DE L'APPROPRIATION DU SERVICE ET DE LA PARTICIPATION DU CLIENT SUR LA VALEUR DANS L'USAGE	202
5- LE RÔLE DE L'USAGE DANS LA CRÉATION DE VALEUR.....	205
SECTION 2 – JUSTIFICATION DU TERRAIN DE RECHERCHE ET DÉVELOPPEMENT DES HYPOTHÈSES DE TRAVAIL	209
1- LE SERVICE DE PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES	210
2- UNE ÉTUDE EXPLORATOIRE DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ	217
3- MISE EN PERSPECTIVE DES RÉSULTATS.....	255
SECTION 3 – DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE DE L'ÉTUDE QUANTITATIVE.....	266
1- OBJECTIFS GÉNÉRAUX DE L'ÉTUDE.....	266
2- UNE ÉTUDE EN COLLABORATION AVEC LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DES DIABÉTIQUES.....	267

3- DÉVELOPPEMENT DES INSTRUMENTS DE MESURE : LA CONSTRUCTION DU QUESTIONNAIRE	271
4- PRÉSENTATION DE L'ÉCHANTILLON FINAL.....	286
5- LE CHOIX DES ANALYSES ADOPTÉES EN VUE DE LA MISE EN ŒUVRE DU MODÈLE DE RECHERCHE	295
CONCLUSION DU CHAPITRE 3.....	297
CHAPITRE 4 : TEST DU MODÈLE DE RECHERCHE	299
SECTION 1 – QUALITÉS PSYCHOMÉTRIQUES DES CONSTRUIES	303
1- LES TESTS EFFECTUÉS.....	303
2- LA MESURE DE L'APPROPRIATION DU SERVICE	310
3- LA MESURE DE L'INTRA-RÔLE	321
4- LA MESURE DE L'EXTRA-RÔLE.....	326
5- LA MESURE DE LA VALEUR DANS L'USAGE.....	330
6- LA MESURE DE LA SATISFACTION DANS LA VIE.....	340
SECTION 2 – TEST DU MODÈLE DE RECHERCHE	349
1- QUALITÉS D'AJUSTEMENT DU MODÈLE DE RECHERCHE	350
2- PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	352
CONCLUSION DU CHAPITRE 4.....	371
CONCLUSION GÉNÉRALE	377
BIBLIOGRAPHIE	415
ANNEXES.....	467

LISTES DES FIGURES

Figure 1 : Exemple de publicité de BFORBANK « Mon banquier, c'est moi »	20
Figure 2 : Le modèle DART (Prahalad et Ramaswamy, 2004)	52
Figure 3 : Evolution de la vision de l'échange (Vargo et Lusch, 2009)	55
Figure 4 : Co-création amont et aval avec les consommateurs (Vernette et Hamdi-Kidar, 2013) ..	74
Figure 5 : Modèle d'appropriation de l'espace marchand et de l'expérience de consommation (Aubert-Gamet, 1996 ; Carù et Cova, 2003)	127
Figure 6 : Modèle de l'appropriation d'un produit alimentaire (Brunel et al., 2006)	143
Figure 7 : Appropriation et formes d'environnement (d'après Cova et Cova, 2001)	164
Figure 8 : Proposition d'un modèle simplifié de recherche	185
Figure 9 : Présentation de l'hypothèse H1	198
Figure 10 : Présentation de l'hypothèse H2	200
Figure 11 : Présentation de l'hypothèse H3	202
Figure 12 : Présentation des hypothèses H4 et H5	205
Figure 13 : Présentation du modèle général de recherche	207
Figure 14 : Le poids des maladies chroniques (Source : Efpia, Health and Growth, Novembre 2013)	212
Figure 15 : Le dispositif Sophia	216
Figure 16 : Présentation de l'hypothèse H6	260
Figure 17: Fréquence moyenne de l'usage du service	290
Figure 18 : Fréquences moyennes des interactions physiques et médiatisées avec le service	292
Figure 19 : Scores moyens des dimensions de l'appropriation du service	293
Figure 20 : Scores moyens des dimensions de la participation au service	294

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les définitions de la co-crédation de valeur.....	35
Tableau 2 : Distinction entre ce qu'est la co-crédation et ce qu'elle n'est pas (Prahalad et Ramswamy, 2004 ; adaptée par Hamdi-Kidar, 2013).....	50
Tableau 3 : Les dix propositions de la Logique Service-Dominant (Lusch et Vargo, 2006).....	56
Tableau 4 : Les définitions de la valeur.....	60
Tableau 5 : Typologie de la valeur de Holbrook (1994).....	66
Tableau 6 : Les définitions de l'extra-rôle (d'après Yang et Qin Hai, 2012).....	87
Tableau 7 : Synthèse des concepts définis dans le chapitre 1.....	98
Tableau 8 : Etymologie du mot « appropriation ».....	110
Tableau 9 : Les définitions de l'appropriation de l'espace en psychologie de l'environnement (d'après Balusseau, 2015).....	115
Tableau 10 : La logique « descendante » et « réursive » de l'appropriation.....	147
Tableau 11 : Principaux concepts mobilisés et définis à l'issue de la partie 1.....	182
Tableau 12 : Echantillon, méthodes et objectifs principaux de l'étude exploratoire.....	222
Tableau 13 : Un travail en commun (exemples de verbatims).....	229
Tableau 14 : L'échange des ressources (exemples de verbatims).....	231
Tableau 15 : Le rôle du médecin (exemples de verbatims).....	235
Tableau 16 : La participation intra-rôle du patient (exemples de verbatims).....	239
Tableau 17 : La participation extra-rôle du patient (exemples de verbatims).....	241
Tableau 18 : L'appropriation, une logique réursive (exemples de verbatims).....	245
Tableau 19 : La connaissance du service (exemples de verbatims).....	247
Tableau 20 : La maîtrise du service (exemples de verbatims).....	248
Tableau 21 : La création (exemples de verbatims).....	249
Tableau 22 : L'adaptation individuelle au service (exemples de verbatims).....	251
Tableau 23 : La possession psychologique du service (exemples de verbatims).....	252
Tableau 24 : La conscientisation du service (exemples de verbatims).....	254
Tableau 25 : Synthèse des dimensions de l'appropriation du service.....	256
Tableau 26 : Les définitions du feedback et de l'entraide.....	257

Tableau 27 : Présentation des hypothèses de recherche.....	259
Tableau 28 : Présentation des items de la mesure de l'appropriation du programme de soin	280
Tableau 29 : Présentation des items de la mesure de l'intra-rôle	282
Tableau 30 : Présentation des items de la mesure de l'extra-rôle.....	283
Tableau 31 : Présentation des items de la mesure de la valeur dans l'usage.....	285
Tableau 32 : Présentation des items de la mesure de la satisfaction dans la vie.....	286
Tableau 33 : Description de l'échantillon final (N=508)	289
Tableau 34 : Critères retenus pour les Analyses Factorielles Exploratoires.....	306
Tableau 35 : Critères retenus pour les Analyses Factorielles Confirmatoires.....	308
Tableau 36 : Critères retenus pour l'évaluation de la validité convergente et discriminante des construits	310
Tableau 37 : Résultats de l'Analyse Factorielle Exploratoire de la mesure de l'appropriation du service	315
Tableau 38 : Indices d'ajustement des modèles de mesure de l'appropriation du service.....	316
Tableau 39 : Indices d'ajustement du modèle de mesure définitif de l'appropriation du service..	317
Tableau 40 : Structure finale de la mesure de l'appropriation du service.....	319
Tableau 41 : Résultats des tests de validité convergente et discriminante de l'appropriation du service	320
Tableau 42 : Résultats de l'Analyse Factorielle Exploratoire de la mesure de l'intra-rôle	322
Tableau 43 : Indices d'ajustement du modèle de mesure de l'intra-rôle	324
Tableau 44 : Structure finale de la mesure de l'intra-rôle.....	325
Tableau 45 : Résultats des tests de validité convergente et discriminante de l'intra-rôle.....	326
Tableau 46 : Résultats de l'Analyse Factorielle Exploratoire de la mesure de l'extra-rôle.....	327
Tableau 47 : Indices d'ajustement du modèle de mesure de l'extra-rôle.....	328
Tableau 48 : Structure finale de la mesure de l'extra-rôle	329
Tableau 49 : Résultats des tests de validité convergente et discriminante de l'extra-rôle	330
Tableau 50 : Résultats de l'Analyse Factorielle Exploratoire de la mesure de la valeur dans l'usage	333
Tableau 51 : Indices d'ajustement du modèle de mesure de la valeur dans l'usage.....	334
Tableau 52 : Structure du modèle de mesure de la valeur dans l'usage	335

Tableau 53 : Contributions factorielles du modèle de mesure de la valeur dans l'usage (avec facteur de second ordre).....	338
Tableau 54 : Indices d'ajustement du modèle de mesure de la valeur dans l'usage (avec facteur de second ordre).....	338
Tableau 55 : Résultats des tests de validité convergente et discriminante de la valeur dans l'usage	339
Tableau 56 : Résultats de l'Analyse Factorielle Exploratoire de la mesure de la satisfaction dans la vie.....	340
Tableau 57 : Analyse factorielle confirmatoire de la mesure de la satisfaction dans la vie.....	341
Tableau 58 : Structure finale de la mesure de la satisfaction dans la vie	342
Tableau 59 : Synthèse de la qualité psychométrique des construits	347
Tableau 60 : Présentation du modèle de recherche	349
Tableau 61 : Indices d'ajustement du modèle de recherche.....	351
Tableau 62 : Résultats du test de l'hypothèse H1	353
Tableau 63 : Résultats du test de l'hypothèse H2	357
Tableau 64 : Résultats du test de l'hypothèse H3	361
Tableau 65 : Résultats du test des hypothèses H4 et H5	365
Tableau 66 : Résultats du test de l'hypothèse H6	367
Tableau 67 : Synthèse des dimensions de l'appropriation psychologique du service.....	392
Tableau 68 : Synthèse des items de la mesure de l'appropriation psychologique du service dans le cadre d'un programme de soin	399

INTRODUCTION GÉNÉRALE

S'appropriier le service pour co-créer de la valeur :

Une étude dans le secteur de la santé

Ne pas s'appropriier correctement un service et le détourner de son usage représente un risque énorme à la fois pour les organisations de service et leurs clients. L'actualité atteste régulièrement de comportements inappropriés ou « déviantes » de la part du client et, ainsi, « destructeurs de valeur ». De plus, la mauvaise participation du client (ou son refus de participer) au service peut avoir des effets désastreux sur la réalisation et la qualité du service et ainsi détruire les bénéfices extraits par le client. Dans le secteur de la santé, le détournement de l'usage d'un traitement peut même être mortel. Sur son site internet, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) recense une liste de surveillance de plusieurs dizaines de médicaments détournés de leurs usages initiaux¹. On peut, par exemple, citer le cas du Baclofène originellement autorisé comme traitement contre l'alcoolisme et régulièrement détourné de son usage comme traitement minceur. Ces mésusages peuvent alors être nuisibles pour l'ensemble des professionnels de santé (médecins, prestataires de soin, laboratoires pharmaceutiques) et dégrader significativement l'état de santé du patient. De plus, dans le cadre d'un suivi au long cours d'une pathologie chronique, un patient qui refuse de participer au programme de soin ne percevra a priori aucun des bénéfices relatifs à l'amélioration de sa santé. En revanche, tout porte à croire qu'un patient qui s'approprie pleinement son programme et participe activement devrait bénéficier d'une réduction significative des effets et des risques de sa pathologie.

Si l'enjeu de l'appropriation du service et de la participation du client semble être alors

¹ [http://ansm.santé.fr/Activites/Surveillance-des-stupefiants-et-des-psychotropes/Medicaments-a-risque-d-usage-detourne-ou-de-dependance/\(offset\)/0](http://ansm.santé.fr/Activites/Surveillance-des-stupefiants-et-des-psychotropes/Medicaments-a-risque-d-usage-detourne-ou-de-dependance/(offset)/0)

déterminant dans un contexte de santé, cette problématique concerne toutefois de très nombreux services. Par exemple, un usager de la SNCF qui ne s'approprie pas pleinement le service « e-billet », en ne maîtrisant pas les spécificités de ce service et en n'imprimant pas son billet avant de se présenter sur le quai, se verra sanctionner par le contrôleur et ne percevra pas les bénéfices pratiques du service (Cf. Encadré 1). De manière similaire, dans un musée, un visiteur qui s'approprie mal le parcours muséal, en ne respectant pas le sens de la visite, voire pire, en touchant les œuvres exposées peut alors devenir un potentiel destructeur de valeur (Cf. Encadré 2).

Vous prenez le train ? Attention au « e-billet » !²

Plusieurs internautes nous ont fait part de leurs mésaventures avec les billets électroniques de la SNCF, appelés « e-billets ». Claudine raconte ainsi qu'elle a réservé deux billets de train, sur le site Voyages-sncf.com. Le système lui propose de les récupérer sous forme électronique, ce qu'elle accepte. Mais une fois qu'elle a imprimé ses « e-billets », elle constate qu'ils ont été mis tous les deux au nom d'une même personne. Claudine veut modifier l'un des deux noms : impossible, lui répond-on, au guichet. « Aucun changement ne peut être réalisé une fois les billets créés. » L'employée lui conseille de « vérifier les informations saisies, la prochaine fois, avant de valider. Claudine ne peut donc qu'annuler son billet, et en racheter un autre... 15 euros plus cher. "On ne m'y reprendra plus", dit-elle: " La prochaine fois, je me ferai envoyer les billets par La Poste, ça coûtera de l'argent à la SNCF, et non à moi. » Un autre internaute, Paul, se plaint de ce qu'il a dû payer une amende dans le train, car il n'avait pas imprimé le billet. « Le contrôleur n'a pas voulu regarder mon téléphone, sur lequel le billet était téléchargé au format PDF, avec le code optique qu'il aurait pu scanner».

Encadré 1: Exemple de destruction de valeur dans le cadre du service e-billet

² Source : <http://sosconso.blog.lemonde.fr/2012/12/07/vous-prenez-le-train-evitez-le-e-bille>

Encadré 2 : Un visiteur trop curieux casse une horloge exposée dans un musée³

Un touriste a brisé l'œuvre de James Borden dont il admirait le fonctionnement de trop près, au centre national de la montre (États-Unis). Intrigué par l'une des œuvres exposées et après avoir pris plusieurs photos, il s'approche, observe, touche, joue. D'abord hésitant, puis sans aucun scrupule, il manipule les mécanismes avec curiosité. Tant et si bien que l'inévitable arrive: l'horloge s'effondre par terre et se casse en plusieurs morceaux. Dans un premier réflexe, il tente de la raccrocher et ramasse les bouts éparpillés, mais elle est bel et bien irréparable. Il ne reste plus qu'à prévenir le personnel du musée.

Encadré 2 : Exemple de destruction de valeur dans le cadre d'une visite muséale

La mésaventure de ces clients, présentée dans les encadrés précédents, souligne l'importance, pour les organisations privées et publiques, de mettre en place des actions favorisant l'appropriation de leur service et la bonne participation de leurs clients. Cette problématique est d'autant plus cruciale aujourd'hui car les clients sont de plus en plus sollicités par les organisations. Face au fort taux d'échec du lancement de nouveaux produits ou services (e.g. Gourville 2006 ; Barczak et al., 2009), celles-ci ont réalisé l'importance d'intégrer le client dans le processus de création de valeur. Ainsi, ce que la littérature en management regroupe communément sous l'appellation des stratégies de « co-crédation » s'est peu à peu imposé comme une méthode alternative vers laquelle de plus en plus d'organisations se tournent :

³ Source : <http://www.lefigaro.fr/arts-expositions/2016/06/07/03015-20160607ARTFIG00182-un-visiteur-trop-curieux-casse-une-horloge-exposee-dans-un-musee.php>

L'entreprise BforBank incite, par exemple, ses clients à s'approprier leur service à l'image du slogan « *Mon banquier, c'est moi* » et créer ainsi davantage de valeur (Cf. Figure 1). Dans la santé, la Fédération Française des Diabétiques invite les patients à la co-création par la conception, le développement et l'évaluation d'innovations en se regroupant au sein d'un Diabet' Lab. Enfin, dans la téléphonie, Bouygues Télécom propose un canal de « relation client social » aux utilisateurs des offres B&YOU leur permettant de chercher de l'aide auprès d'un forum d'entraide de « clients experts ».



Figure 1 : Exemple de publicité de BFORBANK « Mon banquier, c'est moi »

Le but de ces organisations est ainsi clairement affiché : donner au client une place inédite de « collaborateur » du processus marketing pour favoriser la co-création de valeur. Les entreprises sont alors face à une problématique cruciale : Si le client ne s'approprie pas le service ou refuse de s'engager dans le processus, la co-création est indéniablement vouée à l'échec et aucune valeur ne sera retirée du service par le client.

Sur le plan managérial, il existe alors des enjeux considérables à pouvoir piloter la co-création de valeur. Une entreprise qui maîtriserait ces différents mécanismes pourrait permettre l'extraction d'une valeur unique pour ses clients. Il est primordial pour les prestataires d'aller au delà de la simple utilisation ou adoption de leur service et de contrôler leur appropriation. Leurs capacités à « désigner » des services totalement appropriables, à identifier les bons leviers à actionner pour favoriser cette appropriation et engager les clients dans la co-création, conditionneront la valeur extraite du service par leurs clients. Cet enjeu est d'autant plus important dans des services complexes et impliquants où le rôle du client est déterminant pour la réalisation du service comme dans le secteur de la santé. Mais comment les entreprises peuvent-elles « monitorer » les mécanismes de co-création de valeur? Cette question renvoie incontestablement à la problématique des méthodes de mesure.

Sur le plan de la méthodologie, existe-t-il des méthodes permettant de modéliser et mesurer ces mécanismes? Plusieurs cadres généraux de la co-création de valeur ont été proposés (Prahalad et Ramaswamy, 2004 ; Frow, Payne et Storbacka, 2011; Leclercq, Hammedi et Poncin, 2016) et notamment dans le secteur de la santé (McColl-Kennedy, 2012). Néanmoins, ceux-ci représentent des grilles d'analyses générales relativement théoriques et difficilement opérationnalisables. Il existe alors un enjeu méthodologique important à déterminer une méthode adéquate et répliquable à différents contextes permettant de « capter » et expliquer les mécanismes de co-création de valeur du point de vue du client. De plus, comment peut-on mesurer l'appropriation d'un service ? A notre connaissance, l'appropriation n'a pas fait, en marketing, l'objet d'études quantitatives. Les recherches ont davantage permis de comprendre le phénomène

d'appropriation et de décomposer ses processus. Un travail de construction d'un outil psychométrique valide répondrait alors à un enjeu méthodologique fort.

Sur le plan théorique, la co-crédation de valeur demeure un concept qui ne fait pas l'objet de consensus quant à sa définition et à sa conceptualisation (McColl-Kennedy et al. 2012 ; Chen, Drennan et Andrews, 2012 ; Grönroos, 2008 ; Ind et Coates, 2013 ; Vargo, 2008 ; Zwass, 2010). Plusieurs appels ont été lancés pour approfondir la compréhension du mécanisme d'extraction de valeur du point de vue du client, appréhendée par la notion de la valeur « dans l'usage » (Saarijarvi et al., 2013 ; Chen, Drennan et Andrews, 2012 ; Ind et Coates, 2013 ; Leclercq, Hammedi et Poncin, 2016). Cette recherche doctorale visera alors à approfondir la théorie de la co-crédation de valeur et proposera une modélisation de son mécanisme du point de vue du client.

Cette recherche approfondira également les connaissances théoriques relatives au concept d'appropriation du service. En effet, la littérature du marketing des services a largement exploré le processus de coproduction du service (« servuction ») (Eiglier et Langeard, 1987), le design de service (Shostack, 1982), les processus de socialisation du client à l'organisation (Kelley, 1987 ; Kelley et al., 1990 ; Kelley et al., 1992 ; Bauer et al. 1998 ; Goudarzi, 2005 ; Goudarzi et Eiglier, 2006) ou d'adoption d'un service (Purkayastha, 2009 ; Celik, 2008 ; Suh et Han, 2002). Toutefois, la question de l'appropriation d'un service et de ses effets reste inexplorée. De plus, l'appropriation est principalement appréhendée en marketing comme un processus par le biais d'approches interprétativistes. Ces travaux ont fourni d'importants résultats notamment en termes de compréhension, de décomposition du phénomène d'appropriation et de formulation d'un cadre théorique. Néanmoins, ceux-ci restent difficiles à extrapoler, tester et généraliser. Il existe donc un fort enjeu théorique

à postuler et valider empiriquement certaines hypothèses relatives aux antécédents et conséquences de l'appropriation du service. Cette thèse contribuera alors au cadre théorique général de l'appropriation en marketing.

Problématique et objectifs de recherche

L'ensemble des réflexions précédentes peuvent s'articuler autour de la problématique suivante : **Pourquoi, comment et dans quelle mesure l'appropriation du service et la participation du client au service concourent à la création de valeur pour le client ?**

L'objectif principal de cette thèse est de proposer un modèle de recherche visant à explorer et expliquer les mécanismes de co-crédation de valeur, dans les services et du point de vue du client, par l'étude des antécédents et des effets de sa participation et de son appropriation du service.

Cette problématique révèle une série d'objectifs qui dirigeront ce présent travail.

1) Définir et conceptualiser l'appropriation du service. Le premier objectif de ce travail doctoral est de fournir une définition et une conceptualisation du phénomène d'appropriation du service. En effet, il n'existe pas à notre connaissance, de définition de ce concept dans la littérature du marketing des services. Nous nous intéresserons plus

particulièrement à **l'appropriation psychologique du service**⁴, en d'autres termes, à la façon dont le client se représente et perçoit son appropriation du service.

2) Étudier l'effet de l'usage du service sur l'appropriation du service et sur la participation du client dans la co-crédation de valeur. Si la perspective de la co-crédation de valeur évoque une valeur « dans l'usage », quel est le rôle de l'usage dans ce mécanisme ? Comment l'usage du service influence-t-il l'appropriation qu'un client se fait du service ? Comment impacte-t-il sa participation dans la co-crédation de valeur ? Notre objectif sera alors d'identifier les effets de l'usage sur l'appropriation du service et l'engagement du client dans la co-crédation de valeur.

3) Etudier l'effet de l'appropriation du service sur la participation du client.

Notre troisième objectif est d'évaluer l'effet de l'appropriation sur la participation du client. Cet objectif répond à un objectif managérial évident : si les entreprises sollicitent de plus en plus les clients pour qu'ils s'approprient leurs services dans une logique de co-crédation de valeur, quel impact cette stratégie peut-elle avoir sur leur participation ? Un client qui s'approprié un service sera-t-il effectivement plus engagé ? Nous souhaitons plus précisément observer quelles sont les dimensions de l'appropriation du service qui contribuent le plus fortement à l'engagement du client dans la co-crédation de valeur.

⁴ Par mesure de simplicité, nous utiliserons principalement la terminologie générale d'appropriation du service au cours de ce document.

4) Etudier l'effet de l'appropriation du service et de la participation du client sur la valeur dans l'usage.

Enfin, le quatrième objectif de ce travail doctoral est d'évaluer l'influence de l'appropriation du service et de l'engagement du client dans la co-crédation de valeur sur la valeur dans l'usage. Nous souhaitons plus précisément observer quelles sont les dimensions de l'appropriation du service et les formes d'engagement du client qui expliquent le plus fortement la co-crédation de valeur et la participation du client dans la co-crédation de valeur.

Positionnement épistémologique et démarche de la recherche

Le choix du positionnement épistémologique représente une étape centrale dans la mise en œuvre d'une recherche car elle est révélatrice des croyances du chercheur et conditionne la méthodologie qui sera adoptée (Gavard-Perret et al., 2008; Werle, 2008). L'orientation et l'articulation de notre problématique et de nos objectifs de recherche ont guidé ce positionnement. L'objet de cette recherche est d'identifier et d'expliquer, de manière objective, les mécanismes par lesquels l'appropriation du service et la participation du client influencent la valeur que le client perçoit du service. De plus, notre recherche vise à répondre à une demande sociale en fournissant des outils aux managers permettant de piloter les mécanismes de co-crédation de valeur. Nous avons alors souhaité combiner deux approches complémentaires : l'approche théorique et l'approche managériale. En d'autres termes, notre démarche se fonde sur une première démarche basée sur l'examen de la littérature (démarche hypothético-déductive) et une autre fondée sur le recueil de données (démarche exploratoire). Une série d'hypothèses a été proposée d'après la théorie. Néanmoins, ces hypothèses ont été adaptées et réajustées grâce à un travail exploratoire de terrain auprès de professionnels et de

clients dans le secteur de la santé. La combinaison de ces approches contribue un apport car elle permet au chercheur de s'enrichir d'une certaine pluralité (Thiétart et al., 2007).

Structure de la thèse

Cette thèse se structure au sein de deux grandes parties. **La première partie**, composée de deux chapitres, présentera une revue de la littérature sur la co-crédation de valeur, la participation du client au service et l'appropriation du service :

- Le **premier chapitre** sera focalisé sur **la perspective de la co-crédation de valeur ainsi que sur la participation du client dans le service**. Les tenants théoriques de la co-crédation de valeur, les formes de participation du client au service au regard de cette perspective et leurs effets attendus sur la création de valeur seront présentés.

- **Le second chapitre** aura pour vocation la présentation du **concept d'appropriation du service**. Une revue de l'appropriation en Sciences Humaines et Sociales et en marketing sera proposée. Une définition et une conceptualisation de l'appropriation du service adaptée à notre travail doctoral seront notamment proposées à l'issue de ce chapitre.

La seconde partie sera consacrée à l'étude empirique menée :

- **Le troisième chapitre** aura pour vocation principale la **présentation du modèle de recherche**, la justification et l'adaptation du modèle au secteur de la santé puis l'exposé de la démarche méthodologique adoptée.
- **Le quatrième chapitre** portera sur la mise en œuvre du modèle de recherche, la présentation des résultats de l'étude.
- Enfin, une **conclusion générale** sera consacrée à la discussion et à la mise en perspective des résultats de ce travail doctoral. Nous nous attacherons notamment à mettre en perspective des résultats dans la continuité des recherches antérieures mais aussi comme point de départ de nouvelles réflexions. Nous présenterons alors les contributions d'ordres théorique et méthodologique et les implications managériales de cette recherche. Nous identifierons, par la suite, les limites que celles-ci soulèvent. Enfin, de nouvelles perspectives de recherches seront proposées.

La structure générale de ce travail est illustrée page suivante.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

**PARTIE 1 :
CO-CRÉATION DE VALEUR, PARTICIPATION ET
APPROPRIATION DU SERVICE**

**CHAPITRE 1 : LA
PARTICIPATION DU
CLIENT À LA CO-
CRÉATION DE VALEUR**

**CHAPITRE 2 :
L'APPROPRIATION DU
SERVICE PAR LE CLIENT**



**PARTIE 2 : UNE ÉTUDE EMPIRIQUE DANS LE
SECTEUR DE LA SANTÉ**

**CHAPITRE 3 :
ÉLABORATION DU
MODÈLE DE RECHERCHE**

**CHAPITRE 4 : TEST DU
MODÈLE DE RECHERCHE**

CONCLUSION GÉNÉRALE

PARTIE 1 :

CO-CRÉATION DE VALEUR,

PARTICIPATION ET

APPROPRIATION DU SERVICE

INTRODUCTION

Emergeant dans les années 2000, la thématique de la co-crédation de valeur est devenue trds populaire dans la littérature en management et en marketing. Elle est pour Pollitt et Hupe (2011) un « *concept magique* » qui représente aujourd'hui un nouveau courant de pensée et un domaine de recherche à part entière (Ostrom et al., 2010 ; Galvagno et Dalli, 2014 ; Ostrom et al., 2015). Une recherche effectuée sur Google Scholar en septembre 2016 indique que le terme de « co-crédation » est cité dans plus de 58.000 références dans des domaines aussi variés que la gestion de l'image de marque (Merz et al., 2009 ; Tynan et al., 2010 ; Hatch, 2012), la distribution (Andreu et al., 2010), l'innovation (Füller et Matzler, 2007 ; Spohrer et Maglio, 2008 ; Füller et al., 2011), la stratégie (Prahlad et Ramaswamy, 2004 ; Ramaswamy, 2008 ; 2009), les services (Vargo et Lusch, 2008) ou la gestion de la relation client (Roggeveen et al., 2012).

Néanmoins, le concept de co-crédation de valeur reste encore complexe à appréhender et de nombreuses interrogations demeurent: qu'est-ce que la co-crédation de valeur dans le contexte des services ? Quels sont les mécanismes de création de valeur du point de vue du client? Comment la valeur est-elle extraite d'un service par un client ?

Il n'existe pas de consensus quant à la définition du concept de co-crédation de valeur (Cf. Tableau 1) mais des définitions spécifiques à chaque domaine de recherche, à l'orientation retenue par le chercheur (« firm centric » ou « customer centric ») ou aux « moments » de la co-crédation (en amont ou en aval de l'usage et de la consommation du produit/service) (McColl-Kennedy et al. 2012 ; Chen, Drennan et Andrews, 2012 ; Grönroos, 2008, Ind et Coates, 2013 ; Vargo, 2008 ; Zwass, 2010).

De plus, la variété des approches empiriques et théoriques adoptées contribue à complexifier la compréhension du phénomène de co-crédation de valeur. Enfin, la

définition même de la valeur co-crée comme les mécanismes qui y concourent suscite encore de nombreux débats (Leclercq, Hammedi et Poncin, 2016).

Auteurs	Définitions
Pralhad et Ramaswamy (2004)	La co-crétation représente la collaboration entre un client et une entreprise, sur plusieurs points d'interaction, dans le but de co-crée de la valeur au cours d'une expérience mutuelle.
Vargo et Lusch (2004)	La valeur est co-crée par les efforts combinés des entreprises, des employés, des consommateurs, mais également d'autres parties prenantes (fournisseurs, organismes gouvernementaux, etc.). Néanmoins, la valeur est déterminée par son bénéficiaire (i.e. le client).
Arnould, Price et Malshe (2006)	La co-crétation de valeur est créée par l'application des ressources du consommateur et des entreprises. Le consommateur dispose de ressources qu'il déploie pour co-crée de la valeur avec les firmes.
Payne, Storbacka et Frow (2007)	La co-crétation de valeur désigne la création conjointe de valeur par le consommateur et l'entreprise. Elle se situe au moment de l'usage ou de la consommation, mais aussi au moment de la production et de la conception de l'offre.
Porta et al. (2008)	Du point de vue de l'entreprise, la co-crétation peut être définie comme une forme de marketing ou de stratégie qui se centralise sur la génération et la réalisation continues de valeur mutuelle pour l'entreprise et le consommateur.
Ostrom et al. (2010)	La co-crétation de valeur représente la collaboration du consommateur à la création de valeur par l'esprit d'invention, le design (la conception) et d'autres comportements discrétionnaires.
Ng, Maull et Smith (2010)	La co-crétation de valeur renvoie à la valeur « dans l'usage » ce qui signifie qu'elle est conjointement créée par le consommateur. Les consommateurs ont les capacités de co-crée de la valeur par leurs interactions avec l'entreprise et

	leurs ressources.
Grönroos et Voima (2012)	La co-création de valeur désigne la création de valeur « dans l'usage » par le consommateur. Celle-ci émerge durant l'usage du produit ou service ou durant les expériences de consommation.
McCull-Kennedy et al. (2012)	La co-création de valeur est pour le consommateur un bénéfice réalisé suite à l'intégration de ressources par des activités et des interactions avec les collaborateurs. C'est un processus global pouvant inclure l'entreprise, d'autres acteurs du marché et les activités des consommateurs.
Damkuvienė et al. (2012)	La co-création de valeur désigne pour le client l'incorporation de l'offre de l'entreprise dans sa propre vie. Cela signifie que la valeur est cr�e�e ou émerge durant l'usage de l'offre.
Hamdi-Kidar (2013)	La co-création de valeur correspond à la création de sens et de valeur autour d'un acte ou d'une expérience de consommation pour le client.
Galvagno et Dalli (2014)	La co-création est un processus conjoint et collaboratif visant à la production d'une valeur nouvelle, à la fois matériellement et symboliquement.
Leclercq, Hammedi et Poncin (2016)	La co-création de valeur est un processus conjoint durant lequel la valeur est cr�e�e réciproquement pour chacun des acteurs (individus, organisations ou réseaux). Ces acteurs s'engagent dans le processus en interagissant et en échangeant leurs ressources. Les interactions ont lieu sur une plateforme d'engagement où chaque acteur partage ses propres ressources, intègre les ressources proposées par d'autres acteurs, et développe potentiellement de nouvelles ressources à travers un processus d'apprentissage.

Tableau 1 : Les définitions de la co-création de valeur

Face à ce constat, des chercheurs appellent à une clarification analytique critique et systémique de la littérature existante (Torraco, 2005). Plusieurs publications récentes

soulignent la nécessité d'approfondir la connaissance du concept de co-crédation et de sa conceptualisation (Saarijarvi et al. , 2013 ; Chen, Drennan et Andrews, 2012 ; Ind et Coates, 2013), de ses composants (Ind et Coates, 2013), de ses conséquences (Fuchs et al. 2013 ; Thompson et Malaviya, 2013), de ses moteurs (Nambisan et Baron, 2009), des processus sous jacents (Vargo et al. 2008) et de sa mesure (Coviello et Joseph, 2012 ; Payne, Storbacka et Frow, 2008).

Dans cette recherche, **nous nous concentrerons sur l'étude des mécánismes de co-crédation de valeur du point de vue du client (« customer centric »)** et tenterons de répondre, au moins partiellement, à ces différents appels.

Du point de vue du client, bien que la création de valeur ait fait l'objet de nombreuses recherches (Holbrook, 1996; Woodruff, 1997) et dans le contexte de la co-crédation de valeur (Berthon et John, 2006; Holbrook, 2006), ces mécánismes demeurent peu examinés (Woodruff et Flint, 2006).

Que désigne la co-crédation de valeur du point de vue du client ? Comment le client va-t-il extraire des bénéfices d'une offre de service ? Certaines définitions de la co-crédation de valeur à l'image de McColl-Kennedy et al. (2012) ou Leclercq, Hammedi et Poncin (2016) suggèrent que la co-crédation de valeur représente, du point de vue du client, un bénéfice provenant d'un investissement comportemental dans le processus de co-crédation de valeur et la réalisation d'activités. D'autres, à l'image de Damkuvienne et al. (2012) et Hamdi-Kidar (2013) indiquent que la co-crédation de valeur renvoie à la création de sens et de valeur par le client autour d'un acte ou d'une expérience de consommation.

La mise en perspective de ces deux approches nous semble fondamentale car celles-ci appuient la thèse que nous défendons : Une co-crédation de valeur efficace nécessite deux éléments centraux: 1) Le client doit s'appropriier l'offre de service 2) Le client doit participer au service,

Tout d'abord, nous pensons qu'il ne peut y avoir co-crédation de valeur pour le client que si **celui-ci s'empare et s'approprie l'offre de service**. Comme le suggèrent les définitions de Damkuvienne et al. (2012) et Hamdi-Kidar (2013), la création de valeur va émerger pour le client lorsque celui-ci va intégrer l'offre de service dans sa vie, s'approprier le service et créer un sens personnel de son usage. C'est cette signification personnelle, cette réécriture du sens de l'offre de service, personnelle et originale, qui détermine alors la valeur pour le client (Prahalad et Ramaswamy, 2003). Mais si la valeur est extraite de l'intégration de l'offre de service par le client, comment s'approprie-t-il concrètement le service ? Quelles sont les composantes de l'appropriation d'un service pour un client ? Quels sont ses effets sur la valeur extraite par le client ?

Nous pensons également que la co-crédation de valeur nécessite **la participation du client au service**. Selon le Larousse, le terme « *co-crédation* » renvoie à « *l'action d'établir, de fonder quelque chose qui n'existait pas encore* ». Ainsi, la co-crédation de valeur pour le client représente l'action de fonder une valeur qui n'existait pas encore. La co-crédation de valeur va donc passer par une série d'actions et d'activités qu'il va réaliser seul et/ou en interaction avec l'entreprise (McColl-Kennedy et al. 2012). La participation du client est alors centrale pour co-crédier de la valeur (Xie, Bagozzi et Troye, 2009 ; Dong, Evans et Zou, 2008 ; Chaney, 2012). Néanmoins, comment définir cette participation ? Quelle est la place de la participation dans le mécanisme de co-

création de valeur? Quelles sont les modalités de cette participation? Quels sont ses effets sur la valeur?

L'objectif de cette première partie est alors **d'identifier la place de la participation du client et de l'appropriation du service dans le mécanisme de co-crédation de valeur.**

La littérature en marketing des services a discuté depuis longtemps de la participation du client et cela dès les premiers modèles de servuction (Eiglier et Langeard, 1987) ou de design de service (Shostack, 1982). Des recherches ont également été conduites sur l'appropriation en l'appliquant initialement à l'espace marchand (Aubert-Gamet, 1996 ; Bonnin, 2002 ; Cova et Cova, 2001, 2004 ; Petr, 2002) ou aux expériences de consommation (Carù et Cova, 2003 ; Ladwein, 2003 ; Brunel, Gallen et Roux, 2013 ; Ochs, 2005 ; Balusseau, 2015).

Toutefois, peu de recherches, à notre connaissance, ont investigué **les liens entre la l'appropriation d'un service et la participation du client.** L'appropriation est généralement appréhendée en marketing selon une posture interprétativiste (approches ethnologiques, analyses de récits introspectifs et récits de vie, entretiens semi-directifs). Ces approches sont intéressantes car elles ont permis d'approfondir et d'adapter le cadre théorique de l'appropriation au marketing et de décomposer les processus d'appropriation du consommateur. Néanmoins, l'appropriation n'a pas été, à notre connaissance, opérationnalisée et mise en œuvre dans un modèle de recherche en marketing. La proposition d'une telle démarche permettrait de compléter la littérature existante, d'approfondir la compréhension de l'appropriation en marketing et de réfuter ou confirmer certaines hypothèses.

Existe-il alors une séquence au sein du mécanisme de co-création de valeur (appropriation/participation)? Comment s'articule ce mécanisme? Est-ce la pratique (la participation du client) qui conduit au sentiment d'appropriation pour le client ou est-ce l'inverse? Comment ces concepts sont-ils liés?

Nous donnerons des réponses à ces interrogations à l'issue de cette première partie.

Celle-ci sera composée comme suit :

- Le **premier chapitre** sera centré sur **la perspective de la co-création de valeur et sur la participation du client dans le service**. Après avoir présenté les tenants théoriques de la co-création de valeur, nous définirons les formes de la participation du client au service dans une perspective de co-création de valeur et examinerons ses effets sur la création de valeur.
- **Le second chapitre** aura pour objectif de présenter le **concept d'appropriation** et de **justifier son intégration dans le cadre de ce travail doctoral**. A l'issue de ce chapitre, et en nous fondant sur un essai d'intégration des recherches existantes, nous proposerons une définition et une conceptualisation de l'appropriation du service.

La mise en perspective de ces éléments théoriques nous permettra de proposer un premier modèle simplifié de recherche.

CHAPITRE 1 :

LA PARTICIPATION DU CLIENT À

LA CO-CRÉATION DE VALEUR

INTRODUCTION GÉNÉRALE

**PARTIE 1 :
CO-CRÉATION DE VALEUR, PARTICIPATION ET
APPROPRIATION DU SERVICE**

**CHAPITRE 1 : LA
PARTICIPATION DU
CLIENT À LA CO-
CRÉATION DE VALEUR**

**CHAPITRE 2 :
L'APPROPRIATION DU
SERVICE PAR LE CLIENT**



**PARTIE 2 : UNE ÉTUDE EMPIRIQUE DANS LE
SECTEUR DE LA SANTÉ**

**CHAPITRE 3 :
ÉLABORATION DU
MODÈLE DE RECHERCHE**

**CHAPITRE 4 : TEST DU
MODÈLE DE RECHERCHE**

CONCLUSION GÉNÉRALE

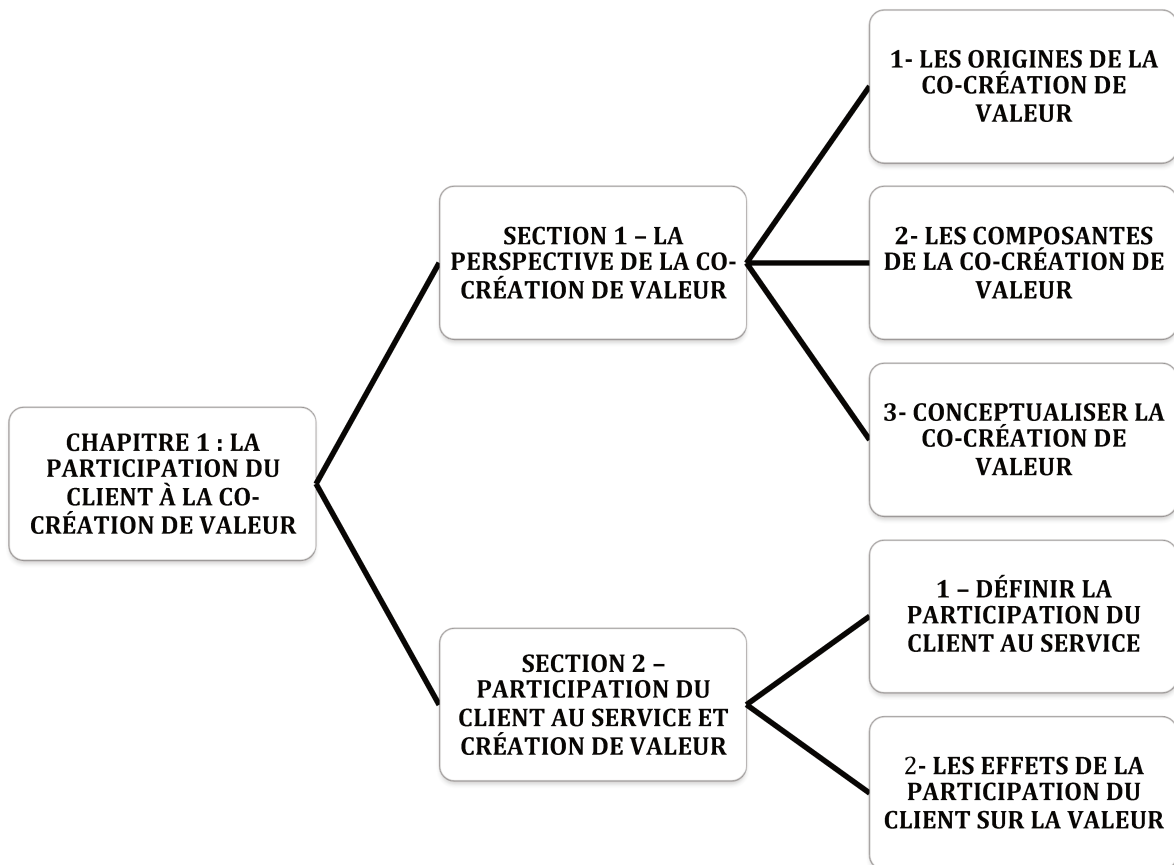
INTRODUCTION

L'étude de la place du client dans le service a fait l'objet d'une attention très particulière dans la littérature en marketing des services car elle soulève un certain nombre d'interrogations quant à sa nature, ses activités et son impact sur l'entreprise. Historiquement, les chercheurs du marketing se sont intéressés à la participation du client dans la production du service car, contrairement au produit, le service est créé et consommé simultanément et le client doit, bien souvent, être présent et impliqué dans la production du service (Zeithaml et al., 1985). Pour fabriquer et consommer le service, le client doit accomplir un certain nombre de tâches et coproduire le service avec l'entreprise. Sa participation soulève alors des enjeux fondamentaux pour les organisations car elle peut à la fois contribuer à leur productivité et à la création de valeur mais également être source d'incertitude, de dysfonctionnement et de destruction de valeur. Cette thématique fut largement explorée dans la littérature depuis la fin des années 70 et cela dans de très nombreux contextes. Dans les années 2000, elle fut reconsidérée par la recrudescence des technologies de libre-service et l'émergence des technologies de l'information et de la communication dans les services. Ces approches sont généralement centrées sur la participation du client dans la production du service. Or, le courant de la co-crédation de valeur initié par Prahalad et Ramaswamy (2004) et Vargo et Lusch (2004) donne au client un rôle plus actif, riche et complexe de « co-crédateur », de « collaborateur » et de « co-crédateur de valeur ». Selon cette approche, le client dispose de ressources qu'il met en jeu lorsqu'il s'engage dans un processus de co-crédation de valeur.

Comment caractériser la participation du client à la lumière de cette perspective ?
Quelles en sont les différentes modalités? Quels sont les effets de la participation du client sur la valeur ?

Afin de répondre à ces questions, ce premier chapitre adoptera la structure suivante :

- Dans une **première section**, nous présenterons la **perspective de la co-création de valeur**.
- **Dans une seconde section**, nous explorerons les formes de la **participation du client au service** et leurs rôles dans la co-création de valeur.



SECTION 1 – LA PERSPECTIVE DE LA CO-CRÉATION DE VALEUR

Cette première section s'articule en trois points et a pour objectif de présenter ce que recouvre une des notions centrales de cette thèse : la **co-création de valeur**.

Dans un **premier point**, nous reviendrons sur les origines de la co-création de valeur. D'où provient cette perspective ? Pourquoi celle-ci a-t-elle émergé dans la littérature marketing ?

Dans un **second point**, nous présenterons ses grandes composantes théoriques. Quelles sont les spécificités théoriques de cette approche par rapport aux approches plus « traditionnelles » du marketing ? Que propose-t-elle de reconsidérer ?

Enfin, dans un **dernier point**, nous montrerons que la co-création de valeur peut, du point de vue du client, s'appréhender comme un continuum de l'amont à l'aval de la consommation ou de l'usage du service.

1- LES ORIGINES DE LA CO-CRÉATION DE VALEUR

Selon Hamdi-Kidar (2013), la littérature fournit deux principaux motifs permettant d'expliquer l'émergence du phénomène de la « co-création » en marketing :

- 1) La **première est une évolution sociétale** : elle fait écho à la transformation progressive du rôle du consommateur devenu plus collaboratif. Cette évolution, qualifiée par la sociologie de la consommation de « *post- moderne* » (Badot et

Cova, 2003 ; Lipovetsky, 2006), souligne la place d'un consommateur plus actif, participatif, social et communautaire (Cova et Carrère, 2002). Le consommateur est alors un « *caméléon, omnivore et insatiable* » (Decrop, 2008 ; p.85) qui dépasse le rôle traditionnel que le marketing lui a historiquement conféré et échappe aux modèles et aux segmentations classiques. Il est plus engagé dans ses actes de consommation (Gonzalez et al., 2009 ; Kreziak et Cova, 2010) et « bricoleur » (Decrop, 2008). Notamment grâce aux technologies de l'information et de la communication (internet, internet mobile, applications mobile ou tablettes), il sait faire entendre sa voix (Cova, 2008) et échange avec d'autres clients au sein de tribus ou de communautés. Il ne se contente plus des offres standardisées créées par les firmes, il les détourne, les réinvente, crée ses propres usages, personnalise et s'approprie l'offre proposée par l'organisation. Il exerce un contrôle accru sur ses décisions d'achat. Le consommateur jouit alors d'un regain de pouvoir et de contrôle que les chercheurs du marketing qualifient d'« empowerment » (Harrison, Waite et Hunter 2006; Wathieu and al. 2002). Selon Scott et Jaffe (1998), l'empowerment est le processus d'acquisition d'un « pouvoir ». Il traduit la redistribution du pouvoir et du contrôle sur les ressources entre les consommateurs et les firmes (Shaw, Newholm et Dickinson, 2006). Le consommateur est alors plus compétent, autonome et influent (Pruche, 2015). Il « sait » faire, rechercher, dire, se servir et détourner (Sohby, Winklhofer et Hibbert, 2009).

- 2) Le second motif de l'émergence du phénomène de « *co-création* » est **l'évolution du regard des chercheurs**. En effet, la co-création n'est pas une idée totalement nouvelle pour certains chercheurs. Selon Cova (2008), celle-ci est inhérente à

toute rencontre du consommateur avec un produit ou service. Si co-créer de la valeur renvoie à l'idée d'un consommateur actif qui « *crée* » avec l'entreprise, au sens où il injecte du sens dans un acte de consommation (Hamdi-Kidar, 2013), ce postulat est déjà bien présent, comme par exemple, dans les approches sociologiques ou anthropologiques de la consommation. Selon De Certeau (1980), l'individu a, en effet, toujours eu la possibilité de s'approprier l'objet de consommation, de le détourner de son utilisation initiale, selon ses propres envies, ses besoins ou son identité. Il donne alors à l'expérience de consommation vécue le sens qu'il désire (Belk, Wallendorf et Sherry, 1989 ; Holt, 1995). Cette vision laisse à penser que le consommateur a toujours été actif et que l'idée de co-création n'est peut être pas compl  tement nouvelle. Selon Hamdi-Kidar (2013), c'est davantage le regard des chercheurs en marketing qui a évolué : les chercheurs portent alors de « nouvelles lunettes » pour observer ce phénomène (Marion, 2003).

Bien que la co-création de valeur ne soit donc pas a priori une idée totalement nouvelle, elle fut véritablement formalisée en tant que perspective à part entière par deux articles majeurs : l'article de Prahalad et Ramaswamy (2004) en management intitulé « *Co-creation experiences: The next practice in value creation* » et l'article de Vargo et Lusch (2004) en marketing intitulé « *Evolving to a New Logic for Marketing* ».

Nous reviendrons sur ces deux articles dans les sous sections suivantes.

1-1 LA CO-CRÉATION CHEZ PRAHALAD ET RAMASWAMY (2004)

Prahalad et Ramaswamy (2004) sont peut être les premiers auteurs du management à utiliser la terminologie de « co-crédation de valeur » dans leur article « *Co-creation experiences: The next practice in value creation* ». En se fondant sur l'observation de plusieurs succés de grandes entreprises (Wal-Mart, Microsoft, Amazon) qui ont mis en place des actions de collaboration avec des consommateurs, ces auteurs fournissent une première conceptualisation du phénoméne de co-crédation. Ils définissent dès lors la co-crédation comme la collaboration entre un client et une entreprise, sur plusieurs points d'interaction, dans le but de co-crédier de la valeur au cours d'une expérience mutuelle. Ainsi, la vision « traditionnelle » du marché, fondée sur une relation verticale et dyadique entreprise-consommateur, est revisitée pour devenir une relation horizontale où les acteurs (consommateurs, entreprises) figurent au cœur d'un réseau de relations. Ils recommandent alors aux entreprises d'établir « un *dialogue actif* » avec les consommateurs principalement via le canal Internet dans le but de créer avec eux une expérience personnalisée. Selon ces auteurs en effet, les clients ne sont pas prêts à accepter telles quelles les expériences fabriquées par les entreprises. Ils souhaitent de plus en plus modeler leurs expériences eux-mêmes, que ce soit de manière individuelle ou avec des experts ou autres consommateurs.

Le tableau suivant, issu de l'article de Prahalad et Ramaswamy (2004) présente une comparaison synthétique fondée sur plusieurs critères et qui permet de distinguer ce qu'est le concept de co-crédation de ce qui ne l'est pas.

Ce que la co-création n'est pas	Ce qu'est la co-création
Le focus est mis sur le client Le client est roi ou le client a toujours raison	Il s'agit d'une création commune de valeur par l'entreprise et le client. L'entreprise ne cherche pas à faire plaisir à au client
Délivrer un bon service client et « choyer » le client avec un excellent service	Permettre au client de co-construire l'expérience de service en fonction de son contexte
Personnalisation de masse des offres qui correspondent bien à la chaîne logistique industrielle	Définition et résolution commune du problème
Transfert des activités de l'entreprise vers les clients dans une logique de self-service. Le client est vu comme un manager produit ou comme un co-designer de produits et services	Créer un environnement expérientiel au sein duquel les clients peuvent avoir un dialogue actif et co-construire des expériences personnalisées. Le produit peut être le même mais les clients peuvent construire différentes expériences
Variété de produits	Variété des expériences
La segmentation unique	L'expérience unique
Etude de marché méticuleuse	Sonder le marché en temps réel comme le client Dialogue continu
Mise en scène des expériences	Co-construire des expériences personnalisées
Innovation de la demande pour de nouveaux produits et services.	Des environnements d'expérience innovants pour de nouvelles expériences de consommation

Tableau 2 : Distinction entre ce qu'est la co-création et ce qu'elle n'est pas

(Prahalad et Ramswamy, 2004 ; adaptée par Hamdi-Kidar, 2013)

Ces éléments permettent de souligner deux points essentiels et constitutifs de la co-création de valeur à nos yeux :

- 1) Tout d'abord, co-créez renvoie à la nécessité pour le client d'aller au-delà de l'acte d'utilisation et de consommation du service.** Il s'agit bien de donner du sens et de la valeur à une expérience de service. Ce point nous apparaît proche des travaux d'Holbrook et Hirschman (1982) sur l'expérience de consommation. Le courant expérientiel encourage, en effet, les chercheurs et praticiens à prendre en compte, non pas seulement le traitement cognitif de l'expérience de service mais également les dimensions émotionnelles, affectives, symboliques et hédoniques contenues dans l'expérience du consommateur. En d'autres termes, il ne s'agit plus uniquement pour le consommateur de se concentrer sur les caractéristiques propres au produit, mais de construire sa propre expérience et d'en extraire de la valeur de manière unique. De fait, la valeur associée à l'offre proposée par l'entreprise est propre à chaque individu. On retrouve cette même approche dans les travaux de Wathieu et al. (2002) qui montrent que la possibilité offerte au consommateur de « modeler » son expérience représente un facteur déterminant de sa perception de pouvoir et par conséquent, de sa satisfaction.
- 2) Ensuite, pour co-créez de la valeur, le client peut être seul.** Cet élément renvoie à une forme d'« *autonomie* » du consommateur à pouvoir conférer une signification à son expérience sans l'aide de l'entreprise, à créer son propre vécu, rejoignant en cela la vision du consommateur postmoderne (Firat et Venkatesh, 1995). De plus, lorsque la co-création fait intervenir d'autres consommateurs, les dimensions sociales et communautaires viennent alors s'ajouter formant des

synergies souvent retrouvées au sein des communautés (Arnould et Price, 1993) et peuvent alors renforcer les processus de co-création par une dimension communautaire.

Prahalad et Ramaswamy (2004) introduisent enfin dans leur article le modèle DART, (acronyme des terminologies Dialogue, Access, Risk/Benefits et Transparency). Ce modèle représente l'une des premières grilles d'analyse permettant aux entreprises de développer et piloter des projets de co-création avec leurs consommateurs. Il est fondé sur quatre piliers centraux: le dialogue (Dialogue) qui fait référence aux échanges et interactions entre l'entreprise et le consommateur, l'accès (Acces) qui représente la capacité à obtenir facilement des informations, le risque (Risk/benefits) qui désigne l'évaluation des risques en termes de responsabilités sur les décisions prises concernant le processus de co-création et enfin, la transparence (Transparency) qui renvoie à la disponibilité, la clarté et l'immédiateté des informations afin de favoriser le partage d'idées. En se fondant sur ces quatre piliers, les entreprises peuvent alors manager des projets de co-création de valeur avec leurs consommateurs.

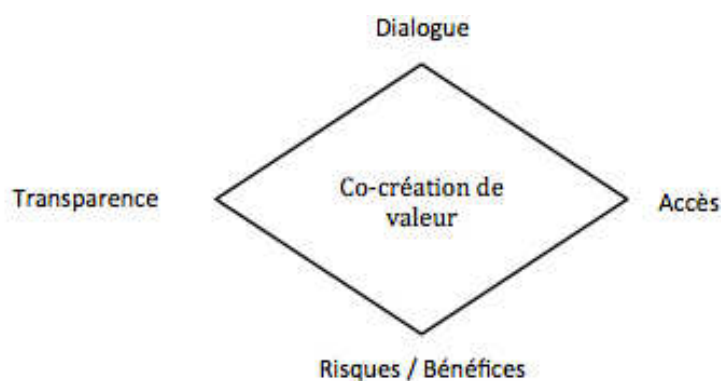


Figure 2 : Le modèle DART (Prahalad et Ramaswamy, 2004)

1-2 VERS UNE LOGIQUE SERVICE-DOMINANT

Parallèlement à Prahalad et Ramaswamy (2004), Stephen Vargo et Robert Lusch proposent, dans leur article « *Evolving to a New Dominant Logic for Marketing* » (2004), une nouvelle approche de la démarche marketing orientée service : **la Logique Service-Dominant**. Cette approche propose de reconsidérer la logique orientée sur les biens (Good-Dominant) jusqu'alors dominante en marketing. Selon ces auteurs, l'approche de la logique Good-Dominant offre une vision réductrice du marketing et limite la compréhension du processus de création de valeur. Ancrée dans le paradigme économique de l'«*école classique*», conduit par Smith (1776), la logique Good-Dominant est centrée sur la maximisation du profit de l'entreprise et l'efficacité des fonctions de production et de commercialisation des produits. Elle appréhende les échanges économiques en termes de production et de distribution d'unités produites, qui acquièrent de la valeur durant le processus de conception et de fabrication. Elle considère les biens comme le centre de l'échange et les services comme une forme résiduelle d'un bien contenant de la valeur pour le consommateur (Vargo et Morgan, 2005). La valeur provient et dépend uniquement de la chaîne de valeur de l'entreprise. Porter (1985) définit la chaîne de valeur comme un enchaînement d'activités permettant d'aboutir à un produit valorisable sur le marché. Il s'agit donc d'un processus linéaire et séquentiel constitué d'une succession d'étapes interdépendantes, appelées activités où l'élément central est le produit final. Ainsi, selon la logique Good-Dominant, le processus de création de valeur s'effectue à l'intérieur de l'entreprise, via la chaîne de valeur de l'entreprise et le consommateur n'y participe pas. Les rôles de l'entreprise et du consommateur sont donc bien distincts (Béji-Bécheur, 2016). D'un côté, l'entreprise détient la connaissance et est dévouée à la production et à la

distribution du produit/service sur des marchés ciblés à faible coût. De l'autre, le consommateur est passif, ignorant et détruit la valeur produite par l'entreprise et contenue dans l'offre. On parle alors de consommateur, de client final ou d'utilisateur final dans le cas de service. Dans les services, le client est uniquement appréhendé comme un coproducteur du service auprès duquel l'entreprise externalise un certain nombre de tâches qu'il doit réaliser pour consommer (Dujarier, 2008). Ce travail de coproduction est de plus défini comme uniquement déterminé par les entreprises.

Or, comme évoqué précédemment, nous assistons aujourd'hui à une profonde mutation dite « *post-moderne* » (Badot et Cova, 2003 ; Lipovetsky, 2006) du consommateur et de sa relation avec les organisations. Le consommateur n'est plus passif mais actif, participatif, résistant et engagé aux côtés des firmes. Il devient de plus en plus complexe de distinguer les biens des services, et ceci constitue une des limites de la logique Good-Dominant. Du fait de la dématérialisation des produits, la chaîne de valeur perd sa dimension physique. La vision traditionnelle de la chaîne de valeur pourrait alors devenir inappropriée pour analyser les processus de création de valeur des entreprises d'aujourd'hui (Normann et Ramirez, 1994).

Face à cela, la logique Service-Dominant propose de reconsidérer l'approche « *traditionnelle* » du marketing. Elle offre alors une lecture nouvelle du marché appréhendé comme une plateforme de collaboration où les limites entre les entreprises et les consommateurs s'étiolent par une culture d'échanges ; les entreprises donnent de plus en plus d'initiatives aux consommateurs pour créer et les consommateurs offrent aux entreprises un accès au monde dans lequel ils évoluent. Il ne faut alors plus faire du marketing pour les consommateurs (« *market to consumers* »), mais le faire collaborer au processus marketing (« *market with consumers*»). La co-création de valeur entre l'entreprise et les consommateurs constitue alors le

processus fondamental de cette nouvelle logique marketing.

Vargo et Lusch (2009) synthétisent les grandes dissemblances de ces deux grandes approches (Logique Good Dominant et Logique Service Dominant) dans la représentation suivante :

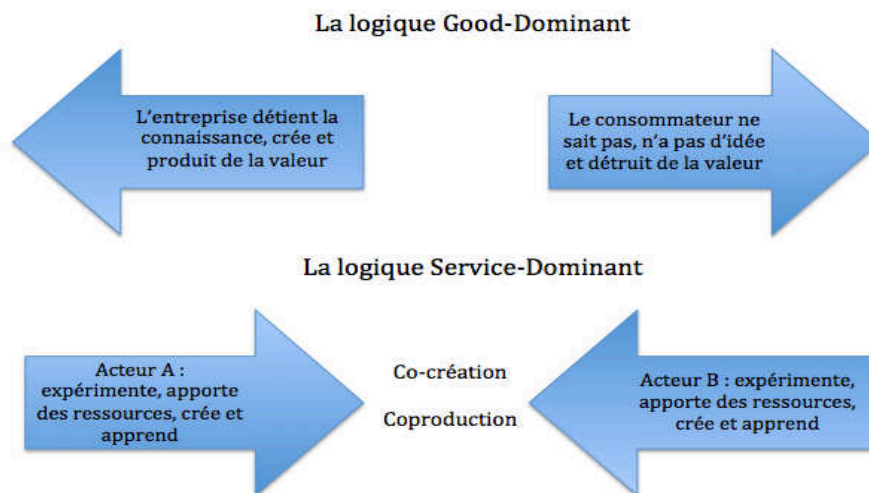


Figure 3 : Evolution de la vision de l'échange (Vargo et Lusch, 2009)

De plus, pour encadrer cette nouvelle orientation marketing, les initiateurs de la logique Service-Dominant ont développé huit propositions originelles (i.e. Fundamental Premises, sous l'acronyme FP), formant la base initiale de cette nouvelle perspective. Depuis, elles ont été revisitées et étendues à dix propositions (Lusch et Vargo, 2006; Vargo et Lusch, 2008). Elles sont présentées dans le tableau ci-dessous.

(FP1)	Le service est la base fondamentale de tout échange. Cela signifie que les connaissances et les compétences du consommateur sont un prérequis essentiel pour que l'échange puisse avoir lieu.
(FP2)	L'échange indirect masque la base fondamentale de l'échange. Cela veut dire que la base du service n'est pas toujours apparente compte-tenu du caractère complexe de la combinaison des produits.
(FP3)	Les produits constituent les mécanismes de distribution pour la provision de service. Autrement dit, les produits libèrent de la valeur à travers l'usage, à travers le service qu'ils offrent au consommateur.
(FP4)	Les ressources opérantes (connaissances et compétences) sont la source fondamentale de l'avantage compétitif. Il est donc préférable que les consommateurs aient les ressources nécessaires pour pouvoir comparer l'avantage procuré par la valeur du service.
(FP5)	Toutes les économies sont des économies de service.
(FP6)	Le client est toujours co-créateur de valeur. La co-création de valeur est donc le résultat d'une interaction.
(FP7)	L'entreprise ne délivre pas de valeur, elle peut simplement offrir des propositions de valeur. Il ne peut y avoir de création de valeur si le consommateur n'y consent pas.
(FP8)	Une orientation centrée autour du service est inhérente à une orientation relationnelle centrée autour du consommateur.
(FP9)	Tous les acteurs au niveau social et économique sont des intégrateurs de ressources.
(FP10)	D'un point de vue phénoménologique, la valeur est toujours uniquement déterminée par le bénéficiaire.

Tableau 3 : Les dix propositions de la Logique Service-Dominant (Lusch et Vargo, 2006)

Les deux articles précédemment présentés ont donc permis aux chercheurs de dessiner un premier cadre théorique de la co-crédation de valeur. Depuis, de nombreux articles ont été développés. Bien que ce thème souffre d'un manque de consensus en ce qui concerne sa conceptualisation et que pour certains auteurs (Lusch et Vargo, 2006 ; Lusch et Vargo, 2008; Maglio et al., 2009), la co-crédation de valeur ne constitue pas en soi une nouvelle théorie mais « *un ancrage, sinon une caution théorique*» (Bonnemaizon et Batat, 2011, p. 3) pour guider la théorie du marketing et ses pratiques (Leclercq, Hammedi et Poncin, 2016), certaines grandes composantes peuvent être identifiées dans la littérature. Celles-ci seront développées dans les prochains paragraphes et soutendront le cadre théorique de ce travail doctoral.

2- LES COMPOSANTES DE LA CO-CRÉATION DE VALEUR

Dans leur revue intégrative des recherches menées traitant de la co-crédation de valeur, Leclercq, Hammedi et Poncin (2016) définissent la co-crédation de valeur comme un processus conjoint durant lequel la valeur est créée réciproquement pour différents acteurs (individus, organisations ou réseaux). Ces acteurs s'engagent dans le processus en interagissant et en échangeant leurs ressources. Les interactions ont lieu sur une plateforme d'engagement où chaque acteur partage ses propres ressources, intègre les ressources proposées par d'autres acteurs, et développent potentiellement de nouvelles ressources à travers un processus d'apprentissage.

Cette définition souligne les composantes fondamentales de la co-crédation de valeur à nos yeux: 1) Une valeur qui est co-crédée « dans l'usage » par le client, 2) au sein d'un

réseau d'acteurs, 3) via l'intégration et l'échange de ressources. Nous reviendrons plus précisément sur ces éléments dans les points suivants.

2-1 UNE VALEUR CO-CRÉÉE EVALUÉE UNIQUEMENT PAR LE CLIENT

Le courant de la co-crédation de valeur propose d'appréhender la valeur comme uniquement dépendante et déterminée par son bénéficiaire (i.e. le client) à travers son évaluation et sa consommation (Normann et Ramirez, 1993; Prahalad et Ramaswamy, 2000). On retrouve alors la notion **de valeur « dans l'usage »** (value « in use ») développée par la logique Service-Dominant qui représente l'une des composantes centrales de la co-crédation de valeur. Cette perspective se propose alors de reconsidérer l'approche traditionnelle de la valeur dans l'échange (« *value-in-exchange* »). D'inspiration économique, l'approche par **la valeur dans l'échange** représentée par le prix, a dominé la pensée économique et s'est généralement imposée dans les domaines du marketing (Gale et Wood, 1994). Selon cette approche, les « consommateurs » (consumers) détruisent la valeur créée par l'entreprise et contenue dans les produits et services (Vargo et Akaka, 2009). La valeur est alors échangée de l'entreprise au consommateur sur le marché (Prahalad et Ramaswamy 2004; Vargo et Akaka, 2009). Les modèles mobilisant la valeur dans l'échange sont historiquement très nombreux et ont fortement influencé le marketing. Selon Srivastava et al. (1998), le but traditionnel du marketing est, en effet, de créer de la valeur pour le consommateur afin de conquérir la plus grande part du marché. Les clients sont uniquement considérés comme une ressource sur laquelle l'entreprise peut agir. Dans ces modèles, le rôle des entreprises reste prépondérant et les consommateurs relativement extérieurs aux firmes. Ici, la relation est à sens unique, l'entreprise et le client ont un ensemble de rôles bien distincts

de production et de consommation, et leurs interactions ne représentent pas des sources de co-crédation de valeur (Normann et Ramirez, 1993 ; Wikström, 1996). L'approche de la valeur dans l'échange place ainsi la valeur comme dépendante majoritairement du producteur et le rôle du client est passif et flou. Elle est centrée sur la firme et le produit « échangé », laissant de côté l'usage et le vécu du consommateur (Lusch et Vargo, 2014).

La perspective de la co-crédation de valeur propose alors de reconsidérer la valeur dans les modèles classiques du marketing. Néanmoins, la définition de ce concept de valeur « *dans l'usage* » suscite encore de nombreux débats et les terminologies comme les définitions données n'ont cessé d'évoluer. Ainsi, quelle terminologie et quelle définitions pouvons-nous retenir ?

La revue intégrative de Leclercq, Hammedi et Poncin (2016) issue de l'analyse de contenu de 181 articles traitant de la co-crédation de valeur montre que quatre terminologies sont identifiables : la valeur d'échange, la valeur dans l'usage, la valeur expérientielle et la valeur contextuelle.

Les définitions de ces différentes valeurs sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Appellations	Définitions	Auteurs principaux
Valeur d'échange	Evaluation globale par le consommateur de l'utilité d'un produit, sur la base de ses perceptions de ce qui est reçu et de ce qui est donné.	Zeithaml (1988)
Valeur dans l'usage	Ensemble de bénéfices dérivés d'une offre et évalués par le consommateur en fonction de ses propres expériences.	Woodall (2011)
	Bénéfices qu'un consommateur peut retirer d'un produit ou service lors de son usage, de sa consommation.	Ekelund et Hébert (2013)
Valeur contextuelle	Bénéfices qu'un consommateur peut percevoir sans l'utilisation directe de l'offre à travers des interactions indirectes, telles que l'imagination, ou les influences d'autres utilisateurs (ex: les recommandations). La valeur contextuelle intègre le contexte social et spatial et se réfère donc, en plus des pratiques de consommation, à la co-crédation de significations, de symboles et de marques.	Vargo (2008) ; Buchanan et Dawson (2007) ; Merz et al. (2009) ; Vallaster et von Wallpach, (2013).
Valeur expérientielle	Préférence relative caractérisant l'expérience d'un sujet en interaction avec un objet. La valeur est alors individuelle : subjective (variant selon les individus), comparative (basée sur des préférences), interactive (ressortant de l'évaluation d'un objet par un sujet) et situationnelle (liée aux particularités du contexte vécu par l'individu au moment de sa formation).	Holbrook (1999)

Tableau 4 : Les définitions de la valeur

L'ensemble de ces définitions indique que la valeur n'est pas contenue dans le produit ou le service mais **créée uniquement et directement par le consommateur par son usage et sa consommation**. Toutefois, selon la perspective adoptée, la valeur co-créée résulte d'interactions directes et/ou indirectes entre les acteurs (Leclercq, Hammedi et Poncin, 2016). Examinons donc de plus près ces différentes appellations:

- La valeur d'échange :

La **valeur d'échange** est définie par Zeithaml (1988) comme «**l'évaluation globale par le consommateur de l'utilité d'un produit, sur la base de ses perceptions de ce qui est reçu et de ce qui est donné** ». En d'autres termes, c'est la manière dont le client perçoit la valeur atteinte à travers l'échange de ressources investies (ex: monétaires, physiques, mentales, sociales) (Leclercq, Hammedi et Poncin, 2016). Cette approche qualifiée de perspective globale de la valeur par Aurier, Evrard et N'Goala (2004) correspond à une approche traditionnelle cognitiviste de la valeur. Celle-ci s'inscrit dans l'approche de l'échange («*customer value*») (Aurier, Evrard et N'Goala, 2004). Le client y est appréhendé comme un individu rationnel, obéissant à une logique calculatoire formulée en termes de ratio coûts/bénéfices (Zeithaml, 1988 ; Woodall, 2003), entièrement tourné vers l'examen systématique de l'information (prix, attribut de qualité, etc.). Le client est alors guidé par un seul objectif : la maximisation de l'utilité de sa consommation et donc de sa satisfaction. Selon Leclercq, Hammedi et Poncin (2016), la valeur d'échange est régulièrement étudiée, dans la littérature traitant de la co-création de valeur, dans l'objectif d'identifier les motivations des participants à engager leurs ressources dans la co-création de valeur (Nambisan et Baron, 2007; Roberts et al., 2014). La problématique majeure de la co-création de valeur réside alors

dans l'optimisation de l'équilibre entre les ressources investies et le bénéfice que les bénéficiaires espèrent obtenir (Sheth et Uslay, 2007).

Largement employée dans la littérature marketing (Zeithaml, 1988 ; Bolton et Drew, 1991 ; Sheth et al., 1991 ; Lai, 1995 ; Ostrom et Iacobucci, 1995 ; Grewal et al., 1998 ; Sinha et DeSarbo, 1998 ; Sweeney et al., 1999), la valeur d'échange a toutefois fait l'objet de nombreuses critiques :

- 1) Selon Cova et Rémy (2001), cette approche de la valeur conduit à dresser « une check list qui essaie d'être la plus détaillée possible pour pouvoir rendre compte de la réalité ». Elle induit une conceptualisation discrète, l'objectif étant de lister l'ensemble des coûts et bénéfices. De plus, ces auteurs en montrent également le caractère utilitariste, estimant qu'elle revient à considérer que tout a un prix, y compris les émotions.
- 2) Cette approche n'exprime pas toutes les formes que peut prendre la valeur d'un produit ou service car elle n'inclut pas, par exemple, d'éléments psychologiques, subjectifs ou encore basés sur les liens sociaux que la possession de l'objet sous-tend (Séré De Lanauze, 2005).
- 3) La valeur des objets peut largement dépendre de phénomènes conjoncturels, liés à la situation de leur achat ou de leur consommation.
- 4) Enfin, cette approche considère l'individu comme rationnel et ayant la capacité à apprécier chaque attribut de l'objet pour ensuite l'intégrer dans un

calcul coûts/bénéfices. Or, le client se livre difficilement à cette décomposition en une série d'attributs lorsque ceux-ci sont nombreux ou lorsque l'appréciation de l'objet est holiste (Aurier, Evrard et N'Goala, 1998 ; Passebois, 2003). Il existe, en effet, un certain nombre de domaines de consommation, tel que la consommation culturelle, où cette décomposition semble difficile, voire impossible, et où le consommateur fait davantage appel à des appréciations globales (Pulh, 2002).

- La valeur dans l'usage :

Seconde conceptualisation présente dans la littérature sur la co-crédation de valeur, la **valeur dans l'usage** (« *value-in-use* », Vargo et Lusch, 2004) représente une transition vers une perspective phénoménologique de la valeur (Edvardsson et al., 2011). Elle appartient à une vision centrée sur le client. En co-crédant les sens de l'usage du service, les clients co-construisent de la valeur pour eux-mêmes. La signification personnelle tirée de cette co-crédation est ce qui détermine la valeur pour l'individu (Prahalad et Ramaswamy, 2003). Selon Vargo et Lusch (2008), la valeur dans l'usage est le résultat de la co-crédation de valeur, elle est unique pour le consommateur et se fonde sur l'intégration de l'offre de l'entreprise et des ressources opérantes du client. Pour Grönroos, (2008), elle décrit la propension de l'utilisation ou la consommation d'un produit ou d'un service à augmenter le bien-être perçu. Selon Woodall, (2011), elle correspond à un «*paquet*» de bénéfices dérivés d'une offre et évalués par le client en fonction de ses propres expériences. Enfin, pour Ekelund et Hébert (2013), elle évoque les bénéfices qu'il peut retirer d'un produit ou service lors de son usage et de sa consommation.

Même si la valeur dans l'usage n'a pas beaucoup été mobilisée en économie, on peut en trouver une trace chez Adam Smith qui fait référence dans certains de ces travaux à la notion de « vraie valeur » (1776). Selon la perspective de la co-crédation de valeur, le but des entreprises est alors de définir la meilleure proposition de valeur et de permettre au consommateur de maximiser leur valeur dans l'usage (Vargo et Lusch, 2004).

- La valeur contextuelle :

En 2008, Vargo élargit la perspective de la valeur d'usage en développant le concept de **valeur contextuelle** afin de capter l'idée selon laquelle la valeur doit être comprise dans le contexte du bénéficiaire. Cette approche de la valeur suggère que les bénéficiaires peuvent profiter de la valeur sans l'utilisation directe de l'offre à travers des interactions indirectes, telles que l'imagination, ou les influences d'autres utilisateurs. La valeur contextuelle intègre alors le contexte social et spatial et se réfère donc, en plus des pratiques de consommation, à la co-crédation de significations, de symboles et de marques (Buchanan et Dawson, 2007 ; Kates, 2004 ; Merz et al., 2009 ; Vallaster et von Wallpach, 2013).

- La valeur expérientielle :

Enfin, d'après Leclercq, Hammedi et Poncin (2016), la dernière approche de la valeur que l'on peut retrouver dans la littérature sur la co-crédation de valeur est celle de la **valeur expérientielle**. Celle-ci implique une conceptualisation plus large de la valeur (Holbrook, 2006) et proche de la précédente conceptualisation. Fondée sur la production de valeur par la recherche d'expérience (Holbrook et Hirschmann, 1982),

cette approche s'intéresse à la valeur de consommation (« consumer value »). Elle dépasse ainsi la vision purement transactionnelle et correspond à une perspective davantage analytique et multidimensionnelle de la valeur (Aurier, Evrard et N'Goala, 2004). **La valeur expérientielle est toujours créée par les bénéficiaires** (Helkkula et al., 2012), Selon Park et Ha (2015), elle intègre la valeur d'échange, la valeur d'usage et la valeur contextuelle, ainsi que la dimension hédonique de la valeur. En ce sens, elle revêt un caractère davantage holistique car elle prend en compte à la fois les aspects utilitaires mais également symboliques de la consommation. Les valeurs de l'expérience de co-création peuvent alors être riches et diverses : fonctionnelle (Cadenat et al., 2013), économique, relationnelle (Chan et al., 2010), récréative, de confiance ou d'indépendance (Dong, Evans et Zou, 2008). Le concept de valeur selon l'approche expérientielle est fondé sur l'idée d'un produit qui n'est plus « un ensemble d'attributs » mais « une dimension globale qui exprime les valeurs» (Curbatov, 2003). L'objectif de cette approche, selon Aurier, Evrard et N'Goala (2004, p. 3) est « *de montrer que la consommation n'est pas seulement un moyen au service de fins qui lui sont extérieures (finalité extrinsèque) mais peut être aussi une fin en elle-même (finalité intrinsèque)* ».

Holbrook (1999) définit la valeur de consommation comme une **préférence relative caractérisant l'expérience d'un sujet en interaction avec un objet**. La valeur est alors individuelle : subjective (variant selon les individus), comparative (basée sur des préférences), interactive (ressortant de l'évaluation d'un objet par un sujet) et situationnelle (liée aux particularités du contexte vécu par l'individu au moment de sa formation) (Holbrook, 1999).

Holbrook (1999) distingue plus particulièrement trois dimensions clefs de la valeur de consommation en fonction de l'orientation de la valeur :

- 1) Extrinsèque (la consommation est valorisée pour ses qualités utilitaires, fonctionnelles ou instrumentales) ou intrinsèque (l'expérience de consommation est appréciée comme une fin en soi) ;
- 2) Orientée vers soi (dans le cas où la valeur est fonction de son propre intérêt, des effets que la consommation a sur soi) ou vers autrui (dans le cas où la valeur est fonction des effets produits sur autrui : famille, amis, collègues ou plus globalement, nation, planète, univers...) ;
- 3) Active (manipulation physique ou mentale d'un objet tangible ou intangible) ou réactive (appréhender, apprécier ou répondre à un objet).

La combinaison de ces trois critères conduit l'auteur à délimiter huit domaines de compréhension de la valeur (Cf. Tableau 5) faisant l'objet de discussions approfondies par différents auteurs, notamment dans l'ouvrage coordonné par Holbrook (1999).

		Extrinsèque	Intrinsèque
Orienté vers soi	Actif	Efficience	Jeu
	Réactif	Excellence	Esthétique
Orienté vers les autres	Actif	Statut	Ethique
	Réactif	Estime	Spiritualité

Tableau 5 : Typologie de la valeur de Holbrook (1994)

Le courant de la co-crédation de valeur propose donc de reconsidérer la notion traditionnelle de valeur dans l'échange au profit d'une valeur subjective, évaluée, déterminée et co-crédée par le consommateur. La valeur est envisagée non pas comme le résultat d'un calcul mais comme **le produit d'une expérience** (Filser, 2000 ; Roederer,

2012). Elle ne précède pas mais résulte de l'expérience de consommation du produit ou service (Aurier et al., 1998 ; Filser et Plichon, 2004). Néanmoins, l'examen de la littérature sur la co-crédation de valeur ne permet toutefois pas de donner une définition unique et consensuelle de cette appréhension de la valeur. Ainsi, quelle terminologie et quelle définition peut-on retenir?

L'objectif de cette thèse n'est pas de décomposer les facettes de la valeur mais d'expliquer davantage comment celle-ci est extraite par le client de l'offre de service. Nous pensons, à l'image, de Xie, Bagozzi et Troye (2008), Dong, Evans et Zou (2008), Damkuvienne et al. (2012) et Hamdi-Kidar (2013), que la valeur correspond aux bénéfices activement extraits de l'offre par le client. Cette « extraction de valeur » ne semble pas simplement provenir d'un usage passif ou réactif du produit ou service mais être fondamentalement dépendante d'une part de la manière dont celui-ci va s'emparer et investir l'offre proposée pour créer du sens personnel et d'autre part de son activité et de son investissement dans le processus de co-crédation. Ainsi, la terminologie de « **valeur dans l'usage** » (selon la traduction littérale de « value-in-use ») traduit bien, à nos yeux, cette idée selon laquelle que la valeur n'est pas contenue dans le service mais résulte d'un mécanisme mettant en oeuvre à la fois la participation du client et son appropriation du service.

La valeur dans l'usage est alors définie comme un **ensemble de bénéfices qui sont activement extraits par le client de l'offre de service par son intégration personnelle du service (son appropriation) et son implication dans la co-crédation de valeur (sa participation).**

Comme nous venons de le voir, la valeur est envisagée selon la perspective de la co-crédation de valeur comme uniquement déterminée par son bénéficiaire (i.e. le client).

Néanmoins, cette perspective ne considère pas uniquement la dyade entreprise-consommateur mais un ensemble de réseau d'acteurs qui va influencer le processus de co-crédation de valeur. Ce point sera d'veloppé dans la section suivante.

2-2 UNE VISION « MULTI-ACTEURS »

Selon l'approche de la co-crédation de valeur, la valeur est influencée par l'ensemble des « *parties prenantes* » (Vargo et Lusch, 2004) également d'finies comme des « *acteurs* » de la co-crédation de valeur (Leclercq, Hammedi et Poncin, 2016). Ces acteurs contribuent ainsi au processus de co-crédation de valeur en combinant leurs compétences et en partageant leurs ressources (Ramaswamy, 2011). En effet, l'un des fondements principaux de la logique Service-Dominant repose sur le fait que tous les acteurs sociaux et économiques sont des fournisseurs et int'grateurs de ressources (Vargo et Lusch, 2008). Ainsi, l'approche de la co-crédation de valeur met l'accent non plus seulement sur la dyade entreprise-consommateur mais propose **une perspective int'grative en considérant le r'seau complexe dans lequel l'entreprise et le consommateur sont ancrés** (les fournisseurs, les interm'diaires, les concurrents, le pouvoir public, les m'dias, les amis, etc.) (Rabemananjara, 2012). La fronti're producteur-consommateur disparaît alors et tous les participants contribuent à la cr'ation de valeur pour eux-mêmes et pour les autres.

Cette approche est d'crite dans certaines recherches par la notion de syst'emes de service (« *service systems* »), terminologie large qui est d'finie comme la configuration dynamique de ressources destinée à la co-crédation de valeur comprenant la dyade entreprise-consommateur et leurs r'seaux (Vargo et al. 2008 ; Edvardsson et al., 2011). Elle repr'sente ainsi une configuration d'individus, de technologies et d'autres

ressources qui influencent la co-création de valeur (Edvardsson et al. 2011). Chaque système est alors engagé auprès d'un ou plusieurs autres systèmes pour co-créer de la valeur. Chacun des systèmes dépend alors des ressources des autres systèmes pour survivre. Le but ultime est de maintenir et accroitre la survie et le bien-être de l'ensemble des systèmes. (Vargo and Akaka 2009; Vargo et al.2008).

Cette approche « multi-acteurs » souligne un élément central que nous prendrons particulièrement en compte dans ce travail doctoral. Il s'agit de l'importance des technologies de l'information et de la communication dans la co-création de valeur. Ces technologies contribuent aux mécanismes de co-création car elles facilitent les échanges de ressources et d'informations entre les clients (Sharma et Sheth, 2004 ; Sawhney, Verona et Prandelli, 2005 ; Bell et Loane, 2010 ; Kaplan et Haenlein, 2010 ; Agrawal, Kaushik et Rahman, 2015). Celles-ci ont, par ailleurs, participer à contrebalancer le pouvoir en faveur des consommateurs (Constantinides et Fountain, 2008 ; Zwass, 2010). En se regroupant au sein de communautés virtuelles, ceux-ci apprennent les uns des d'autres par un échange d'informations et du contenu (Rothaermel et Sugiyamab, 2001) et ont accès à une très large quantité d'informations et des choix plus variés leur sont possibles (Constantinides et Fountain, 2008). Le phénomène de co-création de valeur est alors fortement influencé, conditionné et renforcé par les technologies car elle offre aux consommateurs des possibilités immenses d'interagir, de dialoguer et d'accéder à des nouvelles ressources.

2-3 L'INTÉGRATION ET L'ÉCHANGE DE RESSOURCES

La co-crédation de valeur se fonde enfin sur l'application et l'intégration de ressources d'un acteur envers un autre. De fait, la notion de « **ressources** » est fondamentale dans cette perspective. Cette approche sous-entend donc que les acteurs (notamment le client) possèdent des ressources mobilisables pour la co-crédation de valeur. Mais de quels types de ressources est-il question ?

La littérature sur la co-crédation de valeur reconnaît généralement deux grands types de ressources qui sont intégrés par les acteurs pour créer de la valeur : les **ressources opérantes** et les **ressources opérantes**.

- **Les ressources opérantes** requièrent une action pour créer de la valeur. Ce sont généralement des ressources matérielles, statiques et tangibles proposées par l'entreprise au client et sur lesquelles une opération est effectuée (par exemple : les infrastructures, les outils technologiques etc....)
- Les **ressources opérantes** vont, quant à elles, agir sur d'autres ressources en vue de produire un effet et de créer de la valeur (Constantin et Lusch, 1994 ; Vargo et Lusch, 2004). En d'autres termes, elles « *opèrent* » sur d'autres ressources plutôt que de subir des opérations. Elles sont souvent intangibles et dynamiques. Elles peuvent être humaines (connaissances, compétences, savoirs, savoir-faire, expertise des individus), organisationnelles (routines et cultures d'une organisation), informationnelles (connaissance du marché, des concurrents, de la technologie) et relationnelles (les relations activées par chacune des parties

prenantes) (Hunt, 2004). Pour Bonnemaizon et al. (2012), les ressources opérantes peuvent être de deux natures : des ressources ordinaires ou extraordinaires. Les ressources ordinaires sont les ressources permettant d'exécuter des tâches prévues et encadrées par l'entreprise. Elles sont détenues par un très grand nombre de consommateurs (ressources physiques, physiologiques, temporelles, notionnelles) et sont souvent mobilisées sans efforts particuliers de l'individu. Les ressources extraordinaires apportent quant à elles un supplément de valeur ajoutée aux ressources détenues par l'entreprise. Elles sont, par exemple, culturelles, communicationnelles ou sociales et sont présentes à différents degrés chez l'individu. Elles permettent généralement au client d'exprimer son expertise d'usage ou son potentiel créatif.

Bien qu'elle intègre ces deux formes de ressources, l'approche de la co-crédation de valeur met véritablement l'accent sur **l'intégration des ressources opérantes**. En effet, selon cette approche, ce sont les ressources opérantes qui vont agir sur d'autres ressources pour créer de la valeur (Arnould, Price et Malshe, 2006; Baron et Harris, 2008).

Les ressources opérantes ne permettent pas, quant à elle, la production de valeur seule : elles nécessitent l'application d'autres ressources pour potentiellement produire leur valeur (Vargo et Lusch, 2004). Au cours des processus de co-crédation de valeur, elles peuvent, par exemple, être un support aux interactions entre les acteurs (Vargo et al., 2008). La co-crédation de valeur va ainsi dépendre de la complémentarité des ressources intégrées par les acteurs (Vargo et Lusch, 2011).

Mais comment ces ressources sont-elles intégrées dans la co-crédation de valeur? Selon l'approche de la co-crédation de valeur, l'intégration et l'application des ressources ne sont possible que par les échanges entre les acteurs. Ces échanges sont soutenus par différentes **interactions** (Gummesson et Mele, 2010 ; Vargo et Lusch, 2011) qui peuvent être physiques, virtuelles ou mentales. Au cours de celles-ci, chaque acteur peut influencer les pratiques des autres acteurs (Grönroos, 2008). Les interactions peuvent également avoir lieu entre les acteurs d'entités différentes (ex : consommateurs et entreprises) ou entre des individus d'une même entité (ex : entre consommateurs sur un forum de discussion par exemple) (Novani et Kijima, 2013). Elles peuvent prendre la forme d'une participation unique ou d'un dialogue continu (Roser, De Fillippi, et Samson, 2013 ; Frow et al., 2015). La participation unique implique chacun des contributeurs une seule fois alors que la seconde nécessite une relation à long terme entre les acteurs. En outre, les interactions entre les acteurs se produisent au sein de plateformes d'engagement (Leclercq, Hammedi et Poncin, 2016). Celles-ci correspondent aux espaces en ligne ou hors ligne où les acteurs peuvent interagir et échanger des ressources dans le but de créer conjointement de la valeur (Ramaswamy et Ozcan, 2014). Ces plateformes doivent ainsi permettre le dialogue entre les acteurs, assurer la transparence et l'accès à l'information. De plus, l'intégration et l'échange des ressources au sein de ces plateformes peuvent conduire à l'amélioration des pratiques des acteurs (Roberts et al., 2005; Antonacopoulou, 2009) et aboutir à la création potentielle de nouvelles compétences et aptitudes (Vargo et Lusch, 2011). Les acteurs s'inscrivent alors dans une boucle d'apprentissage qui enrichit leurs engagements lors de futures activités de co-crédation (Payne, Storbacka et Frow, 2008 ; Grönroos et Voima, 2012; Hibbert et al., 2012; Komulainen, 2014).

3- CONCEPTUALISER LA CO-CRÉATION DE VALEUR

Conceptualiser la co-crédation de valeur n'est pas une chose évidente. Si nous avons vu dans la précédente sous-section les grands principes théoriques de la co-crédation de valeur identifiables dans la littérature marketing, de nombreuses questions subsistent et la diversité des approches empiriques et théoriques utilisées dans les recherches a conduit à complexifier sa conceptualisation (Leclercq, Hammedi et Poncin, 2016).

Face à ce constat, nous adopterons l'approche générale de Cova (2008), Vernet et Hamdi-Kidar (2013) et Magne et Lemoine (2015) qui représente la co-crédation de valeur comme **un continuum en amont et en aval de la consommation du produit/service**. Ce continuum peut être représenté en fonction du moment où la participation du consommateur se déroule, en d'autres termes aussi bien en amont, qu'en aval, des phases de production ou de consommation. Le rôle des consommateurs et les stratégies des entreprises peuvent varier alors selon qu'il s'agisse de co-crédation en amont ou en aval de la production et de la consommation.

La figure suivante présente le continuum de la co-crédation de valeur amont et aval.

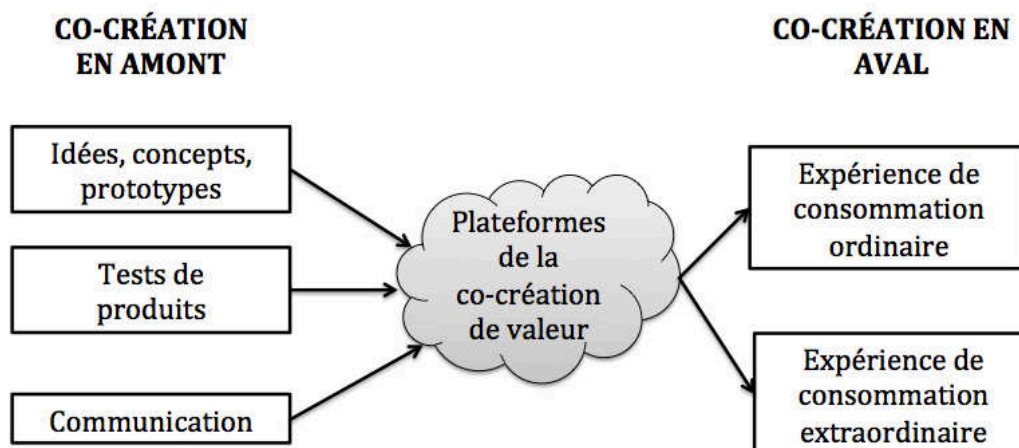


Figure 4 : Co-création amont et aval avec les consommateurs

(Vernette et Hamdi-Kidar, 2013)

Nous allons détailler ces deux formes de co-création dans les sous-sections suivantes.

3-1 LA CO-CRÉATION DE VALEUR EN AMONT

La co-création de valeur peut tout d’abord se produire **en amont** de la consommation ou de l’usage du produit/service. Elle correspond ici à la mise en jeu des compétences et des rôles endossés par le consommateur pour permettre l’élaboration et la diffusion du produit ou service. Cette forme de co-création de valeur a fait l’objet de travaux qui portent généralement sur le potentiel du consommateur à participer à l’élaboration, au développement, au test et à la diffusion de l’offre d’un nouveau produit/service (Hamdi-Kidar, 2013). La particularité de cette forme de co-création est qu’elle suppose généralement une adhésion volontaire du consommateur vécue sur le mode de la participation «démocratique». Il va s’agir, plus particulièrement, d’une collaboration du consommateur avec l’entreprise dans les différentes étapes du processus d’innovation

du produit/service comme la co-innovation (i.e. une démarche auprès des clients les incitant à participer de façon créative au processus d'innovation, Cova, 2008 ; Le Nagard et Reniou, 2013), l'idéation (i.e. le développement de nouvelles idées ou de nouveaux concepts par les consommateurs, Piller et Walcher, 2006 ; Franke et Poetz, 2008 ; Magnusson, 2009 ; Hoffman et al., 2010), les phases de test et d'évaluation du produit/service (Béji-Bécheur, 1998 ; Toubia et Florès, 2007) jusqu'au lancement et à la diffusion de la nouvelle offre à travers les leaders d'opinion notamment (Vernette, 2002; Vernette et Florès, 2004 ; Kratzer et Lettl, 2009). Dans cette co-crédation, le consommateur peut alors avoir du pouvoir sur certaines variables du mix marketing en définissant par exemple le produit ou sa distribution (Wathieu et al., 2002). Ici, les ressources mobilisées par le consommateur sont à la fois ordinaires et extraordinaires. Selon Bonnemaizon et al. (2012), le client mobilise, en effet, des ressources cognitives ordinaires en devenant un assistant marketing opérationnel lorsqu'il teste ou customise des produits ou joue un rôle dans la fixation des prix des produits. Il mobilise des ressources extraordinaires en devenant un apporteur de solutions. Dans ce cas, le client éprouve, invente et crée. Il est sollicité en tant qu'expert reconnu pour son expertise et son potentiel créatif.

3-2 LA CO-CRÉATION DE VALEUR EN AVAL

La co-crédation de valeur peut également se dérouler en **aval**, en d'autres termes durant, - ou après- l'usage, la délivrance ou la consommation du produit/service. C'est cette forme de co-crédation qui nous intéressera plus particulièrement dans cette recherche. Selon Hamdi-Kidar (2013), elle se concentre sur l'expérience de consommation du produit ou service telle qu'elle est vécue par le consommateur. Le consommateur va

alors créer de la valeur par son vécu avec l'offre de l'entreprise (Cova, 2008) et son incorporation dans sa propre vie (Damkuvienne et al., 2012). La co-crédation de valeur en aval repose à la fois sur une participation ordinaire (**participation intra-rôle**) et extraordinaire (**participation extra-rôle**) du client (Yi et Gong, 2013). Dans le cadre des services, la participation intra-rôle est nécessaire à la co-crédation d'une valeur minimale et est liée à la coproduction du service (par exemple : partager de l'information avec le prestataire, adopter un comportement responsable). La participation extra-rôle n'est pas, quant à elle, nécessaire à l'obtention du service mais fournit une valeur supplémentaire (par exemple : donner un feedback au prestataire, recommander le prestataire, aider d'autres clients, partager son expérience ou ses connaissances) (Groth, 2005 ; Bove et al., 2009 ; Van Doorn et al., 2010).

Ces deux formes de participation du client en aval seront discutées en profondeur dans la section 2 du présent chapitre.

CONCLUSION :

Dans cette première section, nous avons présenté un état des lieux général sur la co-création de valeur.

Nous avons tout d'abord présenté les origines de cette perspective, ses grands principes théoriques et, enfin, une conceptualisation de la co-création comme un continuum se déroulant de l'amont à l'aval de la consommation ou de l'usage du produit/service.

Bien que cet exposé ne soit pas focalisé sur la co-création de valeur du point de vue client, nous retenons les points suivants qui constitueront le point de départ de notre cadre théorique :

- 1) Dans cette recherche, nous considérons le client comme un collaborateur actif de l'entreprise qui détient différentes ressources et peut aller au delà de son simple rôle de coproducteur du service.
- 2) Nous définissons la co-création de valeur comme la création d'une valeur « dans l'usage » par le client. Celle-ci représente un ensemble de bénéfices activement extraits par le client de l'offre de service par son intégration personnelle du service (son appropriation) et son implication dans la co-création de valeur (sa participation).
- 3) Enfin, nous considérons que le client est engagé dans un réseau complexe dans

lequel la technologie détient une place particulière. Elle contribue à la co-création de valeur en facilitant l'échange des ressources et en influençant de manière récurrente les pratiques de co-création de valeur.

Si cette première section offre une vision globale de la co-création de valeur et n'a pas étudié en profondeur les activités du client dans ce mécanisme, la définition que nous en donnons nous invite à nous intéresser aux différentes formes de participation que le client peut réaliser dans le service. En effet, la co-création de valeur nécessite de manière inhérente la participation du client par l'intégration et l'application de ressources rendues possibles par l'échange (Vargo, Maglio et Akaka, 2008). Dans cette thèse, nous nous attacherons aux formes de participation du client dans le service qui peuvent créer de la valeur pour le client durant ou après l'usage du service. Nous ne nous intéresserons donc pas aux processus d'innovation du service comme la co-innovation, l'idéation, aux phases de test et évaluation du service ou encore au lancement et à la diffusion d'une nouvelle offre co-créée.

Ainsi, qu'est ce que la participation du client dans un service ? Comment peut-on la définir ? Quelle forme de participation co-crée de la valeur ? La participation du client peut-elle seulement créer de la valeur ou peut-elle aussi détruire de valeur ?

Nous tenterons de répondre à ces différentes questions dans la section suivante.

SECTION 2 – PARTICIPATION DU CLIENT AU SERVICE ET CRÉATION DE VALEUR

Etudier la participation du client n'est pas nouveau en marketing des services. Celle-ci représente, en effet, une caractéristique fondamentale du service car elle est nécessaire à sa fabrication. Tout service *nécessite alors « un degré, plus ou moins fort, de participation du client pour que sa consommation soit source de valeur »* (Vernette et Tissier-Desbordes, 2012, p. 5). Le marketing des services a mis en évidence depuis longtemps la nécessité de coopérer avec le client et de l'intégrer dans la production du service (Bendapudi et Leone, 2003). On retrouve la participation du client dans les modèles historiques du marketing des services comme le modèle de la servuction (Eiglier et Langeard, 1987) et leurs évolutions (Bregard, 1996 ; Veys, 1996), le modèle du blueprinting (Shostack, 1982), de script de service (Solomon et al. 1985 ; Orsingher, 2006 ; Hallegatte et Nantel, 2007), de socialisation organisationnelle du client (Kelley, 1987 ; Kelley et al., 1990 ; Kelley et al., 1992 ; Bauer et al., 1998 ; Goudarzi, 2005 ; Goudarzi et Eiglier, 2006) et les modèles d'adoption des technologies de libre service (Purkayastha, 2009 ; Celik, 2008 ; Suh et Han, 2002).

Néanmoins, la littérature du marketing des services propose une vision relativement déterministe de la participation du client (i.e. le client ne peut qu'accepter ou rejeter le service qui lui est proposé) et reste focalisée en majorité sur la coproduction du service. Ainsi, elle ne prend pas en compte les comportements créatifs, de personnalisation ou d'appropriation du client et les comportements extra-rôles du client.

En reconnaissant que la participation ne se limite pas à la seule production passive du service (Vargo et Lusch, 2004 ; Ng, Maull, et Smith, 2010), la perspective de la co-création de valeur ouvre un nouveau débat nécessaire autour de la participation du client dans le service.

Ainsi, comment caractériser la participation du client à la lumière d'une logique de co-création de valeur ? Quelles en sont les différentes modalités? Quels sont les effets de la participation du client sur la valeur ?

Dans cette section, nous tenterons de répondre à ces questions.

- Dans un **premier temps**, nous reviendrons sur les différentes définitions de la participation du client au service. Nous définirons plus particulièrement la participation du client comme une double participation intra et extra-rôle.
- Dans un **second temps**, nous examinerons et envisagerons les effets de cette participation sur la valeur.

1- DÉFINIR LA PARTICIPATION DU CLIENT AU SERVICE

La participation du client dans le service est habituellement considérée comme un concept comportemental centré sur le rôle actif joué par le client (Silpakit et Fisk, 1985). Toutefois, elle est appréhendée dans la littérature selon une multitude de critères de définitions et modalités.

1-1 LA PARTICIPATION DU CLIENT CARACTÉRISÉE PAR SA NATURE

La participation du client est généralement caractérisée **selon sa nature**. Elle est par nature tridimensionnelle (Langeard, 1980): elle peut être physique ou comportementale (comme un engagement dans une activité, une exécution de certaines tâches par le client), intellectuelle (un partage de connaissances » a minima, voire une réelle tâche de réflexion, d'anticipation et un apprentissage) et affective (émotions, sentiments) (Langeard, 1980 ; Eiglier et Langeard, 1987 ; Kellogg, Youngdahl et Bowen, 1997). En fonction du service, certaines dimensions peuvent être prépondérantes (Goudarzi, 2005). Alors que dans un self-service, la participation sera comportementale (le client va suivre un script et réaliser certaines tâches), elle peut être intellectuelle lors d'une consultation médicale par exemple dans un service de santé (le patient fournira différentes informations au médecin).

Selon Vroom et Jago, (1988), la participation peut également être directe (participer à des actions personnelles), indirecte (participer à travers les autres), formelle (utiliser des groupes ou mécanismes formels), individuelle (action menée par soi) ou partagée (action menée avec les autres).

1-2 LA PARTICIPATION DU CLIENT CARACTÉRISÉE PAR SON INTENSITÉ

Selon Chase (1978) et Dabholkar (1990), la participation du client peut également être définie comme le niveau d'implication du client dans le processus de production et la réalisation de services. Ce niveau d'implication peut alors varier selon le service. Il existe des services qui nécessitent une forte activité du client (comme les services de santé avec le suivi d'un traitement et la réalisation de tâches en autonomie par exemple), et

d'autres une faible activité (comme prendre les transports en commun). On retrouve cette même distinction chez Larsson et Bowen (1989). Silpakit et Fisk (1985) définissent quant à eux la participation comme un degré d'effort du client. Bitner et al., (1997) dresse une typologie des niveaux d'intensité dans la participation : faible quand la seule présence du client est requise comme un voyage en avion, modérée quand le client doit fournir des éléments (informations, efforts) pour produire le service comme chez le coiffeur et forte quand le client co-crée le service comme dans le cas d'un programme de coaching sportif.

1-3 LA PARTICIPATION DU CLIENT COMME UN ENSEMBLE DE RÔLES

Selon Solomon et al. (1985), la participation du client peut enfin être appréhendée comme **un ensemble de tâches et de rôles endossés par le client**. Pour Osringer (1997), elle est en effet du point de vue du client, un ensemble de tâches et d'opérations qu'il doit accomplir dans un contexte déterminé pour obtenir la prestation de service.

Eiglier et al. (1979) et Langeard (1980) identifient trois formes de rôles : spécifier la prestation et du service attendu, la réaliser et contrôler sa qualité (contrôle de la performance et/ou du processus). Bitner et al. (1997), quant à elle, distingue trois rôles endossables par le client. Deux rôles peuvent être rapprochés de la distinction de la précédente : le client comme ressource productive (i.e. le client contribue à la capacité productive de l'organisation) et le client comme contributeur à la qualité de service et à la satisfaction (i.e. le client a une responsabilité dans la qualité de service perçu et par conséquent sur sa propre satisfaction). Toutefois, l'auteur ajoute un troisième rôle: le client comme compétiteur à travers «le faire soi-même» (i.e. le client joue le rôle de concurrent à l'entreprise). Ce rôle est particulièrement intéressant car il

montre que la participation du client peut représenter une menace pour l'entreprise et être synonyme de destruction de valeur. Cette idée sera plus longuement discutée dans le second point de cette section.

1-4 VERS UNE TYPOLOGIE DE LA PARTICIPATION DU CLIENT DANS LE SERVICE : LA PARTICIPATION INTRA ET EXTRA-RÔLE

Ces premières définitions témoignent de la grande variété des approches développées par les chercheurs du marketing pour appréhender la participation du client. On y trouve en effet de très nombreuses typologies et modalités dont il n'est pas évident de trouver un dénominateur commun (Bonnemaizon et al., 2012). En reprenant la distinction appliquée à l'étude de la performance du salarié en comportement organisationnel de Bateman et Organ (1983) et Katz et Kahn (1966), Keh et Teo (2001) proposent de classer les rôles du client dans le service en deux grandes familles: l'intra-rôle et l'extra-rôle. Cette typologie fut, par la suite, intégrée dans la littérature sur la co-crédation de valeur (Groth, 2005 ; Bove et al., 2009; Yi, Natarajan et Gong, 2011 ; Yi et Gong, 2013).

Dans cette recherche et conformément aux travaux sur la co-crédation de valeur, nous adopterons cette typologie. Nous présenterons, en détail, ces deux formes de participation dans les sous-sections suivantes.

1-4-1 L'INTRA-RÔLE

L'intra-rôle (« in-role ») correspond aux comportements qu'adoptent les clients pour atteindre leurs objectifs de consommation (i.e. l'ensemble des tâches que le client doit faire pour que le service se réalise). Il désigne la **participation minimale du client qui est, a priori, définie et attendue par les firmes et qui est indispensable à la production du service**. Il renvoie donc généralement aux comportements prévus par l'entreprise pour la réalisation du service (i.e. la coproduction du service).

Dans le cas d'un service de club de sport par exemple, le rôle minimal du client est de se rendre au club et de participer aux activités proposées. Sa participation détermine alors le succès du service en tant que résultat du processus de servuction (avoir une meilleure santé, perdre du poids). Dans le cas d'un voyage, le rôle minimal du client sera, par exemple, de parcourir l'aéroport avec ses bagages et de se rendre au bon terminal puis au guichet d'embarquement, faire enregistrer ses bagages, aller à la porte d'embarquement, passer le contrôle de sécurité, attendre dans la salle d'embarquement puis embarquer.

Généralement, l'intra-rôle demande au client de mobiliser des ressources ordinaires détenues par un très grand nombre de consommateurs (ressources physiques, physiologiques, temporelles, notionnelles) (Bonnemaizon et al., 2012). L'enchaînement des séquences de tâches à réaliser peut être appris par le client comme un ensemble de tâches : le script de service (Orsingher, 2006).

L'intra-rôle contient différentes dimensions en fonction du contexte et du choix des chercheurs. Dans le cadre de services en ligne, Groth (2005) appréhende, par exemple, l'intra-rôle par la coproduction du service par le client alors que Yi et Gong (2013), dans le cadre d'une étude auprès d'étudiants au sujet de leur dernière expérience de service (par exemple : vente, restaurant, coiffeur, service de santé, tourisme) identifient quant à eux, la recherche d'information, le partage d'information, le comportement responsable et les interactions personnelles avec le service.

1-4-2 L'EXTRA-RÔLE

L'extra-rôle correspond aux comportements extraordinaires que le client peut adopter. Il recouvre les activités qui ne sont pas obligatoires pour la fabrication du service, mais que le client peut éventuellement accomplir dans le cadre de ce dernier. Ce sont des comportements volontaires qui peuvent contribuer à aider l'organisation de service dans sa globalité. Ainsi, ils permettent la création d'une valeur extraordinaire pour la firme. On peut citer le fait de faire des suggestions d'amélioration au prestataire de service, aider les autres clients ou les employés, générer du bouche à oreille sur le prestataire, recommander le service à des amis ou famille, remplir une enquête de satisfaction par exemple (Groth, 2005 ; Bove et al., 2009 ; Kumar et al., 2010 ; van Doorn et al., 2010 ; Yi et Gong, 2013). Généralement, l'extra-rôle demande aux clients de mobiliser des ressources extraordinaires (culturelles, communicationnelles, sociales) (Bonnemaizon et al., 2012). Celles-ci permettent souvent à l'individu d'exprimer son expertise d'usage, son potentiel créatif ou son réseau personnel.

L'extra-rôle est particulièrement important pour les services complexes, personnalisés et délivrés au cours du temps car le succès de l'entreprise est conditionné par les comportements des clients et la relation entreprise-client (Dellande, Gilly et Graham,

2004). Cette forme de participation conduit selon Lengnick-Hall et Claycomb (2000) à des niveaux d'investissement et d'engagement du client envers l'entreprise beaucoup plus forts.

L'extra-rôle est parfois dénommé sous différentes terminologies : comportements volontaires du consommateur, comportements de citoyenneté organisationnelle du consommateur ou encore comportements d'aide du consommateur. Bien que ces différentes notions, présentées dans le tableau ci-dessous, désignent généralement les comportements discrétionnaires du client, elles indiquent qu'il n'existe pas de consensus quant à leur terminologie, leur définition ou leur conceptualisation. De plus, la dimensionnalité du concept peut varier en fonction des objectifs de recherche et des choix des chercheurs.

Terminologies	Auteurs	Définitions
Comportements volontaires du consommateur (customer voluntary behaviors)	Bettencourt, (1997) ;	Comportements discrétionnaires des clients qui permettent à l'entreprise de délivrer un service de qualité
Comportements extra-rôles (extra-role behaviors)	Keh et Teo (2001)	Comportements volontaires du client de coopération avec le personnel en contact et de partage d'expériences positives avec d'autres clients
Comportements d'aide du consommateur (customer helping behaviors)	Johnson et Rapp (2010)	Comportements extra-rôle d'aide pour l'entreprise
Comportements citoyens du consommateur (customer citizenship behaviors)	Groth, (2005);	Comportements volontaires et discrétionnaires du client qui ne sont pas requis dans la production ou la délivrance du service mais qui, par leur agrégat, aident l'organisation globale du service
Performance volontaire du consommateur (customer voluntary performances)	Bettencourt (1997)	Comportements discrétionnaires et volontaires du client qui aident la firme à délivrer un service de qualité

Tableau 6 : Les définitions de l'extra-rôle

(d'après Yang et Qin Hai, 2012)

Dans cette recherche et en cohérence avec la littérature sur la co-crédation de valeur, nous proposons de ddfnir la participation du client au service comme une double participation intra et extra-rôle⁵.

- 1) **L'intra-rôle** reprdsente la participation minimale du client ddfnie et attendue par l'entreprise pour que le service se rdsalise

- 2) **L'extra-rôle** reprdsente la participation volontaire du client non ncessaire la rdsalisation du service mais qui contribue la productivitgd gndrale de l'organisation de service.

La perspective de la co-crédation de valeur suggère que ces diffdrentes formes participation sont centrales dans le mcdanisme de co-crédation de valeur (Vargo, Maglio, et Akaka, 2008). Ndanmoins, quels sont les effets de la participation du client sur la valeur ? Qui sont les bndficiaires de cette valeur ainsi co-crdeed ? Nous rdspondrons la ces questions dans le paragraphe suivant.

2- LES EFFETS DE LA PARTICIPATION DU CLIENT SUR LA VALEUR

La participation du client au service reprdsente un enjeu central dans le mcdanisme de

⁵ Pour rappel, les recherches indiquent que la dimensionnalitgd de ces concepts varie en fonction du contexte d'etude et des objectifs de recherche. Souhaitant mettre en oeuvre notre moddele dans la santgd, nous dtdterminerons alors la dimensionnalitgd de ces concepts en nous fondant sur une etude exploratoire dans ce secteur et prdsentde dans la seconde partie de ce travail doctoral.

co-création de valeur pour diff erents acteurs comme l'entreprise, le client ou les autres clients. En effet, l'investissement comportemental du client (intra ou extra-rôle) détermine la valeur extraite et partagée par les acteurs de la co-création de valeur. Nous détaillerons dans les sous-sections suivantes en quoi la participation (intra et extra-rôle) du client peut concourir respectivement à la création ou à la destruction de valeur et quels sont les principaux bénéficiaires de ces mécanismes.

2-1 LA PARTICIPATION DU CLIENT AU SERVICE COMME SOURCE DE CRÉATION DE VALEUR

La littérature s'est largement intéressée à l'étude de l'impact de la participation intra-rôle du client sur la valeur du point de vue de l'entreprise (Mustak, Jaakkola et Halinen, 2013). Tout d'abord d'un point de vue économique, cette participation détermine la réalisation du service et donc la productivité de l'entreprise. Sans elle, le service ne peut pas exister (Eiglier, 2010). Selon plusieurs recherches (Lovelock et Young, 1978; Eiglier et Langeard, 1987; Mills, Chase et Margulies, 1983 ; Fitzsimmons, 1985), un niveau d'intra-rôle élevé permet aux entreprises de diminuer leurs coûts de production. Il s'agit ici principalement des services dans lesquels le client doit réaliser de nombreuses tâches standardisées pour bénéficier du service (i.e. *auto-productions dirigées*, Dujarier, 2008). Dans le cadre de service nécessitant un fort contact avec le personnel de service, les économies dues à l'intra-rôle sont également particulièrement significatives (Eiglier et Langeard, 1987). L'intra-rôle favorise également les comportements de rachats du client et la fidélité du client (Murray et H ubl, 2007), une moindre sensibilité au prix (Hsieh et Chang, 2004) et une plus grande qualité perçue du service (Kelley et al., 1990; Anderson et Sullivan, 1993, Bettencourt, 1997). Le client est, en effet, de manière

générale, un contributeur de la qualité car celle-ci est intrinsèquement dépendante de sa bonne participation (Bitner et al. ; 1997). De plus, il existe un lien positif entre la participation et sa satisfaction vis à vis du service (Eiglier et Langeard, 1987 ; Solomon et al. 1985 ; Namasivayam, 2003) ainsi que sa confiance vis-à-vis de l'entreprise (Dabholkar et Sheng, 2012). L'intra-rôle peut également réduire l'asymétrie d'information qui existe entre l'entreprise et les clients et, en ce sens, générer de l'implication et de l'engagement envers la firme (Dujarier, 2008).

Toujours du point de vue de l'entreprise, l'extra-rôle (i.e. une participation volontaire du client qui contribue à aider l'organisation dans sa globalité) peut avoir des effets sur la productivité du service et sur la qualité du service. Par exemple, lorsqu'un client fournit du feedback au prestataire de service (Groth, 2005 ; Yi et Gong, 2013) qui inclut des informations non demandées par le prestataire, celui-ci peut aider les employés et l'entreprise à améliorer le processus de création du service (Groth, Mertens et Murphy, 2004). Les clients détiennent, en effet, une position unique pour faire des suggestions aux employés car ceux-ci ont une expérience considérable du service (Bettencourt, 1997). L'extra-rôle peut également contribuer à la réputation positive de l'entreprise et à l'augmentation de la base de leurs clients (Bettencourt, 1997; Groth, 2005). C'est particulièrement le cas lorsqu'un client recommande un service ou fait du bouche à oreille. Enfin, l'extra-rôle peut être une source de valeur pour l'entreprise mais aussi les autres clients lorsque le client va aider d'autres clients sur un forum de discussion, par exemple.

Du point de vue du client, l'intra-rôle est également source de création de valeur car il favorise, comme nous venons de le voir, la qualité perçue du service et sa satisfaction vis à vis du service. De plus, il permet aux consommateurs d'être actifs et de contrôler

pleinement le processus de création de valeur (Lengnick-Hall, 1996; Prahalad et Ramaswamy, 2004). Selon Bagozzi et Dholakia (2006), les consommateurs en participant ont, en effet, plus de contrôle sur l'offre et prennent des meilleures décisions, ce qui leur permet de créer une valeur supérieure. Enfin, l'extra-rôle peut représenter une source de valeur ajoutée pour le client lui-même. L'engagement dans une participation extra-rôle peut lui permettre d'extraire une valeur plus grande formée par différents bénéfices (sociaux, récréatifs ou émotionnels) (Holbrook, 1999 ; Abbes et Hallem, 2016).

2-2 LA PARTICIPATION DU CLIENT COMME SOURCE DE CO-DESTRUCTION DE VALEUR

A l'inverse, une mauvaise participation du client au service (non efficiente, déviante ou inadéquate) peut être source de destruction de valeur pour l'entreprise, le client et les autres clients. La co-destruction de valeur désigne généralement les pratiques qui mènent à une diminution de valeur pour au moins l'un des acteurs de la co-création de valeur (Plé et Chumpitaz Cáceres, 2010). Elle découle de l'utilisation des ressources de manière inappropriée et/ou d'une mauvaise participation du client (Plé et Cáceres, 2010). Selon plusieurs auteurs (Solomon et al. 1985 ; Lengnick-Hall, 1996 ; Bateson, 2002), la participation va, en effet, dépendre de compétences, d'expertise et de motivations à participer en fonction de bénéfices perçus (par exemple : des bénéfices économiques, des bénéfices liés au gain de temps, ou au sentiment d'indépendance). Un client peut ainsi être incompetent pour participer, ne pas être motivé ou ne pas vouloir participer au service. Par ailleurs, la littérature montre l'existence de comportements de résistance (Peñaloza et Price, 1993 ; Herrmann, 1993 ; Fournier, 1998 ; Fischer,

2001, Roux, 2007) voir de boycotts du client (Cissé-Depardon et N'Goala, 2009). Le client peut percevoir, dans la participation, un travail d'organisation qu'il ne désire pas et qui le conduit à une forme de tension dialectique (Dujarier, 2008). Il peut aussi éprouver le sentiment d'être « doublement exploité » (Cova et Dalli, 2009), celui-ci est à la fois le souverain (client « roi ») et le serviteur du service. De plus, plusieurs auteurs ont montré l'existence de comportements « déviants », (Suquet, 2011 ; Perron et Djelassi, 2015) ou dysfonctionnelles (Harris et Reynolds, 2003, 2004) devant être gérés par les entreprises. Ces comportements « déviants » sont potentiellement « destructeurs de valeur » car ils peuvent impacter la qualité de service (par exemple : un acte de vandalisme sur des sièges de métro), détériorer l'expérience de consommation des autres clients (par exemple : un client qui mange du pop corn ou qui n'éteint pas son téléphone dans une salle de cinéma) ou porter atteinte à l'intégrité du personnel en contact et aux autres clients (agression verbales ou physiques).

De fait, un client incompetent, résistant ou « déviant » peut, par sa non participation ou sa mauvaise participation, constituer une source de destruction de valeur en affectant l'efficacité opérationnelle de la firme, générant de l'incertitude dans l'organisation de l'entreprise et produisant une hausse de la charge de travail pour les employés (Hsieh et al. 2002).

Enfin, le client, par une participation expansive peut être appréhendé comme un compétiteur de l'organisation. Fodness, Pitegoff, et Sautter (1993) se sont intéressés à cette facette de la participation et déduisent de leur analyse que les clients trop éduqués peuvent se transformer en compétiteur potentiel des entreprises de service. Bitner et al (1997) tout comme Carton (2004) soutiennent ce point de vue à travers les comportements de consommation dits de « *faire soi-même* ». Ici, le client peut réaliser une activité que l'entreprise de service propose. Ce rôle s'illustre particulièrement

quand le client a le choix entre faire lui-même ou faire faire à une entreprise. Si le client choisit de faire lui-même, il se comporte alors comme une entreprise qui se réserve le choix de fabriquer en interne ou de sous traiter. Il devient alors compétiteur de l'entreprise. Par exemple, un client peut avoir le choix d'aller chez son garagiste pour faire faire sa vidange, mais il peut aussi la faire lui-même. Ce rôle de compétiteur est aujourd'hui accentué par les technologies. En effet, si on prend l'exemple de la photographie numérique, les appareils photos, les ordinateurs, les logiciels de retouches professionnels et les tutoriels sont rendus accessibles aux amateurs et facilitent le faire soi-même. Ainsi, les consommateurs contrôlent toutes étapes de la production, depuis la prise du cliché jusqu'à l'encadrement ou l'agrandissement. Cette forme de participation pourrait alors être destructrice de valeur pour l'entreprise.

CONCLUSION :

Dans cette seconde section, nous nous sommes intéressés aux différentes activités que le client peut accomplir dans la co-crédation de valeur. Nous avons montréd que la littérature marketing a depuis longtemps débattu de la participation du client dans les services. On peut alors recenser de nombreuses définitions, typologies et modalités dont il n'est pas évident de trouver un dénominateur commun (Bonnemaizon et al., 2012).

Face à ce constat et en cohérence avec la littérature sur la co-crédation de valeur, nous avons défini la participation du client comme un double participation : intra et extra-rôle.

- **L'intra-rôle** représente la participation minimale du client définie et attendue par l'entreprise pour que le service se réalise.

- **L'extra-rôle** représente la participation volontaire du client non nécessaire à la réalisation du service mais qui contribue à productivité générale de l'organisation de service.

Nous avons, de plus, démontréd l'enjeu de la participation du client dans le mécanisme de co-crédation de valeur car celle-ci pouvait impacter directement la valeur co-crédée pour l'entreprise, le client ou les autres clients.

CONCLUSION DU CHAPITRE 1 :

Le premier chapitre de cette thèse nous a permis de positionner notre recherche dans le cadre théorique de la co-crédation de valeur. Plus précisément, son objectif a été d'identifier la place de la participation du client dans le mécanisme de co-crédation de valeur dans les services. Une revue de la littérature montre que la co-crédation de valeur va au delà de la simple consommation ou utilisation du service : elle nécessite de manière inhérente la participation active du client (Vargo, Maglio, et Akaka, 2008). La valeur est co-crédée par le client (seul ou avec les firmes) et uniquement évaluée « *dans l'usage* » par ce dernier. Elle résulte d'un mécanisme comprenant la réalisation de différentes activités prévues et organisées par les firmes (intra-rôle) mais également voulues et initiées par le client (extra-rôle). Bien que la participation du client représente un thème de recherche à part entière en marketing des services, l'évaluation de sa place dans la co-crédation de valeur demeure peu explorée et suscite de nombreux débats (Woodruff et Flint, 2006 ; Leclercq, Hammedi et Poncin, 2016). Plusieurs modèles et théories ont, en effet, été mobilisés dans la littérature pour comprendre, modéliser, expliquer ou prédire cette participation mais ces recherches sont focalisées en grande majorité sur la coproduction du service et ne prennent en compte ni les comportements extra-rôles du client et ni le rôle de son appropriation du service. Ainsi, il reste de nombreuses choses à apprendre concernant le rôle de chaque acteur dans la co-crédation de valeur et les conséquences de ces mécanismes pour les clients doivent être étudiées (Baron et Warnaby, 2011 ; Leclercq, Hammedi et Poncin, 2016).

Ce premier chapitre nous a également permis définir une première partie des concepts mobilisés dans ce travail et mis en œuvre dans notre modèle de recherche.

Ceux-ci sont synthétisés dans le tableau suivant :

CO-CRÉATION DE VALEUR	
Co-crédation de valeur	Crédation d'une valeur « dans l'usage » par le client. Elle est le résultat d'un mécánisme comprenant à la fois la participation du client dans la co-crédation et de son appropriation du service
Valeur dans l'usage	Ensemble de bédéfices activement extraits par le client de l'offre de service par son intégration personnelle du service (son appropriation) et son implication dans la co-crédation de valeur (sa participation)
PARTICIPATION DU CLIENT	
Intra-rôle	Participation a priori définie par l'entreprise que le client doit réaliser pour que le service se réalise
Extra-rôle	Participation volontaire du client qui contribue à la productivité générale de l'organisation de service

Tableau 7 : Synthèse des concepts définis dans le chapitre 1

Si nous avons vu dans ce premier chapitre que la co-crédation de valeur nécessite la participation du client au service, des recherches suggèrent qu'elle requiert également la personnalisation, l'adaptation et l'incorporation de l'offre de l'entreprise dans la vie du

client (Humphreys et Grayson, 2008 ; Payne, Storbacka et Frow, 2008 ; Pongsakornrungsilp et Schroeder, 2011 ; Hamdi-Kidar, 2013). Selon Prahalad et Ramaswamy (2003), c'est, en effet, lorsque le client s'empare pleinement de l'offre de service et en tire une signification personnelle qu'il extrait de la valeur. Il est alors fondamental d'évaluer le **rôle de l'appropriation que le client fait du service** dans le **mécanisme de co-crédation de valeur**. En d'autres termes, un client qui s'approprie le service extrait-il réellement davantage de valeur ? Est-il également plus engagé dans la participation ?

Le deuxième chapitre de cette thèse visera à présenter le **concept d'appropriation du service** par le client.

CHAPITRE 2 :

L'APPROPRIATION DU SERVICE

PAR LE CLIENT

INTRODUCTION GÉNÉRALE

PARTIE 1 :
CO-CRÉATION DE VALEUR, PARTICIPATION ET
APPROPRIATION DU SERVICE

CHAPITRE 1 : LA
PARTICIPATION DU
CLIENT À LA CO-
CRÉATION DE VALEUR

CHAPITRE 2 :
L'APPROPRIATION DU
SERVICE PAR LE CLIENT



PARTIE 2 : UNE ÉTUDE EMPIRIQUE DANS LE
SECTEUR DE LA SANTÉ

CHAPITRE 3 :
ÉLABORATION DU
MODÈLE DE RECHERCHE

CHAPITRE 4 : TEST DU
MODÈLE DE RECHERCHE

CONCLUSION GÉNÉRALE

INTRODUCTION

Mobilisée dans de nombreuses disciplines comme la psychologie de l'environnement, la philosophie, la littérature, les systèmes d'information, ou le marketing, l'appropriation est un concept ayant suscité un très large intérêt de la part des universitaires et intellectuels. En marketing, l'appropriation est généralement mobilisée comme cadre théorique pour mieux comprendre les comportements de consommation. Celui-ci permet, en effet, de rendre compte du rôle actif du consommateur comme bâtisseur de sa propre expérience. Originellement, les travaux ont eu pour champ d'application l'espace marchand (Aubert-Gamet, 1996 ; Bonnin, 2002 ; Cova et Cova, 2001 ; 2004 ; Ladwein, 2003 ; Petr, 2002) mais se sont étendus à d'autres domaines de recherche comme l'espace marchand en ligne (Michaud-Trévin, 2011), la consommation alimentaire (Brunel, Gallen et Roux, 2009, 2012 ; 2013), la musique enregistrée (Chaney, 2007), les objets d'occasion (Dehling, 2012), l'expérience des jeux virtuels (Kolenc, 2008), l'expérience de consommation en fast food (Caudron et Jeanpert, 2007), l'expérience touristique (2003), l'expérience olfactive (Ochs, 2005) ou l'expérience culturelle ou artistique (Carù et Cova, 2003, 2011 ; Balusseau, 2015).

Néanmoins, l'appropriation reste en marketing un phénomène complexe sujet à des contradictions et à un manque de clarifications conceptuelles (Brunel et Roux, 2006). En effet, la prolifération des définitions et des conceptualisations de l'appropriation conduit à véhiculer un certain flou autour de cette notion. L'appropriation est définie dans les Sciences de Gestion comme un ensemble de pratiques, un processus psychologique ou un état (Tsoni, 2012). De plus, l'appropriation est généralement appréhendée en marketing selon une posture interprétativiste (approches ethnologiques, analyse de

récits introspectifs et récits de vie, entretiens semi-directifs). Ces approches ont permis une meilleure compréhension du phénomène d'appropriation et fournissent des résultats majeurs quant à la décomposition du processus d'appropriation et de ses séquences ainsi qu'à la construction de relations théoriques. Néanmoins, ces relations n'ont pas été, à notre connaissance, mises à l'épreuve et l'appropriation n'a pas fait l'objet d'études quantitatives. Il n'existe, par ailleurs, pas d'échelle de mesure psychométrique de ce concept.

De plus, la question de l'appropriation est relativement peu explorée à ce jour en marketing des services: la participation du client est généralement appréhendée comme déterministe, le client ne pouvant qu'accepter ou rejeter le service qui lui est proposé. Les modèles du marketing des services n'envisagent pas, dans leur grande majorité, la possibilité que les clients inventent leurs propres usages du service, l'altèrent et se l'approprient. Mais pourquoi parler d'appropriation du service ?

D'un point de vue managérial, la question de l'appropriation est centrale car le service est généralement intangible et impalpable (Zeithaml et al., 1985 ; Rushton et Carson, 1989 ; Rust et al., 1996 ; Zeithaml et Bitner, 2000 ; Bebeko, 2000). Favoriser l'appropriation du service permettrait alors une meilleure représentation et compréhension du service par les clients. De plus, si le service est par essence expérientiel (Mudie et al., 2003), il ne peut certes pas être possédé physiquement à l'instar d'un produit (Camelis, 2009), mais nous pensons qu'il peut laisser un « *territoire de liberté* » (Filsler, 2002) au client qui peut conduire à son appropriation. Enfin, la littérature sur la co-création de valeur envisage, nous l'avons vu, le mécanisme de co-création de valeur comme dépendante de l'incorporation de l'offre de l'entreprise dans

la vie du client. Nous pensons dès lors que, dans un service, le client co-crée de la valeur lorsque celui-ci se l'approprie.

Intégrer le concept d'appropriation du service permettrait de compléter les approches existantes du marketing des services d'une part et d'autre part, éclairer le mécanisme de co-création de valeur pour le client.

Toutefois, de nombreuses questions restent inexplorées : Comment définir et conceptualiser l'appropriation d'un service? Comment un client peut-il s'approprier un service ? Quelle est la place de l'appropriation dans le mécanisme de co-création de valeur ?

L'objectif de ce second chapitre sera, d'une part, de présenter une revue de la littérature sur le concept d'appropriation afin de déterminer son rôle dans la co-création de valeur, et d'autre part, de fournir une définition et une conceptualisation de l'appropriation du service fondée sur l'identification de différentes dimensions.

Selon Brunel et Roux (2006), l'appropriation en marketing peut être appréhendée selon deux grandes perspectives qui se distinguent par le sens de la relation individu-objet : l'approche « descendante » et l'approche « récursive ». L'approche « descendante » est dirigée de l'individu sur l'objet alors que l'approche « récursive » conçoit l'appropriation avec une réciprocité : de l'individu sur l'objet et de l'objet sur l'individu.

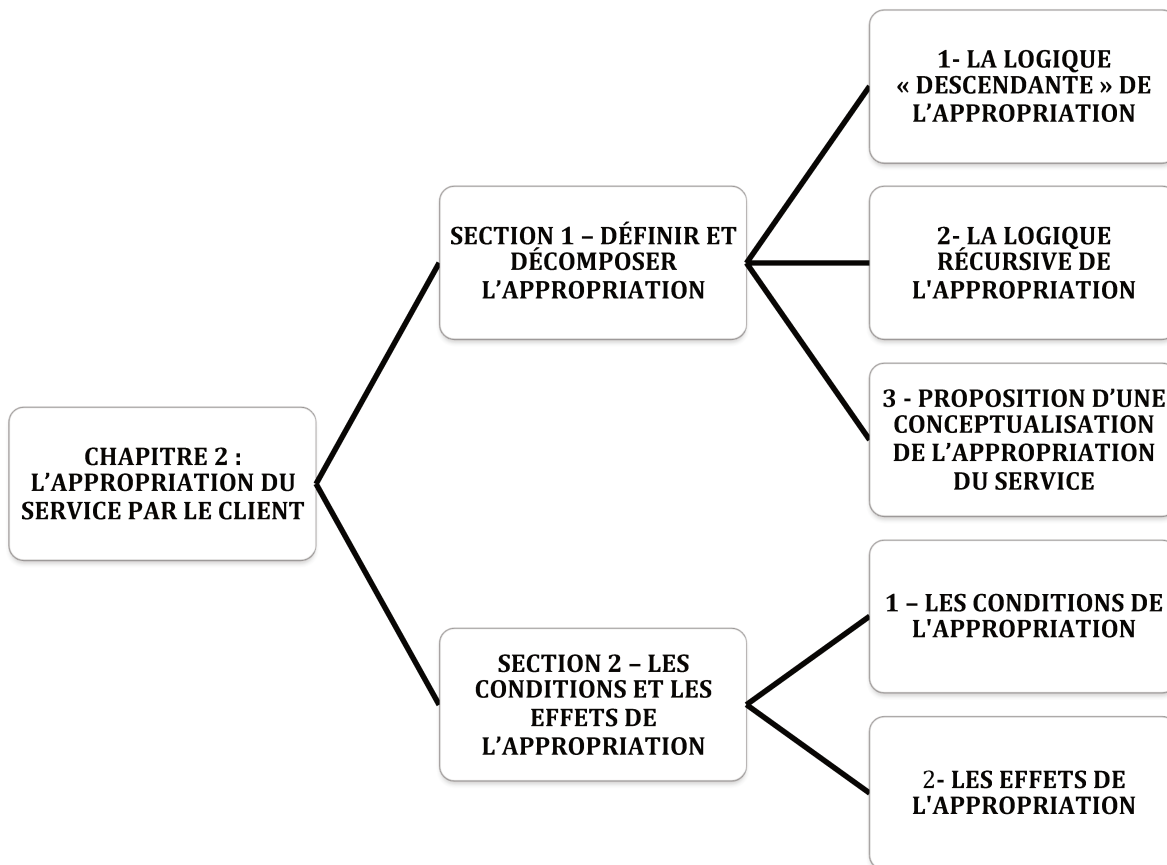
En cohérence avec cette distinction, nous présenterons dans une **première section** l'approche « descendante de l'appropriation ». En nous fondant sur une revue de la littérature issue de divers champs de recherche en Sciences Humaines et Sociales et en

marketing, nous montrerons tout d'abord comment l'appropriation est définie et elle est conceptualisée au sein de différents processus.

La **seconde section** sera consacrée à l'approche « réursive » de l'appropriation. Elle exposera les principales caractéristiques de cette logique et les différents processus et modes d'appropriation.

La mise en perspective de ces deux approches nous permettra d'identifier certaines limites, de positionner l'appropriation du service selon la logique « réursive » et de clarifier notre appréhension du concept dans le cadre de cette recherche. Nous soulignerons également l'importance de considérer, afin de répondre à nos objectifs de recherche, le concept d'appropriation du service par sa dimension psychologique comme un ensemble de perceptions mesurables à un instant donné. Sur la base de notre revue de la littérature, nous nous attacherons donc à identifier, présenter et justifier cinq dimensions qui composent l'appropriation.

Dans une **troisième section**, nous dresserons un état des lieux des différents antécédents et conséquences de l'appropriation envisagés dans la littérature. Nous expliquerons alors le rôle de l'appropriation dans le processus de co-crédation de valeur.



SECTION 1 – DÉFINIR ET DÉCOMPOSER L'APPROPRIATION

Définir ce que recouvre la notion d' « *appropriation* » n'est pas une chose aisée. En effet, qu'il s'agisse d' « *accommoder* » (Miller, 1995), de « *domestiquer* » (Warnier, 1994) ou de « *réaliser pleinement la possession* » d'un objet (Sartre, 1943), l'appropriation renvoie à une variété importante de notions en fonction des circonstances de son application (Dehling, 2013). Selon le Larousse, l'appropriation désigne le fait de « *faire sa propriété de quelque chose, souvent indûment; en particulier, s'attribuer la paternité d'une œuvre ou d'une idée* ». On trouve comme synonymes les termes « *piller* », « *plagier* », « *s'adjuger* », « *s'arroger* », « *s'attribuer* », « *se saisir* », « *s'emparer* », « *s'octroyer* », ou encore « *voler* ». ⁶ Etymologiquement, le terme *appropriation* provient du latin « *appropriare* » qui signifie rendre propre à une destination, adapter, conformer.

Il est composé du préfixe « *ap* », du radical « *proprius* » et du suffixe « *ation* » :

- « *Ap* » signifie le fait de rendre proche, de rapprocher.
- « *Proprius* » a un sens double qui signifie à la fois, *ce qui appartient en propre à l'individu, ce qui n'appartient qu'à soi, qu'on ne partage pas* (Rey, 2006, p 2977); mais également *ce qu'est l'individu (ou cet objet), ce qui le caractérise*.

6

http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/s_approprier/4780#H9wWLxDw2ZD8T0T5.99

- Le suffixe « *ation* » signifie quant à lui « *l'action en train de s'accomplir* » (E. Littré).
L'appropriation apparait alors comme un processus *praxéologique*, en d'autres termes, construit dans l'action (Laulan, 1984).

Selon Gauche (2003), la racine « *proprius* », renvoie l'appropriation aux notions de **durabilité** et de **réurrence**.

Appropriation			
« <i>Ap</i> »	« <i>Propius</i> »		« <i>Ation</i> »
Rendre, rapprocher	<i>Ce qui appartient en propre à l'individu, qui n'appartient qu'à soi, qu'on ne partage pas</i>	<i>Ce qu'est l'individu (ou cet objet), ce qui le caractérise</i>	Action en train de s'accomplir
L'appropriation désigne un processus construit dans l'action qui vise à, de manière durable, rendre un objet propre à soi.			

Tableau 8 : Etymologie du mot « appropriation »

Ainsi, d'un point de vue étymologique, **l'appropriation semble être un processus construit dans l'action qui vise, de manière durable, à rendre un objet propre à soi.**

Cette analyse suggère que l'appropriation contient une dimension identitaire forte par l'adaptation de l'objet à l'individu et/ou l'adaptation de l'individu à l'objet mais aussi par une dimension subversive car elle est bien souvent produite de manière indue par l'individu.

Bien que cette analyse étymologique nous fournisse une première définition de l'appropriation, comment est-elle appréhendée en Sciences Humaines et Sociales, en

management et en marketing? Comment peut-on alors définir l'appropriation du service ?

Si en marketing, l'appropriation reste un phénomène complexe (Brunel et Roux, 2006), cette première section aura pour objectif de présenter les différentes approches de l'appropriation et de proposer une définition originale de l'appropriation du service. Afin de rendre notre exposé clair et face à la multitude de ces définitions, nous adopterons la distinction de Brunel et Roux (2006).

Dans une première sous-section, nous présenterons l'approche « descendante » de l'appropriation. Celle-ci provient principalement des recherches en psychologie sociale de l'environnement et considère l'appropriation comme un processus actif d'emprise physique (le regard, l'exploration physique, les gestes, la transformation) et psychologique (se familiariser, développer sa connaissance, conférer du sens) de la part de l'individu sur l'objet.

Dans une **seconde sous-section,** l'approche « récursive » de l'appropriation sera développée. Celle-ci considère l'appropriation comme une action réciproque de l'individu et de l'objet : l'objet approprié contribue en retour à la construction identitaire de l'individu. Cette approche s'inspire principalement des travaux en philosophie (Sartre, 1943) et de ceux de Belk (1988) en marketing.

Enfin, **dans une troisième et dernière sous-section,** nous présenterons un essai d'intégration de ces différents travaux et une conceptualisation de l'appropriation du service par le client, fondée sur l'identification de différentes dimensions.

1- LA LOGIQUE « DESCENDANTE » DE L'APPROPRIATION : UNE ACTION DE RECONQUÊTE DE L'INDIVIDU SUR L'OBJET

La première logique que nous nous proposons d'exposer ici est la logique « *descendante* » de l'appropriation (Brunel et Roux, 2006). Selon cette approche, **l'appropriation désigne une action dirigée de l'individu vers l'objet** (Fischer, 1983). Elle correspond à l'exercice d'une autorité, d'un contrôle et d'un pouvoir (physique et/ou psychologique) sur un environnement (Carù et Cova, 2003).

Nous présenterons, dans un premier point, la logique « descendante » de l'appropriation en Sciences Humaines et Sociales et systèmes d'information puis la logique « descendante » de l'appropriation en marketing.

1-1 LA LOGIQUE « DESCENDANTE » EN SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

1-1-1 L'APPROPRIATION CHEZ MARX

Selon la sociologue Serfaty-Gazon (2003), l'usage sociologique du concept d'appropriation provient de l'anthropologie marxiste où elle est un concept central dans la théorie de l'aliénation (Ollman, 1971).

Elle représente une action volontaire de l'individu sur le monde (*praxis*) qui permet l'intériorisation par l'individu de savoirs, de savoir-faire et de capacités. En s'appropriant, l'individu se refuse de sombrer dans la domination du monde par son

aliénation, en d'autres termes sa dépossession et la perte de ses forces au profit de la société.

Selon Marx (1844), l'appropriation est à la fois un « *accomplissement intérieur* » et une « *expérience socialement médiatisée* » (Serfaty-Garzon, 2003, p. 28) nécessitant des mécanismes de transmission sociale assurés par l'éducation.

1-1-2 L'APPROPRIATION DE L'ESPACE

Inspirée par la pensée de Marx, la notion **d'appropriation de l'espace** est introduite en psychologie sociale de l'environnement dans les années 1970 pour comprendre comment les individus interagissent avec un environnement et pourquoi ils développent des actions non envisagées par les urbanistes et les architectes (Moles et Rohmer 1982; De Certeau, 1980 ; Fischer, 1981 ; Augé, 1994; Bozon, 1984; Shields, 1992). Selon cette approche, l'appropriation est motivée par la construction d'un espace propre à l'individu: la **reconquête d'un territoire**.

Les psycho-sociologues de l'environnement se fondent sur le postulat selon lequel l'individu ne choisit pas son environnement et se soumet à un système qui provient d'autres parties prenantes (comme par exemple la nature, les autres êtres vivants, les autres individus, les institutions, la politique territoriale régionale ou nationale). De fait et en réaction à cette soumission, les individus développent par l'appropriation un contre-pouvoir dont l'objectif est le retournement de cet état de fait. L'appropriation désigne donc un processus d'interaction de l'individu sur l'environnement visant à le (re)contrôler. L'individu va alors (re)conquérir des espaces physiques en les rendant siens et en se les appropriant.

On retrouve de très nombreuses définitions de l'appropriation en psychologie sociale de l'environnement. Le Tableau 9, sur la page suivante, présente certaines de ses définitions.

Ouvrages	Définitions
<i>La psychosociologie de l'espace</i> , 1981, p. 86.	« Le concept d'appropriation ne recouvre pas l'idée de propriété légale. Il désigne plus largement comment dans diverses situations, lieux anonymes ou non, publics ou privés, l'individu aménage, restructure l'espace en coquilles personnelles qui manifestent sa relation privilégiée au lieu dans lequel il se trouve, même provisoirement ».
<i>Le travail et son espace</i> , 1983, p. 40.	« L'appropriation se manifeste comme «l'exercice d'une autorité, d'un contrôle, d'un pouvoir (physique ou psychologique) » (...) se référant à l'idée d'espace personnel ».
<i>Psychologie sociale de l'environnement</i> , 1992, p. 91.	« L'appropriation est un processus psychologique fondamental d'action et d'intervention sur un espace pour le transformer et le personnaliser ; ce système d'emprise sur les lieux englobe les formes et types d'intervention sur l'espace qui se traduisent en relation de possession et d'attachement ».
<i>Psychologie sociale de l'environnement</i> , 1997, p. 72.	« (...) l'affirmation d'une variante personnelle, exprimée en termes de styles d'occupation, de transformation, d'installation, d'aménagements ; l'élément de l'espace ou la portion de l'environnement ainsi transformés vont se muer en système d'emprise (...) ».
<i>Psychologie sociale de l'environnement</i> , 2011, p. 94.	« L'appropriation est une manière de matérialiser une part de son univers mental dans l'espace physique environnant, pour le faire notre ».
<i>Psychologie sociale de l'environnement</i> , 2011, p. 105.	(..) Un langage symbolique (...) révélant en fin de compte une part du monde intérieur débordant sur l'espace dans lequel on vit ».

Tableau 9 : Les définitions de l'appropriation de l'espace en psychologie de l'environnement (d'après Balusseau, 2015)

A la lecture de ces définitions, nous pouvons, en guise de synthèse, dire que de manière générale en psychologie sociale de l'environnement, l'appropriation est généralement définie, selon une logique « descendante » (de l'individu sur l'environnement), comme **un processus psychologique et comportemental durant lequel l'individu structure et aménage son environnement en fonction de son univers mental et exerce une forme d'autorité** sur celui-ci.

Comme pour Marx (1844), l'appropriation de l'espace est définie dans un contexte de pouvoir et de domination de l'environnement sur l'individu. Le sociologue Chombart de Lauwe (1976), cité par Serfaty-Garzon illustre ce phénomène par la notion de « désappropriation ». Ce terme traduit le sentiment de domination ressenti par les individus aux prises avec un système codifié et standardisé dont les codes d'usages et modèles de pratiques leur sont imposés (Serfaty-Garzon, 2003).

L'appropriation est donc définie selon un axe du « **pouvoir de l'environnement** » :

- Dans le cas d'un pouvoir faible, l'individu peut développer des processus **d'appropriation de l'espace.**
- Si le pouvoir du prestataire est trop contraignant, l'individu se verra contraint de développer des processus de **ré-appropriation par** « *un ensemble d'actes quasi-subversifs, mis en œuvre par l'individu, et qui consisteront à contourner, à détourner, à modifier, à bouleverser l'espace 'conforme', pour le mettre en correspondance avec ses pratiques et ses représentations* » (Pinson, 1993, p.156) ».

L'individu va alors inventer de nouveaux usages et des sens dérivés qui peuvent aller à l'encontre de ce qui avait été prévu.

Des recherches en sociologie urbaine ont mis en évidence l'existence de détournements dans les espaces publics (Bozon, 1984 ; Fize, 1994 ; Grafmeyer, 1994). On peut, par exemple, citer le fait de traverser hors des passages cloutés, de s'abriter à un arrêt de bus, de couper par des immeubles à double entrée, ou de marcher sur les pelouses. Selon Paquot (1995, p.15), « l'imposition d'un mode d'habiter n'empêchera jamais une combinaison de modes d'appropriation qui se réalise parfois au mépris de toute règle ».

1-1-3 L'APPROPRIATION DE L'OUTIL TECHNOLOGIQUE

Apparue en France et au Québec dans les années 1970 et 1980 sous l'influence de la sociologie des usages, l'appropriation représente en systèmes d'information un concept qui a fait l'objet de très nombreuses recherches. Selon Tsoni (2012), c'est en effet, dans cette discipline, que l'on retrouve le plus de travaux sur ce concept dans la littérature en Sciences de Gestion. L'importance de ce concept en systèmes d'information provient du constat que les individus n'utilisent pas un outil technologique, dans leurs pratiques, comme il est prévu lors de sa conception de l'outil. La compréhension de cet écart nécessite alors d'explorer le phénomène d'appropriation qui est à l'œuvre dans l'organisation.

Bien que non explicitement cité par Brunel et Roux (2006), le concept d'appropriation en systèmes d'information se rapproche de la **logique descendante** précédemment présentée car celle-ci est appréhendée comme une action de l'individu sur l'outil

technologique en réaction à un pouvoir (ici une utilisation contrainte par les concepteurs de la technologie). L'appropriation en systèmes d'information désigne généralement le processus par lequel un individu acte jour après jour pour rendre une technologie propre à son usage (De Vaujany, 2005), ou encore la manière dont les individus interprètent et intègrent un outil technique dans des routines organisationnelles en modifiant son usage, tel qu'imaginé par ses concepteurs (DeSanctis et Poole, 1994). Cette notion désigne donc l'usage qui est réellement fait d'une technologie par opposition à la conception (Ologeanu-Taddei et Staii, 2008). Elle fait référence aux pratiques d'adaptation de l'outil ou de « coping » institutionnels (Beaudry et Pinsonneault, 2005 ; Ologeanu-Taddei et Staii, 2008).

En systèmes d'information, la perspective « *appropriative* », comme elle est parfois dénommée par les chercheurs, repose essentiellement sur la notion de dualité de la technologie. Cette notion renvoie au fait que la technologie est à la fois définie comme un cadre facilitant mais aussi contraignant pour l'action individuelle (Orlikowski, 1992 ; DeSanctis et Poole, 1994). Selon Grimand (2006), l'appropriation s'oppose aux théories représentationnistes des systèmes d'information. Les théories représentationnistes considèrent que l'outil jouit d'une force autonome et qu'il ne nécessite donc pas d'être contextualisé, ni approprié car il s'impose à l'acteur. Ainsi, l'acteur est passif, désincarné, sans désirs, buts ou identités. Il n'a qu'un rapport d'extériorité total à l'outil. A l'inverse et en réaction à cette approche, la perspective appropriative ne réduit pas l'outil à son essence technique ou formelle. Elle le considère davantage comme une entité mixte associant d'un côté artefacts, matériels et symboliques (concepts, schémas, interfaces d'outils informatiques) et de l'autre un registre d'actions et d'usages créatrices de sens. Cette perspective souligne l'importance

de la dimension symbolique et instrumentale que revêtent les outils technologiques. De plus, le détournement des outils par des pratiques de bricolage, de réadaptation ou de réinterprétations peut être envisagé.

Ainsi, la perspective « *appropriative* » des systèmes d'information envisage la possibilité d'un double mouvement de conformation et de subversion de l'individu envers l'outil technologique, s'adaptant à son usage mais pouvant également construire de nouveaux usages. De plus, elle envisage la création d'un sens personnel injecté dans l'outil : c'est la transformation des dispositifs techniques de simples moyens techniques à des outils qui ont du sens pour l'individu-utilisateur (Orlikowski, 1992 ; DeSanctis et Poole, 1994).

L'appropriation de l'outil désigne alors la stratégie mise en place par les individus pour reconquérir une liberté perdue et développer, en réponse à une utilisation contrainte, de nouveaux sens et usages de l'outil.

CONCLUSION :

L'objectif de cette sous-section a été de présenter et de définir la logique « descendante de l'appropriation » en SHS et management.

Cette revue de la littérature montre que :

- La logique « **descendante** » de l'**appropriation** trouve son origine dans la **pensée marxiste** où elle est appliquée à l'appropriation des objets produits par l'individu.
- Selon les sociologies, les psychologues de l'environnement ou les chercheurs en systèmes d'information, l'appropriation est appréhendée selon une approche « descendante » comme **une action de l'individu sur l'objet approprié**.
- Dans cette approche, **l'appropriation se produit en réaction à un pouvoir** dans un contexte de domination de l'ordre établi (le monde, l'environnement, ou l'usage défini par les concepteurs d'un outil technologique).
- De manière générale, l'appropriation représente alors un **processus physique et psychologique selon lequel l'individu structure et aménage l'objet approprié en fonction de son univers mental et exerce une forme d'autorité sur celui-ci**.
- L'appropriation désigne donc un processus d'interaction avec l'objet approprié

visant à le (re)contrôler.

- Selon la logique « descendante » de l'appropriation, les individus vont inventer de nouveaux usages et sens de l'objet approprié. Ainsi, l'appropriation semble contenir une **dimension créative forte**.

Si cette sous-section a permis de montrer comment la logique « descendante » de l'appropriation est appréhendée en SHS et management, nous exposerons, ci-après, la logique « descendante » de l'appropriation dans la littérature marketing.

1-2 LA LOGIQUE « DESCENDANTE » DE L'APPROPRIATION EN MARKETING

1-2-1 L'APPROPRIATION DE L'ESPACE MARCHAND ET DE L'EXPÉRIENCE DE CONSOMMATION

L'appropriation, définie par sa logique « *descendante* », a été intégrée dans les travaux de marketing car elle propose un cadre théorique permettant de reconsidérer la place du consommateur dans l'expérience de consommation en le considérant comme bâtisseur de sa propre expérience.

Sous l'influence de la psychologie sociale de l'environnement, l'appropriation fut originellement appliquée, dans les recherches francophones de marketing, à l'espace marchand dans la thèse de Véronique Aubert-Gamet (Aubert-Gamet, 1996). En cohérence avec les travaux de psycho-sociologie de l'environnement, le prisme de l'appropriation envisage une vision systémique et interactive de la relation individu-espace, où l'espace marchand représente un potentiel de construction et de création mis à disposition du client qui va y inscrire du sens et lui donner une réalité subjective (Aubert-Gamet, 1998). De plus et selon Bonnin (2002), l'appropriation permet d'incorporer des dimensions non sensorielles dans l'analyse de cette relation, ce que ne permet pas le modèle traditionnel de l'influence de l'atmosphère (Kotler, 1973 ; Mehrabian et Russel, 1974).

En marketing, le concept d'appropriation de l'espace marchand est généralement défini à la lumière des travaux de Fischer (1992, p. 91) comme « ***un processus psychologique fondamental d'action et d'intervention sur un espace pour le transformer et le personnaliser; ce système d'emprise sur les lieux englobe les formes et les types*** »

d'intervention sur l'espace qui se traduisent en relations de possession et d'attachement ».

L'appropriation y est donc appréhendée à la fois par sa facette psychologique et comportementale. Le cadre théorique de l'appropriation fut par la suite généralisé à toute expérience de consommation car il place le consommateur comme acteur à part entière de sa consommation (Carù et Cova, 2003).

Dans ce contexte, l'appropriation tend à remettre en question les modèles explicatifs de l'immersion dans l'expérience, en d'autres termes, les modèles qui expliquent comment le consommateur peut accéder à un état de flux et à une expérience extraordinaire (Hetzl, 2002) voir inoubliable (Pine et Gilmore, 1998 et 1999).

En marketing et à l'image de la psychologie sociale de l'environnement ou des systèmes d'information, la logique « descendante » de l'appropriation s'inscrit dans un contexte de pouvoir régi par les entreprises. Ce pouvoir peut s'illustrer dans l'espace marchand par le design architectural ou processuel (script de service) mais également dans le cadre d'expériences de consommation par l' « offre prépackagée venue de l'entreprise » (Carù et Cova, 2006, p. 108). Selon ces auteurs, les consommateurs sont aujourd'hui face à un « phénomène croissant de désappropriation du quotidien » (Carù et Cova, 2006, p. 108) face auquel le consommateur réagit selon différents degrés d'appropriation.

Appliquée à l'offre et à la participation du spectateur dans le cadre des expériences artistiques et culturelles, l'appropriation est, par exemple, appréhendée selon un « continuum d'appropriation » (Pulh, Bourgeon-Renault et Bouchet, 2005) pouvant aller d'une « logique participative en réaction » où l'appropriation se limiterait

essentiellement au travail d'appropriation mentale de l'oeuvre à une « *logique active d'appropriation* » du spectacle où le consommateur coproduit de manière active son expérience. En s'intéressant au pouvoir du système, Cova et Cova (2001) identifient, quant à eux, trois degrés d'appropriation en fonction du pouvoir du système: l'« appropriation » lorsque l'individu peut disposer du potentiel d'appropriable laissé par le système, la « réappropriation » lorsque l'individu fait preuve d'un pouvoir dominant créatif sur le système et l'adaptation lorsque l'individu se plie aux règles du système.

L'appropriation offre ainsi un cadre théorique novateur pour les recherches du marketing. Mais comment le consommateur s'approprie-t-il une expérience ? Comment ce mécanisme est-il appréhendé?

1-2-2 LES PROCESSUS DE L'APPROPRIATION « DESCENDANTE »

Le processus d'appropriation de l'espace marchand (plus tard généralisé à toute expérience de consommation) est sensiblement l'un des modèles de l'appropriation qui domine les travaux francophones de marketing. Il trouve son origine dans les travaux de Fischer (1983, 1992) et fut la première fois adapté par Aubert-Gamet (1996).

Appliquée à l'espace marchand, l'appropriation est définie comme un processus individuel et comportemental composé de trois phases distinctes: la **nidification**, **l'exploration et le marquage** (Aubert-Gamet, 1996, p. 195) .

- La **nidification** est définie comme une « *sorte de mise entre parenthèses, d'intériorisation de l'espace dans le corps qui l'épouse* ». Ce sont des formes d'installation qui se réfèrent toujours plus ou moins explicitement à la création

d'un chez-soi, et qui, par toutes sortes d'artifices et d'aménagements, permettent à l'individu « de faire son nid » (Fischer, 1983)

- L'**exploration** est un processus de présence et d'interaction de l'individu avec l'environnement. Il représente le fait «*de repérer, de remarquer, de recevoir des informations diverses et donc d'amorcer l'interprétation du lieu* » (Fischer, 1983).
- Enfin, le **marquage** correspond à «*l'ensemble des relations et des conduites au travers lesquelles l'individu peut inscrire dans l'espace un caractère personnel* » (Fischer, 1983). C'est un «*déploiement du Moi dans et sur la matérialité de l'espace* », une personnalisation tangible de certains objets de l'espace.

Plus tard, ce modèle en trois étapes fut généralisé à toute expérience de consommation. Dans un article traitant de l'appropriation de l'expérience de consommation artistique dans le cadre d'un concert de musique classique, Carù et Cova (2003) utilisent, en effet, le procédé de l'analogie et de la métaphore dans les sciences sociales, «*construire une théorie, c'est développer, par analogie, des concepts pertinents* » (Van den Bulte, 1994, p. 406) pour généraliser les spécificités du modèle de l'appropriation de l'espace marchand à toute expérience de consommation. Cette théorie de la métaphore permet de donner un sens à un phénomène quand il n'existe pas encore de concepts assez développés pour s'en charger. Ainsi, le rôle productif du client tel qu'il est présenté dans le cadre d'une expérience de magasinage peut être étendu métaphoriquement à toute forme d'expérience de consommation (Cova et Cova, 2001).

Le processus de l'appropriation d'une expérience de consommation reprend donc les trois opérations précédemment présentées de **nidification, d'exploration et de marquage** (Carù et Cova, 2003 ; Cova et Deruelle, 2010).

Toutefois, leurs définitions sont reformulées :

- La **nidification** correspond ici à la reconnaissance de l'expérience afin de s'y nicher. Elle est une des premières conditions de l'appropriation. Le consommateur va chercher un territoire qui lui semble familier pour s'y nicher et sera mis en confiance par cette proximité.
- La seconde opération est **l'exploration**. Confiant, le consommateur poursuivra ici son exploration à travers une quête de découvertes. Cette étape sous-entend un ensemble de compétences mis en jeu pour agrandir son territoire dans l'expérience, repérer de nouveaux produits ou activités.
- Enfin, le **marquage** correspond à une étape où le consommateur découvre une source d'émotion forte et de plaisir dans l'expérience. Il sera en mesure de la cristalliser, de la figer et de la marquer afin de lui donner un sens très personnel.

Les auteurs ajoutent que l'adaptation du modèle de l'appropriation à l'expérience de consommation, complétée par l'apport du modèle de l'activité perceptive (Neisser, 1976), favorise l'idée que les trois types d'opérations se dotent d'**une certaine circularité**.

En d'autres termes, l'appropriation de l'expérience est un cycle : les séquences ne s'enchaînent pas nécessairement de manière linéaire et le client peut jongler aléatoirement d'une séquence à l'autre.

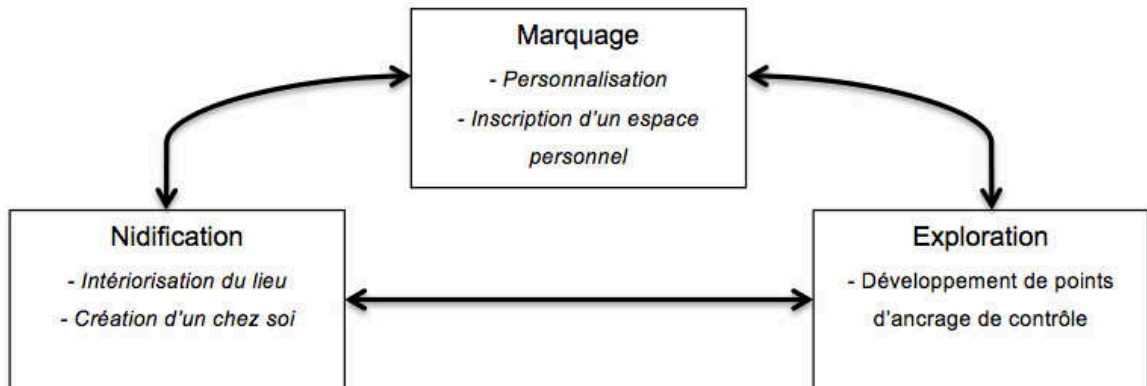


Figure 5 : Modèle d'appropriation de l'espace marchand et de l'expérience de consommation (Aubert-Gamet, 1996 ; Carù et Cova, 2003)

CONCLUSION :

Nous avons présenté, dans cette section, l'appropriation selon **la logique « descendante »**.

Nous avons vu que cette perspective tirait son origine de la pensée de Marx et qu'elle fut par la suite intégrée dans certaines disciplines des SHS et du management ainsi qu'en marketing.

Nous retenons plus particulièrement les éléments suivants :

- Selon cette approche, l'appropriation renvoie au « faire » : elle est définie comme **une intervention de l'individu sur l'objet** selon un processus inscrit dans le temps, puisque l'action est « en train de s'accomplir ».
- L'appropriation est produite en **réaction aux contraintes de l'environnement au sens large** (l'environnement pouvant être selon les disciplines et les champs d'étude un espace public, un outil technologique, un espace marchand physique ou virtuel, une expérience de consommation etc....). En effet, cette approche émerge du constat qu'il existe une **domination** de l'environnement sur l'individu et de fait, un jeu de pouvoir. Elle est une forme de résistance à la normalisation.
- En marketing, **l'appropriation « descendante » est intégrée comme un cadre**

théorique mobilisé dans l'étude des expériences de consommation.

- Ce cadre est fondé sur le principe selon lequel le consommateur ne cherche plus aujourd'hui à prendre part dans des expériences singulières élaborées par les firmes mais veut en être aussi le créateur et bâtisseur actif (De Certeau, 1980) afin de s'approprier son quotidien (Cova et Cova, 2001).
- La littérature marketing définit **l'appropriation comme un processus psychologique et comportemental** d'emprise et de contrôle du consommateur sur l'objet approprié (espace marchand, expérience de consommation)
- Ce processus est opérationnalisé au sein de trois opérations : la nidification, le marquage et l'exploration. Tiré des travaux en psychologie sociale de l'environnement, ce processus fut mobilisé dans le cadre de l'espace marchand mais également généralisé à toute expérience de consommation.

Cet exposé montre l'importance et le potentiel de ce concept dans la littérature marketing.

Toutefois, nous pouvons identifier un certain nombre de limites à ces travaux :

- Ces recherches ont eu pour objectif la description et la compréhension du phénomène d'appropriation. De fait, **aucune étude prédictive ou explicative de l'appropriation n'a été identifiée dans la littérature.**

- De plus, ces **recherches n'envisagent pas la possibilité que les objets appropriés puissent en retour transformer l'individu**. Or, certaines théories comme la théorie du « soi-étendu » indiquent que l'individu façonne son identité par l'appropriation.

De fait, la logique « récursive » de l'appropriation sera présentée dans la sous-section suivante.

2- LA LOGIQUE « RÉCURSIVE » DE L'APPROPRIATION : UNE ACTION RÉCIPROQUE DE L'INDIVIDU ET DE L'OBJET

Selon Brunel et Roux (2006), une seconde logique de l'appropriation peut être identifiée dans la littérature en SHS et marketing. Il s'agit de la **logique « récursive » de l'appropriation**. Cette logique éclaire la relation individu-objet en considérant l'appropriation comme une **action réciproque de l'individu et de l'objet** (i.e. de l'individu vers l'objet et de l'objet vers l'individu). Cette approche stipule que l'objet approprié transforme son possesseur et peut contribuer à sa construction identitaire.

La logique « récursive » met ainsi en relation la notion de possession psychologique d'un objet (i.e. « *cet objet est à moi* ») et celle de l'identité de l'individu (i.e. « *cet objet c'est moi* »), parfois dénommée « soi » ou « self » dans les différentes recherches⁷. Elle entre ainsi pleinement en cohérence avec l'analyse étymologique et le terme latin « *propius* » qui signifie à la fois « *ce qui appartient en propre à l'individu* » (Rey, 2006, p 2977), mais également « *ce qu'est l'individu (ou cet objet), ce qui le caractérise* ».

Dans cette sous-section, nous reviendrons tout d'abord sur les racines de cette approche issue de la pensée de Sartre (1943) et des travaux en psychologie et anthropologie. Puis, dans une seconde sous section, nous développerons comment cette logique est appliquée en marketing.

⁷ Ces notions seront développées dans le paragraphe 2

2-1 RACINES PHILOSOPHIQUES, PSYCHOLOGIQUES ET ANTHROPOLOGIQUES DE L'AVOIR

On doit probablement les origines de l'approche « *réursive* » de l'appropriation à Sartre et à son essai d'ontologie phénoménologique *l'Être et le Néant* (1943). Pour Sartre, l'être humain est, par définition, incomplet: « *La réalité humaine se saisit dans sa venue à l'existence comme être incomplet en présence de la totalité singulière qu'elle manque. Elle est dépassement perpétuel vers une coïncidence avec soi qui n'est jamais donnée* » (p. 251). Cet état d'incomplétude de l'individu se traduirait alors par le désir permanent d'agir et de s'approprier afin de mieux être. Or, s'approprier n'est pas, pour Sartre (1943), posséder légalement l'objet, elle induit un sentiment de possession totale et psychologique de l'individu sur l'objet. Pour le philosophe, posséder, c'est s'unir à un objet sous le signe de l'appropriation. C'est « *avoir à moi, être la fin propre de l'existence de l'objet* ». L'appropriation dépasse ainsi l'idée de propriété légale : par l'appropriation d'un objet, c'est la possession totale de ce dernier que l'individu acquiert, c'est finalement « lui hors de lui ». S'approprier un objet, c'est donc vouloir posséder le monde à travers un objet particulier. Être dans le monde, c'est projeter de posséder le monde. Ainsi, selon la pensée de Sartre (1943), l'individu est, par définition, incomplet et c'est en s'appropriant les objets qui l'entourent, en d'autres termes en les possédant pleinement et en s'unissant à eux, qu'il trouverait alors le sens de soi. La vision d'incomplétude de l'individu abordée par Sartre peut être également perçue chez Simone Weil (1952, p. 29) pour qui l'âme est effectivement « *isolée, perdue, si elle n'est pas dans un entourage d'objets qui soit pour elle comme un prolongement des membres du corps* ». Ainsi, ces auteurs envisagent l'individu comme un être incomplet qui, via l'appropriation des objets, trouverait le sens de soi.

En anthropologie, si l'individu s'approprie un objet, c'est avant tout pour **l'intégrer dans sa sphère individuelle et jouir de ses propriétés.**

Cette vision de l'« avoir » trouve en effet une correspondance dans les lois de la magie sympathique (pensée magique) développées en anthropologie (Tylor, 1871 ; Frazer, 1890 ; Rozin, 1994) et plus spécifiquement dans la loi de la contagion. Selon cette loi, les propriétés de l'objet approprié sont transmises à son possesseur. En d'autres termes, l'individu incomplet va s'approprier un objet pour en « ingérer » ses propriétés. Ces approches ont notamment été envisagées dans le cadre de la consommation alimentaire et de l'ingestion d'un produit : manger participe à la construction identitaire, les individus devenant ce qu'ils mangent (Rozin, 1994 cité par Brunel, Gallen et Roux, 2012 ; 2013).

En outre, en anthropologie de la consommation, l'appropriation désigne le processus par lequel une marchandise produite en série et d'abord extérieure à l'individu est progressivement et activement réassimilée ou « internalisée » (Miller, 1987, p. 17) par celui-ci. L'objet est alors intégré dans la sphère personnelle de l'individu (du groupe) via un ensemble de transformations symboliques et matérielles sur le sens, la nature et l'usage de l'objet. Ces transformations co-constituent alors le « nouvel » objet approprié et l'identité de l'individu (Miller, 1987, p. 17 ; 1997, 2010 ; Pels *et al*, 2002 ; Debary et Turgeon, 2007).

Plusieurs travaux en psychologie ont également fait état de cette transmission psychologique et identitaire envers les objets possédés. S'intéressant à des individus victimes de catastrophes naturelles, des chercheurs ont constaté, par exemple, le développement de troubles psychologiques importants du fait de la perte irréversible de

leurs biens (Rosenbaltt, Walsh et Jackson, 1976). Les individus semblent alors perdre une part de leur identité (Sayre, 1994). De même, dans le cadre de certains établissements comme les prisons, les camps militaires et les maisons de retraite, l'admission de nouvelles personnes implique une apparence "standardisée" (coupes de cheveux, garde robe...) qui passe par la suppression de tous leurs biens personnels y compris leurs vêtements ou même leurs noms. Cette standardisation de l'apparence conduit à l'élimination de l'unique (Snyder et Fromkin, 1981) et la perte de son identité propre.

Enfin, selon le philosophe Paul Ricoeur, l'appropriation, appliquée à une oeuvre littéraire, peut être assimilée à une **forme de dépossession de soi**, un « *laissez-faire* ». Le renoncement serait, en effet, un moment fondamental de l'appropriation : « *il est vrai que dans la mesure où l'appropriation exige une certaine réceptivité de la part du sujet, cette réceptivité est un indice de disponibilité et on ne peut se procurer une telle disponibilité sans se libérer de ses propres préoccupations avec soi-même, de son égocentrisme naturel* » (Fitch, 1998, p.322). L'appropriation représente donc à la fois la cessation d'un pouvoir (sur soi) et l'acquisition d'un autre (sur l'objet). L'individu, pour incorporer l'objet, s'adapterait donc ainsi à travers ce laissez-faire.

2-2 LA LOGIQUE « RÉCURSIVE » DE L'APPROPRIATION EN MARKETING

Comme nous venons de le voir, la logique « récursive » envisage l'appropriation selon un sens réciproque dirigé **de l'individu vers l'objet et de l'objet vers l'individu.**

Dans cette logique, **l'objet approprié transforme son possesseur et complète son identité**. L'approche « récursive » met ainsi en relation la notion de possession psychologique d'un objet (i.e. « c'est à moi ») et celle d'identité de l'individu (i.e. « c'est moi »).

En marketing et selon Brunel et Roux (2006), la logique « récursive » de l'appropriation est appréhendée par la théorie du soi-étendu (Belk, 1988). Bien que n'utilisant pas explicitement le terme d'« appropriation », cette théorie postule que le consommateur investit une énergie psychologique dans ses possessions (matérielles, immatérielles, qu'il possède légalement ou qu'il ne possède pas légalement) et que celles-ci contribuent à l'expression de son identité.

Nous présenterons cette théorie dans le point suivant.

2-2-1 LA THÉORIE DU SOI-ETENDU

Fondée sur les travaux d'anthropologie où la possession désigne une situation au cours de laquelle une personne est considérée comme étant habitée par un être surnaturel (divinité, esprit, ancêtre, démon, etc....) et la philosophie (James 1880 ; Sartre, 1943), **la théorie du soi-étendu** (Belk, 1988) repose sur le fait que les possessions matérielles (et immatérielles) du consommateur sont investies d'une énergie psychologique qui les transforment en une extension de soi (« *to have is to be* »). Le consommateur se projette alors dans l'objet possédé de manière à retrouver ce qu'il est ou voudrait être. L'objet approprié est ainsi défini comme un support d'expression de soi (i.e « nous sommes ce que nous possédons »).

Le **concept de soi** représente généralement la définition que le consommateur a de lui-même (Sirgy, 1982). Il rassemble l'image du soi, le soi idéal et l'estime du soi de l'individu. En effet, si un individu est amené à répondre à la question « *qui suis-je?* », il expose l'image qu'il a de lui (par exemple, l'âge ou les attributs physiques), mais également certains aspects de son soi idéal et de l'estime qu'il a de lui-même tels que les aspirations, les forces et les faiblesses qu'il perçoit comme étant importantes. Selon Markus et Nurius (1986), le soi (notamment chez les adolescents) est composé de différents aspects qu'ils nomment les conceptions du soi (i.e. « *possible selves* »). Un même individu aurait alors différentes conceptions de son soi selon les situations : plus affectives, émotives ou cognitives.

Bien que certains travaux aient étudié la relation entre le concept de soi et des produits matériels (Hamm et Cundiff, 1969; Malhotra, 1988; Ekinci et Riley, 2003), la théorie du « *soi-étendu* », dépasse toutefois les simples possessions matérielles.

Selon Belk (1988), en effet, le « *soi-étendu* » représente la somme totale de ce que l'individu peut appeler « *son* ». En d'autres termes, le « *soi-étendu* » va au delà des parties du corps ou de la pensée du consommateur. Il inclut ses possessions matérielles (vêtements, maison, voiture etc...), immatérielles (comptes bancaires, santé) mais également ce qu'il lui est affilié (famille et amis, travail). Il s'agit d'un prolongement de l'être par l'objet rendu possible par une série de possessions (Ball et Tasaki, 1992) et, parfois même par leur « *sacralisation* » comme symboles uniques, offrant « *un supplément d'âme* » à l'individu (Belk, Wallendorf et Sherry, 1989) voir une « *seconde nature* » (Tsoni, 2012).

Belk (1988) distingue **quatre niveaux du soi étendu identifiables** :

- Le niveau individuel (biens perçus comme directement personnels tels que les bijoux, les automobiles ou les vêtements),
- Le niveau familial (biens tels que les meubles, la résidence),
- Le niveau communautaire (le voisinage, le lieu de résidence),
- Le niveau du groupe (le/les groupes de d'appartenance).

La théorie du soi-étendu, en considérant les possessions matérielles (biens personnels) et immatérielles (voisinage, groupe d'appartenance) renvoie donc à la notion de possession psychologique. D'ailleurs, dans la littérature anglo-saxonne qui mobilise la théorie du « soi-étendu », on retrouve généralement la terminologie de «*possessions* » (et non d'«*ownership* ») qui traduit bien l'idée selon laquelle l'individu peut s'approprier des objets qu'il ne possède pas forcément légalement et étendre sur eux son identité. Selon Pierce, Kostova, et Dirks (2001), la possession psychologique désigne le sentiment qu'un individu ressent lorsqu'il perçoit qu'un objet matériel, immatériel, ou une partie de cet objet, est « à lui ». Ce concept doit être distingué de la possession légale (Etzioni 1991; McCracken, 1986) et n'est pas réduit à un objet physique (Pierce et al. 2003 ; Raban et Rafaeli, 2007).

Ainsi, la théorie du « *soi-étendu* » ne se limite pas aux possessions légales ou tangibles. Le consommateur peut percevoir des objets intangibles ou qu'il ne possède pas légalement (par exemple une marque ou un service) comme étant « à lui ». Néanmoins, comment cette appropriation se produit-elle ?

2-2-2 LES MODES D'APPROPRIATION

Selon l'approche « récursive » de l'appropriation, il existe trois grands modes principaux d'appropriation. Ces modes furent initialement développés par Sartre (1943) et adaptés en marketing dans les travaux de Belk (1988) :

- **La connaissance de l'objet:** Pour Sartre, le désir d'« avoir » est sous-tendu par la volonté de connaître (Brunel et Roux, 2006). Selon le philosophe, dans le « connaître », l'objet est incorporé dans la pensée de l'individu. Le connu se transforme alors en lui, devient sa pensée et peut recevoir son existence de l'individu seul. En d'autres termes, ce serait s'approprier que de connaître.
Ce mode d'appropriation cognitive permet ainsi à l'individu d'effacer ce qu'il perçoit comme inconnu ou étranger et de l'incorporer en lui.
Des travaux en psychologies comme ceux de Beaglehole (1932) soutiennent cette idée et indiquent que l'appropriation prend part via la connaissance de l'objet (personne ou espace) de manière intime.
- **Le maîtrise de l'objet :** Selon Sartre (1943), une seconde façon de s'approprier un objet est d'en ressentir une parfaite maîtrise pour un usage personnel. Il indique qu'un individu peut s'approprier des objets intangibles ou que l'individu ne peut pas légalement posséder en les envahissant, en les conquérant et en les dominant. Le philosophe prend l'exemple de l'explorateur qui conquiert une montagne afin de jouir de la propriété de son panorama (« cette montagne est à moi »). Plus généralement, la maîtrise de l'objet renvoie à une appropriation instrumentale liée à son usage. Elle est définie comme «*une opération de maîtrise*

sur la matière» (Sartre, 1943). Pour l'auteur, aucune appropriation ne peut être plus complète que l'appropriation instrumentale qui permet d'utiliser et de contrôler la chose. C'est une forme d'appropriation qui consiste pour l'individu à avoir une emprise totale sur l'objet et son usage pour l'intégrer à soi.

- **La création de l'objet:** Pour Sartre (cité par Dehling, 2013), une troisième façon de s'approprier un objet et d'étendre son identité réside dans la création d'un objet : « *ce que je crée, c'est moi* ». Cette création donne à l'individu la possibilité d'être à « *l'origine d'une existence concrète* » (Sartre, 1943) en créant ou modifiant un objet. L'objet portera désormais « *sa marque* » (idem) car l'individu donnera une énergie psychique et une partie de son identité à l'objet. L'objet aura alors un sens très particulier pour l'individu.

Ces trois modes d'appropriation ont pour trait commun d'être des **modalités actives de construction de soi**. Ces modes d'appropriation seront repris en marketing par Belk (1988) qui a, pour sa part, ajouté un quatrième moyen passif d'appropriation (Belk, 1988) : la contamination. En contact avec l'objet, l'individu s'en approprie passivement les propriétés. Les objets sont ainsi chargés et dotés d'un pouvoir à même d'atteindre leur possesseur.

2-2-3 LE PROCESSUS D'APPROPRIATION D'UN PRODUIT ALIMENTAIRE

Brunel et Roux (2006), et Brunel, Gallen et Roux (2009 ; 2012 ; 2013) ont privilégié une approche « réursive » de l'appropriation dans leurs travaux sur l'appropriation d'un produit alimentaire. En effet, selon ces auteurs, l'acte de consommation alimentaire

nécessite une appropriation qui implique une connexion forte avec l'identité de l'individu (« *nous sommes ce que nous mangeons* »). Ainsi, en croisant les modes d'appropriation de Sartre (1943) précédemment présentés et le découpage en quatre étapes du déroulé de l'expérience de consommation proposé par Cova et Cova (2004), de l'anticipation de l'expérience de consommation à la remémoration de celle-ci, Brunel et Roux (2006) développent un **modèle de l'appropriation d'un produit alimentaire composé d'une séquence linéaire en six étapes**: la pré-appropriation, la pré-acquisition, l'appropriation lors de l'acquisition, la pré-consommation, l'appropriation lors de la consommation et l'appropriation post-consommation.

Ces opérations appropriatives obéissent à un processus mixte à la fois psychologique et comportemental qui va de l'imaginaire (séquences 1 à 3) à l'imaginaire (séquence 6), en passant par l'action (séquences 4 et 5).

La nature de chacune de ces séquences est détaillée ci-dessous :

- **La pré-appropriation du produit**: Suite à une sollicitation interne (un besoin) ou externe (un discours, une offre), l'individu interprète la réalité et ressent un désir d'appropriation (un désir de contrôler ou de maîtriser, de s'investir dans un projet créatif autour d'un produit, de le connaître, ou encore de l'incorporer).

- **La pré-acquisition du produit** : L'individu reconnaît et identifie un produit destiné à combler son idéal du désir. Ici, l'individu se projette dans la possession, dans ce qu'elle a de symbolique et d'imaginaire avec le produit. En d'autres termes, le consommateur imagine les stratégies pour parvenir à l'achat, la

préparation, la consommation du produit (maîtrise) et évalue des ressources nécessaires à sa réalisation (créer) et à la recherche d'informations. A ce stade, l'individu forme des attentes sur le produit qui sont conformes à ses représentations et préférences.

- **L'appropriation lors de l'acquisition du produit :** Dans cette phase, l'individu choisit le produit et/ou les conditions associées les plus appropriés à la réalisation de son désir. L'individu fait appel à des processus cognitifs et affectifs et sélectionne l'objet qui lui paraît le plus congruent avec l'image qu'il a de lui-même, ses croyances et représentations mentales. Il se projette ainsi dans les différentes facettes de la consommation (prise de possession, choix, personnalisation). Il existe alors chez l'individu des opérations de transfert (ou contagion) anticipées, perçues, physiques et symboliques, entre le produit et l'individu. C'est la projection dans la consommation alors que dans la phase précédente, c'était la projection dans la possession.

- **La pré-consommation du produit:** Ici, l'objet n'est pas encore incorporé et ingéré, c'est une phase intermédiaire, le plat est préparé ou intégré dans une mise en scène antérieure à sa consommation (rituels de déballage de l'objet, exploration visuelle ou tactile, positionnement dans l'espace domestique, décoration, nettoyage, transformation, stockage, etc.). Ces préliminaires font écho à la dimension créative évoquée par Sartre (1943) et contribuent à accroître le désir d'incorporation et à adapter la perception de l'objet réel aux attentes préalables.

- **L'appropriation lors de la consommation du produit** : Cette phase constitue une phase de transformation grâce aux différents modes d'usage, de réalisation, d'incorporation et d'ingestion du produit alimentaire. L'échange symbolique par contagion bascule ici dans l'épreuve de réalité. L'individu s'enrichit cognitivement et affectivement des stimuli reçus du produit et de son contexte (lieu de consommation, décor, commensalité, odeurs).

- **L'appropriation post- consommation du produit** : Le produit a été consommé, intégré, incorporé. Cette phase correspond à l'expérience de consommation inscrite dans la mémoire de l'individu, laquelle participe à son enrichissement intellectuel et affectif, à l'accroissement de son sentiment identitaire, et qu'il peut transmettre à d'autres ensuite.

Ce processus fut mobilisé dans le cadre d'une recherche qualitative d'analyse des contenus de blogues sur la consommation alimentaire. Les résultats montrent que, contrairement à l'intuition de départ des chercheurs, ces opérations d'appropriation ne sont généralement pas linéaires. Les individus changent de mode d'appropriation en cours de narration et peuvent utiliser des parcours transverses d'un mode à un autre lors de la même séquence.

Ainsi, ce modèle se conçoit, là aussi, par une circularité.

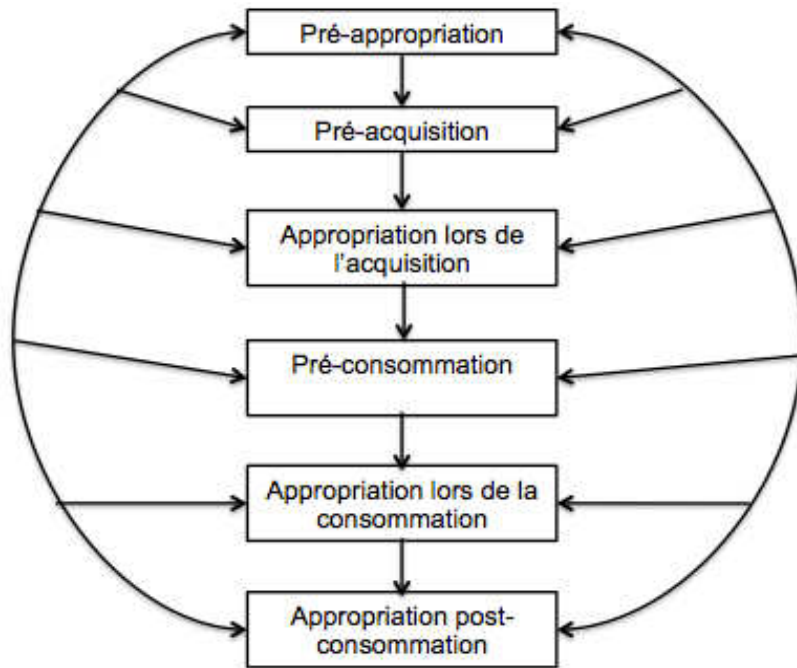


Figure 6 : Modèle de l'appropriation d'un produit alimentaire (Brunel et al., 2006)

CONCLUSION :

Nous avons présenté, dans cette section, l'appropriation selon la **logique dite « réursive »**.

L'approche « réursive » de l'appropriation stipule que l'objet approprié transforme son possesseur. Elle met ainsi en relation la notion de **possession psychologique** d'un objet (i.e. « c'est à moi ») et celle de **l'identité de l'individu** (i.e. « c'est moi »).

Nous avons vu que cette seconde perspective trouvait son origine dans la pensée de Sartre (1943) et qu'on la retrouve en psychologie ou en anthropologie.

Nous retenons particulièrement les point suivants :

- L'appropriation est définie comme **l'action réciproque de l'individu et de l'objet**. Dans cette approche, l'objet approprié, au sens où il est « totalement possédé » par le consommateur comme l'indique Sartre (1943), contribue en retour à la construction identitaire de l'individu (« *l'être et l'avoir se confondent*», Laulan, 1984).
- Cette approche est fondée sur le fait que le consommateur est, par défaut, un **être incomplet** et que l'appropriation lui permet **d'étendre son identité sur ses possessions**.

- Cette appropriation exige une forme de réceptivité pour l'individu : pour s'approprier, **l'individu va alors devoir s'adapter** (céder un pouvoir sur soi pour acquérir un pouvoir sur l'objet).

- **L'appropriation « réursive » dépasse la possession légale de l'objet.** Le consommateur peut s'approprier, c'est à dire posséder pleinement, un objet intangible que le consommateur ne possède pas légalement (comme une marque, un service bancaire ou un service de soin par exemple).

- L'approche réursive de l'appropriation mêle ainsi la **notion de possession psychologique** et **les théories du « soi-étendu »**.

- La possession psychologique est définie comme **le sentiment qu'un individu ressent lorsqu'il perçoit qu'un objet matériel, immatériel, ou une partie de cet objet, est « à lui »** (Pierce, Kostova, et Dirks, 2001).

- La théorie du "soi-étendu" repose sur l'idée que **les biens que nous possédons reflètent notre identité et contribuent, par là même, à la nourrir.**

- D'un point de vue opérationnel, la littérature marketing a identifié trois modes actifs d'appropriation (la connaissance, la maîtrise, la création).

- Un processus composé de six opérations a été développé dans le cadre de l'appropriation d'un produit alimentaire.

3- PROPOSITION D'UNE CONCEPTUALISATION DE L'APPROPRIATION DU SERVICE

3-1- SYNTHÈSE D LA REVUE DE LA LITTÉRATURE

La première section de ce second chapitre a eu pour objectif de **présenter le concept d'appropriation en SHS, management et marketing et de justifier les choix retenus dans cette recherche.**

Nous avons montré que l'appropriation était généralement appréhendée selon deux grandes approches en marketing (Brunel et Roux, 2006) :

- La **logique descendante**, où l'appropriation représente une action et une intervention de l'individu sur l'objet.

- La **logique réursive** où l'appropriation représente une action dirigée vers l'objet qui, en retour, transforme l'individu. Cette logique exige ainsi une forme de disponibilité de la part de l'individu.

Les principales caractéristiques de ces deux approches sont récapitulées dans le tableau suivant :

	L'appropriation selon la logique « descendante »	L'appropriation selon la logique « réursive »
Sens considéré	Individu -> Objet	Individu <-> Objet
Principe général	L'appropriation est une action et une intervention <u>de</u> l'individu <u>sur</u> l'objet	L'appropriation est une action dirigée <u>vers</u> l'objet qui, en retour, <u>transforme</u> l'individu
Motivations	L'appropriation est motivée par un désir d'expression de liberté de l'individu en réaction aux contraintes de l'environnement	L'appropriation est motivée par le désir chez l'individu incomplet d'étendre son identité sur l'objet et d'obtenir un complément d'identité
Origines	Economie, Psychologie sociale de l'environnement	Philosophie, Anthropologie, Psychologie
Principales conceptualisations	<ul style="list-style-type: none"> - Processus en trois étapes : nidification, marquage, exploration 	<ul style="list-style-type: none"> - Trois modes principaux d'appropriation : connaissance, création, contrôle - Processus en six étapes : la pré-appropriation, la pré-acquisition, l'appropriation lors de l'acquisition, la pré-consommation, l'appropriation lors de la consommation et l'appropriation post-consommation

Tableau 10 : La logique « descendante » et « réursive » de l'appropriation

La grande différence entre ces deux approches réside donc dans **le sens de la relation individu-objet qui est appréhendé.**

Selon l'approche « **descendante** », la relation individu-objet est à sens unique (de l'individu sur l'objet) : le consommateur injecte alors son identité dans l'espace marchand ou dans l'expérience de consommation au sein d'un processus comportemental et psychologique.

Le cadre théorique de l'appropriation « descendante » est généralement mobilisé dans les recherches sur l'expérience de consommation car il permet de dépasser les approches existantes et les modèles traditionnels et traduit le rôle actif du client en considérant ce dernier comme bâtisseur de sa propre expérience.

Selon l'approche « **récurive** », la relation individu-objet est réciproque (de l'individu sur l'objet et de l'objet sur l'individu) : comme dans l'approche descendante, le consommateur injecte son identité dans l'objet mais l'objet, en retour, impacte son possesseur. L'appropriation exige alors chez l'individu une forme de disponibilité et de « laissez-faire » pour s'approprier. L'appropriation est donc davantage synonyme **d'intégration à soi.**

Le cadre théorique de l'appropriation « récurive » est généralement mobilisé dans les recherches sur les rapports entre l'identité du consommateur et les objets qu'il possède.

Le motif de l'appropriation semble également distinguer ces deux approches. En effet, l'appropriation selon la **logique « descendante »** est **produite en réaction à la domination et au pouvoir de l'environnement** alors que l'appropriation selon la

logique « réursive » est motivée par un **désir de construction identitaire**. Toutefois, dans cette recherche, nous considérons que la grande différence entre ces approches réside dans la prise en compte (ou non) de la transformation de l'individu qui s'approprie et de son adaptation à l'objet approprié. Nous verrons notamment dans notre conceptualisation qu'il existe de nombreuses facettes communes à ces deux approches.

Bien que l'ensemble de ces travaux aient permis de mieux définir l'appropriation et de la décomposer en différents modes et processus, **l'appropriation n'a pas fait, à notre connaissance, l'objet d'études quantitatives et aucune échelle de mesure n'a été développée.**

Ainsi, en nous fondant sur une revue de la littérature, le prochain paragraphe aura pour objectif d'exposer une proposition théorique et originale de l'appropriation du service adaptée au cadre de notre recherche.

3-2 PROPOSITION D'UNE CONCEPTUALISATION DE L'APPROPRIATION DU SERVICE

Si la co-crédation de valeur renvoie à la valeur « dans l'usage » qui représente un bénéfice extrait du service lorsque le client s'empare de l'offre et se l'approprie, il nous a semblé fondamental de mieux comprendre **pourquoi, comment et dans quelle mesure le client intègre et « fait sien » le service.**

Ainsi, **le concept d'appropriation nous est apparu central dans la compréhension du processus de co-crédation de valeur** par le consommateur.

La revue de la littérature montre que la question de l'appropriation du service n'a pas été explicitement intégrée, à notre connaissance, au cadre théorique de la co-crédation de valeur et qu'il n'existe pas de consensus établi concernant sa définition, sa conceptualisation et son opérationnalisation. De fait, ce dernier paragraphe aura pour objectif de proposer une **conceptualisation de l'appropriation d'un service par le client**. Cette proposition sera fondée sur un essai d'intégration des travaux précédemment présentés.

Nous justifierons, tout d'abord, pourquoi nous appréhendons l'appropriation du service selon une logique « réursive ». Puis, nous exposerons la conceptualisation retenue de l'appropriation du service et détaillerons ses différentes dimensions.

3-2-1 POSITIONNEMENT SELON L'APPROCHE « RÉCURSIVE »

Si nous avons montré qu'en marketing, l'appropriation était appréhendée selon deux grandes logiques (i.e. « descendante » et « réursive »), **nous choisissons**, dans cette recherche, **d'appréhender l'appropriation du service selon la logique « réursive »**.

Nous considérons, en effet, que cette approche de la relation individu-objet est particulièrement pertinente dans le cadre de cette recherche pour différentes raisons :

- Tout d'abord, la co-crédation de valeur désigne un processus durant lequel la valeur est créée réciproquement par l'organisation et le client. Ceux-ci s'engagent

alors dans le processus en interagissant et en échangeant leurs ressources. La place des ressources est, de fait, centrale. Dans ce cadre, nous pensons que lorsqu'un client s'approprie un service, il en intègre ses propriétés et complète son identité, conformément à l'approche récursive de l'appropriation.

En étendant son identité sur le service, l'individu dispose alors d'une « seconde nature » (Tsoni, 2012) constituée de nouvelles ressources, qui pourront renforcer son engagement dans la co-crédation de valeur et créer une boucle d'apprentissage (Grönroos et Voima, 2012; Hibbert et al., 2012; Komulainen, 2014).

- De plus, nous avons, dans cette recherche, qualifié la **valeur « dans l'usage »** en la définissant comme l'ensemble des bénéfices qui sont activement extraits par le client du service par sa participation et son appropriation. Cette définition nous amène à considérer l'appropriation du service dans une logique selon laquelle le service peut être pleinement incorporé et intégré par le client dans sa sphère personnelle.

- Enfin, nous souhaitons mettre en œuvre notre modèle dans le secteur de la santé et plus particulièrement dans le contexte de la prise en charge des maladies chroniques. Or, il a été montré que les maladies chroniques et leurs diverses thérapeutiques impactent profondément l'identité du patient (Tarquinio et Fischer, 2002). Elles entraînent pour le patient une « *métamorphose plus ou moins rapide de son corps, de son identité corporelle d'où un risque potentiel de dépersonnalisation avec perte du contrôle de soi et perte de vue de son identité avec une atteinte de l'estime de soi et la perte de confiance* » (Reich, 2009, p. 248). Selon

Chicaud (1998), la survenue d'une maladie chronique représente un choc chez le patient qui marque une rupture identitaire en passant d'un statut d'individu bien portant à celui de malade (Charmaz, 1991). Pour d'autres auteurs, l'entrée dans la maladie (annonce de diagnostic) opère une « *mise en morceau de [leur] propre image [...], un déchirement de l'identité* » (Fischer et Tarquinio, 2002). Ainsi, la maladie chronique et ses différentes thérapeutiques (adhérence thérapeutique, adhérence alimentaire, adhérence aux activités physiques) semblent avoir un profond lien avec l'identité du patient. Dans ce cadre, il est absolument légitime de concevoir l'appropriation d'un service dans la santé et du point de vue du patient, selon une logique « récursive » qui intègre cette dimension identitaire forte.

Nous considérons donc **l'appropriation du service**, selon une logique récursive, comme **un processus dirigé du client vers le service qui, en retour, transforme le client**. En cohérence avec la théorie, ce processus exige une forme de disponibilité de la part du client.

3-2-2 PROPOSITION D'UNE CONCEPTUALISATION DE L'APPROPRIATION DU SERVICE

Si, comme nous l'avons vu, l'appropriation désigne généralement un phénomène praxéologique qui peut impliquer un rôle actif d'emprise physique (par exemple, par le regard, l'exploration physique, les gestes, la transformation) et psychologique (par exemple en se familiarisant, développant sa connaissance, en conférant du sens) de la part de l'individu, notre revue de la littérature montre qu'elle demeure une notion complexe à conceptualiser.

En effet, nous avons montré qu'il n'existe pas de consensus réel quant à sa conceptualisation. L'appropriation est principalement conceptualisée comme un processus circulaire comportemental et psychologique séquencé en plusieurs étapes et la grande majorité des recherches en marketing s'est attachée à appliquer ce processus dans différents contextes d'expériences de consommation en se fondant sur une méthodologie qualitative (observation, entretiens semi-directifs, analyse de récits de vie).

Or, dans cette thèse, nous souhaitons élaborer des propositions de recherches que nous pourrions mettre à l'épreuve au sein d'un modèle. De fait, les approches processuelles existantes dans les travaux académiques nous paraissent inadaptées et il n'existe pas, à notre connaissance, d'études quantitatives ayant intégré l'appropriation en marketing.

D'un point de vue conceptuel et en cohérence avec la littérature, nous considérons **l'appropriation du service comme un processus** qui contient une dimension temporelle forte. Toutefois et afin de répondre à nos objectifs de recherche, nous pensons que **l'appropriation du service** peut être appréhendée, dans une logique de mise en œuvre d'un modèle explicatif, par sa dimension psychologique comme **un ensemble de perceptions mesurables à un instant T**.

Nous considérons donc, dans cette recherche, **l'appropriation psychologique du service**. Fondée sur différentes dimensions identifiées dans la littérature et que nous présenterons ci-après, elle représente un « niveau » de l'appropriation du service telle qu'elle est perçue par le client à un instant T. L'appropriation du service peut alors évoluer au cours du temps.

Afin de construire ce concept original, nous nous appuyons sur la précédente revue pluridisciplinaire de la littérature. Celle-ci montre que l'appropriation est un concept complexe qu'il semble pertinent d'appréhender comme doté de plusieurs dimensions.

Nous proposons dès lors une conceptualisation de l'appropriation du service, en tant qu'état psychologique mesurable et composé de cinq grandes dimensions : **la connaissance du service, la maîtrise du service, la création, l'adaptation individuelle au service et la possession psychologique du service.**

En cohérence avec notre ancrage dans la logique « récursive » de l'appropriation, nous considérons les modes d'appropriation originellement développés par Sartre (1943) et repris par Belk (1988) comme trois dimensions de l'appropriation que nous appliquons au cadre du service. En d'autres termes, nous identifions la **connaissance du service, la maîtrise du service et la création** comme des dimensions de ce concept.

Toutefois, ces trois premières dimensions ne traduisent pas pleinement l'un des postulats fondamentaux identifiés dans la logique « récursive » qui indique que l'objet approprié transforme son possesseur. Ainsi, nous ajoutons alors **l'adaptation individuelle au service**. Cette dimension fait également référence à la pensée de Ricoeur (1986) qui indique que l'individu, pour s'approprier, doit se déposséder d'une partie de lui-même.

Enfin, nous ajoutons la **possession psychologique du service** comme dernière dimension de l'appropriation du service. Celle-ci renvoie, en effet, à l'essence même de

l'appropriation à travers sa définition générique, en d'autres termes « faire sa propriété de quelque chose ». L'appropriation psychologique du service telle que nous l'appréhendons traduit donc des dimensions à la fois cognitives (des savoirs) et comportementales (des pratiques).

Nous définirons, dans le développement suivant, chacune des dimensions identifiées :

1. La connaissance du service :

La première dimension de l'appropriation du service que nous proposons est la connaissance du service. Cette dimension trouve ses racines dans les travaux en philosophie, psychologie de l'environnement et marketing.

Comme présenté précédemment, elle est, pour Sartre (1943), le premier mode d'appropriation. La connaissance permet l'intégration dans la pensée et, en ce sens, elle devient une partie intégrante de l'identité de l'individu (Pierce et al., 2003 ; Beaglehole, 1932).

On peut noter toutefois que la connaissance n'est pas spécifique à l'approche « récursive » de l'appropriation. En effet, les définitions de Fischer (1981 ; 1997), de Serfaty-Garzon (2003), de Cova et Cova (2001) et de Carù et Cova (2003) intègrent (implicitement ou explicitement) cette dimension. Pour Cova et Cova (2001) par exemple, l'appropriation suppose une forme de familiarité à l'objet permettant *“d'engendrer des pratiques qui lui permettent de se percevoir comme sujet en mesure d'attribuer un sens à son environnement”*.

On la retrouve également dans le processus d'appropriation d'Aubert-Gamet (1996) et Carù et Cova (2003) inspiré par Fischer (1992) dans la phase d'exploration : dans cette

phase, l'individu explore l'espace, étend ainsi son champ de connaissance et acquiert des compétences. Ici aussi, l'individu accroît sa connaissance de l'espace ou de l'expérience et se l'approprie. La connaissance est enfin une dimension à part entière de l'échelle de mesure de l'appropriation de l'espace (A-E) élaborée par Morval et Judge (2000).

Si nous appliquons ces enseignements au marketing des services, nous définissons alors la connaissance du service comme une première dimension de l'appropriation du service.

La connaissance du service est appréhendée comme **la perception de ce que le client croit savoir du service**. En effet, nous nous attachons dans ce concept aux perceptions du client de sa propre appropriation du service. Ainsi, la connaissance du service sera appréhendée comme auto-évaluée.

2. La maîtrise du service

La seconde dimension de l'appropriation du service que nous proposons est la *maîtrise du service*.

Selon Sartre (1943) et Belk (1988), la maîtrise est le second mode actif d'appropriation. Pour ces auteurs, les individus s'approprient un objet à travers sa maîtrise, son emprise voire sa domination. Dans *l'Être et le Néant* et pour illustrer ce propos, Sartre (1943) utilise la métaphore de l'alpiniste qui à la fin de son ascension, plante, sur la montagne ainsi escaladée, un drapeau. L'auteur explique que cet acte de marquage (planter le drapeau) est motivé par un désir de contrôle de la nature et ainsi de se l'approprier. Dimension instrumentale et incontournable de l'appropriation, la maîtrise de l'objet approprié figure, de plus, dans de très nombreuses définitions de l'appropriation allant

alors au delà de la logique uniquement « réursive ».

On peut, par exemple, citer la définition de Fischer (1992) qui considère l'appropriation d'un lieu comme un système d'emprise sur celui-ci ou celle de Serfaty-Gazon (2003), pour qui il s'agit d'un processus de maîtrise de l'objet.

En appliquant ces enseignements au cadre du service, nous identifions la maîtrise du service comme une seconde dimension de l'appropriation.

En choisissant de nous focaliser sur les perceptions du client de sa propre appropriation du service, **la maîtrise du service représente alors l'aptitude perçue du client à contrôler les tâches que le service nécessite.**

3. La création

La troisième dimension identifiée est la création. « Créer » représente pour Sartre (1943) et Belk (1988) le troisième mode actif d'appropriation. Sartre évoque notamment le désir de création de l'artiste, mettant au monde un objet portant à tout jamais sa marque, son identité. Les individus seraient donc animés par ce désir de création pour « être » et perdurer à jamais dans leurs créations. Si un objet est créé par un individu (un objet physique, un artefact ou une pensée intangible, une idée), alors il représentera une extension de lui et il sera par là même approprié. L'appropriation semble donc contenir une dimension créative forte.

Dans une moindre mesure et sans évoquer un acte de création artistique, cette idée est présente dans de très nombreuses conceptualisations ou définitions de l'appropriation comme, par exemple, en systèmes d'information où l'appropriation est définie comme la création d'un nouvel usage pour faciliter l'intégration de l'outil technologique dans sa

sphère privée. En d'autres termes, pour s'approprier l'outil, l'individu a recours à des comportements de création permettant de le rendre personnel et que celui-ci lui corresponde.

Ainsi, nous postulons que la création est une dimension de l'appropriation du service. En d'autres termes, c'est en créant un sens et un usage personnel du service que l'individu ira au delà de la simple utilisation ou acceptation du service : il se l'appropriera.

La création est alors définie comme **les pratiques originales que le client adopte pour créer un sens et un usage personnel du service**. Dans cette recherche, nous nous intéressons aux perceptions que le client a de son appropriation du service. Nous n'évaluerons donc pas les comportements réels et objectifs de création du client.

4. L'adaptation individuelle au service

La quatrième dimension de l'appropriation du service que nous proposons est **l'adaptation individuelle au service**. Cette facette renvoie à l'idée que l'individu, quand il s'approprie le service, change quelque chose chez lui (mentalement ou physiquement) pour s'adapter au service et aux rôles qu'il doit endosser dans le service. Elle renvoie pleinement à l'approche « récursive » de l'appropriation selon laquelle l'appropriation a un impact sur l'individu.

Dans la pensée de Ricoeur citée par Fitch (1998, p. 322), il existe « *une forme de dépossession de soi qui apparaît nécessaire à l'appropriation. Il est vrai que dans la mesure où l'appropriation exige une certaine réceptivité de la part du sujet, cette réceptivité est un indice de disponibilité et on ne peut se procurer une telle disponibilité sans se libérer de ses propres préoccupations avec soi-même, de son égocentrisme* ».

naturel. »

L'appropriation est ainsi à la fois pour le sujet cessation d'un pouvoir (sur soi) et acquisition d'un autre (sur l'objet).

En systèmes d'information, la perspective « appropriative » désigne un double mouvement de conformation et de subversion de l'individu envers l'outil technologique, s'adaptant à son usage mais pouvant également construire de nouveaux usages.

Si la facette subversive est appréhendée par la dimension « création » précédemment exposée, nous pensons également que le client doit se conformer au service et changer quelque chose chez lui pour s'approprier.

En nous intéressant aux perceptions du client de sa propre appropriation du service, l'adaptation individuelle désigne alors les **pratiques que le comportement adopte pour se conformer et s'ajuster au service**. De la même manière que pour la création, nous n'évaluerons donc pas les comportements réels et objectifs d'adaptation individuelle du client mais leurs perceptions.

5. La possession psychologique du service

La cinquième et dernière dimension théorique de l'appropriation du service que nous proposons est la possession psychologique du service.

Cette dernière dimension s'appuie sur le sens premier de l'appropriation, c'est à dire l'action de faire sien, devenir propriétaire de. Elle renvoie également à la définition de Fischer (1992) selon laquelle l'appropriation est un ensemble de représentations « *qui affirment une possession de l'individu sur une idée, un objet, un espace* ». (Fischer, 1992).

Cette dimension renvoie également aux visions de Belk (1988) et Dehling (2013) qui

indiquent que l'appropriation est une stratégie qui va au delà de la simple possession matérielle, physique ou légale, et qui procure une jouissance uniquement atteinte par une possession symbolique.

Le client possède alors pleinement le service et celui-ci est intégré dans sa sphère personnelle.

Ainsi, nous identifions la possession psychologique du service comme une dernière composante de l'appropriation du service.

La possession psychologique du service est définie, en s'inspirant de la définition de Pierce et al. (2003), comme **le sentiment de possession du client à l'égard du service qu'il considère comme étant le « sien »**.

SECTION 2 – LES CONDITIONS ET LES EFFETS DE L'APPROPRIATION

Bien qu'à notre connaissance, aucune recherche n'ait empiriquement étudié les antécédents et les conséquences de l'appropriation en marketing au sein d'études quantitatives, des travaux ont envisagé certaines conditions et effets potentiels de l'appropriation.

Ainsi, cette seconde section aura pour objectif de présenter les **principales conditions et effets de l'appropriation** identifiés dans la littérature.

Cette section sera majoritairement construite sur les travaux de marketing mais intègre également des réflexions issues de la psychologie sociale, de la psychologie sociale de l'environnement et du management.

1- LES CONDITIONS DE L'APPROPRIATION

L'étude de la littérature sur l'appropriation permet d'identifier deux principaux groupes d'antécédents à l'appropriation : l'« **appropriabilité** » **perçue de l'objet** qui sera traitée dans un premiers temps et la **potentialité du consommateur à s'approprier cet objet** développée dans un second temps.

1-1 L' « APPROPRIABILITÉ » PERÇUE DE L'OBJET

Comme nous l'avons expliqué dans ce second chapitre, l'appropriation est définie selon un rapport de pouvoir entre l'individu et l'objet approprié (i.e. un espace de travail, un espace marchand, un outil technologique). Cova et Cova (2001) indiquent alors que : *« puisque l'appropriation correspond à la manifestation d'un espace de contrôle de l'individu sur l'environnement et les choses, cela implique en contrepartie qu'il y ait de l'appropriable »*. L'« appropriabilité » renvoie ainsi au degré de possibilité que l'objet laisse à l'individu pour s'approprier. Pour illustrer cette notion, Cova et Cova (2001) utilisent la métaphore de l'espace de friche, en d'autres termes, d'espace sans occupant humain actif nécessaire à l'appropriation. Cet espace de friche conditionnera ainsi l'appropriation dans son intensité (par exemple, l'appropriation d'un lieu abandonné où la liberté de s'approprier est totale) mais également dans sa continuité dans le temps (par exemple, un caddy de supermarché appartiendra temporairement à un client). Cette réflexion s'inscrit dans la continuité d'approches plus anciennes comme celles de l'urbaniste Augoyard qui explique que *"la qualification de l'appropriation ne dépend (...) ni de la quantité d'espace parcouru, ni de l'immuabilité des limites territoriales, mais du degré de possible qu'elle inclut. Comment l'habitant qui arpente et connaît parfaitement la zone qu'il investit, reste-t-il étranger, comment cet autre qui chemine peu mais n'évite rien est-il aussi étranger, si ce n'est par l'absence d'appropriable? Le premier chemine sur le mode du saturé, le second sur le mode du vide. Plus de place, ou rien d'entrevu pour l'appropriable ; l'espace n'offre aucune prise, n'a plus de signification quotidienne, qu'un plan géométrique »* (Augoyard, 1979, p.20).

D'autres chercheurs en psychologie de l'environnement vont également dans ce sens comme Lefebvre (1974, p.411) pour qui *« plus un espace est fonctionnalisé, plus il est*

dominé par les agents qui l'ont manipulé en le rendant unifonctionnel, moins il se prête à l'appropriation ».

Cette notion d'« *appropriabilité* » de l'objet a été également identifiée par Dehling (2013), dans le cadre de la consommation d'objets d'occasion. L'auteur la définit comme la disposition de l'objet à être approprié plus ou moins facilement. Selon la chercheuse, certains « *territoires* » sont plus difficiles à s'approprier que d'autres, car chaque objet dispose d'un degré d' « *appropriabilité* » qui lui est propre. Ici, le rôle actif de l'objet conditionnera le niveau d'appropriation du service par le patient.

On trouve enfin une correspondance dans les recherches sur l'appropriation des outils de gestion qui mettent en avant l'importance de considérer la **flexibilité** de l'outil comme antécédent de l'appropriation. Cette flexibilité borne le champ des possibles pour l'utilisateur et représente « *la condition même* » de l'appropriation (Grimand, 2006, p. 24).

Comme le laisse suggérer le précédent développement, si une tension dialectique se joue entre le pouvoir de l'objet et le pouvoir de l'individu à s'approprier, il existe alors différents niveaux d'*appropriabilité*.

En s'intéressant à l'appropriabilité de l'espace marchand, Cova et Cova (2001) identifient trois formes d'environnements permettant une appropriation plus ou moins forte.

- Les environnements ouverts où l'individu va pouvoir disposer de ce potentiel d'appropriable, c'est **l'espace d'appropriation**.
- Les environnements clos où l'individu devra faire preuve d'un pouvoir dominant créatif sur les objets, c'est **l'espace de réappropriation**
- Les espaces normés où l'individu se plie à ces règles, c'est **l'espace d'adaptation**.

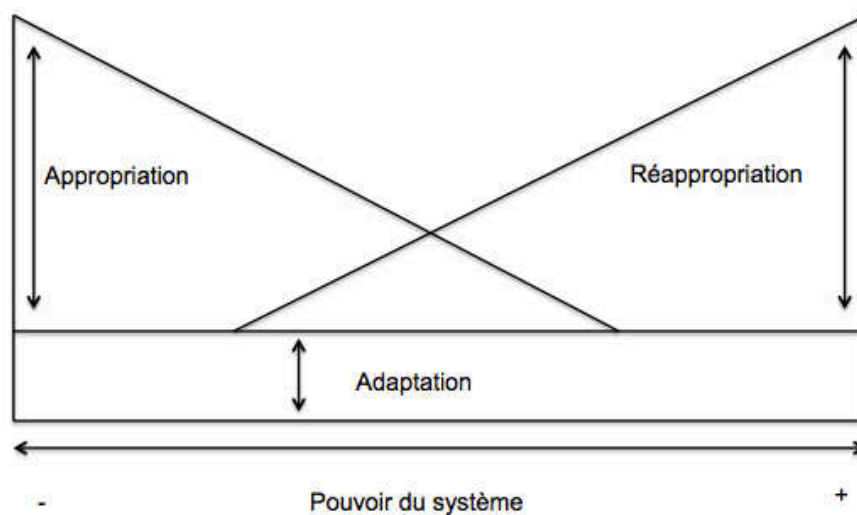


Figure 7 : Appropriation et formes d'environnement (d'après Cova et Cova, 2001)

Dans une idée semblable, le professeur de Géographie Hervé Gumuchian (1991), cité par Aubert-Gamet (1997), propose une typologie des lieux aménagés selon la *stratégie établie par l'autorité* (i.e. l'architecte ou le manager).

Il développe ainsi quatre catégories de stratégies ou d'espaces:

- La **stratégie (ou l'espace) de suggestion** qui propose un éventail possible de comportements du client ,
- La **stratégie (ou l'espace) de séduction** qui va influencer les pratiques et invite le client à agir de telle ou telle manière,
- La **stratégie (ou l'espace) de prescription** qui oblige le client à réaliser certaines pratiques, en d'autres termes qui les lui impose,
- Et le **laissez-faire** où aucune stratégie n'est élaborée par l'autorité et où l'individu n'a, *a priori*, aucune contrainte.

Ainsi, l'une des conditions fondamentales pour permettre l'appropriation semble être l'« **appropriabilité** » de l'objet qui peut être définie comme **le degré de possibilité que l'objet laisse à l'individu pour s'approprier.**

L'appropriation repose donc sur une fragile dialectique (pouvoir de l'environnement vs autonomie de l'individu) où deux potentialités sont confrontées : *«la potentialité d'un monde présentant de l'appropriable à un individu, et la potentialité de ce même individu à s'approprier les objets et espaces dans une quête identitaire »* (Cova et Cova, 2001).

L'individu doit donc faire preuve de compétences spécifiques pour parvenir à l'appropriation.

1-2 LA POTENTIALITÉ DE L'INDIVIDU A S'APPROPRIER

L'appropriation dépend également de variables propres à chaque individu. Selon Fischer (1989), l'appropriation d'un lieu peut varier en fonction de l'utilisateur, par son activité, sa culture, son niveau socio-économique ou encore ses traits psychologiques. Pour que l'individu puisse s'approprier un objet, il semble également nécessaire qu'il possède des instruments et des repères préalables.

Un premier instrument préalable défini dans la littérature marketing est **l'expérience du consommateur**. En effet, le consommateur n'arrive pas vierge au moment de la création du service ou de la consommation. Les normes et les valeurs qu'il a intériorisées conditionnent alors l'appropriation. C'est ce que Carù et Cova (2003, p.58) évoquent dans la notion d'*acquis préalables* et qui correspondent « *aux antécédents du consommateur et au réservoir de sens qu'il contient: propre passé du consommateur, rapports avec certains membres de sa famille ou amis, expériences esthétiques précédentes* ». On parle alors de « capital culturel » (Bourdieu, 1979), d'équipement humain (Le Grignou, 2003) ou de « background culturel » (Carù et Cova (2011)). L'ensemble de ces ressources culturelles dont dispose un individu va alors conditionner l'appropriation.

L'appropriation est également fortement dépendante des représentations que le client a de lui-même et du **concept de soi**. En effet, selon Brunel et Roux (2006), « *le consommateur a tendance à rechercher des produits dont l'image est congruente avec celle qu'il a de lui-même. Les processus d'appropriation sont donc fortement influencés par les dimensions du concept de soi* » (Brunel et Roux 2006, p. 88). Ainsi, l'estime que la

personne a d'elle même et ses aspirations vont conditionner le processus d'appropriation.

Enfin, selon Bonin (2002), l'appropriation n'est pas seulement dépendante de l'appropriabilité de l'objet ou de son expérience passée mais est également fonction des **besoins et objectifs des individus** (Fischer, 1997 ; Wicker, 1987 ; Gifford, 1987). Ainsi, le contexte de l'achat (motifs de venue, plaisir de magasinage, implication dans la catégorie de produit, etc.) peut aussi avoir un impact sur les potentialités d'appropriation.

2- LES EFFETS DE L'APPROPRIATION

L'examen de la littérature sur l'appropriation mais également des théories liées aux relations de possession et d'attachement d'un individu envers un objet, permet d'identifier une série d'effets potentiels et positifs⁸. Plus précisément, nous allons identifier des effets de l'appropriation sur le **concept de « soi », les comportements de l'individu et l'évaluation de la valeur de l'objet approprié.**

Cette revue de la littérature nous permettra d'envisager et d'explorer certains effets qui seront intégrés dans notre modèle de recherche.

⁸ Les effets potentiellement négatifs de l'appropriation seront envisagés dans la discussion de ce travail doctoral

2-1 LES EFFETS SUR LE CONCEPT DE « SOI »

Comme nous l'avons vu dans ce chapitre, l'individu s'approprie un objet en réaction au pouvoir d'un ordre établi (« *logique descendante* ») et/ou parce que celui-ci cherche un complément identitaire (« *logique réursive* »). Dès lors, le concept de « soi » semble être central à l'appropriation. Pour de nombreux auteurs, l'appropriation contribue ainsi à façonner l'individu (Sirgy, 1982; Belk, 1988 ; Brunel et Roux, 2006 ; Brunel, Gallen et Roux, 2009 ; 2009 ; 2013). L'objet ingéré, incorporé, assimilé, transforme le possesseur (Sartre, 1943).

De fait, l'appropriation a sensiblement des conséquences sur les différentes facettes du concept de soi, en d'autres termes sur **la définition que l'individu a de lui-même** (Sirgy, 1982). La recherche d'expérience appropriative pourrait permettre l'émergence d'une **meilleure reconnaissance de l'individu et d'un sentiment d'autosatisfaction**.

Les opérations d'appropriation, facilitant l'immersion dans l'expérience de consommation, offrirait de plus un **sentiment de bien-être, de développement personnel et de gratification** (selon le modèle global d'immersion dans l'expérience de consommation, Carù et Cova, 2003): l'individu se sent alors chez lui et la pression temporelle s'estompe (Caudron et Jeanpert, 2007).

2-2 LES EFFETS SUR LES COMPORTEMENTS DE L'INDIVIDU

Enfin, l'appropriation semble avoir des effets sur les **comportements de l'individu**. Il est généralement montré (Belk, 1992 ; Schultz, Kleine et Kernan, 1989) qu'un individu qui investit et incorpore un objet dans sa sphère personnelle adopte des comportements de refus de le vendre, de s'en séparer ou de le substituer à un objet semblable.

Dans le contexte organisationnel, il est, de plus, démontré qu'un salarié qui ressent que l'entreprise dans laquelle il évolue est « la sienne », est plus engagé et développe un engagement intra-rôle (Sands, 2002 ; Van Dyne et Pierce, 2004 ; Pierce et Jussila, 2011) et extra-rôles (Pierce et al., 1991 ; Vandewalle et al., 1995 ; Van Dyne et Pierce, 2004 ; Lavelle, Rupp, et Brockner, 2007 ; Peng et Pierce, 2011). De fait, en marketing, Jussila et al. (2015) indique que cette relation pourrait s'étendre au cadre du service et que la participation d'un client dans un service serait alors fortement liée au sentiment que ce service soit « à lui ».

2-3 LES EFFETS SUR LA VALEUR PERÇUE

Selon le cadre théorique de la co-crédation de valeur, la valeur extraite par le client d'un produit ou service est déterminée « dans l'usage » par son incorporation et son appropriation de l'offre de l'entreprise. Dans le cadre des services, c'est donc en s'emparant du service et en le possédant pleinement, que celui-ci peut retirer toute la valeur de l'offre. Ce principe de la co-crédation de valeur n'est absolument pas incohérent avec la littérature sur l'appropriation du service et les théories de la possession. En effet,

dans le cadre d'une expérience de consommation, l'appropriation confère au consommateur « *une certaine expertise de la situation de consommation qui lui permet, jour après jour, d'optimiser la qualité de l'expérience de consommation* » (Ladwein, 2003 cité par Brunel et Roux 2006). L'individu qui s'approprie connaît, maîtrise et rend personnel son expérience. Il sera alors plus à même d'améliorer la qualité de son expérience et d'en extraire davantage de valeur.

De plus, certaines théories en économie comportementale et en psychologie sociale soutiennent cette relation et amènent à penser que l'appropriation pourrait, effectivement, avoir un effet sur l'évaluation de la valeur et des bénéfices offerts par l'objet approprié. Les théories de l'« *effet de dotation* » en économie comportementale (Thaler, 1980) ou du « *mere ownership effect* » en psychologie sociale (Beggan, 1992) stipulent que les individus donnent davantage de valeur à un bien lorsque ceux-ci le possèdent. En d'autres termes, les individus attribuent plus de valeur à un même objet lorsqu'il leur appartient que lorsqu'il ne leur appartient pas. Pour Beggan (1992), le sentiment qu'un objet appartient à l'individu pourrait être associé à un jugement plus favorable des attributs du produit et de ses bénéfices. Selon Belk (1992) et Schultz, Kleine et Kernan (1989), cette valeur supplémentaire conférée à l'objet approprié serait visible chez l'individu par des comportements comme le refus de vendre l'objet ou de s'en séparer et sa non-substituabilité. L'appropriation reconforte et modifie donc les perceptions de l'individu de l'objet, lui conférant même une valeur sacralisée (Wallendorf et Arnould, 1988). Ces théories ont été intégrées dans la littérature marketing. Plusieurs travaux ont montré, en effet, que les individus sont plus attachés aux objets qu'ils s'approprient qu'à d'autres objets similaires (Nesselroade, Beggan, et Allison, 1999 ; Kirmani, Sood et Bridges, 1999).

Cet effet a été enfin démontré, de manière physiologique en neuroscience, où des recherches ont prouvé que l'activité mentale liée à l'évaluation des caractéristiques de l'objet était plus forte lorsqu'on demandait à des participants d'imaginer cet objet comme leur appartenant (cet objet est « *le mien* ») que lorsque l'on demandait de l'imaginer comme appartenant à quelqu'un d'autre (cet objet est celui « *d'Alex* ») (Kim et Johnson, 2012).

CONCLUSION :

Fondée sur une revue des travaux de marketing enrichie de réflexions issues de la psychologie sociale de l'environnement et du management, cette section a présenté les **conditions et les effets de l'appropriation.**

De cette partie, nous retenons particulièrement que les recherches sur l'appropriation envisagent donc deux grandes familles d'antécédents à l'appropriation :

- Un premier groupe renvoie à l'objet approprié : il s'agit de l' « appropriabilité » de l'objet qui désigne le degré de possibilité que l'objet laisse à l'individu pour s'approprier. Il existe dès lors des objets qui laissent une place plus ou moins grande à l'appropriation par l'individu.
- Un second groupe d'antécédents correspond à un ensemble de **variables individuelles** telle que la familiarité du consommateur à l'entreprise ou à l'usage du produit/service et son expérience, les représentations qu'il a de lui-même et aussi ses objectifs personnels.

De plus, notre revue de la littérature permet d'envisager trois grands effets positifs de l'appropriation :

- **L'amélioration du concept de « soi »** : fortement lié à l'identité de l'individu, l'appropriation confère à l'individu une meilleure estime de « soi » et un

sentiment d'autosatisfaction.

- Des comportements d'engagement et des comportements altruistes : l'individu qui s'approprie est plus engagé et **participe davantage**.
- **Une extraction plus forte de la valeur « dans l'usage » de l'objet** : l'individu qui s'approprie perçoit une valeur plus importante de l'objet approprié et de ses caractéristiques qu'un objet aux caractéristiques similaires mais qu'il ne s'est pas approprié.

Nous pouvons noter que les conditions et effets précédemment présentés proviennent en grande majorité, de travaux conceptuels ou interprétativistes et n'ont pas été testés dans des modèles de recherche.

Toutefois, cette revue de la littérature permet d'envisager l'existence de certaines relations :

- Tout d'abord, nous pensons que **l'appropriation du service peut être influencée par le vécu du client en relation avec le service et notamment son usage du service**. Il ne peut, en effet, y avoir d'appropriation du service que lorsque le client utilise le service. De plus, l'usage du service peut conditionner l'appropriation car le client disposera d'un « background culturel » fort lié au service, en d'autres termes des ressources et compétences plus importantes qui lui permettront de mieux s'approprier.

- Ensuite, la littérature montre que **l'appropriation du service peut influencer la participation du client dans le service**. En effet, l'appropriation peut avoir des effets sur les comportements des clients et il est tout à fait imaginable à l'image des salariés en comportement organisationnel, qu'un client qui s'approprie et possède un service, s'engage davantage dans la co-crédation de valeur.

- Enfin et conformément à la perspective de la co-crédation de valeur, la littérature suggère que **l'appropriation du service peut influencer l'extraction de la « valeur dans l'usage »**. Plusieurs théories stipulent en effet que les individus donnent davantage de valeur à un bien lorsqu'ils se l'approprient.

Ces relations seront justifiées en profondeur dans le développement de nos hypothèses de recherche.

CONCLUSION DU CHAPITRE 2

Ce second chapitre avait pour objectif principal de proposer **une conceptualisation de l'appropriation du service par le client fondée sur l'identification de différentes dimensions et de déterminer son rôle dans le mécanisme de co-crédation de valeur**

Plus spécifiquement, nous retenons de ce chapitre les éléments suivants:

- Le concept d'appropriation a été mobilisé dans de nombreux travaux de SHS ainsi qu'en management car il offre une lecture nouvelle et nécessaire de la place et du rôle de l'individu dans le monde. Celui-ci n'est plus alors appréhendé comme un être simplement « *désincarné, sans désirs, stratégies, buts ou identité* » (Grimand, 2006, p. 15), mais comme un véritable acteur, pouvant à sa guise réinterpréter ou créer un sens personnel du réel, modifier et altérer l'objet, ses usages ou ses représentations en fonction d'une destination précise.
- L'appropriation est une notion complexe à appréhender qui ne fait pas l'objet de consensus théorique et conceptuel.
- L'appropriation peut être appréhendée selon deux grandes approches en marketing : **l'approche « descendante »** qui considère l'appropriation comme un processus de contrôle et d'emprise dirigée *de l'individu vers l'objet* et **l'approche « récursive »** qui considère l'appropriation comme un processus d'influence *mutuelle* entre l'individu et l'objet.

- La grande majorité des travaux en marketing se sont consacrés à décrire l'appropriation comme un processus composé de plusieurs étapes.
- Sous l'influence de la psychologie sociale de l'environnement, l'appropriation fut mobilisée pour étudier de nombreux champs d'investigation parmi lesquels figurent en tête de liste l'espace marchand et l'expérience de consommation.

En nous fondant sur la littérature, nous avons choisi de positionner l'appropriation du service selon la **logique « réursive » de l'appropriation**. Nous pensons que lors de l'appropriation du service, il existe une dimension identitaire forte et que le service approprié, peut en retour, transformer le client. Cela entre en cohérence avec le cadre théorique de la co-crédation de valeur selon lequel la valeur émerge de l'usage et de l'intégration du produit/service et que le client dispose de ressources. Nous considérons dès lors que l'appropriation du service confère au client des ressources supplémentaires qu'il pourra mettre en œuvre dans sa participation au service.

Si la majorité des travaux en marketing s'est attachée à décrire l'appropriation comme un processus composé de plusieurs étapes, l'objectif de cette thèse est de proposer un modèle explicatif explorant le rôle de l'appropriation du service dans le mécanisme de co-crédation de valeur pour le client. Ainsi, d'un point de vue conceptuel et en cohérence avec la littérature, nous considérons **l'appropriation du service comme un processus** qui contient une dimension temporelle forte. Toutefois et afin de répondre à nos objectifs de recherche, nous pensons que **l'appropriation du service** peut être appréhendée, dans une logique de mise en

œuvre d'un modèle explicatif, comme **un ensemble de perceptions mesurables à un instant T.**

Nous considérons donc, dans cette recherche, **l'appropriation psychologique du service.** Fondée sur différentes dimensions identifiées dans la littérature, elle représente un « niveau » de l'appropriation du service telle qu'elle est perçue par le client à un instant T.

L'appropriation du service est alors formée de cinq dimensions issues de notre revue : **la connaissance du service, la maîtrise du service, la création, l'adaptation individuelle au service et la possession psychologique du service.**

La littérature sur l'appropriation nous permet enfin d'envisager un certain nombre de relations théoriques à savoir que l'appropriation du service est influencée par le vécu du client en relation avec le service et notamment son **usage du service** et que **l'appropriation du service** influence d'une part **la participation du client** et d'autre part la **valeur « dans l'usage » du service.**

CONCLUSION DE LA PARTIE 1

Cette première partie avait pour objectif **d'identifier la place de la participation et de l'appropriation en tant que mécanisme de co-crédation de valeur du point de vue du client.**

Le premier chapitre a permis de positionner cette thèse dans la perspective de la co-crédation de valeur, de présenter le rôle central de la participation dans le mécanisme de co-crédation de valeur et d'en fournir une définition.

Le second chapitre a permis de légitimer le concept d'appropriation du service comme élément constitutif du mécanisme de la co-crédation de valeur et de proposer une conceptualisation de l'appropriation psychologique du service composé de cinq dimensions.

Les principaux concepts mobilisés et définis à l'issue de cette partie sont rappelés dans le tableau ci-dessous :

CO-CRÉATION DE VALEUR ET VALEUR DANS L'USAGE	
Co-crédation de valeur	Crédation d'une valeur « dans l'usage » par le client. Elle est le résultat d'un mécánisme comprenant à la fois la participation du client dans la co-crédation et de son appropriation du service.
Valeur dans l'usage	Ensemble de bénéfices activement extraits par le client de l'offre de service par son intégration personnelle du service (son appropriation) et son implication dans la co-crédation de valeur (sa participation).
PARTICIPATION DU CLIENT	
Intra-rôle	Participation a priori définie par l'entreprise que le client doit réaliser pour que le service se réalise
Extra-rôle	Participation volontaire du client qui contribue à la productivité générale de l'organisation de service
APPROPRIATION DU SERVICE	
Connaissance du service	Perception de ce que le client croit savoir du service
Maîtrise du service	Aptitude perçue du client à contrôler les tâches que le service nécessite
Crédation	Pratiques originales que le client adopte pour créer un sens et un usage personnel du service
Adaptation individuelle au service	Pratiques que le comportement adopte pour se conformer et s'ajuster au service
Possession psychologique du service	Sentiment de possession du client à l'égard du service qu'il considère comme étant le « sien »

Tableau 11 : Principaux concepts mobilisés et définis à l'issue de la partie 1

Notre revue de la littérature a ainsi montré que la participation du client au service et l'appropriation du service représentaient deux éléments centraux du mécanisme de co-création de valeur pour le client. Néanmoins, celle-ci ne nous renseigne pas explicitement sur la séquence qui peut lier l'appropriation du service à la participation du client. En d'autres termes, l'appropriation du service influence-t-elle la participation du client ? Ou bien est-ce la participation du client qui influence son appropriation du service ?

Le cadre théorique de la co-création de valeur ne nous éclaire pas précisément sur le sens de cette relation car les définitions respectivement de la co-création de valeur et de la valeur « *dans l'usage* » restent relativement théoriques. La littérature sur l'appropriation considère généralement l'appropriation comme un processus praxéologique, en d'autres termes construit dans l'action. C'est en « faisant », par exemple, en explorant, en créant son nid et en marquant l'environnement, que l'individu se l'approprie mentalement et physiquement. De fait, il est fortement envisageable que l'appropriation du service et la participation du client soient deux concepts distincts mais conceptuellement liés et qu'une corrélation importante existe entre eux. Brunel et Roux (2006) indiquent, quant à eux, que l'appropriation n'est pas toujours construite dans l'action et suggèrent dans leur processus l'existence de phases imaginaires comme la pré-appropriation de l'objet ou l'appropriation post-consommation qui ne passent pas, a priori, par l'action mais par la projection ou le souvenir.

La question du sens des relations causales entre les concepts est souvent posée par les chercheurs au sein d'une démarche hypothético-déductive et cela notamment dans les relations de type attitude-comportement (Vaidis, 2006). Comme l'indique Bollen (1989, p. 71), « *tout modèle est une abstraction de la réalité. Une théorie est un ensemble abstrait d'idées qui relient des concepts. La théorie est au mieux une approximation de la réalité, le modèle dérivé de cette théorie ne peut donc faire mieux. La création et la modification d'un modèle est*

un processus d'approximations successives ». Aussi, afin de pouvoir nous positionner sur le sens retenu de la relation entre l'appropriation du service et la participation du client, reprenons d'une part, les définitions retenues de ces concepts et d'autre part, la problématique de la thèse ainsi que ses objectifs.

Dans cette thèse, nous avons défini la participation du client par sa dimension comportementale (intra et extra-rôle). L'appropriation du service est décrite quant à elle par sa dimension psychologique comme un ensemble de perceptions correspondant à un « *niveau* » d'appropriation perçu par le client à un instant T. Cette dernière définition renvoie à notre souhait de compléter la littérature existante en proposant une opérationnalisation du concept et en mettant à l'épreuve certaines hypothèses théoriques. Ainsi, l'appropriation du service, telle que nous l'avons définie, rejoint l'approche psychosociale de l'attitude définie comme un état mental prédisposant à agir d'une certaine manière (Michelik, 2008). De prime abord, la façon dont nous avons défini ces construits nous incite donc à postuler que le comportement (la participation du client) est une conséquence de l'appropriation du service. Les objectifs de cette thèse vont également dans le sens de cette relation. Cette thèse vise, en effet, à évaluer et identifier les différents leviers favorisant la participation du client dans le service. Cet objectif se justifie par un apport managérial évident. Comme indiqué en introduction, les entreprises, dans leurs stratégies, incitent de plus en plus les clients à s'approprier leurs services. Cette tendance est particulièrement prégnante dans le cas de services digitaux, à l'image de la banque BFORBANK ou de l'ensemble des objets connectés dans le secteur de la santé. Mais est-ce que ce type de stratégie fonctionne? Est-ce qu'un client qui s'approprie un service va participer davantage ? Quelles composantes de l'appropriation du service influencent la participation du client ? Ces questions nous semblent cruciales d'un point de vue managérial.

L'ensemble de ces éléments nous invite donc à nous intéresser aux effets de l'appropriation

du service sur la participation et à considérer l'appropriation du service comme un élément qui va influencer la participation du client. En nous fondant sur le cadre de la co-crédation de valeur, nous pensons alors que de ce mécaneisme sera extrait la valeur pour le client.

De plus, comme nous l'avons montréd prédcedemment, la littédature suggère que l'appropriation d'un service peut être influencée par le vécud du client en relation avec le service et notamment son usage du service. De plus, l'appropriation du service ne peut exister que si le client utilise le service. Ainsi, nous pensons que lorsqu'un client dispose d'un niveau d'usage élévéd du service, il disposera d'acquis préalables plus nombreux et s'appropriera davantage le service. Enfin, cet usage est susceptible d'influencer le processus de co-crédation de valeur et notamment l'engagement du client.

Cette réflexion permet d'agencer un premier modèd simplifiéd exposant les principales relations attendues et prédcedemment exposées :

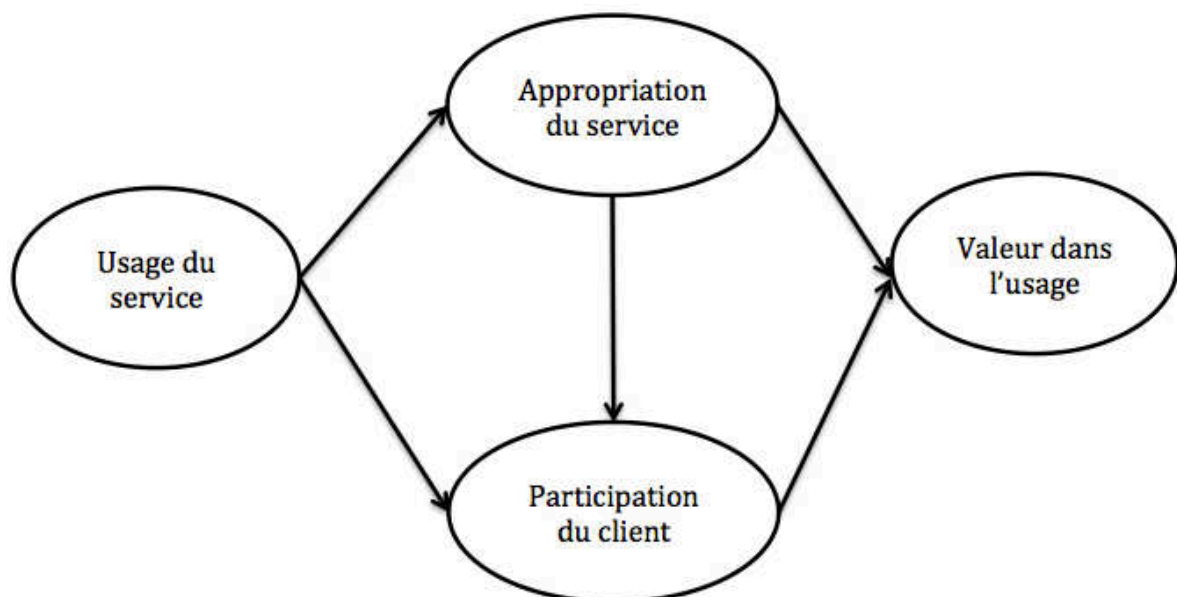


Figure 8 : Proposition d'un modèd simplifiéd de recherche

Si cette première partie nous a permis de justifier le cadre théorique de cette recherche, de définir les concepts mobilisés et d'élaborer un premier modèle simplifié, la partie suivante aura pour objectif **la présentation et la mise en oeuvre du modèle de recherche.**

PARTIE 2 : UNE ÉTUDE EMPIRIQUE
DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

INTRODUCTION :

Cette seconde partie aura pour objectif la **présentation puis la mise en application du modèle de recherche.**

Celle-ci sera composée de deux chapitres :

- **Le troisième chapitre** aura pour vocation principale la **présentation du modèle de recherche**, la justification et l'adaptation du modèle au terrain d'investigation retenu (i.e. le secteur de la santé et des services de prise en charge des maladies chroniques) puis l'exposé de la démarche méthodologique adoptée.
- **Le quatrième chapitre de cette thèse** sera consacré à **la mise en oeuvre du modèle de recherche.**

CHAPITRE 3 : ÉLABORATION DU MODÈLE DE RECHERCHE

INTRODUCTION GÉNÉRALE

**PARTIE 1 :
CO-CRÉATION DE VALEUR, PARTICIPATION ET
APPROPRIATION DU SERVICE**

**CHAPITRE 1 : LA
PARTICIPATION DU
CLIENT À LA CO-
CRÉATION DE VALEUR**

**CHAPITRE 2 :
L'APPROPRIATION DU
SERVICE PAR LE CLIENT**



**PARTIE 2 : UNE ÉTUDE EMPIRIQUE DANS LE
SECTEUR DE LA SANTÉ**

**CHAPITRE 3 :
ÉLABORATION DU
MODÈLE DE RECHERCHE**

**CHAPITRE 4 : TEST DU
MODÈLE DE RECHERCHE**

CONCLUSION GÉNÉRALE

INTRODUCTION

Ce troisième chapitre aura pour vocation principale la **présentation du modèle de recherche**.

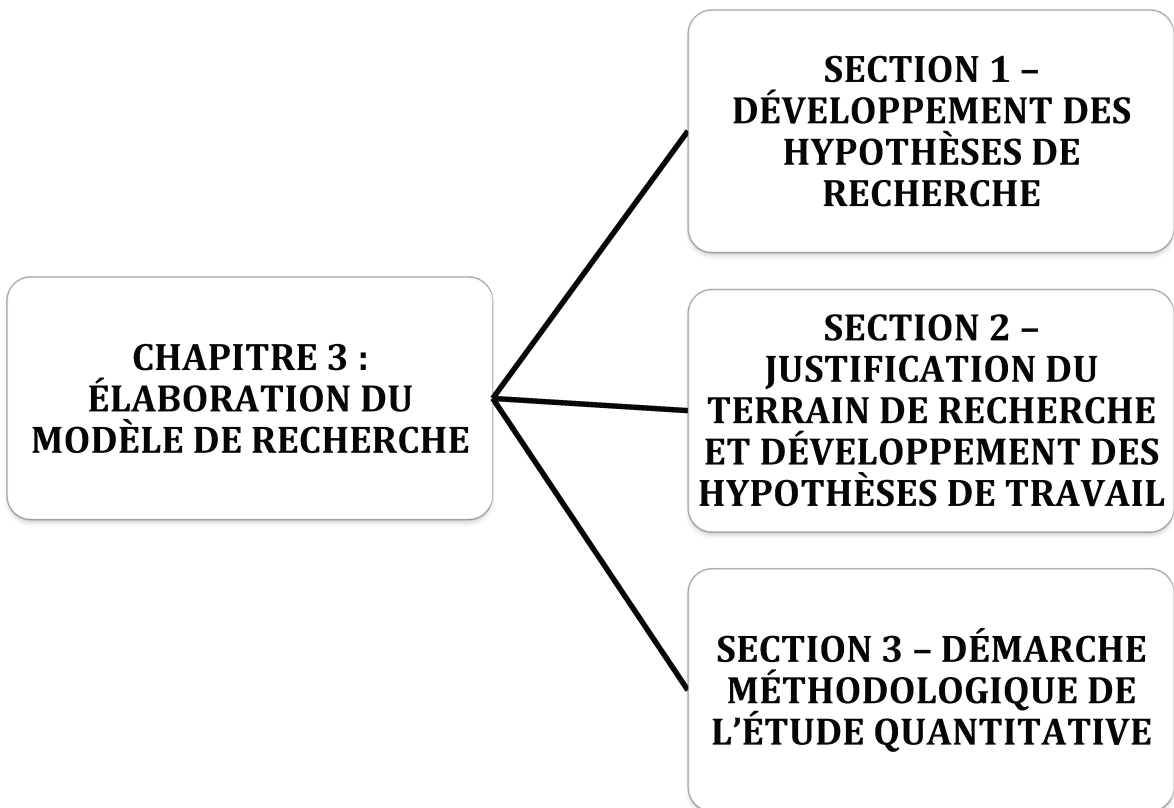
Dans une **première section**, le modèle de recherche sera présenté et les différentes hypothèses seront justifiées.

Dans une **seconde section**, nous montrerons pourquoi nous avons choisi de mettre en œuvre le modèle de recherche dans le secteur de la santé et des services de prise en charge des maladies chroniques.

Nous expliquerons notamment en quoi la problématique de ce travail nous a semblé particulièrement pertinente dans ce secteur.

Une fois ce choix justifié, nous présenterons également une **étude exploratoire conduite dans la santé**. Celle-ci aura pour objectif l'adaptation du modèle de recherche à ce cadre spécifique. Nous montrerons que certaines dimensions et variables ont été adaptées ou ajoutées pour être davantage en cohérence avec la réalité de ce service.

Enfin, dans une **troisième et dernière section**, nous développerons la méthodologie générale adoptée pour répondre à nos objectifs de recherche. Nous présenterons la collaboration effectuée avec la Fédération Française des Diabétiques ainsi que le développement du questionnaire et des instruments de mesure.



SECTION 1 – DÉVELOPPEMENT DES HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

Cette section aura pour vocation la présentation des hypothèses de recherche de ce travail doctoral.

Le modèle de recherche repose sur le cadre théorique de la co-crédation de valeur selon lequel la valeur extraite du service par le client rdsulte d'un mcdanisme mettant en œuvrc son appropriation du service et sa participation. Plus prcdisrdement, nous considrdons le moddele selon une logique temporelle (usage > appropriation>participation du client>valeur)D'abord, le client utilise le service et se l'approprie. Cette appropriation renforce ensuite sa participation dans le service. Enfin, la valeur est extraite à la fois de l'appropriation du service et de la participation du client.

Afin de rendre notre exposrd clair, nous prdsenterons les hypothrdes selon la srdquence suivante :

- L'hypothrdse relative à l'effet de l'usage du service sur l'appropriation du service
- L'hypothrdse relative à l'effet de l'usage du service sur la participation du client
- L'hypothrdse relative à l'effet de l'appropriation du service sur la participation du client
- Le corps d'hypothrdes relatif aux effets de l'appropriation du service et de la participation du client sur la valeur dans l'usage
- Enfin, l'absence de lien entre l'usage et la valeur dans l'usage sera discutde.

1- L'EFFET DE L'USAGE DU SERVICE SUR L'APPROPRIATION DU SERVICE

Les recherches sur l'appropriation postulent que celle-ci dépend de variables individuelles Fischer (1989) parmi lesquelles figure l'expérience du consommateur. Carù et Cova (2003) regroupent cette idée sous la notion d' « acquis préalables », définie comme « *le propre passé du consommateur, rapports avec certains membres de sa famille ou amis, expériences esthétiques précédentes...* » (p. 58). Bien que ces recherches ne développent pas précisément la nature de ces expériences et n'aient pas empiriquement démontré ce lien, elles affirment toutefois que l'expérience de consommation et d'usage du produit/service entre pleinement en ligne de compte dans le processus d'appropriation.

Dans le contexte des services, nous considérons dès lors que le niveau d'usage qu'un client a du service influence son appropriation de ce service. En effet, l'appropriation du service ne peut exister que si le client utilise le service. Ainsi, nous pensons que lorsqu'un client dispose d'un niveau d'usage élevé du service, il disposera d'acquis préalables plus nombreux et s'appropriera davantage le service.

Ainsi, nous émettons l'hypothèse H1 :

H1 : L'usage du service a un impact positif sur l'appropriation du service

Cette relation est représentée dans la figure suivante :

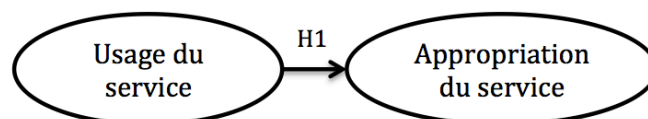


Figure 9 : Présentation de l'hypothèse H1

2- L'EFFET DE L'USAGE DU SERVICE SUR LA PARTICIPATION DU CLIENT

En nous fondant sur le cadre théorique de la co-crédation de valeur, nous considérons que tous les acteurs engagés dans le processus de co-crédation de valeur disposent de ressources. Selon Arnould, Price et Malshe (2006) et Baron et Harris (2008), ces ressources (notamment les ressources opérantes comme les connaissances, compétences, savoirs, savoir-faire ou expertise) sont primordiales car leurs échanges et leurs applications contribuent à la co-crédation de valeur. La valeur est alors co-crédée par l'intégration des ressources existantes mais également par le développement de nouveaux savoirs (Vargo et Akaka, 2012).

Du point de vue du client, nous postulons alors que la création de valeur dépendra des ressources qu'il peut mobiliser dans le processus de co-crédation de valeur avec l'entreprise. Or, il est communément admis que le client n'arrive pas vierge au moment de la co-crédation de valeur. Il détient un vécu et un savoir fondés sur ses expériences de l'usage du service (Alba et Hutchinson, 1987). Cet usage est alors susceptible d'influencer le processus de co-crédation de valeur. Nous pensons notamment que lorsque le client dispose d'un niveau d'usage du service élevé, il dispose alors de ressources lui permettant de participer davantage au service. Dans le cadre d'un usage de service médiatisé par une technologie, par exemple, il a été montré que les technologies connectées jouent un rôle révolutionnaire dans le renforcement des ressources du consommateur (Agrawal et Rahman, 2015) car elles facilitent l'échange d'informations entre les clients via un accès à l'information et permettent un choix élargi et de nouveaux outils d'aide à la décision (Wathieu et al, 2002 ; Harrison, Waite et Hunter, 2006). De fait, nous considérons que l'usage du service peut influencer la participation du client du consommateur en enrichissant ses ressources.

L'hypothèse H2 peut donc être posée :

H2 : L'usage du service a un impact positif sur la participation du client

Cette relation est représentée dans la figure suivante :

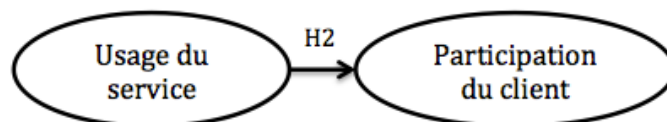


Figure 10 : Présentation de l'hypothèse H2

3- L'EFFET DE L'APPROPRIATION DU SERVICE SUR LA PARTICIPATION DU CLIENT

La littérature sur l'appropriation montre que lorsqu'un individu éprouve un sentiment d'intégration d'un objet à soi, il sera sujet à adopter différents comportements d'engagement vis-à-vis de cet objet (protection, refus de vendre ou de se séparer de l'objet, comportements altruistes) (Belk, 1992 ; Schultz, Kleine et Kernan, 1989)

Dans l'étude des relations de possession psychologique entre un salarié et son entreprise, la littérature en comportement organisationnel montre, par exemple, qu'un salarié qui « *possède* » pleinement « *son* » entreprise est davantage engagé et performant dans son travail (i.e. l'intra-rôle) (Van Dyne et Pierce, 2004). Ce lien se justifie car le salarié éprouve un sentiment de fierté (Berstein, 1976) et un sens accru des responsabilités (Pierce et Jussila, 2011) qui le rend proactif et le conduit à fournir un investissement plus important en temps et en énergie envers son organisation.

De plus, il est montré qu'un salarié qui « *possède* » pleinement « *son* » entreprise s'engage dans des comportements volontaires et altruistes (i.e. l'extra-rôle) vis-à-vis de son entreprise (Pierce et al., 1991 ; Pierce, Jussila, et Cummings, 2009 ; Vandewalle et al., 1995; Van Dyne et

Pierce, 2004 ; Lv et Gu, 2007 ; Liu et al. 2012 ; et Peng et Pierce, 2015). Cette relation se fonde sur la théorie de l'échange social (Blau, 1964), la norme de réciprocité et la littérature sur l'identité (Avey, Avolio, Crossley et Luthans, 2009). Selon ces théories, lorsque l'organisation contribue à combler les besoins d'expression de soi et d'identification personnelle du salarié alors celui-ci, par réciprocité, est sujet à s'engager dans des comportements spontanés, positifs et altruistes envers l'organisation.

La littérature marketing montre également que le sentiment d'intégration du client à l'égard d'un objet ou service influence différentes attitudes ou comportements positifs envers l'entreprise comme la satisfaction, les intentions de maintenir une bonne relation, le bouche à oreille, l'intention de payer et la résistance à la concurrence (Asatryan et Oh, 2008 ; Fuchs, Prandelli, et Schreier al., 2010 ; Peck et Shu, 2009). Plus spécifiquement, l'engagement d'un consommateur dans la participation à un service est lié au sentiment que celui-ci est « à lui » (Jussila et al., 2015). Dans le contexte des mondes virtuels du type Second Life, Lee et Chen (2011) montrent que l'intention de l'individu à y prendre part est fortement liée au fait qu'il s'approprie cet espace artificiel.

En nous fondant sur ces recherches, nous proposons d'étendre ces enseignements au cadre de la co-crédation de valeur. Nous pensons alors que lorsqu'un client s'approprie le service au sens où celui est incorporé à sa sphère personnelle, il s'engagera plus fortement dans la co-crédation de valeur avec l'organisation en adoptant des comportements attendus par celle-ci (participation intra-rôle) mais également en s'engageant dans des comportements altruistes (participation extra-rôle).

Nous postulons donc l'hypothèse H3 :

H3 : L'appropriation du service a un impact positif sur la participation du client

Cette relation est représentée dans la figure suivante :

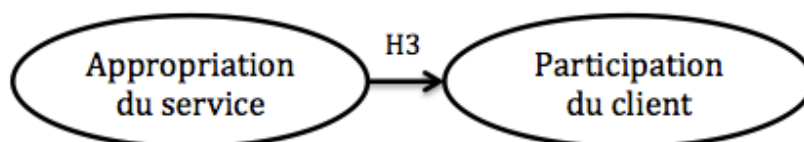


Figure 11 : Présentation de l'hypothèse H3

4- L'EFFET DE L'APPROPRIATION DU SERVICE ET DE LA PARTICIPATION DU CLIENT SUR LA VALEUR DANS L'USAGE

Le cadre théorique de la création de valeur postule que la valeur extraite par le client émerge lorsque celui-ci utilise, personnalise ou adapte l'offre pour atteindre ses propres objectifs personnels (Firat et al., 1995; Humphreys et Grayson, 2008; Payne, Storbacka et Frow, 2008; Pongsakornrungrungsilp et Schroeder, 2011). Selon Prahalad et Ramaswamy (2003), c'est, en effet, la signification personnelle tirée du processus de co-création qui détermine la valeur pour le client.

Or, la logique « *réursive* » de l'appropriation, adoptée dans cette recherche, définit l'appropriation du service comme une union symbolique du client et du service dans laquelle celui-ci éprouve une possession totale et symbolique du service (« le service est à moi ») mais également considère le service comme une partie de lui-même (« le service, c'est moi »). Dans ce contexte, le client qui s'approprie le service s'adapte au service mais adapte également le service à son identité, à ses objectifs et à ses fins personnelles.

La mise en perspective de ces deux principes nous permet de poser l'idée selon laquelle l'appropriation du service aura une influence positive et significative sur la valeur dans l'usage. En d'autres termes, lorsque qu'un client s'approprie le service, il l'adapte à sa personne, en tire une signification personnelle et en perçoit des bénéfices liés à cette intégration.

Les théories de l'« *effet d'endowment* » en économie comportementale (Thaler, 1980) ou du « *mere effect ownership* » en psychologie sociale (Beggan, 1992) viennent supporter cette relation. Ces théories postulent que les individus donnent davantage de valeur à un bien lorsque ceux-ci le possèdent. En marketing, cette théorie a permis de montrer que les individus évaluent plus favorablement les objets qu'ils possèdent que d'autres objet similaires mais non possédés (Nesselroade, Beggan, et Allison, 1999 ; Kirmani, Sood et Bridges, 1999 ; Swaminathan, Page, et Gurhan-Canli, 2007 ; Huang, Wang, et Shi, 2009).

Selon ces théories, le consommateur jugerait alors plus favorablement les attributs et les bénéfices d'un service qui lui appartient que ceux d'un service qui ne lui appartient pas.

Tenant compte de tout cela, nous pensons donc qu'il existe un lien causal entre l'appropriation du service et la valeur dans l'usage évaluée par le consommateur.

De fait, nous formulons l'hypothèse H4 :

H4 : L'appropriation du service a un impact positif sur la valeur dans l'usage

Selon le cadre théorique de la co-crédation de valeur, la valeur est définie « *dans l'usage* » comme l'ensemble des bénéfices retirés de la participation du client et de son appropriation du service.

Cette définition souligne un principe théorique fondamental de la co-création de valeur : la valeur n'est pas contenue dans le produit ou le service mais créée directement par les activités réalisées par le consommateur. Elle est alors envisagée non pas comme le résultat d'un calcul mais comme le produit d'une expérience (Filser, 2000). Elle ne précède pas mais résulte de l'expérience de consommation du produit ou service (Aurier et al., 1998 ; Filser et Plichon, 2004).

En cohérence avec ces auteurs, nous considérons que si la valeur est créée et déterminée par le client, elle est plus largement déterminée par ses activités (McColl-Kennedy, Vargo, Dagger, Sweeney et van Kasteren, 2012) et sa participation dans le service. Dans ce cadre, nous considérons alors que la valeur dans l'usage résulte de la participation du client au service. Ainsi, plus un client va participer dans le service, plus il en extraira de la valeur.

L'hypothèse suivante H5 est donc formulée :

H5 : La participation du client a un impact positif sur la valeur dans l'usage

Ces deux relations sont représentées dans la figure suivante :

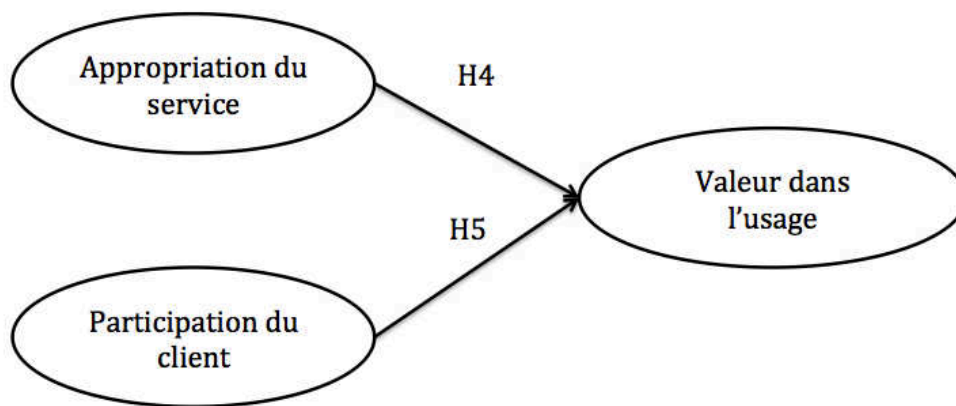


Figure 12 : Présentation des hypothèses H4 et H5

5– LE RÔLE DE L'USAGE DANS LA CRÉATION DE VALEUR

Hoyle et Panter (1995) ainsi que Boomsma (2000) recommandent de justifier l'absence de relations entre les concepts d'un modèle de recherche. Dans notre thèse, le point le plus important se trouve probablement dans l'absence de relation directe entre l'usage du service et la valeur dans l'usage. En d'autres termes, nous pensons que la valeur dans l'usage d'un service ne découle pas directement de son usage. Mais pourquoi postuler cette absence de lien ? Le cadre théorique mobilisé dans cette recherche peut nous éclairer sur cette interrogation. En effet, les définitions de la valeur issues de la perspective de la co-crédation et (notamment celle que les auteurs dénomment « value in use ») renvoient incontestablement à une forme de valeur dérivée et expérimentée subjectivement par le client. Cette valeur ne se réduit donc pas à une valeur pré-existante qui serait contenue dans l'offre ou encore à une valeur réactive provenant lorsque le client utilise passivement le service (i.e. valeur d'usage) mais davantage à une valeur active qui suppose un réel engagement et des mécanismes d'incorporation de l'offre pour pouvoir pleinement extraire de la valeur (valeur dans l'usage).

En cohérence avec ce cadre théorique, la thèse que nous défendons considère que l'effet de l'usage du service sur la valeur passe par un mécanisme actif d'appropriation et de participation. C'est alors et seulement à la suite de ce mécanisme que la valeur peut être retirée par le client.

CONCLUSION

Cette section nous a permis de **développer le modèle de recherche de ce travail doctoral**.

Celui-ci est fondé sur cinq hypothèses principales et met en œuvre cinq concepts principaux.

Le modèle général de recherche est présenté ci-dessous :

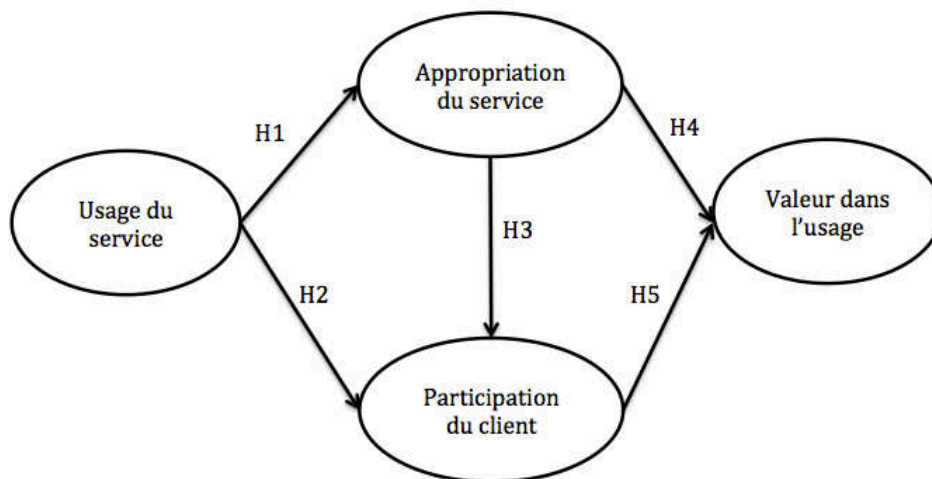


Figure 13 : Présentation du modèle général de recherche

Ce modèle sera mis à l'épreuve dans le chapitre 4 de ce travail doctoral dans le secteur de la santé et de la prise en charge des maladies chroniques.

Nous justifierons, dans la prochaine section, la pertinence de ce terrain de recherche et adapterons le modèle de recherche aux spécificités de notre terrain de recherche.

SECTION 2 – JUSTIFICATION DU TERRAIN DE RECHERCHE ET

DÉVELOPPEMENT DES HYPOTHÈSES DE TRAVAIL

Cette seconde section aura pour objectif de justifier la pertinence du terrain de recherche retenu et le développement de nos hypothèses de travail.

Nous avons choisi de mettre en œuvre notre modèle dans **le secteur de la santé** et plus précisément dans **le contexte des services de prise en charge des maladies chroniques**. Trois raisons principales expliquent ce choix : (1) La question des maladies chroniques représente aujourd’hui un enjeu central de société et de santé publique. (2) La prise en charge des maladies chroniques nécessite la participation et l’implication du patient ainsi que son appropriation d’un « programme » de soin (3). Les patients sont de plus en plus connectés et disposent ainsi de ressources plus nombreuses et d’un plus grand pouvoir pour participer et s’approprier le service. Ces trois motifs seront discutés plus longuement dans le **premier paragraphe de cette section**.

Mais, comment définir et conceptualiser l’appropriation d’un service dans le contexte de prise en charge des maladies chroniques ? Comment s’illustre concrètement la participation (intra et extra-rôle) du patient dans le soin ? Afin de confronter et affiner notre cadre théorique et les concepts retenus à la réalité de ce terrain de recherche, nous avons conduit une étude exploratoire dans la santé. Celle-ci sera présentée dans un **second paragraphe**.

Les résultats de ce travail exploratoire seront mis en perspective **dans un troisième paragraphe**.

1- LE SERVICE DE PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES

1-1 PRENDRE EN CHARGE LES MALADIES CHRONIQUES : UN ENJEU DE SOCIÉTÉ FONDAMENTAL

Mettre en œuvre notre modèle de recherche dans le secteur de la santé et de la prise en charge des maladies chroniques se justifie tout d'abord car **la prise en charge de ces pathologies représente l'un des challenges actuels de notre société.**

Les maladies chroniques touchent, en effet, 15 millions de personnes en France (20% de la population) et sont responsables d'environ 60% des décès avant 70 ans. Leur prise en charge représente, à elle seule, 92 milliards d'euros de remboursement soit deux tiers des remboursements totaux de l'Assurance Maladie⁹.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une maladie chronique est un problème de santé qui nécessite une prise en charge pendant plusieurs années. Parmi les maladies chroniques existantes, on peut par exemple citer le diabète, la broncho-pneumopathie chronique obstructive, l'asthme, les maladies cardio-vasculaires ou les cancers.

Les maladies chroniques ont des répercussions sur les dimensions sociale, psychologique et économique de la vie du patient (OMS, 2005). L'OMS fait aujourd'hui de l'amélioration de la qualité de vie liée à la santé des personnes atteintes de maladies chroniques une priorité (OMS, 2006).

⁹ http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2013/10/23/analyse-des-depenses-de-sante-les-pathologies-qui-pesent-le-plus-lourd_673716

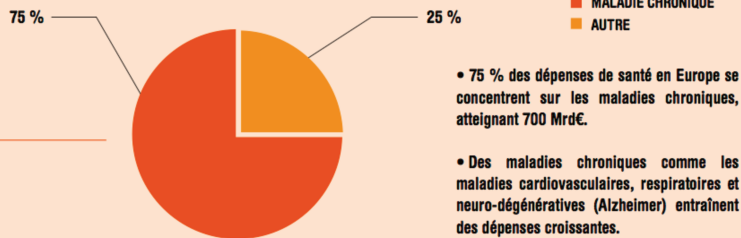
De plus, les maladies chroniques font face à un problème majeur de non-adhérence aux programmes de soin des malades (traitements, mesures hygiéno-diététiques). Selon une étude conduite par l'IMS Health - CRIP (Cercle de réflexion de l'industrie pharmaceutique)¹⁰, 60% des patients prendraient mal leur(s) traitement(s) quotidien(s). Dans le cadre du diabète on estime que 50% des patients ne respectent pas leur traitement (Golay et al., 2004 ; Gallois, Vallée, Le Noc, 2006 ; Leonard et Henil, 2002 ; Lenoir, 2003) et 70% oublient les règles hygiéno-diététiques recommandées (Anandamanoharan, 2012). La non-adhérence des patients chroniques représente pour l'OMS un « problème d'une magnitude frappante » et un des facteurs d'aggravation de ces pathologies. De plus, elle génère des surcoûts importants (multiplication des consultations en ville, consommation de traitements additionnels, hospitalisations répétées, passages aux urgences etc...). Les causes de la non-adhérence des patients demeurent difficiles à évaluer. Les caractéristiques du patient (l'âge, le niveau socio-culturel, ses connaissances et ses croyances), de la maladie (intensité des symptômes, gravité...), du traitement (durée, nombre de prises journalières), la relation médecin-patient (confiance, motivation) et du système de soin sont autant de facteurs influençant l'adhérence des patients (Scheen et Giet, 2010). L'OMS considère alors que l'efficacité des interventions favorisant l'adhérence des patients aux programmes de soin pourrait avoir un impact bien plus important que n'importe quelle découverte médicale.

La figure 14, page suivante, illustre bien notre précédent propos. Elle représente le poids des maladies chroniques en Europe en termes de dépenses de santé ainsi que le développement des facteurs de risques comme l'obésité ou le vieillissement de la population.

¹⁰ <http://lecrip.org/wp-content/uploads/2014/11/BrochureObservance-imprim1.pdf>

Quel sera le poids des maladies chroniques ?

IMPACT DES MALADIES CHRONIQUES SUR LA RÉPARTITION DES DÉPENSES DE SANTÉ



9M

C'est le nombre de décès dus aux maladies chroniques survenant avant l'âge de 60 ans

50 ans

Ce sera l'âge moyen d'un habitant de l'Union européenne en 2050 contre 32 ans en 1960

400

C'est le nombre de villes² de plus d'1 million d'habitants en 2000 contre 86 en 1950

80

Ce sera le nombre de villes de plus de 5 millions d'habitants en 2025

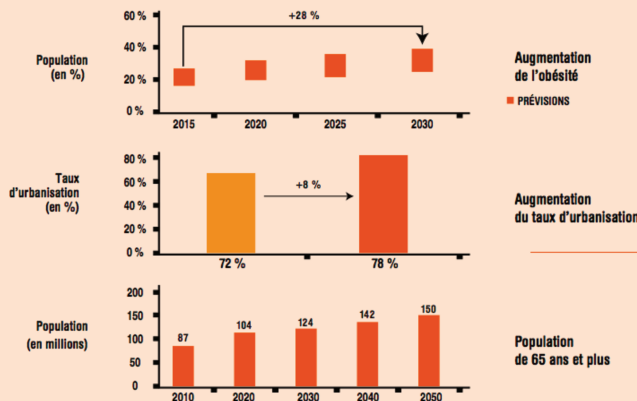
27

Ce sera le nombre de villes de plus de 10 millions d'habitants en 2025

8

Ce sera le nombre de villes de plus de 20 millions d'habitants en 2025

DÉVELOPPEMENT DES FACTEURS DE RISQUE (OBÉSITÉ, URBANISATION, VIEILLESSE DE LA POPULATION)



Source : Efpia. Health and Growth. Novembre 2013

© LEEV - LE 100 QUESTIONS - 2015

Figure 14 : Le poids des maladies chroniques

(Source : Efpia, Health and Growth, Novembre 2013)

Face à ce constat alarmant souligné par de nombreux acteurs du monde médical et des pouvoirs publics, la compréhension à la fois de la participation du patient dans ce programme de soin mais également de l'appropriation de ce programme représente un enjeu crucial pour les organisations de santé et plus largement pour les pouvoirs publics.

En choisissant de mettre en œuvre le modèle de recherche sur ce terrain de recherche, **ce travail doctoral vise donc à apporter des contributions managériales à destination des acteurs du domaine de la santé mais également des pistes de réflexions face à ces questions sociétales.**

1-2 UN PATIENT QUI DOIT PARTICIPER AU SOIN

Une seconde justification de l'adoption de ce terrain de recherche réside dans le fait que la prise en charge des maladies chroniques se **caractérise par la nécessaire participation du patient au processus de soin.**

Dans le cas du diabète, par exemple, le patient doit suivre un programme de soin qui implique sa participation active dans le soin, l'endossement de différents rôles et la réalisation de tâches critiques (prendre ou s'injecter des médicaments, utiliser un appareil pour se contrôler, adopter un régime alimentaire sain, pratiquer une activité physique etc....).

Bien qu'historiquement, le modèle de soin fut appréhendé selon une vision « paternaliste » de la relation médecin-patient (Portes, 1955) dans laquelle le médecin est le « décideur » « tout puissant » et le patient passif et vulnérable, cette logique est aujourd'hui remise en question et la perception du rôle du patient a fortement évolué dans le corps médical (Berry et Bendapudi, 2007; Lorig et Holman, 2003).

De nos jours, les professionnels de la santé reconnaissent, en effet, **la nécessité d'adopter un modèle davantage « collaboratif » du soin** fondé sur des interactions entre le patient et le prestataire de soin et son implication active, notamment dans le cadre des maladies chroniques.

La place du patient gagne alors de plus en plus d'importance : il participe à la prise de décision (Charles, Gafni et Whelan, 1999; Stevenson et al., 2000), est impliqué dans le diagnostic, le traitement (Akrich et Méadel, 2009) et dans la recherche d'information (Wagner et al., 2001). Les professionnels de santé le qualifient d'« acteur » du système de santé, de « patient-expert » (Fox, Ward et O'Rourke, 2005), voire de « consommateur » de médicaments et de soins. On peut, par exemple, citer la définition de la Picker Institute Europe (organisation caritative qui travaille sur la promotion des soins centrés sur la personne) qui définit le patient autour de plusieurs rôles actifs (par exemple : rechercher des conseils de spécialistes ou d'assistance pour une expérience considérée comme ayant à voir avec la santé, consulter ou avoir un contact avec un travailleur de santé, prendre une décision sur un plan d'action avec le praticien qui lui viendra en aide pour les problèmes l'ayant conduit à consulter...).

Le monde médical évoque également aujourd'hui l'importance de **l'empowerment du patient** qui représente la prise en charge du patient, par lui-même, de sa destinée économique, professionnelle, familiale et sociale (Bassleer, Boulanger et Menozzi, 2014) ou encore sa capacité à prendre des décisions (Gibson, 1991).

L'empowerment du patient peut découler de sa capacité à être acteur de sa santé mais également de la façon dont il va participer et échanger avec son médecin et enfin, de la façon dont le médecin va permettre un apprentissage, une éducation du patient (Ouschan, Sweenney et Jonhsion, 2006).

Il est, par ailleurs, renforcé par l'utilisation d'Internet et le développement des objets et technologies connectés (Cases, 2016).

1-3 UN PATIENT DE PLUS EN PLUS CONNECTÉ

Enfin, la **digitalisation croissante des services** (publics ou privés) de santé et de prise en charge des maladies chroniques via Internet ou tout autre dispositif « connecté » (applications mobiles, tablettes, outils connectés...) **représente un troisième motif d'adoption de ce terrain de recherche.**

En effet, nous souhaitons évaluer l'effet de l'usage médiatisé du service sur différents concepts, et la santé représente l'un des secteurs les plus actifs dans le domaine du digital que ce soit par la e-santé (avec ses équivalents : télésanté, santé numérique, santé connectée) qui désigne tous les domaines où les technologies de l'information et de la communication sont mises au service de la santé, et plus récemment par la m-santé (pour mobile-santé), autrement dit la santé connectée via les smartphones.

La santé est une des thématiques les plus prégnantes sur Internet (Morris et al., 1997). On retrouve de nombreux sites mais également de nombreux médias sociaux (forums, blogs, groupes Facebook, Twitter) qui jouent un rôle de plus en plus important (Fox et Duggan, 2013). Les internautes peuvent obtenir depuis leurs ordinateurs des renseignements sur les pathologies, les traitements, les habitudes de vie, les procédures chirurgicales, ou les ressources médicales et alternatives (Fox et Duggan, 2013 ; McDaid et Park, 2010). Une recherche réalisée dans 12 pays (Australie, Brésil, Chine, France, Allemagne, Inde, Italie, Mexique, Russie, Espagne, Royaume-Uni et États-Unis) montre qu'en moyenne six répondants sur dix ont effectué une recherche en ligne sur un problème médical particulier, un avis médical ou un médicament (McDaid et Park, 2010).

De plus, il existerait, selon une étude conduite par l'IMS Health en Septembre 2015, plus de 165.000 applications mobiles de santé disponibles sur les différentes plateformes de téléchargement dans le monde. Dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques, on retrouve notamment des applications de « *quantified self* » permettant aux patients de contrôler eux-mêmes l'évolution de différents indicateurs.

A cela, s'ajoutent les dispositifs de suivi à distance (on peut, par exemple, citer l'important dispositif de suivi de l'Assurance Maladie *Sophia* qui accompagne plus de 630.000 patients chroniques) qui bouleversent la répartition traditionnelle des tâches et compétences entre le professionnel de santé et le patient (Cf. Figure 15).

C'EST BON de se sentir accompagné

Parce qu'il est important de bien connaître le diabète pour adapter ses habitudes de vie, l'Assurance Maladie a créé *sophia*.

sophia c'est le service qui accompagne les personnes ayant une maladie chronique pour mieux vivre au quotidien et limiter les risques de complication.

sophia apporte en relais du médecin traitant, un soutien personnalisé, des informations et des conseils adaptés à l'état de santé et aux besoins de chacun.

Pour en savoir plus, rendez-vous sur **ameli-sophia.fr**

sophia
Le service d'accompagnement pour mieux vivre avec une maladie chronique.
Pour en savoir plus : **0811 709 709**
Site : **ameli-sophia.fr**

SÉCURITÉ SOCIALE
l'Assurance Maladie

Figure 15 : Le dispositif Sophia

Ainsi, le patient est aujourd'hui au centre d'une constellation de services médiatisés via une technologie ou un dispositif à distance. L'utilisation de ces outils n'est pas sans impact sur son comportement et peut alors influencer ses ressources opérantes (connaissances, compétences), sa façon d'envisager sa maladie (Fox et Duggan, 2013) et l'inciter à davantage participer en interagissant avec le médecin (Fox et Jones, 2009).

L'ensemble de ces éléments fait donc de ce service un terrain de recherche privilégié pour cette thèse.

Néanmoins, bien que la recherche en santé soit en marketing de plus en plus encouragée par les chercheurs du marketing des services (Berry et Bendapudi, 2007 ; Ostrom et al. 2010), le rôle des patients dans la co-crédation de valeur et ses différents mécanismes sont, dans ce secteur, encore méconnus (McColl-Kennedy, 2012)

Ainsi, nous avons choisi de conduire une étude exploratoire dans le secteur de la santé afin de pouvoir mieux appréhender ce phénomène et adapter notre modèle de recherche au plus proche de la réalité de ce service.

2- UNE ÉTUDE EXPLORATOIRE DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Nous avons réalisé une **étude exploratoire dans le secteur de la santé** en nous intéressant plus spécifiquement à la prise en charge des maladies chroniques. La méthodologie de l'étude sera présentée dans un premier point, puis nous développerons les principaux résultats.

2-1 MÉTHODOLOGIE

Dans cette sous-section, nous développerons d'abord les objectifs de l'étude qualitative, la méthodologie employée, les thèmes des guides d'entretien, les caractéristiques de l'échantillon et, enfin, la méthode d'analyse du discours adoptée.

2-1-1 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Selon Johnson, Onwuegbuzie, et Turner (2007), la phase exploratoire doit permettre au chercheur de mieux caractériser les variables utilisées, de mieux spécifier le modèle et de le stabiliser.

De fait, notre étude exploratoire vise à remplir trois objectifs principaux :

- Premièrement, cette étude vis à mieux **comprendre ce qui caractérise le service de santé et comment la valeur est-elle créée et délivrée**. Est-il en effet co-créé par les médecins et les patients ou uniquement délivré du patient vers le médecin ? Quelles sont les grandes spécificités de ce service ? Par quel(s) mécanisme(s) la valeur de ce service est-elle créée et par quels acteurs?
- Deuxièmement, nous souhaitons identifier **les rôles respectifs des médecins et des patients** dans le service et comprendre, plus particulièrement du point de vue du patient, **quels types de participation** sont identifiables. Le médecin est-il un décideur, un conseiller ou un collaborateur du patient? Quelles sont très concrètement les formes de participation du patient que l'on peut identifier dans les discours ?

- Troisièmement, nous souhaitons **décomposer le phénomène d'appropriation du service dans le secteur de la santé**. Nous souhaitons plus particulièrement confronter notre proposition à la réalité du service de soin. Etant données les divergences des chercheurs et le fait qu'aucune mesure de ce concept n'ait été conduite, il nous a semblé pertinent d'identifier comment l'appropriation du service se manifeste dans ce secteur. Qu'est ce alors que l'appropriation d'un service dans le secteur de la santé ? Quelles sont les différentes dimensions qui ressortent plus particulièrement des discours ?

Répondre à ces trois objectifs nous permettra alors d'adapter notre modèle de recherche au plus près de la réalité du terrain.

2-1-2 UNE ÉTUDE EXPLORATOIRE AUPRÈS DE TROIS POPULATIONS

Pour répondre à nos objectifs, nous avons conduit une étude qualitative exploratoire en trois étapes auprès de trois populations.

D'après Johnson, Onwuegbuzie, et Turner (2007), la phase exploratoire peut s'appuyer sur des méthodes variées. Suivant leur exemple, différentes méthodes ont été mobilisées, et plusieurs populations ont été interrogées dans le cadre de cette étude exploratoire. Celle-ci vise à saisir le phénomène de co-création du soin dans sa globalité en investiguant les discours de plusieurs parties prenantes du service.

Ce travail a été réalisé en collaboration avec le département Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier¹¹ (CHU) dans le cadre de la création d'un dispositif d'aide à la prise en charge des patients diabétiques.

Ces étapes sont présentées et justifiées dans le développement suivant:

- Pour remplir nos deux premiers objectifs (i.e. qualifier le service de soin et identifier les rôles du médecin et du patient), nous avons mené **quatre entretiens de groupes composés de médecins de ville de la région de Montpellier et alentours**. Cette étude fut conduite de Janvier à Juin 2013. La durée de chaque entretien est comprise entre 1 heure 30 et 2 heures. Nous avons choisi la méthode des entretiens de groupes car elle permet une interaction forte entre les membres du groupe (Anzieu et Martin, 1994) favorisant l'émergence de solutions nouvelles par la mise en commun et l'échange (Festinger et Katz, 1974 ; citée par Evrard et al., 2009). De plus, ce choix nous offre une grande praticité d'organisation et de recrutement des médecins répondants.
- Ensuite, **une seconde phase fut menée auprès de patients chroniques**. Six entretiens semi-directifs, de 30 à 45 minutes et un focus group de 2 heures composé de six patients de la région de Montpellier ont été réalisés de Mars à Juillet 2013. Les entretiens individuels furent conduits auprès de patients atteints de pathologie respiratoire chronique alors que le focus groupe fut réalisé auprès de patients obèses. Pour cette phase, nous avons privilégié la technique de l'entretien semi-directif car elle

¹¹ Cette étude fut plus particulièrement menée en collaboration avec le Pr. Avignon et le Dr. Attalin dans le cadre du projet AVIITAM.

permet d'obtenir des témoignages plus en profondeur (Evrard et al., 2009). Le sujet traité soulevant des composantes sensibles (rapport à la maladie, hospitalisation, expériences passées), nous avons privilégié la situation de face à face avec les patients.

- Pour répondre spécifiquement à notre troisième objectif (i.e. la décomposition de l'appropriation du service dans le secteur de la santé) et dans un souci de praticité, nous avons sollicité **par e-mail 50 non-patients** parmi lesquels 27 ont fourni une réponse. Les répondants devaient répondre à la question : « *Pour vous, ce patient s'est approprié sa maladie et ses soins signifie...* ». Nous avons volontairement formulé cette question en incluant, pour objet de l'appropriation, la maladie du patient. En effet, n'ayant pas la possibilité d'interagir avec les répondants, nous souhaitons réduire au maximum les difficultés de compréhension (les répondants auraient pu ressentir des difficultés à comprendre la notion unique d'appropriation du soin). De plus, nous pensions qu'à travers cette formulation, seraient évoquées, dans des discours plus globaux, les différentes manifestations de l'appropriation du service. Enfin, cette phase fut conduite à la suite des entretiens avec les médecins et les patients et nous avons remarqué que les médecins parlaient davantage de patients plus à l'aise avec leur maladie que vis-à-vis des soins. Nous avons choisi cette pratique afin d'apporter un éclairage supplémentaire car l'étude unique du discours de médecins et patients pouvait induire une limite due à la spécificité du terrain. En effet, les répondants interrogés étant impliqués dans un sujet complexe, nous pensions qu'il était enrichissant de mobiliser le discours de non-patients, car le service de santé concerne tous les individus. Nous avons choisi d'effectuer cette collecte par Internet, du fait des économies de temps et d'énergie inhérentes à cette méthode de collecte de données (Kozinets, 1997 ; Galan et Vernet, 2000) parmi lesquelles on peut citer son faible

coût et sa rapidité de collecte. Bien qu'Internet soit majoritairement utilisé à travers les études quantitatives, il est un média interactif qui permet d'introduire de nombreux supports de communication (Andréani et Conchon, 2005 ; Ganassali et Moscarola, 2004). De plus, il peut permettre à l'interviewé de réfléchir à ses idées et de les exprimer de manière plus libre, l'écran pouvant réduire les barrières psychologiques et sociales (Andréani et Conchon, 2005).

Le Tableau 12 présente une synthèse de l'échantillon, des méthodes utilisées et des objectifs principaux de différentes phases de l'étude exploratoire.

Echantillon	Méthodes	Objectifs principaux	Dates
Médecins généralistes	4 focus groupes	<ul style="list-style-type: none"> - Comprendre ce qui caractérise le service de santé et comment la valeur est créée et délivrée - Identifier les rôles respectifs des médecins et des patients - Définir la participation du patient dans le service 	Janvier à Juin 2013
Patients chroniques	6 entretiens semi-directifs et 1 focus groupe		Mars à Juillet 2013
Non patients	26 (entretiens par e-mails)	<ul style="list-style-type: none"> - Décomposer l'appropriation du service dans le secteur de la santé - Confronter la définition provenant de notre intégration de la littérature avec la réalité du terrain 	Juillet 2013

Tableau 12 : Echantillon, méthodes et objectifs principaux de l'étude exploratoire

2-1-3 PRÉSENTATION DES GUIDES D'ENTRETIEN

Le guide d'entretien représente pour le chercheur « l'inventaire des thématiques à aborder au cours de l'entretien et des données de fait qui, à un moment ou un autre de l'échange, feront l'objet d'une intervention pour l'enquêteur si l'enquête ne les aborde pas spontanément » (Freyssinet-Dominjon, 1997, p.158).

Pour bâtir les guides d'entretien, nous avons suivi les recommandations de Giannelloni et Vernet (2001) en respectant une progression en « entonnoir » avec plusieurs thèmes (introduction, centrage, approfondissement et conclusion).

Elaborés en collaboration avec les médecins du CHU porteurs du projet, les guides d'entretien mobilisés dans nos entretiens (entretiens semi-directifs et focus groupes) explorent globalement des thèmes communs. Cependant, lors de la conduite de l'entretien, nous avons pris un soin très particulier à en adapter la forme en fonction du profil du répondant (médecin ou patient). Les guides d'entretien ont été préalablement pré-testés auprès de doctorants afin de déceler les zones ambiguës et d'ajuster nos questions.

Quatre thèmes généraux ont été abordés :

- La **prise en charge du patient chronique** (manifestations, perceptions, conditions de succès et d'échec, rôle spécifique du médecin et du patient),
- La **place des dispositifs d'aide au suivi dans la prise en charge** (nature des dispositifs, influence sur l'autonomie et les compétences du patient),

- La **place des dispositifs technologiques dans la prise en charge** (nature des dispositifs, influence sur l'autonomie et les compétences du patient),
- Une **synthèse des éléments abordés et la présentation de l'outil développé par le CHU.**

Il est à noter que, lors des entretiens semi-directifs auprès des patients, nous avons également ajouté une question plus spécifique sur l'appropriation du service. Les guides d'entretien figurent en Annexe 1 de ce document.

2-1-4 DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON ET CRITÈRE DE SATURATION

Notre échantillon final est constitué de **62 personnes** (23 médecins, 12 patients et 27 non patients).

Pour clôturer notre collecte de données, nous nous sommes reposés sur le concept de la saturation théorique (Royer, Zarlowski et Thietart, 1999) qui indique que le recueil de données prend fin lorsque tout nouvel entretien n'apporte plus d'informations pertinentes et importantes pour l'objet d'étude.

Les caractéristiques des populations interrogées sont détaillées ci-dessous. Nous renvoyons le lecteur à l'Annexe 2 pour plus de détails.

- *Les médecins des focus groupes*

Les médecins généralistes participant aux focus groupes sont des médecins de ville exerçant dans la région de Montpellier. Ils ont été recrutés par le CHU de Montpellier. Il est à noter que leur profil peut donc introduire des biais dans la mesure où ces médecins sont a priori en lien avec le CHU et donc impliqués dans la vie de la communauté médicale (certains sont, par exemple, formateurs, syndiqués, intervenants ou enseignants à la faculté de médecine).

- *Les patients du focus groupe*

Concernant les patients recrutés pour le focus groupe, ceux-ci sont des patients souffrant d'obésité et pris en charge par le service nutrition du CHU de Montpellier. Ces patients sont, pour la plupart, impliqués dans des groupes de réflexion autour du surpoids se réunissant fréquemment au CHU dans le cadre de réunions thématiques. Il est donc à supposer que ces patients possèdent une expertise de leur pathologie et des soins qui leur sont proposés.

- *Les patients des entretiens semi-directifs*

Les patients des entretiens semi-directifs souffrent également de pathologies chroniques. Quatre ont été recrutés avec l'aide d'un médecin pneumologue de Lunel. Ils souffrent de maladie chronique respiratoire. Deux autres patients souffrent de diabète de type 1 et ont été recrutés sur des forums de discussion en ligne.

- *Les non-patients de l'étude exploratoire par e-mail*

Enfin, les participants à l'enquête qualitative par e-mail sont des individus recrutés par échantillonnage de type « boule de neige ». Ainsi, l'échantillon est relativement jeune et constitué majoritairement d'étudiants, de doctorants ou de jeunes docteurs.

À travers ces trois populations interrogées, **nous avons cherché à recueillir le maximum de diversité**. Nous considérons que les minimums requis pour atteindre une saturation de l'information ont ainsi été remplis.

Dans la partie suivante, nous exposons les résultats de l'analyse des données collectées lors des trois études que nous venons de présenter.

2-1-5 ANALYSE DE CONTENU PAR CATÉGORIES

Le contenu de l'ensemble des entretiens fut entièrement enregistré puis retranscrit. Il constitue un corpus de 270 pages.

Nous avons choisi de mener une **analyse thématique par catégories** sur l'ensemble du matériau qualitatif collecté. L'analyse de contenu thématique se définit, selon Berelson (1952), comme une technique de recherche servant à la description précise, systématique et quantitative du contenu manifeste.

L'unité d'analyse retenue dans ce travail est le thème car il représente l'unité de signification qui se dégage naturellement dans le texte (Bardin, 2001), cette « idée-clé » émergeant du discours (Andréani et Conchon, 2005).

Notre analyse s'est décomposée en quatre phases principales :

- Une première « *lecture flottante* » de l'ensemble des entretiens fut réalisée afin d'avoir une vue d'ensemble du matériau qualitatif (Dumez, 2013).

- Une grille de lecture des thèmes effectuée *a priori* et reposant sur notre revue de la littérature fut ensuite construite.
- Nous avons procédé à un codage thématique « ouvert » de chaque entretien (*analyse verticale*) en nous laissant la possibilité d'enrichir notre grille au fil de l'analyse par l'intégration de nouveaux thèmes.
- Une *analyse horizontale* au cours de laquelle les éléments retenus dans chacun des entretiens sont mis en commun (Bardin, 2001) fut enfin mise en oeuvre.

L'analyse a été réalisée manuellement sous Excel et mise en forme sur Word car ces logiciels offrent une classification claire et une manipulation facile des données.

2-2 QUALIFIER LE SERVICE DE SOIN

Le premier objectif de notre exploration qualitative est de comprendre comment, dans les discours, se caractérise le service de santé. Nous verrons que celui-ci est défini par les répondants comme un travail en commun fondé sur un échange de ressources et une interaction forte entre le médecin et le patient.

2-2-1 UN TRAVAIL EN COMMUN

Les deux premières phases de notre étude exploratoire auprès des médecins et des patients soulignent la prépondérance de la place du patient dans le processus de fabrication et de délivrance du service. En d'autres termes, sans son engagement actif, le service semble être

irréremédiablement voué à l'échec. Ceci converge avec la littérature: le service est alors co-créé conjointement par les médecins et les patients. C'est un travail commun, du « 50/50 » comme le formule le Dr F. Ainsi, pour faire face à cet enjeu, les médecins mettent en place un véritable programme de soin où l'adhérence du patient est centrale. Ce programme représente alors un « *projet* » (Dr. A) thérapeutique formé de différents éléments et qui va être co-créée dans le temps.

Dans les deux cas, le rôle du patient est majeur et sa participation au programme conditionne la réussite ou l'échec du suivi thérapeutique et détermine ainsi la valeur créée. On retrouve dans les discours des médecins et patients une abondance notable des pronoms « nous » ou « on », ainsi que l'adjectif possessif « notre » laissant transparaître que cette co-création du service est verbalisée des deux côtés de la dyade.

Le tableau de la page suivante présente un extrait des verbatims sur ce thème.

Exemple de verbatims médecins	Exemple de verbatims patients
<p>« Pour les maladies chroniques, c'est le patient qui commande, nous on suit on accompagne, des années, ça c'est très intéressant. Et <u>on compose vachement avec le patient</u>, son avis, son mode de vie, à quoi ça sert ma vie, pourquoi je vais traiter mon diabète, pourquoi je vais pas le traiter, ça me fait chier, ça me fait pas chier, j'ai pas envie d'arrêter de fumer, c'est pas moi qui commande ! » Dr JP</p> <p>« Un Mr de 70 ans diabétique hypertendu artéritique m'a demandé de m'occuper de son problème. Je lui ai dit : je suis d'accord mais à une condition, <u>la condition étant qu'on fait 50/50.</u> » Dr F</p> <p>« <u>C'est le projet du médecin et le projet du patient</u> et c'est deux sphères des fois qui se rencontrent pas...Alors que si ces deux sphères se superposent, on va pouvoir faire quelque chose. » (Dr A)</p> <p>« <u>On y arrive pas.</u> Je dis « <u>on</u> » car je suis avec eux » (Dr A)</p>	<p>« <u>Notre objectif...</u>parce que je dis « <u>notre</u> » ...parce qu'en l'occurrence c'est un travail que je considère qu'on fait <i>en commun...</i> »</p> <p>Marine, patiente obèse</p> <p>« Et on a réfléchi <u>ensemble</u> sur ma situation... qu'est ce qui fait que j'ai pris autant de poids » Hélène, patiente obèse</p>

Tableau 13 : Un travail en commun (exemples de verbatims)

2-2- L'IMPORTANCE DE L'ÉCHANGE DES RESSOURCES

De plus et en cohérence avec la perspective de la co-crédation de valeur, la valeur du service est globalement co-crédée dans un processus par lequel les ressources du patient et du médécin sont échangées, appliquées et intégrées. A travers la notion d'« *adhésion* » *du patient* (et non plus seulement d'observance) (Dr. J) que l'on retrouve majoritairement dans les discours des médécins, c'est en fait l'un des principes fondamentaux de la co-crédation de valeur qui transparait : seul, le médécin ne peut pas délivrer de valeur au patient, il ne fait que des propositions de valeur auxquelles le patient va adhérer (ou non) en participant et en s'appropriant le service. Ainsi, les moments de rencontre de service (i.e. les consultations) représentent dans les discours une plateforme d'échange où négociation et dialogue ont des places maîtresses dans la création de la valeur. Ceux-ci constituent ainsi des instants de partage de ressources et d'interaction où l'on « discute », « montre » les résultats et où on se « dit tout ». La valeur s'incrit donc dans un processus réciproque et interactionnel. Néanmoins, celle-ci est fortement dépendante de la compréhension et de l'engagement du patient.

Exemple de verbatims médecins	Exemple de verbatims patients
<p>« C'est vrai que ça m'arrive souvent de discuter avec les patients en disant : "<u>qu'est ce que vous en pensez?</u>" J'essaie de leur trouver des pistes comme ca, d'en discuter avec eux. » Dr F.</p> <p>« <u>Je vais d'abord m'appuyer sur ce qu'il a demandé</u> pour gagner en efficacité parce que si c'est lui qui pense qu'il a trouvé les solutions et bien ca sera probablement plus facile à adhérer» Dr. J</p> <p>« On est plus dans le sens à donner une info nous, alors que <u>j'ai l'impression qu'il faudrait laisser parler les gens</u> » Dr A.</p> <p>« <u>Si j'entends pas la façon dont il voit les choses</u> et ce qu'il serait capable de faire, je sais pas comment je serai capable de lui sortir un objectif » Dr I.H.</p> <p>« On essaie de leur expliquer les objectifs et qu'ils y adhèrent » Dr J.</p> <p>« Et je crois qu'au fur et à mesure de nos consultations, on avance, on progresse mais il faut toujours une <i>négociation</i>. Une négociation de quelqu'un qui voudrait modifier quelque chose pour aboutir à un résultat alors que le patient n'est pas toujours conscient du risque qu'il vit. »</p> <p>Dr A.</p>	<p>« <u>Les soins c'est un échange</u> il faut que ce soit un échange. Le praticien est là pour nous aider et à nous de les... suivre quoi. Sinon c'est pas la peine de venir quoi. » Fanette, patiente souffrant d'apnée du sommeil et diabétique de type 2</p> <p>« <u>On vient voir pour avoir des informations</u> et pas forcément pour rendre des comptes en fait » Marine, Patiente Obèse</p> <p>« On dit tout ce qu'on a mangé, et les émotions qu'on a eues pendant qu'on mangeait» Salima, patiente obèse</p> <p>« Oui je le marque et <u>je le montre au médecin quand j'y vais</u> » Yvette, patiente souffrant d'apnée du sommeil et diabétique de type 2</p>

Tableau 14 : L'échange des ressources (exemples de verbatims)

2-3 LES RÔLES DES PARTIES PRENANTES

Le second objectif de notre étude exploratoire est de mieux **comprendre le rôle des médecins et des patients dans le service de santé**. Si l'analyse des discours montre bien que le service de soin est appréhendé par les médecins et les patients comme une co-création conjointe de valeur (i.e. « *un travail en commun* ») définie par un échange et une intégration des ressources, nous examinerons ici les rôles respectifs de ces deux parties.

Nous verrons que le rôle du médecin est décrit comme celui d'un compagnon qui orchestre le soin et accompagne le patient. Le rôle du patient sera ensuite détaillé dans notre développement sous la forme d'une participation au service attendue par les médecins (l'intra-rôle) mais également de participation volontaire (l'extra-rôle)

2-3-1 LE RÔLE DU MÉDECIN : UN COMPAGNON EXPERT

Les médecins perçoivent leur rôle dans le service comme celui d'un « guide » (Dr J), un « pilote » (Dr J) « un expert » (Dr A), voire d'un « compagnon » (Dr P) qui propose un programme de soin au patient, invente, et réinvente des solutions pour son patient. Chronologiquement, le médecin généraliste se perçoit d'abord comme le dépisteur de la pathologie chronique, qui réalisera le premier diagnostic, fera l'annonce de la pathologie au patient et lui proposera un premier programme de soin. Il est, ensuite, le « manager » de la maladie qui va contrôler la réalisation du programme (vérification de l'évolution de l'état de santé, de la compréhension du programme par le patient, des objectifs fixés en commun). Ce dernier peut alors planifier la séquence du programme (orientation vers un spécialiste) et évaluer ou parfois sanctionner la bonne ou mauvaise participation du patient. Cette prise en charge prend la forme d'une série de rituels pour certains médecins (Dr HF) (comme par

exemple vérifier la neuropathie, si le patient a consulté un cardiologue ou un ophtalmologue) mais aussi d'une routine qui constitue l'une des difficultés de la prise en charge des maladies chroniques.

On retrouve également cette vision de conseiller dans le discours des patients à travers les termes de « support » ou de « coach » qui “rassure” et “vérifie si tout est ok”.

Exemple de verbatims médecins	Exemple de verbatims patients
Le médecin : un guide expert	
<p>« <u>Nous sommes des « bergers »</u>. Il faut guider (les patients) dans le maquis du soin, du système de soin, dans le maquis de leur maladie. » Dr J.</p> <p>« Nous sommes là en tant qu'<u>experts</u> de la médecine qui allons pouvoir <u>le conduire au mieux dans son projet</u> de ce qu'il aura envie de faire » Dr A.</p> <p>« Les patients ne sont pas malades, ils ont une maladie. Ils se sentent pas malades et <u>nous on les conseille on les aide</u> » Dr JP.</p> <p>« Moi je pense, je dirai « <u>guide</u> » ou « <u>pilote</u> »... On est un peu pour dire, indiquer la direction, et comment on va y arriver... puis après... » Dr J.</p> <p>« Mais au bout de 30 ans, on se rend compte qu'<u>il y a des gens qu'on accompagne</u> » Dr P.</p>	<p>« C'est comme si on avait un <u>support</u>, c'est comme si on avait euh... quelqu'un qui nous... je pense que dans toutes les maladies c'est ce qui est important d'ailleurs. D'être accompagné »</p> <p>Brigitte, Patiente apnée du sommeil et diabétique de type 2</p> <p>« Oui, ça me rassure quand même et puis tous les trois mois j'ai une prise de sang à faire pour voir si tout va bien si il me manque rien si tout va bien. Si le diabète il est bien ou pas...voir comment ça se déroule » Yvette, patiente souffrant d'apnée du sommeil et diabétique de type 2</p> <p>« Non non... on peut pas rester (seul)... sinon y aurait pas de médecins de spécialistes... C'est logique c'est logique... » Fanette, patiente souffrant d'apnée du sommeil et diabétique de type 2</p> <p>« Et c'est dans le cadre d'un suivi. Enfin, j'<u>ai vraiment l'impression d'avoir un coaching</u> permanent du coup, et d'avoir des informations dans une durée, et c'est ce qui est important d'avoir les informations dans une durée. » Marine</p> <p style="text-align: center;">Patiente Obèse</p>

Le médecin : un manager qui contrôle	
<p>« Dans les choses chroniques, il y a presque je dirais des rituels. En début d'année je vérifie la neuropathie, le machin... Je vérifie s'il a vu le cardio s'il a vu l'ophtalmo. En début d'années je vérifie pour tous les patients diabétiques. Je fais mon renouvellement et c'est le début de l'année, <u>je fais mon check list</u>. Ça, c'est pour ce type de pathologie comme ça je vais mettre en route quelque chose d'un peu structuré. Parce que sinon on a vite fait d'oublier ci ou ca" Dr HF.</p> <p>"Moi j'en suis toujours à palper les pieds, à voir... enfin c'est très très clinique si tu veux" Dr J.</p> <p>« Je demande à tous mes patients qui ont des pathologies chroniques de me ramener les boîtes de médicaments ! Je veux les voir ! Et je m'aperçois que souvent les médicaments n'ont pas été pris » Dr F.</p>	<p>« <u>On vérifie si tout est OK</u>. Le taux d'HbA1C, le taux de créatinine, si j'ai une perte de sensibilité au niveau des membres inférieurs etc » Hélène, Patiente diabétique de type 1</p> <p>« Parce que déjà bon ben euh... <u>il vous dit la bonne ou la mauvaise évolution...</u> » Brigitte, patiente apnée du sommeil et diabétique de type 2</p> <p>« Je pense qu'on s'est appropriée ses soins quand les soignants sont là pour <u>vérifier que vous vous soignez bien et non pour vous soigner</u> » Cécile, patiente diabétique de type 1</p>

Tableau 15 : Le rôle du médecin (exemples de verbatims)

2-3-2 UNE PARTICIPATION ATTENDUE PAR LES MÉDECINS: L'INTRA-RÔLE

Dans le discours des médecins, on dénote qu'ils attendent du patient une participation active dans le service. Cette participation que les médecins « voudraient », « souhaiteraient » (Dr R), se matérialise à travers le contrat thérapeutique précédemment présenté. Plus précisément, le patient a une constellation de rôles à endosser, variant selon la pathologie, parmi lesquels on peut toutefois trouver des caractéristiques communes : une participation comportementale d'adhérence à une thérapeutique (par exemple : respecter un traitement, pratiquer une activité physique, avoir une alimentation saine, utiliser un appareil pour se contrôler ou mieux dormir), une participation cognitive et sensorielle (par exemple : comprendre son traitement, écouter son corps), mais aussi des activités de collaboration (par exemple : échanger des informations lors de la consultation). La participation intra-rôle représente pour le patient une implication et un effort d'intensité variable.

Chez les patients, cette participation attendue est également très présente dans les discours. Les patients interrogés, dans leur grande majorité, évoquent leur rôle à jouer, ce « travail à chacun » (Sandra) et avoir conscience de ce qu'est un bon (VS mauvais) patient (Brigitte). Les patients interrogés, dans leur grande majorité, savent « ce qu'ils doivent faire » (Fanette).

Exemple de verbatims médecins	Exemple de verbatims patients
La présence de l'intra-rôle	
<p>« Y aussi le patient. Moi je donne à mon patient, tout ce qui le concerne ! Les courriers tout ça. Sur l'ordonnance, je marque tout y compris les dates de rappel. Notamment les diabétiques. Je marque hémoglobine glyquée une fois par saison. Je fais une ordonnance hémoglobine glyquée une par saison. Je fais pour l'année. Donc <u>il sait ce qu'il doit faire les 4 dans l'année.</u> Et le labo a ce papier. Je ne prescris pas 4 fois. Je prescris qu'une fois. Ils sont détenteurs de leur dossier, de leur maladie, donc le patient est aussi un outil de rappel. Il faut lui confier les choses. Ca compte aussi quoi ! » Dr JP.</p> <p>« <u>Ce qu'on voudrait ce qu'on souhaiterait c'est que nos patient fassent ce qu'on leur a appris,</u> qu'ils en comprennent tout l'intérêt pour non pas le vivre comme une exigence venue d'en haut mais leur propre nécessité de vie et d'équilibre »</p> <p style="text-align: center;">Dr R.</p> <p>« <u>Si vous ne suivez pas mes recommandations ou celles qui sont données par les recommandations...</u> si moi je remplis pas mon boulot de médecin en vous aidant et en vous traitant, ça marchera pas. Est-ce que vous êtes d'accord avec ça est ce que vous vous engagez à avoir un suivi régulier que nous établirons un calendrier d'ores et déjà?» Dr F.</p>	<p>« Ah ben si j'agis pas, c'est pas ma diabète qui le fera pour moi » Hélène, patiente diabétique type 2</p> <p>« C'est le <u>travail de chacun</u>, on vous dit pas « à la fin vous allez perdre 20 kilos, on vous le dit pas ». Sandra, patiente obèse</p> <p>« <u>On est obligé de le respecter</u> car c'est suivi par l'institut. » Yvette, patiente souffrant d'apnée du sommeil et diabétique de type 2</p> <p>« Oui oui <u>je vois qu'il faut le faire donc je le fais.</u> Tout simplement » Fanette, patiente souffrant d'apnée du sommeil et diabétique de type 2</p> <p>« ... je suis active mais peut être pas active comme je devrais l'être pour mon diabète par contre... » Brigitte, patiente souffrant d'apnée du sommeil et diabétique de type 2</p> <p>« Déjà je suis une mauvaise malade. Y a que là que je me soigne. Y a que pour ça. Parce qu'après je me soigne pas. Si je me soignais déjà je mangerai pas de sucre... » Brigitte, patiente souffrant d'apnée du sommeil et diabétique de type 2</p>

L'intra-rôle : une participation comportementale

<p>« Oui (on apprend aux patients) à se prendre en charge, à <u>faire des choses</u>, si y a des choses à faire, des efforts notamment. » Dr JP.</p> <p>« Premièrement l'auto-mesure tensionnelle, j'ai développé dans ma patientèle l'automesure tensionnelle je pense actuellement avoir entre 50 et 100 patients qui ont acquis un appareil d'automesure électronique validé à brassard » Dr D.</p> <p>"C'est à dire lorsqu'on explique à un diabétique que la marche à pied c'est nécessaire et que ça fait partie du traitement il a du mal à le concevoir" Dr C.</p> <p>« C'est vrai que je pense en particulier à la <u>remise en activité des gens en particulier</u> chez des patients un p'tit peu âgés » Dr H.F.</p>	<p>"Et bien tous les soirs je prends ... <u>je mets l'appareil</u> et là on va faire un contrôle pour savoir s'il me faut continuer à le prendre..."</p> <p>Yvette, patiente souffrant d'apnée du sommeil et diabétique de type 2</p> <p>« Commence le matin par les médicaments, à midi les médicaments, pique le matin, médicaments à midi, médicaments et pique le soir » Brigitte, patiente souffrant d'apnée du sommeil et diabétique de type 2</p> <p>« Oui <u>je le marque et je le montre au médecin</u> quand j'y vais. » Yvette, patiente souffrant d'apnée du sommeil et diabétique de type 2</p> <p>« Le matin je me réveille, bon <u>je prends mon médicament</u> pour la tension parce que j'ai de la tension depuis peu de temps. Et systématiquement <u>j'attaque par ma ventilation</u> aussi et à mon traitement de fond »</p> <p>Fanette, patiente souffrant d'apnée du sommeil et diabétique de type 2</p> <p>« ... <u>On va marcher en garrigue</u> sinon <u>j'ai un vélo d'appartement...</u> c'est pas trop mon fort mais bon » Yvette, patiente souffrant d'apnée du sommeil et diabétique de type 2</p> <p>« C'est quand même de l'éducation</p>
---	---

	<p>thérapeutique. <u>C'est de la rééducation comportementale</u>» Salima, patiente obèse</p> <p>« <u>Ça remet les gens je trouve à l'effort.</u> C'est à dire qu'on vous explique aussi, que ne serait-ce que monter votre étage pour aller chez vous, on a l'impression que ça sert à rien de monter un étage, ça fait pas brûler de calories, c'est petit. Mais en fait tous ces efforts cumulés remettent à l'effort sur la semaine, sur le mois, et en fait c'est une remise en mouvement. » Aurore, patiente obèse</p>
<p>L'intra-rôle : une participation cognitive et sensorielle</p>	
<p>« C'est de <u>convaincre le patient que sa maladie est chronique</u> ce qui n'est jamais apparu évident pour aucun patient qu'il était condamné à vie à avoir une maladie dont il ne se débarrasserait pas donc il ne guérira pas. C'est un élément fondamental car si il ne commence pas à adhérer à ce préambule, la suite sera de toute façon difficile et mauvaise. » Dr D.</p> <p>« Qu'il adhère à la maladie, <u>qu'il la connaisse, qu'il la comprenne</u>, qu'il sache les dangers. C'est vrai qu'il faut comprendre sa maladie, si on la comprend pas, on commande tout seul quoi. » Dr JP.</p>	<p>« On m'a dit « on va d'abord, avant de dire il faut faire ça, on va d'abord comprendre ce qui s'est passé ». Marine, patiente obèse</p> <p>« <u>On apprend à calculer minutieusement la valeur glucidique des repas.</u> On apprend à savoir de combien notre glycémie augmente pour 10g de glucides. Et de combien elle descend avec une unité d'insuline » Hélène, patient diabétique de type 2</p> <p>« Ici <u>on travaille sur des sensations alimentaires.</u> Reconnaître la faim, apprendre à manger quand on a faim, apprendre à s'arrêter de manger quand on a plus faim » Aurore, patiente obèse</p> <p>« <u>Prendre conscience de la remise en mouvement de mon corps</u> » Didier, patient obèse</p>

Tableau 16 : La participation intra-rôle du patient (exemples de verbatims)

2-3-3 LA PARTICIPATION VOLONTAIRE DU PATIENT : L'EXTRA-RÔLE

Dans les discours des répondants, nous décelons également la présence d'une autre forme de participation du patient, celle que la littérature qualifie *d'extra-rôle*, en d'autres termes, une participation volontaire, altruiste, non nécessaire à la fabrication du service mais qui offre une valeur supplémentaire.

Nous avons pu, plus spécifiquement, mettre en évidence deux formes d'extra-rôles identifiables dans la littérature: le **feedback donné au médecin** et **l'entraide**.

- **Le feedback donné au médecin** correspond à un ensemble de retours d'expériences que le patient peut fournir à son médecin. Il est à la fois présent dans le discours des médecins comme un élément « essentiel » de la prise en charge mais également chez les patients qui peuvent suggérer un nouveau traitement à leur médecin ou exposer leurs ressentis vis-à-vis d'une thérapeutique.

- **L'entraide** est une forme de participation altruiste et volontaire. Celle-ci, se manifeste, dans les discours, par la participation à des réunions de groupes, à des associations de patients, à des forums de discussions ou par le fait de recommander un programme de soin à un patient par exemple.

Exemple de verbatims médecins	Exemple de verbatims patients
Le feedback donné au médecin	
<p>« <u>Ce feedback avec le patient c'est quelque chose d'essentiel</u> et qu'on doit mesurer chaque fois et il est évident que de temps en temps on tombe de cul parce qu'on croyait que telle chose il l'avait bien entendu et qu'il le faisait et puis il n'en est rien. Alors on recommence » Dr A.</p> <p>« <u>On a pas assez de feedback</u> de ça dans nos consultations. C'est à dire qu'on est plus dans le sens à donner une info nous alors que j'ai l'impression qu'il faudrait laisser parler les gens »</p> <p style="text-align: center;">Dr S.</p>	<p style="text-align: center;"><i>(En parlant d'un nouveau traitement)</i></p> <p>« - C'est à dire vous arrivez un jour en disant « j'ai lu quelque chose est ce qu'il est possible de le mettre en place docteur?</p> <p>- Oui, voilà exactement ! » Yvette, patiente souffrant d'apnée du sommeil et diabétique de type 2</p> <p>« On dit tout ce qu'on a mangé, et les émotions qu'on a eues pendant qu'on mangeait » Salima, patiente obèse</p>
L'entraide	
<p>« Mais je pense que les forums de malades, les associations de malades euh ... les patients ... je pense qu'il y a un certain nombre de patients qui les utilisent pas mal ..Hein... qui les utilisent beaucoup ... euh ... qui leur permet peut être de se poser des questions de nous poser des questions » Dr H F.</p> <p>« Les associations (de patients) qui sont très utiles. » Dr S.</p>	<p>« A tel point que <u>j'ai aiguillé des amis sur le programme</u>, y en a qui sont même venus qui se sont faits hospitaliser... et donc faire entre guillemet une publicité à ce programme » Didier, patient obèse (j'ai connu le soin) « <u>Grâce aux filles du groupe de paroles</u>, parce que sans jugement chacune donnait des conseils » Salima, patiente obèse</p> <p>« Je participais à un forum sur internet, sur Aufeminin.com (...) on était un groupe de filles dans la France entière (...) <u>on s'encourageait tous les jours</u> à dire (...) on avait des objectifs de semaines, et des objectifs de journée mais pour s'encourager »</p> <p style="text-align: center;">Aurore, patiente obèse</p>

Tableau 17 : La participation extra-rôle du patient (exemples de verbatims)

2-4 DÉCOMPOSER LE CONCEPT D'APPROPRIATION DU SERVICE DANS LA SANTÉ

Le troisième objectif de notre étude exploratoire est de **confronter la proposition de conceptualisation de l'appropriation du service** fondée sur la littérature à la réalité du service de santé.

Nous verrons tout d'abord que l'appropriation s'avère être un terme complexe à définir pour les répondants, puis nous montrerons que l'appropriation est définie, dans les discours, comme un phénomène récursif composé de différentes dimensions.

2-4-1 L'APPROPRIATION : UN TERME COMPLEXE A DÉFINIR

Nous avons étudié les mots et les expressions utilisés par les répondants pour décrire l'appropriation du service de soin.

En premier lieu, il semble que l'appropriation du soin soit un concept peu clair pour les non-patients (« *Ce n'est pas une formulation que j'emploie ni même que j'ai déjà entendue me semble-t-il* », François, non patient ; « *Tout d'abord je n'utilise pas cette expression mais je peux dire ce qu'elle évoque pour moi* », Sophie, non patiente).

Pour les patients, l'appropriation du soin peut même être difficilement concevable ou encore évoquer, pour eux, quelque chose de démesuré (« *Je ne sais pas si c'est bien possible de s'approprier sa santé* », Fanette, patiente souffrant d'apnée du sommeil et diabétique de type 2, « *S'approprier sa santé... oui enfin, bon, faut pas non plus en faire tout un plat !* », Brigitte, patiente souffrant d'apnée du sommeil et diabétique de type 2).

Il est possible de trouver deux motifs principaux pour expliquer cette complexité de verbalisation chez les répondants. Tout d'abord, la notion est peu employée dans le langage courant et, comme nous l'avons vu, très complexe à définir avec de nombreuses facettes à la fois cognitives, psychologiques ou comportementales.

De plus, l'appropriation résulte de certaines phases conscientes ou inconscientes (Aubert-Gamet, 1996) ce qui lui confère un caractère parfois devenu automatique, et de fait difficilement décomposable par l'individu qui s'approprie (« *c'est systématique quoi... c'est devenu quelque chose comme... on se brosse les dents...*», Brigitte, patiente souffrant d'apnée du sommeil et diabétique de type 2).

2-4-2 L'APPROPRIATION DU SOIN: UN PROCESSUS « RÉCURSIF »

Si nous nous intéressons aux définitions données par les répondants, nous constatons que l'appropriation est globalement définie comme un processus : « *Je vois l'appropriation comme un processus à l'issue duquel la personne malade se représente et agit comme tel.* » (Anissa, non patiente). En d'autres termes, il s'agit d'un enchaînement de faits et de phénomènes aboutissant à un résultat et séquencé en plusieurs phases, dans lequel le temps a une place centrale (« *Schématiquement j'imagine trois phases* », François, non patient ; « *Dans un premier temps (...), dans un second temps* », Romain, non patient ; « *Il y a une notion de temporalité : le temps d'appropriation* », Mathilde, non patiente).

Conformément à l'approche proposée, l'appropriation semble être appréhendée par une logique *réursive* où le patient n'a pas seulement une action sur le service et la maladie mais où le programme de soin transforme le patient.

On retrouve plus spécifiquement les termes de « fusion », d'« intégration » ou d' « incorporation » qui renvoient aux travaux d'anthropologie de l'alimentation et à la « pensée magique » (Frazer, 1890). S'approprier transforme ainsi l'individu par son intégration au service et serait, en fait, un passage entre deux états.

Le tableau 19, présenté sur la page suivante, présente des extraits de verbatims illustrant l'appropriation du soin selon une logique récursive.

L'appropriation, une logique récursive
<p>« J'imagine l'appropriation d'une maladie comme une <i>fusion</i> entre deux entités auparavant distinctes » Anissa, non patiente.</p>
<p>« Cette expression évoque un changement, une <i>évolution entre deux états</i> » Julie, non patiente.</p>
<p>« L'idée d'<i>incorporation</i> est présente mais pas celle du « rejet » » Sophie, non patiente.</p>
<p>« Elle a <i>intégré</i> cette maladie, ses manifestations dans son mode de vie » Hugues, non patient.</p>
<p>« La personne a <i>intégré</i> la maladie comme une composante nouvelle de sa personne, elle se l'est "appropriée" » Jérémie, non patient.</p>
<p>« La personne intègre sa maladie et se définit en partie à travers elle » Fleur, non patiente.</p>

Tableau 18 : L'appropriation, une logique récursive (exemples de verbatims)

2-4-3 L'APPROPRIATION, UN PHÉNOMÈNE EN SIX DIMENSIONS

Sur la base de notre grille d'analyse, nous avons pu mettre en évidence cinq grandes dimensions de l'appropriation du service identifiées dans notre proposition (*je connais le service / je maîtrise le service / je crée / je m'adapte au service / je possède le service*). Une dernière dimension de l'appropriation (*je conscientise le service*) a émergé de l'analyse des discours des répondants.

Nous allons revenir sur ces différentes dimensions dans les parties suivantes.

« Je connais le service »

Nous avons identifié dans le discours des répondants une terminologie riche liée à la connaissance du service. Pour les répondants, s'approprier le service, c'est d'abord le connaître, en être familier. On retrouve ainsi des termes tels que se « former », « s'informer » ou « acquérir des connaissances ». Plusieurs niveaux de connaissances peuvent être distingués : celui des traitements associés (médicaments, hygiène de vie etc...) mais également des connaissances spécifiques liées à la maladie (par exemple : les symptômes, les effets, les causes et les origines physiologiques). Le patient qui s'est approprié le service est donc un patient averti qui a développé un ensemble de connaissances spécifiques du programme de soin proposé et de ses différentes composantes.

La connaissance du service
Lexique : connaître, connaissance, acquérir des connaissances
« <u>Elle connaît les médicaments</u> qu'elle doit prendre et leurs effets sur sa maladie.»
Fabienne, non patiente
« La première correspond à une appropriation en termes de <u>connaissance</u> de la maladie dont elle souffre....elle en connaît les symptômes, les effets, éventuellement les causes et les origines physiologiques, ainsi que les conséquences, les éventuels modes de transmissions et les risques pour son entourage » François, non patient
« Cette personne comprend sa maladie, au travers de l'acquisition de <u>connaissances</u> sur ladite maladie et les traitements associés. » Charlotte, non patiente

Tableau 19 : La connaissance du service (exemples de verbatims)

« Je maîtrise le service »

La maîtrise du service a également été identifiée comme une dimension de l'appropriation dans le discours des répondants. En effet, pour les répondants, s'approprier désigne aussi l'aptitude du patient à maîtriser et avoir une emprise sur ce qu'il doit réaliser. C'est « se prendre en main », « se gérer », « apprivoiser » la maladie, voire la « dominer ».

La maîtrise du service
<p>Lexique : maîtriser, gérer, se prendre en main, apprivoiser</p>
<p>« L'apprivoisement de sa maladie (...) l'idée que je pourrai <u>mieux la contrôler, la maîtriser</u>». Sophie, non patiente.</p>
<p>« Etre capable de pouvoir la <u>gérer</u> de façon autonome au quotidien. Le contrôle (...) devient « gérable » par la personne elle-même une fois sa maladie « appropriée ».</p> <p>Antoine, non patient.</p>
<p>« Elle a <u>pris en mains son traitement</u>... Elle gère ses RDV médicaux, ses analyses et ses examens médicaux. » Fabienne, non patiente.</p>
<p>« La personne <u>gère son traitement</u> et ses effets secondaires, elle n'est plus surprise, elle sait <i>dominer</i> les manifestations de sa maladie, Etre le <i>maître</i> absolu de sa santé »</p> <p>Ghislaine, non patiente.</p>

Tableau 20 : La maitrise du service (exemples de verbatims)

« Je crée »

Dans le discours des répondants, l'appropriation du service ne se limite pas à disposer de connaissances sur le service ou en détenir la maîtrise. S'approprier évoque aussi la capacité du patient à altérer le service pour le rendre personnel et chargé de sens (par exemple : élaborer sa propre médecine empirique) mais également à faire ses propres choix ou à tester

ses limites. La création, c'est jouir de l'espace de liberté laissé par le service pour le personnaliser et l'adapter à soi. Le patient crée alors de nouvelles routines personnelles lui permettant de sortir du cadre d'un soin standardisé et désincarné. La création, c'est, en fait, injecter de son identité dans le soin.

La création
<p>Lexique : choisir, personnaliser</p> <p>« Ce serait pour moi un patient qui est impliqué dans les soins, dans le sens où il n'accepte pas tout traitement conseillé par un somatien. <u>C'est aussi la capacité de dire « oui » ou « non » dans les soins.</u> C'est celui qui ne subit pas les traitements » Emeline, non patiente.</p> <p>« S'approprier signifie que le rapport au soin est <u>personnel et unique</u> » Romain, non patient.</p> <p>“Le patient (...) ne laisse personne choisir à sa place pour une meilleure santé. Il fait ses propres choix car <u>il a sa propre médecine empirique</u> basée sur des expériences antérieures et qui s'est avérée positive pour lui.” Ghyslaine, non patiente.</p> <p>« Par exemple, un diabétique qui va manger une pâtisserie ce qui va alors augmenter son sucre dans le sang et par la suite se faire une injection d'insuline rapide afin de réguler ce taux de sucre. Cette personne se sera appropriée sa maladie car elle sera sortie du cadre imposé par la maladie (pas de sucre rapide) afin d'être dans une normalisation de ses envies » Diana, non patiente.</p>

Tableau 21 : La création (exemples de verbatims)

« Je m'adapte au service »

L'appropriation du service, c'est aussi pour les répondants **le façonnement du patient qui s'adapte dans son quotidien à un programme et à sa maladie.**

On retrouve ainsi dans les discours des termes comme « accepter », « vivre avec », « faire cohabiter », « changer », « s'accommoder », « se définir à travers » ou encore « reprogrammer ». L'adaptation sous-entend également une modification inscrite dans le temps (le temps d'adaptation) cognitive et comportementale à plusieurs niveaux : les tâches quotidiennes (*ses habitudes*) ou même son existence de manière plus générale (*apprendre à vivre avec sa maladie*).

Ainsi pour s'approprier pleinement le service, une dépossession de soi est nécessaire. Cette dimension entre donc totalement en cohérence avec l'approche récursive de l'appropriation que nous adoptons dans cette recherche.

L'adaptation Individuelle au service

Lexique: s'habituer, vivre avec, adapter, intégrer dans le quotidien.

« Je viens d'avoir une (nouvelle) maladie, il faut que je m'y habitue, que je fasse avec »

Sophie, non patiente.

« La personne s'est appropriée son soin dans le sens où elle a élaboré de nouvelles habitudes et routines de vie pour « vivre avec sa maladie ; un état dans lequel la personne a appris à vivre avec sa maladie, ce qui se traduirait notamment par un changement de ses habitudes en comparaison à celles qu'elle avait avant d'être malade et de se l'être appropriée. » François, non patient.

“Cela évoque donc *une adaptation de son quotidien* avec sa maladie s'adapter à ce nouvel état de santé” Julie, non patiente.

« Vivre avec, intégrer une activité pénible dans sa vie de tous les jours (une dialyse par exemple) et ne pas laisser la pénibilité prendre le contrôle sur sa vie. » Florent, non patient.

Tableau 22 : L'adaptation individuelle au service (exemples de verbatims)

« Je possède le service »

Dans les discours, l'appropriation du service renvoie également au sentiment de posséder symboliquement le service. Nous retrouvons à la fois l'appropriation comme un procédé d'acquisition psychologique mais également comme un état de fusion entre le patient et le programme qu'il s'approprie. La frontière entre l'identité du patient et son programme s'étirole alors pour ne « faire plus qu'un ».

La possession psychologique du service
Lexique: faire sien, être propriétaire de, ne faire qu'un.
“Je pense au fait qu'elle ait « <u>fait sien</u> » Charlotte, non patiente.
“L'apprivoisement de sa maladie combinée à <u>l'idée de propriété</u> , quand elle sera mienne” Sophie, non patiente.
“Elle a supprimé la distinction entre un objet extérieur (la maladie) et elle-même « je suis infectée par le VIH » ; par opposition, une personne qui s'est appropriée sa maladie verbaliserait son état ainsi : « je suis séropositive» Anissa, non patiente.
« La personne (...) se définit à travers elle » Fleur, non patiente.
“La personne <u>ne fait qu'un</u> avec sa maladie et son soi” Ghyslaine, non patiente.

Tableau 23 : La possession psychologique du service (exemples de verbatims)

Les précédentes dimensions de l'appropriation du service confortent notre proposition conceptuelle construite à partir de la mise en perspective des recherches existantes. Toutefois, une dernière dimension a été identifiée dans les discours : **la conscientisation du service**.

« Je conscientise le service »

L'appropriation s'avère être aussi une **prise de conscience du service, du rôle à jouer face à la maladie pour le patient et des actions qu'il doit réaliser** (« ses obligations »). On retrouve ainsi chez les répondants des termes comme « réaliser », « avoir réfléchi » ou « se représenter ». Il est probable que cette dernière dimension soit particulièrement visible dans ce secteur spécifique. En effet, de nombreux travaux en médecine et en sciences humaines et sociales soulignent l'importance fondamentale des représentations du patient et de ces croyances vis-à-vis de la maladie et du programme de soin dans le mécanisme d'adhérence (e.g. Nerenz, Leventhal et Love, 1982 ; Masson, 2008 ; Houel Delaune, 2009, Fischer et Tarquinio, 2014).

La conscientisation du service

Lexique : Avoir pris conscience, se représenter, être conscient.

“Avoir pris conscience de sa maladie et son rôle pour la soigner” Antoine, non patient.

“La personne a pris conscience à la fois des obligations que sa prise en charge nécessite, et des risques que les négligences par rapport à ces obligations induisent.

L’appropriation est synonyme de conscientisation dans ce contexte” Céline, non patiente.

“La personne malade se représente et agit comme tel.” Anissa, non patiente.

“ Le fait d’être conscient, cette personne a réfléchi et défini son rapport avec sa maladie” Romain, non patient.

“Elle est consciente d’être malade” Mathieu, non patient.

“La personne est pleinement consciente de sa pathologie de sa place dans la guérison, et des conséquences qui en découlent” Alexandra, non patiente.

Tableau 24 : La conscientisation du service (exemples de verbatims)

3- MISE EN PERSPECTIVE DES RÉSULTATS

L'étude exploratoire a donc montré que dans les services de santé et de prise en charge des maladies chroniques, le médecin propose un programme de soin auquel le patient doit adhérer.

La conviction profonde que nous avons dans cette thèse est que plus le patient s'appropriera pleinement ce programme, plus il pourra participer et alors extraire de la valeur du service.

En outre, cette étude a permis l'adaptation au contexte de la santé des différentes variables utilisées dans cette recherche (appropriation du service, participation du client) ainsi que la formulation d'un certain nombre d'hypothèses de travail adaptées à ce terrain. Ces éléments seront synthétisés dans les points suivants.

3-1 VERS UNE CONCEPTUALISATION ENRICHIE DE L'APPROPRIATION DU SERVICE

L'étude exploratoire a permis de confirmer la conceptualisation de l'appropriation proposée dans la partie 1 de ce travail doctoral. Toutefois, une nouvelle dimension a été identifiée sur la base de l'analyse des discours et est intégrée dans notre conceptualisation : la conscientisation du service.

L'ensemble des dimensions retenues reflétant le concept de l'appropriation du service est détaillé dans le tableau 26 ci-dessous :

Dimensions	Définitions
Connaissance du service	Perception de ce que le client croit savoir du service.
Conscientisation du service	Prise de conscience par le client du service et des tâches que celui-ci nécessite.
Maîtrise du service	Aptitude perçue du client à réaliser les tâches que le service nécessite.
Création	Comportements que le client perçoit adopter pour rendre le service personnel et chargé de sens.
Adaptation Individuelle au service	Comportements que le client perçoit adopter pour s'ajuster et se conformer au service.
Possession Psychologique du service	Etat dans lequel le client perçoit le service comme étant le sien.

Tableau 25 : Synthèse des dimensions de l'appropriation du service

3-2 DE LA PARTICIPATION DU CLIENT A LA PARTICIPATION DU PATIENT

Notre étude exploratoire a également montré que la participation du patient pouvait comprendre une participation attendue par les médecins (intra-rôle) ainsi qu'une participation spontanée du patient, non attendue et volontaire (extra-rôle).

Concernant l'intra-rôle, l'étude a permis d'identifier particulièrement trois formes de participation : **l'adhérence thérapeutique, l'adhérence alimentaire, l'adhérence aux**

activités physiques. Il est à noter que nous choisissons d'utiliser la terminologie de l'adhérence (et non de l'observance ou de la compliance) car ce terme met l'accent sur un accord actif et collaboratif du patient vis à vis des recommandations du professionnel de santé (Breen et Thorhnull, 1998 ; Chesney, Morin et Sherr, 2000 ; Uldry et Leuenberger, 1997).

Concernant l'extra-rôle, l'étude a permis de retenir d'une part le feedback donné au médecin et d'autre part l'entraide auprès d'autres patients.

Les définitions de ces concepts sont formulées dans le tableau suivant :

Participation intra-rôle identifiée dans l'étude exploratoire	
Adhérence thérapeutique	Respect des recommandations relatives à la thérapeutique générale données par le médecin
Adhérence alimentaire	Respect des recommandations relatives à l'alimentation données par le médecin
Adhérence aux activités physiques	Respect des recommandations relatives à aux activités physiques données par le médecin
Participation extra-rôle identifiée dans l'étude exploratoire	
Feedback donné au médecin	Comportements volontaires du patient destinés à fournir des informations (sollicitées ou non sollicitées par le médecin) qui contribuent à l'amélioration du soin
Entraide	Comportements volontaires du patient destinés à aider d'autres patients

Tableau 26 : Les définitions du feedback et de l'entraide

3-3 PRÉSENTATION DES HYPOTHÈSES DE TRAVAIL

Notre étude exploratoire permet enfin d'affiner le modèle de recherche et de formuler des hypothèses de travail dans le contexte spécifique du service de santé.

L'immersion réalisée dans le secteur de la santé nous a conduit à intégrer une nouvelle variable cruciale pour ce secteur d'activité (i.e. la satisfaction dans la vie) et, ainsi, à ajouter une nouvelle hypothèse de travail.

L'ensemble des hypothèses de recherche mettant en œuvre l'appropriation du service et la participation du client sera ainsi décliné pour chacune des dimensions identifiées dans notre étude exploratoire au sein de sous hypothèses de travail.

Celles-ci sont ainsi récapitulées dans le tableau ci-dessous :

H1 : L'usage du service a un impact positif sur l'appropriation du service (à savoir sur la connaissance (a), la conscientisation (b), la maîtrise (c), la création (d), l'adaptation individuelle (e) et la possession psychologique du service (f))
H2 : L'usage du service a un impact positif sur la participation du client (à savoir sur l'adhérence thérapeutique (a), l'adhérence alimentaire (b), l'adhérence aux activités physiques (c), le feedback (d), l'entraide (f))
H3 : L'appropriation du service (à savoir sur la connaissance (a), la conscientisation (b), la maîtrise (c), la création (d), l'adaptation individuelle (e) et la possession psychologique du service (f)) a un impact positif sur la participation du client (à

savoir sur l'adhérence thérapeutique (a'), l'adhérence alimentaire (b'), l'adhérence aux activités physiques (c'), le feedback (d'), l'entraide (f'))
H4 : L'appropriation du service (à savoir sur la connaissance (a), la conscientisation (b), la maîtrise (c), la création (d), l'adaptation individuelle (e) et la possession psychologique du service (f)) a un impact positif sur la valeur dans l'usage
H5 : La participation du client (à savoir l'adhérence thérapeutique (a), l'adhérence alimentaire (b), l'adhérence aux activités physiques (c), le feedback (d), l'entraide (f)) a un impact positif sur la valeur dans l'usage

Tableau 27 : Présentation des hypothèses de recherche

Enfin, comme indiqué en introduction de ce paragraphe, nous proposons l'intégration d'une nouvelle variable pertinente au terrain de recherche retenu. Il s'agit de la **satisfaction dans la vie**. La satisfaction dans la vie fait référence à **l'évaluation de la vie d'un individu en termes d'expériences positives ou négatives** (Andrews et Withey, 1976).

Selon Berry et Bendapudi (2007), les services de soin affectent directement la qualité de vie des individus. De plus, l'objectif de tout service de santé et notamment les services de prise en charge des maladies chroniques est l'amélioration du bien-être et de la satisfaction dans la vie (Dunkel-Schetter et al. 1992; Link et al. 2005).

Ainsi, cette variable nous est apparue essentielle et sera intégrée dans notre modèle dans une sous-hypothèse de travail.

Notre recherche, focalisée sur la compréhension de la co-crédation de valeur dans le cadre d'un service de santé, postule que la valeur émerge « dans l'usage » du service.

Elle représente un ensemble des **bénéfices retirés du service par le client, de son intégration personnelle et de sa participation dans la co-crédation de valeur.**

Ces bénéfices sont ainsi directement liés à la vie des consommateurs, à leurs objectifs et à leurs aspirations (Lemke, Clark et Wilson, 2011; Payne, Storbacka et Frow, 2008). A l'image de Gong, Taeshik et Choi (2014), nous postulons que lorsqu'un patient perçoit un ensemble de bénéfices dans l'usage du service, cette valeur aura un effet positif sur l'évaluation de sa vie.

Ainsi, nous proposons la sous-hypothèse suivante :

H6 : La valeur dans l'usage a un impact positif sur la satisfaction dans la vie

Celle-ci est représentée dans la figure suivante :

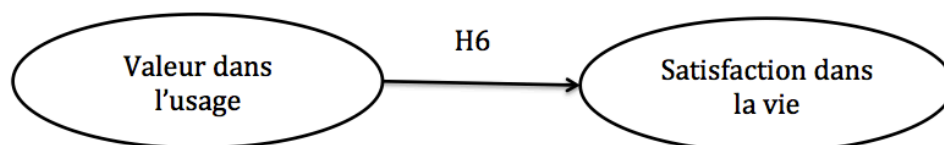


Figure 16 : Présentation de l'hypothèse H6

CONCLUSION :

Cette section a d'abord permis de montrer tout l'intérêt de mettre en œuvre notre modèle de recherche dans le secteur de la santé et dans le contexte de la prise en charge des maladies chroniques.

De plus, celle-ci a eu pour vocation de présenter une étude exploratoire conduite dans ce secteur destinée à affiner les concepts mobilisés et « confronter » le cadre théorique retenu à la réalité du terrain.

Enfin, cette section nous a permis d'établir un modèle de travail intégrant les variables identifiées dans notre étude exploratoire ainsi qu'en intégrant une dernière hypothèse.

L'ensemble du corpus des hypothèses de ce travail doctoral est synthétisé dans le tableau page suivante.

H1 : L'usage du service a un impact positif sur l'appropriation du service (à savoir sur la connaissance (a), la conscientisation (b), la maîtrise (c), la création (d), l'adaptation individuelle (e) et la possession psychologique du service (f)).

H2 : L'usage du service a un impact positif sur la participation du client (à savoir sur l'adhérence thérapeutique (a), l'adhérence alimentaire (b), l'adhérence aux activités physiques (c), le feedback (d), l'entraide (f)).

H3 : L'appropriation du service (à savoir sur la connaissance (a), la conscientisation (b), la maîtrise (c), la création (d), l'adaptation individuelle (e) et la possession psychologique du service (f)) **a un impact positif sur la participation du client** (à savoir sur l'adhérence thérapeutique (a'), l'adhérence alimentaire (b'), l'adhérence aux activités physiques (c'), le feedback (d'), l'entraide (f')).

H4 : L'appropriation du service (à savoir sur la connaissance (a), la conscientisation (b), la maîtrise (c), la création (d), l'adaptation individuelle (e) et la possession psychologique du service (f)) **a un impact positif sur la valeur dans l'usage.**

H5 : La participation du client (à savoir l'adhérence thérapeutique (a), l'adhérence alimentaire (b), l'adhérence aux activités physiques (c), le feedback (d), l'entraide (f)) **a un impact positif sur la valeur dans l'usage.**

H6 : La valeur dans l'usage a un impact positif sur la satisfaction dans la vie.

La mise en œuvre de ces différentes hypothèses sera présentée dans la section suivante.

SECTION 3 – DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE DE L'ÉTUDE

QUANTITATIVE

Dans cette section, nous présenterons la méthode qui a été employée pour répondre à la problématique de ce travail doctoral et au test du modèle de recherche dans le secteur de la santé.

Après avoir rappelé les objectifs généraux de l'étude, nous préciserons la nature de l'étude menée en collaboration avec la Fédération Française des Diabétiques. Ensuite, nous développerons les choix effectués lors de la construction du questionnaire, des instruments de mesure ainsi que le mode d'administration retenu. L'échantillon récolté et le choix des analyses adoptées en vue de la mise en œuvre de notre modèle seront enfin exposés.

1- OBJECTIFS GÉNÉRAUX DE L'ÉTUDE

L'étude quantitative a pour objectif de **mettre à l'épreuve notre modèle de recherche dans le contexte de la santé et de la prise en charge des maladies chroniques.**

Celui-ci est construit sur un corpus d'hypothèses qui postule l'existence de relations causales entre quatre concepts principaux (l'usage du service, l'appropriation du service, la participation du client et la valeur dans l'usage) auxquels nous avons ajouté la satisfaction dans la vie, concept pertinent du fait de notre terrain de recherche.

Les concepts et les instruments de mesure seront ainsi adaptés au contexte spécifique de la

santé et chacune des hypothèses sera testée une à une.

2- UNE ÉTUDE EN COLLABORATION AVEC LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DES DIABÉTIQUES

Souhaitant mettre en œuvre le modèle de cette recherche dans le contexte spécifique de la santé dont nous avons justifié la pertinence dans la section 2, nous avons, pendant plusieurs mois, contacté différents acteurs de ce secteur susceptibles d'être intéressés par notre recherche.

Nous avons ainsi multiplié les pistes d'entrées : Centres Hospitaliers Universitaires, prestataires de services dans la santé (développeurs d'applications et de services connectés), groupes de recherches etc... Nous avons, au préalable, développé une présentation de notre étude intitulée « *Comprendre l'adhérence du patient par l'appropriation du soin* » en apportant une attention particulière à la vulgarisation des termes scientifiques et à la présentation des apports pratiques d'une telle recherche. Cependant, bien que reconnaissant l'intérêt de ce projet de recherche, ces premiers interlocuteurs nous ont fait part de leurs difficultés à nous donner l'accès à un échantillon suffisamment important de patients. Cette première approche du terrain a donc été infructueuse.

Sur les conseils de différents professionnels de santé, nous avons choisi de nous rapprocher d'associations de patients. Celles-ci disposent, en effet, d'un accès privilégié à un nombre important de patients.

Nous avons eu la chance de rencontrer Madame Avril, directrice générale de **la Fédération Française des Diabétiques** par l'intermédiaire du Dr Melki, Diabétologue du CHU de Toulouse.

La fédération est une « *association de patients au service des patients et dirigée par des patients* ». Composée d'un siège national et d'un réseau d'associations locales, réparties sur l'ensemble du territoire national, elle regroupe environ 130.000 membres (voir encadré ci-dessous).

LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DES DIABÉTIQUES EN QUELQUES CHIFFRES ET DATES

CLÉS

- Association créée en 1938 et reconnue d'utilité publique en 1976
 - Agréée par le Ministère de la Santé depuis 2007
 - Médaille d'or de l'Académie de Médecine en 2009

La fédération c'est :

- 130.000 membres
- 18.000 donateurs
- 106 associations fédérées
- 1 500 bénévoles permanents
 - 22 salariés

Encadré 3 : La Fédération Française des Diabétiques en quelques chiffres et dates clés

La **Fédération Française des Diabétiques** accompagne, informe et défend près de 4 millions de personnes atteintes de diabète. Créée en 1938, elle est reconnue d'utilité publique depuis 1976 et agréée par le Ministère de la Santé. Acteur de santé, la Fédération est pleinement engagée dans la gouvernance de la santé et lutte contre l'augmentation constante de la maladie.

Basées sur des valeurs d'entraide, d'engagement et de solidarité, ses actions s'articulent autour de 5 missions fondamentales : 1) *informer* les personnes diabétiques afin d'améliorer leur qualité de vie et d'éviter ou de retarder les complications ; 2) *prévenir* les personnes à risque en menant de larges campagnes de sensibilisation et de prise de conscience ; 3) *accompagner* au quotidien les personnes atteintes à travers un accueil individuel ou collectif ; 4) *défendre* les droits d'accès aux soins de qualité et lutter contre toutes les discriminations liées à la maladie à titre individuel ou collectif ; 5) *financer* la recherche médicale et scientifique afin d'œuvrer à la guérison du diabète.

Le Diabète LAB, outil de la Fédération Française des Diabétiques lancé en mars 2015, est à la disposition de tous les acteurs (chercheurs, industriels, associations...). Il permet d'impliquer le patient dans l'élaboration et l'évaluation des innovations, des produits et services qui leur sont destinés, de proposer des recommandations pour les adapter à leurs besoins et attentes réels.

Le Diabète LAB est **un living Lab**, signifiant que le partenariat vise une *co-construction*. Un Living Lab est une méthode de recherche qui promeut un processus de co-construction avec les usagers finaux d'une innovation, d'un produit ou d'un service. Il s'agit d'une méthode maîtrisée de co-construction agile et itérative, fondée sur l'utilisation d'outils et de techniques scientifiques rigoureuses, avec quelques principes directeurs simples.

LE DIABÈTE LAB : L'EXPERT, C'EST LE PATIENT !

Dans le domaine du diabète, les nouveaux produits et services destinés au patient ne manquent pas. Ce qui est plus rare, c'est d'intégrer la personne diabétique dans la conception, le développement et l'évaluation de ces innovations : le Diabète LAB, initiative de la Fédération Française des Diabétiques, change la donne. Le patient est cette fois au cœur du processus d'innovation, il peut donner son avis et tester les produits.

La Fédération Française des Diabétiques est partie du constat que les patients étaient trop souvent les oubliés de l'innovation : les avancées technologiques, les nouveaux services sont pensés et développés par des experts (médecins, scientifiques, industriels...), alors que la personne atteinte de diabète, c'est-à-dire l'utilisateur final, est finalement mis de côté.

C'est pour cela que la Fédération a lancé le Diabète LAB : *« nous avons mis en place ce concept pour que toute innovation soit pensée, développée et évaluée avec les patients »* résume Gérard Raymond, Secrétaire Général de la Fédération. Mettre le patient au cœur de l'innovation, c'est imaginer les usages et les solutions de demain et donc améliorer la prise en charge, le suivi et la qualité de vie des personnes atteintes de diabète.

Le Diabète LAB propose 4 types de services : 1) Recueillir et affiner les besoins et les usages des patients diabétiques, 2) Co-créeer les concepts de produits ou de services les plus adaptés à ces besoins identifiés, 3) Tester ces innovations auprès de patients volontaires, de l'idée au prototype, 4) Agréer les produits et services en adéquation avec les attentes des patients.

Encadré 4 : Présentation du Diabète Lab

Notre travail a suscité un intérêt chez cette association et un contrat de recherche a finalement pu voir le jour en Avril 2015.

La Fédération Française des Diabétiques a collaboré à cette recherche en contribuant activement à l'élaboration et à la diffusion du questionnaire.

Afin de refléter au mieux la réalité du soin, nous avons, en effet, étroitement collaboré avec une sociologue en charge du Diabète LAB.

Les étapes d'élaboration du questionnaire seront présentées dans la sous-section suivante.

3- DÉVELOPPEMENT DES INSTRUMENTS DE MESURE : LA CONSTRUCTION DU QUESTIONNAIRE

3-1 DÉVELOPPEMENT GÉNÉRAL DU QUESTIONNAIRE

La conception d'un questionnaire de recherche est une phase cruciale qui nécessite une attention très particulière. Pour Roussel et Wacheux (2005), elle suit de multiples étapes structurées, qui doivent être précédées par l'indication claires des questions et des hypothèses de recherche.

Dans le cadre d'une démarche quantitative, le questionnaire est le moyen par lequel le chercheur met à l'épreuve du terrain ses hypothèses et donc son modèle de recherche. Le premier travail consiste à sélectionner des échelles de mesures valides, à s'interroger conceptuellement sur les construits mobilisés et à les définir le plus précisément possible afin d'écartier les mesures de construits qui seraient trop éloignées de notre acceptation

conceptuelle (Bagozzi et Edwards, 1998). Cette phase doit être guidée par un souci de cohérence, de pertinence et de précision (Igalens et Roussel, 1998).

Après avoir opéré un retour à la théorie, nous avons élaboré un premier questionnaire adapté au contexte du service de prise en charge du diabète. Comme indiqué précédemment, nous avons souhaité que le questionnaire puisse refléter au mieux la réalité du soin. Ainsi, nous avons étroitement collaboré avec une sociologue spécialiste de la prise en charge du diabète.

Le questionnaire final se compose de quatre grandes parties :

- Une **première partie intitulée « *votre santé et sa prise en charge* »** comporte des questions générales sur le profil du patient, son type de pathologie et de traitements (prise de médicaments ou d'insuline, activités physiques, régime alimentaire), sa fréquence de visites chez un professionnel de santé et son degré de connexion à des dispositifs de santé digitale (Internet Santé, applications mobiles ou tablettes...).
- Dans la **seconde partie intitulée « *votre programme de soin* »**, figurent les items mesurant l'appropriation du service. Nous avons porté un soin très particulier à définir et rappeler ce que nous entendions par programme de soin (i.e. *les soins que le patient reçoit mais également sa participation au sens large dans le soin*).
- Une **troisième partie (« *votre satisfaction vis-à-vis du soin* »)** mesure la valeur dans l'usage du programme de soin et la satisfaction dans la vie du patient.

- Enfin, une **dernière partie** (*«quelques dernières questions vous concernant»*) a pour objectif de qualifier le profil du répondant et comprend des questions générales sur les caractéristiques sociodémographiques des répondants.

Les instruments de mesure mobilisés seront détaillés dans les sous-sections suivantes. Le questionnaire administré figure en Annexe 4 du document.

3-2 DÉVELOPPEMENT DES INSTRUMENTS DE MESURE

Nous présenterons dans ce paragraphe l'opérationnalisation des concepts figurant dans notre modèle de recherche.

Avant de développer précisément chacune de ces mesures, il est à noter que ces concepts n'ont pas été mesurés par le même type d'indicateur :

- L'usage du service a été appréhendé par des **mesures objectives** comprenant par exemple l'ancienneté de l'usage du service, la fréquence de l'usage du service, la fréquence des interactions physiques avec le service et la fréquence des interactions médiatisées avec le service
- Les concepts restants (appropriation du service, participation du client, valeur dans l'usage et satisfaction dans la vie) sont quand à eux mesurés par **des échelles de mesure psychométriques** formées d'une ou plusieurs dimensions, chaque dimension étant mesurée par différents items.

Afin de développer **les échelles de mesure** de l'appropriation du service, de la participation du client et de la valeur dans l'usage, nous avons adopté une démarche classique de génération des items.

Après avoir spécifié le **domaine des construits** en nous fondant sur notre revue de la littérature et notre étude qualitative, nous avons tout d'abord **généralisé un premier corpus d'items**.

Souhaitant adopter une formulation au plus proche du discours des patients et de la réalité du service, nous nous sommes d'abord inspirés des verbatims des répondants provenant de notre phase qualitative.

De plus, les échelles de mesure des concepts proches utilisées en SHS, gestion et marketing ont été consultées et parfois adaptées à notre contexte d'étude.

Notons que pour mesurer la satisfaction dans la vie, nous avons utilisée une échelle de mesure issue de la littérature en psychologie (Diener et al., 1985 traduite par Blais et al., 1989).

Nous avons généralement respecté les préconisations de Devellis (2003) en nous efforçant de formuler des énoncés positifs. L'introduction d'items inversés pourrait, en effet, entraîner une multi-dimensionnalité artificielle.

Les items des échelles de mesures psychométriques (hormis pour la mesure de l'expérience technique et fonctionnelle du service) sont présentés sous forme d'échelles de Lickert composées de cinq points (*pas du tout d'accord = 1 ; pas d'accord = 2 ; ni en désaccord ni d'accord = 3 ; d'accord = 4 ; et tout à fait d'accord = 5*).

Ce format d'échelle consiste à mesurer le degré d'accord du répondant avec une proposition.

Nous avons également opté pour une utilisation d'échelles multi-items afin de ne pas catégoriser trop simplement le phénomène observé.

L'ensemble des mesures a par la suite fait l'objet d'études factorielles exploratoires et confirmatoires afin de nous assurer de la structure factorielle des mesures mais également de leurs fiabilités et de leur validité.

Nous détaillerons dans les paragraphes suivants les instruments de mesures mobilisés dans cette recherche à savoir l'usage du service (3-2-1), l'appropriation du service (3-2-2), la participation du client (3-2-3), la valeur dans l'usage (3-2-4) et la satisfaction dans la vie (3-2-5).

3-2-1 LA MESURE DE L'USAGE DU SERVICE

L'usage du service représente la familiarité du client vis-à-vis de **son utilisation du service**.

Dans le contexte spécifique de la prise en charge des maladies chroniques, nous avons choisi de mesurer ce concept par de quatre indicateurs objectifs :

- **L'ancienneté de l'usage du service** d'une part (appréhendée par l'ancienneté de la maladie)
- **La fréquence de l'usage du service** (appréhendée par la fréquence moyenne d'administration du traitement et de contrôle du taux de glycémie effectué par le patient)

- **La fréquence des interactions physiques du patient avec le service** (appréhendée par la fréquence moyenne de visites du patient chez un professionnel de santé (médecin traitant, médecin spécialiste, diététicien, infirmière)
- **La fréquence des interactions avec le service médiatisées par une technologie** (appréhendée par la fréquence moyenne de connexion à une application mobile ou à l'internet santé). Il est à noter que cette variable « capte » un degré de connexion général à des services digitaux mais ceux-ci ne sont pas, a priori, initiés par les prestataires du service mais par le client. En d'autres termes, dans le contexte de la santé, il représente la fréquence selon laquelle le patient se connecte à différents dispositifs digitaux relatifs à l'information de santé (internet santé, forums, applications mobiles) sans pour autant que ceux-ci ne soient a priori conçus et initiés par les professionnels de santé.

3-2-3 LA MESURE DE L'APPROPRIATION DU PROGRAMME DE SOIN

L'appropriation du service est mesurée à l'aide d'une échelle psychométrique.

Plusieurs éléments méritent d'être précisés en ce qui concerne la génération des items de l'échelle de mesure de l'appropriation du service :

- Tout d'abord, du fait de la nouveauté de cette échelle, nous avons procédé à un travail précautionneux de génération d'items qui a fait l'objet de plusieurs présentations auprès d'experts du laboratoire de recherche Montpellier Recherche en Management (MRM) de Montpellier ainsi que d'un pré-test qui s'est déroulé en Février 2015 auprès de 143 étudiants de la faculté de Montpellier. L'objectif de ce pré-test fut principalement de s'assurer de la stabilité de la structure factorielle proposée en six

dimensions et de manière complémentaire, de réaliser un premier travail d'épuration et de reformulation de certains items. Nous avons pour cela réalisé une analyse factorielle exploratoire sur les données récoltées et le résultat de ce pré-test conforte la structure proposée et révèle une fiabilité acceptable. La présentation et les résultats du pré-test sont détaillés dans l'Annexe 3.

- Néanmoins, les items pré-testés avaient été rédigés dans le cadre du service de formation universitaire. Ainsi, un travail de reformulation et de contextualisation au cadre de la prise en charge du diabète a dû être conduit. Pour cela, nous avons effectué un retour à la littérature et réalisé un test informel visant à nous assurer de la validité de trait du construit (i.e. *le degré auquel une échelle est apte à mesurer ce qu'elle est censée mesurer*). Cette étape fut menée en collaboration avec les directeurs de recherche de ce travail doctoral ainsi qu'avec la Fédération Française des Diabétiques. A travers nos échanges, nous avons souhaité « coller » au plus proche de la réalité du patient. A l'issue de ce travail, certains items ont été éliminés ou reformulés pour leur non-pertinence par rapport aux définitions retenues et de nouveaux items ont été ajoutés. Les items ont, par la suite, été pré-testés auprès de patients afin d'évaluer les problèmes de forme et de compréhension. Du fait de la nouveauté de cette échelle, nous avons choisi de générer un minimum de quatre items pour chacune des dimensions.
- Enfin, concernant l'objet de l'appropriation du service, les échanges effectués avec la sociologue de la Fédération Française des Diabétiques ainsi que notre étude exploratoire nous ont confortés à adopter, comme objet de l'appropriation, **le programme de soin du patient**. En effet, comme expliqué dans la précédente partie,

les patients diabétiques ont des traitements personnalisés variant selon la nature de leurs pathologies.

Ils comportent, par exemple, le soin dispensé par le médecin mais également la prise de médicaments ou d'insuline, l'activité physique et le respect d'un régime alimentaire. Ce programme correspond donc aux soins reçus par le patient mais également à sa participation dans le soin. Ainsi, afin de «capter» la variété de ces différents éléments, nous avons formulé les items des échelles de mesure avec pour objet de l'appropriation : le «programme de soin». Sa définition fut précisée aux répondants en amont du questionnaire et rappelé à plusieurs reprises dans ses différentes parties.

Les items de l'appropriation du service sont présentés dans le tableau suivant :

Connaissance du service	
CON1	J'ai l'impression de bien connaître mon traitement et les conduites à suivre pour soigner mon diabète
CON2	Je connais bien le programme de soin dans lequel je m'inscris
CON3	J'estime bien connaître ma pathologie, ses symptômes et comment y faire face
CON4	Comparé à la plupart des patients, je sais pas mal de choses à propos de mon diabète et mon programme de soin
CON5	Pour mon entourage, je suis quelqu'un qui connaît bien sa pathologie et son programme de soin
Conscientisation du service	
CONSC1	J'ai conscience de ce que je dois faire pour être en meilleure santé
CONSC2	Je vois bien les différentes tâches que je dois réaliser pour gérer mon diabète
CONSC3	Je comprends bien ce qu'on attend de moi dans ma prise en charge (respect de repas équilibré, activité physique, prise de médicaments réguliers ou prise d'insuline)
CONSC4	J'ai conscience des tâches que les professionnels de santé attendent de moi
Maîtrise du service	
M1	J'ai le sentiment de maîtriser ce que je fais
M2	Je me sens capable de me prendre en charge
M3	Il m'est facile de réaliser les tâches qui me sont demandées
M4	J'ai l'impression de maîtriser les tâches que les professionnels de santé attendent de moi
M5	J'ai la sensation de bien gérer les tâches demandées
Création	
CR1	J'ai le sentiment de choisir les éléments de mon programme de soin
CR2	J'ai le sentiment de pratiquer une activité physique qui me correspond
CR3	J'ai le sentiment créer des repas adaptés à mes goûts et aux recommandations du médecins

CR4	J'ai le sentiment d'avoir adapté ce programme à ma vie de tous les jours
CR5	J'ai le sentiment d'adapter mon traitement à ma vie de tous les jours
CR6	J'ai la sensation de m'être constitué(e) un programme de soin qui me correspond
Adaptation individuelle au service	
	Ce programme de soin m'a conduit à
AI1	Changer mes habitudes alimentaires
AI2	Organiser différemment mes journées (pratique sports et/ou activités physiques)
AI3	Adapter ma façon de vivre au quotidien
AI4	Changer mon rythme de vie
Possession psychologique du service	
PP1	Ce programme de soin m'appartient
PP2	Je parle de mon programme de soin, comme de MON "programme à MOI"
PP3	Ce programme, il fait un peu partie de moi
PP4	Aujourd'hui, je me suis totalement approprié(e) mon programme de soin
PP5	Pour moi, chaque diabétique met un peu de lui dans le programme qu'il suit
PP6	J'ai pleinement pris possession de mon programme de soin
PP7	Ce programme de soin est indissociable de ma vie

Tableau 28 : Présentation des items de la mesure de l'appropriation du programme de soin

3-2-4 LA MESURE DE LA PARTICIPATION DU CLIENT

Conformément à notre revue de la littérature, la participation du client est appréhendée à travers deux formes de comportements : **l'intra-rôle** qui correspond à **l'ensemble des tâches que le client doit faire pour que le service se réalise** et **l'extra-rôle** qui correspond

à une **participation extraordinaire du client contribuant à aider l'organisation de service dans sa globalité.**

En nous fondant sur les résultats de notre étude qualitative et sur les échanges effectués avec la Fédération Française des Diabétiques, nous définissons l'intra-rôle comme trois formes de participation :

- **L'adhérence thérapeutique** qui correspond au **respect des directives générales données par le médecin au patient** (par exemple : suivre les directives du programme de soin, réaliser les tâches attendus par le médecin)
- **L'adhérence alimentaire** qui correspond au **respect des conseils nutritionnels donnés par le médecin** (par exemple : manger de manière adaptée à sa pathologie, respecter des règles diététiques simples)
- **L'adhérence aux activités physiques** qui correspond au **respect des conseils liés à l'activité physique** (par exemple : pratiquer la marche).

Ces items ont été générés en collaboration avec la sociologue de la Fédération Française des Diabétiques et s'inspirent des directives générales fournies aux patients diabétiques.

Adhérence thérapeutique	
THERAP1	J'accomplis les tâches que les professionnels de santé attendent de moi
THERAP2	Je fais toutes les tâches qui me sont demandées dans mon programme de soin
THERAP3	Je suis les directives qui font partie de mon programme de soin
Adhérence alimentaire	
ALIM1	Je surveille ce que je mange au quotidien
ALIM2	Je pèse ce que je mange
ALIM3	Je fais attention à ne pas manger des plats ou aliments qui seraient mauvais pour mon diabète
ALIM4	Je regarde la composition des plats et des repas que je mange
ALIM5	Je respecte certains principes diététiques simples
Adhérence aux activités physiques	
PHYSIQ1	Je pratique une activité physique régulière (marche rapide, vélo, course à pied, natation ...)
PHYSIQ2	Il m'arrive de ne pas prendre ma voiture volontairement pour marcher
PHYSIQ3	Je fais des efforts pour marcher le plus possible

Tableau 29 : Présentation des items de la mesure de l'intra-rôle

Conformément à notre étude exploratoire, nous identifions également deux types d'extra-rôle :

- **L'entraide** qui correspond aux **comportements volontaires d'aide du patient envers d'autres patients** (par exemple : proposer son aide à un autre patient, expliquer à un autre patient comment gérer son diabète)

- **Le feedback donné au médecin** qui correspond aux **comportements volontaires du patient destinés à fournir des informations (sollicitées ou non sollicitées par le médecin) et qui contribuent à l'amélioration du soin**

Les items générés sont adaptés de notre pré-test au contexte de la prise en charge du diabète.

Entraide	
AIDE1	Je propose mon aide à d'autres patients
AIDE2	J'ai appris à d'autres patients à mieux gérer leur diabète
AIDE3	J'ai expliqué à d'autres patients comment être à l'aise dans la prise en charge de leur diabète
AIDE4	Dans le futur, je serai prêt(e) à venir témoigner de mon expérience dans la prise en charge du diabète
AIDE5	Je m'implique dans des associations de patients
Feedback	
FEED1	Quand j'ai un problème, je n'hésite pas à en faire part à mon médecin
FEED2	Dès que je le peux, je donne mon avis à mon médecin
FEED3	Si j'ai des idées pour améliorer mon soin, j'en fais part à mon médecin

Tableau 30 : Présentation des items de la mesure de l'extra-rôle

3-2-5 LA MESURE DE LA VALEUR DANS L'USAGE

Bien que le potentiel du concept de valeur dans l'usage ait été reconnu par la communauté académique (Flint et Mentzer, 2006; Vargo et Lusch, 2004; 2008; Vargo, Lusch et Morgan, 2006; Woodruff, 1997), celui-ci en est toujours « à ses balbutiements » (Ostrom et al, 2010: p.

26), son opérationnalisation n'est pas encore claire et il n'existe pas, à notre connaissance, de mesure établie du concept.

Nous avons défini **la valeur dans l'usage** comme **l'ensemble des bénéfices retirés de l'usage du service par le client, de son intégration personnelle et de sa participation dans la co-crédation de valeur.**

Sur la base de notre étude qualitative, nous avons gdnéré un corpus d'items relatifs aux bénéfices que le patient peut retirer de l'usage du service de soin (par exemple : être en meilleure santé, réduire ses déplacements, être autonome etc...).

Compte tenu de la nouveauté de cette mesure, nous avons choisi de laisser l'analyse factorielle exploratoire nous éclairer sur la structure factorielle de la mesure.

Celle-ci sera présentée dans le chapitre 4.

Les items gdnérés sont présentés dans le tableau suivant :

	Valeur dans l'usage
	Ce programme de soin me permet :
VAL1	D'être en meilleure santé
VAL2	De réduire nettement les risques relatifs à mon diabète
VAL3	De faire des économies personnelles en diminuant la fréquence de mes consultations, de mes déplacements et de mon traitement
VAL4	De contribuer aux économies de la sécurité sociale en réduisant les complications liées à ma maladie et à d'éventuelles hospitalisations
VAL5	D'être davantage autonome et indépendant dans ma vie
VAL6	De gagner du temps au quotidien en diminuant la fréquence des contrôles et de la prise de mon traitement
VAL7	De moins ressentir ma pathologie et avoir une vie « normale »
VAL8	D'être davantage confiant en mon avenir

Tableau 31 : Présentation des items de la mesure de la valeur dans l'usage

3-2-6 LA MESURE DE LA SATISFACTION DANS LA VIE

Pour mesurer la satisfaction dans la vie, nous avons utilisé l'échelle issue de la psychologie de Diener et al. (1985) traduite par Blais, Vallerand, Pelletier et Brière (1989).

Il s'agit d'une évaluation globale et subjective de la qualité de vie selon les propres critères de la personne. La mesure est composée de cinq items relatifs à la satisfaction générale que la personne peut entretenir vis-à-vis de sa vie. Elle représente principalement l'évaluation de la composante cognitive de la satisfaction dans la vie.

Selon Bouffard et Lapierre (1977), cette échelle est de plus en plus utilisée en recherche en raison de ses qualités métriques et de sa brièveté.

Les items de la mesure de la satisfaction dans la vie sont présentés ci-dessous :

Satisfaction dans la vie	
SAT_VIE1	En général, ma vie correspond de près à mes idéaux
SAT_VIE2	Mes conditions de vie sont excellentes
SAT_VIE3	Je suis satisfait(e) de ma vie
SAT_VIE4	Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que j'ai voulu
SAT_VIE5	Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien

Tableau 32 : Présentation des items de la mesure de la satisfaction dans la vie

4- PRÉSENTATION DE L'ÉCHANTILLON FINAL

Les données de l'étude quantitative ont été collectées via un **questionnaire en ligne administré durant l'été 2015**.

Les patients ont d'abord été contactés sur la base d'un e-mailing de la Fédération Française des Diabétiques le 8 juillet 2015.

Une relance a ensuite été réalisée ainsi qu'une diffusion sur les réseaux sociaux (via Twitter et Facebook) de l'association le 17 Juillet 2015.

Le premier e-mailing a permis de récolter 283 répondants. La relance effectuée et l'extension de la diffusion sur les réseaux sociaux ont finalement permis d'obtenir **550 répondants**.

Après avoir procédé à une élimination des réponses incomplètes et au nettoyage des valeurs aberrantes, notre échantillon final se compose de **508 patients diabétiques**.

Si nous observons les **caractéristiques sociodémographiques** principales et les tranches les plus représentées dans l'échantillon, nous pouvons constater certains éléments :

- L'échantillon est composé d'une majorité de femmes (59,1%)
- Le diabète de type 1 est la forme de diabète la plus représentée dans l'échantillon (69,1%).
- L'échantillon est essentiellement constitué de patients ayant des formes de diabètes relativement lourdes (59.6 % des patients de l'échantillon ont recours à une thérapeutique reposant sur la prise d'insuline).
- L'âge moyen de l'échantillon est de 48 ans.

De fait, l'échantillon récolté n'est pas représentatif de la population française des diabétiques. En effet, selon l'Institut de Veille Sanitaire, la France comptait une large majorité de diabétique de type 2 en 2012 (91,9%) et ainsi une minorité de diabétiques traités par insuline (23%).

Nous avons tenté de rééquilibrer l'échantillon par différentes opérations de redressement de l'échantillon afin que celui-ci soit davantage représentatif de la population diabétique française mais cette opération nous conduisait à disposer d'un échantillon final trop faible.

La non-représentativité de l'échantillon par rapport à la population diabétique française constituera l'une des limites de cette recherche.

Les caractéristiques détaillées de l'échantillon et ceux de la population diabétique française sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Caractéristiques		Echantillon récolté		Pourcentage dans la population diabétique française (2012) ¹²
		Effectif	%	
Genre	Homme	208	40,9 %	54,1%
	Femme	300	59,1 %	45,9%
Age	< 20 ans	19	3,7%	1%
	20 - 29	70	13,8%	1%
	30 - 39 ans	78	15,4%	2%
	40 - 49 ans	90	17,5%	6%
	50 - 59	106	20,9%	18%
	60 - 69 ans	100	19,7%	30%
	>70 ans	45	9%	42%
	Moyenne	48 ans		
	Ecart type	16,5 ans		
Type de diabète	Type 1	354	69,7 %	5,6%
	Type 2	142	28,0 %	91,9%

¹² Source : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Donnees-epidemiologiques/Prevalence-et-incidence-du-diabete> et http://www.invs.sante.fr/publications/2010/plaquette_diabete/plaquette_diabete.pdf

	Gestationnel	2	0,3 %	2,5%	
	Ne sais pas	10	2,0 %		
Type de traitement	Aucun traitement (en dehors du régime alimentaire)	2	0,5 %	= 16,4%	77%
	Par médicaments oraux (comprimés)	81	15,9 %		
	Par injection (insuline ou autre médicaments à la place de l'insuline)	303	59,6 %	= 83,6%	23%
	Par pompe à insuline	122	24,0 %		
CSP	Retraité	127	25 %		
	Employé (par exemple dans la fonction publique, policier, militaire, entreprise, commerce)	91	17,9 %		
	Cadre ou profession intellectuelle supérieure	68	13,4 %		
	En interruption de carrière (congé parental, recherche d'emploi, au foyer)	57	11,2 %		
	En maladie de longue durée, handicapé ou invalide	42	8,2 %		
	Professions intermédiaires (par exemple infirmier (ère), instituteur, clergé, technicien, contremaître)	38	7,5 %		
	Etudiant	31	6,1%		
	Ouvrier qualifié	20	3,9 %		
	Artisan, commerçants, chef d'entreprise	15	3 %		
	Autres (CDD, sans papier...)	8	1,6%		
	Mère au foyer	5	1,0 %		
	Ouvrier non qualifié	5	1,0 %		
	Agriculteur exploitant	1	0,2%		

Tableau 33 : Description de l'échantillon final (N=508)

Si nous observons également **les niveaux d'usage du service**, nous remarquons, tout d'abord, que l'échantillon recueilli est expérimenté avec une **ancienneté moyenne de la pathologie de 18 ans** et un écart type significatif de **13,8 ans**. De plus, la **fréquence d'usage**

du service est élevée (Cf. figure 17). Les répondants se déclarent en moyenne, avoir recours au service un peu de moins de 3 fois par jour par l'administration d'un traitement et/ou le contrôle de leurs taux de glycémie (moyenne=3,91).

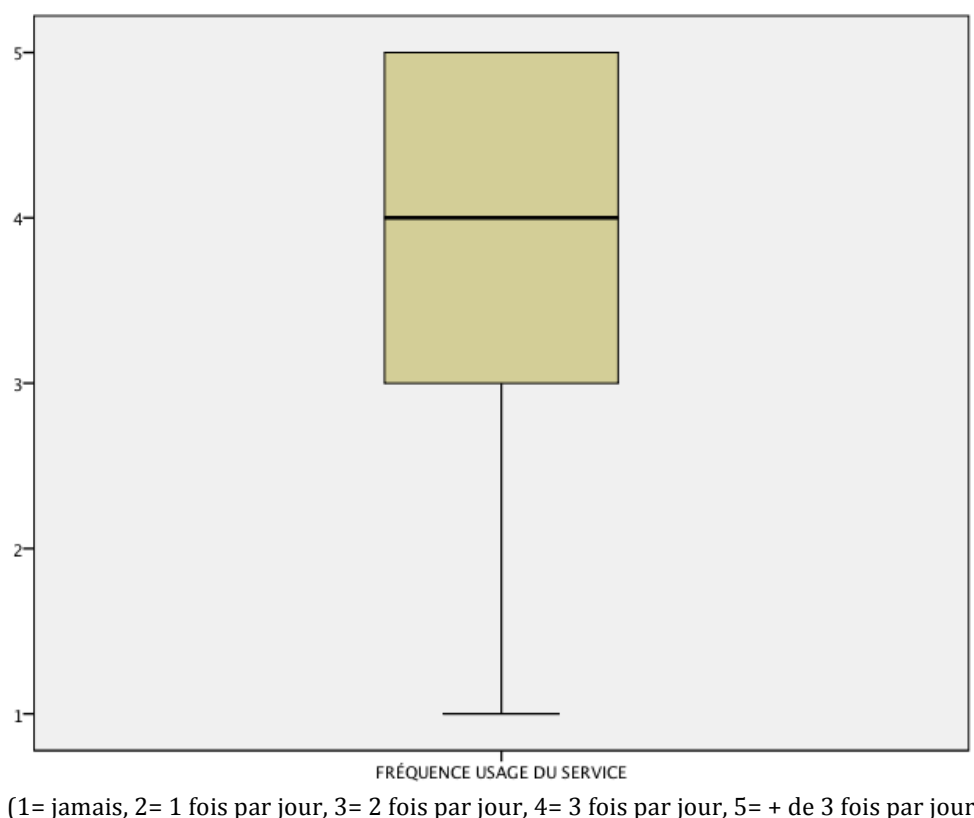
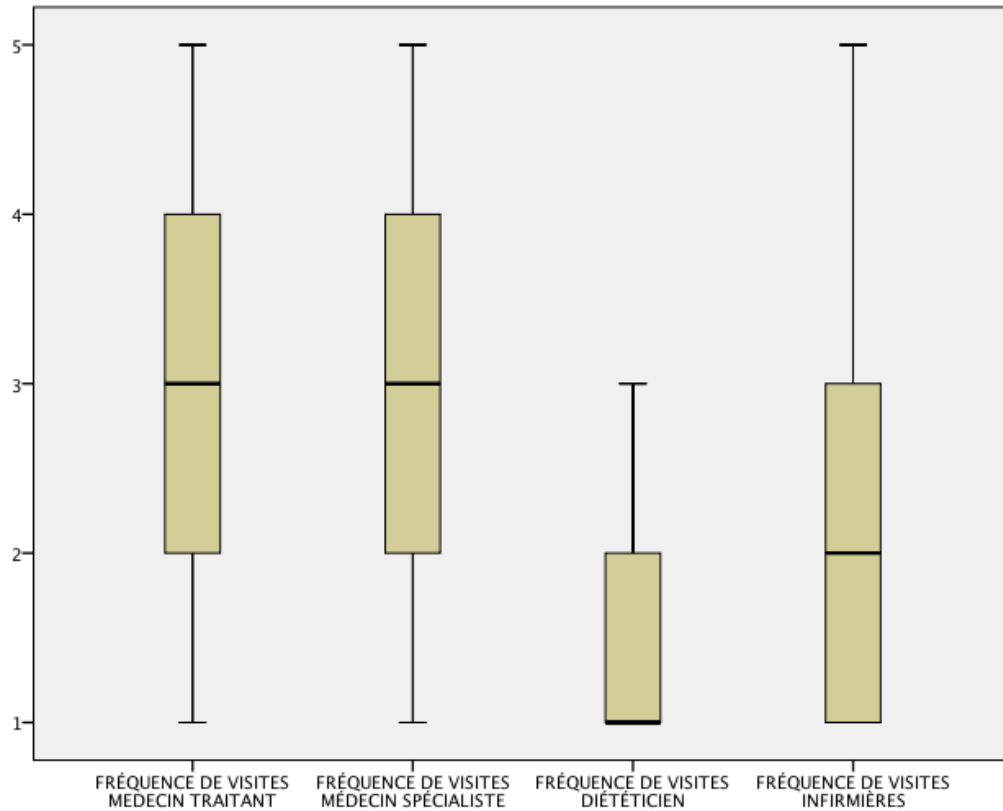


Figure 17: Fréquence moyenne de l'usage du service

Concernant la fréquence **des interactions physiques avec le service**, les répondants se déclarent comme visitant leurs médecins traitant et spécialiste à raison de 2 à 3 fois par an en moyenne alors qu'ils ne visitent un diététicien ou une infirmière jamais ou rarement (0 ou 1 fois par an). Les fréquences de visites chez le médecin traitant et spécialiste témoignent également d'une variance plus élevée. Enfin, concernant la **fréquence des interactions médiatisées avec le service**, nous remarquons que les degrés de connexion des patients de l'échantillon sont élevés. Les patients interrogés se déclarent, en effet, comme se connectant 5 jours par mois (soit 1 fois par mois) à des dispositifs de santé en ligne (sites d'information de santé, sites d'associations de patients, forums ou réseaux sociaux de patients) (Cf. figure 18).

Néanmoins, l'échantillon recueilli est en grande majorité composé de patients non utilisateurs d'applications mobiles. En effet, seulement 1% des patients de l'échantillon se déclare comme utilisateurs d'une application mobile de santé.



(1= jamais, 2= rarement (1 fois par an) , 3= parfois (2 à 3 fois par an) , 4= souvent (4 à 5 fois par an) , 5= très souvent (Plus de 5 fois par an)

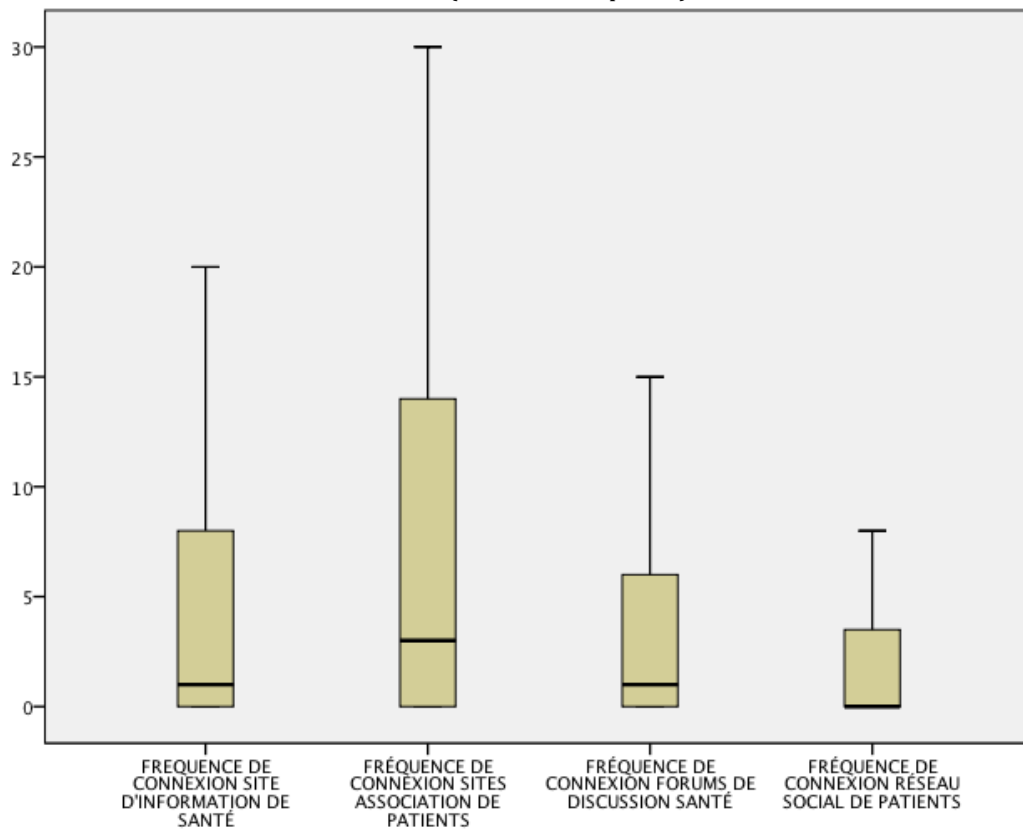


Figure 18 : Fréquences moyennes des interactions physiques et médiatisées avec le service

De plus, l'échantillon récolté présente des scores **d'appropriation du programme de soin** relativement élevés. Nous remarquons que l'adaptation individuelle et la création constituent les dimensions les moins prégnantes mais toutefois significatives avec des moyennes respectives de 3,5 et 3,7 alors que la connaissance et la conscientisation du service sont particulièrement présentes avec des moyennes respectives de 4,2 et 4,4.

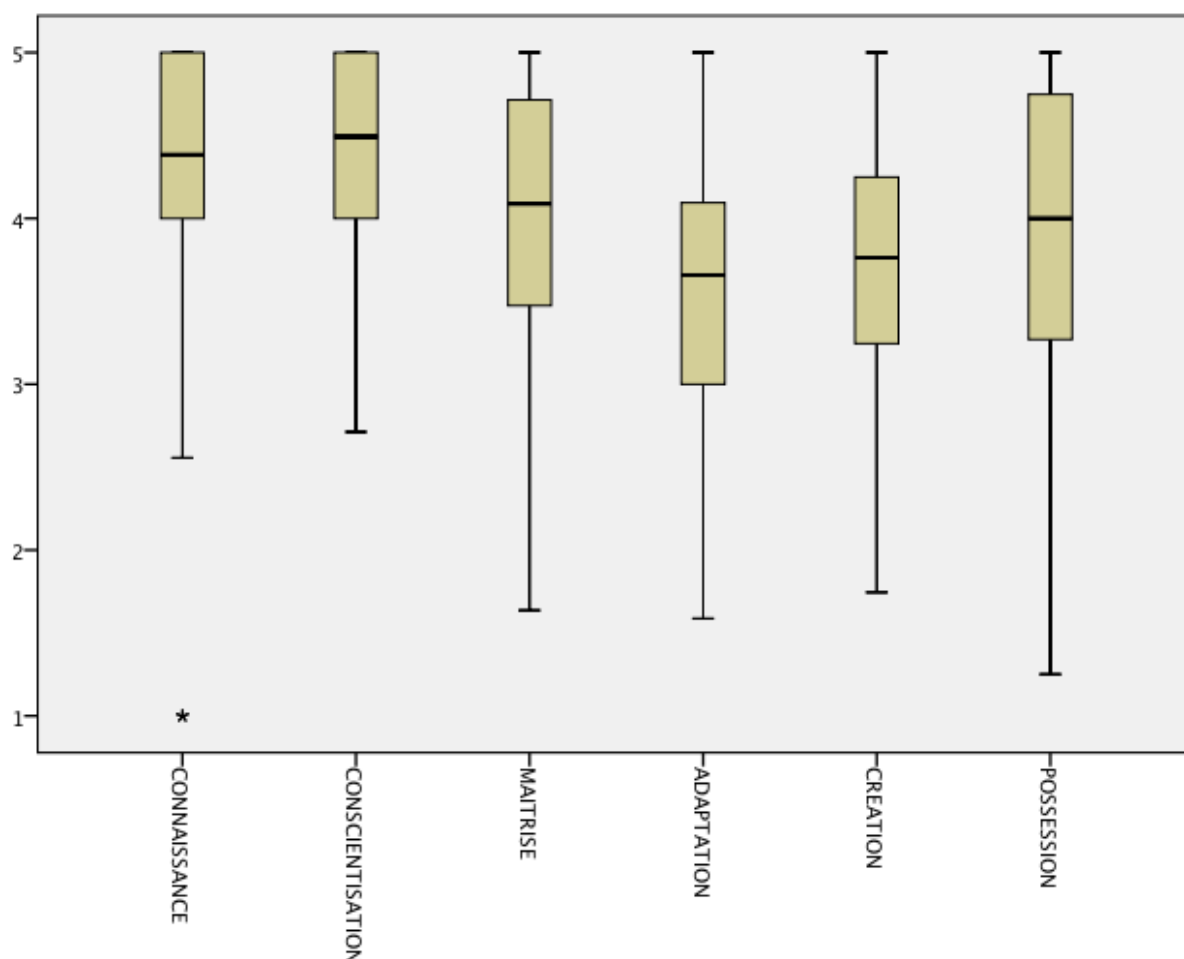


Figure 19 : Scores moyens des dimensions de l'appropriation du service

De plus, l'échantillon possède des scores de **participation au service** relativement hauts en ce qui concerne notamment les participations intra-rôles comme l'adhésion thérapeutique dont la moyenne est de 4,4. Nous remarquons que la participation la moins prégnante est l'entraide avec une moyenne de 3,3.

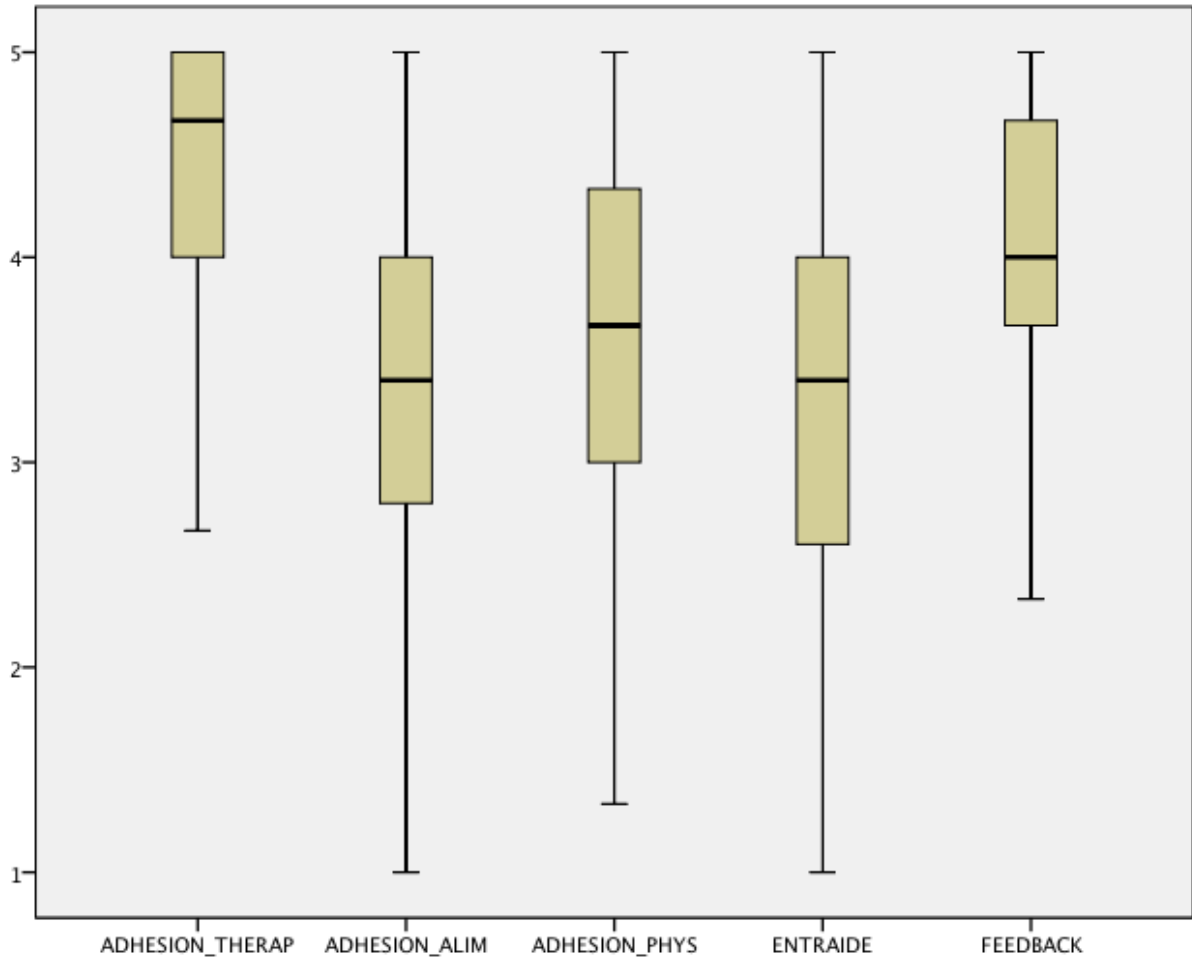


Figure 20 : Scores moyens des dimensions de la participation au service

5- LE CHOIX DES ANALYSES ADOPTÉES EN VUE DE LA MISE EN ŒUVRE DU MODÈLE DE RECHERCHE

La mise en œuvre de notre modèle de recherche sera réalisée à partir du **modèle des équations structurelles**.

Plusieurs raisons ont guidé ce choix :

- Les modèles d'équations structurelles permettent d'analyser simultanément les relations causales entre plusieurs variables explicatives et plusieurs variables à expliquer (Valette-Florence, 1993).
- De plus, les estimations des coefficients de régression sont plus précises que celles obtenues avec les méthodes classiques (Hair et al., 1995)
- Enfin, ils permettent d'estimer l'ajustement global de l'ensemble du modèle testé.

Pour toutes ces raisons, les modèles d'équations structurelles sont un instrument privilégié pour le test de modèles comprenant plusieurs variables explicatives et à expliquer.

Pour tester les effets directs du modèle à partir du modèle d'équations structurelles, nous utilisons le logiciel **AMOS** version 22.

CONCLUSION DU CHAPITRE 3

Ce troisième chapitre a donc permis de présenter le modèle de recherche et d'amorcer sa mise en œuvre dans le secteur de la santé.

Dans une **première section**, le modèle de recherche a été présenté et justifié. Il est constitué de huit hypothèses principales construites sur quatre grands corps d'hypothèses :

- L'influence de l'usage du service sur l'appropriation du service,
- L'influence de l'usage du service sur la participation du client,
- L'influence de l'appropriation du service sur la participation du client,
- Le rôle de l'appropriation du service et de la participation dans la formation de la valeur dans l'usage.

Dans une **seconde section**, nous avons montré en quoi le secteur de la santé et plus particulièrement les services de prise en charge des maladies chroniques représentaient un terrain de recherche privilégié pour opérationnaliser le modèle de recherche. En effet, ce secteur, dont la digitalisation est devenue omniprésente, soulève des enjeux cruciaux en termes d'économie de santé et de santé publique et le patient y détient aujourd'hui un rôle central.

En nous fondant sur une étude exploratoire conduite dans ce secteur, nous avons, par ailleurs, adapté notre modèle de recherche et rédigé des hypothèses de travail en tenant compte des spécificités de ce secteur.

Enfin, dans une **troisième et dernière section**, nous avons développé la méthodologie générale adoptée pour répondre à nos objectifs de recherche.

Nous avons plus précisément présenté la démarche générale de mise en œuvre de l'étude en détaillant par exemple le mode d'administration, les choix effectués lors de l'élaboration du questionnaire et la construction des instruments de mesure.

CHAPITRE 4 : TEST DU MODÈLE DE RECHERCHE

INTRODUCTION GÉNÉRALE

**PARTIE 1 :
CO-CRÉATION DE VALEUR, PARTICIPATION ET
APPROPRIATION DU SERVICE**

**CHAPITRE 1 : LA
PARTICIPATION DU
CLIENT À LA CO-
CRÉATION DE VALEUR**

**CHAPITRE 2 :
L'APPROPRIATION DU
SERVICE PAR LE CLIENT**



**PARTIE 2 : UNE ÉTUDE EMPIRIQUE DANS LE
SECTEUR DE LA SANTÉ**

**CHAPITRE 3 :
ÉLABORATION DU
MODÈLE DE RECHERCHE**

**CHAPITRE 4 : TEST DU
MODÈLE DE RECHERCHE**

CONCLUSION GÉNÉRALE

INTRODUCTION

Ce chapitre aura pour objet le **test du modèle de recherche introduit précédemment**.

Dans une **première section**, nous présenterons les **analyses préliminaires** réalisées afin de nous assurer de la structure factorielle des construits ainsi que leur fiabilité et leur validité.

Dans une **seconde section**, nous exposerons la **mise à l'épreuve du modèle de recherche** et les **résultats de cette étude seront discutés**.



SECTION 1 – QUALITÉS PSYCHOMÉTRIQUES DES CONSTRUIITS

Cette seconde section a pour objectif de présenter les analyses conduites préalablement à la mise à l'épreuve du modèle de recherche.

L'opérationnalisation des instruments de mesure utilisés dans une recherche fait l'objet d'une grande attention de la part du chercheur en raison de leurs conséquences sur les résultats obtenus.

Aussi, comme nous l'avons montré, la majorité des échelles utilisées dans ce travail doctoral a fait l'objet d'un travail de générations d'items en collaboration avec des experts ainsi que d'un pré-test quantitatif afin de s'assurer des structures factorielles des mesures et de leur fiabilité.

Nous présenterons, dans cette sous-section, les tests permettant de s'assurer de la qualité psychométrique des instruments de mesure de l'étude quantitative.

Nous développerons, tout d'abord, la nature des tests effectués, puis les résultats de ces tests pour les différentes mesures mobilisées : l'appropriation du service, la participation du client, (intra et extra-rôle), la valeur dans l'usage et la satisfaction dans la vie.

1- LES TESTS EFFECTUÉS

Nous avons conduit un test de validation des instruments de mesure.

L'objectif est de nous assurer de la fiabilité et de la validité des construits dans notre étude quantitative dans le secteur de la santé.

La fiabilité concerne la capacité de la mesure à donner les mêmes résultats quelles que soient

les personnes qui l'utilisent et le moment où l'instrument est utilisé.

La validité concerne la capacité de l'échelle à mesurer ce qu'elle est censée mesurer.

1-1 LES ANALYSES FACTORIELLES EXPLORATOIRES

Afin de vérifier la stabilité de la structure factorielle des échelles de mesure, nous avons procédé à une Analyse Factorielle Exploratoire (AFE) sur les échelles de mesure mobilisées.

L'AFE «est une technique exploratoire dont l'objet est de chercher, à partir d'un ensemble de k variables mesurées sur des échelles métriques d'intervalle ou de rapport, une logique, une structure sous-jacente aux données collectées» (Gavard-Perret et al., 2008, p. 218).

Pour conduire cette AFE, nous avons utilisé le **logiciel SPSS 23**.

Les étapes suivantes ont été respectées :

- Suivant les recommandations d'Evrard et al. (2009), nous nous sommes d'abord assurés que les données soient factorisables en observant l'indicateur de Kaiser, Meyer et Olkin (appelé généralement *test KMO*). Selon Kaiser et Rice (1974), l'indice KMO est qualifié de «méritoire» s'il dépasse 0,7. Nous retiendrons ce critère dans notre travail.
- Nous avons ensuite utilisé une méthode d'extraction et d'interprétation des données. Nous avons fait le choix de procéder à une série d'Analyses en Composantes Principales (ACP). L'extraction du nombre de facteurs est réalisée en utilisant le critère de Kaiser (i.e. *la valeur propre initiale est supérieure à 1*), qui est la norme la plus couramment admise (Roussel, 1996). Pour les construits multidimensionnels, nous

avons opté pour des rotations *obliques* ou *orthogonales*. Pour faire notre choix, nous nous sommes reportés à la théorie et avons privilégié une rotation oblique dans le cas d'une forte corrélation attendue entre les dimensions du concept mesuré.

- Une fois l'extraction des facteurs réalisée, nous avons procédé à une purification des échelles. Les contributions factorielles sont fonction du pourcentage de la variance de l'item restitué par le facteur. Elles sont considérées comme fortes si elles dépassent le seuil de 0,5. En dessous, la variance de l'item n'est pas suffisamment expliquée par le facteur. Nous retiendrons ce critère afin d'éliminer les items dont la contribution factorielle est inférieure à 0,5 sur le facteur principal de l'item. Cependant, comme le souligne Roussel (2005), il convient de nuancer ce critère en rappelant qu'il est toujours possible d'accepter un seuil légèrement inférieur si l'échelle y gagne en cohérence.

- Enfin, nous avons analysé le coefficient de cohérence interne de nos échelles via l'Alpha de Cronbach. Il mesure la part de l'erreur aléatoire de la mesure, afin de s'assurer que les résultats seraient identiques, ou du moins similaires, si on mesurait plusieurs fois le même phénomène auprès de la même population au moyen du même outil de mesure (Roussel, 1996 ; Evrard et al., 2009). Nous avons considéré dans cette recherche que la fiabilité d'un instrument de mesure est satisfaite lorsque la valeur de l'Alpha de Cronbach est au moins égale à 0.6.

L'ensemble des critères retenus dans notre AFE figure dans le tableau ci-dessous :

Analyse Factorielle Exploratoire	
Étapes	Règles retenues
Données factorisables	Indice KMO > 0,7
Extraction des facteurs	Critère de Kaiser (i.e la valeur propre initiale est supérieure à 1)
Purification de l'échelle	-Rejet des items dont la qualité de représentation est <0,5 - Rejet des items isolés sur un seul axe ou alignés sur plusieurs axes
Fiabilité de la mesure	Alpha de Cronbach supérieur à 0,6

Tableau 34 : Critères retenus pour les Analyses Factorielles Exploratoires

1-2 LES ANALYSES FACTORIELLES CONFIRMATOIRES

Nous avons ensuite réalisé une série d'Analyses Factorielles Confirmatoires (AFC).

Si l'analyse exploratoire permet d'identifier *a posteriori* la structurelle factorielle d'un concept, l'AFC teste la validité d'une structure factorielle *a priori* (Roussel et al., 2002). Cette structure est conçue « à partir d'un modèle théorique qui propose une définition précise des caractéristiques d'une variable conceptuelle » (Roussel, 2005 ; p.270).

L'intérêt de l'AFC réside dans le fait de comparer plusieurs modèles, issus de la théorie ou de la phase exploratoire, afin d'identifier celui qui s'ajuste le mieux aux données empiriques obtenues (Roussel, 2005).

Le principe de l'AFC repose sur la confrontation de deux matrices : la matrice de covariance des variables observées et la matrice de covariance des variables estimées. Conformément aux méthodes communément utilisées en sciences de gestion pour confirmer la structure factorielle d'échelles de mesure, nous avons mobilisé les méthodes d'équations structurelles réalisées avec le logiciel AMOS.

Les critères qui permettent d'interpréter les résultats des analyses factorielles confirmatoires sont nombreux. Ils sont généralement utilisés pour juger de l'ajustement du modèle testé aux données empiriques (Roussel et al., 2002 ; Roussel, 2005). C'est au chercheur de sélectionner les indices qui l'aideront à apprécier son modèle.

Les critères retenus dans notre recherche figurent dans le tableau suivant et respectent les normes générales de Roussel et al. (2002).

Analyse Factorielle Confirmatoire	
Indices	Normes
χ^2	Le plus proche de 0
Degré de liberté	Indicatif
GFI	>0,9 ou proche
AGFI	>0,9
RMSEA	<0,08), recommandé <0,05
NFI	>0,9
NNFI	>0,9
CFI	>0,9
χ^2 / ddl	< à 3
AIC	<modèle indépendant

Tableau 35 : Critères retenus pour les Analyses Factorielles Confirmatoires

De plus, lors de l'AFC, la cohérence interne d'un construit a été mesurée par le calcul du *rhô de Jöreskog*.

Ce coefficient s'interprète de manière similaire à l'Alpha de Cronbach. Il est présenté comme étant moins dépendant du nombre d'items et plus robuste que le coefficient alpha de Cronbach (Peterson, 1994). Contrairement à ce dernier, il intègre dans son calcul les termes d'erreurs et s'avère également insensible au nombre d'items qui compose l'échelle. Cet indice doit généralement être le plus élevé possible (i.e. proche de 1). Dans cette recherche, nous retenons **un seuil critique de 0,6**.

1-3 LES TESTS DE VALIDITÉ

Nous avons enfin évalué la validité des construits afin nous assurer que ceux-ci mesurent « *parfaitement et uniquement les construits considérés* » (Jolibert et Jourdan, 2006, p.186). Une échelle est considérée comme valide si elle permet d'appréhender le phénomène qu'elle souhaite mesurer (Hair et al. 2006; Evrard et al., 2009).

Deux formes de validités sont généralement évaluées : la **validité convergente** et la validité **discriminante**.

- La **validité convergente** est vérifiée lorsque « *plusieurs mesures d'un même construit sont suffisamment fortement corrélées entre elles* » (Jolibert et Jourdan, 2006, p.186). Conformément à la méthode préconisée par Fornell et Larcker (1981), la validité convergente des construits a été étudiée à l'aide du coefficient Rhô de validité convergente, noté $\sigma_{v.c}$. Il s'agit d'un indicateur qui représente la variance extraite (moyenne des variances entre un construit et ses mesures) d'un construit (Jolibert et Jourdan, 2006).
- La **validité discriminante** du construit permet d'évaluer la capacité d'une mesure à fournir des résultats différents des mesures d'autres traits. Ces indices sont obtenus à partir de l'AFC et le recours aux équations structurelles. Afin de s'assurer de la validité discriminante, nous avons observé si la variance partagée par chacun des facteurs avec ses indicateurs (i.e. ses items) est supérieure à la variance partagée avec les autres facteurs. Ainsi, nous avons procédé à un examen comparatif entre le rhô de validité convergente et les corrélations au carré entre les facteurs du construit.

Les tests et les seuils retenus sont résumés dans le tableau suivant :

	Règles de décision	Normes
Validité convergente	La variable latente partage plus de 50% de variance avec chacune des mesures (Fornell et Larcker, 1981)	Rho de validité convergente ($\sigma_{v.c}$) > 0,5 (Fornell et Larcker, 1981)
Validité discriminante	La variable latente partage plus de variance avec ses propres indicateurs qu'avec d'autres variables latentes.	Variance moyenne de la variable latente ($\sigma_{v.c}$) > carré des corrélations entre les variables latentes.

Tableau 36 : Critères retenus pour l'évaluation de la validité convergente et discriminante des construits

2- LA MESURE DE L'APPROPRIATION DU SERVICE

2-1 RÉSULTATS DE L'ANALYSE FACTORIELLE EXPLORATOIRE

Nous avons réalisé une première série d'Analyses en Composantes Principales sur l'ensemble des items de l'appropriation du service. Nous avons privilégié une *rotation oblique* des facteurs car nous supposons une forte corrélation entre les dimensions de l'appropriation du service.

Contrairement à notre pré-test, la règle de Kaiser nous a conduits à obtenir **une structure en cinq facteurs**. Cette première structure présente de nombreuses voies d'amélioration. De nombreux items ont, en effet, un poids factoriel inférieur à 0,5 ou s'alignent sur plusieurs axes. A l'issue des analyses factorielles successives, trois items (CR3, PP4 et PP6) ont été supprimés car leurs poids factoriels sur les axes étaient inférieurs à 0,50 et un item (CR2) a été supprimé car il était isolé sur un axe.

Nous obtenons alors une structure à **quatre facteurs**. Deux des facteurs obtenus correspondent à notre proposition théorique : un facteur représente, en effet, les items de la dimension *Adaptation Individuelle*, un autre facteur représente les items de la dimension *Maîtrise du service*. En revanche, les items liés à la dimension *Connaissance du service* et *Conscientisation du service* s'alignent sur un seul et même facteur ainsi que les items de la dimension *Création et Possession Psychologique*.

Dans la mesure où cette configuration ne rejoint pas celle établie dans notre proposition théorique, nous proposons de forcer le logiciel SPSS à extraire une structure à six facteurs.

Nous constatons que la structure à six facteurs permet une répartition des items en adéquation avec celle correspondante à notre proposition. Bien que cela nous pousse à ne pas respecter le critère de Kaiser (valeur propre du facteur >1), les résultats de l'AFE pour la structure à six facteurs sont satisfaisants.

Les qualités de représentation et les contributions factorielles des items sont toutes supérieures à 0,6. Les six facteurs extraits expliquent presque 74 % de la variance et la

cohérence interne par dimension est conforme au seuil usuellement accepté (Alpha de Cronbach > 0,7).

KMO= 0,942, Chi 2=9933,754, Ddl= 351

Items	Structure à 4 facteurs (M0)				Structure forcée à 6 facteurs (M1)								
	Com	Facteurs				Com	Facteurs						
		F1	F2	F3	F4		F1	F2	F3	F4	F5	F6	
CON1	,741		-,786			,812							,698
CON2	,593		-,730			,686							,699
CON3	,704		-,796			,764							,665
CON4	,570		-,716			,655							,680
CON5	,656		-,708			,722							,648
CONSC1	,743		-,906			,802		-,747					
CONSc2	,785		-,904			,851		-,753					
CONSC3	,606		-,802			,737		-,788					
CONSC4	,634		-,779			,745		-,753					
AI1	,520			,716		,604			,734				
AI2	,659			,802		,661			,795				
AI3	,667			,788		,675			,770				
AI4	,741			,871		,743			,861				
M1	,714				-,752	,736	,774						
M2	,669				-,630	,694	,645						
M3	,567				-,621	,629	,658						
M4	,795				-,795	,808	,808						
M5	,805				-,815	,834	,845						
CR1	,571	,681				,765						-,896	
CR4	,642	,647				,743						-,748	
CR5	,587	,510				,734						-,797	
CR6	,665	,584				,816						-,834	

PP1	,665	,849				,756				,861		
PP2	,709	,857				,754				,774		
PP3	,730	,743				,758				,621		
PP5	,631	,809				,688				,814		
PP7	,624	,666				,714				,676		
Valeur propre	11,518	2,739	2,351	1,385	-	11,518	2,739	2,351	1,385	0,966	0,930	
Variance	42,658	10,146	8,706	5,131	-	42,658	10,146	8,706	5,131	3,577	3,445	
Variance totale	66,641						73,662					
Alpha de Cronbach	0,923	0,933	0,812	0,901	-	0,901	0,908	0,812	0,893	0,891	0,908	

Tableau 37 : Résultats de l'Analyse Factorielle Exploratoire de la mesure de l'appropriation du service

2-2 RÉSULTATS DE L'ANALYSE FACTORIELLE CONFIRMATOIRE

Une Analyse Factorielle Confirmatoire a ensuite été mise en œuvre pour comparer les indices d'ajustement des deux modèles obtenus dans notre AFE :

- **M0** : la structure à quatre facteurs obtenue par l'analyse en composantes principales,
- **M1** : la structure forcée à six facteurs correspondante à notre proposition.

Ces indices d'ajustement sont rapportés dans le tableau suivant :

Indices	Structure à 4 facteurs (M0)	Structure forcée à 6 facteurs (M1)
χ^2	1437,655	757,239
<i>Degré de liberté</i>	318	309
<i>GFI (>0,9 ou proche)</i>	0,789	0,900
<i>AGFI (>0,9)</i>	0,749	0,877
<i>RMSEA (<0,08)</i>	0,085	0,053
<i>NFI (>0,9)</i>	0,854	0,925
<i>NNFI (>0,9)</i>	0,869	0,948
<i>CFI (>0,9)</i>	0,882	0,954
$\chi^2 / ddl (<3)$	4,5	2,45
<i>AIC (<modèle indépendant)</i>	1594,655 (10184,231)	895,239 (10184,231)

Tableau 38 : Indices d'ajustement des modèles de mesure de l'appropriation du service

Le modèle M1 présente des indices d'ajustement nettement meilleurs que le modèle M0. Il permet d'améliorer nettement le RMSEA (de 0,085 à 0,053). Nous choisissons donc de retenir cette structure à 6 dimensions, d'autant que celle-ci est cohérente avec notre proposition théorique.

Nous avons ensuite observé les différentes contributions de chaque item sur les facteurs.

Cette étape nous a contraints à supprimer trois items (AI1, PP5 et AI2) car leurs contributions factorielles respectives étaient nettement inférieures à 0,6. Néanmoins, la suppression de ces items nous permet d'obtenir des meilleurs indices d'ajustement du modèle (voir tableau ci-dessous).

Indices	Structure forcée à 6 facteurs (M1)
χ^2	602,779
<i>Degré de liberté</i>	260
<i>GFI (>0,9 ou proche)</i>	0,912
<i>AGFI (>0,9)</i>	0,890
<i>RMSEA (<0,08)</i>	0,051
<i>NFI (>0,9)</i>	0,937
<i>NNFI (>0,9)</i>	0,957
<i>CFI (>0,9)</i>	0,963
χ^2 / ddl	2,3
<i>AIC (<modèle indépendant)</i>	732,779 (9597,751)

Tableau 39 : Indices d'ajustement du modèle de mesure définitif de l'appropriation du service

La structure et les items finalement retenus figurent dans le tableau suivant:

Structure finale de l'appropriation du service						
Items	Contributions factorielles					
	F1	F2	F3	F4	F5	F6
CON1 : J'ai l'impression de bien connaître mon traitement et les conduites à suivre pour soigner mon diabète						0,90
CON2 : Je connais bien le programme de soin dans lequel je m'inscris						0,78
CON3 : J'estime bien connaître ma pathologie, ses symptômes et comment y faire face						0,85
CON4 : Comparé à la plupart des patients, je sais pas mal de choses à propos de mon diabète et mon programme de soin						0,75
CON5 : Pour mon entourage, je suis quelqu'un qui connaît bien sa pathologie et son programme de soin						0,82
CONSC1 : J'ai conscience de ce que je dois faire pour être en meilleure santé		0,88				
CONSC2 : Je vois bien les différentes tâches que je dois réaliser pour gérer mon diabète		0,93				
CONSC3 : Je comprends bien ce qu'on attend de moi dans ma prise en charge (respect de repas équilibré, activité physique, prise de médicaments réguliers ou prise d'insuline)		0,77				
CONSC4 : J'ai conscience des tâches que les professionnels de santé attendent de moi		0,82				
AI2 : Ce programme de soin m'a conduit à Organiser différemment mes journées (pratique sports et/ou activités physiques)			0,67			
AI3 : Ce programme de soin m'a conduit à adapter ma			0,83			

façon de vivre au quotidien						
AI4 : Ce programme de soin m'a conduit à changer mon rythme de vie			0,78			
M1 : J'ai le sentiment de maîtriser ce que je fais	0,80					
M2 : Je me sens capable de me prendre en charge	0,77					
M3 : Il m'est facile de réaliser les tâches qui me sont demandées	0,72					
M4 : J'ai l'impression de maîtriser les tâches que les professionnels de santé attendent de moi	0,89					
M5 : J'ai la sensation de bien gérer les tâches demandées	0,89					
CR1 : J'ai le sentiment de choisir les éléments de mon programme de soin					0,78	
CR4 : J'ai le sentiment d'avoir adapté ce programme à ma vie de tous les jours					0,82	
CR5 : J'ai le sentiment d'adapter mon traitement à ma vie de tous les jours					0,81	
CR6 : J'ai la sensation de m'être constitué(e) un programme de soin qui me correspond					0,89	
PP1 : Ce programme de soin m'appartient				0,74		
PP2 : Je parle de mon programme de soin, comme de MON "programme à MOI"				0,82		
PP3 : Ce programme, il fait un peu partie de moi				0,88		
PP7: Ce programme de soin est indissociable de ma vie				0,82		
Rhô de Jöreskog	0,909	0,913	0,806	0,889	0,895	0,912
Alpha de Cronbach	0,901	0,908	0,805	0,888	0,891	0,908

Tableau 40 : Structure finale de la mesure de l'appropriation du service

2-3 TEST DE VALIDITÉ CONVERGENTE ET DISCRIMINANTE DU CONSTRUIT

La validité convergente est vérifiée à travers le calcul du rho de validité convergente. Celui-ci est satisfaisant en étant supérieur à 0,5 pour l'ensemble des dimensions. La validité discriminante est testée en comparant si la variance partagée par chacun des facteurs avec ses indicateurs (i.e. ses items) est supérieure à la variance partagée avec les autres facteurs. Pour cela, nous comparons le rho de validité convergente de chaque facteur et les corrélations au carré entre les facteurs. Cette comparaison nous conduit à nous assurer de la validité discriminante du construit. Cependant, il est à noter que le carré de la corrélation entre les dimensions *Création* et *Possession Psychologique* est élevée ainsi que pour la dimension *Création* et *Maîtrise du service*.

Corrélations au carré entre les facteurs ϕ^2						
Maîtrise	0,667 (a)					
Conscientisation	0,346	0,726 (a)				
Adaptation Individuelle	0,054	0,048	0,582 (a)			
Possession Psychologique	0,487	0,178	0,068	0,667(a)		
Création	0,516	0,222	0,075	0,628	0,682(a)	
Connaissance	0,427	0,659	0,024	0,303	0,329	0,672 (a)

Corrélations entre les variables, élevées au carré

((a)- Rhô de validité convergente)

Tableau 41 : Résultats des tests de validité convergente et discriminante de l'appropriation du service

3- LA MESURE DE L'INTRA-RÔLE

3-1 RÉSULTATS DE L'ANALYSE FACTORIELLE EXPLORATOIRE

Nous avons mené une Analyse en Composantes Principales avec rotation *varimax* sur l'ensemble des items de l'intra-rôle. Nous utilisons une rotation *varimax* car les dimensions de l'intra-rôle ne sont pas supposées être corrélées.

La structure obtenue comprend trois facteurs regroupant les items correspondant à notre proposition: *l'adhérence thérapeutique, l'adhérence alimentaire et l'adhérence aux activités physiques.*

Les items mesurent 71% de la variance expliquée. De plus, leurs poids factoriels sont dans l'ensemble satisfaisants sauf pour l'item ALIM2 dont le poids factoriel est inférieur à 0,5.

Nous choisissons de le supprimer et obtenons la structure suivante :

Items	KMO = 0,833, Chi 2 = 2327,974, Ddl=45			
		Facteurs		
	Com	F1	F2	F3
THERAP1 : J'accomplis les tâches que les professionnels de santé attendent de moi	,795	,857		
THERAP2 : Je fais toutes les tâches qui me sont demandées dans mon programme de soin	,847	,884		
THERAP3 : Je suis les directives qui font partie de mon programme de soin	,850	,881		
ALIM1 : Je surveille ce que je mange au quotidien	,679		,753	
ALIM3 : Je pèse ce que je mange	,615		,765	
ALIM4 : Je regarde la composition des plats et des repas que je mange	,576		,737	
ALIM5: Je respecte certains principes diététiques simples	,610		,701	
PHYSIQ1 : Je pratique une activité physique régulière (marche rapide, vélo, course à pied, natation ...)	,613			,746
PHYSIQ2 : Il m'arrive de ne pas prendre ma voiture volontairement pour marcher	,748			,850
PHYSIQ3 : Je fais des efforts pour marcher le plus possible	,794			,870
Valeur propre		4,327	1,615	1,185
Variance		43,274	16,148	11,852
Variance totale		71,274		
Alpha de Cronbach		0,898	0,777	0,796

Tableau 42 : Résultats de l'Analyse Factorielle Exploratoire de la mesure de l'intra-rôle

3-2 RÉSULTATS DE L'ANALYSE FACTORIELLE CONFIRMATOIRE

Nous conduisons une Analyse Factorielle Confirmatoire afin de valider la structure factorielle obtenue. Les indicateurs sont globalement conformes aux standards requis en étant très proches de 1 et le RMSEA est bien inférieur à 0,08.

Cependant, de nombreux items présentent des poids factoriels inférieurs à 0,6 (ALIM4, PHYSIQ1, ALIM5). Nous choisissons donc de les supprimer. Leurs suppressions améliorent nettement le RMSEA (de 0,054 à 0,038).

La structure finale de la mesure de la participation intra-rôle est globalement satisfaisante. Les items présentent des contributions factorielles supérieures à 0,6. Enfin, la fiabilité de la mesure ainsi que la validité convergente sont assurées.

Indices	M0
χ^2	19,948
<i>Degré de liberté</i>	11
<i>GFI (>0,9 ou proche)</i>	0,989
<i>AGFI (>0,9)</i>	0,973
<i>RMSEA (<0,08)</i>	0,038
<i>NFI (>0,9)</i>	0,989
<i>NNFI (>0,9)</i>	0,991
<i>CFI (>0,9)</i>	0,995
χ^2 / ddl	1,8
<i>AIC (<modèle indépendant)</i>	52,948 (1688,891)

Tableau 43 : Indices d'ajustement du modèle de mesure de l'intra-rôle

La structure finale est présentée dans le tableau ci-dessous :

Structure finale de l'intra-rôle			
Items	Facteurs		
	F1	F2	F3
THERAP1 : J'accomplis les tâches que les professionnels de santé attendent de moi	0,814		
THERAP2 : Je fais toutes les tâches qui me sont demandées dans mon programme de soin	0,888		
THERAP3 : Je suis les directives qui font partie de mon programme de soin	0,895		
ALIM1 : Je surveille ce que je mange au quotidien		0,859	
ALIM3 : Je pèse ce que je mange		0,651	
PHYSIQ2 : Il m'arrive de ne pas prendre ma voiture volontairement pour marcher			0,723
PHYSIQ3 : Je fais des efforts pour marcher le plus possible			0,936
Rho de Joreskog	0,898	0,731	0,822
Alpha de Cronbach	0,899	0,711	0,805

Tableau 44 : Structure finale de la mesure de l'intra-rôle

3-3 TEST DE VALIDITÉ CONVERGENTE ET DISCRIMINANTE DU CONSTRUIT

Les validités convergente et discriminante du construit sont assurées et présentées dans le tableau suivant :

Corrélations au carré entre les facteurs (ϕ^2)			
Adhérence Alimentaire	0,747 (a)		
Adhérence Thérapeutique	0,336	0,581 (a)	
Adhérence activité physique	0,129	0,102	0,701 (a)

Corrélations entre les variables, élevées au carré

((a)- Rhô de validité convergente)

Tableau 45 : Résultats des tests de validité convergente et discriminante de l'intra-rôle

4- LA MESURE DE L'EXTRA-RÔLE

4-1 RÉSULTATS DE L'ANALYSE FACTORIELLE EXPLORATOIRE

Nous avons conduit une Analyse en Composantes Principales avec rotation *varimax* sur l'ensemble des items de l'échelle de mesure de l'extra-rôle. Nous obtenons une structure en deux facteurs correspondant à notre proposition : un premier facteur *Entraide* regroupe les items relatifs à comportement d'entraide du patient et un second facteur *Feedback* regroupe les items relatifs au feedback donné aux médecins. Par procédé itératif, deux items sont supprimés (AIDE5 et AIDE6) car leur qualité de représentation respective est inférieure à 0,5.

Les items mesurent 82% de la variance. La cohérence interne de la mesure est respectée car l'Alpha de Cronbach est, pour les deux facteurs, supérieur à 0,7.

Nous obtenons ainsi la structure présentée dans le tableau ci-dessous:

KMO= 0,827, Chi 2=2865,026, Ddl= 21			
Items	Structure à 2 facteurs		
	Com	Facteurs	
		F1	F2
AIDE1 : Je propose mon aide à d'autres patients	,804	,875	
AIDE2 : J'ai appris à d'autres patients à mieux gérer leur diabète	,873	,923	
AIDE3 : J'ai expliqué à d'autres patients comment être à l'aise dans la prise en charge de leur diabète	,915	,944	
AIDE4 : Dans le futur, je serai prêt(e) à venir témoigner de mon expérience dans la prise en charge du diabète	,890	,937	
FEEDBACK1 : Quand j'ai un problème, je n'hésite pas à en faire part à mon médecin	,701		,834
FEEDBACK2 : Dès que je le peux, je donne mon avis à mon médecin	,849		,909
FEEDBACK3 : Si j'ai des idées pour améliorer mon soin, j'en fais part à mon médecin	,706		,814
Valeur propre		3,9	1,770
Variance		56,71	25,29
Variance totale		82%	
Alpha de Cronbach		0,950	0,831

Tableau 46 : Résultats de l'Analyse Factorielle Exploratoire de la mesure de l'extra-rôle

4-2 RÉSULTATS DE L'ANALYSE FACTORIELLE CONFIRMATOIRE

Les indices d'ajustement du modèle de mesure de l'extra-rôle sont satisfaisants avec un RMSEA est bien inférieur à 0,08. De plus, les contributions factorielles sont supérieures à 0,70. Enfin, les indicateurs de fiabilité interne et de cohérence interne de la mesure sont acceptables pour les deux facteurs identifiés.

Indices	M0
χ^2	38,593
<i>Degré de liberté</i>	13
<i>GFI (>0,9 ou proche)</i>	0,979
<i>AGFI (>0,9)</i>	0,954
<i>RMSEA (<0,08)</i>	0,062
<i>NFI (>0,9)</i>	0,987
<i>NNFI (>0,9)</i>	0,986
<i>CFI (>0,9)</i>	0,991
$\chi^2 / \text{ddl} (<3)$	2,9
<i>AIC (<modèle indépendant)</i>	68 693(<2897,033)

Tableau 47 : Indices d'ajustement du modèle de mesure de l'extra-rôle

La structure finale est présentée dans le tableau 48 de la page suivante :

Structure finale de l'extra-rôle		
Items	Facteurs	
	F1	F2
AIDE1 : Je propose mon aide à d'autres patients	0,84	
AIDE2 : J'ai appris à d'autres patients à mieux gérer leur diabète	0,90	
AIDE3 : J'ai expliqué à d'autres patients comment être à l'aise dans la prise en charge de leur diabète	0,96	
AIDE4 : Dans le futur, je serai prêt(e) à venir témoigner de mon expérience dans la prise en charge du diabète	0,93	
FEEDBACK1 : Quand j'ai un problème, je n'hésite pas à en faire part à mon médecin		0,70
FEEDBACK2 : Dès que je le peux, je donne mon avis à mon médecin		0,96
FEEDBACK3 : Si j'ai des idées pour améliorer mon soin, j'en fais part à mon médecin		0,73
Rho de Joreskog	0,950	0,844

Tableau 48 : Structure finale de la mesure de l'extra-rôle

4-3 TEST DE VALIDITÉ CONVERGENTE ET DISCRIMINANTE DU CONSTRUIT

Les validités convergente et discriminante du construit sont assurées et présentées dans le tableau suivant :

Corrélations au carré entre les facteurs (ϕ^2)		
Aide	0,826 (a)	
Feedback	0,102	0,648 (a)

Corrélations entre les variables, élevées au carré

((a)- Rhô de validité convergente)

Tableau 49 : Résultats des tests de validité convergente et discriminante de l'extra-rôle

5- LA MESURE DE LA VALEUR DANS L'USAGE

Pour rappel, nous définissons la valeur dans l'usage comme **l'ensemble des bénéfices activement extraits par le client de l'offre de service par son intégration personnelle du service (son appropriation) et son implication dans la co-crédation de valeur (sa participation).**

L'objectif de cette recherche n'est pas de décomposer les différentes composantes de la valeur mais d'évaluer comment le client extrait de la valeur du service. Ainsi, nous appréhendons la valeur ici comme une forme de valeur globale qui représente la somme de l'ensemble des bénéfices retirés de la participation et de l'appropriation du service. Elle représente alors « *une dimension globale qui exprime les valeurs* » (Curbatov, 2005).

Afin d'opérationnaliser ce construit, nous avons généré un corpus d'items relatifs aux bénéfices que le patient peut retirer de l'usage du service de soin (par exemple : être en meilleure santé, réduire ses déplacements, être autonome etc...). Ce corpus a été construit à l'aide des éléments de l'étude exploratoire menée et des échanges entretenus avec la Fédération Française des Diabétiques.

Compte tenu de la visée exploratoire de cette mesure, nous avons choisi de laisser l'analyse factorielle exploratoire nous éclairer sur sa structure. Notre objectif est de retenir la mesure du construit qui présentera les meilleurs indicateurs d'ajustement aux données et les meilleurs indicateurs de fiabilité et de validité.

5-1 RÉSULTATS DE L'ANALYSE FACTORIELLE EXPLORATOIRE

Nous avons d'abord conduit une Analyse en Composantes Principales avec rotation *varimax* sur l'ensemble des items de la valeur dans l'usage. Nous avons procédé de manière itérative en supprimant les items ne remplissant pas les critères fixés. Ainsi, deux items (VAL4 et VAL8) ont été supprimés car leurs poids factoriels étaient inférieurs à 0,5.

La structure obtenue comporte deux facteurs :

- **Un premier facteur** regroupe des items relatifs aux bénéfices liés à la praticité que le programme de soin peut offrir au patient (par exemple : être autonome,

éviter les déplacements chez un professionnel de santé, moins ressentir sa pathologie). De fait, nous dénommons ce facteur **Valeur de Praticité**.

- Un **second facteur** regroupe des items relatifs aux bénéfices liés à l'amélioration de la santé du patient (amélioration de l'état de santé général, réduire les risques liés à ma pathologie). Nous appelons ce facteur la **Valeur d'Utilité**.

L'ensemble des items explique 67% de la variance du construit.

Enfin, la cohérence interne de chaque facteur est satisfaisante (Alpha de Cronbach > 0,7).

La structure obtenue est présentée dans le tableau 50 :

Items	KMO= 0,725, Chi 2= 887,083, Ddl= 15		
	Structure à 2 facteurs (M0)		
	Com	Facteurs	
F1		F2	
Ce programme de soin me permet...			
VAL1 : D'être en meilleure santé	0,805		0,891
VAL2 : De réduire nettement les risques relatifs à mon diabète	0,826		0,900
VAL3 : De faire des économies personnelles en diminuant la fréquence de mes consultations, de mes déplacements et de mon traitement	0,578	0,732	
VAL5 : D'être davantage autonome et indépendant dans ma vie	0,502	0,505	
VAL6 : De gagner du temps au quotidien en diminuant la fréquence des contrôles et de la prise de mon traitement	0,708	0,840	
VAL7 : De moins ressentir ma pathologie et avoir une vie "normale"	0,615	0,747	
Valeur propre		2,763	1,270
Variance		46,045	21,174
Variance totale		67,219%	
Alpha de Cronbach		0,826	0,731

Tableau 50 : Résultats de l'Analyse Factorielle Exploratoire de la mesure de la valeur dans l'usage

5-2 RÉSULTATS DE L'ANALYSE FACTORIELLE CONFIRMATOIRE

Nous conduisons une Analyse Factorielle Confirmatoire afin de valider la structure factorielle obtenue.

La structure obtenue lors de notre AFE présente des indices d'ajustement relativement mauvais (RMSEA = 0,122).

De plus, les items VAL5 et VAL6 ont des poids factoriels très faibles (<0,6). Nous choisissons donc de les supprimer et constatons que la structure obtenue présente une meilleure qualité d'ajustement avec une nette amélioration du RMSEA devenu satisfaisant (0,063).

Indices	M0
χ^2	3,039
<i>Degré de liberté</i>	1
<i>GFI (>0,9 ou proche)</i>	0,997
<i>AGFI (>0,9)</i>	0,970
<i>RMSEA (<0,08)</i>	0,063
<i>NFI (>0,9)</i>	0,994
<i>NNFI (>0,9)</i>	0,976
<i>CFI (>0,9)</i>	0,912
χ^2 / ddl	3
<i>AIC (<modèle indépendant)</i>	21,039 (526,440)

Tableau 51 : Indices d'ajustement du modèle de mesure de la valeur dans l'usage

Concernant le poids factoriel des items, les deux items du facteur Valeur d'Utilité sont satisfaisants ($>0,8$).

En revanche, les deux items du facteur Valeur de Praticité présentent des poids factoriels légèrement inférieurs au seuil communément admis ($0,7$). Nous choisissons néanmoins de les conserver car leurs suppressions détériorent les indices d'ajustement du modèle.

Cette structure s'avère être la structure la plus acceptable que nous puissions obtenir.

Celle-ci est présentée dans le tableau 52:

Items	Facteurs	
	F1	F2
Ce programme de soin me permet...		
VAL1 : D'être en meilleure santé		0,81
VAL2 : De réduire nettement les risques relatifs à mon diabète		0,86
VAL3 : De faire des économies personnelles en diminuant la fréquence de mes consultations, de mes déplacements et de mon traitement	0,65	
VAL7 : De moins ressentir ma pathologie et avoir une vie "normale"	0,65	
Rho de Joreskog	0,594	0,822
Alpha de Cronbach	0,591	0,731

Tableau 52 : Structure du modèle de mesure de la valeur dans l'usage

Néanmoins, nous notons que les coefficients de fiabilité (Alpha de Cronbach et Rhô de Joreskog) présentent des valeurs légèrement inférieures aux seuils communément acceptés pour la dimension *Valeur Pratique*.

De plus, nous notons que la corrélation entre les deux facteurs identifiés s'établit à un niveau élevé (0,51) mettant en évidence un chevauchement potentiel des deux facteurs de la valeur dans l'usage.

Une des façons d'expliquer une telle corrélation est l'existence d'un facteur latent (de second ordre donc) commun aux facteurs de premier ordre.

Suivant les préconisations de Roussel et al. (2002), nous choisissons alors de réaliser une **AFC de second ordre**.

L'AFC de second ordre est une technique statistique qui permet d'évaluer si les dimensions estimées par chaque facteur de premier ordre définissent un construit plus large et plus abstrait estimé par le facteur de second ordre.

D'un point de vue théorique, intégrer un construit de second ordre pour mesurer la valeur dans l'usage a du sens car ce concept est envisagé, dans la littérature, comme un ensemble de bénéfices retirés de l'usage du service.

Ainsi, la valeur dans l'usage pourrait représenter un construit de second ordre plus large et abstrait formé par les deux facteurs identifiés dans notre AFE.

Généralement, pour admettre l'existence d'un modèle de second ordre, le chercheur doit s'assurer que :

- 1) Les contributions factorielles du facteur de second ordre doivent être statistiquement significatives (Venkatraman, 1989, 1990) et élevés (Roussel et al., 2002).
- 2) Les indices de qualité de l'ajustement du modèle factoriel de second ordre doivent être acceptables (Tippins et Sohi, 2003).

Nous nous sommes ainsi assurés du respect de ces deux conditions.

- Concernant la première condition, les contributions factorielles des deux facteurs sont significatives et respectivement élevées (0,80 pour le facteur « Valeur d'Utilité» et 0,64 pour le facteur « Valeur de Praticité »).
- De plus, les indices de qualité d'ajustement du modèle avec le facteur de second ordre sont tout à fait acceptables.

Ces éléments sont présentés dans les tableaux 53 et 54.

Facteur de second ordre	Facteurs de premier ordre	Contributions factorielles
Valeur dans l'usage	Valeur d'Utilité	0,80
	Valeur de Praticité	0,64

Tableau 53 : Contributions factorielles du modèle de mesure de la valeur dans l'usage (avec facteur de second ordre)

Indices	M0
χ^2	3,039
<i>Degré de liberté</i>	1
<i>GFI (>0,9 ou proche)</i>	0,997
<i>AGFI (>0,9)</i>	0,970
<i>RMSEA (<0,08)</i>	0,063
<i>NFI (>0,9)</i>	0,994
<i>NNFI (>0,9)</i>	0,976
<i>CFI (>0,9)</i>	0,912
χ^2 / ddl	3
<i>AIC (<modèle indépendant)</i>	21,039 (526,440)

Tableau 54 : Indices d'ajustement du modèle de mesure de la valeur dans l'usage (avec facteur de second ordre)

5-3 TEST DE VALIDITÉ CONVERGENTE ET DISCRIMINANTE DU CONSTRUIT

Nous avons enfin évalué la validité convergente et discriminante du construit de la valeur dans l'usage qui intègre le facteur de second ordre.

Celles-ci s'avèrent être assurées bien que le $\sigma_{v.c}$ de la dimension Valeur de Praticité soit légèrement inférieur au seuil recommandé ($\sigma_{v.c}=0,423$).

Ainsi, nous pouvons confirmer que la valeur dans l'usage peut être modélisée comme un facteur de second ordre dont les dimensions sont la Valeur d'Utilité et la Valeur de Praticité.

Cela correspond également à la conceptualisation retenue.

Nous considérons alors que les quatre items retenus sont les indicateurs de la valeur dans l'usage.

Corrélations au carré entre les facteurs (ϕ^2)		
Valeur de Praticité	0,423 (a)	
Valeur d'Utilité	0,260	0,698 (a)

Corrélations entre les variables, élevées au carré

((a)- Rhô de validité convergente)

Tableau 55 : Résultats des tests de validité convergente et discriminante de la valeur dans l'usage

6- LA MESURE DE LA SATISFACTION DANS LA VIE

6-1 RÉSULTATS DE L'ANALYSE FACTORIELLE EXPLORATOIRE

Une Analyse en Composantes Principales avec rotation varimax a été menée sur l'ensemble des items de la satisfaction dans la vie. Nous obtenons une structure à un seul facteur. Les qualités de représentation et les poids factoriels des items sur le facteur sont satisfaisants. Les items expliquent 71% de la variance totale et la cohérence interne de cette échelle est satisfaisante puisque l'alpha de Cronbach est égal à 0,766.

Items	KMO= 0,878, Chi 2=1508,320, Ddl= 10	
	Structure à 1 facteur (M0)	
	Com	Facteurs
		F1
SAT_VIE1 : En général, ma vie correspond de près à mes idéaux	0,762	0,873
SAT_VIE2 : Mes conditions de vie sont excellentes	0,715	0,846
SAT_VIE3 : Je suis satisfait(e) de ma vie	0,809	0,900
SAT_VIE4 : Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que j'ai voulues	0,678	0,823
SAT_VIE5 : Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien	0,586	0,766
Valeur propre		3,551
Variance		71,022
Alpha de Cronbach		0,766

Tableau 56 : Résultats de l'Analyse Factorielle Exploratoire de la mesure de la satisfaction dans la vie

6-2 RÉSULTATS DE L'ANALYSE FACTORIELLE CONFIRMATOIRE

L'ajustement du modèle de mesure aux données empiriques est satisfaisant car l'ensemble des indicateurs que nous avons choisis remplit les critères retenus dans notre analyse. De plus, les poids factoriels de tous les items sont supérieurs à 0,7. Enfin, la fiabilité et la validité convergente sont assurées ($\sigma_{\text{Joreskog}} = 0,899$ et $\sigma_{\text{v.c}} = 0,642$).

Indices	M0
χ^2	19,961
Degré de liberté	5
GFI (>0,9 ou proche)	0,984
AGFI (>0,9)	0,951
RMSEA (<0,08)	0,077
NFI (>0,9)	0,987
NNFI (>0,9)	0,980
CFI (>0,9)	0,990
χ^2 / ddl (<3)	3,99
AIC (<modèle indépendant)	39,961 (1525,794)

Tableau 57 : Analyse factorielle confirmatoire de la mesure de la satisfaction dans la vie

Structure finale de la satisfaction dans la vie	
Items	Facteurs
	F1
SAT_VIE1 : En général, ma vie correspond de près à mes idéaux	0,85
SAT_VIE2 : Mes conditions de vie sont excellentes	0,81
SAT_VIE3 : Je suis satisfait(e) de ma vie	0,89
SAT_VIE4 : Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que j'ai voulues	0,76
SAT_VIE5 : Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien	0,68
Rho de Joreskog	0,899
Rho de Validité convergente	0,642

Tableau 58 : Structure finale de la mesure de la satisfaction dans la vie

CONCLUSION :

Cette section nous a permis de nous assurer de la qualité psychométrique des construits utilisés dans cette recherche.

Une synthèse de ces mesures et des indicateurs est présentée dans le tableau suivant :

Construits	Items	Rho _{vc}	Rho Jöreskog	Variance totale expliquée
Appropriation du service				
Connaissance du service	CON1 : J'ai l'impression de bien connaître mon traitement et les conduites à suivre pour soigner mon diabète	0,672	0,912	73%
	CON2 : Je connais bien le programme de soin dans lequel e m'inscris			
	CON3 : J'estime bien connaître ma pathologie, ses symptômes et comment y faire face			
	CON4 : Comparé à la plupart des patients, je sais pas mal de choses à propos de mon diabète et mon programme de soin			
	CON5 : Pour mon entourage, je suis quelqu'un qui connaît bien sa pathologie et son programme de soin			
Conscientisation du service	CONSC1 : J'ai conscience de ce que je dois faire pour être en meilleure santé	0,726	0,913	

	CONSC2 : Je vois bien les différentes tâches que je dois réaliser pour gérer mon diabète			
	CONSC3 : Je comprends bien ce qu'on attend de moi dans ma prise en charge (respect de repas équilibré, activité physique, prise de médicaments réguliers ou prise d'insuline)			
	CONSC4 : J'ai conscience des tâches que les professionnels de santé attendent de moi			
Maîtrise du service	M1 : J'ai le sentiment de maîtriser ce que je fais	0,667	0,909	
	M2 : Je me sens capable de me prendre en charge			
	M3 : Il m'est facile de réaliser les tâches qui me sont demandées			
	M4 : J'ai l'impression de maîtriser les tâches que les professionnels de santé attendent de moi			
Création	CR1 : J'ai le sentiment de choisir les éléments de mon programme de soin	0,682	0,895	
	CR4 : J'ai le sentiment d'avoir adapté ce programme à ma vie de tous les jours			
	CR5 : J'ai le sentiment d'adapter mon traitement à ma vie de tous les jours			
	CR6 : J'ai la sensation de m'être constitué(e) un programme de soin qui me correspond			
Adaptation	AI2 : Ce programme de soin m'a conduit à	0,582	0,806	

Individuelle au service	Organiser différemment mes journées (pratique sports et/ou activités physiques)			
	AI3 : Ce programme de soin m'a conduit à adapter ma façon de vivre au quotidien			
	AI4 : Ce programme de soin m'a conduit à changer mon rythme de vie			
Possession psychologique du service	PP1 : Ce programme de soin m'appartient	0,667	0,889	
	PP2 : Je parle de mon programme de soin, comme de MON "programme à MOI"			
	PP3 : Ce programme, il fait un peu partie de moi			
	PP7: Ce programme de soin est indissociable de ma vie			
Intra-rôle				
Adhésion thérapeutique	THERAP1 : J'accomplis les tâches que les professionnels de santé attendent de moi	0,747	0,898	71%
	THERAP2 : Je fais toutes les tâches qui me sont demandées dans mon programme de soin			
	THERAP3 : Je suis les directives qui font partie de mon programme de soin			
Adhésion alimentaire	ALIM1 : Je surveille ce que je mange au quotidien	0,581	0,731	
	ALIM3 : Je pèse ce que je mange			
Adhésion aux activités	PHYSIQ2 : Il m'arrive de ne pas prendre ma voiture volontairement pour marcher	0,701	0,822	

physiques	PHYSIQ3 : Je fais des efforts pour marcher le plus possible			
Extra-rôle				
Entraide	AIDE1 : Je propose mon aide à d'autres patients	0,826	0,950	82%
	AIDE2 : J'ai appris à d'autres patients à mieux gérer leur diabète			
	AIDE3 : J'ai expliqué à d'autres patients comment être à l'aise dans la prise en charge de leur diabète			
	AIDE4 : Dans le futur, je serai prêt(e) à venir témoigner de mon expérience dans la prise en charge du diabète			
Feedback	FEEDBACK1 : Quand j'ai un problème, je n'hésite pas à en faire part à mon médecin	0,648	0,844	
	FEEDBACK2 : Dès que je le peux, je donne mon avis à mon médecin			
	FEEDBACK3 : Si j'ai des idées pour améliorer mon soin, j'en fais part à mon médecin			
Valeur dans l'usage				
	Ce programme de soin me permet...			
Valeur d'Utilité	VAL1 : D'être en meilleure santé	0,698	0,822	67%
	VAL2 : De réduire nettement les risques relatifs à mon diabète			
Valeur de	VAL3 : De faire des économies personnelles	0,424	0,594	

Praticité	en diminuant la fréquence de mes consultations, de mes déplacements et de mon traitement			
	VAL7 : De moins ressentir ma pathologie et avoir une vie « normale »			
Satisfaction dans la vie	SAT_VIE1 : En général, ma vie correspond de près à mes idéaux	0,642	0,899	71%
	SAT_VIE2 : Mes conditions de vie sont excellentes			
	SAT_VIE3 : Je suis satisfait(e) de ma vie			
	SAT_VIE4 : Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que j'ai voulues			
	SAT_VIE5 : Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien			

Tableau 59 : Synthèse de la qualité psychométrique des construits

SECTION 2 – TEST DU MODÈLE DE RECHERCHE

Cette section aura pour objet le **test du modèle de recherche** et la **présentation des résultats**.

Pour mémoire, rappelons, le modèle et les hypothèses qui s’y rattachent :

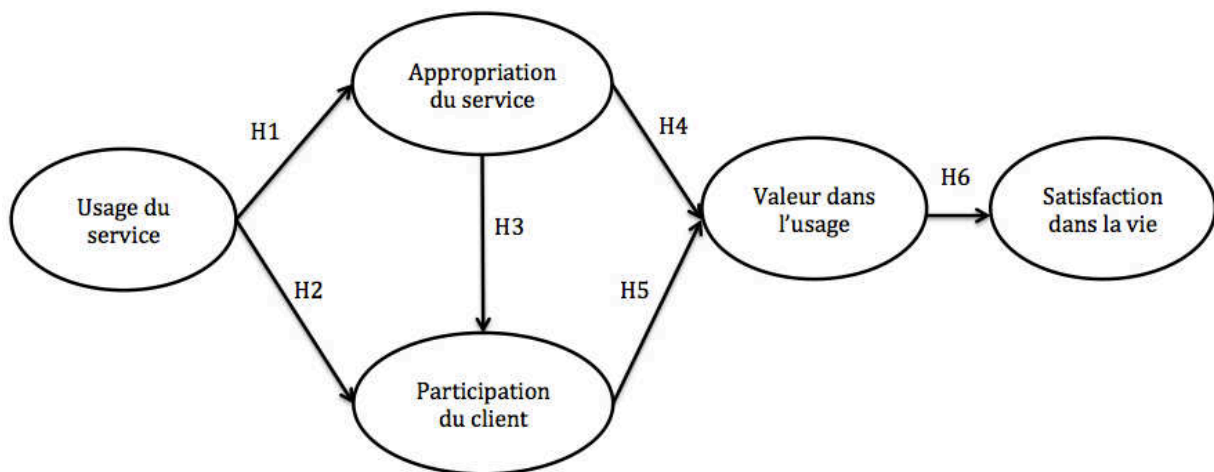


Tableau 60 : Présentation du modèle de recherche

Il est à noter que **le modèle structurel sera testé dans son intégralité**. En d'autres termes, nous testerons l'ensemble des liens simultanément dans le modèle intégrateur à l'aide de la méthode des équations structurelles.

Ainsi, nous présenterons dans un **premier paragraphe** les qualités d'ajustement du modèle de recherche.

Puis, dans un **second paragraphe**, les résultats seront présentés selon la séquence adoptée lors de la présentation des hypothèses à savoir :

- Le test de l'effet de l'usage du service sur l'appropriation du service (H1)
- Le test de l'effet de l'usage du service sur la participation du client (H2)
- Le test de l'effet de l'appropriation du service sur la participation du client (H3)
- Le test de l'effet de l'appropriation du service et de la participation du client sur la valeur dans l'usage (H4 et H5)
- Le test de l'effet de la valeur dans l'usage sur la satisfaction dans la vie (H6).

Les résultats de la mise à l'épreuve des hypothèses de recherche seront enfin discutés dans un **troisième et dernier point**.

1- QUALITÉS D'AJUSTEMENT DU MODÈLE DE RECHERCHE

Avant d'estimer le modèle de recherche, nous avons tout d'abord observé **la qualité d'ajustement du modèle aux données**. Pour cela, nous avons utilisé les mêmes indicateurs que ceux présentés pour les analyses factorielles confirmatoires des échelles de mesure.

Le modèle de recherche que nous mettons en œuvre combine tous les liens directs du modèle.

Les indices d'ajustement de ce modèle figurent dans le tableau suivant :

Indices	Modèle de recherche
χ^2	3535,499
<i>Degré de liberté</i>	1135
<i>GFI (>0,9 ou proche)</i>	0,771
<i>AGFI (>0,9)</i>	0,732
<i>RMSEA (<0,08)</i>	0,065
<i>NFI (>0,9)</i>	0,808
<i>NNFI (>0,9)</i>	0,842
<i>CFI (>0,9)</i>	0,860
χ^2 / ddl	3,113
<i>AIC (<modèle indépendant)</i>	3915,450 (18458,498)

Tableau 61 : Indices d'ajustement du modèle de recherche

Les résultats montrent que globalement le modèle proposé s'ajuste bien aux données. En effet, la majorité des indicateurs sont satisfaisants ou légèrement inférieurs aux seuils critiques pour les indices GFI, AGFI, NFI, NNFI et CFI. Ces indices sont généralement plus sensibles à la taille de l'échantillon ainsi qu'au nombre de paramètres à estimer ce qui peut expliquer en partie cette faiblesse. Le modèle testé est également contraint.

La qualité d'ajustement étant assurée, nous présenterons dans le paragraphe suivant les résultats de la mise à l'épreuve du modèle de recherche.

2- PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

2-1 L'EFFET DE L'USAGE DU SERVICE SUR L'APPROPRIATION DU SERVICE : TEST DE H1

En nous fondant sur le cadre théorique de l'appropriation, nous avons postulé que l'appropriation du service était influencée par les niveaux d'usage que le client a du service. Nous avons proposé de tester cette relation en posant l'hypothèse H1. Afin de répondre à nos objectifs de recherche, celle-ci a été formulée pour la totalité des dimensions de l'appropriation du service :

H1 : L'usage du service a un impact positif sur l'appropriation du service (à savoir sur la connaissance (a), la conscientisation (b), la maîtrise (c), la création (d), l'adaptation individuelle (e) et la possession psychologique du service (f)).

Le tableau suivant présente les résultats du test de l'hypothèse H1 :

Variabiles Indépendantes	Variabiles dépendantes	β	Sig.
Ancienneté de l'usage du service	Connaissance du service	0,195	***
	Conscientisation du service	0,082	N.S
	Maîtrise du service	0,129	0,005
	Création	0,141	0,003
	Adaptation individuelle au service	-0,016	N.S
	Possession Psychologique du service	0,223	***
Fréquence de l'usage du service	Connaissance du service	0,518	***
	Conscientisation du service	0,161	***
	Maîtrise du service	0,218	***
	Création	0,127	0,007
	Adaptation individuelle au service	-0,042	N.S
	Possession Psychologique du service	0,101	0,032
Fréquence des interactions physiques avec le service	Connaissance du service	0,119	0,009
	Conscientisation du service	0,114	0,013
	Maîtrise du service	-0,011	N.S
	Création	0,050	N.S
	Adaptation Individuelle au service	0,152	0,003
	Possession Psychologique du service	0,110	0,021
Fréquence des interactions médiatisées avec le service	Connaissance du service	0,045	0,049
	Conscientisation du service	-0,110	0,018
	Maîtrise du service	-0,005	N.S
	Création	0,018	N.S
	Adaptation Individuelle au service	0,070	N.S
	Possession Psychologique du service	0,045	N.S

*** $p < 0,001$; N.S : non significatif

Tableau 62 : Résultats du test de l'hypothèse H1

Tout d'abord, les résultats font apparaître que l'ancienneté de l'usage du service influence significativement et positivement quatre dimensions de l'appropriation du service à savoir la connaissance du service ($\beta=0,195$, $p<0,001$), la maîtrise du service ($\beta=0,129$, $p<0,05$), la création ($\beta=0,141$, $p<0,05$) et la possession psychologique du service ($\beta=0,223$, $p<0,001$). En d'autres termes, dans notre recherche, plus un patient utilise le programme de soin depuis longtemps, plus il se perçoit comme connaisseur et maître de son programme, créatif dans son usage du programme et plus il perçoit le programme comme étant à « lui ». Toutefois, nous pouvons noter que ces coefficients structurels témoignent de liens relativement faibles entre ces variables.

Concernant la fréquence de l'usage du service par le client, nous constatons que celle-ci a un effet positif et significatif sur cinq dimensions de l'appropriation de service à savoir la connaissance du service ($\beta=0,518$, $p<0,001$), la conscientisation du service ($\beta=0,161$, $p<0,001$), la maîtrise du service ($\beta=0,218$, $p<0,001$), la création ($\beta=0,127$, $p<0,05$) et la possession psychologique du service ($\beta=0,101$, $p<0,05$). Cela signifie que plus un patient utilise le service de soin (i.e. plus il se contrôlera et s'administrera son traitement), plus il se perçoit comme connaisseur, conscient et maître de son programme, créatif dans son usage du programme et plus il perçoit le programme comme étant à « lui ».

En ce qui concerne l'effet de la fréquence des interactions physiques avec le service sur l'appropriation du service, nous constatons tout d'abord que le niveau des interactions physiques du client avec le service a un effet sur la connaissance du service ($\beta=0,119$, $p<0,05$), la conscientisation du service ($\beta=0,114$, $p<0,05$), l'adaptation individuelle au service ($\beta=0,152$, $p<0,05$) et la possession psychologique du service ($\beta =0,11$, $p<0,05$).

Enfin, les résultats indiquent que la fréquence moyenne des interactions médiatisées au service via un dispositif connecté (internet, applications sur téléphone mobile ou sur tablette) a un effet positif et significatif uniquement sur la connaissance du service ($\beta=0,045$, $p<0.05$). Autrement dit, plus un patient utilise des dispositifs de santé « connectée » (par exemple : un site internet, une application mobile ou tablette), plus il se perçoit comme connaissant son programme de soin. Néanmoins, nous remarquons un effet inattendu et négatif de la fréquence des interactions médiatisées du client avec le service sur la conscientisation du service ($\beta=-0,106$, $p<0.05$). Cela signifie que plus un patient est connecté à des dispositifs de santé digitale, moins il se perçoit comme conscient des tâches que celui-ci nécessite.

L'ensemble de ces résultats nous permet de conforter que très partiellement l'hypothèse H1 selon laquelle l'usage du service a un impact positif sur l'appropriation. En effet, les résultats montrent qu'un peu plus de la moitié des sous-hypothèses seulement sont validées. De plus, les liens structurels sont relativement faibles exceptés pour l'effet de la fréquence de l'usage du service sur la connaissance du service.

2-2 L'EFFET DE L'USAGE DU SERVICE SUR LA PARTICIPATION DU CLIENT : TEST DE H2

En nous fondant sur le cadre théorique de la co-crédation de valeur qui postule que la co-crédation de valeur se produit par l'intégration des ressources existantes par les acteurs (Vargo et Akaka, 2012), l'hypothèse H2 suppose que, du point de vue du client, son usage du service est susceptible d'influencer sa participation dans le service. Afin de répondre à nos objectifs de recherche, celle-ci est postulée pour la totalité des dimensions de la participation du client dans le secteur de la prise en charge du diabète :

H2 : L'usage du service a un impact positif sur la participation du client (à savoir sur l'adhérence thérapeutique (a), l'adhérence alimentaire (b), l'adhérence aux activités physiques (c), le feedback (d), l'entraide (f))

Les résultats de la mise à l'épreuve de cette hypothèse est présentés ci-dessous :

Variabiles Indépendantes	Variabiles dépendantes	β	Sig.
Ancienneté de l'usage du service	Adhérence thérapeutique	-0,061	N.S
	Adhérence alimentaire	0,041	N.S
	Adhérence aux activités physiques	0,074	N.S
	Feedback	-0,028	N.S
	Entraide	-0,020	N.S
Fréquence de l'usage du service	Adhérence thérapeutique	0,002	N.S
	Adhérence alimentaire	-0,054	N.S
	Adhérence aux activités physiques	-0,006	N.S
	Feedback	-0,035	N.S
	Entraide	-0,008	N.S
Fréquence des interactions physiques avec le service	Adhérence thérapeutique	0,040	N.S
	Adhérence alimentaire	-0,005	N.S
	Adhérence aux activités physiques	-0,030	N.S
	Feedback	0,076	N.S
	Entraide	0,027	N.S
Fréquences des interactions médiatisées avec le service	Adhérence thérapeutique	-0,688	N.S
	Adhérence alimentaire	-0,320	N.S
	Adhérence aux activités physiques	-0,080	N.S
	Feedback	-0,029	N.S
	Entraide	-0,116	N.S

*** $p < 0,001$; N.S : non significatif

Tableau 63 : Résultats du test de l'hypothèse H2

Les résultats indiquent, qu'il n'existe **aucun effet significatif et positif entre l'usage du service et la participation du client**. En d'autres termes, l'ancienneté de l'usage du programme de soin, la fréquence de l'usage de ce programme, la fréquence de visites d'un patient chez un professionnel de santé ou sa fréquence de connexion à des dispositifs de santé digitale ne favorise ni son adhésion au programme de soin ni sa participation extra-rôle (à savoir le feedback donné au médecin ou le fait d'aider d'autres patients).

A l'issue de ces traitements, **l'hypothèse H2 est rejetée ($p > 0,05$)**.

2-3 L'EFFET DE L'APPROPRIATION DU SERVICE SUR LA PARTICIPATION DU CLIENT : TEST DE H3

L'hypothèse H3 postule que l'appropriation du service a un impact sur la participation du client. En effet, les travaux sur l'appropriation et la possession psychologique ont montré que lorsqu'un individu éprouve un sentiment d'intégration d'un objet à soi, il sera sujet à adopter différents comportements d'engagement vis-à-vis de cet objet. Plus explicitement, un large corpus de recherche en comportement organisationnel a montré qu'un salarié qui éprouve un sentiment d'incorporation et de possession vis-à-vis de son entreprise est sujet à davantage participer dans son travail (intra-rôle) mais également à faire preuve de comportements spontanés, volontaires et altruistes envers son entreprise (extra-rôle). Ainsi, nous avons proposé d'évaluer ce lien dans le cadre du service en postulant qu'un client qui s'approprie le service sera davantage engagé dans la co-crédation de valeur et participera davantage. Décomposée pour l'ensemble des

dimensions identifiées dans cette recherche, l'hypothèse H3 est formulée dans le contexte de la prise en charge du diabète :

H3 : L'appropriation du service (à savoir la connaissance (a), la conscientisation (b), la maîtrise (c), la création (d), l'adaptation individuelle (e) et la possession psychologique du service (f)) **a un impact positif sur la participation du client** (à savoir sur l'adhérence thérapeutique (a'), l'adhérence alimentaire (b'), l'adhérence aux activités physiques (c'), le feedback (d'), l'entraide (e')).

Les résultats du test de cette hypothèse sont présentés ci-dessous :

Variabiles Indépendantes	Variabiles dépendantes	β	Sig.
Connaissance du service	Adhérence thérapeutique	-0,179	***
	Adhérence alimentaire	-0,255	***
	Adhérence aux activités physiques	-0,248	***
	Feedback	0,266	***
	Entraide	0,201	***
Conscientisation du service	Adhérence thérapeutique	0,068	N.S
	Adhérence alimentaire	0,127	0,012
	Adhérence aux activités physiques	0,327	***
	Feedback	0,031	N.S
	Entraide	-0,027	N.S
Maîtrise du service	Adhérence thérapeutique	0,610	***
	Adhérence alimentaire	0,350	***
	Adhérence aux activités physiques	0,234	***
	Feedback	0,164	***
	Entraide	0,075	N.S
Création	Adhérence thérapeutique	0,155	***
	Adhérence alimentaire	0,045	N.S
	Adhérence aux activités physiques	0,011	***
	Feedback	0,031	N.S
	Entraide	0,145	0,002
Adaptation Individuelle au service	Adhérence thérapeutique	0,198	***
	Adhérence alimentaire	0,376	***
	Adhérence aux activités physiques	0,153	N.S

	Feedback	0,067	N.S
	Entraide	-0,029	N.S
Possession Psychologique du service	Adhérence thérapeutique	0,197	***
	Adhérence alimentaire	0,167	0,002
	Adhérence aux activités physiques	0,089	N.S
	Feedback	0,061	N.S
	Entraide	0,227	***

*** $p < 0,001$; N.S : non significatif

Tableau 64 : Résultats du test de l'hypothèse H3

Les résultats montrent l'existence d'un **effet positif et significatif de l'appropriation du service sur la participation du client.**

En effet, dans le contexte de la prise en charge du diabète, nous constatons que :

- **La connaissance du service a un effet positif et significatif sur l'extra-rôle : le feedback** ($\beta=0,266$, $p<0,001$) **et l'entraide** ($\beta=0,201$, $p<0,001$). Néanmoins, elle a un effet négatif et significatif sur l'intra-rôle : sur l'adhérence thérapeutique ($\beta=-0,179$, $p<0,001$), l'adhérence alimentaire ($\beta=-0,255$, $p<0,001$), et l'adhérence aux activités physiques ($\beta = -0,248$, $p<0,001$). En d'autres termes, cela signifie que plus un patient se perçoit comme connaisseur du programme de soin, moins il se déclare comme adhérent à son programme.
- **La conscientisation du service a un effet positif et significatif sur deux formes d'intra-rôle à savoir l'adhérence alimentaire du patient** ($\beta=0,127$,

$p < 0.05$) et **l'adhérence aux activités physiques** ($\beta = 0,327$, $p < 0,001$) mais n'a aucun effet positif sur l'extra-rôle. En d'autres termes un patient qui se perçoit comme conscient de son rôle dans le programme de soin se perçoit comme adhérant aux recommandations relatives à l'alimentation adaptée et aux activités physiques.

- **La maîtrise du service a un effet positif et significatif sur les trois formes d'intra-rôle à savoir l'adhérence thérapeutique** ($\beta = 0,610$, $p < 0,001$), **adhérence alimentaire** ($\beta = 0,350$, $p < 0,001$) et **l'adhérence aux activités physiques** ($\beta = 0,234$, $p < 0,001$) ainsi que sur une forme d'extra-rôle à savoir **le feedback donné au prestataire** ($\beta = 0,164$, $p < 0,001$). Autrement dit, un patient qui se perçoit comme apte à réaliser les tâches que nécessite le programme de soin adoptera des comportements de participation souhaités par le professionnel de santé et lui fournira du feedback. De plus, nous notons que le lien entre la maîtrise du service et l'adhérence thérapeutique est particulièrement fort.
- **La création** a un effet positif et significatif sur l'intra-rôle à savoir sur l'adhérence thérapeutique ($\beta = 0,155$, $p < 0,001$), l'adhérence aux activités physiques ($\beta = 0,011$, $p < 0,001$), et sur l'extra-rôle à savoir sur l'entraide ($\beta = 0,145$, $p < 0,05$)
- **L'adaptation individuelle au service a un effet positif et significatif sur les deux formes d'intra-rôle à savoir l'adhérence thérapeutique** ($\beta = 0,198$, $p < 0,001$) et **alimentaire** ($\beta = 0,376$, $p < 0,001$). En d'autres termes, un patient qui se perçoit comme adoptant des comportements visant à s'adapter et s'ajuster au programme de soin (changer son quotidien, adopter de nouvelles habitudes) sera

plus engagé dans les comportements d'adhérence thérapeutiques et alimentaire attendus par le médecin.

- Enfin, la **possession psychologique du service** a un effet positif et significatif sur deux formes d'intra-rôle à savoir **l'adhérence thérapeutique** ($\beta=0,197$, $p<0,001$), **l'adhérence alimentaire** ($\beta=0,167$, $p<0.05$) et une forme d'extra-rôle à savoir **l'entraide** ($\beta =0,227$, $p<0,001$).

Ainsi, **ces résultats nous conduisent à ne valider que partiellement l'hypothèse H3.**

2-4 L'EFFET DE L'APPROPRIATION DU SERVICE ET DE LA PARTICIPATION DU CLIENT SUR LA VALEUR DANS L'USAGE : TEST DE H4 ET H5

Fondées sur le cadre théorique de la co-crédation de valeur qui postule que la valeur évaluée par le client émerge à la fois lorsque celui-ci participe et s'approprie l'offre pour atteindre ses propres objectifs personnels (Firat et al. 1995; Humphreys et Grayson, 2008; Payne, Storbacka et Frow, 2008 ; Pongsakornrungrungsilp et Schroeder 2011), nous avons formulé les hypothèses H4 et H5. Celles-ci envisagent, en effet, une influence positive et significative de l'appropriation du service et de la participation du client sur la valeur dans l'usage.

Formulées pour chacune des dimensions des concepts mobilisés, ces deux hypothèses sont rappelées ci-dessous :

H4 : L'appropriation du service (à savoir la connaissance (a), la conscientisation (b), la maîtrise (c), la création (d), l'adaptation individuelle (e) et la possession psychologique du service (f)) **a un impact positif sur la valeur dans l'usage**

H5 : La participation du client (à savoir l'adhérence thérapeutique (a), l'adhérence alimentaire (b), l'adhérence aux activités physiques (c), le feedback (d), l'entraide (f)) **a un impact positif sur la valeur dans l'usage**

Les résultats de ces deux hypothèses sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Hypothèse H4			
Variables Indépendantes	Variables dépendantes	β	Sig.
Connaissance du service	Valeur dans l'usage	-0,138	N.S
Conscientisation du service		0,487	***
Maîtrise du service		-0,012	N.S
Création		0,217	***
Adaptation Individuelle		-0,011	N.S
Possession Psychologique		0,247	***

*** $p < 0,001$; N.S : non significatif

Hypothèse H5			
Variables Indépendantes	Variables dépendantes	β	Sig.
Adhérence thérapeutique	Valeur dans l'usage	0,198	0,013
Adhérence alimentaire		-0,144	N.S
Adhérence aux activités physiques		0,180	0,005
Feedback		0,118	0,031
Entraide		0,127	0,016

*** $p < 0,001$; N.S : non significatif

Tableau 65 : Résultats du test des hypothèses H4 et H5

Les résultats obtenus permettent tout d'abord d'établir un **effet positif et significatif de l'appropriation du service sur la valeur dans l'usage.**

En effet, dans le contexte de la prise en charge du diabète, nous constatons que trois dimensions de l'appropriation du service à savoir la conscientisation du service, la création et la possession psychologique du service ont un effet positif et significatif sur la valeur dans l'usage du programme de soin. Nous notons également que ce lien est plus fort pour la conscientisation du service ($\beta=0,487$, $p<0,001$) que pour la création ($\beta=0,217$, $p<0,001$) et pour la possession psychologique du service ($\beta= 0,247$, $p<0,001$). Ces résultats indiquent donc qu'un patient qui se perçoit comme conscient des tâches que le service nécessite, qui crée un usage personnel du service et qui a le sentiment que le service est « à lui », extrait davantage de bénéfices dans l'usage du service.

Ainsi, **nous pouvons valider partiellement l'hypothèse H4.**

De plus, l'analyse des résultats montre que l'ensemble des formes de participation intra et extra-rôle à l'exception de l'adhérence alimentaire a un effet positif et significatif sur la valeur dans l'usage. Nous notons que l'adhérence thérapeutique a l'effet le plus fort sur la valeur dans l'usage ($\beta =0,198$, $p<0,05$) suivi par l'adhérence aux activités physiques ($\beta=0,180$, $p<0,05$), l'entraide ($\beta=0,127$, $p<0,05$) et enfin le feedback ($\beta=0,118$, $p<0,05$). Cela signifie que plus un patient participe dans la thérapeutique générale et dans des activités physiques adaptées à sa pathologie, plus il perçoit des bénéfices dans l'usage de son programme de soin. En outre, plus il fournit des informations (attendues et non attendues) à son médecin et propose son aide à d'autres patients en s'impliquant par exemple dans une association de patients, plus il perçoit des bénéfices dans l'usage

de son programme de soin. Néanmoins, ces coefficients structurels témoignent de liens relativement faibles entre ces variables.

Ainsi, **l'hypothèse H5 est partiellement validée.**

2-5 L'EFFET DE LA VALEUR DANS L'USAGE SUR LA SATISFACTION DANS LA VIE : TEST DE H6

Enfin, nous avons intégré une dernière hypothèse relative à une variable centrale à notre terrain de recherche : la satisfaction dans la vie. Nous avons postulé l'hypothèse H6 selon laquelle la valeur dans l'usage influence positivement la satisfaction dans la vie du patient.

H6 : La valeur dans l'usage a un impact positif sur la satisfaction dans la vie

Les résultats du test de cette hypothèse figurent dans le tableau ci-dessous :

Hypothèse H6			
Variab indépendante	Variable dépendante	β	Sig.
Valeur dans l'usage	Satisfaction dans la vie	0,510	***

*** $p < 0,001$; N.S : non significatif

Tableau 66 : Résultats du test de l'hypothèse H6

L'analyse montre que la **valeur dans l'usage a un effet positif et significatif sur la satisfaction dans la vie** ($\beta=0,510$, $p<0,001$). Dans le contexte de cette recherche, cela

indique donc que plus un patient perçoit des bénéfices dans l'usage de son programme de soin, plus il évalue mieux sa vie.

L'hypothèse H6 est donc validée.

CONCLUSION DU CHAPITRE 4

Ce chapitre a eu pour objectif le **test du modèle de recherche**.

Les résultats de la mise à l'épreuve des hypothèses sont synthétisés dans le tableau suivant :

Hypothèses	Résultats
<p>H1 : L'usage du service a un impact positif sur l'appropriation du service (à savoir sur la connaissance (a), la conscientisation (b), la maîtrise (c), la création (d), l'adaptation individuelle (e) et la possession psychologique du service (f))</p>	<p>H1 : partiellement validée</p> <p>Seules certaines composantes de l'appropriation du service impactent certaines dimensions de l'appropriation du service à savoir : l'ancienneté de l'usage du service influence significativement et positivement quatre dimensions de l'appropriation du service à savoir la connaissance du service, la maîtrise du service, la création et la possession psychologique du service, la fréquence de l'usage du service influence la connaissance du service, la conscientisation du service, la maîtrise du service, la création et la possession psychologique du service, la fréquence des</p>

	<p>interactions physiques avec le service influence la connaissance du service, la conscientisation du service, l'adaptation individuelle au service et la possession psychologique du service, la fréquence des interactions médiatisées au service via un dispositif connecté influence la connaissance du service.</p> <p>Néanmoins, nous remarquons un effet inattendu et négatif de la fréquence des interactions médiatisées du client avec le service sur la conscientisation du service</p>
<p>H2 : L'usage du service a un impact positif sur la participation du client (à savoir sur l'adhérence thérapeutique (a), l'adhérence alimentaire (b), l'adhérence aux activités physiques (c), le feedback (d), l'entraide (f))</p>	<p>H2 : rejetée</p> <p>Relation non significative</p>
<p>H3 : L'appropriation du service (à savoir sur la connaissance (a), la</p>	<p>H3 : partiellement validée.</p>

<p>conscientisation (b), la maîtrise (c), la création (d), l'adaptation individuelle (e) et la possession psychologique du service (f)) a un impact positif sur la participation du client (à savoir sur l'adhérence thérapeutique (a'), l'adhérence alimentaire (b'), l'adhérence aux activités physiques (c'), le feedback (d'), l'entraide (f'))</p>	<p>Seules certaines dimensions de l'appropriation du service impactent certaines dimensions de l'engagement intra-rôle du client à savoir :</p> <p>La connaissance du service influence l'extra-rôle (le feedback et l'entraide), la conscientisation du service influence l'intra-rôle (adhérence alimentaire du patient et adhérence aux activités physiques), la maîtrise du service influence l'intra-rôle (l'adhérence thérapeutique, alimentaire et aux activités physiques) et l'extra-rôle (le feedback), la création influence l'intra-rôle (adhérence thérapeutique, adhérence aux activités physiques) et l'extra-rôle (l'entraide), l'adaptation individuelle au service influence l'intra-rôle (l'adhérence thérapeutique, alimentaire), la possession psychologique du service a influence l'intra-rôle (l'adhérence thérapeutique, l'adhérence alimentaire) et l'extra-rôle (l'entraide)</p> <p>Néanmoins, la conscientisation du service a un effet négatif et significatif sur l'intra-rôle</p>
---	--

<p>H4 : L'appropriation du service (à savoir sur la connaissance (a), la conscientisation (b), la maîtrise (c), la création (d), l'adaptation individuelle (e) et la possession psychologique du service (f)) a un impact positif sur la valeur dans l'usage</p>	<p>H4 : partiellement validée</p> <p>La conscientisation du service, la création et la possession psychologique ont un impact positif et significatif sur la valeur dans l'usage</p>
<p>H5 : La participation du client (à savoir l'adhérence thérapeutique (a), l'adhérence alimentaire (b), l'adhérence aux activités physiques (c), le feedback (d), l'entraide (f)) a un impact positif sur la valeur dans l'usage</p>	<p>H5 : partiellement validée</p> <p>L'ensemble des dimensions de la participation du client (excepté l'adhérence alimentaire) a un impact positif et significatif sur la valeur dans l'usage.</p>
<p>H6 : La valeur dans l'usage a un impact positif sur la satisfaction dans la vie</p>	<p>H6 : validée</p>

CONCLUSION GÉNÉRALE

INTRODUCTION GÉNÉRALE

**PARTIE 1 :
CO-CRÉATION DE VALEUR, PARTICIPATION ET
APPROPRIATION DU SERVICE**

**CHAPITRE 1 : LA
PARTICIPATION DU
CLIENT À LA CO-
CRÉATION DE VALEUR**

**CHAPITRE 2 :
L'APPROPRIATION DU
SERVICE PAR LE CLIENT**



**PARTIE 2 : UNE ÉTUDE EMPIRIQUE DANS LE
SECTEUR DE LA SANTÉ**

**CHAPITRE 3 :
ÉLABORATION DU
MODÈLE DE RECHERCHE**

**CHAPITRE 4 : TEST DU
MODÈLE DE RECHERCHE**

CONCLUSION GÉNÉRALE

CONCLUSION GÉNÉRALE : DISCUSSION, APPORTS, LIMITES ET VOIES DE RECHERCHE

L'objectif de ce travail doctoral a été d'**explorer les mécanismes de la co-crédation de valeur du point de vue du client**. Plus précisément, la thèse que nous défendons est que la co-crédation de valeur nécessite, pour le client, son appropriation du service et sa participation active. C'est en suivant cette logique que nous avons proposé un modèle de recherche fondé, d'une part sur les théories de la co-crédation et de l'appropriation, et d'autre part sur une phase exploratoire dans le secteur de la santé. Ayant mené à bien la recherche doctorale, il convient maintenant d'adopter un certain recul sur ce travail. Nous présenterons, dans cette dernière partie, une discussion détaillée des résultats et des contributions de la thèse. Nous exposerons enfin ses limites et les perspectives qu'elle permet d'ouvrir.

DISCUSSION DES RÉSULTATS

Dans ce premier point, l'ensemble des hypothèses testées dans cette recherche sera discuté. Les résultats seront mis en perspective avec la littérature existante.

✓ Le rôle de l'usage dans l'appropriation du service :

En premier lieu, nous avons évalué **l'effet de l'usage du service sur l'appropriation du service (hypothèse H1)**. Cette hypothèse repose sur l'idée selon laquelle le client dispose d'une histoire personnelle, d'expériences de consommation passées et

d'« acquis préalables » (Carù et Cova, 2003) qui vont influencer le mécanisme d'appropriation du service. Dans le cadre des services, cette expérience a été appréhendée par l'usage du service. Quatre indicateurs ont été observés : l'ancienneté de l'usage, la fréquence de l'usage du service, la fréquence des interactions physiques avec le service et la fréquence des interactions médiatisées avec le service.

Les résultats de notre étude confirment cette relation théorique. En effet, certains indicateurs de l'usage du service influencent certaines dimensions de l'appropriation du service. Parmi les quatre indicateurs mobilisés, c'est plus précisément la fréquence de l'usage du service qui influence le plus fortement l'appropriation du service, celle-ci ayant un effet sur la totalité des dimensions de l'appropriation du service excepté l'adaptation individuelle au service. De plus, l'ancienneté de l'usage du service a un effet sur quatre dimensions de l'appropriation du service à savoir la connaissance, la maîtrise du service, la création et la possession psychologique. Ce résultat est particulièrement intéressant car il permet de valider la dimension temporelle de l'appropriation et ainsi répondre à certains appels visant à l'étudier (Kolenc, 2008 ; Balusseau, 2015). En outre, il montre que le temps influence certaines dimensions de l'appropriation du service. Ceci n'est pas surprenant et entre pleinement en cohérence avec la littérature en psychologie de l'environnement et en marketing qui appréhende l'appropriation comme un processus se produisant dans le temps au sein de différentes étapes (Fischer, 1983, 1992 ; Aubert-Gamet 1996 ; Carù et Cova, 2003 ; Brunel et Roux, 2006 ; Brunel, Gallen et Roux, 2009 ; 2012 ; 2013).

De plus, les résultats de la mise en œuvre de cette première hypothèse nous renseignent sur le rôle des interactions (physiques et médiatisées par une technologie) dans la formation de l'appropriation du service. Ils permettent d'évaluer si un client qui

interagit fréquemment avec le service (physiquement lors d'une rencontre de service mais également via un dispositif connecté) s'approprie davantage le service. Dans notre étude, la fréquence des interactions avec le service influence significativement quatre dimensions de l'appropriation à savoir la connaissance du service, la conscientisation du service, l'adaptation individuelle et la possession psychologique. Ces résultats permettent de conclure que les interactions physiques avec le service favorisent le développement de certaines dimensions de l'appropriation du service chez le client. De plus, l'utilisation de services connectés influence positivement les ressources opérantes du client à savoir sa connaissance perçue du service (Rothaermel et Sugiyamab, 2001 ; Agrawal et Rahman, 2015). Néanmoins, nous pouvons noter d'une part que cet effet reste relativement faible ($\beta = 0,045$, $p < 0,05$) et d'autre part que la fréquence des interactions médiatisées avec le service n'influence pas les autres dimensions de l'appropriation du service.

Dans le contexte de la santé, ces résultats sont également intéressants pour plusieurs raisons. Tout d'abord, ils corroborent les recherches montrant que l'utilisation de l'Internet Santé et des objets associés à la santé digitale a un impact sur les connaissances des patients (Fox et Duggan, 2013). Néanmoins, ils s'opposent plus globalement au discours managérial dominant et au courant des travaux dits « enthousiastes » (Del Río Carral et al., 2016) qui présentent la santé digitale comme favorisant une meilleure appropriation des programmes de soin (Appelboom et al., 2014 ; Barrett et al., 2013 ; Becker et al., 2014 ; Byrne, 2014 ; Chiauzzi et al., 2015 ; Kumar et al., 2013 ; Labrique et al., 2013 ; Payne et al., 2015 ; van Velsen et al., 2013). En effet, la santé digitale est généralement présentée comme permettant au patient de mieux comprendre, manipuler, voire contrôler son propre comportement et sa propre santé

(Swan, 2013) en favorisant l'autogestion de la pathologie (Dennison et al., 2013 ; Yardley et al., 2015) et l'empowerment du patient (Samoocha et al., 2010). Or, l'étude menée montre une très faible influence du degré de connexion du patient sur la connaissance de son programme de soin et pire, une absence d'influence du degré de connexion sur les autres dimensions de l'appropriation, notamment celles que l'on pourrait juger cruciales dans un contexte de santé à savoir la maîtrise du programme de soin ou la création d'un usage personnel du programme. De fait, ces résultats questionnent l'effet de la santé digitale et des dispositifs connectés sur l'appropriation d'un programme de soin par les patients et laissent sous-entendre que l'usage seul de dispositifs connectés ne favorise pas une appropriation totale d'un programme de soin. Il est de plus crucial de noter que la fréquence des interactions médiatisées a un effet négatif sur la conscientisation du programme de soin. En d'autres termes, plus un patient est connecté à un dispositif de santé en ligne, moins il se perçoit comme conscient de son rôle dans le programme de soin. Il semble alors que la santé digitale puisse représenter un risque et engendrer des effets négatifs chez le patient en ne l'aidant pas à se représenter son rôle dans le soin. Certains risques ont été envisagés par la littérature en santé et en sciences humaines et sociales (Buin, 2003 ; Heesch et al. 2005 ; Besnier, 2012 ; Rouvroy, 2014) et mériteraient alors d'être davantage explorés.

En résumé, notre étude confirme le postulat selon lequel l'usage d'un service influence l'appropriation du service. Néanmoins, les composantes de l'usage identifiées dans cette recherche n'agissent pas sur la totalité des dimensions de l'appropriation et leurs effets sont relativement faibles. Notre étude montre ainsi que l'usage du service est certes nécessaire et déterminant pour s'approprier mais ne constitue pas un réel moteur de l'appropriation du service. Il est envisageable que les clients puissent s'approprier le

service en utilisant le service par simple « contamination » (Belk, 1988). En d'autres termes, l'appropriation pourrait se dérouler involontairement par le client au contact et par l'usage du service.

✓ **L'absence d'influence de l'usage sur la participation du client**

Nous avons également évalué **l'influence de l'usage sur la participation du client** (hypothèse H2). Cette hypothèse repose sur l'idée selon laquelle la co-crédation de valeur se produit par l'application des ressources du client au sein d'activités réalisées par celui-ci et que, de fait, son usage du service est susceptible d'influencer sa participation (Arnould, Price et Malshe, 2006; Baron et Harris, 2008 ; Vargo et Akaka, 2012). La participation a été ici appréhendée comme une combinaison de comportements attendus par les firmes et nécessaires à la fabrication du service (intra-rôle) et de comportements volontaires de collaboration du client avec l'organisation (extra-rôle). Ces deux formes de participation sont susceptibles d'être des sources de co-crédation de valeur pour le client et pour l'entreprise en permettant par exemple une amélioration de la qualité du service ou en contribuant à la satisfaction du client.

Cependant, les résultats du test du modèle ne permettent pas de confirmer cette hypothèse. L'usage du service n'a pas d'effet significatif sur la participation du client au service. Ces résultats montrent ainsi que l'usage du service, seul, n'influence pas les comportements de participation (intra et extra-rôle) du client dans le service. Le niveau d'usage du service du client n'influence donc pas son engagement dans le mécanisme de co-crédation de valeur.

Dans le contexte de la prise en charge du diabète, ces résultats sont particulièrement intéressants car ils montrent que l'usage d'un programme de soin n'a pas d'effet direct sur la participation du patient. En d'autres termes, ce n'est pas parce qu'un patient utilise un programme de soin qu'il est nécessairement plus adhérent et adopte un comportement en cohérence avec sa pathologie. Si l'on observe plus particulièrement les indicateurs retenus dans cette thèse, ce résultat est cependant cohérent avec certaines études conduites en santé sur l'observance des patients. Celles-ci montrent en effet que la lourdeur du traitement, variable qui se rapproche de la fréquence de l'usage du programme de soin, augmente la non adhérence du patient (e.g. Bauer et Teissier, 2001 ; Le Bot, 1999, Imbs, 2008 ; Golay, 2004 ; Chambonet et Brouard, 2001 ; Houel Delaune, 2009). Il a également été montré que la durée du traitement, variable qui se rapproche de notre variable ancienneté de l'usage du programme de soin, peut avoir un impact négatif sur l'adhérence du patient (Dahan et Dahan, 1985 ; Lenoir, 2003 ; Osterberg et Blaschk, 2005 ; Lebrun Jain ; 2008). Celle-ci peut, en effet, entraîner une forme de lassitude du patient face à l'adhérence au long cours à un programme de soin (Masson, 2008). De plus, la fréquence de visite chez un professionnel de santé n'a pas d'impact significatif sur son adhérence. Ce résultat ne confirme pas certaines recherches qui montrent, notamment dans le cadre des maladies chroniques comme le diabète, que la fréquence des consultations améliorerait l'adhérence thérapeutique (e.g. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group, 1993¹³ ; Tonnel, 2014).

Enfin, dans notre étude, le degré de connexion du patient à des dispositifs de santé digitale n'a pas d'effet significatif sur sa participation. Là encore, ces résultats posent la

¹³ The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group

question de l'impact effectif de la santé digitale sur les comportements des patients. Celle-ci est supposée améliorer le pouvoir d'agir du patient, favoriser une meilleure adhésion au traitement et une plus grande implication du patient dans la gestion de sa maladie (Del Río Carral et al., 2016). Or, les résultats de cette étude indiquent que la fréquence de connexion d'un patient n'a absolument aucune influence d'une part sur sa participation intra-rôle (adhérence au programme de soin) mais également sur sa participation extra-rôle (feedback donné au médecin, entraide auprès d'autres patients).

✓ **L'influence significative de l'appropriation sur la participation**

Nous avons ensuite émis l'hypothèse H3 selon laquelle **l'appropriation du service influencerait la participation du client dans le service**. Cette relation s'appuie sur les travaux de recherche sur l'appropriation et plus généralement sur les relations de possession dans la littérature en comportement organisationnel. Ceux-ci ont montré, dans un large corpus de recherches, qu'un salarié qui éprouve un sentiment d'incorporation et de possession vis-à-vis de son entreprise est sujet à davantage participer dans son travail (intra-rôle) mais également à faire preuve de comportements spontanés, volontaires et altruistes envers son entreprise (extra-rôle). Ainsi, nous avons proposé d'étendre cette relation au cadre du service en postulant qu'un client qui s'approprie le service participera davantage et sera plus engagé dans la co-crédation de valeur.

Les résultats de la mise à l'épreuve de cette hypothèse confirment cette relation théorique. En effet, certaines dimensions de l'appropriation influencent certains types de participation du client.

Tout d'abord, en ce qui concerne l'influence de l'appropriation sur la participation intra-rôle, cinq des six dimensions de l'appropriation ont un impact significatif et positif sur cette participation. Plus précisément, c'est la maîtrise du service qui impacte le plus fortement ce comportement puis l'adaptation individuelle et la conscientisation du service. Plus modestement enfin, nous relevons un effet de la possession psychologique et de la création sur l'intra-rôle.

Ces résultats sont intéressants car ils montrent que l'appropriation du service impacte (par cinq de ses six dimensions) la participation intra-rôle du client. Ceux-ci confortent alors les travaux de marketing qui ont montré qu'un individu qui s'approprie un objet adopte des comportements positifs envers cet objet (Belk, 1992 ; Schultz, Kleine et Kernan, 1989) et plus précisément valident l'extension au cadre du service des travaux en comportements organisationnels qui ont montré qu'un salarié qui a le sentiment de posséder son entreprise est plus performant (Berstein, 1976 ; Sands, 2002 ; Van Dyne et Pierce, 2004 ; Pierce et Jussila, 2011 ; Liu et al., 2012 ; Peng et Pierce, 2015). Notre étude souligne alors l'importance pour les prestataires de service de favoriser l'appropriation de leurs services afin de permettre une plus grande participation de leurs clients dans le service.

Ensuite, en ce qui concerne la participation extra-rôle, nous notons que l'appropriation du service a un impact moindre. En effet, seule la connaissance du service influence les deux formes de participation extra-rôle (feedback, entraide). La possession psychologique et la création ont, quant à elles, un effet positif uniquement sur l'entraide. Enfin, la maîtrise du service influence seulement le feedback donné au prestataire. Ces résultats ne permettent donc pas d'affirmer que l'appropriation du service tient un rôle central dans la formation de comportements extra-rôles pour les clients.

Il est important de souligner un dernier résultat particulièrement intéressant que nous n'avions pas envisagé : l'effet négatif de la connaissance du service sur la participation du client. Contre toute attente, plus un client se perçoit comme connaisseur du service, moins il se perçoit comme adoptant des comportements attendus par le prestataire. Ce résultat est important car il suggère que la connaissance du service peut alors être destructrice de valeur en réduisant la participation du client. Un client qui se percevrait comme connaisseur et familier du service pourrait alors moins participer. Là aussi, cet effet négatif pourrait être expliqué par une forme de lassitude ou de routine que le client pourrait éprouver lorsqu'il est trop familier au service.

En résumé, le test de cette hypothèse démontre que l'appropriation du service influence principalement la participation intra-rôle du client et de manière plus minime sa participation extra-rôle.

✓ **Le rôle central de l'appropriation du service dans le mécanisme qui concoure à la valeur dans l'usage**

Le modèle de recherche avait également pour objectif de décomposer les mécanismes contribuant à la formation de la valeur dans l'usage. La valeur dans l'usage est un concept central de la perspective de la co-création de valeur. Dans cette recherche, elle est définie sur la base d'une revue de la littérature comme l'ensemble des bénéfices extraits par le client de son appropriation du service et de sa participation au service. Nous avons alors postulé que l'appropriation du service et la participation du client au

service contribuaient mutuellement à la formation de la valeur dans l'usage pour le client (hypothèse H4 et H5).

En premier lieu, les résultats montrent l'influence de l'appropriation du service sur la valeur dans l'usage. Trois dimensions de l'appropriation, à savoir, la conscientisation du service, la création et la possession psychologique ont un effet positif et significatif sur la valeur dans l'usage. Ces effets sont particulièrement importants pour la conscientisation du service. En d'autres termes, plus un client se perçoit respectivement conscient de son rôle dans le service, créatif dans son usage du service et possesseur du service, plus il extrait des bénéfices du service. Ce résultat est intéressant car il permet d'affiner la compréhension des mécanismes de co-crédation de valeur et de valider empiriquement certaines relations théoriques. En effet, il montre que toutes les dimensions de l'appropriation du service ne permettent pas au client d'extraire de la valeur. La valeur est principalement formée par la prise de conscience du service et des tâches que celui-ci nécessite, par la création d'un usage personnel du service et par sa possession psychologique du service. L'étude valide alors le postulat selon lequel la valeur est extraite lorsque le client personnalise ou adapte l'offre pour atteindre ses propres objectifs personnels (Firat et al., 1995; Humphreys et Grayson, 2008; Payne et al., 2008; Pongsakornrunsilp et Schroeder, 2011), possède le service (Beggan, 1992) mais également lorsque celui-ci conscientise le service. Néanmoins, sa connaissance, sa maîtrise du service et son adaptation individuelle n'ont aucune influence sur la formation de la valeur pour le client.

Cette étude montre également le rôle de la participation du client dans la formation de la valeur « dans l'usage ». Quatre des cinq dimensions de la participation du client à savoir

l'adhérence thérapeutique, l'adhérence aux activités physiques, le feedback donné au médecin et l'entraide influencent positivement et significativement la valeur dans l'usage. Autrement dit, la participation du client dans la co-crédation de valeur influence sa perception des bédéfices du service. Ces résultats viennent conforter l'hypothèse selon laquelle la valeur n'est pas contenue dans le service mais créee directement par le client par ses activités (McColl-Kennedy et al., 2012). Celle-ci ne préeède alors pas l'usage du service mais résulte de l'expérience de consommation du service et ainsi de sa participation (Aurier et al., 1998 ; Filser et Plichon, 2004). De plus, ils permettent d'affirmer que la participation extra-rôle volontaire et altruiste du client (feedback donné au prestataire, entraide), si elle créee logiquement de la valeur pour l'entreprise, permet également au client d'extraire davantage de bédéfices du service. Il est toutefois à noter que la participation extra-rôle a un effet moindre sur la valeur perçue par le client que la participation intra-rôle.

En conclusion, les résultats de la mise à l'épreuve de ces deux hypothèses nous fournissent un enseignement important sur le mécanisme de co-crédation de valeur du point de vue du client. En effet, ils montrent d'une part que certaines dimensions de l'appropriation du service à savoir, la conscientisation du service, la création et la possession psychologique, jouent un rôle central dans la formation de la valeur dans l'usage pour le client en influençant significativement les bédéfices qu'il perçoit du service. D'autre part, ils nous renseignent sur l'influence de la participation du client dans le service et montrent notamment que la participation extra-rôle du client contribue aussi à la création de valeur pour le client.

✓ **L'influence significative de la valeur dans l'usage sur la satisfaction dans la vie**

A l'issue de cette recherche, nous avons intégré une dernière hypothèse de travail qui prend particulièrement sens dans notre terrain de recherche : nous avons postulé l'influence de la valeur dans l'usage sur la satisfaction dans la vie (hypothèse H6). Les résultats montrent que la valeur dans l'usage influence significativement et positivement la satisfaction dans la vie. En d'autres termes, plus un patient extrait des bénéfices relatifs à son programme de soin, plus il est satisfait dans la vie. Ce résultat est intéressant car il permet, à l'image de Gong, Choi et Murdy (2014), de valider empiriquement l'idée selon laquelle la valeur dans l'usage est intrinsèquement liée à la vie des clients, à leurs objectifs et à leurs aspirations (Payne, Storbacka, et Frow, 2008 ; Lemke, Clark et Wilson, 2011) et qu'elle accroît alors la satisfaction dans la vie du client (Grönroos et Voima, 2013).

CONTRIBUTIONS DE LA RECHERCHE

Cette thèse offre également des contributions sur le plan théorique et managérial. Celles-ci seront présentées dans ce second point.

- Sur le plan théorique :

✓ Contributions à la littérature sur l'appropriation

Sur le plan théorique, notre recherche a permis de **mieux appréhender le concept d'appropriation en marketing**. En effet, l'examen de la littérature a montré qu'il n'existait pas de consensus quant à sa définition et sa conceptualisation, que l'appropriation n'avait pas fait, à notre connaissance, l'objet d'études quantitatives et qu'aucune échelle de mesure n'avait été développée. Nous avons alors proposé une définition et une conceptualisation originale de l'appropriation du service. Bien que nous considérons l'appropriation du service comme un processus, nous avons choisi d'appréhender l'appropriation du service, dans une logique de mise en œuvre d'un modèle explicatif, comme un ensemble de perceptions mesurables à un instant T. Nous nous sommes donc focalisés sur l'état d'appropriation du service. Une structure a été élaborée sur la base de la littérature existante et d'une étude exploratoire menée dans le secteur de la santé. Six dimensions ont alors été identifiées : la connaissance du service, la conscientisation du service, la maîtrise du service, la création, l'adaptation individuelle au service et la possession psychologique. Afin de nous assurer de la validité de cette structure, un groupe d'experts du laboratoire de recherche Montpellier Recherche en Management a été consulté et deux collectes de données ont été réalisées. Chacune des dimensions identifiées est définie dans le tableau ci-dessous :

Dimensions	Définitions
Connaissance du service	Perception de ce que le client croit savoir du service
Conscientisation du service	Prise de conscience par le client du service et des tâches que celui-ci nécessite
Maîtrise du service	Aptitude perçue du client à contrôler les tâches que le service nécessite
Création	Pratiques originales que le client adopte pour créer un sens et un usage personnel du service
Adaptation individuelle au service	Pratiques que le comportement adopte pour se conformer et s'ajuster au service
Possession psychologique du service	Sentiment de possession du client à l'égard du service qu'il considère comme étant le « sien »

Tableau 67 : Synthèse des dimensions de l'appropriation psychologique du service

De plus, cette thèse a permis **d'évaluer empiriquement certains antécédents et conséquences de l'appropriation du service**. Elle a particulièrement permis de valider empiriquement trois principales relations causales : l'effet du niveau d'usage du service sur l'appropriation, l'effet de l'appropriation sur la participation du client et l'effet de l'appropriation sur la valeur dans l'usage. Ces résultats permettent alors de contribuer à la littérature sur l'appropriation en marketing en validant empiriquement la dimension temporelle de l'appropriation, son influence sur les comportements de participation du client, et son influence sur la valeur perçue par le client.

✓ **Contribution à la littérature sur la co-crédation de valeur**

Cette recherche contribue également **aux recherches sur la co-crédation de valeur** en proposant une modélisation du mécanisme de formation de la valeur dans l'usage. Celle-ci est généralement appréhendée comme l'ensemble de bénéfices provenant d'une part de l'engagement comportemental du client dans le processus de co-crédation de valeur et d'autre part de l'incorporation de l'offre de l'entreprise par le client. Néanmoins, ce processus reste encore relativement théorique et peu exploré dans la littérature. En se fondant sur cette définition, nous avons alors défendu la thèse selon laquelle, dans les services, la co-crédation de valeur nécessite deux éléments cruciaux : **1) L'appropriation du service par le client, 2) Sa participation dans le service.**

Nous avons alors empiriquement proposé l'existence de relations entre trois concepts principaux: l'appropriation du service, la participation du client et la valeur « dans l'usage ». L'étude menée dans le secteur de la santé montre que globalement la thèse proposée est empiriquement validée. Les résultats témoignent d'une influence positive et significative de l'appropriation du service et de la participation du client sur la valeur dans l'usage. Plus précisément, l'appropriation du service joue un rôle clef dans la formation de la valeur dans l'usage. Trois dimensions (la conscientisation du service, la création et la possession psychologique du service) influencent positivement et significativement les bénéfices du service perçu par le client. De plus, la participation (intra et extra-rôle) du client contribue dans une moindre mesure à la création de valeur pour le client. Quatre des cinq formes de participation ont, en effet, un impact plus faible sur la valeur dans l'usage du service. Il est important de signaler enfin que l'appropriation du service semble jouer un rôle d'« amplificateur » en renforçant la participation du client. Ces résultats sont particulièrement intéressants car ils

permettent d'enrichir la compréhension de la formation de la valeur « dans l'usage » du point de vue du client. Ils confirment empiriquement le postulat selon lequel la valeur résulte d'un mécanisme comprenant d'une part les activités du client dans le service et d'autre part son incorporation de l'offre de service. Notre étude montre que c'est principalement lorsque le client conscientise son rôle dans le service, crée un usage personnel du service et le possède, qu'il extrait de la valeur.

Cette recherche a également permis de mieux **comprendre comment le client participe dans la co-crédation de valeur**. Nous avons examiné l'effet de l'usage sur la participation du client dans la co-crédation de valeur. Nous avons postulé que l'usage du service était susceptible d'influencer la participation dans le service. Néanmoins, les résultats du test du modèle ne permettent pas de confirmer cette hypothèse. En effet, l'usage du service tel qu'il est appréhendé dans cette recherche n'a pas d'effet significatif sur la participation du client au service. Ces résultats montrent que l'usage du service n'influence pas directement la participation et n'est pas suffisant pour engendrer l'engagement du client dans la co-crédation de valeur. De plus, ils indiquent que la fréquence des interactions (physiques et médiatisées via une technologie) n'influence pas la participation du client dans la co-crédation de valeur. En d'autres termes, la fréquence des rencontres de service n'est pas un vecteur d'un plus grand engagement du client dans la co-crédation de valeur et d'une plus grande participation. Ce résultat est intéressant car il questionne le postulat selon lequel les interactions avec l'entreprise peuvent renforcer le mécanisme de la co-crédation de valeur (Grönroos, 2011 ; Grönroos et Voima, 2012). Il permet notamment de questionner le rôle de la technologie dans la co-crédation de valeur. Celle-ci est, en effet, appréhendée par certains auteurs comme contribuant au mécanisme général de co-crédation de valeur en facilitant l'échange de

ressources et d'informations entre les utilisateurs (Bell et Loane, 2010 ; Kaplan et Haenlein, 2010 ; Sawhney, Verona et Prandelli, 2005 ; Sharma et Sheth, 2004). Or dans notre recherche, nous constatons que la fréquence des interactions au service médiatisées via une technologie n'a pas d'effet significatif sur son engagement dans la co-crédation de valeur. En d'autres termes, ce n'est pas parce que le client utilise des dispositifs connectés qu'il est plus engagé dans la co-crédation de valeur. Ce résultat représente donc une contribution importante dans la compréhension du mécanisme de co-crédation de valeur. Néanmoins, il se doit d'être nuancé. En effet, la variable mobilisée dans cette recherche représente le degré de connexion du patient à des services digitaux mais ceux-ci ne sont pas, a priori, conçus ou initiés par le professionnel de santé. En d'autres termes, cette variable représente la fréquence à laquelle le patient se connecte, librement et par sa propre initiative, à différents dispositifs digitaux relatifs à de l'information de santé (internet santé, forums, m-santé, applications). Il serait alors pertinent d'investiguer l'effet de la fréquence de connexion à des dispositifs digitaux dont l'usage est initié par le professionnel de santé (en tant qu'extension du service central). Cette suggestion sera développée dans la partie sur les perspectives de la recherche.

Enfin, **cette recherche démontre le lien étroit entre la valeur « dans l'usage » et le bien-être du consommateur.** Les résultats valident empiriquement le postulat selon lequel la co-crédation de valeur contribue à augmenter le bien-être perçu du consommateur (Grönroos, 2008; Vargo, Maglio et Akaka, 2008). Nous avons, en effet, montré que la valeur dans l'usage influençait la satisfaction dans la vie (i.e. l'évaluation de la vie d'un individu en termes d'expériences positives ou négatives) et que ce lien était particulièrement fort.

- **Sur le plan méthodologique :**

✓ **La combinaison de méthodes qualitative et quantitative dans le secteur de la santé:**

Une première contribution méthodologique de cette thèse réside à la fois dans l'approche mixte adoptée qui combine des méthodes qualitative et quantitative mais aussi et surtout dans la nature du terrain de recherche retenu. Nous avons conduit deux études principales dans le secteur de la santé. Ce terrain de recherche reste encore relativement novateur dans les recherches marketing. Peu d'études empiriques sont réalisées auprès de véritables patients ou d'acteurs du monde de la santé dans les recherches francophones du marketing de la santé. Ce terrain présente des difficultés d'accès notables en raison de règles déontologiques fortes. Dans un premier temps, une étude qualitative menée en collaboration avec le Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier a été conduite auprès de plusieurs professionnels de santé et des patients souffrant de pathologies chroniques. Cette étude a par ailleurs mobilisé des techniques de collectes mixtes (focus groupes, entretiens semi-directifs, e-mailing). Les résultats ont permis de mieux cerner les concepts mobilisés dans ce travail et d'adapter nos hypothèses de recherche au plus proche de la réalité de ce service. Par la suite, et après avoir mené un premier pré-test de nos mesures auprès de 143 étudiants, nous avons mené une large étude quantitative auprès de 508 patients diabétiques dans le but de mettre à l'épreuve nos hypothèses et de répondre à nos objectifs de recherche. Cette étude a fait l'objet d'un contrat de recherche avec la Fédération Française des Diabétiques dans le cadre de leur projet de Diabète Lab. Ces deux études conduites dans

le secteur de la santé constituent alors une contribution méthodologique forte car les patients demeurent une population difficile à toucher par les recherches en marketing. Par ailleurs, les échanges que nous avons pu avoir avec le Centre Hospitalier de Montpellier et la Fédération Française des Diabétiques ont incontestablement permis d'enrichir la méthodologie proposée. La combinaison de ces approches ainsi que les populations interrogées représentent, sur le plan méthodologique, l'une des originalités de cette recherche.

✓ **L'élaboration d'une mesure de l'appropriation du service :**

Cette étude a enfin permis de **développer une échelle de mesure de l'appropriation du service**. En nous fondant sur un travail précautionneux de génération d'items qui a fait l'objet de plusieurs présentations auprès d'experts du marketing afin de nous assurer de la validité de trait de l'instrument de mesure, nous nous sommes tout d'abord assurés de la stabilité de la structure factorielle proposée en six dimensions en réalisant un pré-test auprès d'étudiants. Puis, nous avons réalisé un travail d'adaptation des items au terrain de cette recherche en collaboration avec une sociologue de la Fédération Française des Diabétiques. L'échelle a été alors adaptée à l'appropriation d'un programme de soin. Lors de la seconde collecte de données auprès des patients diabétiques, cette structure factorielle n'a toutefois pas été confirmée. En effet, seulement quatre facteurs ont été restitués par la règle de Kaiser. Toutefois, nous avons choisi de conserver les six dimensions de notre proposition théorique dans la mise en œuvre de notre modèle car les qualités de représentation et les contributions factorielles des items restaient acceptables. De plus, la structure à six dimensions présentait de meilleurs indices d'ajustement aux données lors de l'analyse factorielle confirmatoire. Après épuration finale, la mesure de l'appropriation du service comprend

vingt-six items. La validité et la fiabilité des mesures de chaque dimension sont satisfaisantes pour une création d'échelle mais elles doivent pouvoir être améliorées lors de nouvelles recherches, notamment en ce qui concerne la validité convergente de la dimension adaptation individuelle au service.

Les items de cette mesure rédigés dans le contexte de la santé sont détaillés dans le tableau de la page suivante:

Dimensions	Items
Connaissance du service	J'ai l'impression de bien connaître mon traitement et les conduites à suivre pour soigner mon diabète
	Je connais bien le programme de soin dans lequel je m'inscris
	J'estime bien connaître ma pathologie, ses symptômes et comment y faire face
	Comparé à la plupart des patients, je sais pas mal de choses à propos de mon diabète et mon programme de soin
	Pour mon entourage, je suis quelqu'un qui connaît bien sa pathologie et son programme de soin
Conscientisation du service	J'ai conscience de ce que je dois faire pour être en meilleure santé
	Je vois bien les différentes tâches que je dois réaliser pour gérer mon diabète
	Je comprends bien ce qu'on attend de moi dans ma prise en charge (respect de repas équilibré, activité physique, prise de médicaments réguliers ou prise d'insuline)
	J'ai conscience des tâches que les professionnels de santé attendent de moi
Maîtrise du service	J'ai le sentiment de maîtriser ce que je fais
	Je me sens capable de me prendre en charge
	Il m'est facile de réaliser les tâches qui me sont demandées
	J'ai l'impression de maîtriser les tâches que les professionnels de santé attendent de moi
	J'ai la sensation de bien gérer les tâches demandées
	J'ai le sentiment de maîtriser ce que je fais
Création	J'ai le sentiment de choisir les éléments de mon programme de soin
	J'ai le sentiment d'avoir adapté ce programme à ma vie de tous les jours
	J'ai le sentiment d'adapter mon traitement à ma vie de tous les jours
	J'ai la sensation de m'être constitué(e) un programme de soin qui me correspond
Adaptation individuelle	Avec ce programme de soin, j'ai la sensation d'organiser différemment mes journées
	Avec ce programme de soin, j'ai la sensation d'adapter ma façon de vivre au quotidien
	Avec ce programme de soin, j'ai la sensation de changer mon rythme de vie
Possession psychologique du service	Ce programme de soin m'appartient
	Je parle de mon programme de soin, comme de MON "programme à MOI"
	Ce programme, il fait un peu partie de moi
	Ce programme de soin est indissociable de ma vie

Tableau 68 : Synthèse des items de la mesure de l'appropriation psychologique du service dans le cadre d'un programme de soin

✓ **L'élaboration d'une mesure de la participation du client et de la valeur dans l'usage :**

Cette recherche propose également une opérationnalisation de certains concepts comme la participation du client dans une perspective de co-création de valeur. Une revue de la littérature montre que sa définition fait encore l'objet de débats et qu'il n'existe pas de compromis quant à son opérationnalisation. La participation du client fut opérationnalisée dans cette recherche conformément aux travaux antérieurs (Kumar et al., 2010 ; Groth, 2005 ; van Doorn et al., 2010 ; Yi et Gong, 2013) selon de deux types de comportements : l'intra-rôle (i.e. l'ensemble des tâches a priori définies par l'entreprise que le client doit faire pour que le service se réalise) et l'extra-rôle (i.e. la participation volontaire du client qui contribue à la productivité générale de l'organisation de service).

Dans le contexte spécifique de la prise en charge du diabète et sur la base de notre étude exploratoire, nous avons proposé d'intégrer cinq formes de participation.

Trois formes de participation correspondent à l'intra-rôle :

- **L'adhérence thérapeutique** (i.e. le respect des recommandations relatives à la thérapeutique générale données par le médecin),
- **L'adhérence alimentaire** (i.e. le respect des recommandations relatives à l'alimentation données par le médecin),
- **L'adhérence aux activités physiques** (i.e. le respect des recommandations relatives à aux activités physiques données par le médecin).

Deux formes de participation correspondent à l'extra-rôle :

- Le **feedback donné au médecin** (i.e. les comportements volontaires du patient destinés à fournir des informations sollicitées ou non au médecin),
- L'**entraide** (i.e. les comportements volontaires du patient destinés à aider d'autres patients).

Cette conceptualisation fut opérationnalisée et validée dans notre étude quantitative.

Ainsi, elle pourra être reprise et adaptée dans le cadre de prochaines recherches en marketing de la santé.

- **Sur la plan managérial :**

Il est souvent reproché aux recherches sur les comportements du consommateur de ne pas être suffisamment pertinentes vis-à-vis des problématiques opérationnelles des managers (Simonson et al., 2001). Dans cette section, nous mettrons en perspective les principaux résultats de ce travail doctoral vis-à-vis des problématiques des organisations de service.

Ce travail doctoral est fondé sur l'idée générale selon laquelle les clients sont des collaborateurs actifs du service: ils peuvent, par exemple, s'appropriier le service et en avoir un usage personnel. En se l'appropriant, le service proposé initialement par le prestataire est intégré et incorporé par le client. Il devient alors « son » propre service. Cette thèse postule que l'appropriation du service par un client ne constitue pas une menace pour les professionnels. Au contraire, elle montre que l'appropriation d'un service a des effets favorables sur les comportements de participation du client et sur la

valeur qu'il perçoit du service. Dans le contexte de la santé, les résultats ont montré que l'appropriation d'un programme de soin a des effets encourageants sur l'adhérence du patient et sur les bénéfices qu'il extrait de son programme de soin. De fait, favoriser l'appropriation d'un service représente un enjeu crucial pour les entreprises. Celle-ci peut s'avérer être un moteur de participation, de co-création de valeur et d'extraction de valeur par le client. Mais comment une organisation peut-elle faciliter l'appropriation de son service?

✓ Diagnostiquer le niveau d'appropriation du service des clients

Sur le plan pratique, nous proposons tout d'abord aux prestataires de service de mesurer l'appropriation de leur service avec un outil valide. Nous avons développé dans ce travail une échelle qui présente des avantages notables comme sa longueur (26 items) et son adaptabilité à d'autres services (banque, administration publique, tourisme) ou autres dispositifs de service (services connectés, e-service, services mobiles). Nous recommandons particulièrement l'utilisation de cette échelle aux professionnels de santé car celle-ci a été développée dans ce contexte et pourrait alors s'adapter facilement à d'autres pathologies. Dans ce secteur et pour l'ensemble des services qui nécessitent une forte participation du client, appréhender le niveau d'appropriation du client sur chacune des dimensions proposées est, selon nous, fondamental.

Il pourra permettre aux professionnels d'identifier les facettes qui sont les moins développées chez leurs clients et ainsi de mettre des actions en place pour renforcer

leurs appropriations du service. Mais quels leviers un prestataire de service doit-il actionner pour favoriser l'appropriation d'un service ?

✓ **Éduquer le client pour favoriser la connaissance et la maîtrise du service**

Bien que l'appropriation du service soit un processus individuel et personnel, nous pensons que certaines de ces dimensions peuvent être pilotées par les prestataires de service.

Pour favoriser la connaissance et la maîtrise du service, par exemple, les prestataires peuvent renforcer l'apprentissage et l'éducation de leurs clients. Cet apprentissage peut être mis en place, par exemple, par la création d'espaces dédiés à l'information en magasin (zones spécialement consacrées au client en magasin comprenant une table de démonstration à l'image de certains « espaces SFR ») ou en ligne (espace personnel permettant d'interagir avec un conseiller à l'image de l'assureur la MACIF, section «Comment ça marche ?» présente sur le site de BlaBlacar). De plus, les prestataires peuvent soutenir l'accompagnement de leurs clients par un personnel en contact formé. On retrouve, par exemple dans certains magasins Orange, de véritables « coachs » dont l'objectif est de présenter aux visiteurs les différents services et contenus exclusifs de l'opérateur. Les prestataires de services peuvent également contribuer à l'éducation de leurs clients en travaillant sur le design de leurs services en intégrant par exemple des signalétiques adaptées et explicites à l'image des gares ou des aéroports.

Dans la santé et dans le contexte des maladies chroniques plus précisément, l'idée d'éduquer le patient à une thérapeutique n'est absolument pas nouvelle. Néanmoins, elle se doit d'être améliorée et consolidée par les dispositifs et les outils disponibles

aujourd'hui. Tout d'abord, l'éducation thérapeutique doit d'être dynamique et évolutive dans le temps afin de respecter le cheminement psychologique du patient et son appropriation. Elle doit permettre au patient d'acquérir, dans la durée, des connaissances sur sa pathologie ainsi que des compétences quant à la manipulation de certains outils indispensables au soin (par exemple : la manipulation d'un patch, d'un stylo auto-piqueur ou d'un glucomètre). Des dispositifs et documents classiques (notices, brochures d'informations, vidéos éducatives) peuvent être évidemment pertinents pour illustrer et objectiver le discours du médecin traitant lors d'une consultation. Néanmoins, l'enjeu de l'éducation thérapeutique semble aujourd'hui reposer sur l'utilisation et l'appropriation de nouveaux dispositifs de santé digitale par le patient et le médecin (sites informatifs, plateformes d'échanges en ligne, applications mobiles...). En effet, l'évolution des outils et des technologies peut permettre une éducation personnalisée et surtout un accompagnement du patient dans la durée. Dans un contexte où les patients chroniques rencontrent leurs médecins traitants trimestriellement, de tels dispositifs ont un enjeu crucial car ils permettraient une éducation continue du patient par l'échange d'informations entre les consultations. Ces outils représenteraient alors une extension nécessaire des services de santé actuels.

De plus, l'éducation du patient ne doit pas être, à nos yeux, exclusivement réservée au médecin traitant lors des consultations mais pourrait inclure les différents acteurs du réseau et de l'environnement du patient (pharmacien, infirmière, autres patients, entourage, famille). Nous avons la conviction que cela permettrait de renforcer les connaissances et les compétences du patient en multipliant les sources et les formes d'accès à l'information. Par exemple, les groupes de paroles entre les patients animés par un médecin ou un patient « expert » peuvent favoriser l'échange de ressources et de fait l'acquisition de connaissances et d'aptitudes à maîtriser le programme de soin.

Enfin, l'implication de l'ensemble des parties prenantes du monde médical est absolument nécessaire car elle peut contribuer à renforcer fortement la connaissance, la maîtrise et l'appropriation des programmes par les patients. Nous recommandons dès lors à l'ensemble des professionnels de santé de se former et d'utiliser au mieux les enseignements des sciences de l'éducation dans leur pratique. Les structures d'éducation thérapeutique comme les établissements de soin, les réseaux et filières de soins ou les réseaux de soins coordonnés, doivent également contribuer à la motivation des professionnels et encourager leurs formations à la pédagogie.

✓ **Renforcer la conscientisation et l'adaptation individuelle: multiplier les points de contact avec le client et travailler sur la sensation du client**

La conscientisation du service et l'adaptation individuelle du client constituent deux dimensions clefs de l'appropriation du service. Bien que celles-ci dépendent incontestablement d'un processus temporel sur lequel il peut être complexe pour les prestataires de jouer, notre étude montre que la fréquence des interactions physiques du client avec le prestataire permettrait d'influencer ces dimensions. Ainsi, nous recommandons aux prestataires de multiplier les points de contacts physiques avec le client. De plus, travailler sur la sensation du client nous apparaît essentiel pour la prise de conscience et l'adaptation du client au service.

Notamment dans le contexte de la santé et de la prise en charge des pathologies comme le diabète et l'obésité, il est primordial de permettre au patient de retrouver certaines sensations alimentaires (sensation de faim, satiété, rassasiement), de remettre son corps en mouvement et de comprendre sa maladie. Cela permettra à la fois de l'aider à se représenter en tant que patient, d'intégrer pleinement son rôle et de l'encourager à

réorganiser sa vie en fonction de sa pathologie. Nous suggérons alors aux médecins et plus largement aux professionnels de santé de communiquer aux patients l'importance de modifier leurs quotidiens pour augmenter l'efficacité du soin. De plus, le renforcement d'ateliers centrés sur les sens et la sensation, de tests pratiques (comme des tests de satiété) que développent certains centres hospitaliers à l'image du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier peuvent incontestablement faciliter une conscientisation du programme et du rôle des patients dans celui-ci.

- ✓ **Renforcer la création et la possession psychologique : proposer des services "appropriables"**

Si l'appropriation du service repose, nous l'avons vu, sur des variables individuelles (comme l'estime de soi) qui sont difficilement manipulables par les organisations de service, elle repose également sur la notion d'« appropriabilité » de l'objet qu'on s'approprié. Cette notion est fortement liée à nos yeux à deux dimensions de l'appropriation à savoir la création d'un usage personnel du service et la possession psychologique du service. Appliquée aux services, l'appropriabilité d'un service renvoie au degré de possible que celui-ci laisse au client pour se l'approprier. En d'autres termes, elle désigne la flexibilité du service. Cet enseignement montre l'importance de proposer aux clients des services qui soient appropriables, autrement dit qui laissent un espace de liberté. Les services pourraient alors représenter des environnements ouverts et « souples » dans lesquels le client va pouvoir disposer d'un potentiel d'appropriable pour créer son usage personnel et développer le sentiment de posséder le service. Ainsi, un arbitrage semble nécessaire entre la standardisation qui ne permet pas

l'appropriation du service (notamment à travers les dimensions de la création ou de la possession psychologique) et le potentiel de liberté laissée aux clients.

Cette piste de réflexion nous semble particulièrement pertinente pour les prestataires du secteur de la santé car ceux-ci perçoivent encore bien souvent le patient comme passif et uniquement bénéficiaire du soin. Cette recherche montre alors l'utilité et la nécessité d'adopter une vision « appropriative » de service de soin (et non de simple utilisation ou d'adoption) et de considérer le patient comme un co-bâtitseur de "son" programme de soin. De fait, des dispositifs comme la Fabrique à Menus lancé par le Programme National Nutrition Santé (PNNS) ou encore l'application du Cube à Glucides nous apparaissent intéressants car ils peuvent favoriser un usage personnel du service chargé de sens. En effet, dans ces dispositifs, le patient va être libre de « composer » son repas selon ses goûts tout en ayant des informations sur les indices glycémiques et pourra davantage s'approprier le programme de soin.

Une présentation de l'application « le Temps des glucides » se trouve dans l'encadré 5, page suivante :

**Emmanuelle & Christophe : “Le Temps des glucides”, une application pour mobile
qui facilite la vie des diabétiques**

Christophe et Emmanuelle sont confrontés à la maladie pour la première fois en 2006. Leur fils Paul, âgé de deux ans et demi, est diagnostiqué diabète de type 1. Son pancréas ne fonctionne plus, il ne produit plus d’insuline. « Il n’y a pas de diabétiques dans nos familles et même si le diabète reste une maladie connue, on ignorait beaucoup de choses ». De retour à la maison, après deux semaines passées à l’hôpital, ils doivent réapprendre à vivre. Le diabète va totalement changer leur quotidien. Emmanuelle est obligée d’arrêter de travailler pendant deux ans pour pouvoir accompagner Paul à temps plein. Recherches sur Internet, échanges avec d’autres parents et des malades, le couple découvre enfin une manière plus souple de vivre avec le diabète, c’est l’insulinothérapie fonctionnelle. Une méthode qui permet d’adapter la quantité d’insuline en fonction de ce qu’on mange, sans se priver de rien, à condition de maîtriser le calcul des glucides sur le bout des doigts. Christophe, informaticien de métier, invente tout de suite un petit programme pour ordinateur qui permet d’enregistrer et de calculer les glucides tout au long de la journée. Emmanuelle, sociologue spécialisée dans l’éducation, met au point la méthode. Le concept « Le temps des glucides » est né. Aujourd’hui séparés, Christophe et Emmanuelle restent toujours unis autour de leur projet commun, qui s’est transformé en start-up. Paul a 11 ans aujourd’hui, ne se prive de rien, mange à la cantine et vit comme n’importe quel garçon de son âge, mis à part sa pompe à insuline et le calcul quotidien des glucides.

Encadré 5 : Présentation de l’application « le temps des glucides »

LIMITES ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE

De multiples précautions ont été prises pour chacune des étapes de cette recherche. Néanmoins, cette recherche présente certaines limites d'ordre conceptuel et méthodologique qui offrent des perspectives intéressantes pour les recherches futures.

✓ La dimensionnalité des concepts

La première limite que nous pouvons souligner concerne la **dimensionnalité des construits de l'appropriation du service, de la participation du client et de la valeur dans l'usage.**

Tout d'abord, l'appropriation du service a été appréhendée dans un secteur particulièrement complexe et riche qu'est le service de santé. Ce type de service revêt des spécificités importantes comme le fait d'être particulièrement impliquant pour ses clients et de s'inscrire dans le temps. La dimensionnalité de ce concept aurait-elle été identique pour une autre catégorie de service ? La structure de l'appropriation du service mériterait alors d'être confrontée à d'autres services et représente une première piste pour des recherches futures. On peut, par exemple, penser aux services bancaires, à l'administration ou encore la formation universitaire mais aussi aux services digitaux (e-services, m-services, objets connectés). De plus, la participation du client a été envisagée par différents comportements intra et extra-rôle. L'intra-rôle a été appréhendé par des comportements d'adhérence et l'extra-rôle par le feedback donné aux professionnels ainsi que l'entraide. Cette conceptualisation mériterait également d'être approfondie. D'autres formes d'extra-rôles pourraient être intégrées à l'image des comportements de co-innovation, co-idéation ou de recommandation. Enfin, en ce qui concerne la valeur dans l'usage, l'objectif de cette thèse ne fut pas d'en explorer ses

différentes facettes mais d'évaluer par quel mécanisme le client extrait cette valeur. Ainsi, de nombreuses questions restent en suspens : Comment mieux définir et conceptualiser la valeur dans l'usage ? Quelles sont ses dimensions ? Celles-ci sont-elles dépendantes du service étudié ? Des études pourraient s'avérer utiles pour mieux comprendre et approfondir la conceptualisation de la valeur dans l'usage.

✓ **Les méthodes de mesure**

Des limites peuvent également être identifiées du fait de **la méthodologie adoptée pour recueillir les données**. Nous avons opté pour **des questionnaires auto-administrés**. Ainsi, l'une des faiblesses de cette approche réside dans la possible non représentativité des comportements concrets des patients au quotidien. Un écart entre le comportement déclaré et les pratiques réelles dans notre domaine de recherche peut être envisagé. Les données collectées ne révèlent potentiellement pas le comportement véritable des patients. Il est, par exemple, probable que ceux-ci aient eu tendance à surestimer leurs intentions à s'engager dans le programme de soin. Il aurait alors pu être intéressant de compléter cette analyse avec des données objectives, factuelles ou médicales. L'évolution des techniques de collecte à l'aube du BIG DATA pourrait, par exemple, permettre de mesurer les usages réels des clients par la mise en place de « trackers ». Cette méthodologie offrirait davantage de robustesse au test de modèle théorique. De plus, **notre questionnaire a été administré sur Internet** via le réseau de diffusion de la Fédération Française des Diabétiques ce qui peut induire de forts biais dans l'échantillon obtenu notamment en terme de représentativité. En effet, nous avons indiqué que l'échantillon récolté n'est pas totalement représentatif de la population française des diabétiques et il est à supposer que les répondants ayant participé à notre

étude soient davantage connectés et experts de leur programme de soin. Ainsi, le fait d'avoir mené nos analyses sur un tel échantillon constitue une limite, d'autant plus que l'expertise semble être déterminante dans la formation de l'appropriation et de l'engagement dans la co-création de valeur.

✓ **L'enrichissement du modèle de recherche**

Des recherches futures pourraient enfin permettre d'enrichir le modèle conceptuel proposé par **l'intégration de variables prédictives, modératrices, médiatrices et l'évaluation de nouvelles relations causales**. En effet, certaines variables non incluses dans notre recherche pourraient expliquer ou modérer la formation de l'appropriation du service.

Nous pouvons, par exemple, citer des variables relatives au service comme le degré d'« appropriabilité » du service et d'empowerment du client. Comme nous l'avons vu, l'appropriation implique une forme de liberté dont les individus vont jouir pour s'approprier. La typologie des lieux aménagés (i.e. stratégie de suggestion, de séduction, de prescription, de laissez-faire) de Gumuchian (1991) laisse supposer que les services offrent des degrés différents de liberté et donc de contrôle pour le client, favorisant ainsi (ou réduisant) les possibilités d'appropriation du service. La formation de l'appropriation pourrait donc être expliquée ou modérée par le degré d'appropriabilité du service et d'empowerment du client.

De plus, cette recherche est principalement restée focalisée sur des variables relatives au patient. Nous n'avons, par exemple, pas pris en compte la dyade médecin-patient. Il pourrait alors être intéressant d'étudier l'effet de la personnalité du médecin, de la qualité de la relation médecin-patient par une variable ou du type de décision médicale

(collectiviste, paternaliste, partagée, d'agence, informée) (Jaulin, 2004; Charles, Gafni et Whelan, 1999 ; Llorca, 2003 et Pirollet, 2004) sur l'appropriation d'un programme de soin. Plus généralement, il serait important d'évaluer le rôle de l'environnement du client et de renforcer la compréhension du degré de connexion par une conceptualisation plus fine de cette variable (par exemple : le mode ou l'intensité de la connexion). Il serait de plus primordial d'évaluer l'effet de dispositif digital initié par un professionnel de santé sur l'appropriation du service et la participation du client. En effet, nous avons intégré dans notre recherche un degré de connexion générale au service initié a priori par le client. Intégrer alors une mesure de l'effet du digital en tant qu'extension du service central (par exemple : un dispositif digital de médiatisation de la relation médecin-patient dans la santé) permettrait d'avoir une compréhension plus fine de son rôle dans la co-crédation de valeur. Ce type de dispositif renforce considérablement le mécanisme de co-crédation de valeur du client.

L'intégration de variables individuelles relatives au concept de soi permettrait également d'enrichir la compréhension de la relation appropriation du service-comportements du client. On peut, par exemple, penser, à l'estime de soi, au locus de contrôle ou au sentiment d'auto-efficacité. Plus spécifiquement, l'altruisme pourrait modérer la relation entre l'appropriation du service et la participation extra-rôle.

En outre, nous invitons les chercheurs à explorer d'avantage la séquence et le cheminement de l'effet de l'appropriation du service et de la valeur dans l'usage. Il pourrait être intéressant d'évaluer le rôle médiateur de certaines variables relationnelles comme la confiance ou la satisfaction vis-à-vis du service.

Enfin, d'autres méthodes d'études pourraient être mises en œuvre comme des études longitudinales. Celles-ci permettraient d'étudier en profondeur l'effet du temps sur le mécanisme appropriation-participation.

Enfin, nous proposons aux chercheurs d'étudier **les potentiels effets négatifs de l'appropriation du service**. Ce travail doctoral a été, en effet, consacré aux conséquences positives de l'appropriation en termes de création de valeur et participation du client. Néanmoins, on pourrait postuler qu'un niveau élevé d'appropriation du service puisse menacer la productivité de l'organisation de service et détruire de la valeur. Le client pourrait, par exemple, refuser de partager la propriété de « son » service et ainsi adopter des comportements de résistance au changement ou un refus de coopérer avec l'entreprise de service (« reste en dehors de mon bac à sable ») (Van Dyne et Pierce, 2004). Ces futures recherches pourraient ainsi mettre en évidence l'existence d'un effet de seuil de l'appropriation, c'est à dire, un niveau critique d'appropriation à partir duquel l'appropriation engendrerait des effets négatifs et destructeurs de valeur.

BIBLIOGRAPHIE

A

Abbes, I., & Hallem, Y. (2016). Co-création et technologie mobile au sein d'un espace marchand : quelles valeurs pour le consommateur ? Une application dans le secteur de la restauration. *Revue Française du Marketing*, (256).

Agrawal, A.K., & Rahman, Z. (2015). Roles and Resource Contributions of Customers in Value Co-creation. *International Strategic Management Review*, 3(1), 144-160.

Agrawal, A.K., Kaushik, A.K., & Rahman, Z. (2015). Co-creation of social value through integration of stakeholders. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 189, 442-448.

Akaka, M.A., Vargo, S.L., & Lusch, R.F. (2012). An exploration of networks in value cocreation: A service-ecosystems view. *Review of Marketing Research*, 9 (Special Issue), 13-50.

Akrich, M., & Méadel, C. (2009). Les échanges entre patients sur l'Internet. *La presse médicale*, 38(10), 1484-1490.

Alba, J.W., & Hutchinson, J.W. (1987). Dimensions of consumer expertise. *Journal of consumer research*, 13(4), 411-454.

Anandamanoharan, J. (2012). Observance et médecine générale: peut-on dépister les problèmes d'observance chez les patients atteints de pathologies chroniques?, Thèse de doctorat de médecine, Université de Versailles.

Andréani, J.C., & Conchon, F. (2005). Fiabilité et validité des enquêtes qualitatives. Un  tat de l'art en marketing. *Revue française du marketing*, (201), 5.

Anderson, E.W., & Sullivan, M.W. (1993). The antecedents and consequences of customer satisfaction for firms. *Marketing science*, 12(2), 125-143.

Andreu, L., Sánchez, I. & Mele, C. (2010). Value co-creation among retailers and consumers: New insights into the furniture market. *Journal of Retailing & Consumer*

Services 17(4): 241–250.

Andrews, F.M., & Withey, S.B. (1976). Social indicators of well-being: Americans' perception of quality of life. *The Management Group*.

Antonacopoulou, E.P. (2009). Impact and Scholarship: Unlearning and Practising to Co-create Actionable Knowledge. *Management Learning* 40(4): 421–430.

Anzieu, D., & Martin, J.Y. (1994). La dynamique des groupes restreints, puf, le psychologue, 10e édition corrigée. *Barnes M.(1990)-In the Presence of Mystery, 23rd PUBNS*.

Appelboom, G., Lo Presti, M., Reginster, J.Y., Sander Connolly, E., & Dumont, E.P. (2014). The quantified patient: a patient participatory culture. *Current medical research and opinion*, 30(12), 2585-2587.

Arnould, E.J., & Price, L.L. (1993). River magic: Extraordinary experience and the extended service encounter. *Journal of consumer Research*, 20(1), 24-45.

Arnould, E.J., Price, L.L., & Malshe, A. (2006). Toward a cultural resource-based theory of the customer. *The service-dominant logic of marketing: Dialog, debate and directions*, 320-333.

Asatryan, V.S., & Oh, H. (2008). Psychological ownership theory: An exploratory application in the restaurant industry. *Journal of Hospitality & Tourism Research*.

Aubert-Gamet, V. (1996). *Le design d'environnement commercial dans les services: appropriation et détournement par le client*, Université Aix-Marseille 3.

Aubert-Gamet, V. (1997). Twisting servicescapes: diversion of the physical environment in a re-appropriation process. *International Journal of Service Industry Management*, 8(1), 26-41.

Aubert-Gamet, V. (1998). Développer la fidélité de vos clients en créant des lieux de lien. *Actes du séminaire ICAD (Institut des Cadres Dirigeants) sur le «Marketing des Tribus*.

Augé, M. (1994). Pour une anthropologie des mondes contemporains.

Augoyard, J. F. (1979). Pas à pas. Essai sur le cheminement quotidien en milieu urbain, Seuil, Paris.

Aurier, P., Evrard, Y., & N'Goala, G. (1998). La valeur du produit du point de vue du consommateur. *Valeur, marché et organisation, Actes des XIVièmes journées nationales des IAE, 1*, 199-212.

Aurier, P., Evrard, Y., & N'goala, G. (2004). Comprendre et mesurer la valeur du point de vue du consommateur. *Recherche et applications en marketing, 19(3)*, 1-20.

Avey, J. B., Avolio, B. J., Crossley, C. D., & Luthans, F. (2009). Psychological ownership: Theoretical extensions, measurement and relation to work outcomes. *Journal of Organizational Behavior, 30(2)*, 173-191.

B

Badot, O., & Cova, B. (2003). Néo-marketing, 10 ans après : pour une théorie critique de la consommation et du marketing réenchantés, *Revue Française du Marketing, 195*, nov, 79-9.

Bagozzi, R.P., & Edwards, J.R. (1998). A general approach for representing constructs in organizational research. *Organizational research methods, 1(1)*, 45-87.

Bagozzi, R.P., & Dholakia, U.M. (2006). Antecedents and purchase consequences of customer participation in small group brand communities. *International Journal of research in Marketing, 23(1)*, 45-61.

Ball, A.D., & Tasaki, L.H. (1992). The role and measurement of attachment in consumer behavior. *Journal of consumer psychology, 1(2)*, 155-172.

Balusseau, V. (2015). Les contenus périphériques au service de l'appropriation de

l'offre culturelle centrale. Quand les amateurs de séries mobilisent les paratextes numériques liés à une série entamée.

Barczak, G., Griffin, A., & Kahn, K.B. (2009). Perspective: trends and drivers of success in NPD practices: results of the 2003 PDMA best practices study. *Journal of product innovation management*, 26(1), 3-23.

Bardin, L. (2001). L'analyse de contenu (10e éd.). Paris: Presses Universitaires de France.

Baron, S., & Harris, K. (2008). Consumers as resource integrators. *Journal of Marketing Management*, 24(1-2), 113-130.

Baron, S., & Warnaby, G. (2011). Individual customers' use and integration of resources: Empirical findings and organizational implications in the context of value co-creation. *Industrial Marketing Management*, 40(2), 211-218.

Barrett, M.A., Humblet, O., Hiatt, R.A., & Adler, N.E. (2013). Big data and disease prevention: From quantified self to quantified communities. *Big data*, 1(3), 168-175.

Bassleer, B., Boulanger, J.M. & Menozzi, C. (2014). L'empowerment des patients: pourquoi et comment, 7ème Conférence de Gestion et Ingénierie des Systèmes Hospitaliers (GISEH), CHU de Liège (Belgique), 7-9 juillet.

Bateman, T.S., & Organ, D.W. (1983). Job satisfaction and the good soldier: The relationship between affect and employee "citizenship". *Academy of management Journal*, 26(4), 587-595.

Bateson, J. (2002). Consumer performance and quality in services. *Managing Service Quality: An International Journal*, 12(4), 206-209.

- Bauer, C., & Tessier, S. (2001).** Observance thérapeutique chez les personnes âgées. Synthèse documentaire. CRESIF, 2001.
- Bauer, T.N., & Green, S.G. (1998).** Testing the combined effects of newcomer information seeking and manager behavior on socialization. *Journal of Applied Psychology, 83*(1), 72.
- Beaglehole, E.P. (1932).** A Study in Social Psychology.
- Beaudry, A., & Pinsonneault, A. (2005).** Understanding user responses to information technology: A coping model of user adaptation. *MIS quarterly, 493-524*.
- Becker, S., Miron-Shatz, T., Schumacher, N., Krocza, J., Diamantidis, C., & Albrecht, U.V. (2014).** mHealth 2.0: experiences, possibilities, and perspectives. *JMIR mHealth and uHealth, 2*(2), e24.
- Beggan, J.K. (1992).** On the social nature of nonsocial perception: The mere ownership effect. *Journal of Personality and Social Psychology, 62*(2), 229.
- Béji-Bécheur, A. (2016).** Une nouvelle logique pour le marketing avec l'approche Service--Dominant Logic. *Économie et Management, CNDP, (158)*.
- Béji-Bécheur, A. (1998).** *Utilisateur leader et degré de novation: une contribution à l'amélioration de l'analyse des tests de produits nouveaux*, Thèse pour le Doctorat d'Etat en Sciences de Gestion, Université Paris Dauphine.
- Belk, R.W. (1988).** Possessions and the extended self. *Journal of consumer research, 15*(2), 139-168.
- Belk, R.W., Wallendorf, M., & Sherry, J.F. (1989).** The sacred and the profane in consumer behavior: Theodicy on the odyssey. *Journal of consumer research, 16*(1), 1-38.
- Belk, R.W. (1992).** Moving possessions: An analysis based on personal documents from the 1847–1869 Mormon migration. *Journal of Consumer Research, 19*(3), 339-361.

- Bell, J., & Loane, S. (2010).** 'New-wave'global firms: Web 2.0 and SME internationalisation. *Journal of Marketing Management*, 26(3-4), 213-229.
- Bendapudi, N., & Berry, L.L. (1997).** Customers' motivations for maintaining relationships with service providers. *Journal of retailing*, 73(1), 15-37.
- Bendapudi, N., & Leone, R.P. (2003).** Psychological implications of customer participation in co-production. *Journal of marketing*, 67(1), 14-28.
- Bernstein, B. (1952).** Content analysis in communication research.
- Berry, L.L., & Bendapudi, N. (2007).** Health care a fertile field for service research. *Journal of Service Research*, 10(2), 111-122.
- Berthon, P., & John, J. (2006).** From entities to interfaces. The service-dominant logic of marketing: Dialog, debate and directions, 196-207.
- Besnier, J.M. (2012).** *L'Homme simplifié: Le syndrome de la touche étoile*. Fayard.
- Bettencourt, L.A. (1997).** Customer voluntary performance: Customers as partners in service delivery. *Journal of retailing*, 73(3), 383-406.
- Blais, M.R., Vallerand, R.J., Pelletier, L.G., & Brière, N.M. (1989).** L'échelle de satisfaction de vie: Validation canadienne-française du " Satisfaction with Life Scale.". *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 21(2), 210.
- Blau, P.M. (1964).** *Exchange and power in social life*. Transaction Publishers.
- Bollen, K.A. (1989).** A new incremental fit index for general structural equation models. *Sociological Methods & Research*, 17(3), 303-316.
- Bolton, R.N., & Drew, J.H. (1991).** A multistage model of customers' assessments of service quality and value. *Journal of consumer research*, 17(4), 375-384.

- Bonnemaizon, A., Cadenat, S., Benoit-Moreau, F., & Renaudin, V. (2012).** Client «exécutant», «assistant marketing opérationnel», «relais» ou «apporteur de solutions»: Dis-moi ce que tu fais, je te dirai qui tu es!. *Management & Avenir*, (2), 175-193.
- Bonnemaizon, A., & Batat, W. (2011).** How competent are consumers? The case of the energy sector in France. *International Journal of Consumer Studies*, 35(3), 348-358.
- Bonnin, G. (2002).** Magasin et expérience de magasinage: le rôle de l'appropriation. *Décisions Marketing*, 65-75.
- Boomsma, A. (1982).** "The Robustness of LISREL against Small Sample Sizes Factor Analysis Models" in *Systems Under Indirect Observation, Part I*, K. Joreskog and H. Wold, Ed. Amsterdam : North-Holland.
- Bouffard, L., & Lapierre, S. (1997).** La mesure du bonheur. *Revue Québécoise de Psychologie*, 18, 271-310.
- Bourdieu, P. (1979).** Les trois états du capital culturel. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 30(1), 3-6.
- Bove, L.L., Pervan, S.J., Beatty, S.E., & Shiu, E. (2009).** Service worker role in encouraging customer organizational citizenship behaviors. *Journal of Business Research*, 62(7), 698-705.
- Bozon, M. (1984).** *Vie quotidienne et rapports sociaux dans une petite ville de province*. Presses universitaires de Lyon.
- Brunel, O. & Roux, D. (2006).** "L'appropriation des produits par le consommateur: proposition d'une grille d'analyse", in Grimand, A. (Ed.), *L'appropriation des outils de gestion. Vers de nouvelles perspectives théoriques?*, Publications de l'Université de Saint-Etienne, Saint-Etienne, pp. 83-104.

Brunel, O., Gallen, C. & Roux, D. (2009). “Le rôle de l’appropriation dans l’expérience de consommation alimentaire. Une analyse de blogs”, paper presented at the 25^{ème} Congrès de l’Association Française de Marketing, 14-15 May, London, UK.

Brunel, O., Gallen, C. & Roux D. (2012). “ C’est moi qui l’ai fait ! : comment et quand les consommateurs s’approprient-ils un produit alimentaire? ”, paper presented at the 8^{ème} Journée du Marketing Agroalimentaire, 28 September, Montpellier, France.

Brunel, O., Gallen, C., & Roux, D. (2013). Identification des mécanismes d’appropriation d’un produit alimentaire en fonction de son degré d’élaboration. *Management & Avenir*, (6), 121-142.

Buchanan, D., & Dawson, P. (2007). Discourse and Audience: Organizational Change as Multi-Story Process. *Journal of Management Studies*, 44(5), 669-686.

Buin, Y. (2003). Normopathie. Le Passant Ordinaire. *Revue Internationale de Création et de Pensée Critique*, 45-6.

Byrne, M.D. (2014). Engaged: The potentially rocky marriage of patients and their digital data. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 29(3), 242-245.

C

Cadenat, S., Bonnemaizon, A., Benoit-Moreau, F., & Renaudin, V. (2013). Regards sur la co-production du client: comment les entreprises nous font-elles participer?/A closer look at clients' co-production: How firms have us participating?. *Décisions Marketing*, (70), 9.

Camelis, C. (2009). L'influence de l'expérience sur l'image de la marque de service. *Vie & sciences de l'entreprise*, (2), 57-74.

Carton, A. (2004). La participation du consommateur dans la réalisation de l'offre: coproduction, un enjeu définitoire. *Actes du congrès du CERMAB, 9ème Journée de recherche en Marketing de Bourgogne*, 78-96.

Carù, A., & Cova, B. (2003). Approche empirique de l'immersion dans l'expérience de consommation: les opérations d'appropriation. *Recherche et applications en marketing*, 18(2), 47-65.

Carù, A., & Cova, B. (2006). How to facilitate immersion in a consumption experience: Appropriation operations and service elements. *Journal of Consumer Behaviour*, 5(1), 4-14.

Carù, A. (2007). "Opérations d'appropriation et ingrédients de l'offre facilitant l'accès au plaisir dans l'expérience de consommation virtuelle", paper presented at the 23rd Congrès de l'AFM, May 30-June 1, Aix-les-Bains, France.

Carù, A. & Cova, B. (2011). Can the Generation Gap Impede Immersion in an Exhibition? The Case of Annisettanta (The 1970s), *International Journal of Arts Management*, 13(2): 16-28.

Cases, A.S. (2016). Le patient « connecté », acteur de sa santé: Une question d'empowerment ?, *Actes du Congrès International de l'Association Française du Marketing*, Lyon, 18-19-20 Mai.

Caudron, F., & Jeanpert, S. (2007). Quête de sens dans les magasins d'atmosphère: deux cas de fast-foods. *Document de travail du LEM*, (2007-02), 27.

Celik, H. (2008). What determines Turkish customers' acceptance of internet banking?, *International Journal of Bank Marketing*, 26(5), 353-370.

- Certeau (De), M. (1980).** L 'invention du quotidien 1: arts de vivre.
- Chambonet, JY., & Brouard, F. (2001).** Oubliez-vous vos médicaments. *Le Concours Médical*, 2001 ; 32 : 2159-2163.
- Chan, K.W., Yim, C.K.B., & Lam, S.S.K, (2010).** Is *Customer Participation in Value Creation a Double-Edged Sword?*Evidence from Professional Financial Services across Cultures. *Journal of Marketing*, 74:3,48-64.
- Chaney, D., Cermab-Leg, L., & De Dijon, I. (2007).** Le concept d'appropriation: Une application au domaine de la musique enregistrée. *Actes des 6èmes Journées Normandes de la Consommation, Rouen, Mars.*
- Chaney, D. (2012).** Consumer Participation in Value Creation. *International Journal of Arts Management*, 15(1), 42-50.
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1999).** Decision-making in the physician–patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social science & medicine*, 49(5), 651-661.
- Charmaz, K. (1991).** Good days, bad days: The self in chronic illness and time. Rutgers University Press.
- Chase, R. (1978).** “Where does the customer fit in a service operation?” *Harvard Business Review*, vol. 56, n. 2, pp. 137-142.
- Chen, T., Drennan, J., & Andrews, L. (2012).** Experience sha- ring. *Journal of Marketing Management* 28(13/14): 1535–1552.
- Chiauzzi, E., Rodarte, C., & DasMahapatra, P. (2015).** Patient-centered activity monitoring in the self-management of chronic health conditions. *BMC medicine*, 13(1), 1.
- Chicaud, M.B. (1998).** La crise de la maladie grave. Dunod.

Cissé-Depardon, K., & N'Goala, G. (2009). Les effets de la satisfaction, de la confiance et de l'engagement vis-à-vis d'une marque sur la participation des consommateurs à un boycott. *Recherche et Applications en Marketing*, 24(1), 43-67.

Constantin, J.A., & Lusch, R.F. (1994). Understanding resource management. Oxford, OH: The Planning Forum.

Constantinides, E., & Fountain, S.J. (2008). Web 2.0: Conceptual foundations and marketing issues. *Journal of direct, data and digital marketing practice*, 9(3), 231-244.

Cova, B. (2008). Consumer made: quand le consommateur devient producteur. *Décisions marketing*, 19-27.

Cova, B., & Carrere, V. (2002). Gare à vos marques, du contre-pouvoir tribal sur le Net. Actes 2e Congrès international sur les tendances du marketing.

Cova, V., & Cova, B. (2001). Alternatives marketing: réponses marketing aux évolutions récentes des consommateurs: [marketing tribal, marketing de l'authentique, marketing de procuration, marketing des passions]. Dunod.

Cova, B. & Cova, V. (2004). "L'expérience de consommation: de la manipulation à la compromission?", paper presented at the Troisièmes Journées Normandes de la Consommation, Colloque Société et Consommation, 11-12 March, Rouen, France.

Cova, B., & Dalli, D. (2009). Working consumers: the next step in marketing theory?. *Marketing theory*, 9(3), 315-339.

Cova, B., & Deruelle, V. (2010). A la recherche du plaisir dans les études consommateurs: le cas des Orange Labs. *Management & Avenir*, (1), 14-30.

Cova, B., & Rémy, E. (2001). Comment et où classer la valeur de lien en marketing. Actes du 17ème Congrès International de l'Association Française du Marketing, 1-15.

Csikszentmihalyi, M. (1997). Finding flow: The psychology of engagement with everyday life. Basic Books.

Coviello, N.E., & Joseph, R.M. (2012). Creating major innovations with customers: insights from small and young technology firms. *Journal of Marketing* 76(6): 87-104.

Curbatov, O. (2003). « L'intégration du consommateur par le « Knowledge Marketing »: conception, production et consommation d'un produit personnel », Thèse de Doctorat, Sciences de Gestion, Université de Nice-Sophia Antipolis.

D

Dabholkar, P.A. (1990). "How to improve perceived service quality by increasing customer participation," in *Developments in Marketing Science*, B. J. Dunlap, Ed. Vol. XIII. Cullowhee, N.C.: Academy of Marketing Science, 483-487.

Dabholkar, P.A., & Sheng, X. (2012). Consumer participation in using online recommendation agents: effects on satisfaction, trust, and purchase intentions. *The Service Industries Journal*, 32(9), 1433-1449.

Dahan, R., & Dahan, A. (1985). La compliance : mesure d'adhérence au traitement et au suivi thérapeutique. *Thérapie*; 40 : 17-23.

Damkuvienė, M., Tījūnaitienė, R., Petukienė, E., & Bersenaite, J. (2012). Customer Perceived Co creation Value: Synthesis of the Extant Literature¹. *Socialiniai Tyrimai*, 2012(4).

Debary, O., & Turgeon, L. (2007). *Objets & mémoires*. Presses Université Laval.

Decrop, A. (2008). Les paradoxes du consommateur postmoderne. *Reflets et perspectives de la vie économique*, 47(2), 85-93.

Dehling, A. (2013). *La mise en soi de l'objet de l'Autre: des concepts de possession et d'appropriation dans le contexte de la consommation d'occasion*, Thèse pour le doctorat en Sciences de Gestion, Paris, EHESS).

De Lauwe, P.H.C. (1976). Transformations de l'environnement des aspirations et des valeurs (Vol. 1). Le Centre.

Dellande, S., Gilly, M.C., & Graham, J.L. (2004). Gaining compliance and losing weight: The role of the service provider in health care services. *Journal of Marketing*, 68(3), 78-91.

Del Río Carral, M., Roux, P., Bruchez, C., & Santiago-Delefosse, M. (2016). Santé digitale: promesses, défis et craintes. Une revue de la littérature. *Pratiques Psychologiques*.

Dennison, L., Morrison, L., Conway, G., & Yardley, L. (2013). Opportunities and challenges for smartphone applications in supporting health behavior change: qualitative study. *Journal of medical Internet research*, 15(4), e86.

De Sanctis, G., & Poole, M.S. (1994). Capturing the complexity in advanced technology use: Adaptive structuration theory. *Organization science*, 5(2), 121-147.

De Vellis, R.F. (2003). *Scale Development: Theory and Applications*. Newbury Park, CA: Sage. Diabetes Control and Complications Trial Research Group. (1993). The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med*, 1993(329), 977-986.

Diener, E.D., Emmons, R.A., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.

Dong, B., Evans, K. & Zou, S. (2008). *The Effects of Customer Participation in Co-Created Service Recovery*. *Journal of the Academy of Marketing Science* 36:1, 123-13.

Dujarier, M.A. (2008). Le travail du consommateur, de Mac Do à E-bay, comment nous coproduisons ce que nous consommons. *Paris: La découverte.*

Dumez, H. (2013). Qu'est-ce que la recherche qualitative? Problèmes épistémologiques, méthodologiques et de théorisation. In *Annales des Mines-Gérer et comprendre* (No. 2, pp. 29-42). ESKA.

Dumoulin, C., & Flipo, J.P. (1991). Entreprises de services – sept facteurs clés de réussite. *Les Editions d'organisation, P.*

Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L.G., Taylor, S.E., & Falke, R.L. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology, 11(2), 79.*

E

Edelman, D.C. (2010). Branding in the digital age. *Harvard business review, 88(12), 62-69.*

Edvardsson, B., Tronvoll, B., & Gruber, T. (2011). Expanding understanding of service exchange and value co-creation: a social construction approach. *Journal of the Academy of Marketing Science, 39(2), 327-339.*

Eiglier, P., & Langeard, E. (1979). *Éléments pour une théorie des services: applications à l'entreprise.* Institut d'administration des entreprises, Université de droit, d'économie et des sciences d'Aix-Marseille.

Eiglier, P., & Langeard, E. (1987). *Servuction, le marketing des services.* Mac Graw Hill.

Eiglier, P., Barraux, J., Camelis, C., Dano, F., Goudarzi, K., Guérin, M., & Llosa, S. (2010). *La logique services: marketing et stratégies.* Economica.

Ekelund Jr, R.B., & Hébert, R.F. (2013). *A history of economic theory and method.* Waveland Press.

Ekinci, Y., & Riley, M. (2003). An investigation of self-concept: actual and ideal self-congruence compared in the context of service evaluation. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 10(4), 201-214.

Etzioni, A. (1991). The socio-economics of property. *Journal of social behavior and personality*, 6(6), 465-468.

Evrard, Y., Pras, B., Roux, E., Desmet, P., Dussaix, A.M., & Lilien, G.L. (2009). *Market-Fondements et méthodes des recherches en marketing .*

F

Festinger, L., & Katz, D. (1974). *Les méthodes de recherche dans les sciences sociales* (Vol. 1). Presses universitaires de France.

Filser, M. (2000). Les théories du canal de distribution: le dualisme des paradigmes. *Faire de la recherche en logistique et distribution*, 55-89.

Filser, M., & Plichon, V. (2004). La valeur du comportement de magasinage. *Revue française de gestion*, (1), 29-43.

Firat, A.F., & Venkatesh, A. (1995). Liberatory postmodernism and the reenchantment of consumption. *Journal of consumer research*, 22(3), 239-267.

Fischer, G.N. (1981). *La psychologie sociale de l'espace*, Presses Universitaires de France, Paris.

Fischer, G.N. (1983). *Le travail et son espace.* Paris: Dunod.

- Fischer, G.N. (1989).** *Psychologie des espaces de travail*. Armand Colin.
- Fischer, G.N. (1992).** *Psychologie sociale de l'environnement*, Privat, Paris.
- Fischer, G.N. (1997).** *La psychologie sociale*, Seuil, Paris.
- Fischer, G.N. (1997).** *Psychologie de l'environnement social*. Paris: Dunod.
- Fischer, E. (2001).** Special session summary rhetorics of resistance, discourses of discontent. *Advances in Consumer Research*, Volume 28.
- Fischer, G.N. (2011).** *Psychologie sociale de l'environnement*. Paris: Dunod.
- Fitch, B.T. (1998).** L'appropriation littéraire: De Chladenius à Ricœur. *Revue de littérature comparée*, 72(3), 309-329.
- Fitzsimmons, J. A. (1985).** Consumer participation and productivity in service operations. *Interfaces*, 15(3), 60-67.
- Fize, M. (1994).** *Le peuple adolescent*. Editions Julliard.
- Flint, D.J., & Mentzer, J.T. (2006).** Striving for integrated value chain management given a service-dominant. *The Service-Dominant Logic of Marketing: Dialog, Debate, and Directions Armonk, NY: ME Sharpe*, 139-49.
- Fodness, D., Pitegoff, B.E., & Truly Sautter, E. (1993).** From customer to competitor: consumer cooption in the service sector. *Journal of Services Marketing*, 7(3), 18-25.
- Fornell, C., & Larcker, D.F. (1981).** Structural equation models with unobservable variables and measurement error: Algebra and statistics. *Journal of marketing research*, 382-388.
- Fournier, S. (1998).** Special session summary consumer resistance: societal motivations, consumer manifestations, and implications in the marketing domain. *NA-Advances in Consumer Research Volume 25*.
- Fox, S., & Duggan, M. (2013).** Health online 2013. *Health*, 1-55.

Fox, S., & Jones, S. (2009). Americans' pursuit of health takes place within a widening network of both online and offline sources. *Washington, DC: Pew Research Center's Internet and American Life Project and the California HealthCare Foundation.*

Fox, N.J., Ward, K.J., & O'Rourke, A.J. (2005). The 'expert patient': empowerment or medical dominance? The case of weight loss, pharmaceutical drugs and the Internet. *Social science & medicine, 60(6), 1299-1309.*

Franke, N., & Poetz, M.K. (2008). The analogous market effect: how users from analogous markets can contribute to the process of idea generation. *Vienna University of Economics and Business Working Paper.*

Frazer, J.G. (1890). The Golden Bough: A Study in Comparative Religion. 2 vols. *London, 1, 117-185.*

Freyssinet-Dominjon, J. (1997). *Méthodes de recherche en sciences sociales.* Montchrestien.

Frow, P., Payne, A., & Storbacka, K. (2011). Co-creation: a typology and conceptual framework. In *Proceedings of ANZMAC* (pp. 1-6).

Frow, P., Nenonen, S., Payne, A., & Storbacka, K. (2015). Managing Co-creation Design: A Strategic Approach to Innovation. *British Journal of Management, 26(3), 463-483.*

Fuchs, C., Prandelli, E., & Schreier, M. (2010). The psychological effects of empowerment strategies on consumers' product demand. *Journal of Marketing, 74(1), 65-79.*

Fuchs, C., Prandelli, E., Schreier, M., & Dahl, D.W. (2013). All that is users might not be gold: how labeling products as user designed backfires in the context of luxury fashion brands. *Journal of Marketing 77(5): 75-91.*

Füller, J., & Matzler, K. (2007). Virtual product experience and customer participation – A chance for customer-centred, really new products. *Technovation* 27(6): 378–387.

Füller, J., Hutter, K., & Faullant, R. (2011). Why co-creation experience matters? Creative experience and its impact on the quantity and quality of creative contributions. *R&D Management* 41(3): 259–273.

G

Galan, J.P., & Vernet, E. (2000). Vers une 4^{ème} génération : Les études de marché «online». *Décisions Marketing*, 39-52.

Gale, B., & Wood, R. C. (1994). *Managing customer value: Creating quality and service that customers can see*. Simon and Schuster.

Gallois, P., Vallée, J.P., & Le Noc, Y. (2006). L'observance des prescriptions médicales : quels sont les facteurs en cause ? Comment l'améliorer. *Médecine*, 2006; 2, 9 : 402-406

Galvagno, M., & Dalli, D. (2014). Theory of value co-creation: a systematic literature review. *Managing Service Quality*, 24(6), 643-683.

Ganassali, S., & Moscarola, J. (2004). Protocoles d'enquête et efficacité des sondages par Internet. *Décisions marketing*, 63-75.

Gauche, K. (2013). « L'appropriation des dispositifs de pilotage : le cas de la recherche à l'université », Doctoral.

- Gavard-Perret, M.L., Gotteland, D., Haon, C., & Jolibert, A. (2008).** Méthodologie de la recherche: réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion.
- Giannelloni, J.L., & Vernet, E. (2001).** *Etudes de marché* (Vol. 2). Paris: Vuibert.
- Gibson, C.H., (1991).** A concept analysis of empowerment, *Journal of Advanced Nursing*, 1991, 16, p. 354-361.
- Gifford, R. (1987).** *Environmental psychology: principles and practice*, Newton, Allyn and Bacon.
- Gioia, D.A., & Poole, P.P. (1984).** Scripts in organizational behavior. *Academy of management review*, 9(3), 449-459.
- Golay, A., Nguyen Howles, M., Mateiciuc, S., Bufacchi, T., & Amati, F. (2004).** Améliorer l'observance médicamenteuse. *Med. Hyg.*, 62, 909-913, 2004
- Gong, T., Choi, J.N., & Murdy, S. (2014).** Customer value creation really works? The mediating role of customer self-determination and role stress. In *13th International Research Conference in Service Management*.
- Goudarzi, K.M. (2005).** *La socialisation organisationnelle du client dans les entreprises de service*, Thèse de doctorat en Sciences de gestion, Université Aix-Marseille
- Goudarzi, K., & Eiglier, P. (2006).** La socialisation organisationnelle du client dans les entreprises de service: concept et dimensions. *Recherche et applications en marketing*, 21(3), 65-90.
- Gourville, J.T. (2006).** Eager Sellers. *Stony Buyers, Harvard Business Review*, 99-106.
- Grafmeyer, Y. (1994).** Regards sociologiques sur la ségrégation. *La ségrégation dans la ville: concepts et mesures*, 85-118.
- Grewal, D., Krishnan, R., Baker, J., & Borin, N. (1998).** The effect of store name, brand name and price discounts on consumers' evaluations and purchase intentions. *Journal of retailing*, 74(3), 331-352.

Grimand, A. (2006). *L'appropriation des outils de gestion: vers de nouvelles perspectives théoriques?*. Université de Saint-Etienne.

Grönroos, C. (2008). Adopting a service business logic in relational business-to-business marketing: value creation, interaction and joint value co-creation. In *Otago forum* (Vol. 2, No. 9).

Grönroos, C., & Voima, P. (2012). Making sense of value and value co-creation in service logic.

Grönroos, C., & Voima, P. (2013). Critical service logic: making sense of value creation and co-creation. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 41(2), 133-150.

Groth, M. (2005). Customers as good soldiers: Examining citizenship behaviors in internet service deliveries. *Journal of management*, 31(1), 7-27.

Groth, M., Mertens, D.P., & Murphy, R.O. (2004). Customers as good soldiers: Extending organizational citizenship behavior research to the customer domain. *Handbook of organizational citizenship behavior*, 411-430.

Gruen, T.W. (1995). The outcome set of relationship marketing in consumer markets. *International Business Review*, 4(4), 447-469.

Gummesson, E., & Mele, C. (2010). Marketing as value co-creation through network interaction and resource integration. *Journal of Business Market Management*, 4(4), 181-198.

Gumuchian, H. (1991). *Représentations et aménagement du territoire*. Anthropos-Economica.

H

Hallegatte, D., & Nantel, J. (2007). The effect of online purchasing experience on online shopping cognitive script. *Cahier de Recherche de la Chaire RBC Financial Group, de e-commerce de HEC Montréal*, (07-03), 01.

Hamdi-Kidar, L. (2013). Co-création marketing de produit avec le consommateur : Quelle(s) cible(s) choisir ?, Thèse de doctorat en Sciences de gestion, Université de Toulouse 1 Capitole.

Hamm, B.C., & Cundiff, E.W. (1969). Self-actualization and product perception. *Journal of Marketing Research*, 470-472.

Harris, L.C., & Reynolds, K.L. (2003). The consequences of dysfunctional customer behavior. *Journal of service research*, 6(2), 144-161.

Harris, L.C., & Reynolds, K.L. (2004). Jaycustomer behavior: an exploration of types and motives in the hospitality industry. *Journal of Services Marketing*, 18(5), 339-357.

Harrison, T., Waite, K., & Hunter, G.L. (2006). The internet, information and empowerment. *European Journal of Marketing*, 40(9/10), 972-993.

Hatch, M.J. (2012). The pragmatics of branding: an application of Dewey's theory of aesthetic expression. *European Journal of Marketing* 46(7/8): 885-899.

Heesch, K.C., Dinger, M.K., Mc Clary, K.R., & Rice, K.R. (2005). Experiences of women in a minimal contact pedometer-based intervention: a qualitative study. *Women & Health*, 41(2), 97-116.

Helkkula, A., Kelleher, C., & Pihlstr m, M. (2012). Characterizing value as an experience: implications for service researchers and managers. *Journal of Service Research*, 1094670511426897.

- Herrmann, R. O. (1993).** The tactics of consumer resistance: group action and marketplace exit. *NA-Advances in Consumer Research Volume 20*.
- Hetzl, P. (2002).** *Planète conso: marketing expérientiel et nouveaux univers de consommation*. Ed. d'Organisation.
- Hibbert, S., Winklhofer, H., & Temerak, M.S. (2012).** Customers as resource integrators: toward a model of customer learning. *Journal of Service Research*, 1094670512442805.
- Hoffman, D.L., Kopalle, P.K., & Novak, T.P. (2010).** The “right” consumers for better concepts: Identifying consumers high in emergent nature to develop new product concepts. *Journal of Marketing Research*, 47(5), 854-865.
- Holbrook, M.B. (1994).** The nature of customer value: an axiology of services in the consumption experience. *Service quality: New directions in theory and practice*, 21, 21-71.
- Holbrook, M.B. (1996).** Special session summary customer value C a framework for analysis and research. *NA-Advances in Consumer Research Volume 23*.
- Holbrook, M.B. (1999).** *Consumer value: a framework for analysis and research*. Psychology Press.
- Holbrook, M.B. (2006).** Consumption experience, customer value, and subjective personal introspection: An illustrative photographic essay. *Journal of Business Research*, 59(6), 714-725.
- Holbrook, M.B., & Hirschman, E.C. (1982).** The experiential aspects of consumption: Consumer fantasies, feelings, and fun. *Journal of consumer research*, 9(2), 132-140.
- Hollet, S., & Lavorata, S. (2008).** «Perception par les vendeurs de la résistance du client : proposition d’un cadre théorique», Congrès AFM.

Holt, D.B. (1995). How consumers consume: A typology of consumption practices. *Journal of consumer research*, 22(1), 1-16.

Houel Delaune, C. (2009). Observance médicamenteuse : étude auprès de 100 patients âgés de plus de 65ans en milieu rural. Thèse de doctorat en médecine. Rouen : Université de Rouen.

Hoyle, R.H., & Panter, A.T. (1995). "Writing about Structural Equation Models" in *Structural Equation Modeling : Concepts, Issues and Applications*, R. Hoyle, Ed. Newbury Park : Sage Publications.

Hsieh, A.T., & Chang, E.T. (2004). The effect of consumer participation on price sensitivity. *Journal of Consumer Affairs*, 38(2), 282-296.

Hsieh, Y.C., Lin, N.P., & Chiu, H.C. (2002). Virtual factory and relationship marketing—a case study of a Taiwan semiconductor manufacturing company. *International Journal of Information Management*, 22(2), 109-126.

Huang, Y., Wang, L., & Shi, J. (2009). When do objects become more attractive? The individual and interactive effects of choice and ownership on object evaluation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 35(6), 713-722.

Humphreys, A., & Grayson, K. (2008). The Intersecting Roles of Consumer and Producer: A Critical Perspective on Co-production, Co-creation and Prosumption. *Sociology Compass*, 2(3), 963-980.

Hunt, S. (2004). "On the service-centred dominant logic for marketing" *Journal of Marketing*, 68: 18-27.

I

Igalens, J., & Roussel, P. (1998). Méthodes de recherche en gestion des ressources humaines. *Economica*.

Imbs, J.L., (2008). La décision thérapeutique personnalisée. Observance médicamenteuse. *Revue du Praticien* ; 58 : 2183-2187.

Ind, N., & Coates, N. (2013). The meanings of co-creation. *European Business Review*, 25(1), 86-95.

J

James, W. (1980). *The Principle of Psychology*, New York, Henry Ho

Jaulin, M. (2004). La décision partagée en médecine générale, quelle représentation en ont les praticiens. *Université de Nantes*.

Johnson, R.B., Onwuegbuzie, A.J., & Turner, L.A. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of mixed methods research*, 1(2), 112-133.

Johnson, J.W., & Rapp, A. (2010). A more comprehensive understanding and measure of customer helping behavior. *Journal of Business Research*, 63(8), 787-792.

Jolibert, A., & Jourdan, P. (2006). *Marketing research: méthodes de recherche et d'études en marketing*.

Jussila, I., Tarkiainen, A., Sarstedt, M., & Hair, J. F. (2015). Individual psychological ownership: concepts, evidence, and implications for research in marketing. *Journal of Marketing Theory and Practice*, 23(2), 121-139.

K

Kaiser, H.F., & Rice, J. (1974). Little Jiffy, Mark IV. *Educational and psychological measurement.*

Kaplan, A.M., & Haenlein, M. (2010). Users of the world, unite! The challenges and opportunities of Social Media. *Business horizons*, 53(1), 59-68.

Kates, S.M. (2004). The dynamics of brand legitimacy: an interpretive study in the gay men's community. *Journal of consumer research*, 31(2), 455-464.

Katz, D., & Kahn, R.L. (1966). The psychology of organizations. *New York: HR Folks International.*

Keh, H., & Teo, C. (2001). Retail customers as partial employees in service provision: a conceptual framework. *International Journal of Retail & Distribution Management*, 29(8), 370-378.

Kelley, S.W. (1987). Managing service quality: the organizational socialization of the service employee and customer » Thèse de doctorat, Université de Kentuck

Kelley, S.W., Donnelly, J.H., & Skinner, S.J. (1990). Customer participation in service production and delivery. *Journal of retailing*, 66(3), 315-335.

Kelley, S.W, Skinner, S.J., & Donnelly, J.H. (1992). Organizational socialization of service customers, *Journal of Business Research*, 25, 197-214

Kellogg, D.L., Youngdahl, W.E., & Bowen, D.E. (1997). On the relationship between customer participation and satisfaction: two frameworks. *International Journal of Service Industry Management*, 8(3), 206-219.

- Kim, K., & Johnson, M.K. (2010).** Extended self: medial prefrontal activity during transient association of self and objects. *Social cognitive and affective neuroscience*, nsq096.
- Kirmani, A., Sood, S., & Bridges, S. (1999).** The ownership effect in consumer responses to brand line stretches. *The journal of marketing*, 88-101.
- Kolenc, C. (2008).** "Appropriation de l'espace et expérience de consommation : le cas des rassemblements de joueurs en réseau", paper presented at the 13èmes Journées de Recherche en Marketing de Bourgogne, November 13-14, Dijon, France.
- Komulainen, H. (2014).** The role of learning in value co-creation in new technological B2B services. *Journal of Business & Industrial Marketing*, 29(3), 238-252.
- Kotler, P. (1973).** Atmospherics as a marketing tool. *Journal of retailing*, 49(4), 48-64.
- Kozinets, R.V. (1997).** "I want to believe": A netnography of the X-Philes' subculture of consumption. *Advances in consumer research*, vol XXIV, 24, 470-475.
- Kratzer, J., & Lettl, C. (2009).** Distinctive roles of lead users and opinion leaders in the social networks of schoolchildren. *Journal of Consumer Research*, 36(4), 646-659.
- Kreziak, D., & Cova, V. (2010).** "Ça peut toujours servir!": le consommateur ferrailleur. *Actes des 15 èmes Journées de Recherche en Marketing de Bourgogne*.
- Kumar, V., Aksoy, L., Donkers, B., Venkatesan, R., Wiesel, T., & Tillmanns, S. (2010).** Undervalued or overvalued customers: capturing total customer engagement value. *Journal of Service Research*, 13(3), 297-310.
- Kumar, S., Nilsen, W.J., Abernethy, A., Atienza, A., Patrick, K., Pavel, M. & Hedeker, D. (2013).** Mobile health technology evaluation: the mHealth evidence workshop. *American journal of preventive medicine*, 45(2), 228-236.

L

Labrique, A.B., Vasudevan, L., Kochi, E., Fabricant, R., & Mehl, G. (2013). mHealth innovations as health system strengthening tools: 12 common applications and a visual framework. *Global Health: Science and Practice*, 1(2), 160-171.

Ladwein, R. (2003). Les modalités de l'appropriation de l'expérience de consommation: le cas du tourisme urbain. *Sociétés, Consommation et Consommateurs*, 85-98.

Lai, A.W. (1995). Consumer values, product benefits and customer value: a consumption behavior approach. *NA-Advances in Consumer Research Volume 22*.

Langeard, E. (1980). Le comportement du consommateur de service. Working Paper n. 176, Aix-en-Provence, Institut d'Administration des Entreprises, Université de Droit, d'Economie et de Sciences d'Aix-Marseille, Janvier.

Langeard, E., Bateson, J., Lovelock, C.H., & Eiglier, P. (1981). Marketing of services: New insights from consumers and managers. *Marketing Science Institute, Cambridge, MA*, 81-104.

Larsson, R., & Bowen, D.E. (1989). Organization and customer: managing design and coordination of services. *Academy of Management Review*, 14(2), 213-233.

Laulan, A.M. (1984). Assumer le paradoxe. *Quatrième congrès national des Sciences de l'Information et de la Communication*.

Lavelle, J.J., Rupp, D.E., & Brockner, J. (2007). Taking a multifoci approach to the study of justice, social exchange, and citizenship behavior: the target similarity model†. *Journal of management*, 33(6), 841-866.

Le Bot, M. (1999). Dossier observance. *Revue du Praticien de Médecine générale*, 1999 ; 13, 469 : 1335-134.

Lebrun Jain, N., (2008). Observance thérapeutique et relation médecin malade en médecine générale : étude sur 80 patients. Thèse de doctorat en médecine. Amiens : Université d'Amiens.

Leclercq, T., Hammedi, W., & Poncin, I. (2016). Dix ans de co-création de valeur: une revue intégrative. *Recherche et Applications en Marketing*, Vol. 31, no.2, p. 1 (2016).

Lee, Y., & Chen, A.N. (2011). Usability design and psychological ownership of a virtual world. *Journal of Management Information Systems*, 28(3), 269-308.

Lefebvre, H. (1974). La production de l'espace. *L'Homme et la société*, 31(1), 15-32.

Le Grignou, B. (2003). Du côté du public. Usages et réceptions de la télévision. Collection Études politiques. Paris: Économica.

Lemke, F., Clark, M., & Wilson, H. (2011). Customer experience quality: an exploration in business and consumer contexts using repertory grid technique. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 39(6), 846-869.

Le Nagard, E., & Reniou, F. (2013). Co-innover avec les clients: entre intérêt et réticence pour les entreprises grand public. *Décisions marketing*, (71), 59.

Lengnick-Hall, C.A. (1996). Customer contributions to quality: A different view of the customer-oriented firm. *Academy of Management Review*, 21(3), 791-824.

Lengnick-Hall, C.A., Claycomb, V., & Inks, L.W. (2000). From recipient to contributor: examining customer roles and experienced outcomes. *European Journal of Marketing*, 34(3/4), 359-383.

Lenoir, D. (2003). Evaluation de l'observance médicamenteuse de 444 patients diabétiques non insulino-dépendants suivis en médecine générale en Rhône-Alpes. Thèse de doctorat en médecine. Lyon : Université de Lyon.

- Leonard, D. & Henil, J.L. (2002).** Non observance: ce que le généraliste peut faire. *Revue du Praticien Médecine générale*; 587 : 1429-1431.
- Link, L.B., Robbins, L., Mancuso, C.A., & Charlson, M.E. (2005).** How do cancer patients choose their coping strategies? A qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 58(1), 96-103.
- Lipovetsky, G. (2006).** *Le bonheur paradoxal: essai sur la société d'hyperconsommation* (Vol. 377). Paris: Gallimard.
- Liu, J., Wang, H., Hui, C., & Lee, C. (2012).** Psychological ownership: How having control matters. *Journal of Management Studies*, 49(5), 869-895.
- Llorca, G. (2003).** *Du raisonnement médical à la décision partagée: introduction à l'éthique en médecine*. Med-Line éd..
- Lorig, K.R., & Holman, H.R. (2003).** Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of behavioral medicine*, 26(1), 1-7.
- Lovelock, C.H., & Young, R.F. (1979).** Look to consumers to increase productivity. *Harvard Business Review*, 57(3), 168-178.
- Lusch, R.F., & Vargo, S.L. (2006).** Service-dominant logic: reactions, reflections and refinements. *Marketing theory*, 6(3), 281-288.
- Lusch, R.F., & Vargo, S.L. (2008).** The service-dominant mindset. In *Service science, management and engineering education for the 21st century* (pp. 89-96). Springer US.
- Lusch, R.F., & Vargo, S.L. (2014).** *The service-dominant logic of marketing: Dialog, debate, and directions*. Routledge.
- Lusch, R.F., Vargo, S.L., & O'Brien, M. (2007).** Competing through service: Insights from service-dominant logic. *Journal of retailing*, 83(1), 5-18.
- Lv, F., & Gu, S. (2007).** A correlation analysis of psychological ownership and organizational citizenship behavior. *Management World*, 5, 94-103.

M

Maglio, P.P., Vargo, S.L., Caswell, N., & Spohrer, J. (2009). The service system is the basic abstraction of service science. *Information Systems and e-business Management*, 7(4), 395-406.

Magne, S., & Lemoine, J.L. (2015). d'innovation managériale. *Innovations managériales, enjeux et perspectives*, 37, 63.

Magnusson, P.R. (2009). Exploring the contributions of involving ordinary users in ideation of technology-based services. *Journal of Product Innovation Management*, 26(5), 578-593.

Malhotra, N.K. (1988). Self concept and product choice: An integrated perspective. *Journal of Economic Psychology*, 9(1), 1-28.

Marion, G. (2003). Le marketing expérientiel : Une nouvelle étape? Non de nouvelles lunettes. *Décisions marketing*, 87-91.

Markus, H.R., & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41, 954-96

Marx, K. (2007). *Manuscrits économique- philosophiques de 1844*, Vrin, Paris.

Mc Coll-Kennedy, J.R., Vargo, S.L., Dagger, T.S., Sweeney, J.C., & Van Kasteren, Y. (2012). Health care customer value cocreation practice styles. *Journal of Service Research*, 1094670512442806.

Mc Cracken, G. (1986). Culture and consumption: A theoretical account of the structure and movement of the cultural meaning of consumer goods. *Journal of consumer research*, 13(1), 71-84.

Mc Daid, D., & Park, A. L. (2010). Online health: untangling the web.

- Mehrabian, A., & Russell, J. A. (1974).** *An approach to environmental psychology*. the MIT Press.
- Merz, M.A., Yi, H., & Vargo, S.L. (2009).** The evolving brand logic: a service-dominant logic perspective. *Journal*.
- Michaud-Trevinal, A. (2011).** « Flux réels, flux virtuels : quelle appropriation des espaces commerciaux ? Le rôle de l'expérience vécue par les consommateurs », paper presented at the 14ème Colloque Etienne Thil, 22-23 September, Roubaix, France.
- Michelik, F. (2008).** La relation attitude-comportement: un état des lieux.
- Miles, M.B., & Huberman, A.M. (2003).** *Analyse des données qualitatives*. De Boeck Supérieur.
- Miller, D. (1987).** Material culture and mass consumption.
- Miller, D. (1995).** Consumption studies as the transformation of anthropology. *Acknowledging consumption: A review of new studies*, 264-295.
- Mills, P.K., Chase, R.B., & Margulies, N. (1983).** Motivating the client/employee system as a service production strategy. *Academy of Management Review*, 8(2), 301-310.
- Moles, A.A., & Rohmer, E. (1982).** *Labyrinthes du vécu: l'espace, matière d'actions*. Librairie des Méridiens.
- Morval, J., & Judge, P. (2000).** Motivation au travail et appropriation de l'espace. *Les compétences professionnelles. Descriptif, mesure et développement*, 127-134.
- Morris, T.A., Guard, J.R., Marine, S.A., Schick, L., Haag, D., Tsipis, G., Kaya, B., & Mudie, P. (2003).** Internal customer: by design or by default. *European Journal of Marketing*, 37(9), 1261-1276.
- Mustak, M., Jaakkola, E., & Halinen, A. (2013).** Customer participation and value creation: a systematic review and research implications. *Managing Service Quality: An International Journal*, 23(4), 341-359.

Murray, K.B., & Häubl, G. (2007). Explaining cognitive lock-in: The role of skill-based habits of use in consumer choice. *Journal of Consumer Research*, 34(1), 77-88.

N

Namasivayam, K. (2003). The consumer as “transient employee” Consumer satisfaction through the lens of job-performance models. *International Journal of Service Industry Management*, 14(4), 420-435.

Nambisan, S., & Baron, R.A. (2007). Interactions in virtual customer environments: Implications for product support and customer relationship management. *Journal of interactive marketing*, 21(2), 42-62.

Nambisan, S., & Baron, R.A. (2009). Virtual customer environments: testing a model of voluntary participation in value co-creation activities. *Journal of product innovation management*, 26(4), 388-406.

Neisser, U. (1976). *Cognition and reality: Principles and implications of cognitive psychology.* WH Freeman/Times Books/Henry Holt & Co.

Nesselroade, K.P., Beggan, J.K., & Allison, S.T. (1999). Possession enhancement in an interpersonal context: An extension of the mere ownership effect. *Psychology & Marketing*, 16(1), 21-34.

Ng, ICL., Maull, R., & Yip, N. (2009). Outcome-based contracts as a driver for systems thinking and service- dominant logic in service science: evidence from the defence industry. *European Management Journal* 27(6): 377–387.

Normann, R., & Ramirez, R. (1993). From value chain to value constellation. *Harvard business review*, 71(4), 65-77.

Normann, R., & Ramirez, R. (1998). Designing interactive strategy: From value chain to value constellation. John Wiley & Sons.

Novani, S., & Kijima, K. (2013). Efficiency and effectiveness of C2C interactions and mutual learning for value co-creation: Agent-based simulation approach. *International Journal of Business and Management*, 8(9), 50.

O

Ochs, A. (2005). "Le rôle de l'expérience olfactive dans le processus d'appropriation d'une expérience de magasinage: le cas fruit et passion", paper presented at the 4ème Journées Normandes de Recherche sur la Consommation, 24-25 March, Rouen, France.

Ollman, B. (1971). Alienation: Marx's Critique of Man in Capitalist Society.

Ologéanu-Taddei, R., & Staii, A. (2008). L'épineuse question de l'appropriation: approches et méthodes d'études. *Les Enjeux de l'Information et de la communication*.

Orlikowski, W.J. (1992). The duality of technology: Rethinking the concept of technology in organizations. *Organization science*, 3(3), 398-427.

Orsingher, C. (2006). Le script de service: fondements du concept et applications au marketing des services. *Recherche et Applications en marketing*, 21(3), 115-118.

Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *The New England Journal of Medicine*, 353 : 487-497.

Ostrom, A., & Iacobucci, D. (1995). Consumer trade-offs and the evaluation of services. *The Journal of Marketing*, 17-28.

Ostrom, A. L., Bitner, M.J., Brown, S.W., Burkhard, K.A., Goul, M., & Smith-Daniels, V. (2010). Moving forward and making a difference: research priorities for the science of service. *Journal of Service Research*

Ouschan, R., Sweeney, J., & Johnson, L. (2006). Customer empowerment and relationship outcomes in healthcare consultations. *European Journal of Marketing*, 40(9/10), 1068-1086.

P

Paquot, T. (1995). "Ouverture sur la civilisation urbaine", *Projet*, n°243, Automne, numéro spécial "Pour la Ville". Paris, p.7-16.

Park, J., & Ha, S. (2015). Co-creation of service recovery: Utilitarian and hedonic value and post-recovery responses. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 28, 310-316.

Passebois, J. (2003). Modes de valorisation des expériences esthétiques et processus de fidélisation des visiteurs de musées d'art: une application à la réception de l'art moderne et contemporain, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université de Montpellier 2).

Payne, A.F., Storbacka, K., & Frow, P. (2008). Managing the co-creation of value. *Journal of the academy of marketing science*, 36(1), 83-96.

Payne, H.E., Lister, C., West, J.H., & Bernhardt, J.M. (2015). Behavioral functionality of mobile apps in health interventions: a systematic review of the literature. *JMIR mHealth and uHealth*, 3(1), e20.

- Peck, J., & Shu, S.B. (2009).** The effect of mere touch on perceived ownership. *Journal of consumer Research*, 36(3), 434-447.
- Pels, D., Hetherington, K., & Vandenberghe, F. (2002).** The status of the object performances, mediations, and techniques. *Theory, Culture & Society*, 19(5-6), 1-21.
- Penaloza, L., & Price, L.L. (1993).** Consumer resistance: a conceptual overview. *NA-Advances in Consumer Research Volume 20*.
- Peng, H., & Pierce, J. (2015).** Job-and organization-based psychological ownership: Relationship and outcomes. *Journal of Managerial Psychology*, 30(2), 151-168.
- Perron, F., & Djelassi, S. (2015).** Les comportements déviants des consommateurs vus par leurs pairs: le cas du commerce de détail. *Management & Avenir*, (1), 55-68.
- Peterson, R.A. (1994).** Une méta-analyse du coefficient alpha de Cronbach, Recherche et Applications en Marketing, 10, 2, 75-88. Petty.
- Petr, C. (2002).** La gestion de l'expérience: de la recherche au contrôle. *Décisions Marketing*, 77-84.
- Pierce, J.L., Kostova, T., & Dirks, K. (2001).** Toward a theory of psychological ownership in organizations. *Academy of Management Review*, 26, 298-310.
- Pierce, J.L., & Jussila, I. (2011).** *Psychological ownership and the organizational context: Theory, research evidence, and application*. Edward Elgar Publishing.
- Pierce, J. L., Jussila, I., & Cummings, A. (2009).** Psychological ownership within the job design context: revision of the job characteristics model. *Journal of Organizational Behavior*, 30(4), 477-496.
- Pierce, J.L., Kostova, T., & Dirks, K.T. (2001).** Toward a theory of psychological ownership in organizations. *Academy of Management review*, 26(2), 298-310.
- Pierce, J.L., Kostova, T., & Dirks, K.T. (2003).** The state of psychological ownership: Integrating and extending a century of research. *Review of general psychology*, 7(1), 84.

- Pierce, J.L., Rubinfeld, S.A., & Morgan, S. (1991).** Employee ownership: A conceptual model of process and effects. *Academy of Management review*, 16(1), 121-144.
- Pine, B.J., & Gilmore, J.H. (1998).** Welcome to the experience economy. *Harvard business review*, 76, 97-105.
- Pine, B.J., & Gilmore, J.H. (1999).** *The experience economy: work is theatre & every business a stage*. Harvard Business Press.
- Pinson, D. (1993).** *Usage et architecture*, L'Harmattan, Paris.
- Piller, F.T., & Walcher, D. (2006).** Toolkits for idea competitions: a novel method to integrate users in new product development. *R&d Management*, 36(3), 307-318.
- Pirollet, A. (2004).** Analyse de la décision médicale partagée: à propos d'une étude pilote en milieu hospitalier. *Villeurbanne: Université Claude Bernard Lyon, 1*.
- Plé, L., & Chumpitaz Cáceres, R. (2010).** Not always co-creation: introducing interactional co-destruction of value in service-dominant logic. *Journal of Services Marketing*, 24(6), 430-437.
- Pongsakornrunsilp, S., & Schroeder, J.E. (2011).** Understanding value co-creation in a co-consuming brand community. *Marketing Theory*, 11(3), 303-324.
- Porta, M., House, B., Buckley, L., & Blitz, A. (2008).** Value 2.0 – Eight New Rules for Creating and Capturing Value from Innovative, Technologies. *Strategy and Leadership*, 36(4): 10–18.
- Porter, M.E. (1985).** *Competitive advantage: creating and sustaining superior performance*. 1985. *New York: FreePress*.
- Porter, L.W., & Lawler, E.E. (1968).** Managerial attitudes and performance.
- Portes, L. (1955).** Du consentement à l'acte médical. Communication à l'Académie des Sciences Morales et Politiques, 30 janvier 1950. *A la recherche d'une éthique médicale*. Paris: Masson et PUF, 163.

Prahalad, C.K., & Ramaswamy, V. (2000). Co-opting customer competence. *Harvard business review*, 78(1), 79-90.

Prahalad, C.K., & Ramaswamy, V. (2003). The new frontier of experience innovation. *MIT Sloan management review*, 44(4), 12-18.

Prahalad, C.K., & Ramaswamy, V. (2004). Co-creation experiences: The next practice in value creation. *Journal of interactive marketing*, 18(3), 5-14.

Pruche, L. (2015). *L'empowerment psychologique du consommateur: contexte, mécanismes et conséquences*, Thèse de doctorat en Sciences de gestion, Université Toulouse 1.

Pulh, M. (2002). *La valorisation de l'expérience de consommation d'activités culturelles: le cas des festivals d'arts de la rue*, Thèse de doctorat en Sciences de gestion, Université de Dijon.

Pulh, M., Bourgeon-Renault, D., & Bouchet, P. (2005). Spectacles vivants, logiques de consommation et construction d'expériences: le paradoxe d'une offre à la fois unique et plurielle. *Décisions marketing*, 57-66.

Purkayastha, S. (2009). Predicting Behavioral Intentions of Consumers: A Framework. *IUP, Journal of Management Research*, 8(12), 31.

R

Raban, D.R., & Rafaeli, S. (2007). Investigating ownership and the willingness to share information online. *Computers in Human Behavior*, 23(5), 2367-2382.

- Ramaswamy, V. (2011).** It's about human experiences... and beyond, to co-creation. *Industrial Marketing Management*, 40(2), 195-196.
- Ramaswamy, V., & Ozcan, K. (2014).** *The co-creation paradigm*. Stanford University Press.
- Ranaivosoa Rabemananjara, A. (2012).** *Communauté en ligne de co-création d'expérience touristique: le cas de l'Office Régional du Tourisme d'Analamanga (Madagascar)*, Thèse de doctorat en Sciences de gestion, Université de Grenoble.
- Rayport, J.F., & Sviokla, J.J. (1995).** Exploiting the virtual value chain. *Harvard business review*, 73(6), 75.
- Reich, M. (2009).** Cancer et image du corps: identité, représentation et symbolique. *L'information psychiatrique*, 85(3), 247-254.
- Rey, A. (2006).** « Dictionnaire historique de la langue française », vol I-III, Paris, Dictionnaires le Robert.
- Ricoeur, P. (1986).** Du texte à l'action, Essais d'herméneutique II, Paris. Éditions du Seuil.
- Roberts, D., Baker, S., & Walker, D. (2005).** Can we learn together? Co-creating with consumers. *International Journal of Market Research* 47(4): 407-427.
- Roberts, D., Hughes, M., & Kertbo, K. (2014).** Exploring consumers' motivations to engage in innovation through co-creation activities. *European Journal of Marketing*, 48(1/2), 147-169.
- Roederer, C. (2012).** Marketing et consommation expérientiels. EMS.
- Roggeveen, A. L., Tsiros, M., & Grewal, D. (2012).** Understanding the co-creation effect: when does collaborating with customers provide a lift to service recovery?. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 40(6), 771-790.

- Rosenbaum, M.S., & Massiah, C.A. (2007).** When customers receive support from other customers: Exploring the influence of intercustomer social support on customer voluntary performance. *Journal of Service Research*, 9(3), 257-270.
- Rosenblatt, P.C., Walsh, R.P., & Jackson, D.A. (1976).** Grief and mourning in cross-cultural perspective. New Haven, CT: HRAF press.
- Roser, T., De Fillippi, R., & Samson, A. (2013).** Managing your co-creation mix: co-creation ventures in distinctive contexts. *European business review*, 25(1), 20-41.
- Rothaermel, F.T., & Sugiyama, S. (2001).** Virtual internet communities and commercial success: individual and community-level theory grounded in the atypical case of Timezone. com. *Journal of management*, 27(3), 297-312.
- Roussel, P. (1996).** Rémunération, motivation et satisfaction au travail, Paris, Ed. Economica.
- Roussel, P. (2005).** Chapitre 9. Méthodes de développement d'échelles pour questionnaires d'enquête. *Méthodes & Recherches*, 245-276.
- Roussel, P., Durrieu, F., & Campoy, E. (2002).** Méthodes d'équations structurelles: recherche et applications en gestion. Economica.
- Roussel, P., & Wacheux, F. (2005).** Management des ressources humaines: Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales. De Boeck Supérieur.
- Rouvroy, A. (2014).** Avant-propos. Le corps, nouvel objet connecté. Du Quantified Self à la M-Santé.
- Roux, D. (2007).** La résistance du consommateur: proposition d'un cadre d'analyse. *Recherche et applications en marketing*, 22(4), 59-80.
- Royer, I., Zarlowski, P., & Thietart, R. A. (1999).** Méthodes de recherche en management. *Dunod, Paris*, 139-168.
- Rozin, P. (1994).** "La magie sympathique", *Revue Autrement*, Vol 149, pp. 22-37.

S

Saarijärvi, H., Kannan, P.K., & Kuusela, H. (2013). Value co-creation: theoretical approaches and practical implications. *European Business Review* 25(1): 6–19.

Samoocha, D., Bruinvels, D.J., Elbers, N.A., Anema, J.R., & Van der Beek, A.J. (2010). Effectiveness of web-based interventions on patient empowerment: a systematic review and meta-analysis. *Journal of medical Internet research*, 12(2), e23.

Sands, J. (2002). Is employee ownership key to future success. *Design Week*, 17(22), 12.

Sartre, J.P. (1943). *Being and Nothingness: An Essay on Phenomenological Ontology*. Trans. Barnes, H., Routledge, London.

Sawhney, M., Verona, G., & Prandelli, E. (2005). Collaborating to create: The Internet as a platform for customer engagement in product innovation. *Journal of interactive marketing*, 19(4), 4-17.

Sayre, S. (1994). Possessions and identity in crisis: Meaning and change for victims of the Oakland firestorm. *NA-Advances in Consumer Research Volume 21*.

Scheen, A., & Giet, D. (2010). Non-observance thérapeutique: causes, conséquences, solutions. *Revue médicale de Liege*, 65(5-6), 239-45.

Schultz, S.E., Kleine, R.E., & Kernan, J.B. (1989). "These Are a Few of My Favorite Things"; Toward an Explication of Attachment As a Consumer Behavior Construct. *NA-Advances in Consumer Research Volume 16*.

Scott, C., & Jaffe, D. (1998). L'empowerment, Paris, Les presses du management.

Séré de Lanauze, G. (2005). L'influence de la maîtrise perçue de la distribution sur la valeur perçue de la marque et la relation entre le consommateur et la marque, Thèse de doctorat en Sciences de gestion, Université Montpellier 2.

Serfaty-Garzon, P. (2003). L'appropriation. *Dictionnaire critique de l'habitat et du logement*, 2.

Sharma, A., & Sheth, J.N. (2004). Web-based marketing: The coming revolution in marketing thought and strategy. *Journal of Business Research*, 57(7), 696-702.

Sheth, J.N., Newman, B.I., & Gross, B.L. (1991). Why we buy what we buy: A theory of consumption values. *Journal of business research*, 22(2), 159-170.

Sheth, J.N., & Uslay, C. (2007). Implications of the revised definition of marketing: from exchange to value creation. *Journal of Public Policy & Marketing*, 26(2), 302-307.

Shields, R. (1992). Spaces for the subject of consumption, in Lifestyle shopping, éd. R. Shields, Londres, Routledge, 1-20.

Shostack, G.L. (1977). Breaking free from product marketing. *The Journal of Marketing*, 73-80.

Shostack, G.L. (1982). How to design a service. *European Journal of Marketing*, 16(1), 49-63.

Shostack, G.L. (1985). Planning the service encounter. *The service encounter*, 1, 243-254.

Simonson, I., Carmon, Z., Dhar, R., Drolet, A., & Nowlis, S.M. (2001). Consumer research: In search of identity. *Annual review of psychology*, 52(1), 249-275.

Silpakit, P., & Fisk, R.P. (1985). Participating the service encounter: A theoretical framework. In *Services marketing in a changing environment* (pp. 117-121). Chicago, IL: American Marketing Association.

- Smith, A. (1776).** The wealth of nations. *New York: The Modern Library.*
- Smith, R., Huston, M.M., Jenkins, R.N., Huston, D.P., & Rich, R.R. (1983).** Mitochondria control expression of a murine cell surface antigen.
- Sinha, I., & DeSarbo, W.S. (1998).** An integrated approach toward the spatial modeling of perceived customer value. *Journal of marketing research*, 236-249.
- Sirgy, M.J. (1982).** Self-concept in consumer behavior: A critical review. *Journal of consumer research*, 9(3), 287-300.
- Snyder, C.R., & Fromkin, H.L. (1981).** The Uniqueness : Human Pursuit of Difference, New York : Pletum.
- Sohby, M., Winklhofer, H., & Hibbert, S. (2009).** Managing customer participation through customer education. The 2009 Naples Forum on Services: service-dominant logic, service science, and network theory, Capri, June, p. 16-19, 2009.
- Solomon, M.R., Surprenant, C., Czepiel, J.A., & Gutman, E.G. (1985).** A role theory perspective on dyadic interactions: the service encounter. *The Journal of Marketing*, 99-111.
- Spohrer, J., & Maglio, P.P. (2008).** The emergence of service science: Toward systematic service innovations to accelerate co-creation of value. *Production and operations management*, 17(3), 238-246.
- Srivastava, R.K., Shervani, T.A., & Fahey, L. (1998).** Market-based assets and shareholder value: A framework for analysis. *The Journal of Marketing*, 2-18.
- Stevenson, F.A., Barry, C.A., Britten, N., Barber, N., & Bradley, C.P. (2000).** Doctor-patient communication about drugs: the evidence for shared decision making. *Social science & medicine*, 50(6), 829-840.
- Suh, B., & Han, I. (2003).** Effect of trust on customer acceptance of Internet banking. *Electronic Commerce research and applications*, 1(3), 247-263.

Suquet, J.B. (2011). Quand l'organisation constitue les comportements déviants de ses clients: les transformations de la fraude à la RATP. In *Annales des Mines-Gérer et comprendre* (No. 3, pp. 38-49). ESKA.

Swaminathan, V., Page, K.L., & Gürhan-Canli, Z. (2007). "My" brand or "our" brand: The effects of brand relationship dimensions and self-construal on brand evaluations. *Journal of consumer research*, 34(2), 248-259.

Swan, M. (2013). The quantified self: Fundamental disruption in big data science and biological discovery. *Big Data*, 1(2), 85-99.

Sweeney, J.C., Soutar, G.N., & Johnson, L.W. (1999). The role of perceived risk in the quality-value relationship: a study in a retail environment. *Journal of retailing*, 75(1), 77-105.

T

Tarquinio, C., Fischer, G.N., & Barracho, C. (2002). Le patient face aux traitements: compliance et relation médecin-patient. *Traité de psychologie de la santé*. Dunod, Paris, 227-243.

Thaler, R. (1980). Toward a positive theory of consumer choice. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 1(1), 39-60.

Tompson, D.V., & Malaviya, P. (2013). Consumer-generated ads: does awareness of advertising co-creation help or hurt persuasion? *Journal of Marketing* 77(3): 33-47.

Tonnel, A. (2014). Importance de l'observance thérapeutique dans les maladies chroniques : étude originale conduite dans la spondylarthrite ankylosante, Thèse de doctorat de médecine, Université de Lille 2.

Tippins, M.J., & Sohi, R.S. (2003). IT competency and firm performance: is organizational learning a missing link?. *Strategic management journal*, 24(8), 745-761.

Torraco, R.J. (2005). Writing integrative literature reviews: guidelines and examples. *Human Resource Development Review* 4(3): 356–36.

Toubia, O., & Florès, L. (2007). Adaptive idea screening using consumers. *Marketing Science*, 26(3), 342-360.

Tsonis, A.A. (2012). *Chaos: from theory to applications*. Springer Science & Business Media.

Tylor, E.B. (1871). *Primitive culture: researches into the development of mythology, philosophy, religion, art, and custom* (Vol. 2). Murray.

Tynan, C. McKechnie, S., & Chhuon, C. (2010). Co-creating value for luxury brands. *Journal of Business Research* 63(11): 1156–1163.

V

Vaidis, D. (2006). Attitude et comportement dans le rapport cause-effet: quand l'attitude détermine l'acte et quand l'acte détermine l'attitude. *Linx. Revue des linguistes de l'université Paris X Nanterre*, (54), 103-111.

Valette-Florence, P. (1993). Dix années de modèles d'équations structurelles: un état de l'art.

- Vallaster, C., & von Wallpach, S. (2013).** An online discursive inquiry into the social dynamics of multi-stakeholder brand meaning co-creation. *Journal of Business Research*, 66(9), 1505-1515.
- Van den Bulte, C. (1994).** Metaphor at work. In *Research traditions in marketing* (pp. 405-434). Springer Netherlands.
- Vandewalle, D., Van Dyne, L., & Kostova, T. (1995).** Psychological ownership: An empirical examination of its consequences. *Group & Organization Management*, 20(2), 210-226.
- Van Doorn, J., Lemon, K.N., Mittal, V., Nass, S., Pick, D., Pirner, P., & Verhoef, P.C. (2010).** Customer engagement behavior: Theoretical foundations and research directions. *Journal of Service Research*, 13(3), 253-266.
- Van Dyne, L., & Pierce, J.L. (2004).** Psychological ownership and feelings of possession: Three field studies predicting employee attitudes and organizational citizenship behavior. *Journal of organizational behavior*, 25(4), 439-459.
- Van Velsen, L., Beaujean, D.J., & van Gemert-Pijnen, J.E. (2013).** Why mobile health app overload drives us crazy, and how to restore the sanity. *BMC medical informatics and decision making*, 13(1), 1.
- Vargo, S.L. (2008).** Customer integration and value creation Paradigmatic Traps and Perspectives. *Journal of service research*, 11(2), 211-215.
- Vargo, S.L., & Akaka, M.A. (2009).** Service-dominant logic as a foundation for service science: clarifications. *Service Science*, 1(1), 32-41.
- Vargo, S.L., & Akaka, M.A. (2012).** Value cocreation and service systems (re)formation: A service ecosystems view. *Service Science*, 4(3), 207-217.
- Vargo, S.L., & Lusch, R.F. (2004).** Evolving to a new dominant logic for marketing. *Journal of marketing*, 68(1), 1-17.

- Vargo, S.L., & Lusch, R.F. (2008).** Service-dominant logic: continuing the evolution. *Journal of the Academy of marketing Science*, 36(1), 1-10.
- Vargo, S.L., & Lusch, R.F. (2009).** A service-dominant logic for marketing. *The SAGE handbook of marketing theory*, 219-234.
- Vargo, S.L., & Lusch, R.F. (2011).** It's all B2B... and beyond: Toward a systems perspective of the market. *Industrial Marketing Management*, 40(2), 181-187.
- Vargo, S.L., & Morgan, F.W. (2005).** Services in society and academic thought: an historical analysis. *Journal of Macromarketing*, 25(1), 42-53.
- Vargo, S.L., Lusch, R.F., & Morgan, F.W. (2006).** Historical perspectives on service-dominant logic. *The Service-Dominant Logic of Marketing: Dialog, Debate, and Directions*, ME Sharpe, Armonk, NY, 29-42.
- Vargo, S.L., Maglio, P.P., & Akaka, M.A. (2008).** On value and value co-creation: A service systems and service logic perspective. *European management journal*, 26(3), 145-152.
- Vaujany (De), F.X. (2005).** *De la conception à l'usage: vers un management de l'appropriation des outils de gestion*. EMS.
- Venkatraman, N. (1989).** The concept of fit in strategy research: Toward verbal and statistical correspondence. *Academy of management review*, 14(3), 423-444.
- Venkatraman, M.P. (1990).** Opinion leadership, enduring involvement and characteristics of opinion leaders: A moderating or mediating relationship?. *NA-Advances in Consumer Research Volume 17*.
- Vernette, E. (2002).** Le rôle et le profil des leaders d'opinion pour la diffusion de l'Internet. *Décisions Marketing*, 37-51.
- Vernette, E., & Flores, L. (2004).** Communiquer avec les leaders d'opinion en marketing: Comment et dans quels médias?. *Décisions Marketing*, 23-37.

Vernette, E., & Hamdi-Kidar, L. (2013). Co-creation with consumers: who has the competence and wants to cooperate. *International Journal of Market Research*, 55(4), 539-561.

Vernette, E., & Tissier-Desbordes, E. (2012). La participation du client, la co-production, la co-création: Un nouvel eldorado pour le marketing?. *Décisions Marketing*, 5-8.

Veys, P. (1996). Interactions dans les servuctions automatisées. *Décisions Marketing*, 67-75.

Vroom, V.H. (1964). *Work and Motivation* (Wiley.). Oxford.

Vroom, V.H., & Jago, A.G. (1988). *The new leadership: Managing participation in organizations*. Prentice-Hall, Inc.

W

Wacheux, F. (1996). *Méthodes qualitatives et recherche en gestion*. Economica.

Wagner, E.H., Austin, B.T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health affairs*, 20(6), 64-78.

Wallendorf, M., & Arnould, E.J. (1988). "My favorite things": A cross-cultural inquiry into object attachment, possessiveness, and social linkage. *Journal of Consumer Research*, 14(4), 531-547.

Warnier, J.P. (1994). *Le paradoxe de la marchandise authentique: imaginaire et consommation de masse*. Editions L'Harmattan.

- Wathieu, L., Brenner, L., Carmon, Z., Chattopadhyay, A., Wertenbroch, K., Drolet, A. & Wu, G. (2002).** Consumer control and empowerment: A primer. *Marketing Letters*, 13(3), 297-305.
- Weil, S. (1952).** *Gravity and grace*. U of Nebraska Press.
- Weiss, A.M., & Anderson, E. (1992).** Converting from independent to employee salesforces: the role of perceived switching costs. *Journal of marketing research*, 101-115.
- Werle, M. (2008).** Natural and synthetic polymers as inhibitors of drug efflux pumps. *Pharmaceutical research*, 25(3), 500-511.
- Wicker, A.W. (1987).** Behavior settings reconsidered: temporal stages, resources, internal dynamics, context, in *Handbook of environmental psychology*, eds Altman et Stockols, New York, Wiley, 613-653.
- Wikström, S. (1996).** The customer as co-producer. *European Journal of Marketing*, 30(4), 6-19.
- Woodall, T. (2003).** Conceptualising “value for the customer”: an attributional, structural and dispositional analysis. *Academy of marketing science review*, 2003, 1.
- Woodall, T. (2011).** The more we see it the less it means: a value-for-the-customer commentary on value-in-use. Paper presented at the Academy of Marketing Conference: Marketing Fields Forever, 5th - 7th July 2011, Liverpool: Academy of Marketing.
- Woodruff, R.B. (1997).** Customer value: the next source for competitive advantage. *Journal of the academy of marketing science*, 25(2), 139-153.
- Woodruff, R.B., & Flint, D.J. (2006).** Marketing’s service-dominant logic and customer value. *The service-dominant logic of marketing: Dialog, debate, and directions*, 183-195.

Wright, A.A., & Lynch, J.G. (1995). Communication effects of advertising versus direct experience when both search and experience attributes are present. *Journal of consumer research*, 21(4), 708-718.

X

Xie, C., Bagozzi, R.P., & Troye, S.V. (2008). *Trying to prosume: toward a theory of consumers as co-creators of value.* *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36: 109-122.

Y

Yang, S. & Qin Hai, M. (2012). Partial Employees-Recognition to the Role of Customers: Demographic Analysis for Customer Citizenship Behaviors. *International Journal of Advancements in Computing Technology*, 4(2).

Yardley, L., Morrison, L., Bradbury, K., & Muller, I. (2015). The person-based approach to intervention development: application to digital health-related behavior change interventions. *Journal of medical Internet research*, 17(1), e30.

Yi, Y., Natarajan, R., & Gong, T. (2011). Customer participation and citizenship behavioral influences on employee performance, satisfaction, commitment, and turnover intention. *Journal of Business Research*, 64(1), 87-95.

Yi, Y., & Gong, T. (2013). Customer value co-creation behavior: Scale development and validation. *Journal of Business Research*, 66(9), 1279-1284.

Z

Zauberman, G. (2003). The intertemporal dynamics of consumer lock-in. *Journal of consumer research*, 30(3), 405-419.

Zeithaml, V.A., Parasuraman, A., & Berry, L.L. (1985). Problems and strategies in services marketing. *The Journal of Marketing*, 33-46.

Zeithaml, V.A., Berry, L.L., & Parasuraman, A. (1996). The behavioral consequences of service quality. *the Journal of Marketing*, 31-46.

Zeithaml, V.A. (1988). Consumer perceptions of price, quality, and value: a means-end model and synthesis of evidence. *The Journal of marketing*, 2-22.

Zwass, V. (2010). Co-creation: Toward a taxonomy and an integrated research perspective. *International Journal of Electronic Commerce*, 15(1), 11-48.

ANNEXES

ANNEXE 1: GUIDE D'ENTRETIEN DES FOCUS GROUPES

1) La prise en charge du patient chronique

1. Pouvez-vous me raconter comment se déroule la prise en charge d'un patient atteint d'une maladie chronique?

- **Pour vous : le médecin**

Pratiques/ thérapies / méthodes

- **Pour le patient**

Ce que vous lui demandez

2. Dans le cas de la thérapie non médicamenteuse, qu'est ce qui conditionne selon vous la réussite ou l'échec de ce type de prise en charge?

- **Du point de vue du médecin**
Pendant la consultation (diagnostic)

- **Du point de vue du patient**
En dehors (suivi)

Relances possibles :

Temps ? / Observance ? / Compréhension du patient ? / Appropriation ?

2) La place des dispositifs d'aide au suivi dans la prise en charge

3. Comment décririez-vous l'état actuel de ce marché?

Services et solutions proposées aux médecins

Structure du marché : concurrents

Relance : L'offre vous semble-t-elle complète? Si, non que manque-t-il?

4. Comment êtes-vous informé des différentes offres et solutions (outils, formations) qui peuvent vous être proposées en tant que médecin?

Collègues / Médias / Site internet / Formations

5. Vous avez donc cité..... Dans quelles mesures faites-vous confiance à ces différentes sources d'informations ?

Toutes ces sources vous paraissent-elles crédibles?

3) La place des dispositifs technologiques dans la prise en charge

6. Selon vous, dans quelle mesure un outil d'aide à la consultation peut améliorer la prise en charge des maladies chroniques ?

Du point de vue du médecin :

- Efficacité / Contrôle du suivi du patient / Relation

Du point de vue du patient :

- Influence sur l'autonomie / Sur les compétences / Appropriation du programme du soin

7. Quels obstacles percevez-vous quant à l'utilisation d'un outil technologique d'aide à la consultation et au suivi du patient ?

4) Synthèse et présentation de l'outil

Suite à la présentation de cet outil d'aide à la consultation et au suivi des patients :

8. Quels éléments de cet outil vous paraissent véritablement utiles ?

9. A l'inverse, quels éléments de cet outil vous semblent inutiles?

10. Pour finir, y a-t-il des choses que vous souhaiteriez ajouter à cet outil ?

ANNEXE 2: DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON DES PATIENTS DE L'ÉTUDE EXPLORATOIRE

Genre	Genre	Age	Profession	Pathologie	Méthodologie
Fanette	Femme	60	Retraitée	Diabète, apnée du sommeil	Entretien semi- directif
Brigitte	Femme	65	Retraitée	Diabète, apnée du sommeil	Entretien semi- directif
Yvette	Femme	50	Sans emploi	Diabète, apnée du sommeil	Entretien semi- directif
Gérard	Homme	45	Manager	Apnée du sommeil	Entretien semi- directif
Hélène	Femme	24	Etudiante	Diabète	Entretien semi- directif
Cécile	Femme	23	Etudiante	Diabète	Entretien semi- directif
Sandra	Femme	27	Traductrice	Obésité	Focus Groupe
Marina	Femme	30	Juriste	Obésité	Focus Groupe
Aurore	Femme	35	Physiothérapeute	Obésité	Focus Groupe
Sophie	Femme	27	Nurse	Obésité	Focus Groupe
Didier	Homme	57	Manager	Obésité	Focus Groupe
Salima	Femme	42	Secrétaire	Obésité	Focus Groupe

ANNEXE 3 : PRÉSENTATION ET RÉSULTAT DU PRÉ-TEST

Présentation du pré-test et objectif :

L'objectif du pré-test fut de vérifier la **stabilité de la structure factorielle des échelles de mesure de l'appropriation du service.**

Le pré-test a été mis en œuvre durant le mois de *Février 2015*. Pour répondre à notre objectif, un questionnaire fut administré sous format papier auprès de **171 étudiants de la faculté de Montpellier.**

Après avoir éliminé 28 questionnaires (totalement ou partiellement incomplets et / ou comprenant des réponses aberrantes), notre échantillon final se compose de **143 répondants.**

Les caractéristiques de l'échantillon sont présentées ci-dessous :

Age	Moyenne	24,3 ans
	Ecart type	3,6 ans
Genre	Hommes	41%
	Femmes	59%
Formation	IAE	63%
	AES	37%

Le développement des items de l'appropriation du service a été principalement réalisé en adaptant des verbatims issus de notre étude qualitative ainsi qu'en s'inspirant d'échelles de mesures de concepts conceptuellement proches.

Les items testés lors de cette étape figurent sur la page suivante.

	Items	Sources (verbatim ou échelles de mesure)
CON1	J'ai l'impression de <i>connaître</i> ma formation	« Elle <i>connait</i> les médicaments qu'elle doit prendre » (Fabienne, non patiente)
CON2	La formation dispensée par mon université représente pour moi un ensemble de services (enseignements, BU, Intranet etc...) que je connais très bien	« Le patient en connaît les symptômes, les effets, éventuellement les causes et les origines physiologiques, ainsi que les conséquences, les éventuels modes de transmissions et les risques pour son entourage. » (François, non patient)
CON3	D'une manière générale, je me considère bien <i>informé(e)</i> sur ma formation	« Elle <i>est informée</i> (formée) sur la maladie (et sa prise en charge), les symptômes, les manifestations quotidiennes, » (Hugues, non patient)
CON4	J'ai le sentiment d'avoir recours à une multitude de services proposés par mon université	
CONSC1	Dans le cadre de ma formation, j'ai conscience de ce que je dois faire pour progresser	« La personne a pris conscience à la fois des obligations que sa prise en charge nécessite, et des risques que les négligences par rapport à ces obligations induisent » (Céline, non patiente)
CONSC 2	Je vois bien les différentes tâches que je dois réaliser pour réussir et obtenir mon diplôme	J'ai une image mentale très claire de cet item (McDougall et Snetsinger, 1990)
CONSC 3	Je conçois bien ce qu'on attend de moi dans cette formation	
M1	J'ai le sentiment de <i>maîtriser</i> ce que je fais dans cette formation	« L'idée que je pourrai mieux la contrôler, la <i>maîtriser</i> » (Sophie, non patiente)
M2	J'ai l'impression de maîtriser les tâches qu'on attend de moi	« Je gère moi même mes stocks d'insuline. On m'a formé et maintenant je fais seule, les rendez-vous sont là pour contrôler que tout va bien » (Hélène, patiente diabétique de type 1)
M3	Je me sens <i>capable</i> de suivre cette formation	
M4	<i>Il m'est facile de réaliser</i> les tâches que je veux faire dans cette formation	<i>Il m'est facile</i> de trouver les produits que je cherche (Kiane Goudarzi, 2005)
M5	J'ai la sensation de bien me débrouiller avec ce que je dois faire au sein de cette formation	
M6	Je me sens apte à suivre cette formation de manière autonome	« (S'approprier c'est) être <i>capable</i> de pouvoir le gérer (son soin) de façon autonome au quotidien » (Antoine, non patient)
CR1	J'ai la sensation de m'être constitué un parcours spécialisé à travers mes stages et projets	«Elle fait ses propres choix car elle a sa propre médecine empirique basée sur des expériences antérieures et qui s'est avérée positives pour elle.» (Ghyslaine, non patiente)
CR2	J'ai le sentiment de m'être créé mon propre parcours de	«C'est la personne qui vit avec sa maladie qui choisit son mode de vie et non le médecin»

	formation	(Diana, non patiente)
CR3	Je pense avoir personnalisé ce que je fais dans la formation	«J'ai trouvé des bonbons sans sucre, bon quand j'avais envie de manger un bonbon je prenais un bonbon sans sucre, des yaourts à 0 pourcents bon... qui permettaient de pas trop changer ma façon de faire... voilà le coca le jus de fruit sans sucre...voilà» (Stéphanie, Apnée du sommeil, Diabète de type 2) « (Certains) diabétiques sont capables d'adapter leur traitement insuliné ou pas ils sont capables de réagir immédiatement et de voir là où ils ont fait des erreurs dans la diététique et dans la prise médicamenteuse » (Dr D)
AI1	Ma formation m'a conduit à changer mes <i>habitudes</i>	« La personne s'est appropriée sa maladie dans le sens où elle a élaborer de nouvelles <i>habitudes</i> et routines de vie pour « vivre avec sa maladie » (François, non patient)
AI2	Ma formation m'a conduit à changer <i>mon rythme de vie</i>	« Elle a intégré(...) ses manifestations dans son <i>mode de vie</i> » (Hugues, non patient)
AI3	Avec cette formation, j'ai adapté ma façon de travailler au quotidien	« Intégrer une activité pénible dans sa vie de tous les jours (une dialyse par exemple) » (Florent, non patient)
AI4	Depuis que je suis cette formation, je m'organise différemment	« Enfin c'est une organisation pour moi de venir » (Aurore, Patiente obèse)
PP1	Je peux dire que la formation m'appartient	Je ressens un sentiment de possession fort envers mon organisation (Van Dyne et Pierce, 2004)
Pp2	Je parle de cette formation comme de MA formation	C'est MON organisation (Van Dyne et Pierce, 2004)
PP3	Quand je pense à cette formation, je pense à MA formation	
PP4	Ce diplôme, c'est MA formation	
PP5	J'ai l'impression que ce diplôme, c'est un peu moi	« La personne ne fait qu'un avec sa maladie et son soin » (Ghislaine, non patiente)
PP6	Je me sens associé(e) à cette formation	« Puisqu'il y a eu un « programme » enfin moi je dis « programme »... les filles disent « programme » alors moi j'ai repris le terme « programme ». Donc j'ai intégré ça... » (Marine, non patiente)
PP7	Je sens que j'appartiens à cette promotion	« Moi tu vois, je me permets de te tutoyer parce qu'on est dans la même galère » (Salima, patiente obèse)
PP8	Aujourd'hui, je me suis totalement approprié ma formation	Aujourd'hui, je me suis totalement approprié le nouvel outil (Tsoni, 2012)

Tableau : Les items initiaux de la mesure de l'appropriation du service

Résultats de l'Analyse Factorielle Exploratoire

Nous avons réalisé une première analyse factorielle exploratoire de l'échelle. Nous avons lancé une Analyse en Composantes Principales avec rotation *oblimin* sur l'ensemble des items de l'appropriation du service car nous supposons une forte corrélation entre ses dimensions. En effet, les modèles théoriques de l'appropriation d'une expérience de consommation et d'un produit alimentaire envisagent une forme circularité entre leurs différentes séquences, les individus pouvant passer d'une séquence à une autre sans linéarité. Nous supposons alors que les dimensions de l'appropriation du service sont imbriquées et liées (par exemple : la connaissance du service et la maîtrise du service ou la création et la possession psychologique du service).

Les résultats montrent la fiabilité de la mesure globale et pour chaque dimension. La structure en six facteurs proposée restitue un peu de moins de 67% de la variance totale. Toutefois, suivant nos critères de purification, deux items ont été supprimés. Les indicateurs de fiabilité (total et pour chaque dimension) sont tous acceptables exceptées pour la dimension création dont l'alpha de Cronbach est légèrement inférieur à 0,7.

Items	Com	F1	F2	F3	F4	F5	F6
CON1 - J'ai l'impression de bien connaître ma formation	.786						.781
CON3 - D'une manière générale, je me considère bien informé(e) sur ma formation	.755						.828
CONSC2 - Je vois bien les différentes tâches que je dois réaliser pour réussir et obtenir mon diplôme	.596					.581	
CONSC3 - Je conçois bien ce qu'on attend de moi dans cette formation	.692					.644	
AI1 - Ma formation m'a conduit à changer mes habitudes	.703		.808				
AI2 - Ma formation m'a conduit à changer mon rythme de vie	.627		.714				
AI3 - Avec cette formation, j'ai adapté ma façon de travailler au quotidien	.803		.872				
AI4 - Depuis que je suis cette formation, je m'organise différemment	.746		.838				
M1- J'ai le sentiment de maîtriser ce que je fais dans cette formation	.618			.592			
M3 - Je me sens capable de suivre cette formation	.560			.613			
M4 - Il m'est facile de réaliser les tâches que je veux faire dans cette formation	.688			.822			
M2 - J'ai l'impression de maîtriser les tâches qu'on attend de moi	.805			.929			
M5- J'ai la sensation de bien me débrouiller avec ce que je dois faire au sein de cette formation	.686			.626			
M6 - Je me sens apte à suivre cette formation de manière autonome	.406			.457			
CR3 - Je pense avoir personnalisé ce que je fais dans la formation	.746				.804		
CR1 - J'ai la sensation de m'être constitué un parcours spécialisé à travers mes stages et projets	.576				.707		
CR2 - J'ai le sentiment de m'être créé mon propre parcours de formation	.642				.664		
PP1 - Je peux dire que la formation m'appartient	.681	.586					
PP3 - Quand je pense à cette formation, je pense à MA formation	.535	.627					
PP2 - Je parle de ma formation comme de MA formation	.743	.838					
PP4 - Ce diplôme, c'est MA formation	.786	.837					
PP5 - J'ai l'impression que ce diplôme, c'est un peu moi	.641	.725					
PP8 - Aujourd'hui, je me suis totalement approprié(e) cette formation	.551	.545					
Valeur propre		5.712	3.463	1.907	1.704	1.578	1.006
Variance expliquée		24.835	15.058	8.293	7.410	6.862	4.373
Variance totale	66.830						
Alpha par facteur		0,799	.837	.829	.642	.739	.857
Alpha total	0,828						

Tableau : Résultats de l'Analyse Factorielle Exploratoire ACP avec rotation oblimes

ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE DE L'ÉTUDE QUANTITATIVE

Votre diabète et sa prise en charge

Bonjour et merci de participer à cette enquête !

Cette étude a pour but de recueillir **vos perceptions et votre ressenti concernant la prise en charge** quotidienne de votre diabète.

Vous ne recevrez aucune proposition commerciale à l'issue de ce questionnaire, il s'agit d'une étude strictement anonyme et à but universitaire.

Elle est menée, en étroite collaboration avec l'Association Française des Diabétiques, par l'Université de Montpellier.

Ce questionnaire dure **20 minutes** environ.

Merci de lire chaque question, en prenant votre temps.

Il n'y pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Nous sommes surtout à la recherche de réponses les plus sincères...

Merci par avance,

Mathieu Mifsud

Doctorant / Chercheur

Université Montpellier

Laboratoire Montpellier Recherche en Management

Cliquez sur suivant pour débiter le questionnaire.



Votre profil général

Tout d'abord, nous souhaitons faire davantage connaissance avec vous.

Les prochaines questions concernent la **prise en charge de votre diabète de manière générale**.

Merci de prendre le temps de lire chacune des questions et de répondre de la manière la plus sincère possible.

Votre profil général

Êtes-vous diabétique?

- Oui
- Non

Quel est votre type de diabète ?

- Diabète de type 1 (insulino-dépendant)
- Diabète de type 2 (non insulino-dépendant)
- Diabète gestationnel (diabète se manifestant pendant la grossesse)
- Je ne sais pas

A quel âge environ, avez-vous appris que vous aviez du diabète ?

Votre suivi médical en lien avec le diabète

Actuellement, quel type de traitement suivez-vous ?

- Par médicaments oraux (comprimés)
- Par injection (insuline ou autre médicaments à la place de l'insuline)
- Par pompe à insuline
- Aucun traitement (en dehors du régime alimentaire)

Si vous avez un traitement par injections, combien d'injections faites-vous ?

- Moins d'une injection par jour
- Une injection par jour
- Deux injections par jour
- Plus de deux injections par jour
- Je ne sais pas

Dans le cadre du suivi médical pour votre diabète

L'année dernière, vous avez vu...

	Jamais	Rarement (1 fois)	Parfois (2 à 3 fois)	Souvent (4 à 5 fois)	Très souvent (plus de 5 fois)
Un diététicien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une infirmière	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un médecin spécialiste (endocrinologue, diabétologue...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un médecin traitant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Le contrôle de votre glycémie

Qui contrôle votre glycémie au quotidien?

- Vous-même
- Un proche (famille, conjoint(e), ami(e)s...)
- Une infirmière
- Je ne contrôle pas ma glycémie au quotidien

Ce contrôle est généralement effectué

- Moins d'une fois par jour
- 1 fois par jour
- 2 à 3 fois par jour
- 4 fois par jour (avant les repas et avant le coucher)
- Plus de 4 fois par jour

Le contrôle de votre glycémie est généralement réalisé avec

- Un lecteur de glycémie avec bandelette
- Un lecteur de glycémie sans bandelette
- Un lecteur de glycémie connecté (iBGStar, MyGluco)

Vos pratiques de santé

Au cours du dernier mois, avez-vous utilisé Internet pour effectuer une recherche en lien avec votre diabète ?

- Oui
- Non

Sur internet, à quelle fréquence consultez-vous les informations suivantes ?

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Des informations sur l'activité physique à pratiquer (types et temps d'activité recommandés...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des informations sur votre alimentation (plats et aliments recommandés)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des informations sur votre traitement (médicaments, conseils sur l'auto-surveillance de votre diabète)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Au cours du dernier mois, combien de fois environ avez-vous consulté ?

(Poussez le curseur vers la droite pour indiquer votre réponse)

	0 (jamais)	30 (tous les jours ou presque)
Un forum de discussions santé (doctissimo, aufeminin etc..)	<input type="text"/>	
Un site d'association de patients (Association Française des Diabétiques, Aide aux Jeunes Diabétiques, Ligue des diabétiques de France etc...)	<input type="text"/>	
Un réseau social de patients (Carenity, Entrepatients etc...)	<input type="text"/>	
Un site d'information santé (passeportsante.fr, amelisante.fr, santepratique.fr, sophia etc...)	<input type="text"/>	

Pour ces informations, vous utilisez

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Un ordinateur fixe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un ordinateur portable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un smartphone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une tablette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pour finir, sur Internet, vous vous sentez être un patient ...

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
Spectateur : "Je vais sur Internet et je ne fais que lire des informations ou des forums de santé"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Collaborateur : "Je vais sur Internet, je suis inscrit(e) à un ou plusieurs forum(s), je lis les messages et échange avec d'autres patients"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Créateur : "Je vais sur Internet, je suis inscrit(e) à un (ou plusieurs) forum(s), je crée mes propres groupes de discussion, blogs, plateformes etc..."	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Réfractaire : "Pour ma santé, Internet ne sert à rien"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Les applications de santé et vous

Les prochaines questions concernent votre rapport aux applications de santé.

Utilisez-vous une application santé pour votre diabète (application sur smartphone ou tablette)

- Oui
- Non

Plus spécifiquement pour votre diabète, vous utilisez principalement :

- Diabeo
- Diabteam
- Diaphone
- Mon glucocompteur
- IBGstar
- Mobidiab
- Une autre application, précisez :

Une autre application, précisez : :

Au cours du dernier mois, vous avez utilisé cette application

0 (jamais)

30 (tous les jours ou presque)

Vous utilisez cette application

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
A votre domicile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A votre travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pendant une activité (sport, activités physiques etc...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lors de vos déplacements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lorsque vous utilisez cette application, vos actions concernent...

	Jamais	Rarement (moins d'une fois sur 4)	Parfois (environ 1 fois sur 2)	Souvent (environ 3 fois sur 4)	Très souvent
Votre traitement et le contrôle de votre glycémie (rappel de la prise de votre traitement, carnet d'auto-surveillance digital etc...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre alimentation (conseil sur les plats recommandés, estimation des apports de glucides contenus dans un plat etc..)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vos activités physiques (planification et suivi de vos activités physiques etc...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Enfin, dans le cadre de votre diabète, utilisez-vous le dispositif de l'assurance maladie SOPHIA ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Votre programme de soin

Dans les prochaines questions, nous désignerons par programme de soin votre prise en charge actuelle.

Ce programme correspond :

- **Aux soins que vous recevez** : ce que les professionnels de santé font pour vous (consultation médicale, diagnostic, contrôle et suivi, renouvellement d'ordonnance, éducation thérapeutique, etc...)

- **Mais également à votre participation dans ces soins** : les tâches que vous réalisez pour gérer votre diabète (contacter votre médecin traitant, suivre votre traitement, contrôler votre glycémie, vous informer, respecter une alimentation saine et équilibrée, pratiquer une activité physique etc...)

Merci de prendre le temps de lire chacune des questions et de répondre de la manière la plus sincère possible.

Concernant votre connaissance du programme de soin, vous diriez...

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
J'estime bien connaître ma pathologie, ses symptômes et comment y faire face	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour mon entourage, je suis quelqu'un qui connaît bien sa pathologie et son programme de soin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai l'impression de bien connaître mon traitement et les conduites à suivre pour soigner mon diabète	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comparé à la plupart des patients, je sais pas mal de choses à propos de mon diabète et mon programme de soin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je connais bien le programme de soin dans lequel je m'inscris	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En ce qui concerne votre participation dans ce programme de soin,

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
Je comprends bien ce qu'on attend de moi dans ma prise en charge (respect de repas équilibré, activité physique, prise de médicaments réguliers ou prise d'insuline)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai conscience de ce que je dois faire pour être en meilleure santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je vois bien les différentes tâches que je dois réaliser pour gérer mon diabète	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai conscience des tâches que les professionnels de santé attendent de moi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Concernant votre quotidien, vous diriez « mon programme de soin m'a conduit à »...

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
Changer mes habitudes alimentaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organiser différemment mes journées (pratique sports et/ou activités physiques)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adapter ma façon de vivre au quotidien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Changer mon rythme de vie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Comment percevez-vous les tâches que vous faites dans ce programme de soin ?

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
J'ai le sentiment de maîtriser ce que je fais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens capable de me prendre en charge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il m'est facile de réaliser les tâches qui me sont demandées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai l'impression de maîtriser les tâches que les professionnels de santé attendent de moi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai la sensation de bien gérer les tâches demandées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Par rapport au programme de soin proposé, vous diriez...

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
J'ai la sensation de créer des repas adaptés à mes goûts et aux recommandations du médecin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai le sentiment de pratiquer une activité physique qui me correspond et convient aux conseils de mon médecin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai le sentiment d'adapter mon traitement à ma vie de tous les jours	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai le sentiment de choisir les éléments de mon programme de soin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai le sentiment d'avoir adapté ce programme à ma vie de tous les jours	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai la sensation de m'être constitué(e) un programme de soin qui me correspond	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Enfin, concernant votre programme de soin, vous diriez...

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
Aujourd'hui, je me suis totalement approprié(e) mon programme de soin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'en ai pleinement pris possession	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ce programme, il fait un peu partie de moi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ce programme est indissociable de ma vie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je parle de mon programme de soin, comme de MON "programme à moi"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour moi, chaque diabétique met un peu de lui dans le programme qu'il suit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ce programme de soin m'appartient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Votre satisfaction en général

Pourriez-vous indiquer votre degré de satisfaction vis-à-vis du programme de soin?



Concernant votre satisfaction générale dans la vie, vous diriez

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
En général, ma vie correspond de près à mes idéaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mes conditions de vie sont excellentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis satisfait(e) de ma vie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de la vie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Votre participation dans le soin

Que faites-vous dans votre programme de soin ?

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
J'accomplis les tâches que les professionnels de santé attendent de moi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je fais toutes les tâches qui me sont demandées dans mon programme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis les directives qui font partie de mon programme de soin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'aide les professionnels de santé en fournissant les informations qu'il me demande	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je réponds aux questions que les professionnels de santé me posent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Enfin, en ce qui concerne votre médecin et les autres patients...

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
Quand j'ai un problème, je n'hésite pas à en faire part à mon médecin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dès que je le peux, je donne mon avis à mon médecin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si j'ai des idées pour améliorer mon soin, j'en fais part à mon médecin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je parle positivement de mon médecin à mon entourage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai tendance à recommander mon programme de soin (autres que médicaments) à d'autres patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je propose mon aide à d'autres patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai appris à d'autres patients à mieux gérer leur diabète	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai expliqué à d'autres patients comment être à l'aise dans la prise en charge de leur diabète	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je donne des conseils à d'autres patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dans le futur, je serai prêt(e) à venir témoigner de mon expérience dans la prise en charge du diabète	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je m'implique dans des associations de patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Concernant plus spécifiquement votre traitement, votre alimentation et votre activité physique, vous diriez ...

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
Je prends toujours mes médicaments antidiabétiques (ou mes injections) comme ils m'ont été prescrits	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il m'arrive de ne pas prendre mon traitement (ou mes injections) parce que, certains jours, ma mémoire me fait défaut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il m'arrive de ne pas prendre mon traitement (ou mes injections) parce que, certains jours, j'ai l'impression que mon traitement me fait plus de mal que de bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je surveille ce que je mange au quotidien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je pèse ce que je mange	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je fais attention à ne pas manger des plats ou aliments qui seraient mauvais pour mon diabète	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je regarde la composition des plats et des repas que je mange	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je respecte certains principes diététiques simples	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je pratique une activité physique régulière (marche rapide, vélo, course à pied, natation ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il m'arrive de ne pas prendre ma voiture volontairement pour marcher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je fais des efforts pour marcher le plus possible	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quelques dernières informations vous concernant...

Vous êtes

- Un homme
- Une femme

Quel est votre statut marital?

- Célibataire
- Marié(e), pacsé(e) ou vivant en couple
- Divorcé(e) ou séparé(e)
- Veuf(ve)

Quel est votre âge?

Dans quelle ville habitez-vous?

Quelle est votre nationalité?

De combien de personnes se compose votre ménage (y compris vous-même) ?

- Une personne seule, moi-même
- Deux
- Trois
- Quatre
- Cinq
- Plus de cinq personnes

Vous êtes :

- Actif (activité rémunérée)
- En interruption de carrière (congé parental, recherche d'emploi, au foyer)
- En maladie de longue durée
- Etudiant
- Autre, précisez :

Autre, précisez : :

Plus précisément vous êtes :

- Ouvrier non qualifié
- Ouvrier qualifié
- Employé (par exemple dans la fonction publique, policier, militaire, entreprise, commerce)
- Professions intermédiaires (par exemple infirmier(ère), instituteur, clergé, technicien, contremaître)
- Cadre ou profession intellectuelle supérieure
- Agriculteur exploitant
- Artisan, commerçants, chef d'entreprise

Quelle est votre taille? (en centimètres)

Quelle est votre poids? (en kilogrammes)

VU et PERMIS D'IMPRIMER



A Montpellier, le 11 octobre 2016

Le Président de l'Université de Montpellier

Philippe Augé