

LE RISQUE D'INTERACTION DANS LA CONSOMMATION DE SERVICE

Sonia CAPELLI

ATER à l'IUT B Université Claude Bernard, Lyon1

Membre du CERAG (Grenoble 2)

Département Techniques de Commercialisation, bureau 410
Institut Universitaire de Technologie B
17 rue de France
69627 Villeurbanne cedex
Tel : 04.72.65.54.35
Fax : 04.72.65.54.15
sonia.capelli-hillairet@iutb.univ-lyon1.fr

William SABADIE

Maître de Conférences à l'IAE Université Jean Moulin, Lyon3.

Membre de l'équipe IRIS (Centre de recherche de l'IAE de Lyon, Université Lyon 3)

I.A.E – Université Lyon 3
6 Cours Albert Thomas
69008 Lyon
Tel : 04.78.78.76.42.
sabadie@univ-lyon3.fr

LE RISQUE D'INTERACTION DANS LA CONSOMMATION DE SERVICE

RESUME :

Le concept de risque d'interaction est développé afin d'intégrer les différentes relations humaines inhérentes à la consommation d'un service. Ainsi, une mesure tridimensionnelle du risque d'interaction (utilitaire, sociale et projetée) est proposée. La validité de l'échelle est assurée par l'impact du risque d'interaction sur l'utilisation des réducteurs et sur la relation qualité-fidélité.

MOTS CLE :

Risque, services, interaction, qualité perçue, stratégies de réduction du risque.

INTERACTION-RISK DURING SERVICES CONSUMPTION

ABSTRACT :

Interaction risk is introduced so as to take into account various human relationships linked to services consumption. Thus, a three-factor measurement scale is proposed for interaction risk (utilitarian, social and projected). The validity of the scale is supported by the significant power of interaction risk for explaining risk reduction strategies and for moderating the quality-fidelity relationship.

KEY WORDS :

Risk, services, interaction, perceived quality, risk reduction strategies.

Cette communication s'intéresse au risque perçu par les consommateurs de services. Bauer (1960) proposait déjà que « *Le comportement du consommateur implique un risque dans le sens où toute action d'un consommateur produira des conséquences qu'il ne pourra anticiper de façon certaine et certaines d'entre elles sont susceptibles d'être désagréables* ». Cette affirmation implique une conception composite du risque alliant des conséquences désagréables et l'incertitude concernant leur occurrence d'apparition. Ainsi, la définition du risque perçu comme « *L'anticipation d'une perte sur la base d'une évaluation subjective d'une situation risquée* » proposée par Stone et Grønhaug (1993) est la plus souvent adoptée en marketing. Cette démarche implique un questionnement sur la présence du risque (probabilité d'occurrence) et sur l'importance du risque (ampleur de la perte). Malgré la variété des pertes considérées lors de situations de consommation, aucun de ces travaux n'a cherché à préciser la nature des différentes pertes qui peuvent être perçues lors de l'achat d'un service. La plupart des études tiennent compte de plusieurs types de risques afférents à une situation d'achat précise. Ainsi, les dimensions financières, temporelles, fonctionnelles, physiques – liées à une perception directe du produit- et sociales et psychologiques - liées à l'individu- du risque ont été mises en valeur (voir par exemple Jacoby et Kaplan, 1972 ; Stone et Grønhaug, 1993 ; Mallet, 2001 pour une revue). Pourtant, la complexité des services justifie de les considérer de façon particulière (Eiglier et Langeard, 1987). En effet, alors que la littérature aborde la *relation* de service - ce terme insistant sur l'importance des relations humaines - aucune des dimensions du risque mises en avant jusqu'à présent ne restitue cet aspect de la consommation. C'est pourquoi cette communication propose d'approfondir la question du risque lié aux relations humaines mises en place lors d'une prestation de service. Plus précisément, la notion de risque d'interaction, correspondant à cet aspect des services est proposée.

Dans ce but, les fondements théoriques du risque d'interaction perçu lors de la consommation d'un service et sa mesure sont présentés dans la première partie. Ensuite, l'impact de ce risque d'interaction est mis en avant dans deux situations d'évaluation : l'évaluation avant l'achat avec l'étude du processus de choix d'un prestataire de services (deuxième partie) et l'évaluation après l'achat avec l'étude de la qualité perçue (troisième partie). Enfin, les implications et voies de recherche sont proposées en conclusion.

L'INTERACTION DANS LA CONSOMMATION : UN RISQUE PERÇU PAR LE CONSOMMATEUR DE SERVICE ?

Les activités de services sont particulièrement difficiles à évaluer du fait de leur intangibilité. Cette partie précise la nature des services pour définir les risques inhérents à leur consommation (première section) et valide cette conception au plan empirique (deuxième section).

Fondements du risque d'interaction : les dimensions de l'expérience de service

Les travaux sur la qualité se sont attachés à définir les principales dimensions de l'expérience de services (Grönroos, 1984, 1990 ; Parasuraman et *al.*, 1985, 1988). Parasuraman et *al.* (1985) remarquent que les services sont particulièrement riches en éléments de type expériences et croyances, selon la typologie proposée par Nelson (1970) et Darby et Carny (1973)¹. Cependant, cette catégorisation est essentiellement centrée sur l'évaluation du résultat de l'expérience de service et ne prend donc pas en compte les éléments liés à la manière dont le service est rendu. Grönroos (1984, 1990) souligne l'importance de la façon dont le service est rendu. Au sein de la qualité, elle distingue les dimensions technique et fonctionnelle. La dimension technique est relative au résultat, ce que le client a obtenu une fois l'expérience de service terminée. Par exemple, les passagers d'un train sont transportés d'un endroit à un autre. La dimension fonctionnelle fait référence au processus en lui-même, à la façon dont l'expérience se déroule. Par exemple, il peut s'agir du confort d'un voyage. Eglie et Langeard (1987) identifient trois dimensions jouant sur l'évaluation d'un service : une dimension liée au résultat et deux dimensions fonctionnelles. D'une part, la qualité fonctionnelle concerne le processus, c'est-à-dire l'ensemble des interactions nécessaires à la réalisation du service, évalué par le client en termes de fluidité, de facilité, de séquence. D'autre part, la qualité intrinsèque tient compte de chaque élément de la servuction pris isolément.

La simultanéité de la production, de la distribution et de la consommation d'un service fonde la conception systémique proposée par Eglie et Langeard (1987). Ces auteurs définissent la servuction comme « *l'organisation systématique et cohérente de tous les éléments physiques et humains de l'interface client-entreprise nécessaires à la réalisation d'une prestation de service dont les caractéristiques commerciales et les niveaux de qualité ont été déterminés* ». Le service résulte de l'interaction de trois éléments de base nécessaires à sa production et à sa distribution : le client, le support physique et le personnel en contact qui subissent, en arrière, la coordination du système d'organisation interne à l'entreprise et la présence des autres clients. Cette conception systémique de la production d'un service accorde une place prépondérante aux interactions entre les éléments de production. Le modèle de servuction met

particulièrement en avant la participation du client au processus d'élaboration du service (voir Figure 1). La participation du client, soit la somme de travail qu'il effectue pour réaliser le service, concerne les interactions client/support physique et client/personnel en contact.

Insérer ici la Figure 1

La définition du service en tant que processus souligne l'importance de l'expérience de service. Langeard et Eiglier (1994) définissent l'expérience de service comme une « *tranche de vie* », un épisode à durée définie qui peut être intégré dans une relation plus globale entre l'entreprise de service et son client. C'est un concept proche de celui de « rencontre de service » (*service encounter*), c'est-à-dire le moment de l'interaction entre un client et une entreprise, au cours duquel les clients et les employés co-produisent le service. Le personnel en contact constitue un des facteurs prépondérants dans la perception de la qualité d'un service, car la réussite de la prestation dépend grandement de sa performance au cours de la rencontre avec le client. C'est pourquoi, la littérature s'est particulièrement focalisée sur la qualité de l'interaction entre le personnel en contact et les clients (Bitner *et al.*, 1990 ; Swan *et al.*, 1999 ; Salerno, 2001). Ainsi, Salerno (2001) distingue deux dimensions de la personnalisation : l'individualisation et l'interaction socialeⁱⁱ. L'individualisation relève d'une perspective utilitaire : il s'agit de l'adaptation des produits ou services et de la communication (le marketing direct par exemple). La dimension d'interaction sociale concerne le contenu social de l'interaction entre les employés et leurs clients. Ce contenu traite de la personnalisation/dépersonnalisation de la relation par le personnel et l'attention spéciale portée au client (la politesse, l'intérêt porté au client, la bienveillance, les discussions personnelles, *etc.*).

Les principales caractéristiques d'une expérience de service sont susceptibles de donner naissance à un risque perçu via des pertes anticipées spécifiques. La littérature dans le champ des services a particulièrement mis en valeur l'importance des relations entre le personnel en contact et les clients. Les travaux d'Eiglier et Langeard (1987) soulignent également le rôle des interactions entre les éléments de la servuction. C'est pourquoi, nous proposons d'étudier le risque d'interaction entre les trois « éléments humains » du système : le client, le personnel en contact et les autres clients.

Positionnement théorique du risque d'interaction

Les différentes dimensions du risque perçu découlent d'une approche interactionniste : le trait de personnalité (l'individu est plus ou moins enclin à la prise de risque) interagit avec la

nature de la situation qu'il rencontre. Dans le cas des services, les dimensions proposées dans la littérature ne permettent pas de refléter l'ensemble des caractéristiques risquées liées aux relations humaines. C'est pourquoi, nous proposons de considérer les risques inhérents aux interactions humaines qui sont constitutives des activités de service.

Risque perçu et risque d'interaction

Les interactions du processus de servuction peuvent être de deux natures et se lier entre différents acteurs. Ainsi, l'objet de l'interaction peut avoir un caractère utilitaire (la recherche du résultat) ou social (la recherche de liens sociaux). Par exemple, lors d'une séance de rééducation, une discussion entre le patient et le kinésithérapeute sera qualifiée d'utilitaire si elle consiste en un échange d'information au sujet de la pathologie du client et de sociale si elle porte sur « la météo du jour ». Les interactions peuvent également concerner les différentes relations entre le client, le prestataire et les autres clients. Il est donc nécessaire d'envisager l'existence de risques adjacents à ces différents types d'interactions.

Dans les approches classiques du risque en marketing, la logique suivante a été retenue : « *Le produit étant, par essence, multidimensionnel, on peut donc supposer que chacun de ses principaux attributs est susceptible de donner naissance à un risque perçu différent (financier, psychologique, social ou de performance)* » (Moulins, 2003, p.927). En adoptant une démarche similaire à celle proposée pour des biens tangibles, nous faisons donc l'hypothèse qu'il existe potentiellement un risque perçu pour chacune des interactions. Ainsi, nous proposons l'intégration d'une nouvelle composante du risque perçu, appelée risque d'interaction. Ce risque d'interaction est défini comme « **L'anticipation d'une mauvaise expérience de consommation liée aux relations humaines qui composent une prestation de service.** » Cette dimension du risque afférente aux relations humaines qu'implique la consommation d'un service est considérée comme une composante du risque global perçu car elle contribue à l'évaluation de l'acte de consommation au même niveau que les autres composantes.

Risque d'interaction et risque social

Le risque d'interaction comprend donc l'ensemble des risques perçus liés aux relations qui ont lieu lors de la consommation d'un produit et/ou d'un service. Malgré des terminologies qui semblent proches au premier abord, il est très différent du risque social qui a été isolé par la littérature. En effet, le risque social a été défini comme la part du risque liée à l'image que les autres ont du consommateur (Jacoby et Kaplan, 1972). Il concerne donc les répercussions de l'achat d'un produit sur les relations d'un individu d'une façon générale. Ce risque social se

trouve donc dissocié du produit à proprement parler puisqu'il dépend des normes du groupe social dans lequel évolue l'individu. Ce qui a amené certains auteurs à proposer l'existence de deux concepts différents (Bertrandias et Pichon, 2004).

Au contraire, le risque d'interaction concerne les relations humaines qui sont intégrées à l'expérience de consommation. Il ne traite donc pas des relations dans leur ensemble, mais uniquement de celles vécues par l'individu au cours de la consommation d'un service particulier. En général, ces relations sont limitées à l'expérience de consommation. Il peut cependant arriver que les relations établies durant l'acte de consommation perdurent au-delà de ce dernier et donc interviennent dans les relations de l'individu au niveau plus global. Quoiqu'il en soit, ce dernier aspect n'est pas pris en compte dans le risque social qui se limite aux jugements des pairs sans tenir compte de l'acte de consommation comme un moyen d'élargir son cercle social.

Risque d'interaction et risque fonctionnel dans le cas des services

Le risque fonctionnel, tel qu'il est traditionnellement conçu, est une conséquence de l'utilisation d'un produit, autrement dit, il évalue le risque qu'un produit ne remplisse pas les fonctions attendues par le consommateur. Dans le cas du service, ce risque est difficile à évaluer. En effet, le client peut être dans l'incapacité d'évaluer une prestation intangible, pendant et après sa consommation. Dans ce cas, les éléments du processus de servuction sont autant d'indices qui lui permettent d'inférer un niveau de qualité. La définition du risque fonctionnel peut donc s'avérer difficile car elle agrège le risque afférent à l'ensemble des caractéristiques de la prestation de service (le support physique, la relation avec le prestataire et la relation avec les autres clients).

C'est pourquoi nous préférons ici une approche plus restrictive du risque fonctionnel, correspondant au risque lié à la performance du prestataire de service excluant tous les aspects relationnels de la prestation. Ainsi, seules les caractéristiques utilitaires de la relation avec le prestataire et les autres patients peuvent être considérées comme des composantes du risque fonctionnel. Quoiqu'il en soit, ces aspects utilitaires de la relation seront étudiés au sein du risque d'interaction car le résultat du service dépend pour tout ou partie de la compétence du personnel en contact et de la qualité de l'interaction avec le client. C'est au cours de l'interaction avec le client que le personnel en contact peut faire la preuve de sa capacité à fournir le service recherché. Cette particularité vient donc des caractéristiques distinctives de la consommation de services. Pour conclure, le positionnement théorique du concept de risque d'interaction est illustré dans la Figure 2.

Insérer ici la Figure 2

La mesure du risque d'interaction

Dans cette section, le processus de construction de l'échelle de mesure du risque d'interaction est présenté.

Le choix du terrain d'étude

Pour cette étude, la situation de consommation de service retenue est celle d'une prestation chez un kinésithérapeute. Au-delà de son intérêt managérial du fait de l'absence d'études sur ce thème, ce choix permet d'éviter la présence de nombreuses composantes du risqueⁱⁱⁱ et ainsi de mieux mettre en valeur la spécificité humaine du service. Les risques psychologiques et sociaux sont donc volontairement ignorés, dans un souci de simplification. Finalement, seul le risque physique (confondu avec le risque fonctionnel dans le cas d'une séance de rééducation) entre en jeu dans l'évaluation de la prestation d'un kinésithérapeute. Ce risque est très important puisqu'il représente une atteinte directe au corps du patient et implique une douleur justifiant les soins. Il l'est d'autant plus que le patient n'a souvent pas la connaissance médicale lui permettant de juger de la performance du praticien. Ceci est confirmé par trois entretiens en profondeur menés auprès de kinésithérapeutes. Ils concèdent spontanément l'incapacité du patient à juger de leurs compétences avec des *verbatim* tels que « ... seuls les polytraumatisés qui on fait plusieurs centres de rééducation peuvent me juger. Je pense que la meilleure preuve c'est le discours qu'ils tiennent. C'est sûr qu'on ne peut pas connaître tout sur tout, quand on parle de craquants qui se sont déplacés, de nerfs froissés, de muscles froissés, de début foulure tu te dis que tu peux tout faire avaler. ». Cette incertitude renforce le risque physique perçu pour une séance de rééducation. A ce sujet, un des praticiens interrogés déclare « Je ne sais pas pourquoi ils –certains patients- ont cette image du kiné qui fait mal ». Selon Muraro-Cochart (2004), le risque de santé concerne les conséquences potentielles négatives de la consommation sur l'état de santé telles que le décès, une maladie, une blessure ou toute autre menace pour le bien-être de l'individu, ce qui inclut les conséquences d'ordre psychologique ou moral susceptibles d'accompagner une atteinte corporelle. Cependant, les spécificités du service de kinésithérapie font que le patient n'est pas toujours en capacité d'évaluer le risque de santé. C'est pourquoi nous avons choisi d'étudier le risque perçu associé aux interactions avec le prestataire.

Par ailleurs, une séance de rééducation est un service qui permet simultanément le contact avec le prestataire et avec les autres clients. Cette affirmation est valide pour la grande majorité des praticiens qui reçoivent plusieurs patients en même temps, dans les centres de

rééducation ou dans des cabinets individuels. Suite aux entretiens semi-directifs auprès de trois kinésithérapeutes, les dimensions utilitaire et sociale des interactions durant l'expérience de service sont illustrées. A la question de savoir ce que risquent leurs patients, les professionnels répondent en termes de performance avec des *verbatim* tels que « "primum non nocere" est une règle de base qu'il ne faut pas oublier en médecine. Tu peux facilement nuire... » ou « Il existe un risque d'une rééducation mal conduite. Sur une cheville tu ne peux pas nuire, sur un genou tu peux nuire, sur une épaule, tu peux faire un désastre... ». Le risque d'interaction n'apparaît pas spontanément, reflétant l'absence de prise de conscience de cet aspect par les professionnels. Par contre, lorsque le praticien rapporte une expérience particulièrement positive, nous obtenons des *verbatim* tels que « *Ca c'est bien passé avec un type (...), qui avait une histoire un peu particulière, que j'ai suivi pendant six mois (...). Une rééducation qui s'est très bien passée, (...) il avait une bonne progression jusqu'à la reprise du sport à bon niveau...Et puis c'est un type qui avait une histoire. On avait quelques points communs. (...)Il était marié et puis il s'est séparé d'avec sa femme parce qu'elle ne voulait pas avoir d'enfants. (...) C'était un type adorable... Les questions que tu poses, c'est complètement personnel, ce n'est pas seulement le thérapeute. Ca va au-delà. Je disais que la relation elle devient un peu biaisée au bout d'un moment parce que tu en arrives à oublier la pathologie et à ne plus voir que la personne. ...* ». La composante sociale de la prestation de service apparaît clairement, et donc le risque lié aux relations humaines que le patient peut percevoir en allant chez le kinésithérapeute.

Production des items

Suite à l'étude qualitative menée auprès des praticiens, un protocole de construction d'échelle de mesure a été mis en place. L'étude du risque dans les services peut apparaître comme une extension des modélisations du risque en général, c'est pourquoi une démarche particulière a été adoptée pour cette phase de formulation des items. D'une part, dans un souci d'harmonisation des formulations et des mesures avec les travaux existants sur le risque perçu, la syntaxe proposée par Dandouau (1999) a été reproduite. Chaque item de nature de la perte débutait par « *Ca m'embêterait que...* » et chaque item de probabilité de la perte par « *Il se peut que...* ». D'autre part, afin de valider sur le terrain les dimensions théoriques isolées dans la littérature, nous avons procédé à l'aide d'une démarche combinatoire. Ainsi, en croisant les trois composantes de l'interaction humaine (le patient, le prestataire et les autres patients) avec les deux natures de relations (utilitaire et sociale) nous aboutissons à cinq cas^{iv}.

Pour chacun de ces cas, des items ont été formulés. 12 items ont finalement été retenus pour la nature de la perte et pour le risque adjacent. Cette démarche est illustrée dans le Tableau 1.

Insérer ici le Tableau 1

Administration du questionnaire

Le questionnaire a été auto-administré via un site Internet auprès d'un échantillon de convenance de 200 individus, dont 144 avaient déjà consulté un kinésithérapeute. Afin d'évaluer le risque, le répondant devait se mettre dans la situation où il venait de se voir prescrire des séances de rééducation et devait donc choisir un praticien. Ainsi, nous avons étudié, à la fois le risque perçu par des personnes expérimentées et par des prospects. Ceci nous a permis de vérifier la robustesse de l'échelle de risque d'interaction perçu, en reproduisant l'ensemble des analyses menées sur l'échantillon global sur l'échantillon restreint aux 144 personnes expérimentées. Ainsi, la stabilité de l'instrument de mesure est mise en avant dans une double entrée (correspondant aux deux échantillons étudiés) pour chacun des tableaux de résultats. Dans les deux cas, le nombre de répondants en fonction du nombre d'items composant l'échelle correspondait aux normes empiriques proposées par la littérature (Tabarnichk et Fidell, 1989) et l'indice KMO de Barlett permettaient de pratiquer une analyse factorielle exploratoire.

Résultats empiriques

Dans cette partie nous présentons les résultats des modèles multiplicatif (probabilité*perte) et simple (échelle de nature de la perte). La validation de l'échelle de nature de la perte permet de confirmer l'existence d'une perte d'interaction sociale perçue par certains individus. La dimensionnalité de l'échelle de risque d'interaction permet quant à elle de valider l'existence de plusieurs composantes de ce risque et d'inscrire ce dernier au sein des mesures multiplicatives du risque perçu.

Le premier objectif de cette section est de valider l'existence d'une perte potentielle en termes d'interactions humaines anticipées lors de la consommation d'un service précis : une séance de rééducation. Pour cela, seuls les items relatifs à la nature de la perte ont été intégrés à l'analyse factorielle exploratoire. Après épuration des items présentant une qualité de représentation inférieure à 0,4, les critères du coude et des valeurs propres supérieures à l'unité nous ont conduit à retenir trois facteurs expliquant 66% de variance. Les dimensions ont été interprétées à la suite d'une rotation oblimes, à l'aide de la matrice des types (voir Tableau 2).

Insérer ici le Tableau 2

Le premier facteur, intitulé « perte d'interaction utilitaire », restitue 34% de variance. Il est composé de quatre items et concerne la capacité du kinésithérapeute à soigner la pathologie du patient. Cette dimension est cohérente avec la littérature dans la mesure où elle concerne le résultat de la prestation. Toutefois, il est important de souligner que des éléments d'interactions entre le prestataire et les autres clients participent à cette facette du risque d'interaction. Le deuxième facteur, intitulé « perte d'interaction sociale », restitue 18% de la variance. Il est composé de trois items et concerne la qualité des relations humaines entre le patient et les autres patients d'une part et le kinésithérapeute d'autre part. Le troisième facteur, intitulé « perte d'interaction projetée », restitue 14% de la variance. Il est composé de quatre items et concerne la capacité et la volonté du kinésithérapeute à traiter l'ensemble des patients avec bienveillance. L'utilisation du terme d'interaction projetée est donc justifiée du fait que le patient se met à la place des autres patients pour percevoir le risque. Les trois facteurs mis en avant présentent des coefficients de fiabilité acceptables compte tenu du caractère exploratoire de cette étude (alpha de Cronbach de 0,62 à 0,80).

Dans un deuxième temps, afin de valider l'approche multiplicative du risque d'interaction les mêmes analyses ont été reproduites en intégrant des variables composites (probabilité de la perte × nature de la perte). Une structure identique est mise en avant, aussi bien pour l'échantillon total que pour l'échantillon expérimenté (voir Tableau 3). La fiabilité de l'échelle de mesure du risque d'interaction est satisfaisante au vu des indices alpha de Cronbach (compris entre 0,64 et 0,88).

Insérer ici le Tableau 3

Les résultats empiriques rapportés ici donnent lieu à deux types de commentaires concernant la structure et la méthode retenue. En premier lieu, la structure de l'échelle est fiable et robuste. En effet, au-delà des alpha de Cronbach élevés, la réplication d'une analyse identique entre l'échantillon total et l'échantillon d'individus expérimentés aboutit à la fois aux mêmes items et aux mêmes dimensions. Cette structure en trois facteurs valide partiellement les distinctions théoriques qui avaient dicté la formulation des items. En effet, les items relatifs aux relations sociales du patient avec le prestataire et avec les autres clients fusionnent au sein d'une unique dimension, le risque d'interaction sociale. Autrement dit, le patient ne semble pas faire de distinction entre le praticien et les autres clients dans ses rapports humains à visée sociale. Par contre, on retrouve bien l'interaction utilitaire avec le praticien qui explique la plus grande part de la variance. La relation entre le praticien et les autres patients est

également validée comme un facteur de risque perçu par le patient. Ce dernier résultat confirme donc l'importance de la prestation de service fournie aux autres clients pour le client lui-même.

En deuxième lieu, les résultats sont identiques, tant en termes de structures que d'items, quel que soit le modèle retenu (simple ou multiplicatif). Ce résultat confirme qu'il est possible de se contenter de la mesure de la perte anticipée pour mesurer le risque perçu (Volle, 1995 ; Mitchell, 1999). En effet, bien que la variance expliquée par le modèle multiplicatif soit supérieure à celle expliquée par le modèle simple, les gains en termes d'opérationnalisation et de lassitude pour le répondant plaident pour une mesure simple.

RISQUE D'INTERACTION ET CHOIX D'UN PRESTATAIRE DE SERVICE

Dans cette partie, la validité prédictive du risque d'interaction perçu par le consommateur de service est examinée à la lumière du processus de choix d'un prestataire de service. Nous étudions la capacité des facettes du risque d'interaction à expliquer le choix des réducteurs de risque.

Les réducteurs de risque et la collecte d'information

Chaque individu envisage la consommation comme une action risquée (Bauer, 1960). Il tente donc naturellement de réduire ce risque perçu afin de diminuer sa probabilité de perte. Ainsi, le processus de traitement du risque peut être décrit par trois phases (Dowling et Staelin, 1994). Lors de la première phase, l'individu interprète la complexité de la situation en définissant un niveau initial de risque. Dans la deuxième phase, il tente de réduire le risque perçu précédemment. Pour cela, il choisit parmi un ensemble de réducteurs de risque, ceux qui semblent adaptés à sa situation. Enfin, dans la troisième phase, l'individu procède à une nouvelle évaluation du risque, qui doit être inférieure au risque initial perçu. C'est seulement lorsque ce niveau de risque sera jugé suffisamment bas que l'achat d'un bien ou d'un service sera réalisé.

Nous avons choisi d'étudier les deux premières phases de ce processus de réduction du risque perçu, à savoir, dans quelle mesure le niveau de risque d'interaction perçu et sa nature influencent le recours à des réducteurs de risque. En effet, notre objet de recherche ne concerne pas ici l'efficacité des réducteurs mis en place, mais bien la validité prédictive du concept de risque d'interaction.

Un réducteur de risque est défini comme « *toute action, à l'initiative de l'acheteur ou du vendeur, utilisée en tant que stratégie de résolution du risque* » (Roselius, 1971). Cases

(2001) distingue deux types de réducteurs de risque selon qu'ils sont liés aux conséquences de l'achat (e.g. la garantie, l'échange, le remboursement...) et à l'incertitude de l'achat. Compte tenu du contexte choisi pour l'étude, les réducteurs de risques liés aux conséquences de l'achat sont difficiles à définir. En effet, dans le domaine de la santé, il n'existe pas de garantie de résultat ou de remboursement. Nous avons donc choisi d'étudier les réducteurs de risques liés à l'incertitude de l'achat. Cette stratégie de réduction de l'incertitude s'effectue par une collecte d'informations supplémentaire avant de procéder au choix d'un praticien. Ainsi, conformément à la littérature, nous considérerons le nombre d'informations collectées (Ring et alii, 1980) et la nature de ces informations (Akaah et Korgaonkar, 1988) en tant que réducteurs de risque potentiels.

L'impact du risque d'interaction sur les réducteurs de risque

L'objectif de cette section est de mettre en lumière l'impact des différentes facettes du risque d'interaction sur le choix des réducteurs de risque. Deux types de relations doivent donc être examinées. La première relation est de nature nomologique, à savoir que plus les individus perçoivent un risque élevé sur chacune des dimensions du risque d'interaction, et plus ils utilisent les réducteurs. Le deuxième type de relation a pour objectif d'illustrer l'intérêt de la multidimensionnalité du construit de risque d'interaction. Pour cela, il convient de montrer que les composantes du risque d'interaction n'ont pas le même impact sur le choix des réducteurs de risque.

La mesure des réducteurs de risque est issue des travaux sur l'activité de recherche d'information (Amine, 1993). Nous avons choisi de considérer quatre dimensions de la recherche d'information : 1) l'expérience et les connaissances antérieures ; 2) l'effort consacré à la recherche ; 3) les informations sollicitées de l'entourage (sources d'informations médicale et/ou non médicale) et 4) la nature des informations recherchées (utilitaires et/ou sociales). Les contenus retenus reprenaient les différents types de pertes d'interaction identifiées précédemment (voir Tableau 4 pour un détail des items choisis).

Insérer ici le Tableau 4

Nous avons travaillé sur la totalité des 200 répondants afin d'appréhender le risque perçu par les individus néophytes et expérimentés. Les données ont été traitées à l'aide de corrélations bivariées de Pearson. Cette méthode simple est adaptée à notre démarche exploratoire. En effet, notre objectif n'est pas d'étudier les interactions entre les différents réducteurs, ni entre les différentes facettes du risque d'interaction. Les résultats sont présentés dans le Tableau 4.

D'une manière générale, les différentes dimensions du risque d'interaction sont pertinentes pour expliquer les composantes de la recherche d'information. De plus, chaque dimension influence différemment le processus de collecte d'information. Ce résultat permet donc d'asseoir la validité prédictive de la mesure multidimensionnelle du risque d'interaction.

Une vision plus détaillée des résultats obtenus amène à quatre constatations. La première concerne le rôle du risque d'interaction utilitaire dans la recherche d'information. Ce risque influence exclusivement la source d'information choisie par le futur patient. Plus l'individu perçoit un risque d'interaction utilitaire élevé dans sa relation avec un kinésithérapeute et plus il aura recours à des sources d'information non médicales. Ce résultat plutôt inattendu est d'autant plus intéressant qu'il illustre le fait que l'individu se tourne vers des personnes de confiance plutôt que vers les professionnels de santé pour obtenir un conseil, ceci alors que nous avons souligné l'inaptitude des patients à évaluer les compétences du praticien. La confiance joue donc un rôle prépondérant dans le choix d'une source d'information chez les personnes percevant un fort niveau de risque d'interaction utilitaire.

Le deuxième constat concerne l'influence du risque d'interaction projetée. Plus le futur patient perçoit un risque concernant la relation entre le praticien et les autres patients et plus il fait appel à des sources d'information diversifiées (à la fois médicales et non médicales). Ce résultat reflète que, de façon logique, l'entourage de l'individu est considéré comme fiable pour évaluer les compétences du praticien lorsqu'elles traitent de ses relations sociales avec ses patients de façon générale.

La troisième constatation a trait à la dimension d'interaction sociale du risque. Cette dernière est la seule dimension qui influence l'investissement dans la recherche d'information. Plus le niveau de risque d'interaction sociale est élevé et plus le patient est prêt à se consacrer à la recherche d'information sur les praticiens. Ce résultat tend à montrer l'intérêt de la prise en compte de ce type de risque dans le processus de choix des consommateurs de services.

Le dernier constat concerne la nature de l'information collectée par le futur patient. D'une part, aucune des facettes du risque d'interaction n'impacte le fait de rechercher de l'information sur les compétences médicales du kinésithérapeute. Ceci confirme qu'il existe une congruence entre la nature du risque perçu et la nature de l'information collectée. En effet, seules les informations portant sur les relations humaines du prestataire sont de bons réducteurs du risque d'interaction. D'autre part, les individus qui perçoivent un risque d'interaction sociale ou projetée élevé ont tendance à rechercher une information sur la

sociabilité du praticien. En effet, ce type d'information permet de réduire l'incertitude et donc le risque perçu concernant la composante humaine de la prestation de service.

Pour conclure, les trois composantes du risque d'interaction humaine influencent donc de façon significative la manière dont l'individu va effectuer la première étape du choix d'un prestataire de service. Afin de compléter cette analyse, il convient d'examiner si, après la prestation, ce risque perçu est à même d'influencer la qualité perçue et *in fine* la fidélité.

RISQUE D'INTERACTION ET EVALUATION D'UNE PRESTATION DE SERVICE

Dans cette partie, nous étudions l'impact des différentes facettes du risque d'interaction perçu sur le lien entre la qualité de service perçue et l'intention de fidélité au prestataire. La littérature concernant la qualité de service et sa mesure est présentée suivie d'une analyse du rôle modérateur du risque d'interaction.

Evaluation de la qualité d'une prestation de service

Parasuraman, Zeithaml et Berry (1985) soulignent l'importance de la relation interpersonnelle pour définir le concept de qualité des services. Parmi les dix dimensions de la qualité des services, ils proposent : le support physique (l'apparence du support matériel et du personnel), la fiabilité (la capacité à fournir le service promis), la réactivité (la volonté de répondre au client rapidement), la compétence, la courtoisie et la capacité d'empathie du personnel en contact, l'honnêteté de l'entreprise, la sécurité (l'absence de danger ou de risque au moment de l'utilisation du service), l'accessibilité du service et l'écoute des attentes du client. Cette conceptualisation est à la base de notre définition de la qualité de service. Toutefois, Parasuraman et *al.* (1985) ont limité leur modèle aux relations humaines entre les clients et le personnel en contact. A l'instar des travaux d'Eiglier et Langeard (1987), nous avons décidé d'élargir le champ de la relation sociale aux interactions entre les clients ; cela d'autant plus que la littérature recommande d'adapter les dimensions et les items proposés par Parasuraman et *al.* (1988) en fonction du contexte. Notre conceptualisation de la qualité repose donc sur la distinction entre le résultat et le processus de service. Nous nous focalisons sur la dimension humaine du processus de service. Ce modèle de la qualité perçue considère également les trois éléments de base de la servuction : le personnel en contact (le kinésithérapeute), les clients (le patient et les autres patients) et le support physique. Le Tableau 5 propose des exemples d'items représentatifs de chacune des dimensions de la qualité perçue par le patient.

Insérer ici le Tableau 5

Une mesure des performances perçues pour appréhender la qualité perçue^v a été utilisée. Les items ont été associés à une échelle de Likert à 5 points, allant de « Pas du tout d'accord » à « Tout à fait d'accord ». Le recours à un site Internet dynamique a permis de filtrer les répondants en ne retenant que les personnes ayant déjà consulté un kinésithérapeute pour cette partie du questionnaire (144 répondants). Les résultats de l'analyse factorielle exploratoire de la qualité perçue sont présentés dans le Tableau 6.

Insérer ici le Tableau 6

L'analyse en composantes principales aboutit à une structure en cinq dimensions restituant 65% de la variance. L'approche théorique proposée est validée dans cette phase exploratoire. La fiabilité des dimensions de la qualité perçue est satisfaisante compte tenu de l'approche exploratoire (alphas de 0,71 à 0,91). Les dimensions utilitaires restituent la plus grande partie de la variance expliquée (47%). Les dimensions sociales semblent moins susceptibles d'expliquer la variance du construit (12%). Cette échelle de mesure permet de restituer les différentes composantes de la prestation de service dans leur interaction avec l'individu.

Le lien qualité intention de fidélité

Les étapes de l'enchaînement causal qualité, satisfaction, intention de réachat, fidélisation, profit, ont été étudiées et validées dans diverses recherches théoriques et empiriques (Anderson et *al.*, 1994 ; Jones et Sasser, 1995 ; Rust et *al.*, 1995). Néanmoins, l'étude est limitée à la relation entre la qualité perçue et l'intention de fidélité pour plusieurs raisons. Tout d'abord, le contexte est très impliquant, ce qui se traduit par une intention de fidélité^{vi} élevée (moyenne : 4,05 ; écart-type : 1,04). C'est pourquoi, les clients sont généralement très satisfaits de leur prestataire actuel (moyenne : 4,30 ; écart-type : 0,75). S'ils ne sont pas satisfaits, ils en changent car il existe peu de barrières à la sortie et l'enjeu est important. Ensuite, les prestations de service sont généralement difficiles à évaluer avant, voire après la servuction. Dans le cas présent, peu de patients sont capables d'évaluer la prestation car ils ne sont pas experts. Ceci peut justifier des scores de satisfaction élevés. Enfin, la fidélité est un des principaux réducteurs de risque (Odin et alii, 2001), notamment dans le domaine des services (Mitchell et Greatorex, 1993). Toutefois, son influence est susceptible de varier selon les produits et les situations d'achat (Cases, 2000).

Le rôle modérateur du risque perçu sur le lien qualité-fidélité

L'objectif de cette section est d'étudier une modération éventuelle des différentes facettes du risque d'interaction sur le lien qualité-intention de fidélité. Ce choix n'exclut pas un éventuel

effet des dimensions du risque en amont de la qualité perçue, mais ce dernier n'est pas présenté ici.

Identification des composantes de la qualité qui impactent la fidélité.

L'analyse du Tableau 7 montre que les dimensions utilitaire et d'interaction sociale concernant le prestataire, ainsi que la qualité du support physique, sont fortement corrélées à l'intention de fidélité. Les résultats concernant les autres clients sont plus contrastés dans la mesure où seule la dimension d'interaction sociale est corrélée à la fidélité. Ce résultat tend à montrer que la fidélité à un kinésithérapeute est moins liée aux interactions avec les autres clients qu'aux interactions avec le praticien et son support physique. Toutefois, l'étude des relations entre les dimensions de la qualité perçue et la fidélité peut être approfondie en considérant la nature et le niveau des risques perçus. C'est pourquoi, nous proposons d'analyser dans quelle mesure ces relations sont stables selon le niveau de risque perçu par l'individu.

Insérer ici le Tableau 7

Nous testons l'existence d'un effet de modération par la méthode des régressions (Baron et Kenny, 1986). Un effet modérateur du risque perçu (noté Z) sur la relation qualité perçue (notée X) – intention de fidélité (notée Y) se caractérise par un effet d'interaction significatif entre la qualité perçue et le risque perçu (noté XZ). La variable dépendante a été systématiquement régressée par une méthode hiérarchique sur la variable indépendante (X), la variable modératrice (Z) et enfin, l'interaction entre les variables X et Z (Chumpitaz et Vanhamme, 2003).

Le rôle modérateur du risque pour la qualité utilitaire du prestataire

Le Tableau 8 présente les résultats du test de modération de chaque dimension du risque sur la relation qualité utilitaire du prestataire – intention de fidélité. Cette relation est partiellement modérée par le risque d'interaction utilitaire et complètement modérée par le risque d'interaction projetée. Ce qui signifie que, plus le risque d'interaction utilitaire est élevé, et plus l'intensité du lien entre la qualité utilitaire du prestataire et la fidélité est élevée. Néanmoins, cette relation n'est pas totalement indirecte. La qualité utilitaire perçue influence positivement et directement l'intention de fidélité tandis que le risque utilitaire perçu influence négativement et directement l'intention de fidélité. En d'autres termes, plus les individus perçoivent un risque lié aux compétences du kinésithérapeute et plus leur intention de fidélité est liée à ses compétences.

Insérer ici le Tableau 8

Plus le risque d'interaction projetée est élevé et plus la relation entre la qualité utilitaire du prestataire et l'intention de fidélité est élevée. Ce résultat semble logique dans la mesure où le risque d'interaction projetée concerne notamment la volonté et la capacité d'écoute du kinésithérapeute. Dans un contexte de risque élevé, les éléments tels que l'information délivrée par le praticien sur la pathologie ou les soins ont plus d'influence sur l'intention de fidélité des patients que dans un contexte de risque faible. Pour les individus qui perçoivent ce risque, il existe un effet de synergie entre la compétence technique du kinésithérapeute et son savoir-vivre.

Le rôle modérateur du risque pour la qualité utilitaire des autres clients

Les résultats ne montrent aucun effet de modération des dimensions du risque sur la relation qualité utilitaire des autres clients – intention de fidélité. Ce résultat est logique car nous n'avons pas montré de lien significatif entre ces deux variables.

Le rôle modérateur du risque pour la qualité du support physique

Le Tableau 9 présente les résultats du test de modération de chaque dimension du risque sur la relation qualité du support physique – intention de fidélité. La qualité du support physique influence directement l'intention de fidélité sans être modérée par les risques d'interaction utilitaire et d'interaction sociale. Au contraire, le risque d'interaction projetée modère la relation entre la qualité du support physique et l'intention de fidélité. En d'autres termes, plus le patient perçoit un risque lié à la volonté d'écoute et d'empathie du kinésithérapeute et plus les éléments de qualités tels que l'apparence du praticien et de ses installations matérielles influencent son intention de fidélité. Ce résultat peut paraître surprenant. L'image renvoyée par l'apparence du praticien et de son cabinet serait plus importante pour les clients percevant un niveau de risque d'interaction projetée élevé. Selon nous, ces clients pourraient utiliser l'image du support physique comme un réducteur du risque projeté pour déterminer leur intention de fidélité. Autrement dit, le support physique est utilisé comme autant d'indices des qualités d'écoute et de bienveillance du praticien.

Insérer ici le Tableau 9

Le rôle modérateur du risque pour la qualité humaine du prestataire

Le Tableau 10 présente les résultats du test de modération de chaque dimension du risque sur la relation qualité humaine du prestataire – intention de fidélité. La qualité humaine du prestataire influence directement l'intention de fidélité sans être modérée par les risques

d'interaction utilitaire et sociale. Au contraire, le risque d'interaction projetée modère la relation entre la qualité humaine du prestataire et l'intention de fidélité. Plus le patient perçoit un risque lié à la volonté d'écoute et d'empathie du kinésithérapeute et plus les éléments de qualité tels que l'écoute, la bienveillance et la politesse du praticien influencent l'intention de fidélité du patient.

Insérer ici le Tableau 10

Le rôle modérateur du risque d'interaction pour la qualité humaine des autres clients

Le Tableau 11 présente les résultats du test de modération de chaque dimension du risque sur la relation qualité humaine des autres clients – intention de fidélité. La qualité humaine des autres clients influence directement l'intention de fidélité sans être modérée par les risques d'interaction utilitaire et sociale. La relation entre la qualité humaine des autres clients et l'intention de fidélité est modérée par le risque d'interaction projetée. Plus le patient perçoit un risque lié à la volonté d'écoute et d'empathie du kinésithérapeute vis-à-vis des patients en général et plus les éléments de qualité de la relation humaine avec les autres patients (amabilité, discussions agréables par exemple) influencent l'intention de fidélité du patient. En d'autres termes, les efforts d'écoute et d'attention du praticien influencent plus l'intention de fidélité des patients dans un contexte de risque d'interaction projetée élevée. En effet, plus la relation avec les autres patients est un critère important aux yeux d'un individu et plus il appréciera que ceux-ci soient bien traités par le praticien. Ce qui revient à dire que l'interaction avec les autres clients est de nature « sympathique ».

Insérer ici le Tableau 11

Ces résultats montrent un impact négatif des risques d'interaction projetée et utilitaire sur la fidélité. Ils vont à l'encontre de la littérature proposant que la fidélité est le principal réducteur de risque. En effet, en ce qui concerne la part du risque perçue liée aux relations humaines mises en place lors d'une séance de rééducation, la perception d'une situation risquée incite les consommateurs à envisager de changer de praticien. A l'inverse, les individus qui ne perçoivent pas ce type de risque ont tendance à rester fidèles à un kinésithérapeute. Ce résultat laisse supposer l'existence d'une certaine inertie de la part des individus ne percevant pas de risque d'interaction. Cet effet pourrait également être attribué à l'efficacité de la fidélité comme réducteur de risque. La Figure 3 résume les résultats mis en valeur dans cette section.

Insérer ici la Figure 3

CONCLUSION

L'objectif de cette communication est d'étudier le concept de risque perçu au regard des spécificités des activités de services. En effet, les conceptualisations proposées dans la littérature ne permettent pas de saisir les facettes du risque liées aux relations humaines qui se tissent entre les individus au moment de la consommation de service. Pour y parvenir, le risque perçu est étudié dans le cadre conceptuel proposé par Eiglier et Langeard (1987). La conception systémique de la servuction souligne l'importance des interactions entre les éléments participant au processus : les clients, le personnel en contact et le support physique.

En synthèse, le principal apport académique repose sur la conceptualisation et l'opérationnalisation du risque inhérent aux interactions entre les composantes humaines du système de servuction : le client – le prestataire – les autres clients. Le risque d'interaction est défini comme « **l'anticipation d'une mauvaise expérience de consommation liée aux relations humaines qui composent une prestation de service.** ». L'étude exploratoire nous conduit à distinguer trois facettes du risque d'interaction. Tout d'abord, le risque d'interaction utilitaire concerne la capacité du prestataire à fournir le service de base (la relation humaine permettant de soigner une pathologie dans le cas d'un kinésithérapeute – e.g. les recommandations données par le praticien...). Ensuite, le risque d'interaction sociale concerne la qualité des relations humaines entre le patient et les autres clients d'une part et le prestataire d'autre part. Enfin, le risque d'interaction projetée concerne la capacité et la volonté du prestataire à traiter les autres clients avec bienveillance.

La fiabilité et la robustesse de l'outil de mesure proposé paraissent satisfaisantes compte tenu du caractère exploratoire de cette étude. La validité prédictive de l'échelle est confirmée par deux études : l'une, *ex ante*, sur l'influence du risque d'interaction sur le choix de réducteurs de risque dans le processus de choix d'un prestataire et l'autre *ex post*, qui évalue l'impact du risque d'interaction sur la relation entre la qualité perçue et la fidélité. Dans les deux cas, la pertinence du risque d'interaction perçu est mise en avant par des relations explicatives et modératrices. Par ailleurs, l'étude du risque d'interaction nous a conduit à développer un outil de mesure de la qualité perçue de service perçue en considérant rôle des autres clients.

Implications de la recherche

Les implications managériales de cette étude concernent à la fois les nouveaux outils développés ici et les conclusions traitant de l'impact du risque d'interaction perçu par le consommateur de services. En premier lieu, nous proposons deux instruments de mesure permettant de capter les composantes humaines du risque perçu et de la qualité. Ainsi, le risque d'interaction est composé de trois dimensions : utilitaire, sociale et projetée ; et la

qualité perçue est enrichie afin de restituer les interactions humaines à but utilitaire ou social du client avec le prestataire et les autres clients.

En deuxième lieu, les conclusions de l'étude permettent de formuler des recommandations aux professionnels de santé. D'une part, l'existence même du risque d'interaction est une réalité que ces derniers doivent intégrer, car sa réduction est source de fidélisation. En effet, la formation dispensée dans les écoles est bien souvent dominée par l'aspect technique du métier, alors que tous les professionnels, une fois confrontés aux patients ne sont pas forcément en mesure de tenir compte de l'aspect humain de leur travail. Afin d'intégrer les différentes interactions, facteurs de risque pour certains individus, un praticien pourrait de façon bénéfique non seulement adapter le contenu de l'information échangée avec le patient (informationnel et/ou social) mais aussi favoriser les interactions avec d'autres patients (e.g. avec des rendez-vous à horaires fixes pour faciliter les contacts).

Par ailleurs, ces implications concernant les services peuvent également être étendues à toutes les activités de commerce qui comprennent une composante de servuction. Par exemple, certaines enseignes, comme *Nature et Découverte*, utilisent le personnel en contact et les autres clients pour rassurer les clients qui perçoivent un risque d'interaction élevé, via l'échange d'informations et la participation à des manifestations communes (voir par exemple Remy, 2000 pour un détail de ces stratégies sur le point de vente). Elles favorisent ainsi le choix de leur marque et la fidélité du consommateur par des signaux réduisant les risques d'interaction.

Limites et voies de recherche

Plusieurs limites de l'étude peuvent être émises concernant le terrain d'application choisi ainsi que son caractère exploratoire. D'une part, le choix d'une séance de rééducation comme terrain d'étude est critiquable. En effet, certains kinésithérapeutes ne consultent pas forcément en présence d'autres patients, c'est pourquoi les études suivantes devraient porter exclusivement sur des centres de rééducation. De plus, l'utilisation d'une méthode déclarative *ex post* ou *ex ante* induit un biais important d'interprétation par le répondant, c'est pourquoi une étude *in situ* devrait compléter les deux situations examinées ici. Par ailleurs, le service fourni par un kinésithérapeute s'inscrit souvent sur une longue période ce qui accentue sûrement le rôle des relations humaines en comparaison avec des prestations plus éphémères.

D'autre part, le caractère exploratoire de l'étude limite sa validité externe puisque rien n'assure que le risque d'interaction sera réellement prédictif pour d'autres services. Dans un

souci de simplification méthodologique, seules des relations simples ont été analysées dans cette étude. Pourtant, la prise en compte des interactions entre les facettes des différents concepts est susceptible d'améliorer encore la compréhension du risque d'interaction. Finalement, dans le but de préciser encore le statut du risque d'interaction, une nouvelle étude qualitative auprès de consommateurs en situation de servuction permettrait d'identifier les différents réducteurs de risque d'interaction utilisés actuellement. De plus, cette voie de recherche pourrait également préciser la valence du risque d'interaction. En effet, dans cette première étude, nous avons considéré qu'un individu qui ne percevait pas de risque d'interaction n'était pas dérangé par la présence d'interactions humaines lors de la consommation de services car nous pensions qu'il était à même de couper cours à ces interactions lorsqu'elles le concernent. Cette hypothèse peut-être discutée quand au pouvoir réellement perçu par le consommateur dans une situation d'interaction humaine non désirée, à la fois sur les relations qui l'impliquent et dans celles qu'il constate entre le prestataire et les autres clients.

Finalement, une dernière voie de recherche concerne l'investigation théorique en amont du risque d'interaction. En effet, la présente étude s'est focalisée sur les conséquences de ce risque. Il convient désormais de préciser les relations qui peuvent exister entre des variables individuelles telles que l'orientation relationnelle (Prim-Allaz et Sabadie, 2003) ou l'anxiété sociale (Capelli, 2004) du consommateur de services.

BIBLIOGRAPHIE

Akaah I.P. et Korgaonkar P.K. (1988), A Conjoint Investigation of The Relative Importance of Risk Relievers in Direct Marketing, *Journal of Advertising Research*, 3, 3, 38-44.

Amine A. (1993), La recherche d'information par le consommateur : proposition d'une échelle de mesure, *Recherche et Applications en Marketing*, 8,1, 97-112.

Anderson E.W., Fornell C., Lehmann D. (1994), Customer Satisfaction, Market share and profitability : Findings from Sweden, *Journal of Marketing*, 58, 53-66.

Baron R.M. et Kenny D.A. (1986), The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic and statistical considerations, *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 6, 1173-1182.

Bauer R.A. (1960), Consumer Behavior as Risk Taking, *Dynamic Marketing for a Changing World*, R.S. Hancock ed., American Marketing Association, 389-398.

Bertrandias L. et Pichon P.E. (2004), Enrichissement de la conceptualisation du risque social en marketing et construction d'une échelle de mesure, 17^{èmes} journées nationales des IAE, Lyon, CD rom.

Bitner M.-J., Booms B., Tetreault M. (1990), The Service Encounter: Diagnosing Favorable and Unfavorable Incidents, *Journal of Marketing*, 54, 1, 71-84.

Capelli S. (2004), L'usage de la peur en communication publicitaire : le rôle modérateur de l'anxiété orientée, Thèse de doctorat, Université Grenoble2.

Cases Anne-Sophie (2001), Effet des combinaisons de réducteurs sur le risque perçu dans le contexte de l'achat électronique sur Internet, 17^{ième} congrès de l'Association Française du Marketing.

Cases A.S. (2000), Utilité des réducteurs de risque ? Une enquête exploratoire sur trois modes d'achat – magasin, catalogue et Internet, Actes des 15^{èmes} Journées Nationales des IAE, Biarritz - Bayonne.

Chumpitaz R. et Vanhamme J. (2003), Les processus modérateurs et médiateurs : distinction conceptuelle, aspects analytiques et illustrations, *Recherche et Applications en Marketing*, 18,2, 67-100.

Cronin J. J., Taylor S. A. (1992), Measuring service quality: A reexamination and extension, *Journal of Marketing*, 56, 55-68.

- Dabholkar P. A., Shepherd C. D., Thorpe D. I. (2000), A Comprehensive Framework for Service Quality, *Journal of Retailing*, 76 (2), 169-173.
- Dandouau J.C. (1999), Le besoin d'information en situation d'achat et le comportement d'information face au rayon : utilisation et effet du media de communication électronique interactive, Thèse de Doctorat, Université de Bourgogne.
- Darby M.R. et Karni E. (1973), Free Competition and the Optimal Amount of Fraud, *Journal of the Law and Economics*, 16, 67-68.
- Dowling G.R. et Staelin R. (1994), A Model of Perceived Risk and Intended Risk-Handling Activity, *Journal of Consumer Research*, 21, 1, 119-134.
- Eiglier P. et Langeard E. (1987), *Servuction. Le Marketing des services*, McGraw Hill.
- Grapentine T. (1994), Problematic scales, *Marketing Research*, 6, 4, 8-12.
- Grönroos C. (1984), A Service Quality Model and its Marketing Implications, *European Journal of Marketing*, 18, 4, 37-44.
- Grönroos C. (1990), *Service Management and Marketing*, Lexington M.A.: Lexington Books.
- Jacoby J. et Kaplan L. (1972), The Components of Perceived Risk, *Advances in Consumer Research*, 287-291.
- Jones E. T. et Sasser W. E. (1995), Why satisfied customers defect, *Harvard Business Review*, November-December, 88-99.
- Langeard E. et Eiglier P. (1994), Relation de service et marketing, dans De Bandt J. et Gadrey J., *Relations de service, marché de service*, CNRS Editions.
- Mallet S. (2001), Pour une clarification de la mesure du risque perçu, 17^{ième} congrès de l'Association Française du Marketing, Deauville.
- Mitchell V.-W. (1999), Consumer Perceived Risk: Conceptualisations and Models, *European Journal of Marketing*, 33,1/2, 163-195.
- Mitchell V-W et Greatorex M. (1993), Risk Perception and Reduction in the Purchase of Consumer Services, *The Service Industries Journal*, 13, 4, 179-200.
- Moulins J.-L. (2003), Risque perçu et fidélité à la marque, 19^{ième} Congrès International de l'Association Française du Marketing, Tunis.

- Muraro-Cochart M. (2004), Contribution à l'étude de la relation entre le risque de santé perçu, l'implication durable et le comportement du consommateur dans un contexte de crise alimentaire, 9^{èmes} Journées de Recherche en Marketing de Bourgogne, Dijon, Actes en ligne.
- Nelson P. (1970), Information and Consumer Behavior, *Journal of Political Economy*, 78, 311-329.
- Odin Y., Odin N. et Valette-Florence P. (2001), Conceptual et Operational Aspects of Brand Loyalty : An Empirical Investigation, *Journal of Business Research*, 53, 75-84.
- Parasuraman A., Zeithaml V., Berry L. (1985), A conceptual model of service quality and its implications for future research, *Journal of Marketing*, 49, 4, 41-50.
- Parasuraman A., Zeithaml V., Berry L. (1988), SERVQUAL: A Multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality, *Journal of Retailing*, Spring, 64, 1, 12-40.
- Prim-Allaz I. et Sabadie W. (2003), L'orientation relationnelle des clients : un nouvel outil de segmentation?, 8^{èmes} Journées de Recherche en Marketing de Bourgogne, Dijon, Actes en ligne.
- Remy E. (2000), Le lien social dans les échanges marchands de services : concept de services de lien et habillage social, Thèse de doctorat, Université de Rouen.
- Ring A., Shriber M. et Horton R.L. (1980), Some Effects of Perceived Risk on Consumer Information Processing, *Journal of the Academy of Marketing Science*, 8, 3, 255-263.
- Roselius T. (1971), Consumer Rankings of Risk Reduction Methods, *Journal of Marketing*, 35, 1, 56-61.
- Rust R., Zahorik A., Keiningham T. (1995), Return on Quality (ROQ) : Making Service Quality Financially Accountable, *Journal of Marketing*, 59, April, 58-70.
- Salerno A. (2001), Une étude empirique des relations entre personnalisation, proximité dyadique et identité de clientèle, *Recherche et Applications en Marketing*, 16, 4, 25-46.
- Stone R.N. et Grønhaug K. (1993), Perceived Risk: Further Considerations for the Marketing Discipline, *European Journal of Marketing*, 27, 3, 39-50.
- Swan, J., Bowers, M. and Richardson, D. (1999), Customer Trust in the Salesperson: An Integrative Review and a Meta-Analysis of Empirical Litterature, *Journal of Business Research*, 44, ?, 93-107.

Tabachnick B.G. et Fidell L.S. (1989), *Using Multivariate Data*, deuxième édition, Harper & Row, New-York.

Volle P. (1995), Le concept de risque perçu en psychologie du consommateur : antécédents et statut théorique, *Recherche et Applications en Marketing*, 10, 1, 39-56.

Tableau 1 : Exemples de formulations d'items sur la base des distinctions théoriques

	Relation utilitaire	Relation sociale
Patient – prestataire	<i>Ca m'embêterait que mon kiné n'ait pas de bonnes compétences dans son domaine</i>	<i>Ca m'embêterait de ne pas entretenir de relation amicale avec mon kiné</i>
Patient – autres clients	Non pertinent	<i>Ca m'embêterait de ne pas entretenir de bonnes relations avec les autres patients du cabinet</i>
Prestataire – autres clients	<i>Ca m'embêterait que mon kiné ne réponde pas aux problèmes de ses patients avec bienveillance et compréhension</i>	<i>Ca m'embêterait que mon kiné ne soit pas à l'écoute de ses patients</i>

Tableau 2 - L'échelle de mesures de la nature des pertes liées à l'interaction

Item	Echantillon mixte			Echantillon expérimenté		
	Qualité de représentation	Poids factoriel	Alpha de Cronbach	Qualité de représentation	Poids factoriel	Alpha de Cronbach
Perte d'interaction utilitaire			0.79			0.84
<i>34/37% de la variance expliquée</i>						
Ca m'embêterait que mon kiné n'ait pas de bonnes compétences dans son domaine	0.656	0.668		0.758	0.734	
Ca m'embêterait que mon kiné ne soit pas capable de soigner mon problème	0.568	0.768		0.581	0.785	
Ca m'embêterait que mon kiné reçoive trop de patients en même temps au détriment de la qualité des soins	0.609	0.699		0.684	0.764	
Ca m'embêterait que mon kiné ne dispose pas du matériel adapté à ma rééducation	0.710	0.847		0.759	0.868	
Perte d'interaction sociale			0.62			0.64
<i>18% de la variance expliquée</i>						
Ca m'embêterait de ne pas me sentir à ma place parmi les autres patients du cabinet	0.783	0.895		0.791	0.897	
Ca m'embêterait de ne pas entretenir de bonnes relations avec les autres patients du cabinet	0.568	0.817		0.664	0.816	
Ca m'embêterait de ne pas entretenir de relation amicale avec mon kiné	0.472	0.505		0.504	0.540	
Perte d'interaction projetée			0.80			0.82
<i>14/15% de la variance expliquée</i>						
Ca m'embêterait que mon kiné ne réponde pas aux problèmes de ses patients avec bienveillance et compréhension	0.619	0.790		0.629	0.798	
Ca m'embêterait que mon kiné n'accorde pas d'importance à ses patients	0.692	0.810		0.734	0.831	
Ca m'embêterait que mon kiné ne soit pas à l'écoute de ses patients	0.776	0.788		0.799	0.799	

Les coefficients présentés sont obtenus à l'aide d'une rotation oblique Oblimin.

Tableau 3 : L'échelle de mesure du risque d'interaction - modèle multiplicatif.

Item	Echantillon mixte			Echantillon expérimenté		
	Qualité de représentation	Poids factoriel	Alpha de Cronbach	Qualité de représentation	Poids factoriel	Alpha de Cronbach
Risque d'interaction utilitaire			0.84			0.84
<i>41% de la variance expliquée</i>						
(Il se peut qu'un kiné n'ait pas de bonnes compétences dans son domaine) × (Ca m'embêterait que mon kiné n'ait pas de bonnes compétences dans son domaine).	0.684	0.611		0.706	0.621	
(Il se peut qu'un kiné ne soit pas capable de soigner mon problème) × (Ca m'embêterait que mon kiné ne soit pas capable de soigner mon problème)	0.739	0.873		0.754	0.906	
(Il se peut qu'un kiné reçoive trop de patients en même temps au détriment de la qualité des soins) × (Ca m'embêterait que mon kiné reçoive trop de patients en même temps au détriment de la qualité des soins)	0.650	0.749		0.649	0.740	
(Il se peut qu'un kiné ne dispose pas du matériel adapté à ma rééducation) × (Ca m'embêterait que mon kiné ne dispose pas du matériel adapté à ma rééducation)	0.713	0.866		0.707	0.860	
Risque d'interaction sociale			0.64			0.63
<i>18/17% de la variance expliquée</i>						
(Il se peut que je ne me sente pas à ma place parmi les autres patients du cabinet) × (Ca m'embêterait de ne pas me sentir à ma place parmi les autres patients du cabinet)	0.712	0.845		0.716	0.845	
(Il se peut que je n'entretienne pas de bonnes relations avec les autres patients du cabinet) × (Ca m'embêterait de ne pas entretenir de bonnes relations avec les autres patients du cabinet)	0.634	0.784		0.595	0.757	
(Il se peut que je n'entretienne pas de relation amicale avec mon kiné) × (Ca m'embêterait de ne pas entretenir de relation amicale avec mon kiné)	0.487	0.647		0.486	0.672	
Risque d'interaction projetée			0.88			0.90
<i>11/12% de la variance expliquée</i>						
(Il se peut qu'un kiné ne réponde pas aux problèmes des patients avec bienveillance et compréhension) × (Ca m'embêterait que mon kiné ne réponde pas aux problèmes de ses patients avec bienveillance et compréhension)	0.691	0.836		0.757	0.892	
(Il se peut qu'un kiné n'accorde pas d'importance à ses patients) × (Ca m'embêterait que mon kiné n'accorde pas d'importance à ses patients)	0.837	0.880		0.856	0.901	
(Il se peut qu'un kiné ne soit pas à l'écoute de ses patients) × (Ca m'embêterait que mon kiné ne soit pas à l'écoute de ses patients)	0.837	0.802		0.863	0.842	

Les coefficients présentés sont obtenus à l'aide d'une rotation oblique Oblimin.

Tableau 4: Corrélations de Pearson entre les différentes dimensions du risque d'interaction et la recherche d'information par le futur patient.

		Dimensions de la perte d'interaction			Dimensions du risque d'interaction		
		Perte d'interaction utilitaire	Perte d'interaction sociale	Perte d'interaction projetée	Perte d'interaction utilitaire	Perte d'interaction sociale	Perte d'interaction projetée
Sources d'informations	<i>Pour choisir un bon kiné, je demande l'avis de mes proches(famille, amis, connaissances...)</i>	0.247 (0.001)	ns	0.209 (0.004)	0.238 (0.001)	ns	0.146 (0.044)
	<i>Pour choisir un bon kiné, je demande l'avis d'un médecin (généraliste, spécialiste...)</i>	ns	ns	0.232 (0.001)	ns	ns	ns
Investissement dans la recherche	<i>Je n'hésite pas à consacrer beaucoup de temps à la recherche d'un kiné</i>	ns	0.223 (0.002)	ns	ns	0.147 (0.041)	ns
	<i>Avant de choisir un kiné, j'effectue une importante recherche d'information.</i>	ns	0.170 (0.018)	ns	ns	ns	ns
	<i>Je préfère avoir recours à mon kiné habituel plutôt que d'en rechercher un nouveau.</i>	ns	ns	ns	ns	0.149 (0.039)	ns
Nature de l'information	<i>Je me renseigne sur les qualités humaines du kiné (sympathie, écoute par exemple).</i>	ns	0.301 (0.000)	0.151 (0.036)	ns	0.220 (0.002)	ns
	<i>Je me renseigne sur les compétences médicales du kiné.</i>	ns	ns	ns	ns	ns	ns

ns = corrélation non significative (risque supérieur à 5%)

Le chiffre entre parenthèses représente la probabilité associée au coefficient de corrélation.

Tableau 5 - Les dimensions de la qualité perçue élargie aux interactions sociales

	Qualité utilitaire	Qualité sociale
Prestataire	<i>Mon kiné est compétent, il est capable de répondre à mes questions</i>	<i>Mon kiné est sympathique.</i>
Autres patients	<i>En discutant avec les autres patients du cabinet, j'obtiens des informations pertinentes sur mon problème.</i>	<i>Les discussions avec les autres patients sont agréables.</i>
Support physique	<i>Mon kiné possède un équipement récent et adapté aux soins</i>	Non investigué ^{VII}

Tableau 6 - L'échelle de mesure de la qualité de service perçu chez un kinésithérapeute.

Item	Qualité de représentation	Poids factoriel	Alpha de Cronbach
Qualité utilitaire du prestataire			0.89
<i>31% de la variance expliquée</i>			
Mon kiné me donne des informations précises sur les causes et le traitement de mon problème	0.744	0.791	
Mon kiné est compétent, il est capable de répondre à mes questions	0.792	0.841	
Mon kiné informe rapidement les patients de toute évolution de leur problème	0.736	0.901	
Mon kiné est compétent dans son domaine	0.581	0.562	
Mon kiné adapte rapidement le traitement aux problèmes que je rencontre	0.753	0.698	
Qualité utilitaire des autres clients			0.91
<i>16% de la variance expliquée</i>			
En discutant avec les autres patients du cabinet, j'obtiens des informations pertinentes sur mon problème.	0.701	0.839	
L'expérience des autres patients m'est utile pour savoir comment va évoluer ma pathologie.	0.808	0.864	
Les autres patients me conseillent utilement sur les exercices à faire dans ma situation.	0.843	0.913	
Les conseils des autres patients sur ma pathologie sont intéressants.	0.806	0.896	
Qualité du support physique			0.81
<i>8% de la variance expliquée</i>			
La décoration et l'esthétique des installations matérielles du kiné sont agréables	0.725	0.851	
Les installations matérielles de mon kiné sont confortables et bien aménagées	0.812	0.917	
Mon kiné est correctement vêtu et a une apparence soignée	0.452	0.657	
Mon kiné possède un équipement récent et adapté aux soins	0.663	0.653	
Qualité de l'interaction sociale avec les autres clients			0.71
<i>7% de la variance expliquée</i>			
La qualité des relations humaines avec les autres patients est excellente.	0.379	0.506	
Généralement, les autres patients du cabinet sont sympathiques.	0.683	0.804	
Les autres patients du cabinet sont polis et aimables.	0.660	0.789	
Les discussions avec les autres patients sont agréables.	0.605	0.693	
Qualité humaine du prestataire			0.85
<i>5% de la variance expliquée</i>			
J'entretiens des relations amicales avec mon kiné.	0.530	0.752	
Mon kiné est à l'écoute de ses patients.	0.621	0.594	
Mon kiné est sympathique.	0.742	0.842	
Mon kiné répond à mes problèmes avec bienveillance et compréhension.	0.682	0.687	
Mon kiné est poli et aimable.	0.641	0.649	
Mon kiné m'accorde une attention personnalisée, il prend le temps d'écouter et de discuter de ma situation personnelle.	0.633	0.646	

Tableau 7 - Corrélations de Pearson entre les dimensions de la qualité et l'intention de fidélité

Dimension de la qualité	Corrélation	p
Qualité humaine du prestataire	0.631	0.000
Qualité utilitaire des autres clients	0.056	0.506
Qualité de l'infrastructure	0.410	0.000
Qualité humaine du prestataire	0.677	0.000
Qualité humaine des autres clients	0.240	0.004

Tableau 8 - Les dimensions du risque d'interaction qui modèrent la relation entre la qualité utilitaire du prestataire et la fidélité

RISQUE D'INTERACTION UTILITAIRE					
Variables	B	Ecart type	β	t	p
	R ² =0.450 R ² ajusté=0.438				
Constante	2.277	1.094		2.081	0.039
Qualité utilitaire prestataire	0.149	0.071	0.371	2.094	0.038
Risque fonctionnel humain	-0.049	0.021	-0.729	-2.368	0.019
Qualité utilitaire prestataire × risque d'interaction utilitaire	0.002	0.001	0.704	1.855	0.066
RISQUE D'INTERACTION SOCIALE					
Variables	B	Ecart type	β	t	p
	R ² =0.409 R ² ajusté=0.405				
Constante	0.021	0.413		0.051	0.959
Qualité utilitaire prestataire	0.257	0.026	0.640	9.881	0.000
RISQUE D'INTERACTION PROJETEE					
Variables	B	Ecart type	β	t	p
	R ² =0.425 R ² ajusté=0.417				
Constante	4.273	0.195		21.885	0.000
Risque d'interaction projetée	-0.121	0.013	-1.592	-9.421	0.000
Qualité utilitaire prestataire × risque d'interaction projetée	0.007	0.001	1.713	10.136	0.000

Tableau 9 - Les dimensions du risque d'interaction qui modèrent la relation entre la qualité du support physique et l'intention de fidélité

RISQUE D'INTERACTION UTILITAIRE					
Variables	B	Ecart type	β	t	p
	R ² =0.172 R ² ajusté=0.167				
Constante	1.998	0.386		5.170	0.000
Qualité du support physique	0.184	0.034	0.415	5.440	0.000
RISQUE D'INTERACTION SOCIALE					
Variables	B	Ecart type	β	t	p
	R ² =0.172 R ² ajusté=0.167				
Constante	1.998	0.386		5.170	0.000
Qualité du support physique	0.184	0.034	0.415	5.440	0.000
RISQUE D'INTERACTION PROJETEE					
Variables	B	Ecart type	β	t	p
	R ² =0.170 R ² ajusté=0.159				
Constante	3.990	0.233		17.128	0.000
Risque d'interaction projetée	-0.047	0.010	-0.623	-4.533	0.000
Qualité support physique × risque d'interaction projetée	0.004	0.001	0.737	5.360	0.000

Tableau 10 - Les dimensions du risque d'interaction qui modèrent la relation entre la qualité humaine du prestataire et la satisfaction

RISQUE D'INTERACTION UTILITAIRE					
Variables	B	Ecart type	β	t	p
	R ² =0.456 R ² ajusté=0.452				
Constante	-0.509	0.432		-1.179	0.240
Qualité humaine prestataire	0.268	0.025	0.675	10.673	0.000
RISQUE D'INTERACTION SOCIALE					
Variables	B	Ecart type	β	t	p
	R ² =0.456 R ² ajusté=0.452				
Constante	-0.509	0.432		-1.179	0.240
Qualité humaine prestataire	0.268	0.025	0.675	10.673	0.000
RISQUE D'INTERACTION PROJETEE					
Variables	B	Ecart type	β	t	p
	R ² =0.462 R ² ajusté=0.454				
Constante	4.264	0.196		21.698	0.000
Risque d'interaction projetée	-0.127	0.013	-1.654	-9.896	0.000
Qualité humaine du prestataire × risque d'interaction projetée	0.007	0.001	1.793	10.729	0.000

Tableau 11 - Les dimensions du risque d'interaction qui modèrent la relation entre la qualité humaine des autres clients et l'intention de fidélité

RISQUE D'INTERACTION UTILITAIRE					
Variables	B	Ecart type	β	t	p
	R ² =0.066 R ² ajusté=0.59				
Constante	2.216	0.586		3.779	0.000
Qualité humaine autres clients	0.197	0.62	0.257	3.149	0.002
RISQUE D'INTERACTION SOCIALE					
Variables	B	Ecart type	β	t	p
	R ² =0.066 R ² ajusté=0.59				
Constante	2.216	0.586		3.779	0.000
Qualité humaine autres clients	0.197	0.62	0.257	3.149	0.002
RISQUE D'INTERACTION PROJETEE					
Variables	B	Ecart type	β	t	p
	R ² =0.086 R ² ajusté=0.073				
Constante	4.076	0.247		16.495	0.000
Risque d'interaction projetée	-0.054	0.016	-0.708	-3.330	0.001
Qualité humaine autres clients × risque d'interaction projetée	0.006	0.002	0.766	3.604	0.000

Figure 1- Le système de servuction (Eiglier et Langeard, 1987)

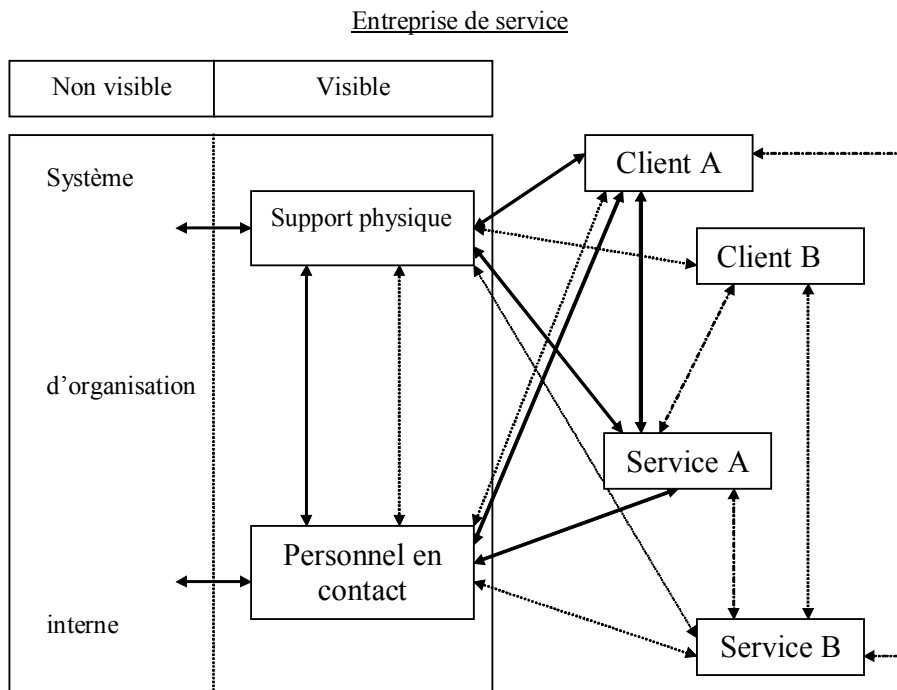


Figure 2 - Positionnement du risque d'interaction perçu dans le processus de servuction.

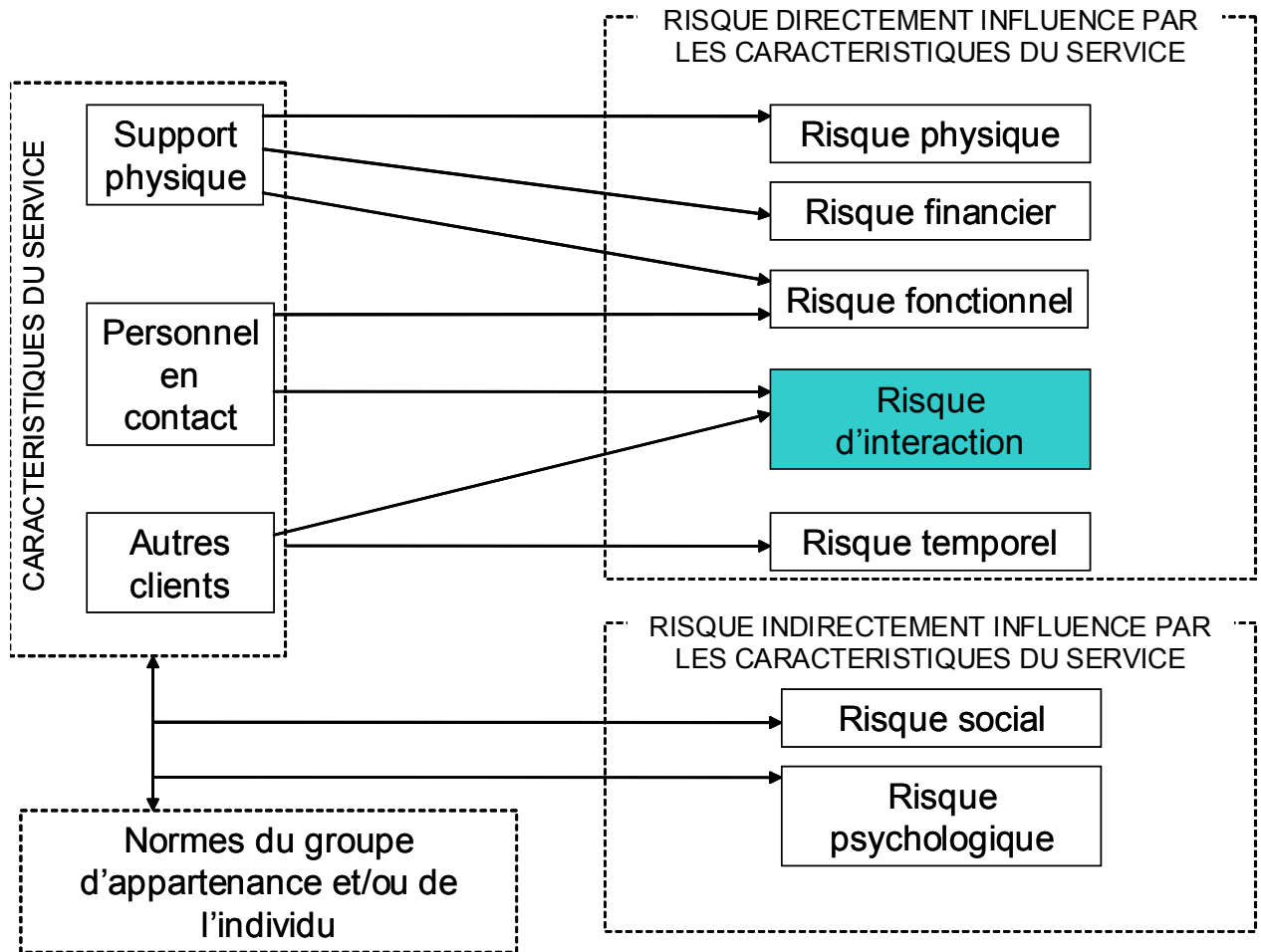
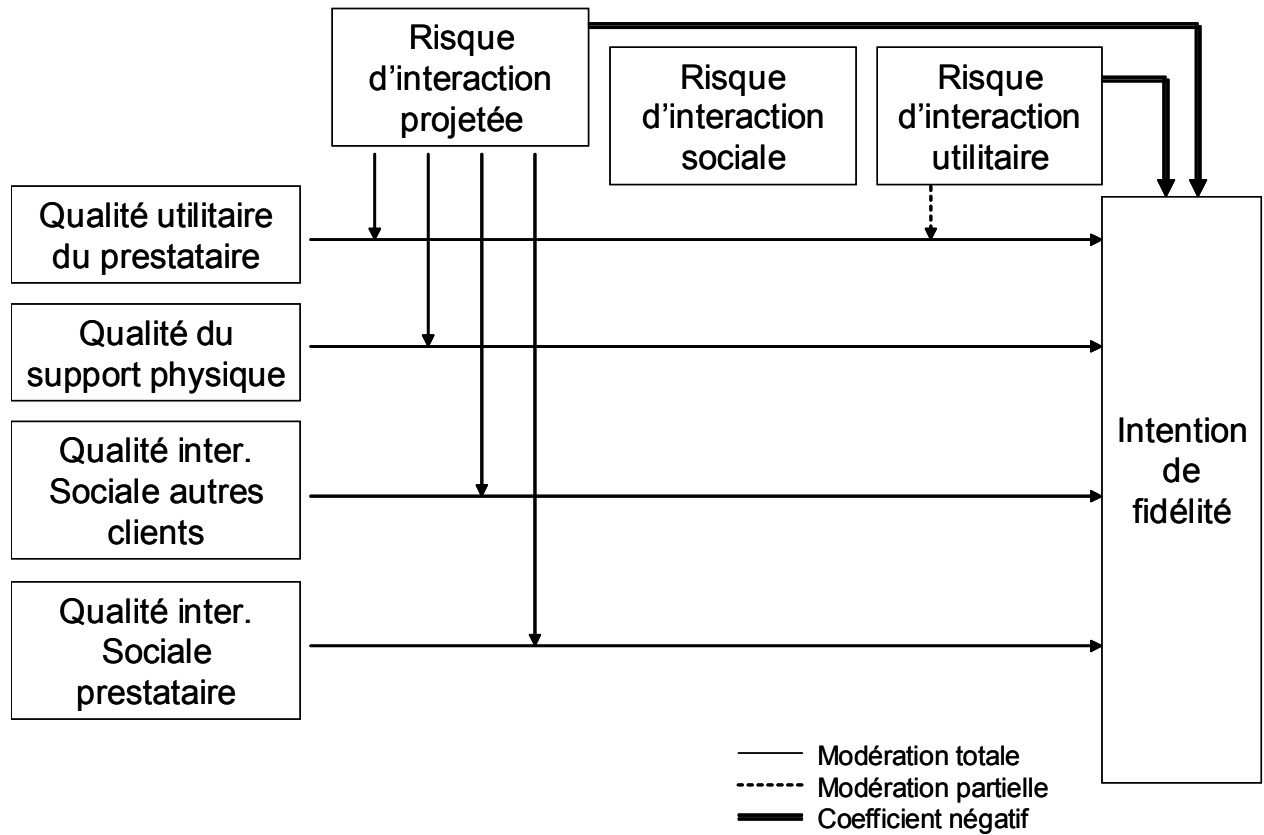


Figure 3 - Le rôle modérateur des facettes du risque d'interaction sur la relation qualité perçue-intention de fidélité



ⁱ Nelson (1970) évoque deux types d'attributs : les attributs de type « recherche » qui s'appliquent essentiellement aux biens que le client peut toucher, voir, sentir et donc analyser et évaluer avant l'achat ; et les attributs de type « expérience » ne pouvant être évalués que pendant ou après la consommation. Darby Karni (1973) ajoute une troisième dimension : des attributs de type « croyance », qui s'appliquent aux biens dont les qualités ne peuvent être évaluées par le client, même après consommation, car celui-ci n'a ni les connaissances ni les capacités nécessaires pour le faire.

ⁱⁱ Salerno (2001) présente un autre courant de recherche qui analyse la personnalisation dans le cadre de la consommation (ou de la possession) des produits : construction de significations, identification, notions associées aux bases personnelles ou sociales de l'identité de l'individu. Cette perspective ne sera pas considérée dans le cadre de cette étude.

ⁱⁱⁱ L'absence de risque financier est justifiée par un remboursement total de la prestation par le système d'assurance maladie français. De plus, le risque temporel est également contrôlé du fait de la normalisation légale de la durée d'une séance de rééducation.

^{iv} Le cas d'un risque d'une interaction utilitaire du patient avec les autres clients semble non pertinent *a priori*. Toutefois, cette facette du risque d'interaction pourrait être étudiée dans le cadre de communautés professionnelles par exemple.

^v La mesure des performances perçues ne pose pas les problèmes théoriques et opérationnels liés aux scores de différences (Cronin et Taylor, 1992 ; Grapentine, 1994). D'autre part, ce type de mesure aurait un pouvoir prédictif de la satisfaction ou de la qualité perçue souvent supérieur à celui du processus de confirmation, qu'il soit mesuré de manière soustractive ou subjective (Dabholkar et al., 2000).

^{vi} L'intention de fidélité et la satisfaction sont mesurées par des items simple, respectivement «En cas d'un nouveau problème de santé, je souhaite avoir recours à ce kiné.» et «Globalement, je suis satisfait(e) de la prestation que j'ai reçue au centre de rééducation.» associés à une échelle de Likert en cinq points (de « Pas du tout d'accord » à « Tout à fait d'accord »).

^{vii} Il pourrait être intéressant d'étudier la capacité du support physique à créer, développer ou maintenir du lien social entre le client et les autres clients. Dans un restaurant par exemple, la disposition des tables et l'ambiance générale peuvent autoriser, voire favoriser, le contact avec les autres clients. A titre d'illustration, on peut citer l'enseigne Le Pain Quotidien qui se positionne notamment sur un axe de convivialité en proposant de grandes tables et des ressources alimentaires (des pots de confitures par exemples) communes.