

**LA VALEUR PERÇUE DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT EN ONCOLOGIE :
APPROCHES CONCEPTUELLE ET OPERATIONNELLE.**

Blandine LABBE (Patiente Ressource) et **Cindy LOMBART**
Audencia Business School, Nantes
blabbe@audencia.com; clombart@audencia.com

Dr Virginie BERGER
Département Education Thérapeutique du Patient, ICO Angers
Virginie.Berger@ico.unicancer.fr

Rémi MENCARELLI
Université de Savoie Mont Blanc
remimencarelli@yahoo.fr

Arnaud RIVIERE
IAE Tours Val de Loire, Université de Tours
arnaud.riviere@univ-tours.fr

**LA VALEUR PERÇUE DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT EN ONCOLOGIE :
APPROCHES CONCEPTUELLE ET OPERATIONNELLE.**

Résumé :

Cette recherche propose d'enrichir les travaux scientifiques et pratiques consacrés à l'évaluation des effets de l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) pour les patients. En mobilisant le cadre théorique de la valeur perçue en marketing et le paradigme de Churchill (1979), enrichi par les travaux de Rossiter (2002), elle met en évidence la variété des bénéfices de cette pratique de soins personnalisée perçus par les patients (cognitifs, utilitaires, psychologiques, relationnels) et des coûts associés (psychologiques, émotionnels). Une échelle de mesure fiable, valide et parcimonieuse de la valeur perçue de l'ETP en oncologie est ainsi proposée. Cette double approche conceptuelle et opérationnelle devrait permettre aux chercheurs et aux praticiens d'apprécier rigoureusement, du point de vue des patients, les apports des *programmes* d'ETP pour les patients, de continuer de les adapter à leurs besoins, et de les valoriser auprès des différentes parties prenantes afin de faciliter l'accès des patients à ce service de santé essentiel dans la prise en charge des maladies chroniques.

Mots clés : Valeur perçue ; Education Thérapeutique du Patient ; oncologie ; échelle de mesure

**PERCEIVED VALUE OF THERAPEUTIC PATIENT EDUCATION IN ONCOLOGY: CONCEPTUAL
AND OPERATIONAL APPROACHES**

Abstract:

The article proposes to enrich academic and practical studies dedicated to the evaluation of the effects of Therapeutic Patient Education (TPE) on the patients. Based on the theoretical framework of perceived value in marketing and following Churchill's paradigm (1979), supplemented by Rossiter's work (2002), the present study highlights the variety of benefits perceived by patients (cognitive, utilitarian, psychological, relational) and the perceived costs (psychological, emotional). A reliable, valid and parsimonious measurement scale of the perceived value of TPE in oncology is proposed. This conceptual and operational approach should enable researchers and practitioners to assess the specific contributions of TPE *programmes* from the patient's perspective, to continue to adapt them to their needs and healthcare journey, and to promote them to the various stakeholders in order to facilitate patient access to this essential health service in the management of chronic diseases.

Key words: Perceived value ; Therapeutic Patient Education; oncology ; measurement scale

Introduction

Face à l'accroissement des maladies chroniques et aux évolutions des comportements et désirs des patients à l'égard de leur santé (Crié et Gallopel-Morvan, 2019), le système de santé actuel est contraint de s'adapter et d'accorder notamment une place plus importante à l'accompagnement et à l'autonomie des patients. Dans ce contexte, l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) a un rôle central à jouer. Cette pratique de soins personnalisée, centrée sur le patient, doit permettre à celui-ci d'acquérir et de conserver les connaissances, compétences et comportements adaptés pour vivre le mieux possible avec sa maladie et ses traitements. Elle implique des activités organisées, intégrées dans les soins, de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique, concernant la maladie et les traitements, les soins, le cadre hospitalier, les informations organisationnelles et les comportements de santé et maladie. Ce processus vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et les traitements, à coopérer avec les soignants, à vivre plus sainement et à maintenir ou améliorer leur qualité de vie (OMS, 1998). En acquérant des connaissances sur sa pathologie et ses traitements, le patient développe des compétences d'auto-surveillance, d'adaptation, de sécurité et peut ainsi modifier ses comportements. Responsabilisé et plus autonome, il devient acteur de sa prise en charge thérapeutique (Traynard et Gagnayre, 2009).

En oncologie, le développement de l'ETP est plus récent que dans les autres maladies chroniques (asthme, diabète, maladies cardio-vasculaires, ...) et pourrait contribuer à diminuer la survenue et/ou l'aggravation de certaines toxicités, à améliorer la qualité de vie des patients (liée à leur santé) et l'efficacité des traitements et, *in fine*, à optimiser les coûts de santé. En France, l'ETP est promue par le Plan Cancer 2014-2019 et reconnue par l'Observatoire Sociétal des Cancers (2017) comme l'une des « vraies pistes » d'amélioration du parcours de soins en cancérologie et par l'Institut National du Cancer (INCa, 2014) comme une composante incontournable de l'accompagnement des patients sous chimiothérapie orale. Elle s'inscrit aussi en France dans un cadre législatif strict (loi Hôpital Patients Santé Territoires 2009, arrêtés, décrets). Les programmes d'ETP proposés dans les établissements de santé doivent être ainsi développés par des équipes multidisciplinaires de praticiens formés à l'éducation thérapeutique (médecins, infirmier(e)s, manipulateur(rice)s, diététicien(ne)s, ...), co-construits dans le respect des réglementations et cahiers des charges de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2007, 2014) et soumis à autorisation des Agences Régionales de Santé (ARS) qui contribuent, selon les régions, à leur financement¹. Pendant son parcours de soins, après un premier entretien personnalisé avec une infirmière d'ETP destiné à identifier ses besoins éducatifs (*bilan éducatif partagé*) puis fixer les priorités de son contrat éducatif, le patient qui s'accepte le dispositif participe à des séances éducatives, en ateliers collectifs et/ou individuelles, sur les différentes thématiques du programme d'ETP adaptées à ses traitements et objectifs personnels (par exemple en oncologie : chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie, alimentation, activités physiques adaptées, douleur ...). Une évaluation individuelle finale de l'intervention éducative (acquis, compétences, modifications de comportements, effet sur leur santé) est aussi intégrée dans le processus. Souvent, un réajustement et/ou une adaptation de la démarche est alors effectué pour soutenir la motivation du patient. Les programmes d'ETP font enfin l'objet d'auto-évaluations annuelles (formatives) et quadriennales (certificatives) qui conditionnent leur renouvellement par les ARS dans une dynamique collective d'amélioration de leur qualité.

¹ Il convient de préciser que les établissements de santé ou d'autres parties prenantes du parcours de soins des patients, comme les associations de patients, peuvent aussi mettre en place d'autres types de dispositifs contribuant à l'éducation thérapeutique des patients (conférences, ateliers, réunions d'échanges ...). Ces dispositifs complémentaires, très hétérogènes et déployés hors du cadre légal des programmes d'ETP autorisés par les ARS, ne seront pas pris en compte dans cette recherche.

En 2014, la HAS a ainsi développé des guides méthodologiques d'évaluation dans lesquels elle propose des indicateurs quantitatifs pour évaluer le fonctionnement du programme, sa mise en œuvre et sa coordination. Elle suggère également des pistes pour élaborer des indicateurs de résultats de la stratégie thérapeutique globale intégrant de l'ETP (état de santé, recours aux soins, qualité de vie et des effets spécifiques de l'ETP pour les patients (satisfaction à l'égard du *programme*, dont son utilité perçue ; développement et mise en œuvre de compétences d'auto-soins, de sécurité et d'adaptation dans la vie quotidienne)². Les méthodes d'évaluation restent toutefois, comme les approches pédagogiques, à l'initiative des équipes (choix des objets évalués, outils de recueil des données, critères d'évaluation ...). Elles sont ainsi souvent en pratique assez hétérogènes, plus ou moins abouties et davantage orientées vers des aspects organisationnels des *programmes* - « *intrants* » (profil des patients inclus, analyse des besoins qui ont prévalu à leur conception ...) et « *processus* » (méthodes pédagogiques, contenus, ..) - et moins sur l'évaluation complexe de leurs « *effets* » pour les patients, les soignants et l'institution (D'Ivernois et Gagnayre, 2016). Dans deux synthèses récentes de la littérature scientifique médicale publiées en 2018, la HAS souligne aussi l'hétérogénéité des *programmes d'ETP* et les imprécisions ou limites méthodologiques des études et recherches menées pour évaluer leur efficacité pour les patients. Elle oriente alors vers des approches plus riches et rigoureuses des effets spécifiques de l'ETP en suggérant que la participation de patients aux recherches permettrait d'affiner le choix des objectifs et des critères d'évaluation.

Dans ce contexte, l'objectif de cette recherche est d'enrichir les travaux scientifiques et pratiques consacrés à l'évaluation des effets de l'ETP pour les patients, centrés essentiellement actuellement sur des évaluations pédagogiques des connaissances des patients (savoir cognitif) et de leurs comportements de soins (savoir-faire et savoir-être), de données médicales et de qualité de vie (santé) et de leur satisfaction à l'égard du déroulement de la formation (Simon et Detournay, 2013). Pour ce faire, le concept de valeur perçue, concept clé de la littérature en marketing (Kumar et Reinartz, 2016), sera mobilisé afin de mieux comprendre et appréhender, du point de vue des patients, la variété des apports qu'ils peuvent retirer de leur expérience vécue d'un *programme* d'ETP (bénéfices) et des efforts qu'ils ont dû faire pour y participer (coûts). Une échelle de mesure fiable, valide et parcimonieuse de la valeur de l'ETP en oncologie perçue par les patients sera aussi proposée. Les chercheurs et équipes pourront dès lors disposer d'un outil scientifique pour enrichir leurs évaluations des effets de l'ETP pour les patients et mieux apprécier l'intérêt de leurs pratiques. Des évaluations rigoureuses de la valeur perçue des *programmes* d'ETP devraient aussi leur permettre de continuer de les adapter aux besoins et parcours de soins des patients et de mieux valoriser leurs apports pour les patients auprès des différentes parties prenantes. Elles devraient contribuer également à convaincre les instances responsables de maintenir leur politique de soutien en faveur du développement de *programmes d'ETP* en oncologie qui sont encore contraints et limités bien qu'incontournables dans la prise en charge des maladies chroniques et du cancer en particulier (Huteau *et al*, 2019).

Après avoir défini le cadre théorique de cette recherche, nous présenterons les objectifs, méthodes et principaux résultats des différentes étapes du paradigme de Churchill (1979), enrichi par les travaux de Rossiter (2002), adopté pour construire et valider une échelle de mesure de la valeur perçue de l'ETP en oncologie.

² Il convient de différencier ces « évaluations de base » des *programmes* d'ETP (souvent des comparaisons « avant-après » *versus* les changements attendus), et les évaluations de l'ETP « dans un cadre de recherche » pour établir l'intérêt d'une nouvelle pratique : essai contrôlé randomisé (groupe ETP *versus* groupe témoin) ; évaluation expérimentale de l'impact d'une stratégie thérapeutique globale intégrant de l'ETP reposant principalement sur des variables cliniques, de recours aux soins et de qualité de vie (liée à l'état de santé) (Simon et Detournay, 2013). Ces dernières évaluations de l'ETP ne seront pas prises en compte dans cette recherche.

La valeur perçue de l'Education Thérapeutique du Patient

Les évaluations classiques des effets spécifiques des *programmes d'ETP* pour les patients recouvrent deux domaines d'analyses potentielles (D'Ivernois et Gagnayre, 2016 ; HAS, 2014) : 1) l'évaluation pédagogique des savoirs et compétences d'ordre gestuel et technique ou relationnel (auto-surveillance, auto-soins, sécurité, adaptation dans la vie quotidienne) acquis et mis en application par les patients (dont leur confiance en leur capacité d'action); 2) l'évaluation de la satisfaction des patients à l'égard du déroulement et de l'utilité de la formation reçue. Dans les deux cas, les critères d'évaluation sont choisis ou établis par les chercheurs ou praticiens en fonction 1) des objectifs pédagogiques propres aux *programmes* ; 2) d'aspects organisationnels (organisation matérielle du programme, durée de la formation, qualité de l'animation, implication de l'entourage ...) ou d'attendus utilitaires plus transversaux (utilité du programme pour mettre en œuvre des compétences dans la vie quotidienne des patients, accompagner leur développement personnel et leur capacité d'autodétermination (au sens d'autonomie), et faciliter la communication avec les personnels de santé (HAS, 2014)).

Ces évaluations sont toutefois plus ou moins élaborées et approfondies selon les travaux et équipes et se heurtent à des problèmes de validité des outils qui nécessitent de nouveaux développements (D'Ivernois et Gagnayre, 2016 ; HAS, 2018). En outre, elles ne permettent pas d'apprécier du point de vue des patients la pertinence des *programmes* d'ETP, la diversité des apports perçus qu'ils peuvent retirer de cette expérience pour leurs parcours de soins et l'après-traitements (bénéfices), ni les efforts perçus associés qu'ils ont dû faire pour y participer (coûts). Mobiliser le concept de valeur perçue, issu de la littérature en marketing, semble particulièrement approprié pour éclairer ces questionnements et permettre aux chercheurs et acteurs de mieux comprendre et appréhender ces effets spécifiques de l'ETP pour les patients.

L'approche de la valeur perçue puise ses racines théoriques dans différentes disciplines des Sciences Humaines et Sociales (principalement en philosophie et en économie) et s'inscrit dans un courant de recherche en marketing qui vise à compléter et enrichir les concepts classiques qui permettent d'appréhender les jugements évaluatifs des consommateurs tels que la satisfaction, l'attitude ou la qualité perçue (Rivière et Mencarelli, 2012 ; Ruiz-Molina, Gallarza et Gil-Saura, 2018). En marketing, la valeur perçue peut être appréhendée selon plusieurs approches dont Rivière et Mencarelli (2012) ont proposé une clarification théorique. Les approches traditionnelles peuvent être ainsi classées selon le moment de formation de la valeur (valeur d'achat, valeur de magasinage et valeur de consommation) et la nature de la conceptualisation de la valeur (approche agrégée ou approche analytique) (cf. tableau 1).

Tableau 1 : Approches traditionnelles de la valeur perçue en marketing

Selon le moment de formation de la valeur au cours du processus d'achat	
<p>Valeur d'achat (avant achat)</p> <p>Définie comme le résultat d'une confrontation entre les bénéfices et sacrifices perçus associés à l'achat d'un produit (Zeithmal, 1988).</p> <p>Approche rationnelle et purement cognitive qui tend à simplifier la réalité en réduisant les bénéfices procurés par un produit à des éléments utilitaires / fonctionnels et les coûts à la seule prise en compte du prix.</p>	<p>Valeur de consommation / magasinage (pendant ou après l'expérience de consommation)</p> <p>Définie comme une préférence relative caractérisant l'expérience d'interactions entre un sujet et un objet (Holbrook et Corfman, 1985 ; Holbrook, 1994, 1999).</p> <p>Approche centrée sur les différentes sources d'expérience ou dimensions de la valeur (affectives, émotionnelles, symboliques, ..) sans intégration au sein d'un jugement global.</p>

Selon la nature de la conceptualisation de la valeur	
Approches agrégées ou intégratives	Approches analytiques
Evaluation générale du niveau de valeur globale d'une offre (mesure unidimensionnelle de la valeur).	Evaluation des différentes composantes de la valeur perçue (mesure multidimensionnelle de la valeur).

En raison des complémentarités et limites respectives de ces deux conceptualisations traditionnelles, une **approche mixte ou hybride** de la valeur perçue s'est aussi développée plus récemment en marketing (Lai, 1995 ; Sweeney et Soutar, 2001 ; Woodall, 2003 ; Aurier, Evrard et N'Goala, 2004 ; Rivière et Mencarelli, 2012). Elle consiste à aborder la valeur globale (ou chaque dimension de la valeur) au travers d'un cadre d'analyse qui structure la valeur d'achat (arbitrage des bénéfices et sacrifices, essentiellement fonctionnels, utilitaires), tout en profitant de la richesse des composantes de la valeur de consommation (essentiellement affective, expérientielle, symbolique) (Rivière et Mencarelli, 2012). Le développement de cette approche, applicable avant, pendant ou après l'expérience de consommation, a aussi permis de diversifier progressivement la nature des bénéfices et coûts perçus pris en compte et conduit les chercheurs à développer des mesures multidimensionnelles de la valeur perçue en considérant les différents bénéfices et coûts perçus comme autant de dimensions du construit (Kumar et Reinartz, 2016).

Compte tenu de la nature contextuelle de la valeur, et par contraste avec les mesures multidimensionnelles génériques de la valeur (présentant un potentiel de réplification multi-sectoriel), de nombreux auteurs soulignent la pertinence des mesures multidimensionnelles contingentes de la valeur s'appliquant à des cadres spécifiques de consommation (Aurier, Evrard et N'Goala, 2004 ; Rivière et Mencarelli, 2012). Dans cette recherche consacrée à l'ETP, une approche hybride multidimensionnelle contingente de la valeur perçue en marketing a donc été privilégiée afin de saisir toute la complexité de cette pratique de soins centrée sur le patient, personnalisée et globale, vécue dans un contexte d'expérience traumatique (Torres et DeBerry-Spence, 2019). Cette approche permet aussi de mieux intégrer, dans ce projet interdisciplinaire, les spécificités du marketing des services (client co-producteur, rôle essentiel des employés en contact, orientation client) et des services en santé (profils particuliers des « clients », services de croyance, non désirés, charge émotionnelle intense, patients en situation d'information imparfaite, complexité et risques associés, forte personnalisation et adaptation des soins au patient, service « acheté » régulièrement sans en connaître les coûts réels) (Crié *et al*, 2013).

Par analogie, la valeur perçue de l'ETP est alors définie comme **le résultat de la confrontation d'une variété de bénéfices et de coûts associés à l'ETP perçus par les patients après avoir participé à un programme pendant leur parcours de soins**³.

Développement d'une échelle de mesure de la valeur perçue de l'ETP en oncologie

Pour mieux définir et délimiter la valeur perçue de l'ETP en oncologie du point de vue des patients, identifier ses différentes dimensions (bénéfices, coûts), et développer une échelle de mesure fiable, valide et parcimonieuse de ce construit, le paradigme recommandé par Churchill (1979) et enrichi par les travaux de Rossiter (2002), a été adopté.

³ Cette approche est centrée sur les perceptions des patients. Elle se différencie ainsi des approches de la valeur en termes monétaires et cliniques, adoptées dans les études médico-économiques : études coûts (coûts des interventions, coûts induits et/ou évités) - bénéfices (durée des hospitalisations, fréquence des ré-hospitalisations, recours aux urgences), études coûts-efficacité (années de vie gagnées) ou études coûts-utilité (années de vie gagnées pondérées par la qualité de vie).

A l'instar des travaux précédents sur la valeur perçue (Mathwick *et al.*, 2001, 2002 ; Sweeney et Soutar, 2001 ; Aurier, Evrard et N'Goala, 2004 ; Ruiz *et al.*, 2008) et en se référant aux travaux de Rossiter (2002), la valeur perçue de l'ETP en oncologie est conceptualisée dans cette recherche comme un attribut abstrait de type réflexif et est dès lors mesurée par plusieurs indicateurs de manifestation. Les attributs abstraits nécessitent la présence de plusieurs indicateurs alors que les attributs concrets ne doivent normalement pas nécessiter plus d'un indicateur afin d'être représentés et mesurés, de par les représentations mentales homogènes qu'ils suscitent auprès des répondants. Les attributs réflexifs sont constitués de plusieurs indicateurs de manifestation (physiques et/ou mentales) qui sont des items dont les valeurs sont causées par des construits sous-jacents ou variables latentes alors que les attributs formatifs sont généralement constitués de plusieurs indicateurs de cause, qui sont des items déterminant le niveau d'un construit.

Les objectifs, méthodes et principaux résultats des différentes étapes mises en œuvre pour construire et valider une échelle de mesure de la valeur perçue de l'ETP en oncologie sont résumés dans les tableaux 2 (étapes exploratoires) et 3 (étapes confirmatoires). Les résultats des traitements statistiques réalisés pour purifier et confirmer l'échelle (effectués sur la même base de données compte tenu des contraintes et difficultés des recueils de données auprès de patients en oncologie) ainsi que l'échelle de mesure validée sont présentés en annexes 1 à 4.

Les étapes exploratoires

Les étapes exploratoires déployées pour construire l'échelle de mesure, qui ont mobilisé revue de la littérature, entretiens d'experts et études qualitative et quantitative menées auprès de patients, ont permis tout d'abord de mieux appréhender la structure de la valeur perçue de l'ETP en oncologie et de proposer une échelle en 8 dimensions et 36 items (cf. annexe 1).

Tableau 2 :
Construction d'une échelle de mesure de la valeur perçue de l'ETP en oncologie.

Etape 1 : Spécifier le construit

Définir et délimiter le construit : identifier les dimensions de la valeur perçue de l'ETP (bénéfices et coûts perçus).	Revue de la littérature Entretiens de 9 experts (ETP et Marketing) Entretiens qualitatifs semi-directifs menés auprès de 15 patientes bénéficiaires d'ETP (cancer du sein) (1h30)
---	---

Etape 2 : Rédaction d'un échantillon d'items pour mesurer le construit

Rédiger et sélectionner des items destinés à mesurer le construit et ses différentes dimensions selon les recommandations d'usage (nombre, redondance, longueur, compréhension)	76 items générés sur la base des entretiens qualitatifs de patientes, des entretiens d'experts et de la littérature existante
Améliorer la validité de contenu de l'échelle et réduire le nombre d'items	Avis de 25 experts (ETP, marketing, psychologues, patients) sur la pertinence des dimensions, la clarté et la qualité des items. Adaptations de l'échelle selon leurs préconisations (71 items / 12 dimensions).

Recueil de données quantitatives

Enquête postale auprès de 470 patientes bénéficiaires d'ETP (cancer du sein, Institut de Cancérologie de l'Ouest, Angers). n = 210 questionnaires valides. 71 items pour mesurer la valeur perçue de l'ETP et 31 items pour mesurer des concepts proches (expertise subjective, risque perçu, contrôle perçu, proximité relationnelle, satisfaction, attitude, <i>empowerment</i>). Echelle de Likert en 7 échelons de (1) <i>pas du tout d'accord</i> à (7) <i>tout à fait d'accord</i> .

Etape 3 : Purification de l'échelle de mesure

<p>Mettre à jour la dimensionnalité du construit (valider / affiner la structure et les dimensions sous-jacentes de la valeur perçue de l'ETP). Réduire le nombre d'items <i>Analyses factorielles exploratoires : ACP</i></p>	<p>Sélection des dimensions (valeur propre supérieure à 1). Suppression, par itérations successives, des items aux qualités psychométriques insatisfaisantes (présents sur 2 dimensions ; poids factoriels inférieurs à 0,5). Evaluation de la fiabilité de chaque dimension (alpha de Cronbach) ; suppression des items à l'origine de valeur insatisfaisante de l'alpha (inférieur à 0,7) ; suppression des items trop redondants (matrice de corrélation).</p>
---	---

D'une part, 5 dimensions de bénéfices perçus (23 items) ont été identifiés (71,2% de la variance expliquée) :

- Soutien et accompagnement (SOUT) : *être soutenue et accompagnée sur un plan humain* (cette dimension regroupe les deux bénéfices psychologiques préalablement identifiés);
- Connaissances utiles pour le parcours de soins (CONN) : *acquérir des connaissances fiables et utiles sur mes traitements et mon parcours de soins* (bénéfice cognitif);
- Compétences et ressources mobilisables (RESS) : *savoir gérer au quotidien les effets indésirables de mes traitements et/ou mobiliser les ressources si besoin* (cette dimension englobe in fine trois bénéfices utilitaires préalablement différenciés eu égard aux approches analytiques des objectifs pédagogiques de l'ETP);
- Prise en charge personnelle (autogestion) (AUTO) : *être (plus) "acteur" de mon parcours de soins* (bénéfice d'autonomie préalablement identifié);
- Protection de l'entourage (ENT) : *protéger les relations avec mon entourage* (ce bénéfice relationnel n'avait pas été appréhendé comme tel lors des phases préalables - ses 3 items rattachés alors à d'autres bénéfices psychologique, utilitaire ou relationnel, s'inscrivent toutefois in fine dans une même logique de protection des relations patients-entourage au sens large (proches, équipes médicales et le cas échéant, autres patients rencontrés).

D'autre part, 2 dimensions de coûts psychologiques et émotionnels perçus (9 items) ont été mises à jour (62,3% de la variance expliquée), des coûts résultant d'une double confrontation :

- Affronter ses propres inquiétudes ou de nouvelles sources d'angoisse (INQ) : *faire des efforts pour « affronter » mes propres inquiétudes et/ou de nouvelles sources d'angoisses ;*
- Affronter le regard des « autres » (patients, intervenants) (IM) : *faire des efforts pour "affronter" d'autres patientes et/ou les intervenants d'ETP.*

Ces coûts avaient été préalablement structurés selon une logique temporelle imposée par les effets visibles des traitements, mais une différenciation selon les deux sources d'effort s'avère en fait plus pertinente. Des coûts monétaires ou logistiques (déplacement, garde d'enfants, ...) initialement identifiés et validés par les experts, n'ont par contre pas été retenus à l'issue de cette purification de l'échelle, tout comme ceux liés aux efforts physiques complémentaires que les patients doivent faire pendant leur parcours de soins, pour assister aux séances éducatives (loading inférieurs à 0,5). Ces coûts ne seraient donc pas perçus comme significatifs par les patients ayant accepté de participer à un *programme* d'ETP et/ou seraient en amont, minimisés par les équipes qui s'efforcent d'intégrer au mieux les contraintes des patients (logistiques, organisationnelles, physiques ...) selon l'avancement de leur parcours de soin. Ils restent toutefois des freins majeurs à l'accès à l'ETP pour les patients éloignés géographiquement des établissements de soins et/ou en situation d'handicap ou trop fatigués par leurs traitements qui, par conséquent, ne peuvent pas et/ou ne souhaitent pas y participer.

L'échelle intègre enfin une dimension renvoyant à la valeur globale perçue (4 items) (83,4% de la variance expliquée) compte tenu de l'approche hybride retenue.

Il convient aussi de mentionner que le test à un facteur d'Harman a clairement indiqué l'absence d'effet de variance (Fuller *et al.*, 2016).

Les étapes confirmatoires

Les analyses factorielles confirmatoires ont permis d'établir la fiabilité et les validités convergente, discriminante et prédictive de l'échelle de mesure de la valeur perçue de l'ETP à 8 dimensions de premier ordre et 3 dimensions de second ordre (36 items) (cf. annexes 2 à 4). Des corrélations élevées entre plusieurs dimensions de premier ordre ($> 0,4$), tant pour les bénéfiques que pour les coûts, ont en effet conduit à mobiliser des facteurs de second ordre. De surcroît, les approches dédiées à la valeur perçue sont fondées sur des modèles hiérarchiques, comme l'ont démontré empiriquement Matwhick *et al.* (2001, 2002) et Wetzels *et al.* (2009). C'est aussi le cas des bénéfiques et des coûts (Ulaga et Eggert, 2006 ; Kumar et Reinartz, 2016).

Tableau 3 :
Validation de l'échelle de mesure de la valeur perçue de l'ETP en oncologie

Etape 4 : Confirmation de l'échelle de mesure

<i>Analyses factorielles confirmatoires : Tests des modèles de mesure et d'équations structurelles. Méthode des moindres carrés partiels (PLS) avec procédure de bootstrap de 5000 répliques (Tenenhaus et al., 2005)</i>	
Confirmer l'échelle de mesure purifiée (valider la structure de la valeur perçue de l'ETP en 8 dimensions (5 bénéfiques, 2 coûts, 1 valeur globale perçue) ; s'assurer de la fiabilité de chaque dimension)	Les poids factoriels sont tous supérieurs à 0,708 et statistiquement significatifs au seuil de 1% (<i>t</i> de Student). Les indices de fiabilité des facteurs de premier ordre (Rhô de Joreskog) sont tous supérieurs au seuil de 0,7.
Tester les facteurs de second ordre 2 facteurs de second ordre pour les bénéfiques, 1 facteur de second ordre pour les coûts.	Les liens entre les facteurs de premier ordre (SOUT, CONN, RESS, AUTO, ENT, IM, INQ) et de second ordre (REL, ACT et COUTS) sont statistiquement significatifs au seuil de 1%. Les indices de fiabilité des facteurs de second ordre (Rhô de Joreskog) sont tous supérieurs à 0,7.
Tester la validité convergente de l'échelle	Les indices de validité convergente (<i>average variance extracted = AVE</i>) de chaque dimension, de premier et de second ordre, sont tous supérieurs à 0,5.
Tester la validité discriminante de l'échelle	Les corrélations au carré des dimensions de la valeur perçue de l'ETP avec les concepts proches sont toutes inférieures aux AVE.
Tester la validité prédictive de l'échelle (vs deux concepts liés : satisfaction et attitude des patients à l'égard de l'ETP)	Liens positifs et significatifs au seuil de 1% entre REL (0,347), ACT (0,282) et Valeur. Liens négatifs (-0,072), non significatifs, entre COUTS et Valeur ($R^2 = 0,352$). Liens positifs et significatifs entre Valeur et Satisfaction (0,727), entre Valeur et Attitude (0,231) ($R^2 = 0,663$) et entre Satisfaction et Attitude (0,727) ($R^2 = 0,529$).

L'échelle de mesure de la valeur perçue de l'ETP développée et validée dans cette recherche intègre ainsi :

- Deux bénéfiques cognitif (*connaissances utiles pour le parcours de soins*) et psychologique (*soutien et accompagnement sur un plan humain*) regroupés dans un facteur de second ordre qui intègre les deux fondements de la relation thérapeutique personnalisée et globale proposée en ETP, simultanément adaptée aux besoins cognitifs (informations) et psychologiques (considérations) spécifiques des patients.

- Trois bénéfices utilitaire, d'autonomie et relationnel (*compétences et ressources mobilisables, prise en charge personnelle (autogestion), protection de l'entourage*) regroupés dans un facteur de second ordre relatif au développement des capacités d'action du patient pour mener au mieux son parcours de soins.
- Deux coûts associés, l'un résultant de la *confrontation du patient à ses propres inquiétudes ou à de nouvelles sources d'angoisse*, l'autre plus symbolique lié à l'expression de soi et *au regard des autres* (patients, intervenants), regroupés dans un facteur de second ordre intégrant ces deux coûts psychologiques et émotionnels
- Une dimension de valeur perçue globale.

Enfin, cette recherche confirme les liens supposés sur un plan théorique, entre la valeur perçue, la satisfaction et l'attitude à l'égard de *programmes* d'Education Thérapeutique du Patient (Bonney-Claudet, Mencarelli et Lombart, 2015 ; Gallarza, Ruiz-Molina, et Gil-Saura, 2016 ; Mencarelli et Lombart, 2017).

Conclusion

En mobilisant le cadre théorique de la valeur perçue en marketing et en adoptant le paradigme de Churchill, enrichi par les travaux de Rossiter (2002), cette recherche a permis de définir sur un plan conceptuel la valeur perçue de l'ETP en oncologie, de mettre à jour la variété des bénéfices (apports) de cette pratique de soins personnalisée perçus par les patients (cognitifs, utilitaires, psychologiques, relationnels) et des coûts (efforts) perçus associés (psychologiques et émotionnels), et de développer une échelle de mesure fiable, valide et parcimonieuse de ce construit.

Sur un plan théorique et méthodologique, cette recherche s'inscrit dans le prolongement des travaux existants en marketing sur la valeur perçue, et notamment sur la valeur perçue d'offres co-crées par les consommateurs (Merle, Chandon et Roux, 2008 ; Merle *et al*, 2010), et élargit le champ d'application à un service de santé personnalisé, complexe et co-construit avec les patients, vécu dans un contexte d'expérience traumatique (Torres et DeBerry-Spence, 2019). Elle permet aussi d'approfondir la nature de la valeur perçue de *programmes* d'ETP et d'identifier et mesurer rigoureusement ses dimensions. Elle souligne ainsi la nature contextuelle de la valeur et la nécessité d'adopter des approches de mesure contingentes de la valeur. Cette recherche complète enfin les travaux de recherche et pratiques en santé consacrés aux effets spécifiques de l'ETP pour les patients en appréhendant, comme la HAS (2018) le suggère, les points de vue des patients pour affiner le choix des objectifs et définir les critères d'évaluation.

Sur un plan managérial, cette recherche devrait permettre aux chercheurs et équipes d'enrichir leurs évaluations classiques des effets de l'ETP en appréhendant la valeur des *programmes* d'ETP perçue par les patients. Ils pourront ainsi continuer de les adapter aux besoins et parcours de soins des patients et mieux valoriser leurs apports pour les patients auprès des différentes parties prenantes. Ils disposeront aussi d'éclairages complémentaires, centrés sur les patients, pour convaincre les instances responsables de maintenir leur politique de soutien en faveur du développement de *programmes* d'ETP en oncologie, encore contraints et limités, bien qu'incontournable dans la prise en charge des maladies chronique et du cancer en particulier. Devant la chronicisation des cancers et l'augmentation du nombre de personnes concernées par cette maladie, il est en effet essentiel de favoriser l'accès des patients à l'ETP, sans créer d'inégalités sociales, en l'intégrant comme un élément à part entière des parcours de soins (Huteau *et al*, 2019).

Cette recherche permettra aussi aux équipes de mesurer l'importance des coûts psychologiques et émotionnels associés à un *programme* d'ETP perçus par les patients et de pouvoir les rassurer et diminuer leur niveau d'efforts perçus. Cet aspect n'était pas encore pris en compte dans les évaluations classiques des *programmes* d'ETP.

Il convient enfin de souligner que cette recherche souffre de limites et ouvre de nouvelles perspectives scientifiques. Sur un plan méthodologique, contrairement aux usages habituels, les phases de purification et de confirmation de l'échelle ont dû être effectuées sur la même base de données compte tenu des contraintes et difficultés du recueil de données auprès de patients en oncologie. En outre, la collecte des données a été effectuée auprès de 210 patientes prises en charge pour un cancer du sein ayant participé à un *programme* d'ETP (au cours des 3 aux 30 derniers mois) dans un Centre de Lutte Contre le Cancer qui privilégie plutôt des approches collectives de l'ETP. Il pourrait donc être pertinent de reproduire cette recherche auprès d'une cohorte de patients atteints d'autres types de cancers, notamment masculins, et quantitativement plus importante afin de pouvoir différencier la valeur perçue de l'ETP en oncologie selon des facteurs individuels (profils des patients, parcours de soins, implication et nombre de séances éducatives suivies ...) et structurels (organisation et modalités du *programme*, approches pédagogiques (outils, modes d'interactions, suivis) ...), ou selon la récence du *programme* (choix de l'horizon temporel retenu (dès la fin du programme ou à distance)). Sur un plan conceptuel, cette recherche s'est enfin focalisée sur les bénéfices et coûts perçus de l'ETP pour les patients. Des recherches complémentaires pourraient dès lors être consacrées à l'identification et à la modélisation des antécédents et des conséquences de la valeur perçue de l'ETP sur le parcours de soins vécu des patients. Elles permettraient aux équipes d'identifier les leviers d'action à mobiliser pour affiner leurs *programmes* et renforcer leur valeur perçue, et d'appréhender d'autres effets spécifiques de l'ETP pour les patients (qualité des relations avec les professionnels de santé, capacité d'autodétermination, observance, vécu du parcours de soins, bien-être, ...). Le protocole de cette recherche pourrait être enfin appliqué à d'autres services en oncologie centrés sur les patients ou d'autres dispositifs contribuant à leur éducation ou accompagnement. Deux dispositifs porteurs pourraient être ainsi analysés : les *Patients Ressource* ou *Experts* (anciens patients formés pour écouter, informer, conseiller, orienter les nouveaux patients et partager leurs expériences) ; les outils numériques (applications ou plateformes internet) dédiés au suivi à distance des parcours de soins des patients, notamment des patients sous thérapies orales dont les venues à l'hôpital sont limitées ou ceux traités en ambulatoire pour leur retour à domicile, ou encore de ceux, nombreux, éloignés des établissements de soins qui ne peuvent pas ou ne souhaitent pas y revenir (pour des contraintes géographiques (déplacements) et/ou physiques (fatigues, handicap ...)).

Bibliographie

- Aurier P, Evrard Y et N'Goala G (2004) Comprendre et mesurer la valeur du point de vue du consommateur. *Recherche et Applications en Marketing* 19(3): 1-20
- Bonnefoy-Claudet L, Mencarelli R et Lombart C (2015) Modélisation et tests des effets d'une stratégie d'enrichissement expérientiel : application au contexte touristique. *Recherche et Applications en Marketing* 30(4): 69-94.
- Churchill GA (1979) A paradigm for developing better measures of marketing constructs. *Journal of Marketing Research* 16(1) 64-73
- Crié D, Gallopel-Morvan K, Loazel M et Tardif L (2013) Innover en créant de la valeur grâce au marketing hospitalier, in T. Nobre (coord.), *L'innovation managériale à l'hôpital. 14 cas de mise en œuvre*, Dunod, 185-203
- Crié D et Gallopel-Morvan K (2019) Comment et dans quelle limites « marketer » la santé ?. *Décisions Marketing* 96: 5-14
- D'Ivernois J-F et, Gagnayre R (2016) *Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique : l'école de Bobigny*, 5^{ème} Edition. Maloine.
- Fuller CM, Simmering MJ, Atinc G., Atinc Y. et Babin BJ (2016), Common methods variance detection in business research. *Journal of Business Research*, 69: 3192-3198.
- Gallarza MG, Ruiz-Molina ME et Gil-Saura I (2016) Stretching the value satisfaction-loyalty chain by adding value dimensions and cognitive and affective satisfactions: A causal model for retailing. *Management Decision* 54(4): 981-1003
- HAS (2007) Structuration d'un programme d'Education Thérapeutique du Patient dans le champ des maladies chroniques, 120p, Juin 2007, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf
- HAS (2014a) L'évaluation annuelle de l'Education Thérapeutique du Patient : une démarche d'auto-évaluation. Guide méthodologiques pour les coordinateurs et équipes, 39 p, Mai 2014, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/evaluation_annuelle_maj_juin_2014.pdf
- HAS (2014b) L'évaluation quadriennale de l'Education Thérapeutique du Patient : une démarche d'auto-évaluation. Guide méthodologiques pour les coordinateurs et équipes, 40p, Mai 2014, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/evaluation_quadriennale_v2_2014-06-17_16-38-45_49.pdf
- HAS (2014c) Indicateurs dans le champ de l'Education Thérapeutique du Patient, Mai 2014, 13 p, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/indicateurs_etp_v2.pdf
- HAS (2018a) Education thérapeutique : Evaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladie chroniques. Actualisation de l'analyse de la littérature, Juin 2018, 154p, https://www.has-sante.fr/jcms/c_2884714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp-evaluation-de-l-efficacite-et-de-l-efficience-dans-les-maladies-chroniques
- HAS (2018b) Education thérapeutique : Evaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladie chroniques. Synthèse de la littérature et orientations, Juin 2018, 49p, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-11/mc_238_synthese_litterature_etp_vf.pdf
- Holbrook MB (1994) The nature of customer value : an axiology of services in the consumption experience, in R. Rust et R.L. Oliver (coord.) : *Service quality : new directions in theory and practice*, Thousand Oaks, Sage Publication, 21-71.
- Holbrook MB (1999) Introduction to consumer value, in M.B. Holbrook (coord.) : *Consumer Value : a framework for analysis and research*, Londres et New York, Routledge, 1-28.
- Holbrook MB et Corfman KP (1985) :Quality and value in the consumption experience : phaedrus rides again, in J. Jacoby et J.C. Olson (coord.), *Perceived quality : how consumers view store and merchandise*, Lexington, Lexington Books, 31-57.

- Huteau M-E, Berger V, Hureau M, Boucher S et Stoebner-Delbarre A (2019) Egal accès aux soins éducatifs en cancérologie en France : mythe ou réalité ? *Bulletin du Cancer*, <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2019.08.015>
- Institut National du Cancer (2014) La chimiothérapie orale du cancer en 2014-2015. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/La-chimiotherapie-orale-du-cancer-en-2014>
- Institut National du Cancer (2015) Plan Cancer 2014-2019, 210p. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>
- Kumar V et Reinartz W (2016) Creating enduring customer value. *Journal of Marketing* 80(6): 36-68.
- Lai AW (1995) Consumer values, product benefits and customer value: a consumption behavior approach. *Advances in Consumer Research* 22(1) 381-388.
- Mathwick C, Malhotra N et Rigdon E (2001) Experiential value: Conceptualization, measurement and application in the catalog and Internet shopping environment *Journal of Retailing* 77(1): 39-56.
- Mathwick C, Malhotra NK et Rigdon E (2002) The effect of dynamic retail experiences on experiential perceptions of value: an Internet and catalog comparison. *Journal of Retailing* 78(1): 51-60.
- Mencarelli R et Lombart C (2017) Influences of the perceived value on actual repurchasing behavior: Empirical exploration in a retailing context. *Journal of Retailing and Consumer Services* 38 : 12-21.
- Merle A, Chandon J-L et Roux E (2008) Comprendre la valeur perçue de la customisation de masse. Une distinction entre la valeur du produit et la valeur de l'expérience de co-design. *Recherche et Applications en Marketing* 23(3) : 39-53.
- Merle A, Chandon J-L, Roux E et Alizo F (2010) Perceived value of the mass-customized product and the mass customization experience for individual consumers. *Production and Operations Management* 19(5) : 503-514.
- Observatoire Sociétal des Cancers (2017) 7^{ème} rapport. <http://www3.ligue-cancer.net/docs/observatoire-societal-cancer-2017.pdf>
- Organisation Mondiale de la Santé (1998) Therapeutic patient education : continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases, Report of a WHO working group, 90p. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf
- Rivière A et Mencarelli R (2012) Vers une clarification théorique de la notion de valeur perçue en marketing. *Recherche et Applications en Marketing* 27(3) : 97-123.
- Rossiter JR (2002) The COARSE procedure for scale development in marketing. *International Journal of Research in Marketing* 19(4): 305-335.
- Ruiz DM, Gremler DD, Washburn JH et Carrión GC (2008) Service value revisited: Specifying a higher-order, formative measure. *Journal of Business Research* 61(12): 1278-1291.
- Ruiz-Molina M-E, Gallarza M et Gil-Saura I (2018) A review of value drivers in service settings. *Journal of Services Marketing*, 32(7): 850-867.
- Simon D et Detournay B (2013) Evaluation en éducation thérapeutique, in Simon D, Traynard P-Y., Bourdillon F, Gagnayre R et Grimaldi A (coord.), *Éducation Thérapeutique. Prévention et maladies chroniques*, 3^{ème} Edition, Elsevier Masson, 347-358.
- Sweeney JC et Soutar GN (2001) Consumer perceived value : the development of a multiple item scale. *Journal of Retailing* 77(2) : 203-220
- Tenenhaus M, Esposito Vinzi V, Chatelin YM et Lauro C (2005) PLS path modeling. *Computational Statistics Data Analysis* 48(1): 159-205.
- Torres LT et DeBerry-Spence B (2019) Consumer valorization strategies in traumatic extraordinary experiences. *Journal of the Academy of Marketing Science* 47(3): 516-531.

- Traynard P-Y et Gagnayre R (2013) L'éducation thérapeutique du patient atteint d'une maladie chronique, in Simon D, Traynard P-Y, Bourdillon F, Gagnayre R et Grimaldi A (coord.), *Education Thérapeutique. Prévention et maladies chroniques*, 3^{ème} Edition, Elsevier Masson, 3-8.
- Ulaga W and Eggert A. (2006) Value-based differentiation in business relationships: Gaining and sustaining key supplier status. *Journal of Marketing* 70(1): 119-136.
- Wetzels M, Odekerken-Schröder G et Van Oppen C. (2009). Using PLS path modeling for assessing hierarchical construct models: Guidelines and empirical illustration. *MIS Quarterly*, 33 : 177-195.
- Woodall T (2003) Conceptualising « value for the customer » : an attributional, structural and dispositional analysis. *Academy of Marketing Science Review* 12 : 1-42.
- Zeithmal VA (1988) Consumer perceptions of price, quality and value : a means-end model and synthesis of evidence. *Journal of Marketing* 52(3) : 2-22.

Annexe 1 : Analyses factorielles exploratoire et confirmatoire

BENEFICES PERCUS DE L'ETP EN ONCOLOGIE - <i>Participer à un programme d'ETP m'a permis de ...</i>		Exploratoire		Confirmatoire		
		Loadings	Alpha	PC	t	CR
Soutien et accompagnement (SOUT)	- Me sentir écoutée et comprise	0,540	0,877	0,854	37,848***	0,912
	- Me sentir soutenue ou aidée pendant tout mon parcours de soins ou à certaines étapes	0,644		0,848	31,673***	
	- Me sentir reconnue en tant que personne et non pas uniquement en tant que malade	0,660		0,808	28,178***	
	- Pouvoir mieux communiquer ou collaborer avec les équipes soignantes (par exemple : infirmières, aides-soignantes, manipulateurs...)	0,689		0,798	31,716***	
	- Bénéficier de relations personnalisées avec l'(les) intervenant(s) de l'équipe d'ETP	0,535		0,794	31,811***	
Connaissances utiles pour le parcours de soins (CONN)	- Mieux comprendre ou compléter les informations données par mes médecins sur mes traitements et leurs effets indésirables	-0,817	0,873	0,852	21,487***	0,909
	- Mieux comprendre mes traitements (par exemple leurs indications, leurs déroulements, leurs effets indésirables et/ou l'importance du respect des prescriptions médicales)	-0,767		0,832	27,407***	
	- Connaître les précautions à prendre pendant mon parcours de soins pour limiter les effets indésirables de mes traitements	-0,736		0,820	22,322***	
	- Pouvoir poser des questions sur ce qui m'inquiétait ou sur ce que je voulais savoir sur mon parcours de soins	-0,583		0,790	24,342***	
	- Acquérir des connaissances ou conseils, adaptés à ma situation, pour maintenir ou améliorer ma qualité de vie pendant mon parcours de soins (par exemple : conseils socio-esthétiques, diététiques, activités physiques adaptées, relaxation, aide à l'arrêt du tabac ...)	-0,626		0,785	24,582***	
Protection de l'entourage (ENT)	- Pouvoir dire des choses que je ne pouvais pas dire à mes proches ou à mes médecins	0,788	0,800	0,815	30,816***	0,884
	- Comprendre les changements dans mon mode de vie imposés par mes traitements (ex : nécessité d'adapter mes activités personnelles, familiales, professionnelles ...)	0,773		0,861	26,835***	
	- Pouvoir mieux vivre et/ou partager avec mes proches ou mon entourage mon parcours de soins	0,676		0,863	33,086***	
Compétences et ressources (RESS)	- Comprendre quels étaient les différents professionnels de mon établissement de soins ou à l'extérieur, que je pouvais contacter en cas de besoin (par exemple : psychologue, éducateur d'activités physiques adaptées, diététicienne, socio-esthéticienne, assistante sociale, médecin de la douleur, kinésithérapeute ...)	0,785	0,887	0,876	34,306***	0,918
	- Savoir quoi faire pour mieux supporter et/ou gérer au quotidien les effets indésirables de mes traitements	0,599		0,818	23,060***	
	- Comprendre l'intérêt de contacter, en cas de difficultés ou complications, d'autres professionnels de mon établissement de soins ou à l'extérieur (ex : psychologue, éducateur d'activités physiques adaptées, diététicienne, médecin de la douleur, kinésithérapeute, coupeur de feu ...)	0,809		0,848	30,845***	
	- Pouvoir être soutenue et accompagnée dans mes émotions (peurs, stress, angoisses, ...) pendant tout mon parcours de soins ou à certaines étapes	0,561		0,814	24,726***	
	- Etre rassurée de pouvoir joindre, en cas de besoin, l'(les) intervenant(s) de l'équipe d'ETP	0,588		0,797	32,555***	

Prise en charge personnelle (AUTO)	- Avoir davantage confiance en mes capacités à gérer au mieux mes traitements et mon parcours de soins	0,677		0,841	26,607***	
	- Etre plus autonome pour faire face aux difficultés de mon parcours de soins	0,659		0,870	30,242***	
	- Etre plus autonome pour bien suivre mes traitements (respecter les prescriptions et savoir réagir)	0,561	0,88	0,816	30,712***	0,913
	- Garder ou reprendre confiance en moi	0,572		0,798	26,557***	
	- Me sentir davantage acteur de mon parcours de soins	0,589		0,785	24,419***	

COUTS PERCUS DE L'ETP EN ONCOLOGIE - Participer à un programme d'ETP m'a obligé à ...

Efforts envers les autres patients et/ou intervenants d'ETP (IM)	- Faire des efforts pour parler de mon parcours de soins avec d'autres personnes (intervenants d'ETP et/ou autres patientes)	0,722		0,775	27,272***	
	- Me sentir parfois mal à l'aise de l'image que je pouvais donner de ma manière de vivre ou mener mon parcours de soins	0,896	0,859	0,862	27,057***	0,900
	- Faire des efforts pour accepter de rencontrer d'autres patientes	0,701		0,708	24,343***	
	- Me sentir quelques fois mal à l'aise de penser que je donnais peut-être une « mauvaise » image de moi	0,896		0,852	26,958***	
	- Etre quelques fois gênée de <u>ne pas</u> vouloir ou <u>ne pas</u> pouvoir appliquer certains conseils donnés en ETP	0,722		0,807	27,561***	
Efforts envers ses propres inquiétudes (INQ)	- Prendre conscience de la réalité des effets indésirables potentiels de mes traitements (au plan physique, psychologique, mode de vie...)	0,875		0,645	13,212***	
	- Etre confrontée à des informations qui pouvaient accroître mes peurs ou angoisses	0,573		0,811	19,786***	
	- Prendre conscience que certains effets indésirables de mes traitements étaient différents ou plus compliqués que ceux, plus habituels, présentés en ETP	0,649	0,739	0,725	16,830***	0,836
	- Etre parfois confrontée à des patientes dont les questions ou témoignages pouvaient être perturbants ou source d'angoisses	0,534		0,806	18,250***	

VALEUR PERCUE GLOBALE DE L'ETP EN ONCOLOGIE – Globalement, participer à un programme d'ETP ...

Valeur perçue globale (VAL)	- M'a apporté plus de bénéfices pour mon parcours de soins que je n'ai dû faire d'efforts pour y participer	0,935		0,935	29,641***	
	- M'a permis d'en retirer plus d'avantages que d'inconvénients pour mon parcours de soins	0,877		0,877	32,812***	
	- M'a plus aidée pour mon parcours de soins qu'il ne m'a coûté d'y participer	0,947	0,933	0,947	34,638***	0,953
	- M'a permis d'en retirer plus de bénéfices pour mon parcours de soins que de coûts à supporter pour y participer	0,893		0,893	33,953***	

*** Coefficient significatif. Les valeurs du test en *t* de Student supérieures à |2,575| indiquent des paramètres significatifs au seuil de 1 %.

Annexe 2 : Facteurs de second ordre

1er ordre ← 2ème ordre	PC	t	CR
Soutien et accompagnement (SOUT) ← Relation thérapeutique personnalisée globale (REL)	0,927	35,537***	0,923
Connaissances utiles pour le parcours de soins (CONN) ← Relation thérapeutique personnalisée globale (REL)	0,925	35,107***	
Protection de l'entourage (ENT) ← Capacités d'action du patient (ACT)	0,829	21,390***	0,908
Compétences et ressources (RESS) ← Capacités d'action du patient (ACT)	0,901	30,028***	
Prise en charge personnelle (AUTO) ← Capacités d'action du patient (ACT)	0,896	29,046***	
Efforts envers les autres patients et/ou intervenants (IM) ← Coûts psychologiques et émotionnels (COUTS)	0,934	37,764***	0,892
Efforts envers ses propres inquiétudes (INQ) ← Coûts psychologiques et émotionnels (COUTS)	0,860	24,255***	
*** Coefficient significatif. Les valeurs du test en t de Student supérieures à 2,575 indiquent des paramètres significatifs au seuil de 1 %.			

Annexe 3 : Validités convergente et discriminante

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1. REL*	0,857																				
2. SOUT		0,674																			
3. CONN		0,510	0,666																		
4. ACT*	0,604	0,531	0,505	0,767																	
5. ENT	0,368	0,355	0,278		0,717																
6. RESS	0,507	0,427	0,443		0,424	0,691															
7. AUTO	0,502	0,438	0,423		0,414	0,456	0,676														
8. COUTS*	0,000	0,009	0,006	0,007	0,012	0,005	0,003	0,806													
9. IM	0,002	0,002	0,018	0,000	0,002	0,001	0,002		0,644												
10. INQ	0,009	0,023	0,001	0,041	0,029	0,035	0,031		0,385	0,561											
11. VAL	0,311	0,174	0,379	0,294	0,137	0,289	0,236	0,003	0,021	0,007	0,834										
12. EXPERTSUB	0,006	0,006	0,004	0,000	0,000	0,007	0,004	0,000	0,000	0,001	0,000	0,637									
13. PROXIREL	0,345	0,332	0,261	0,423	0,241	0,408	0,313	0,010	0,000	0,044	0,338	0,003	0,849								
14. EMPW*	0,255	0,214	0,224	0,418	0,295	0,345	0,326	0,006	0,001	0,016	0,250	0,000	0,249	0,673							
15. EMPWCOMP	0,325	0,238	0,323	0,480	0,288	0,442	0,363	0,000	0,003	0,010	0,320	0,001	0,291		0,790						
16. EMPWAUTO	0,152	0,136	0,125	0,301	0,184	0,215	0,292	0,020	0,008	0,035	0,155	0,001	0,176		0,452	0,787					
17. EMPWIMP	0,065	0,069	0,044	0,098	0,129	0,079	0,047	0,001	0,002	0,000	0,058	0,021	0,057		0,175	0,179	0,706				
18. SAT	0,248	0,173	0,256	0,263	0,122	0,210	0,262	0,000	0,009	0,013	0,528	0,005	0,400	0,254	0,292	0,176	0,064	0,923			
19. RISQP	0,017	0,001	0,048	0,005	0,000	0,005	0,011	0,231	0,265	0,103	0,066	0,010	0,016	0,009	0,019	0,007	0,000	0,046	0,780		
20. ATT	0,233	0,173	0,228	0,249	0,135	0,219	0,209	0,000	0,012	0,021	0,476	0,010	0,313	0,187	0,262	0,118	0,031	0,635	0,056	0,842	
21. CONTRP	0,043	0,065	0,017	0,137	0,153	0,100	0,088	0,016	0,009	0,019	0,024	0,009	0,081	0,211	0,102	0,138	0,215	0,042	0,024	0,036	0,545

Annexe 4 : Validité prédictive

	Valeur	t	R²
Relation thérapeutique personnalisée globale (REL) → Valeur perçue globale (VAL)	0,347	3,875***	
Capacités d'action du patient (ACT) → Valeur perçue globale (VAL)	0,282	3,137**	0,352
Coûts psychologiques et émotionnels (COUTS) → Valeur perçue globale (VAL)	-0,072	n.s	
Valeur perçue globale (VAL) → Satisfaction (SAT)	0,727	15,272***	0,529
Valeur perçue globale (VAL) → Attitude (ATT)	0,231	3,926***	
Satisfaction (SAT) → Attitude (ATT)	0,631	10,732***	0,663
***/* Coefficient significatif. Les valeurs du test en t de Student supérieures à 2,575/1,96 indiquent des paramètres significatifs au seuil de 1/5 %.			
n.s. Coefficient non significatif			