

**L'effet modérateur de l'empowerment dans la relation utilisation d'internet en matière
de santé et prise de décision partagée entre patient et médecin**

Meryem ZOGHLAMI

Maître assistante

Faculté des Sciences Economiques et de Gestion de Tunis

Université de Tunis El Manar

Laboratoire de recherche : Entreprise et Recherche en Marketing (ERMA)

Email : meryem.zoghlami@gmail.com

Campus Universitaire - B.P. 248 - El Manar II - 2092 Tunis

Salma AYEB

Docteur en Marketing

Faculté des Sciences Economiques et de Gestion de Tunis

Université de Tunis El Manar

Laboratoire de recherche : Entreprise et Recherche en Marketing (ERMA)

Email : salma.ay@gmail.com

Campus Universitaire - B.P. 248 - El Manar II - 2092 Tunis

Kaouther SAIED BEN RACHED

Professeure des Universités

Faculté des Sciences Economiques et de Gestion de Tunis

Université de Tunis El Manar

Laboratoire de recherche : Entreprise et Recherche en Marketing (ERMA)

Email : benrached.kaouther@yahoo.fr

L'effet modérateur de l'empowerment dans la relation utilisation d'internet en matière de santé et prise de décision partagée entre patient et médecin

Résumé

Cet article examine les relations entre l'utilisation d'internet en matière de santé par le patient, l'empowerment et la prise de décision relative au traitement. Une enquête quantitative menée auprès de 114 patients souffrant d'une maladie chronique permet de mettre en évidence l'impact de l'utilisation d'internet en matière de santé sur la prise de décision partagée. L'étude se penche également sur l'effet modérateur de l'empowerment du patient. Les résultats révèlent que le lien utilisation d'internet en matière de santé et prise de décision partagée est plus fort pour un niveau élevé d'empowerment.

Mots clés : Utilisation d'internet, relation médecin-patient, prise de décision partagée, empowerment.

The moderating effect of empowerment in the relationship Internet use in health and shared decision-making between patient and doctor

Abstract

This article examines the relationship between internet use of patient health, empowerment, and treatment decision making. A quantitative survey of 114 chronically ill patients highlights the impact of internet health use on shared decision-making. The study also looks at the moderating effect of patient empowerment. The results reveal that the impact of internet health use on shared decision-making is stronger for a high level of empowerment.

Keywords: Internet use, doctor-patient relationship, shared decision-making, empowerment.

Introduction

En matière de santé, force est de constater que la relation de soins a changé sur plusieurs niveaux (Pellerin 2002 ; Pierron 2007). Une approche appelée « coopération et conseils » a commencé à orienter les rapports médecin- patient (Szasz et Hollender, 1956 : Kaba et Sooriakumaran, 2007). À présent, la place du patient change, il est désormais, considéré comme une personne à part entière capable de faire ses propres choix et d'aspirer à des échanges fructueux avec son médecin (Kaba et Sooriakumaran, 2007 ; Griffiths et al. , 20 12). De nouveaux éléments s'invitent dans la relation patient-médecin : revendication des droits des patients, disparition du paternalisme médicale, la demande croissante d'information de la part des patients, l'émergence des associations de patients. Ces éléments prouvent bien que l'opinion du patient est importante et doit être, désormais prise en compte. Il est donc essentiel d'inclure le patient dans la décision, entre les résultats scientifiques et le médecin. (Gay, 2002).

Les sites qui offrent au patient la possibilité d'accéder aux services de santé via internet (informations, conseils, prises de rendez-vous, prescriptions pour certains cas bien identifiés) sont des innovations intéressantes (Centola et Rijt, 2014). Ils contribuent à rendre la médecine plus interactive. Plusieurs études (Bali et Lillis, 2001 ; Wald et al. 2007, Erderm et Harrison-Walker, 2006 , Shaw et al., 2009 ; Bartlett et Coulson, 2011) ont montré l'effet de l'utilisation d'internet sur la manière dont les patients gèrent leur santé et sur les rapports qu'ils entretiennent avec leurs médecins (Small *et al.* , 20 13).

Dans ce mouvement d'émancipation du patient, le concept d'empowerment prend de l'importance. En sciences sociales, il consiste à « acquérir la force, la confiance, et la vision permettant de faire émerger des changements positifs dans la vie de chacun, dans une démarche individuelle et collective » (Eade, Williams, 1995). Il est fréquemment utilisé dans le débat reliant le secteur de santé à internet (Chin, 2000 ; Eysenbach, 2001 ; Metcalf et al ; 2001), et se définit comme un processus permettant aux gens « d'augmenter et d'améliorer le contrôle de leurs santés » (Gibson, 1991 ; Ouschan *et al.* , 2006).

Conformément aux travaux antérieurs (Cotten et Gupta, 2004 ; Coulson *et al.* , 2007 ; De Clercq et Sapienza, ,2006 ; Brodie *et al.* , 2013) qui mettent en évidence l'influence de l'empowerment sur le partage d'informations dans les relations d'échanges patient-médecin, nous nous concentrerons sur la façon dont cet élément affecte la relation utilisation d'internet –prise de décision concernant le traitement. En effet, nous avançons l'idée selon laquelle

l'empowerment du patient facilite sa capacité à exploiter le potentiel d'internet en matière de santé en améliorant la qualité des connaissances échangées avec son médecin pour aboutir à une prise de décision partagée.

Nous considérons que les patients ayant un empowerment élevé présenteront une relation plus forte entre l'utilisation d'internet en matière de santé et de la prise de décision partagée concernant leurs traitements.

D'où notre problématique : Comment l'empowerment du patient influence sa capacité à exploiter les opportunités offertes par internet en vue de participer à la prise de décision concernant son traitement ?

Pour répondre à cette problématique, nous avons essayé d'étudier la relation entre l'utilisation d'internet et la prise de décision partagée entre patient et médecin et d'évaluer le rôle modérateur de l'empowerment du patient dans cette relation.

Ci-dessous, nous présentons brièvement les concepts centraux, nos hypothèses de recherche, ainsi que le modèle à tester. Nous énonçons ensuite la méthodologie utilisée et les principaux résultats obtenus. Enfin, nous finirons par présenter les contributions théoriques et managériales de l'étude.

Le cadre conceptuel et les hypothèses de recherche

Utilisation d'internet en matière de santé et prise de décision partagée

Selon Potter et McKinlay, (2005), la montée en puissance du consumérisme médical a renforcé la position du patient en lui octroyant le droit de contester l'avis de son médecin et de chercher à acquérir les connaissances nécessaires pour décider d'une façon autonome. Ils jouissent d'un plus grand niveau de contrôle et de plus de responsabilités pour gérer efficacement leur santé (Kaba et Sooriakumaran 2007). Ils s'interrogent sur leurs états de santé, analysent et discutent le diagnostic, montrent leurs inquiétudes et expriment leurs attentes et préférences à propos des traitements (Street et al., 2005). La médecine, aujourd'hui, se trouve dans l'obligation d'adopter une approche basée sur la coopération en encourageant dans les rapports la participation mutuelle, le respect et le partage de décision avec chaque patient (Kaba et Sooriakumaran, 2007).

D'ailleurs, la relation patient –médecin a été depuis toujours dominée par le pouvoir du médecin. Les médecins étaient considérés comme des experts dans le monde des soins. Les patients qui sont soumis aux règles de cette relation et qui incarnent de la meilleure manière « le rôle du malade » (Dickerson et Brennan 2002), adoptent souvent l'avis du corps médical à cause du manque de connaissances et d'aptitude pour prendre les décisions appropriées à leurs états.

Force est de constater que l'intégration du web dans la relation patient médecin favorise l'émergence de nouveaux modèles coopératifs. De nouveaux avantages s'offrent aussi bien au patient qu'au médecin : une meilleure communication, un libre accès à l'information, la participation du patient à la prise de décision (Jiang et al., 2015). Ainsi, les avancées d'internet en matière de santé et de l' émergence de patients informés ont favorisé le changement des prestations de service de santé. Aspirant à devenir des partenaires dans le traitement de leur propre état de santé et à profiter des outils en ligne - portails sur la santé, site web de médecins et e-mail , ces nouveaux patients « consommateurs de la santé » participent progressivement et activement.

De ce fait, les professionnels sont entrain de s'ajuster aux besoins de ce patient qui est plus informé et plus réceptif aux arguments ce qui le rend plus responsable dans son comportement. Internet favorise également le pouvoir de voix du consommateur en lui permettant d'exprimer et de diffuser ses avis, positifs et/ou négatifs au plus grand nombre de personnes (Labrecque et al, 2013).

Dans la présente recherche, l'utilisation d'internet en matière de santé fait référence à l'utilisation du patient de différents services de santé fournis via Internet (Mukherjee and McGinnis ,2007). Elle peut être présentée sous différentes formes : les sites web dédiés à la santé (recherche d'articles scientifiques sur des maladies ou des traitements précis,...), la participation à des communautés en ligne de patients ou groupes de discussion, la communication électronique entre patient et médecin, la gestion des données personnelles de santé.

L'impact de l'utilisation d'internet sur la relation patient- médecin a été largement montré dans la littérature sur le comportement du patient (Lumpkin et Dess, 2001; Wiklund et Shepherd, 2005; Li Y-H, et al. 2009 ; De Clercq, et al. 2010). Selon Leaffer et Gonda (2000), la plupart des patients qui cherchent de l'information sur internet et qui en ont discuté avec

leurs médecins sont plus satisfaits de leurs traitements. En effet, acquérir des connaissances via internet permet de rendre les traitements plus accordés avec les préférences des patients (Stevens, 2000). Ce qui permet de renforcer leur niveau de satisfaction à l'égard des traitements administrés (Wilkins, 1999), des décisions entreprises (Holmes-Rovner, 2001), de la visite médicale en général et du médecin traitant. (Khechine, Pascot et Prémont, 2006). La médecine adopte, alors, le modèle de décision « partagée » qui est caractérisée principalement par : un échange bilatéral d'informations : transmission des connaissances du médecin au patient et en retour les préférences du patient à son médecin ; une interaction et un partage entre médecin et patient dans le processus de prise de décision concernant les choix thérapeutiques. (Batifoulier et al, 2006).

En effet, le modèle de prise de décision partagée, est un mécanisme qui permet de réduire l'information et l'asymétrie de pouvoir du médecin en augmentant l'information du patient, le sens de l'autonomie et/ou le contrôle sur les décisions de traitement qui peut affecter leur bien-être (Emanuel et Emanuel, 1992). C'est un processus de collaboration entre les patients et les médecins afin de prendre des décisions ensemble, en tenant compte d'une part, des meilleures données scientifiques disponibles, des connaissances et des dernières preuves et d'autre part, des valeurs, des expériences et des préférences du patient. Ce processus offre aux patients le soutien dont ils ont besoin pour prendre les meilleures décisions en matière de soins individualisés, tout en permettant aux médecins de se sentir confiants dans les soins qu'ils prescrivent.

Pour les patients, la prise de décision partagée signifie « une volonté de participer au processus de décision et assumer la responsabilité de divulguer les préférences, poser des questions, évaluer les alternatives de traitement et de formuler une préférence de traitement » (Stevenson et al, 2000).

Ainsi, l'utilisation d'internet dans un contexte médical, que ce soit dans un objectif informationnel (échange de connaissances médicales ou recherche de l'information médicale) ou émotionnel (partage d'expériences personnelles et de vécus entre malades) influence directement les relations de patients à médecins (Coulson et al. 2007 ; Ommen et al. , 2008). En ayant recours à internet, les patients construisent une forme d'expertise médicale qui les amène à vouloir participer en consultation et exiger plus de contrôle. Ils gagnent en pouvoir et deviennent plus indépendants. Cette nouvelle forme de patients souhaite développer et maintenir des relations durables avec le médecin à travers une collaboration totale entre les deux parties (Van der Eijk *et al.* , 2013)

De même, la relation de partenariat médecin-patient permet d'éviter un gaspillage de temps et de ressources en apportant aux patients de l'orientation voire même des réponses à des questions qui auraient nécessité des consultations (McMullan, 2006 ; Erdem et Harrison-Walker, 2006).

D'où notre première hypothèse :

H 1 : L'utilisation d'internet en matière de santé par le patient influence positivement la prise de décision partagée thérapeutique.

Rôle modérateur de l'empowerment

Plusieurs travaux montrent que l'impact des stratégies d'empowerment des patients, sur la santé, peut se manifester de différentes manières (Wallerstein, 2006) :

- De manière directe, au travers d'une amélioration de l'efficacité des prises de décision individuelles et de la gestion des complications de la maladie, et de l'adoption de comportements plus favorables à la santé (Lorig et al, 2003, 2001 ; Tsay et Hung , 2004),

- De manière indirecte, grâce au renforcement des groupes de soutien, à la responsabilisation par rapport aux soins, à une satisfaction accrue vis-à-vis des relations soignants-soignés, ainsi qu'à un meilleur accès aux soins et une utilisation plus efficace et moins fréquente des services de santé (Lorig et al, 2003, 2001 ; Endicott L et al , 2003), à un niveau d'éducation personnelle plus élevé (Collins et al, 1998) et à un meilleur état de santé (Melnik et al,2004).

L'approche «patient» représente un enjeu capital pour la médecine moderne, car elle diminue le recours aux ressources médicales, elle renforce la communication médecins-patients, et elle favorise l'adhésion aux traitements (Van der Eijk et al. , 2013). Suite à une reconsidération du rôle du patient, les médecins doivent en conséquence chercher les raisons de la visite du patient, appréhender et identifier son environnement et arriver à un consensus sur la solution possible (Griffiths et al. , 2012). En plus, ils devront maintenir et conserver la qualité de relation et notamment, encourager leurs patients à l'adoption de bonnes pratiques en matière de santé. De cette façon, ils incitent leurs patients à s'informer et à participer pour discuter des informations trouvées en consultation (Griffiths et al. , 2012).

Ouschan *et al.* (2006) postulent que l'empowerment peut être appréhendé à travers trois dimensions. La première dimension se manifeste sous forme de *contrôle du patient qui*

désigne le niveau d'adhésion psychosociale du patient à la maladie, sa volonté, ses capacités et son degré de maîtrise des symptômes, de l'avancement de la maladie et de la démarche des soins (Ouschan *et al.* , 2006). En effet, c'est le degré de la maîtrise de la situation, de la prise en main en gérant, entre autres, efficacement les symptômes. Selon Korp, (2006), l'information et la connaissance auxquels le patient a accès, sur internet, peuvent avoir un impact significatif sur sa manière de vivre sa maladie et sur son auto contrôle.

La deuxième dimension est la *participation des patients* qui s'exprime à travers le comportement des patients en consultation. Elle décrit leurs attitudes face aux décisions médicales prises lors de l'entrevue et leurs façons d'agir pour les influencer (Ouschan *et al.* , 2006). Cette dimension renvoie à l'implication des patients dans la prise de décisions quant au traitement à choisir. Cette participation est fondée sur les interactions entre patient et médecin dans lesquelles le patient cherche et fournit des informations pour faciliter le diagnostic, en exprimant ses préférences en matière de traitements et en contribuant au choix de l'alternative la plus adéquate avec ses convictions (Small *et al.* , 2013). La participation aide à l'adoption de traitements spécifiques et personnalisés (Ouschan *et al.* , 2006).

Enfin, la dernière dimension est *le support du médecin* qui renvoie à l'aide que fournit le médecin à ses patients en vue d'acquérir certaines compétences à travers l'éducation, la connaissance de soi et le support émotionnel (Ouschan *et al.* , 2006). D'après Lemire *et al.* (2008), « *les médecins se retrouvent désormais à soigner des individus capables de prendre de meilleures décisions, de mieux comprendre les informations médicales et enfin, de mieux adhérer aux traitements* ». Ils auront à être plus réceptifs et plus disponibles pour répondre à des questions plus spécifiques, à expliquer la pertinence des traitements qu'ils préconisent (Lemire *et al.* 2008). En effet, l'information offerte en ligne permet aux internautes d'aboutir à une connaissance plus diversifiée et plus riche par rapport à celle fournie lors des consultations avec le médecin. Le médecin peut se retrouver, alors, devant un patient plus informé ou qui se voit plus informé. (Shaw et Baker, 2004 ; Ziebland, 2004 ; Henwood *et al.*, 2003 ; Hogg *et al.* 2003)

En effet, à mesure que les patients utilisent internet, ils s'éduquent et deviennent plus aptes à évaluer les informations qu'ils trouvent (Sillence *et al.*, 2007). Pour les malades chroniques, cette évolution dans le comportement conduit à une participation plus active dans la gestion de leur santé. Plusieurs ont choisi l'autogestion en agissant de leur propre initiative pour améliorer leur santé et leur bien-être (Small *et al.*, 2013). Aujourd'hui, le contrôle, la

participation et les compétences des patients sont reconsidérés par le corps médical. Selon Kaba et Sooriakumaran (2007), ces variables peuvent jouer un rôle important dans la relation entre patients et médecin en instaurant une nouvelle répartition des responsabilités.

Selon De Clercq et Sapienza, (2006), les avantages tirés du partage des connaissances au sein d'une entreprise, tant en termes de volume que de qualité, peuvent être renforcés. Ainsi, nous postulons que la capacité du patient à utiliser efficacement internet en matière de santé ne peut induire une participation active à la prise de décision finale que s'il manifeste un contrôle sur sa maladie, qu'il se montre coopératif en consultation et qu'il jouit de l'aide et de support de son médecin traitant. Ainsi, une exploitation efficace des ressources médicales sur internet peut aboutir à une meilleure entente entre patient et médecin et engendre une prise de décision partagée.

S'appuyant sur l'idée que l'exploitation des ressources disponibles sur internet en matière de santé dans la relation patient- le médecin peut être optimisée par la participation du patient, le contrôle du patient et le support du médecin. Notre deuxième hypothèse se présente comme suit :

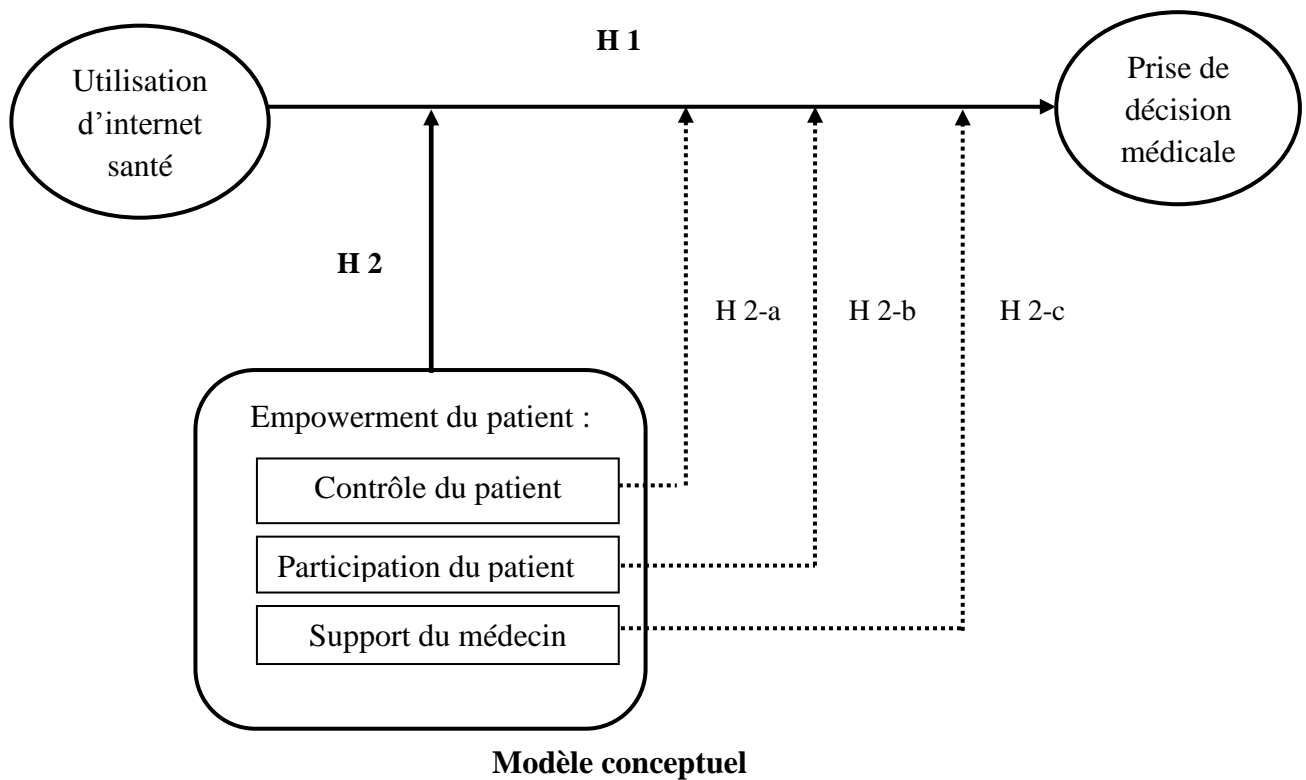
H2 : L'empowerment du patient influence la relation entre l'utilisation d'internet et la prise de décision partagée.

H2a : Le contrôle du patient influence la relation entre l'utilisation d'internet et la prise de décision partagée

H2b : La participation du patient influence la relation entre l'utilisation d'internet et la prise de décision partagée

H2c : Le support du médecin traitant influence la relation entre l'utilisation d'internet et la prise de décision partagée.

Le modèle et les relations à tester se présentent comme suit :



Méthodologie

Cette partie sera consacrée à la présentation de la méthodologie de la recherche qui porte sur la description de l'échantillon, la construction du questionnaire et la méthode d'analyse.

Choix de l'échantillon

L'objectif de cette recherche est de comprendre la nature et la spécificité de la relation entre l'utilisation internet et la prise de décision partagée et de tester le rôle modérateur dans cette relation. Pour vérifier notre modèle, nous avons mené une enquête en face à face au auprès d'un échantillon de 114 patients Tunisiens ayant une maladie chronique, au sein de cabinets de médecins spécialistes en pneumologie, endocrinologie et cardiologie. L'échantillon choisi est obtenu par une méthode d'échantillonnage non probabiliste.

L'échantillon de l'enquête finale est constitué de 114 patients chroniques. La majorité des répondants sont de sexe féminin (60,5 %), ils ont un niveau d'instruction élevé (50,9%).

L'échantillon de notre étude est constitué principalement des patient ayant une maladie d'asthme et âgés de 20-29 ans et de plus de 40 ans.

Le tableau ci-dessous montre la structure de l'échantillon

Tableau1 : Résultat de l'analyse descriptive

Sexe	
Homme	39,5%
Femme	60 ,5%
Age	
<20 ans	15,8%
20-29 ans	26,3%
30-39 ans	20,2%
>40 ans	37,7%
Type de maladie chronique	
Le diabète	41%
L'asthme	34.5%
Maladies cardiovasculaires	24.5%
Niveau de scolarité	
Primaire	17,5%
Secondaire	31,6%
Universitaire	50,9%

Echelles de mesure

Pour mesurer les variables de l'empowerement et de la prise de décision partagée, nous avons utilisé des échelles du type likert à 5 points de (1) fortement en désaccord, à (5) fortement en accord. La variable utilisation d'internet a été mesurée par une échelle à 5 point de (1) jamais, à (5) toujours. Ces échelles ont été choisies pour leurs qualités psychométriques et leur validité méthodologique.

L'échelle utilisation d'internet est issue des travaux de Khechine et al (2006). C'est une variable qui est constituée de 7 items distincts. Chacun des 6 premiers items correspond à un objectif particulier d'utilisation d'internet en matière de santé. Plus précisément, chaque item fait référence à la fréquence d'utilisation des sites de santé pour atteindre un de ces objectifs. L'analyse factorielle a montré que cette variable est unidimensionnelle.

Pour mesurer la prise de décision nous avons fait recours à l'échelle d'O'Conner (1995) et traduite par Legaré et al. (2008), cette échelle est composée de 12 items.

L'empowerment est mesuré selon Ouschan et al (2006) à travers trois dimensions : le contrôle du patient, la participation du patient et le support du médecin. Chaque dimension est composée de 3 items.

L'identification des relations entre les items des instruments de mesure est réalisée par une analyse en composante principale (ACP) avec rotation Varimax. L'ACP vise principalement la vérification de la dimensionnalité des instruments de mesure (Evrard et al., 2003 ; Malhotra, 2004 ; Carricano et Pujol, 2009) et se situe comme une étape préalable aux tests de fiabilité et de validité des mesures (Evrard et al., 2003 ; Malhotra, 2004).

La dimensionnalité de l'échelle de mesure de l'empowerment a été mesurée par chaque dimension avec les construits étudiés qui présentent des valeurs satisfaisantes (l'alpha de Cronbach est $>0,8$ pour les trois dimensions) et les tests de sphéricité de Bartlett = (0.000) sont significatifs ce qui confirme que nos données sont factorisables. Pour l'échelle de l'utilisation d'internet et la prise de décision, les résultats de l'ACP confirment l'unidimensionnalité des échelles ce qui coïncide avec la littérature. Ainsi nous pouvons conclure que les deux construits présentent une bonne fiabilité (0,871 et 0,921) et les indices KMO sont significatifs (0,771 et 0,815).

Analyse des données

Méthode d'analyse

Afin de valider nos hypothèses de recherche, nous avons opté pour la modélisation par équations structurelles. Nous avons choisi d'utiliser l'approche « Partial Least Square » PLS, car elle permet d'analyser des modèles complexes avec une taille d'échantillon relativement réduite (Cassel et al., 2000). Cette méthode est utilisée en cas de non-normalité en raison de l'hétérogénéité des groupes d'observations (Streukens et al., 2010).

Présentation des résultats

Nous allons procéder à une analyse confirmatoire, pour évaluer la qualité de mesure du modèle, suivie d'une deuxième phase afin d'évaluer le modèle structurel et de tester les hypothèses de recherche.

La fiabilité des échelles est examinée par les indicateurs de mesures qui repose sur le calcul de corrélation (loading) des mesures avec le construit respectif (Fernandes et al 2012). Le coefficient doit être supérieur à 0,6 pour les études exploratoires et à 0,7 à l'étude confirmatoire (Chin 1998).

L'analyse des résultats des contributions factorielles entre les items (Loading) est satisfaisante et bonne (entre 0,61 et 0,94) à l'exception de quelques items à savoir : les items de la prise de décision : DES5,6,7,8,9,10,11,12.

Tableau 2 : La fiabilité des items utilisés

Construits	Items	Loading
Utilisation d'internet	UI1	0,806
	UI2	0,7729
	UI3	0,1171
	UI4	0,1152
	UI5	0,0276
	UI6	0,7068
	UI7	0,7305
Prise de décision	DES1	0,6168
	DES2	0,1685
	DES3	0,0903
	DES4	0,1299
	DES5	0,8819
	DES6	0,8940
	DES7	0,9204
	DES8	0,0549
	DES9	0,4259
	DES10	0,235
	DES11	0,453
	DES12	0,234

Construits	Items	Loading
Empowerement	CTRL1	0,9318
	CTRL2	0,9106
	CTRL3	0,9297
	PP1	0,9085

	PP2	0,8625
	PP3	0,1074
	SPM1	0,8752
	SPM2	0,9390
	SPM3	0,9405

Après l'élimination des différents items, nous avons procédé à une deuxième AFC par PLS Algorithm qui nous a aboutit de conclure que, les contributions factorielles des corrélations entre les items (loading), montrent que les saturations des items sur leurs facteurs respectifs sont globalement assez bonnes (entre 0,61 et 0,94).

La validité convergente des échelles de mesure

Pour l'ensemble des construits la fiabilité des mesures est confirmée, puisque les valeurs du rhô de Joreskog sont supérieures à la valeur recommandée de 0,6 Hair et al. (2014). La validité convergente du modèle est assurée parce que les valeurs de la variance moyenne extraite (AVE) sont supérieures à la valeur recommandée de 0,5 (Fornell e Larcker 1981). En plus, l'unidimensionnalité et la fiabilité de chaque construit étaient validées par un alpha de cronbach élevé.

Les résultats issus de l'analyse confirmatoire sont présentés dans le tableau ci- dessous :

Tableau 3 : La validité convergente des construits

Construits	AVE	CR	Alpha Cronbach	Communality
Utilisation d'internet	0,5673	0,8394	0,7520	0,5673
Prise de décision	0,7220	0,9108	0,8677	0,7220
Contrôle du patient	0,8540	0,9461	0,9148	0,8540
Participation du patient	0,9024	0,9486	0,9171	0,9024
Support du médecin	0,8440	0,9419	0,8440	0,8440

La validité discriminante

Hair et al. (2014) ont vérifié la validité discriminante en s'assurant que la variance partagée entre les construits latents est inférieure à la variance partagée par un construit avec ses indicateurs (mesurée par la racine carrée de la variance moyenne extraite). Notre étude

respecte ce critère. Ce qui nous amène à conclure que la validité discriminante des échelles est respectée et bonne. Le critère le plus utilisé dans la recherche en gestion est celui de (Fornell-larcker, 1981)

Dans le tableau ci-dessous sont présentés les carrés des coefficients de corrélation qui permettent de vérifier la validité.

Tableau 4 -la validité discriminante selon Fornell-Larcker(1982)

	Prise de décision	Utilisation d'internet	Contrôle du patient	Contrôle du patient	Contrôle du patient
Prise de décision	1,000				
Utilisation d'internet	0,6917	1,000			
Contrôle du patient	0,5451	0,7577	1,000		
Participation du patient	0,1607	0,1699	0,2577	1,000	
Support du médecin	0,9866	0,6453	0,5427	0,1647	1,000

Vérification des hypothèses

Cette phase constitue une étape importante de notre recherche. Elle nous permettra, pour chaque hypothèse, de nous prononcer sur la validation ou non des relations avancées dans notre modèle.

Tableau 5 : Le résultat du test des hypothèses

Hypothèse	Impact de la réputation sur la confiance dans le médicament	B	t-valeur	Acceptation/Rejet de l'hypothèse
H1.	UIS->PD	0,387	1,6764	Acceptée
H.2.1	UIS*Ctrl -> PD	0,7822	1,7234	Acceptée
H2.2	UIS*PP-> PD	0,1191	1,7458	Acceptée
H2.3	UIS*spm -> PD	0,8788	2,2457	Acceptée

Hypothèse 1:

Cette hypothèse propose que l'utilisation d'internet ait un effet positif sur la prise de décision. Le lien structurel est significatif de ($\beta=0.387$, $t=1,6764 > 1,64$ seuil de 10%). Par conséquent l'hypothèse est validée.

Hypothèse 2 :

Cette hypothèse stipule que l'empowerement modère la relation entre l'utilisation d'internet et la prise de décision. Les résultats montrent une relation significative. D'une part, nous avons trouvé que l'interaction entre la variable contrôle du patient et l'utilisation d'internet a un effet positif sur la prise de décision médicale ($B=0.7822$, $t=1,7234 > 1,64$ seuil de 10%). Il en ressort que l'hypothèse est validée.

D'autre part, les résultats montrent que l'interaction entre « la participation des patients » et « l'utilisation d'internet » et « le support des médecins » et « l'utilisation d'internet » ont un effet positif sur la prise de décision avec des valeurs de ($B=0,1197$; $t=1,7458$) et ($B=0,8788$; $t=2,2457$). Les résultats permettent de valider ces deux hypothèses.

Discussion

Les contributions théoriques de la recherche

L'avènement d'internet comme une source de conseil dans le domaine de santé augmente les opportunités offertes au patient pour s'engager plus activement dans son propre traitement et soin. (Lovich et al, 2001). Cette recherche nous a permis, de mieux comprendre le comportement du « patient-connecté » à travers l'étude de la relation utilisation d'internet en matière de santé et le modèle de prise de décision. Ainsi, l'étude de cette relation met en

exergue la nouvelle place qu'occupe le patient dans le processus décisionnel et le système des soins.

Nos résultats postulent que les médecins se trouvent dans l'obligation de changer d'approche avec les malades en leur fournissant toutes les informations nécessaires concernant le traitement à prescrire (Kenny et al., 2010) et en les orientant vers les bonnes sources. Apporter au patient des conseils et un soutien continu, tant sous forme écrite qu'orale devient une nécessité pour une meilleure gestion de la relation (Rozmovits et Ziebland, 2004). Les médecins deviennent de véritables partenaires empathiques et amicaux avec leurs patients (Kaba et Sooriakunaran, 2007 ; Griffiths et al., 2012).

En plus, les relations mises en avant, dans la présente recherche, peuvent être considérées comme des résultats initiateurs dans l'étude du rôle modérateur de l'empowerment dans la relation utilisation d'internet de santé et prise de décision. La force de la relation entre l'utilisation d'internet en matière de santé et la nature de la prise de décision est susceptible de varier en fonction du degré d'empowerment du patient (Laschinger et al., 2004). En effet, la prise de décision partagée concernant le diagnostic n'est pas simplement la résultante d'une utilisation accrue de l'internet, mais également de caractéristiques plus personnelles telles que le contrôle, la participation du patient et le support du médecin. Ainsi, certaines personnes sont plus enclins à être plus participatives, coopératives dans la relation patient - médecin (Eby et Dobbins, 1997; Paulhus, 1983).

En outre, nos résultats montrent que pour adopter le modèle de décision partagé, médecin et patient doivent coopérer dans un contexte hautement technologique. En accédant à une information fiable et exhaustive, le patient doit exprimer une volonté de participer au processus de décision et assumer la responsabilité de divulguer ses préférences, poser des questions et évaluer les alternatives de traitement (Stevenson et al, 2000) . Cependant, les médecins doivent accepter de partager leurs connaissances et de prendre en compte les savoirs des patients, leurs valeurs, leurs représentations de la santé ou de la maladie.

Les contributions managériales de la recherche

À un niveau pratique, cette recherche montre que les patients consommateurs des services de santé sur Internet représentent, l'une des forces majeures qui mettent de la pression sur les professionnels de santé qui sont désormais, amenés à améliorer leur qualité de service et à être aussi informés que leurs patients (Greene, 2000).

Il importe de tenir compte des dimensions contrôle et participation pour faire accroître l'utilisation de l'internet - santé. Ceci est conditionné par la création de sites médicaux fiables et sécurisés, la mise en valeur de la qualité des contenus, la présence et la coopération des médecins, l'encouragement de l'échange, le soutien mutuel ... Ainsi, les concepteurs web et les professionnels de la santé auront des pistes d'action pour un meilleur usage du web en santé.

En Tunisie, malgré un effort considérable pour le développement des nouvelles technologies de l'information et de communication, l'utilisation d'Internet à des fins de santé demeure limitée. En utilisant internet au service de la santé, le corps médical peut réussir à répondre aux besoins spécifiques et immédiats de plusieurs patients et être à l'écoute d'une attente sociale forte et particulière, ce qui représente un avantage concurrentiel important.

Pour que l'utilisation d'internet par le patient soit efficace et conduit à une prise de décision partagée, il faut que le médecin tunisien ait un comportement proactif. En effet il doit se montrer préoccupé par les besoins physiques et psychosociaux des patients, il doit prêter une attention particulière à leurs problèmes à travers l'écoute et le soutien, il doit exprimer sa volonté et sa prédisposition à instaurer un partenariat , et enfin, il est nécessaire qu'il contribue à encourager et faciliter la participation du patient dans la prise de décision (Arora et al. , 2005 ; Shaw et al. , 2009 ; Lee et Lin, 2010 ; Van der Eijk et al., 2013).

La recherche permet également de mieux spécifier le profil des malades internautes qui utilisent internet à des fins de santé (empowerment élevé ou faible).

Toutefois certaines limites doivent être soulignées et qui peuvent être présentées sous forme de propositions d'amélioration futures. Comme nous n'avons pas pris en considération la variable âge, sexe, niveau d'éducation dans notre modèle, il serait intéressant, d'introduire ces variables et voir leurs effets sur la prise de décision médicale.

Références bibliographiques

Arora N. et McHorney C., (2000), “Patient Preferences for Medical” Decision Making, *Medical Care*, 38 (3): 335 - 341.

Batifoulier.P, Biencourt.O et Gadreau.M. (2006), « La politique économique de santé et l'émergence d'un consommateur de soins : la construction d'un marché », XXVIII Journées des économistes de la santé Français, 23et 24 Novembre

Cassell, J., Bickmore, T., Campbell, L., Vilhjálmsson, H., et Yan, H. (2000), “Human conversation as a system framework: designing embodied conversational agents. Dans J. Cassell, et al. (eds.), *Embodied Conversational Agents*, (p. 29-63). MIT Press, Cambridge.

Catnpbell C., (2010), “Interpersonal perception in the context of doctor- patient relationships: A dyadic analysis of doctor-patient communication”, *Social Science and Medicine*, 70: 763 - 768.

Centola D., Rijt A, (2014), “Choosing your network: Social preferences in an online health community”, *Social Science & Medicine* 1e13

Chin W. (2000), “Partial Least Square for researchers: a overview and presentation of recent advances using the PLS approach”, <http://discnt.cba.uh.edu/chin/indx.html> , 2000

Chin, W.W. (1998), “The partial least squares approach for structural equation modeling. In: Marcoulides, G.A. (Ed.), *Modern Methods for Business Research*”. Lawrence Erlbaum Associates, London, pg. 295–336.

Collins ME, Bybee D, Mowbray CT (1998), “Effectiveness of supported education for individuals with psychiatric disabilities: results from an experimental study”. *Community Mental Health Journal*, 34(6):595–613.

Cotton S.,Gupta S. (2004), “Characteristics of online and offline health information seekers and factors that discriminate between them”, *Social Science & Medicine*, Volume 59, Issue 9, Pages 1795-1806

Coulson N. , Buchanan H. et Aubeeluck A., (2007), “Social support in cyberspace: A content analysis of communication within a Huntington's disease online support group, *Patient Education and Counseling*”, 68 : 173 - 178.

- De Clercq, D., Dimov, D., et Thongpapanl, T. (2010).** « The moderating impact of internal social exchange processes on the entrepreneurial orientation-performance relationship ». *Journal of Business Venturing*, 25(1), 87–103.
- Dickerson, S.S. et Brennan, P.F. (2002).** « The Internet as a catalyst for shifting power in provider-patient relationships ». *Nursing Outlook*, 50(5), Sep-Oct, 195-203.
- Endicott ET AL (2003),** Operating a sustainable disease management program for chronic obstructive pulmonary disease. *Lippincotts Case Management*, 8(6):252–262; quiz 263–264.
- Erdem S A., Harrison-Walker JH,(2006),** “The role of the Internet in physician-patient relationships”: The issue of trust, *Business Horizons*, vol. 49, issue 5, 387-393
- Eysenbach G., (2001),** “What is e-health”, *Journal of Medical Internet Research*, 3, 2,e20 (URL: <http://www.jmir.org/2001/2/e20/>).
- Fernandes, V. (2012):** “ En quoi l’approche PLS est-elle une method a (re)-découvrir pour les chercheurs en Management” Vol, 15, n°1, pg. 102-123
- Fornell, C. et Larcker, D. F. (1981):** “ Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error. *Journal of Marketing Research*, 18(3), 39-50.
- Gibson C., (1991),** “A concept analysis of patient empowerment”, *Journal of Advanced*
- Griffiths F., Cave J., Boardman F., Ren J., Pawlikowska T., Bail R., Clarke A. et Cohen A.,(2012),** “Social networks - The future for health care delivery”, *Social Science & Medicine*, 75: 2233-2241.
- Hair, J.F., Hult, G.T.M., Ringle, C.M. Sarstedt, M. (2014):** “ A Primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM)” SAGE Publications, Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.
- Henwood, F, et al. (2003),** “Ignorance is Bliss Sometimes’: Constraints on the Emergence of the 'Informed Patient' in the Changing Landscapes of Health Information”., *Sociology of health & Illness* 25.6, 589-607
- Hogg, G., Laing, A.W. et Winkelman, D. (2003),** “The internet empowered consumer: the professional service encounter in the age of the internet”, *Journal of Services Marketing*, 17(5), pp. 476–494.
- Holmes-rovner.M, et Rovner.d.R (2001),** “Measuring improved patient choice”, *Journal of Evaluation in Clinical Practice* ,Volume 6, Issue 3, pages 263–272

Kaba R. et Sooriakumaran P., (2007), “The Evolution of doctor-patient relationship”, *International Journal of Surgery*, 5: 57-65.,

Khechine, H., Pascot,D., Prémont, P (2006), « Le rôle de l'information sur Internet dans la consommation médicale : le cas des patients canadiens francophones et anglophones », *Systèmes d'Information et Management* , Vol. 11, Iss. 3

Korp.P, (2006), « Health on the Internet: implication for health promotion », in *Health Education Research*, vol. 21, no 1, pp 78 à 86.

Labrecque, L.I., Esche,J.V, Mathwick, C., Novak,T.P et Hofacker,C.F. (2013), “Consumer Power: Evolution in the Digital Age (2013), *Consumer Power: Evolution in the Digital Age*”, *Journal of Interactive Marketing* 27, 257–269

Laschinger, S., Finegan,J.E. , Shamian,J., Wilk,P (2004), “A longitudinal analysis of the impact of workplace empowerment on work satisfaction HEATHER K”, *Journal of Organizational Behavior*, 25, 527–545

Leaffer. T et Gonda. B. (2000), “The internet: an underutilized tool in patient education”,*Computers in Nursing* 18(1), 47-52

Lemire M., Sicotte M et Paré G. (2008), « Internet use and the logics of personal empowerment in health », *Health Policy* 88; 130–140

Li, Y. H, Huang, J. W., et Tsai, M. T. (2009). « Entrepreneurial orientation and firm performance”: The role of knowledge creation process. *Industrial Marketing Management*, 38, 440–449.

LORIG KR ET AL.(2001), “Effect of a self-management program on patients with chronic disease”. *Effective clinical practice : ECP*, 2001, 4:256–262

Lorig K.R., Ritter PL., et Gonzalez VM.(2003), “Hispanic chronic disease self-management: a randomized community-based outcome trial”. *Nursing Research*, 52(6):361–369.

Lumpkin,T., et Dess.G, (2001), “Linking two dimensions of entrepreneurial orientation to firm performance: The moderating role of environment and industry life cycle”, *Journal of Business Venturing*, vol. 16, issue 5, 429-451

McMullan M., (2006), “Patients using the Internet to obtain health information: How this affects the patient-health professional relationship, *Patient Education and Counseling*, 63 : 24 - 28.

- Melnyk BM ET AL.**(2004), “Creating opportunities for parent empowerment program effects on the mental health/coping outcomes of critically ill young children and their mothers” *Pediatrics*, 113(6):e597–
- Mukherjee, A. and McGinnis, J. (2007)**, “E-Healthcare: An Analysis of Key Themes in Research. International” *Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 1, 349-363
Nursing, 16: 354- 361.
- O’conner, A.M. (1995)**: “Validation of a decisional conflict scale” *Medical Decision Making*, 1(, pg.25-30
- Ommen O., Janssen C., Neugebauer E., Bouillon B., Rehm K., Rangger C., Josef Erli H. et Pfaff H., (2008)**, “Trust, social support and patient type - Associations between patients perceived trust, supportive communication and patients preferences in regard to paternalism, clarification and participation of severely injured patients”, *Patient Education and Counseling*, 73 : 196-204.
- Ouschan R., Sweeney J. et Jolmson L., (2006)**, “Customer empowerment and relationship outcomes in healthcare consultations”, *European Journal of Marketing*, 40 (9/1 0):1068- 1086.
- Pellerin D. (2002)**, « La médecine de demain : consumérisme ou humanisme ? » , *Problèmes économiques*, n° 2750, p. 1.
- Pierron J.-Ph. (2007)**, « Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins », *Sciences sociales et Santé*, vol. 25, n° 2, p. 43.
- Potter S. et McKinlay J. , (2005)**, “From a relationship to encounter: an examination of longitudinal and lateral dimensions”, *Social Science & Medicine*, 61 : 465 - 479.
- Rozmovits L. et Ziebland S., (2004)**, “What do patients with prostate or breast cancer want from an Internet site ? A qualitative study of information needs”, *Patient Education and Counseling*, 53 : 57- 64.
- Shaw AT., Yeap BY., Mino-Kenudson M., Digumarthy SR., Costa DB., Heist RS., Solomon B., Stubbs H., Admane S., McDermott U., Settleman J., Kobayashi S., Mark EJ., Rodig SJ., Chirieac LR., Kwak EL., Lynch TJ., Iafrate AJ, (2009)**, “Clinical features and outcome of patients with non-small-cell lung cancer who harbor EML4-ALK”, *J Clin Oncol*. 10;27(26):4247-5
- Shaw J ET Baker M (2004)**, “Expert patient: Dream or nightmare?”, *British Medical Journal*, 328, 723 724.

Sillence E., Briggs P., Richard Harris P. et Fishwick L., (2007), “How do patients evaluate and make use of online health information?”, *Social Science & Medicine*, 64 (9) : 1853- 186.

Small N., Bower P., Chew-Graham C., Whalley D. et Protheroe J., (2013), “Patient empowerment in long-term conditions: development and preliminary testing of a new measure”, *BMC Health Services Research*, 13 (263): 1 - 15.

Stevenson, Fiona A., Christine A. Barry, Nicky Britten, Nick Barber, and Colin P. Bradley (2000), "Doctor-patient communication about drugs: the evidence for shared decision making", *Social Science and Medicine*, 50, 829-40.

Street Jr R., Gordon H., Ward M., Krupat E. et Kravitz R., (2005), Patient Participation in Medical Consultation: Why Some Patients Are More Involved Than Others”, *Medical Care*, 43 (10) : 960- 968.

Streukens, S., Wetzeles, M., Daryanto, A., et De Ruyter, K. (2010). « Analyzing factorial experimental data using PLS: An alternative approach and application in an online complaining context”.

Szasz T. et Hollender M., (1956), “A contribution to the philosophy of medicine: the basic model of the doctor-patient relationship”. *Arch Med*, 97: 585 - 592.

Tsay SL, et Hung LO (2004), “Empowerment of patients with end-stage renal disease – a randomized controlled trial”. *International Journal of Nursing Studies*, 41(1):59–65.

Van der Eijk M., Faber MJ., Aarts JW., Kremer JA., Munneke M. et Bloem BR., (2013), “Using Online Health Communities to Deliver Patient-Centered Care to People With Chronic Conditions”, *Journal of Medical Internet Research*, 15 (6): 115.

Wallerstein N (2006), “What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?” Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report ;

Wiklund, J., & Shepherd, D. (2005), “Entrepreneurial orientation and small business performance: a configurational approach”. *Journal of Business Venturing*, 20(1), 71-89.

Wilkins A.S (1999), “Expanding internet access for health care consumers”, *Health Care Management Review*, 24, 30-41

Ziebland S. (2004), “The Importance of Being Expert: the Quest for Cancer Information on the Internet”, *Social Science and Medicine*, 59 (9) : 1783-1793.

Annexes

Variables et items	Auteur(s)	Echelle de mesure	Dimension
<p><i>Consommation des services d'e- santé</i></p> <p>Indiquez avec quelle fréquence utilisez vous les sites de santé afin d'atteindre un de ces objectifs</p> <ul style="list-style-type: none"> -Comprendre un problème de santé ou une maladie -Rechercher un deuxième avis médical -Trouver une solution précise ou un traitement particulier à un problème de santé -Prévenir la maladie en adoptant un mode de vie sain -Communiquer avec mon médecin -Participation aux forums et groupes de discussion -D'une manière générale, estimez le nombre de fois que vous consultez les sites de santé par mois ? (répondez par un chiffre) 	<p>Khechine et al (2006)</p> <p>Lemire et al (2008)</p>	<p>Echelle à 5point « jamais, rarement, assez souvent, très souvent, toujours »</p>	<p>1</p>
<p><i>La prise de décision partagée</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Je connais les options qui s'offrent à moi -Je connais les bénéfices de chaque option -Je connais les risques et les effets secondaires de chaque option -Je suis Certain des bénéfices qui important le plus pour moi -Je suis certain des risques et effets secondaires qui important le plus pour moi -Je suis certain de ce qui est le plus important pour moi -J'ai suffisamment de soutien des autres pour faire un choix -Je fais mon choix sans pression des autres -J'ai suffisamment de conseils pour faire un choix -Je suis certain du meilleur choix pour moi -Je suis certain du choix à faire -Il m'est facile de prendre cette décision 	<p>O'Conner (1995)</p>	<p>Echelle du type likert à 5 points de (1) fortement en désaccord, à (5) fortement en accord.</p>	<p>1</p>

Variables et items	Auteur(s)	Echelle de mesure	Dimension
<p><i>L'empowerement du patient</i></p> <p>Le contrôle du patient</p> <p>-Je me sens assez responsable pour gérer moi-même ma condition</p> <p>-Je ne me sens pas plus en contrôle de ma maladie patient (inversé)</p> <p>-J'arrive à gérer les symptômes de ma maladie au quotidien</p> <p>La participation du patient</p> <p>-Je discute souvent d'informations trouvées hors des consultations avec mon médecin</p> <p>-Je pose généralement moins de questions à mon médecin lors des consultations (inversé)</p> <p>-J'oriente mon médecin vers des traitements qui correspondent plus à mes besoins</p> <p>Le support du médecin</p> <p>-J'estime que mon médecin doit me donner de l'information récente sur ma maladie</p> <p>-J'estime que mon médecin doit s'assurer que je comprenne parfaitement ce qu'il me dit</p> <p>-J'attends de mon médecin à ce qu'il m'accorde tout le temps nécessaire en consultation</p>	<p>Ouschan et al. (2006)</p>	<p>Echelle du type likert à 5 points de (1) fortement en désaccord, à (5) fortement en accord.</p>	<p>3</p>