

Vers une compréhension du comportement d'achat de forfaits médicaux à l'étranger : une approche exploratoire par la méthode du *soft-laddering* auprès de consommateurs français et québécois

Loïck Menvielle

Maitre de conférence en Marketing
Groupe EDHEC – Campus de Nice
393, promenade des Anglais,
06202 Nice Cedex 3
loick.menvielle@edhec.edu

William Menvielle, DBA

Professeur de Marketing
Université du Québec à Trois-Rivières
Département des Sciences de la Gestion
3351, boulevard des Forges, C.P.500
Trois-Rivières (Québec) Canada
G9A 5H7
1-819-376-5011 p. 3167
William.Menvielle@uqtr.ca

Nadine Tournois

Professeur de marketing (classe Exceptionnelle)
Institut d'Administration des Entreprises
Avenue E. Henriot, 06050 Nice Cedex
Nadine.tournois@unice.fr

Vers une compréhension du comportement d'achat de forfaits médicaux à l'étranger : une approche exploratoire par la méthode du *soft-laddering* auprès de consommateurs français et québécois

Résumé :

Si le tourisme médical est un thème de recherche récent, prisé par les journalistes et les médecins, il n'a pas fait l'objet de nombreuses recherches en marketing. Pourtant, comme tout acte médical, il est nécessaire que le patient minimise les risques encourus du fait de son hospitalisation dans un pays tiers. Pour mesurer ces risques et souligner les réducteurs qui y sont associés, nous avons eu recours à l'approche qualitative du *soft laddering* auprès d'un échantillon de 23 français et 22 québécois. Les résultats mettent en évidence des différences significatives de comportement entre les deux nationalités en termes de valeur, motivation et freins à l'achat.

Mots clés : Tourisme médical, risque perçu, réducteur du risque, valeurs individuelles, chaînages moyens-fins

Abstract :

If medical tourism is a recent research theme, appreciated by journalists and physicians, it has not been the object of numerous marketing researches. Nevertheless, as with any medical procedure, it is necessary that the patient minimize the risks incurred by his/her hospitalization in a third world country. To measure these risks and the factors associated to reducing them, we used the qualitative approach of *soft laddering* with 23 participants from France and 22 Quebecers. The results demonstrate significant differences of behavior between both nationalities with relation to their values, motivation and constraints to purchase.

Key-Words:, Medical Tourism, perceived risk, Personal Values, Means-End Chains

INTRODUCTION

Le Tourisme médical. Quel curieux néologisme que cette expression associant à la fois un terme dont la connotation évoque la détente, le dépaysement, le voyage, la relaxation à un adjectif qui, s'il cherche à apporter la guérison, n'en est pas moins empreint de stress pour le patient. Stress devant le diagnostic qui sera posé, stress dans l'attente des résultats d'un examen médical, stress suite à une intervention chirurgicale, etc. Ce stress peut être associé à la notion de risque, dans la mesure où ce dernier concept évoque une anxiété, qui se présente en plusieurs dimensions, qu'elles soient d'ordre psychologique, sociale, physique,...., (Bauer, 1960) mais qui est intégré au marketing dans l'étude du comportement du consommateur (Jacoby et Kaplan, 1972).

Ainsi, si le tourisme médical est souvent critiqué par la sphère médicale dans les pays occidentaux (Brun, Deau et Roffé, 2009), il constitue néanmoins un axe de développement pour des pays émergents, à tel point d'ailleurs que de nombreux acteurs s'intéressent au phénomène, qu'ils soient médecins, journalistes ou chercheurs de disciplines diverses.

Pour le touriste, les raisons évoquées pour aller se faire soigner en dehors de son pays, et expliquant l'expansion du tourisme médical, concernent l'avancée technologique des pays hôtes (40 %), la présence d'un meilleur système de santé (32 %), des délais plus courts comparativement au temps d'attente pour une chirurgie similaire dans son pays de résidence (15 %) ou encore d'une aubaine en terme de prix pratiqués (9 %) (Ehrbeck, Guevara et Mango, 2008).

La preuve de cet engouement se chiffre en millions de personnes qui voyagent vers une destination étrangère pour se faire soigner. Le site Web Health Tourism (2008) rapporte quelques statistiques en matière de fréquentation des pays étrangers pour y subir des soins. En 2008, on dénombrait plus de 1,2 million de touristes allant se faire soigner en Thaïlande, un demi-million pour Singapour (avec une projection à un million pour 2010). Pour le Costa Rica, ce serait 150000 patients étrangers qui y seraient venus en 2006, 300000 pour la Malaisie et un demi-million de malades auraient fréquenté l'Inde en 2007. Ces chiffres parlent d'eux-mêmes, et, qui plus est, sont en croissance.

Avant de se lancer dans cette aventure risquée (coût du voyage et des soins à assumer, risque de contracter une maladie nosocomiale dans des pays où le niveau d'hygiène est différent (LeBlanc, 2010), difficulté d'acceptation de l'image de soi après une chirurgie esthétique par exemple), le touriste-patient se doit de rechercher de l'information pour réduire, voire annihiler ces risques. Si la recherche d'information sur Internet constitue aujourd'hui un réflexe pour s'informer et se rassurer, le recours à d'autres sources d'informations comme les

acteurs que sont les malades ayant vécu pareille expérience, le conseil de la famille, ou de médecins, voire encore la réputation de l'établissement hospitalier, tendent toutefois à minimiser ces risques.

Notre communication s'articule ainsi autour des éléments suivants. Dans un premier temps, nous définissons le concept de tourisme médical, concept plus ancien qu'on ne le pense dans sa réalité médicale, mais plus proche de nous dans le temps pour sa mise en marché, faite bien souvent sur Internet. Nous présenterons ensuite le processus d'achat du consommateur, à la recherche d'un forfait répondant à sa pathologie, processus qui n'est pas sans contraintes. C'est dans ce cadre, que nous serons amenés à évoquer le concept de risque perçu. Cette partie précède le cadre conceptuel retenu pour cette étude.

Nous continuons ensuite avec la méthodologie de la recherche, basée sur une approche qualitative récente et originale : la méthode du chaînage cognitif des moyens-fins (Valette-Florence, 1994). Enfin, nous terminons par la présentation des résultats de la recherche, tandis que la conclusion apporte synthèse, limites et pistes prometteuses à de cette réflexion.

1. LE TOURISME MÉDICAL : DÉFINITION DU CONCEPT ET COMPORTEMENT DU CONSOMMATEUR

Au cours de cette partie, nous définissons le concept de tourisme médical et en présentons les origines et les pratiques historiques. Par la suite, nous présentons les dimensions du comportement du consommateur liées à cet achat de service spécifique.

1.1 Une définition du tourisme médical

Même si la dénomination est récente, le tourisme médical véhicule une notion beaucoup plus ancienne qu'elle n'y paraît. Bien avant le développement de pôles de compétitivités mondiaux, spécialisés dans l'accueil des patients internationaux à l'instar du quartier d'Harley Street à Londres ou de l'hôpital Américain de Neuilly, les sites antiques Grecs et Romains faisaient déjà figure de référence pour les patients en quête d'amélioration de leur état de santé. Le sanctuaire d'Asclépios à Épidaure, haut lieu de la médecine hellénique, attirait déjà bon nombre de citoyens. L'ère romaine qui suit a permis d'accéder à la démocratisation du thermalisme et de l'exploitation des biens faits des sources. Toutefois, la chute de l'empire Romain et l'époque médiévale mettront un terme à ce type de pratique médicale (Smith et Kelly, 2006).

La dénomination « tourisme médical » revêt aujourd'hui un caractère beaucoup plus mercantile, bien souvent associé à la chirurgie esthétique et au bien être. Dès lors, rien de surprenant que de voir apparaître, dans les médias, une présentation tronquée du tourisme

médical, s'attardant beaucoup plus sur les offres de chirurgie plastique que de chirurgie générale (orthopédique, viscérale, vasculaire, oncologie, etc.).

En réalité, certains chercheurs comme Garcia-Altes (2005) stipulent que le tourisme médical recouvre une pluralité de domaines de compétences et d'activités, induits par le secteur médical et s'articulant autour du préventif, du palliatif et du curatif. Nous pouvons ainsi distinguer dans la dominante du tourisme de santé ou médical deux axes principaux : le tourisme médical de bien-être ou de confort et le tourisme médical vital. Même si la frontière entre ces deux termes est ténue, il convient dans l'approche marketing et stratégique d'en préciser les différences. Pour certains, le tourisme de bien-être se définit selon des vertus curatives ou de soins chirurgicaux destinés à embellir la personne plutôt que de la soigner à l'instar de la chirurgie plastique, alors que le tourisme médical vital est avant tout de nature à répondre à de lourdes pathologies (remplacement d'une valve coronarienne, d'une prothèse de hanche,...) dont peuvent bénéficier les patients. Ainsi, le néologisme de touriste-patient est né, reflétant tout le paradoxe comportemental lié à ce type de pratique : ce sont pour la plupart des patients issus de pays occidentaux qui ont recours à des soins médicaux à l'étranger, pouvant être prolongés par une convalescence dans une infrastructure hôtelière cossue. Ces offres souvent proposées par des pays émergents permettent ainsi de pallier les carences liées aux longs délais d'attentes pour une hospitalisation ou bien encore à des prix de soins de santé prohibitifs pratiqués dans les pays occidentaux (Bovier, 2008) lorsque les patients ne bénéficient pas d'une couverture par une assurance maladie.

Avec le temps, se sont développées des spécialisations par pays, principalement au sein de pays en voie de développement ou sur la voie de la croissance. Ainsi, certains pays d'Europe de l'Est (PECO) tels que la Hongrie, la Tchéquie ou la Roumanie se sont spécialisés dans la chirurgie dentaire et attirent une clientèle d'Européens de l'Ouest, notamment des allemands, qui y viennent en voisin (Al Hamarneh, 2006). Autour du bassin méditerranéen, la Tunisie, pour sa part, s'est spécialisée dans la chirurgie esthétique. L'Asie du Sud-Est, de son côté, tire son épingle du jeu, en étant devenue, depuis plus d'une décennie déjà, un haut lieu du tourisme médical à travers le monde (Mommens, 2004).

Quelle que soit la destination choisie, le processus d'achat est sensiblement le même et commence par une recherche d'information sur le pays, la clinique, le chirurgien et tout ce qui entoure les services qui seront fournis.

1.2 Le touriste patient et son comportement d'achat d'un service de santé

La prestation médicale inhérente au tourisme médical, de même que les activités qui y sont liées et permettant de compléter cette offre (voyage, hébergement, restauration,...) constituent des services. Cette démarche étant à forte implication pour le consommateur, il doit prendre le temps nécessaire pour collecter toute l'information qui viendra minimiser son anxiété et lui permettra de choisir l'infrastructure la plus appropriée pour le soigner.

1.2.1 La remise en cause du paradigme traditionnel de services

Si le paradigme traditionnel IHIP (intangibilité, hétérogénéité, inséparabilité et périssabilité) est justifié pour certains services traditionnels (Médecin, hôtellerie, nettoyage à sec, restauration), Lovelock et Gummesson (2007), concepteurs de ce modèle, stipulent que ce modèle n'a plus toujours lieu d'être, notamment en raison de l'émergence des nouvelles technologies et de l'évolution des offres de services.

Dès lors, la tangibilisation des services peut être réelle, dans le sens où la prestation va avoir des conséquences physiques sur le consommateur. Dans le cas d'une chirurgie ou de soins esthétiques, le service consommé aura des répercussions sur l'individu, tant sur le plan physique avec des conséquences parfois irréversibles, que sur le plan émotionnel et sensoriel : vision de la salle d'opération, odeurs des produits médicamenteux etc., amenant les individus à prendre conscience de la création d'un service par un acte physique.

Dans le cas des services médicaux (service de base recherché par le consommateur) et de la convalescence dans une infrastructure hôtelière (service périphérique de l'offre de tourisme médical) le consommateur tangibilise l'offre proposée, du moins dans le moment transactionnel. L'une des questions émergentes est donc de savoir si dans la phase ante-transactionnelle, le consommateur arrive à tangibiliser mentalement l'offre de service proposée ou si cette dernière apparaît comme hermétique et pouvant être source d'incertitude et de risque. Les autres composantes du paradigme IHIP sont traditionnelles, étant donné qu'il existe bien une hétérogénéité en ce qui concerne le service proposé. Il ne peut être standardisé et dépend des caractéristiques et de l'état physique et psychologique de l'individu. Ainsi, différents comportements seront entrepris par le personnel de contact afin de réduire l'anxiété des touristes-patients. Bien évidemment comme pour d'autres services, il y a inséparabilité entre production et consommation et il ne peut être stocké.

1.2.2 Le processus d'achat des services

L'achat d'un produit peut se faire de façon réfléchie ou impulsive. Dans le cadre d'une prestation de services, le consommateur agira souvent de façon réfléchie en raison des

caractéristiques propres au service: le processus d'achat se présente ainsi sous forme d'un cheminement articulé en trois phases principales

- Une phase ante-transactionnelle (notre cadre d'étude), au cours de laquelle le consommateur prend conscience du besoin d'avoir recours à un service. Si le consommateur, n'a pas de référents par rapport au service convoité, il s'engage alors dans une recherche d'informations plus ou moins longue, en fonction de la connaissance qu'il peut avoir et de la pertinence des informations obtenues. La prise de décision qui suit l'identification du prestataire éventuel est constituée d'arbitrages et d'évaluations des options qui s'offrent au consommateur (Labelle, Colombel et Perrien, 2003). Pour Lovelock *et al.*, (2004, p 37) « *Les nouveaux utilisateurs risquent de ressentir plus fortement l'incertitude. Plus la perception du risque est grande, plus la probabilité d'être victime d'une mauvaise prestation est grande.* »
- Une phase transactionnelle, considérée comme un véritable « moment de vérité » (Grönross, 2000 ; Edvardsson *et al.*, 2000 ; Edvardsson, 1996; Normann, 1984), qui est l'étape durant laquelle le consommateur va tester et évaluer le service fourni. Le consommateur est donc largement impliqué dans cette étape, compte tenu de son rôle essentiel dans la participation et la co-production du service. Pour Shostack (1985, p 243), c'est le « moment durant lequel le consommateur interagit directement avec le service ». Le consommateur peut ainsi « expérimenter » toute une étendue de services qui seront analysés scrupuleusement lors de la phase post-transactionnelle.
- Une phase post-transactionnelle, étape au cours de laquelle le consommateur analyse la situation à laquelle il a été confronté par rapport à la représentation qu'il pouvait se faire du service avant sa prestation.

La majeure partie des risques perçus par les individus survient principalement lors de l'étape de la phase ante-transactionnelle qui soulève de nombreuses interrogations et questionnements de la part des consommateurs. L'intangibilité, caractère essentiel du service, la dématérialisation via la vente par Internet et le développement du tourisme médical ces dernières années, ne fait qu'accentuer le caractère incertain vécu par les consommateurs, augmentant de facto le risque perçu.

Ce concept de risque perçu venant d'être évoqué, il convient de le définir et de distinguer les formes de risques définies par la littérature. Ensuite, nous nous intéresserons aux réducteurs du risque.

1.2.3 Le risque perçu et les réducteurs du risque

Au cours de son processus d'achat, le consommateur peut percevoir un risque, forme d'anxiété relative à l'achat et définie selon de nombreux auteurs (Cox, 1967; Jacoby et Kaplan, 1972; Roselius, 1971; Stone et Gronhaug, 1993), comme un ensemble de six dimensions. Appliquées ici au tourisme médical, ces risques sont définis et illustrés comme suit :

- Le risque fonctionnel : caractérisé par la différence entre les attentes à l'égard des services que le patient recevra et le prix qu'il paie en échange des services reçus.
- Le risque financier : marqué par le coût supplémentaire que le client doit assumer en cas de la défaillance du service reçu. Si la chirurgie ne remplit pas ses promesses, il faut envisager le coût de nouvelles opérations, de soins post-opératoires plus longs que prévus,...).
- Le risque physique qui peut se traduire par l'impact que peut engendrer le service reçu sur la santé du consommateur. Dans le cas d'une opération, on peut évoquer des réactions ou allergies à certains médicaments, l'incompatibilité de tissus ou d'organes lors d'une greffe,... Si ce type de risque peut paraître important, il est à pondérer. En effet, dans le cadre d'une méta-analyse, des chercheurs issus du monde médical ont conclu qu'ils ne pouvaient établir de liens de causalité entre les soins reçus dans le cadre d'une prestation liée au tourisme médical et les risques sur la santé d'un patient (Balaban et Marano, 2010).
- Le risque de perte de temps: un client qui se plaint avoir perdu son temps lors d'un séjour peut être considéré comme un échec pour le prestataire de service.
- Le risque social : le service ou le produit ne correspondent pas à la personnalité du consommateur et ont un impact négatif sur sa personne. Ainsi, selon le contexte culturel du patient, les chirurgies esthétiques sont perçues de façons différentes et acceptées différemment selon la société dans laquelle vit le consommateur.
- Le risque psychologique : défini par l'insatisfaction générale suite à un mauvais achat.

Minimiser ces risques constitue donc pour le prestataire de service une priorité absolue pour attirer voire conserver ses clients. Ainsi, plusieurs stratégies existent permettant de réduire ce risque. Parmi les réducteurs possibles du risque perçu, la littérature fait état de la confiance, de la fidélité à la marque ou de l'image de marque véhiculée par l'entreprise (Taylor et Rao, 1982), mettant de nouveau en exergue le rôle de la démarche relationnelle entre consommateur et producteur (Bauer, 1960). Mais comme les cliniques médicales offrant des

prestations de tourisme médical ne sont pas toutes aussi célèbres que le *Appolo Hospital* en Inde ou le *Bumrungrad* en Thaïlande, d'autres stratégies doivent être mises de l'avant.

Dans certains cas, ce sont les relations interpersonnelles et l'entourage du consommateur qui jouent un rôle important dans la réduction du risque (Derbaix, 1983 ; Dowling et Staelin, 1994). Dans d'autres cas, les sources neutres d'informations, constituent également un réducteur pertinent du risque dans le processus décisionnel du consommateur (Dowling et Staelin, 1994).

Certains réducteurs ont cependant une prééminence par rapport à d'autres et donc un impact sur le processus décisionnel des consommateurs. La recherche d'informations fait figure de réducteur incontournable et est largement mise en évidence par la littérature en qualité d'outil destiné à aider le consommateur face à une situation qu'il peut apprécier comme risquée ou ayant des conséquences de pertes possibles (Cox, 1967 ; Locander et Hermann, 1979 ; Dowling et Staelin, 1994 ; Van den Poel et Leunis, 1996). Ainsi plus la situation est jugée complexe, plus le consommateur s'oriente vers une démarche extensive et active de recherche d'informations (Gemunden, 1985). Il y a donc une gradation du niveau de recherche d'informations en fonction de la complexité décisionnelle (Hugstadt, Taylor et Bruce, 1987).

La confiance issue de la fidélité à la marque ou à l'entreprise, mais aussi le jugement porté sur cette éventuelle relation lorsque le consommateur n'a pas de connaissance préalable à l'égard du produit ou de l'entreprise, constituent des facteurs importants de réduction du risque. Les garanties proposées aux consommateurs, la publicité, la labellisation ou le service après-vente (consultation postérieure à l'opération reçue dans le pays étranger¹) ont un impact pour réduire le risque perçu mais sont souvent conditionnés par la confiance que peut avoir le consommateur envers ces signaux (Gurviez, 2001). La source émettrice de l'information et la confiance à l'égard de celle-ci impacte très nettement le niveau de risque et le fait baisser lorsque le consommateur a confiance en celle-ci (Sirieix, 1999).

Enfin, l'avis de l'entourage, des proches du consommateur ou plus globalement le phénomène de bouche-à-oreille jouent un rôle considérable en tant que réducteur du risque. Plus le consommateur accorde de la crédibilité à la provenance des sources d'information, plus cette information est jugée fiable et pertinente, ce qui amène le consommateur à l'intégrer au niveau cognitif et ainsi oriente ou réoriente ses choix (Jacoby, Chesnut et Fisher, 1978 ; Dowling et Staelin, 1994 ; Van den Poel et Leunis, 1996).

¹ Suite à une opération dans un pays étranger, le patient peut rencontrer le chirurgien pour un bilan post opératoire, soit dans son pays de résidence (le médecin tient parfois des consultations dans certaines villes), soit être référé à un collègue de ce chirurgien, ou encore assister à une consultation virtuelle par le biais d'une webcam.

Si nous regardons les différents réducteurs mis en évidence dans les études ayant traité du sujet, l'entourage (la famille et les amis) associé au phénomène de bouche-à-oreille, font figure de réducteurs les plus cités dans les travaux de recherche. Sur l'ensemble des principales études ayant mis en évidence des réducteurs de risque, cette variable est citée et a fait l'objet de tests significatifs dans plus de 11% des travaux (tableau 1). Viennent ensuite la marque et la renommée de cette dernière qui jouent un rôle important dans l'engagement décisionnel du consommateur, ce que confirment les travaux de Aaker (1994 ; 1997) sur le rôle de la marque et valide la thèse selon laquelle la marque constitue un réducteur du risque pour le consommateur. La publicité écrite, le positionnement prix et la fidélité à la marque jouent également un rôle dans cette réduction du risque (environ 5% des études). Ces données ne précisent pas le poids ni l'intensité des réducteurs mais permettent toutefois d'apprécier leur présence tant au niveau des recherches académiques qu'opérationnelles en termes d'incidence sur le comportement des consommateurs. Le tableau 1 permet d'apprécier l'utilisation des réducteurs du risque relevés dans la littérature entre 1960 et 2005, soit 381 études, sur la base des travaux de Cases (2001) et Mitchell et McGoldrick (1996).

Tableau 1 : les réducteurs de risque à travers la littérature

Type de réducteur	Pourcentage d'études ayant mis en évidence ce réducteur	Principaux auteurs
Famille et amis (bouche-à-oreille)	11,02%	Cox et Rich (1964) ; Bauer et Wortzel (1967), Cunningham (1967), Gronhaug (1972), Mitchell et Greatorex (1989), Dowling et Staelin (1994), Van den Poel et Leunis (1996), Mitchell et Vassos (1997)
Achat d'une grande marque	6,30%	Roselius (1971), Guseman (1981), Mitchell et Greatorex (1989), Mitchell et Boustani (1994), Van den Poel et Leunis (1996)
Publicité écrite	5,77%	Bauer et Wortzel (1967), Locander et Hermann (1979), Guseman (1981), Garner et Thompson (1985), Mangold et al. (1987), Mitchell et Boustani (1994)
Conseil d'un vendeur, d'un expert	5,51%	Claxton, Fry et Portis (1974), Locander et Hermann (1979), Garner et Thompson (1986), Greatorex et Mitchell (1994)
Publicité commerciale	4,99%	Barach (1967, 1969), Perry et Hamm (1969), Locander et Hermann (1979), Garner et Thompson (1985), Garner et Garner (1985), Mangold <i>et al.</i> , (1987), Mitchell et Vassos (1997)
Fidélité à une marque/produit	4,46%	Tucker (1964), McConnel (1968), Derbaix (1983), Akaah et Korgaonkar (1988), Mitchell et Greatorex (1989), Greatorex et Mitchell (1994)
Expérience passée	3,15%	Perry et Hamm (1969), Perry et Perry (1976), Festervand, Snyder et Tsalikis (1986), Mitchell, Yamin et Pichene (1996)

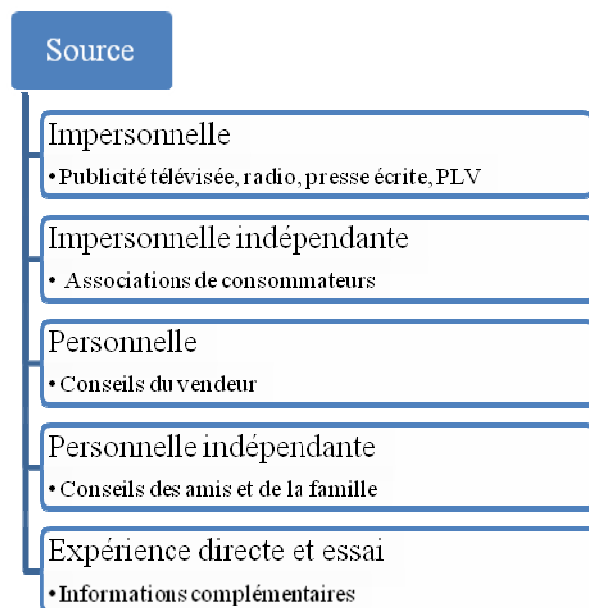
Source : adapté de Cases (2001) et Mitchell et McGoldrick (1996)

Notons toutefois que certains réducteurs comme le service après-vente (dans notre cas, les consultations post opératoires) et le contrat de service (Sweeney, Soutar et Johnson, 1999), la fidélité à l'entreprise de vente à distance (Van den Poel et Leunis, 1996), l'apprentissage du

consommateur et l'éducation de ce dernier par rapport au bien qu'il souhaite se procurer (McCorkle, 1990), constituent des réducteurs peu présents par la littérature mais réellement pertinents.

Pour Mangold *et al.*, (1987), les réducteurs du risque peuvent se classer en deux grandes catégories que sont les réducteurs impersonnels et les réducteurs personnels. Certes, une telle classification en fonction de la nature du réducteur donne une appréciation plus fine de la fonction de celui-ci. Le conseil personnalisé d'un vendeur (un médecin dans notre cas) et l'adaptation de son discours peut avoir un impact significatif afin de faire baisser l'appréhension du consommateur avant de s'engager dans un processus d'achat. A l'inverse, la publicité, considérée comme source impersonnelle, enrichira la connaissance du consommateur mais son efficacité pourra être remise en cause. Locander et Herman (1979) proposent ainsi une classification des réducteurs en cinq axes, articulée selon la source d'information, comme le met en évidence la figure 1 suivante.

Figure 1: Nature des réducteurs du risque : une classification en cinq axes



Source : Adapté de Locander et Herman (1979)

1.2.4 Le modèle de recherche

À chacune des étapes du processus d'achat du consommateur, correspond un niveau de risque (figure 3). Nous avons exclu l'étape de reconnaissance du besoin, partant du principe dans notre cas de figure que le patient a un besoin physique, physiologique ou vital de se faire soigner².

² Même dans le cas d'une chirurgie esthétique, le patient a identifié un besoin physique de transformation (changer un nez busqué, recourir à une augmentation mammaire, une réduction des lèvres,..) pour lui permettre

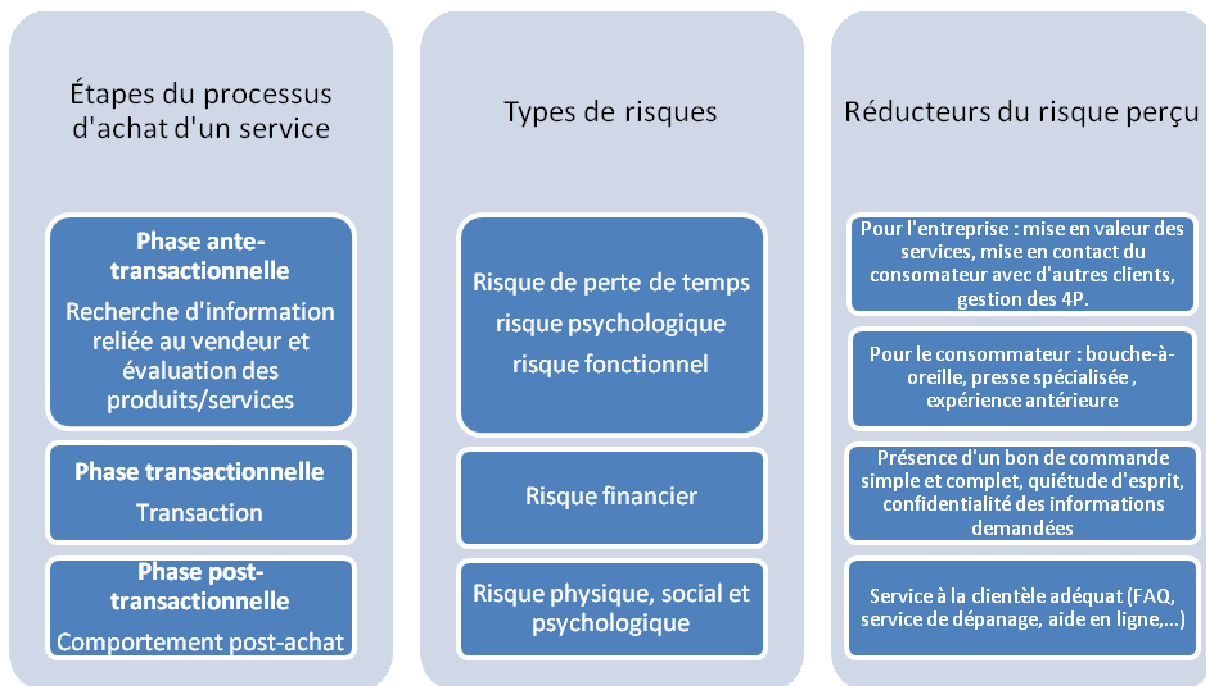
Nous avons donc repris le processus d'achat du consommateur de service, avec les trois étapes que nous avons présentées, soit les phases ante-transactionnelle, transactionnelle et post-transactionnelle, situées ici dans la colonne de gauche. Pour chacune de ces phases, des risques existent.

Rappelons que notre étude concerne la phase ante-transactionnelle, phase au cours de laquelle le consommateur peut percevoir trois types de risques : un risque de perte de temps, un risque psychologique et un risque fonctionnel (Nantel, Sénécal, et Caron (2001).

Au regard de ces différentes recherches, nous réalisons qu'il existe une dualité au niveau de la source des réducteurs du risque, avec d'un côté, des réducteurs provenant directement de l'entreprise et que cette dernière peut maîtriser (le prix, la marque, le produit, la promotion) et de l'autre côté, des réducteurs émanant ou à l'origine du consommateur lui-même comme l'expérience ou la connaissance préalable qu'il peut avoir en ce qui concerne le produit ou service acheté ou consommé (Gronhaug, 1972). Pour Cox (1967), le bouche à oreille joue un rôle considérable dans le processus décisionnel de l'individu. Toutefois, d'autres variables sont nécessaires à l'engagement du consommateur, l'amenant à étudier et à apprécier les variables du marketing mix et à confronter les informations provenant de prescripteurs et de sources jugées comme neutres telles que la presse. La mise en évidence des réducteurs du risque souligne l'importance du bouche-à-oreille, puis du marketing-mix et enfin des informations provenant de sources neutres telles que la presse spécialisée ou les revues à destination des consommateurs.

Figure 3 – Le lien entre les étapes du comportement du consommateur, les types de risques et leurs réducteurs

d'avoir une meilleure acceptation de l'image de soi et de projet et une image plus « idéale » dans la société. Cette réflexion est aussi vraie pour les personnes ayant dont l'image est importante car ils sont en contacts avec d'autres dans leur quotidien.



Source : adapté de Nantel *et al.* (2001)

Le recours et l'utilisation des techniques relevant des chaînages cognitifs constitue une alternative méthodologique pertinente à cette recherche exploratoire. Peu de travaux ont porté sur le tourisme médical et sur les comportements des individus face à ces offres d'un nouveau genre. Basée sur les théories de construction personnelles et utilisée en psychothérapie (Kelly, 1955; Dibley et Baker, 2001) les chaînages cognitifs représentent une alternative originale et pertinente à cette recherche qualitative (Olson et Reynolds, 1983; Reynolds et Gutman, 1984). Elle permet d'appréhender et d'apprécier la formation et les structures cognitives des individus à l'égard de produits ou de services.

Toute l'originalité réside dans le fait de procéder à l'identification et à la création des séquences hiérarchiques entre attributs (concrets / abstraits), conséquences (fonctionnelles / psychosociales) et valeurs (instrumentales / terminales) relatives à la consommation de produits ou services. Cette technique permet d'apprécier, notamment dans le cas de notre recherche, les conséquences psychosociales et les représentations cognitives chez les interviewés (Valette-Florence, 1994).

Le principe relevant du *laddering*, largement opérationnalisé et utilisé en théorie des chaînages cognitifs est retenu. Il repose, dans le cas de cette étude, sur la technique du *soft laddering* (méthode originelle) de Reynolds et Gutman (1988). Deux autres approches sont à citer mais n'ont été retenues : le *hard laddering* et la méthode des cartes. Chacune des trois approches comporte des avantages et inconvénients. La procédure méthodologique relevant du *hard laddering* (ou méthode des protocoles écrits) induit une certaine lourdeur quant à la

réalisation de l'étude, tant au niveau du codage que du post-codage. Cette procédure restreint le nombre de chaînes générées (Walker et Olson, 1991) mais se prête aux enquêtes auto-administrées et aux échantillons de grande taille. Par conséquent, nous avons écarté cette méthode au même titre que la méthode des cartes jugées trop fastidieuse au regard du temps imparti puisque nécessitant des entretiens préliminaires pour générer les cartes. Toutefois, l'inconvénient majeur relatif à ce procédé résulte dans l'erreur possible au niveau du codage. Bien que présentant de nombreux avantages : facilité de collecte d'informations, objectivité d'enquête, etc. (Valette-Florence et Rapacchi, 1991), nous n'avons pas retenu ce procédé au regard des artefacts possibles.

Le principe relevant du *soft laddering* constitue la technique la plus appropriée dans le cadre de notre recherche puisqu'elle est destinée à découvrir et à apprécier les représentations, perceptions et croyances de la façon la plus détaillée possible et se justifie dans le cas de domaine peu ou prou investigués et connus. Au regard de cette revue de la littérature, nous avons étudié le comportement de consommateurs français et québécois sains et malades face à la démocratisation des offres de soins à l'étranger. Compte tenu de la genèse du sujet, nous nous tentons de comprendre 1) *Comment les consommateurs perçoivent-ils ces offres proposées ?* 2) *Pourquoi ont-ils choisi de recourir à ces services et quels en sont les bénéfices attendus et les freins qui pourraient décourager cette consommation? En complément à cette recherche, nous présentons certains types de réducteurs interférant dans le processus décisionnel.*

2. LA MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

L'objectif de cette recherche est de procéder à l'analyse et à la compréhension du processus décisionnel du consommateur par rapport à l'achat d'offres médicales de soins de santé à l'étranger. Le recours aux chaînages cognitifs, permet de mettre en évidence les attributs, conséquences et valeurs liées à cet acte spécifique de consommateur et constitue une démarche méthodologique pertinente permettant d'affiner la compréhension relative à la perception du consommateur tant au niveau des freins que des motivations. Au sein des études qualitatives, cette orientation reposant sur l'analyse des chaînages cognitifs constitue « *un potentiel excessivement intéressant [...permettant] une meilleure stratégie de communication publicitaire et de positionnement mais aussi par la qualité prédictive de ce type d'approche* » Valette-Florence (1994, p 94). Qui plus est, ce choix permet une analyse psychologique affinée (Dibley et Baker, 2001).

2.1 L'approche du soft laddering

Dans le cadre de cette recherche qualitative exploratoire, nous avons retenu le principe méthodologique relevant du *soft laddering* (ou méthode originelle) mis en évidence par les travaux de Reynolds et Gutman (1988). Ce choix méthodologique se justifie par le fait que peu d'études ont été menées sur cette thématique et n'ont intégrées, à notre connaissance, un cadre multi-culturel. Toute la richesse et la pertinence de ce travail se justifie à ce niveau.

Par conséquent, le principe relevant du soft laddering a été retenu. Toutefois, il convient de préciser que deux orientations s'opposent au regard des travaux de Reynolds (1985) avec d'un côté l'approche « macro » et de l'autre l'approche « micro ». Reposant sur la théorie psychosociologique, l'approche micro caractérisée par l'élicitation libre du répondant, permet d'obtenir une richesse et une pertinence d'informations recueillies, évitant de proposer et de soumettre aux répondants des listes pré-établies de valeurs dès la phase exploratoire de la recherche.

2.2 La présentation de l'échantillon et du guide d'entretien

Dans le cadre de cette étude, nous avons interrogés quarante cinq personnes (vingt trois français et vingt deux québécois). Dix sept individus ont fait état de diverses pathologies (allant de problèmes rénaux à des symptomatologies plus graves - scléroses en plaques et tumeurs cérébrales). Ce cloisonnement entre répondants considérés comme sains et malades, a permis d'approfondir l'analyse et d'exploiter plus finement les informations obtenues. Les entretiens ont été réalisés entre les mois d'avril et septembre 2009, dans les villes de Trois-Rivières et de Montréal pour la partie québécoise de l'étude et à Nice et Paris pour la partie française. La durée des entretiens varie entre quarante minutes et deux heures et quinze minutes, la moyenne est d'une heure et dix minutes pour la partie française et de cinquante cinq minutes pour la partie québécoise. Ces entretiens ont été conduits soit, au domicile des sondés, soit, pour les plus jeunes, sur leur lieu de travail ou d'études notamment pour la partie québécoise.

Le guide d'entretien utilisé dans le cadre de cette recherche comportait quatre grandes parties. Dans un premier temps, nous avons amené les répondants à exprimer leur attitude vis-à-vis de la médecine. Puis dans un second temps, nous les avons interrogés sur la représentation et la connaissance relative au tourisme médical et aux représentations mentales qu'ils pouvaient avoir concernant l'objet étudié afin d'apprécier un éventuel lien entre la difficulté à percevoir le service proposé et le risque perçu général vis-à-vis de l'offre commerciale proposée sur

Internet. Au sortir de ces deux premières étapes, nous avons centré nos investigations sur la perception du risque puis sur le recours à divers réducteurs du risque, pouvant favoriser leur engagement et intention d'achat. Cette dernière étape a été l'occasion d'apprécier l'utilité de ces réducteurs et d'approfondir l'étude relative aux freins et des motivations. L'ensemble des données issues de cette recherche a été scrupuleusement retranscrites et conservant toute l'authenticité des réponses présentées par les sondés (Spradley, 1980; Labrie, 1982).

2.3 L'analyse et traitement des informations collectées

L'approche « micro » ayant été retenue, il convient de veiller à obtenir une taille respectable concernant l'échantillon ceci afin de générer un nombre de chaînes suffisamment représentatif du processus cognitif relatif au comportement d'achat. Avec un nombre de répondants légèrement inférieur aux recommandations émises par Reynolds (1985) et Valette-Florence (1994), cet écueil est compensé par la durée des entretiens.

Les discours retranscrits sont analysés selon le principe de déduction afin d'obtenir progressivement une échelle allant vers des éléments de plus en plus abstraits et généraux. La finalité de cette démarche méthodologique résultant dans la mise en évidence de valeurs abstraites, symbolisant les objectifs recherchés par l'individu à travers cet acte de consommation (Guintcheva et Passebois, 2005, 2008).

3. LA PRÉSENTATION ET L'ANALYSE DES RÉSULTATS

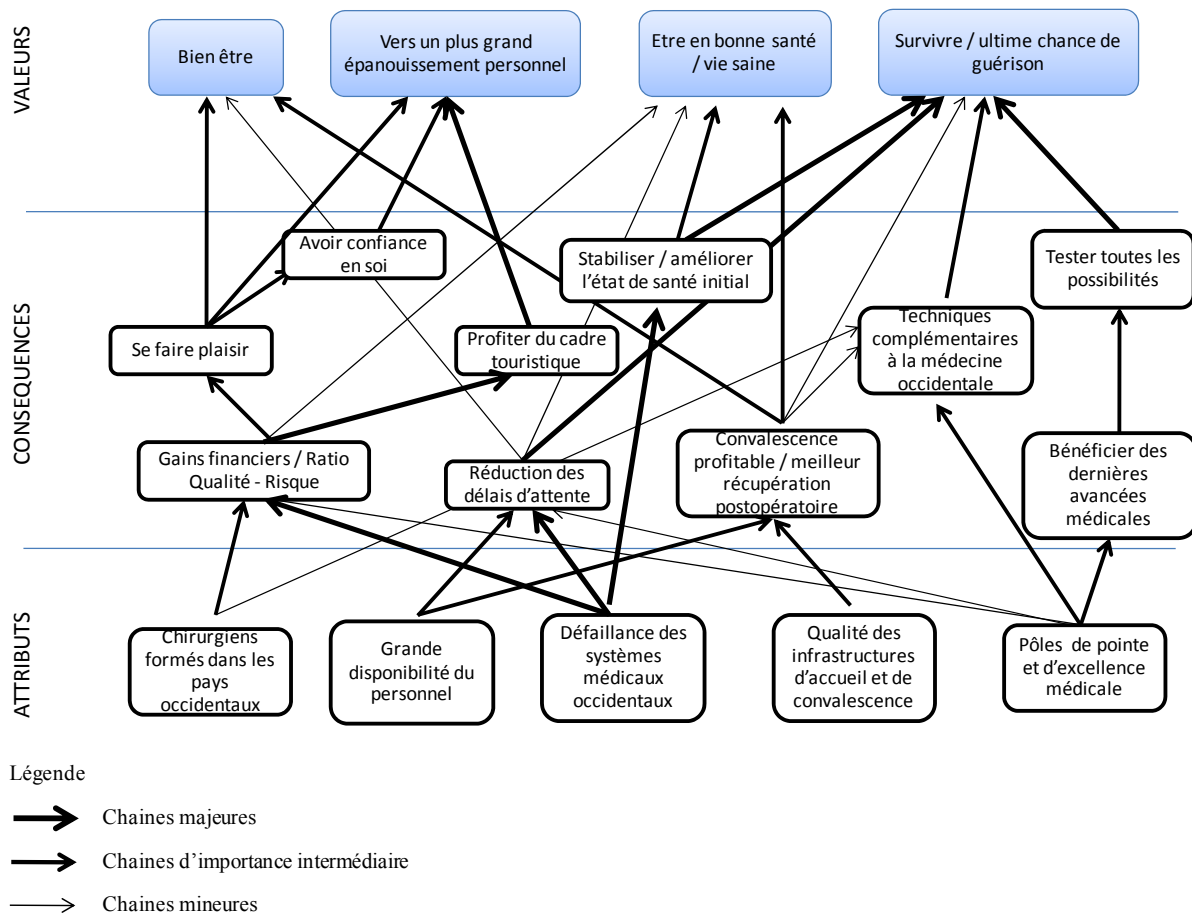
Nous présentons au cours de cette partie, les résultats relatifs à cette étude exploratoire. Les discours recueillis ont été dans un premier temps, codés puis analysés. Pour ce faire, nous avons été amenés à recourir au logiciel Laddermap 5.4. de Gengler et Reynolds (1993) afin de générer des cartes hiérarchiques. Nous présentons à cette étape, ces cartes au niveau agrégé, portant sur le tourisme médical (traitant à la fois des chirurgies esthétique et générale). Nous abordons dans un premier temps les motivations relatives à un éventuel engagement d'achat puis dans un second temps, nous traitons des freins pouvant influencer le comportement du touriste patient.

3.1 Les motivations à l'achat d'offres de soins à l'étranger

La carte présentée au niveau agrégé (figure 4) donne une vision d'ensemble des motivations d'achat d'offres de soins à l'étranger. Les répondants français s'engagent de façon plus flagrante à bénéficier de soins à l'étranger *a contrario* des québécois (figure de l'annexe A1). Les variables de contrôle portant sur la performance des systèmes médicaux dans les

différents pays étudiés valident ces résultats ; la longueur des listes d'attente opératoires au Québec, la difficulté de recourir à un médecin de famille sont quelques-unes des dimensions explicatives. Toutefois, la nationalité ne constitue pas uniquement une variable expliquant le choix motivationnel de l'individu. En effet, il semble que la dégradation de l'état de santé du patient influence et impacte de façon significative son état psychologique, cherchant à « stabiliser ou améliorer l'état de santé », voire dans les cas extrêmes comme une sclérose en plaques à « bénéficier des dernières avancées médicales » et à « tester toutes les possibilités » même si l'issue est connue.

Figure 4 - Carte hiérarchique des motivations relatives à l'achat d'offres de soins à l'étranger (soins - chirurgie esthétique et chirurgie générale)



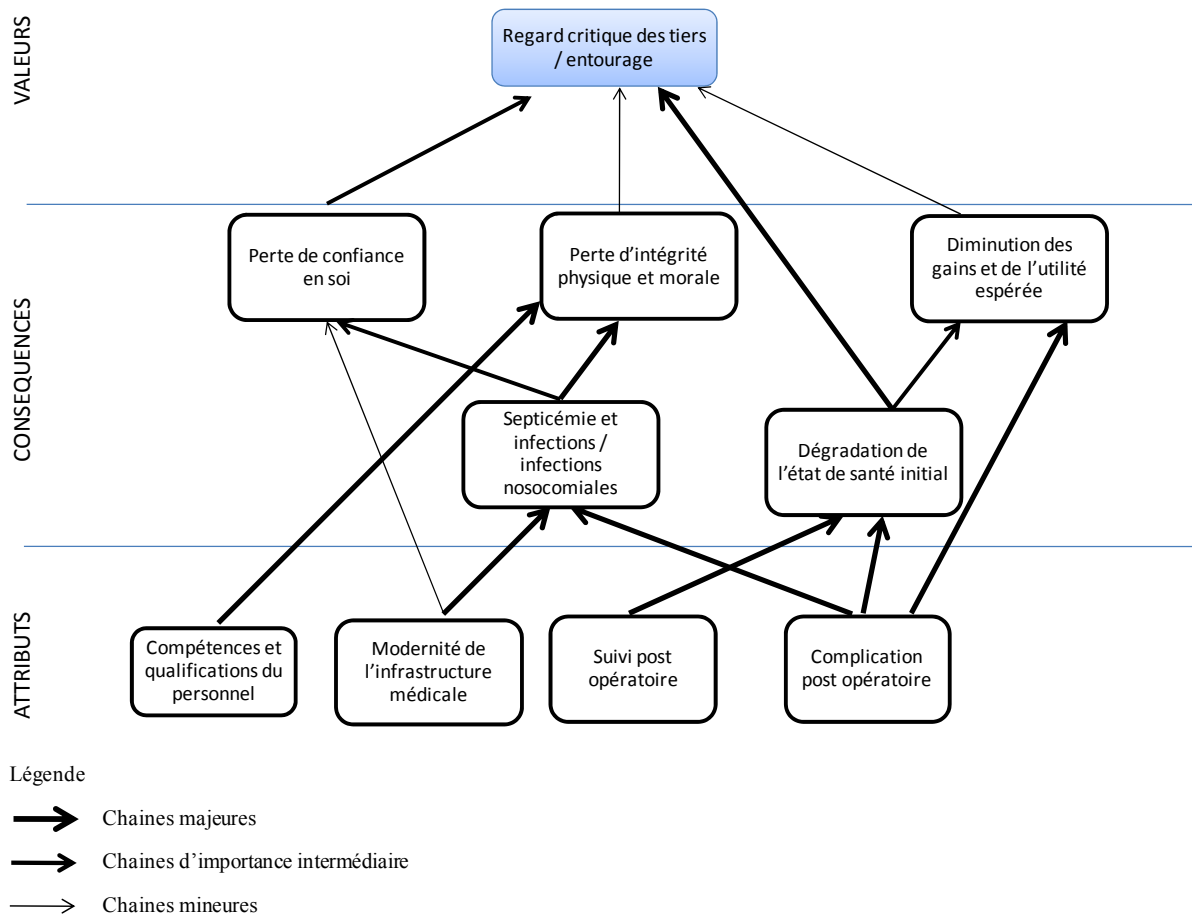
Les liens les plus importants (flèches en gras) portent sur le chaînage amenant à une valeur terminale ayant trait à la survie et à une ultime chance de guérison du patient. La vision que peuvent avoir les Québécois associée à celle des personnes malades, porte sur une notion de survie nécessaire au maintien d'un état psychologique favorable du malade permettant de maintenir ou tout du moins d'éviter une dégradation supplémentaire de son état. Le second

chaînage portant sur les motivations des interviewés fait référence à la recherche d'un plus grand épanouissement personnel se traduisant par l'achat d'offres de bien être et de soins à l'étranger à l'instar des séjours de thalassothérapie mais aussi pour certains, de soins de chirurgie esthétique, contribuant à une certaine confiance personnelle. Ce choix processuel met en évidence des chaînages d'intensité faible entre les attributs et les conséquences fonctionnelles. Ce n'est qu'à partir de ces dernières que les chaînages sont renforcés. Exception faite pour l'attribut portant sur l'infrastructure d'accueil. Les cartes relatives à la chirurgie esthétique et à la chirurgie générale sont disponibles en annexe A1 et A2. Il faut bien entendu mentionner que de façon générale, les Français interrogés choisissent les destinations santé à l'étranger pour la chirurgie esthétique, alors que les québécois recherchent des soins pour la chirurgie générale.

3.2 Les freins à l'achat d'offres de soins à l'étranger

Après avoir procédé à l'analyse des motivations à l'achat de ses services médicaux, nous avons questionné les sujets afin de les amener à s'exprimer sur les freins et les barrières qui les restreindraient à envisager ces offres. Les répondants mettent en évidence une certaine inquiétude quant aux éventuelles complications et suivi post-opératoire, mais il n'est pas apparu de questionnement précis et pertinent quant au « service après-vente » suite à une telle intervention.. Les chainages générés, portant sur les freins à l'achat sont moins développés que dans le cas des variables motivationnelles. Les conséquences fonctionnelles sont largement mises en évidence et ont elles-mêmes un impact sur les conséquences psychosociologiques. Au-delà, les chaînes amenant aux valeurs terminales et instrumentales sont extrêmement restreintes. Seules les dimensions portant sur le regard critique des tiers et la perte d'intégrité sont présentes à ce niveau de notre recherche.

Figure 5 - Carte hiérarchique des freins relatifs à l'achat d'offres de soins à l'étranger (soins - chirurgie esthétique et chirurgie générale)



3.3 Le recours aux réducteurs du risque

Deux grandes catégories de réducteurs peuvent être identifiées : les réducteurs provenant de l'entreprise elle-même et ceux provenant des relations entre consommateurs; chacune d'entre elle pouvant à nouveau se subdiviser en deux sous-ensembles.

Parmi les réducteurs provenant de l'entreprise, nous avons noté dans notre recherche les éléments suivants :

- ✓ La communication générale (publicité sur Internet, publicité dans un magazine, etc.),
- ✓ Les stratégies commerciales et les arguments de vente (garantie de remboursement, label, représentant de l'infrastructure médicale)

Du côté des relations interpersonnelles du consommateur, nous avons mis en évidence celles :

- ✓ Liées au cercle d'entourage primaire du consommateur (amis, famille, médecin de famille).
- ✓ Liées aux informations provenant des tiers (forums de discussion, recommandations, sécurisation).

Au regard des informations collectées, il ressort que le degré d'utilité des réducteurs du risque tant liés à la publicité qu'aux argumentaires commerciaux mis en place par l'entreprise est

plus important pour les Québécois que pour les Français. Lorsque nous proposons aux consommateurs différentes offres, les choix relatifs à des offres de soins de bien être et de chirurgie esthétique font principalement appels à des réducteurs liés au cercle d'entourage du répondant (amis, famille, médecin) mais aussi des arguments commerciaux tels que les garanties de remboursement ou la disponibilité d'un représentant de l'entreprise.

En revanche pour l'option relative au fait de programmer une opération à l'étranger, les interviewés préconisent comme réducteurs du risque, des sources informationnelles neutres. Ainsi, les labels et les accréditations médicales émanant d'organismes spécialisés encouragent les individus à s'engager dans le processus d'achat. Il en est de même avec les reportages télévisuels et les partenariats commerciaux qui apportent une crédibilité complémentaire aux offres déployées sur Internet.

Toutefois, il convient de préciser que pour les individus malades, le recours à ces réducteurs jugés efficaces au regard de la littérature, ont un effet contraire à celui recherché. En ce qui concerne ce dernier processus de choix, les individus malades déclarent recourir à leur propre jugement et intuition. Les informations complémentaires et avis véhiculés par leurs proches que ce soit la famille, les amis ou les médecins, constituent une source supplémentaire d'anxiété. Certains malades souffrant de pathologies sévères déclarent préférer s'isoler et éviter les contacts avec leur cercle d'entourage afin d'éviter un risque superflu.

Aucune donnée ne nous a permis de faire un lien avec les étapes transactionnelles ou post-transactionnelle. Peut être est-ce en raison de l'échantillon de personnes n'étant jamais parties se faire soigner à l'étranger que ce type de questionnement n'est pas apparu, voire tout simplement en raison de notre étude ne portant que sur la phase ante transactionnelle. Ces éléments méritent d'être étudiés comme d'autres, que nous exposons ci-après, pour mieux cerner de phénomène.

CONCLUSION

Cette recherche présentait un double objectif. Dans un premier temps, elle consistait à tenter de cerner les risques préliminaires à l'achat d'un service lié à un acte médical dans un pays étranger par des consommateurs venant de deux pays occidentaux. Dans un second temps, nous voulions comprendre les réducteurs associés à ces risques. L'étude qualitative menée auprès d'un échantillon composé de personnes saines et malades sises au Québec et en France a permis de cerner des différences significatives; la méthodologie originale retenue pour ce faire illustre clairement les différences de comportement.

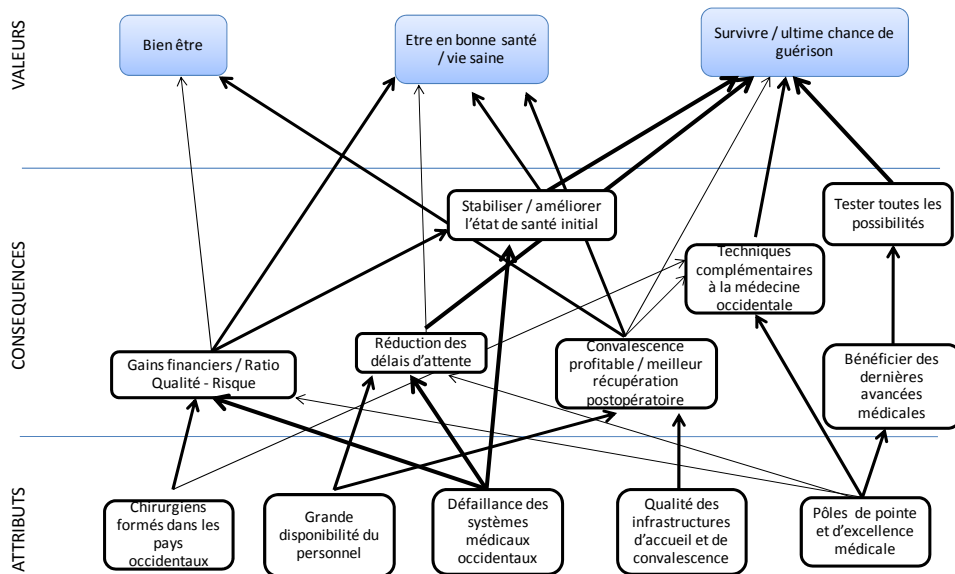
Cette recherche comporte des limites qu'il convient de préciser. En premier lieu, l'objet de ce travail s'inscrit dans la cadre d'une étude exploratoire destinée à apprécier les freins et les motivations des Québécois et des Français concernant des offres de services médicaux à l'étranger. La procédure méthodologique retenue du *soft laddering*, apporte des explications préliminaires relatives aux comportements des individus et se doit d'être complétée par une étude quantitative. Notons toutefois qu'avant de procéder de la sorte, il conviendrait d'interroger des patients ayant « consommé » un forfait médical à l'étranger, ce qui présente plusieurs difficultés sur le plan de leur volonté de témoignage et des questions personnelles éthiques.

Dans un deuxième temps, on peut souligner la taille réduite de notre échantillon ainsi que la méthode de collecte des données par *soft laddering* qui ne nous a pas permis de mesurer les comportements réels des consommateurs. Ce sont certes des individus sains ou malades, mais aucun d'entre eux n'a vécu une expérience de soin à l'étranger, une limite importante, nous le reconnaissons, mais qui pourrait être comblée par une autre étude du même type avec des patients ayant vécu une telle expérience. (Qui plus est, les résultats obtenus sont propres aux marchés français et québécois, marchés dans lesquels l'étude n'a couvert que deux villes à chaque fois. Par conséquent, les résultats demeurent faiblement généralisables.

Il serait donc souhaitable, d'une part, d'étendre cette recherche à un échantillon provenant de plus nombreux pays d'individus sains et malades ayant vécus ou non une expérience de soins dans un pays étranger pour divers types de chirurgie (esthétique, générale). Ainsi, nous pourrions apprécier les processus décisionnels et étudier les similarités et différences de valeurs selon le pays d'origine, dans une perspective internationale. Ces travaux nous permettraient 1) d'enrichir la compréhension de cette consommation spécifique et 2) d'aider les firmes du secteur au développement de stratégies de positionnement et de communication plus pertinentes au niveau international.

ANNEXES

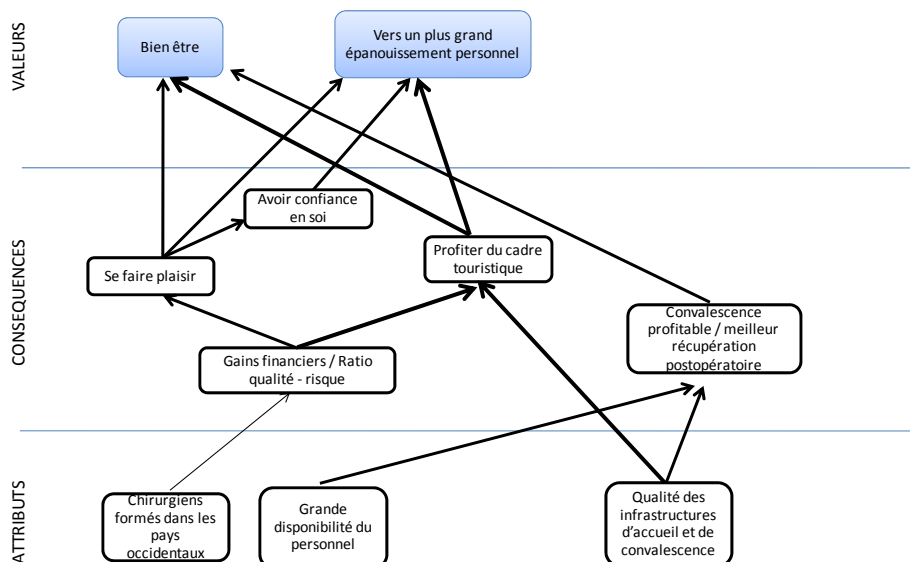
Annexe A1 - Carte hiérarchique des motivations relatives à l'achat d'offres de soins à l'étranger (chirurgie générale – prépondérance du choix des québécois)



Légende

- ➔ Chaînes majeures
- ➔ Chaînes d'importance intermédiaire
- ➔ Chaînes mineures

Annexe A2 - Carte hiérarchique des motivations relatives à l'achat d'offres de soins à l'étranger (chirurgie générale et soins esthétiques – prépondérance du choix des français)



Légende

- ➔ Chaînes majeures
- ➔ Chaînes d'importance intermédiaire
- ➔ Chaînes mineures