

# Le marketing social pour éduquer le consommateur à la santé.

Salma ABID, Salima JAZI

*Salma ABID*

*Doctorante*

*Laboratoire de Recherche de Management et de Marketing et de Communication*

*ENCG, Université Hassan Ier, Settat*

*Salima Jazi*

*Professeure Habilitée*

*Laboratoire de Recherche de Management et de Marketing et de Communication*

*ENCG, Université Hassan Ier, Settat*

**Résumé-** L'objectif de cette communication est d'expliquer le rôle du marketing social dans l'éducation du consommateur au comportement de santé. Il est question d'étudier, dans un contexte de prévention, comment la communication persuasive peut agir sur le comportement de santé.

Dans une société où la majorité des maladies sont le résultat de comportements nuisibles à la santé tels que : le tabagisme, les addictions aux drogues, l'alcoolisme, l'excès dans l'alimentation, le manque d'exercice physique, l'automédication...Il est important de comprendre les déterminants du comportement de santé et d'en cerner les facteurs régulateurs.

La communication essaye d'interroger l'apport des modèles de communication persuasive au marketing social et son impact sur l'éducation du consommateur à la santé ainsi que les implications managériales qui en découlent.

**Mots-clés-**Marketing social, communication persuasive, prévention, comportement de santé, psychologie de la santé, changement comportemental.

## Introduction

« Mieux vaut prévenir que guérir », cet adage souligne l'importance de la prévention dans le milieu de santé. En effet, il est plus aisé d'empêcher un problème de santé 11d'arriver que de le résoudre. Selon l'OMS, la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps.<sup>1</sup>

Dans le domaine de la promotion de la santé, les campagnes de marketing social déploient des moyens d'ordre socioéconomique, psychologique et communicationnels afin d'instaurer des comportements de santé dans la société. « L'objectif principal des campagnes de marketing social dans le domaine de la santé est de créer, renforcer ou modifier certaines attitudes afin qu'elles génèrent des comportements davantage bénéfiques pour la santé ».<sup>2</sup>

Aujourd'hui, nous assistons à la propagation des maladies non transmissibles (MNT), qui sont la principale cause de 63% des décès annuels.<sup>3</sup> Ces maladies sont liées de part et d'autres à des facteurs comportementaux tels que : le tabagisme, les addictions aux drogues, l'alcoolisme, l'excès dans l'alimentation, le manque d'exercice physique, l'automédication...

Les travaux de recherche s'intéressent davantage aux apports du marketing social dans le domaine de la santé. Et portent également sur la communication préventive en tant que pilier de l'éducation comportementale dans le domaine de la santé. Par ailleurs, plusieurs études s'intéressent à l'efficacité des campagnes de prévention et leur durabilité dans le temps. En effet, il ne suffit pas que les individus soient exposés à des messages ou à des actions de prévention pour obtenir chez eux une modification de leur comportement qui sera plus ou moins durable (Killeen, 1985 ; Girandola,

---

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la santé, 1948.

<sup>2</sup> Courbet, 2003.

---

<sup>3</sup> OMS, mars 2013.

2002 ; Milhabet et Priolo, 2002).

Dans le cadre de notre revue de littérature, nous allons expliquer, dans un premier temps, le rôle du marketing social dans la prévention sanitaire, et dans un deuxième temps, l'apport des différents modèles de la communication préventive à l'éducation au comportement de santé.

## I. LE MARKETING SOCIAL AU SERVICE DE LA SANTE :

Considéré comme un prolongement du marketing commercial, le marketing social a vu le jour vers la fin des années 60. Son champ d'application a débuté aux années 70 et 80 aux Etats Unis dans des programmes de planning familial, et plus tard dans des programmes de nutrition, de lutte contre les addictions (tabagisme et drogues), de la maîtrise de l'énergie ou encore de la sécurité routière.

Philip Kotler et Gerald Zaltman définissent le marketing social comme « la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes élaborés pour susciter l'acceptabilité de certaines idées en tenant compte du planning du produit, de l'établissement du prix, de la communication, de la distribution et de la recherche de marketing. Il s'agit d'utiliser les compétences de marketing

afin de permettre aux projets à vocation sociale d'accroître leur efficacité et de susciter ainsi la réponse désirée du public cible. Les techniques de marketing s'efforcent de faire le lien entre la « simple » possession de connaissances et leur mise en œuvre sociale ».<sup>4</sup>

D'un point de vue plus pragmatique « Le marketing social est l'utilisation d'outils issus du marketing commercial afin de promouvoir l'adoption d'un comportement qui permet d'améliorer la santé ou le bien-être du public cible ou de l'ensemble de la société ».<sup>5</sup>

Dans le domaine de la santé le marketing social est utilisé pour des fins de prévention et de sensibilisation. En réalité, les acteurs de la santé utilisent les pratiques du marketing

---

<sup>4</sup>Kotler, P., Zaltman, G. :  
Social Marketing : An  
approach to planned Social  
Change, Journal of  
Marketing, 1971

<sup>5</sup>Weinreich, N.K. : Hands-on  
Social Marketing – A step by  
step guide, SAGE, 1999

social pour mener des campagnes de prévention contre le tabagisme, l'alcoolisme, l'obésité, les vaccins, le VIH et le cancer...via différents canaux de diffusion.

Le marketing social appliqué à la santé permet de renforcer ou modifier certaines attitudes afin qu'elles génèrent des comportements davantage bénéfiques pour la santé (Courbet, 2003).

L'utilisation des pratiques du marketing dans la prévention s'est traduite, dans un premier temps, par la mise en place de campagnes de sensibilisation utilisant des messages persuasifs. En effet, la communication persuasive a pour vocation d'influencer les attitudes et les comportements des individus. Pour Grandola (2003), « la persuasion dans sa définition la plus basique, implique une source (émetteur) et une cible

(récepteur). Elle a pour objectif de modifier les attitudes et, au-delà, le comportement. »

Pour Pechman (2001), quatre types de messages vecteurs d'information peuvent potentiellement augmenter la motivation à adopter un comportement de santé:

- Les informations augmentant la perception de la sévérité des conséquences ;
- Les informations augmentant la perception de la vulnérabilité ;
- Les informations sur l'efficacité de la prévention ;
- Les informations sur l'auto-efficacité de la prévention.

## II. LES MODELES DE COMMUNICATION DE SANTÉ :

### *1- La prevention par les modèles sociocognitifs :*

Les modèles sociocognitifs de communication mettent en évidence l'importance de l'activité cognitive face à un message persuasif. Les chercheurs de cette discipline s'interrogent sur les différents processus cognitifs permettant à l'individu de changer d'attitude et d'adopter un nouveau comportement.

Les modèles des doubles processus de la persuasion englobe le modèle de la probabilité d'élaboration (Elaboration Likelihood Model, ELM, Petty et Cacioppo, 1986 ; Petty et Wegener, 1999) et le modèle heuristique-systématique (Heuristic-Systematic Model, HSM, Chaiken et al., 1989 ; Chen et Chaiken, 1999).

Considérés comme les piliers de la communication persuasive de la santé, ces

modèles reposent sur le traitement de l'information transmise lors de la campagne de prévention. Il s'agit de considérer le récepteur comme un acteur actif dans le processus de traitement et d'analyser ses réponses cognitives.

En effet, les traitements peuvent se faire selon deux voies, en fonction de la motivation et la capacité du récepteur à traiter les arguments du message.

Le Modèle de la Probabilité d'Elaboration (ELM) repose sur deux paradigmes, le paradigme du changement d'attitude Mc Guire(1969,1985), qui s'intéresse au processus d'information. Et le paradigme de la réponse cognitive Green Wald (1968), qui stipule que l'impact d'un message persuasif dépend de la nature des réponses cognitives générées. La probabilité d'élaboration constitue pour les auteurs de ce modèle, le degré avec lequel un individu génère des pensées relatives aux

arguments de la campagne de communication persuasive.

Le traitement par la voie centrale suppose une analyse pointue et approfondie du message. Dans ce cas de figure, le sujet réalise un effort cognitif important pour traiter le message. Le traitement par la voie périphérique est animé par des indices heuristiques. Dans cette voie de traitement, l'individu fournit moins d'efforts cognitifs.

En effet, pour les chercheurs de ce modèle, la voie centrale permet de prédire un changement durable.

Etant proche du ELM, le modèle heuristique systématique (HSM) permet d'analyser les changements d'attitudes à l'exposition à un message persuasif. Selon ce modèle les deux voies de traitement peuvent coexister. Le traitement systématique mobilise des ressources cognitives importantes. L'individu prête une attention particulière à la pertinence et à l'importance des arguments. Dans ce cas, le traitement

heuristique est superficiel, l'information est traitée selon le principe du moindre effort.

Pour les chercheurs du HSM, la génération de réponses cognitives permet soit de changer ou de maintenir une attitude.

Prochaska et al. (1982) développent le modèle transthéorique (Prochaska et al., 1982). Il s'agit de l'aboutissement de 18 thérapies qui analysent les processus permettant au public cible d'adopter un comportement de santé selon 5 stades de progression :

La pré-contemplation : déni ou ignorance du problème ou de la menace.

- La contemplation : Considération du changement.
- La préparation : Intention de se protéger.
- L'action : changement du comportement.
- La maintenance du nouveau comportement.



Les étapes de ce modèle ne sont pas parfaitement linéaires (de 1 à 5). La personne peut atteindre un stade dans le processus de changement et régresser vers un stade inférieur. Et quand elle atteint le niveau de la maintenance, elle peut redescendre à un niveau primaire du changement.

La théorie de l'action raisonnée (Fishbein et Ajzen 1975) est utilisée pour prédire les comportements de santé en se basant sur la relation entre l'attitude et le comportement (Fishbein, 1967 ; Fishbein et Ajzen, 1975). Ce modèle repose sur la notion de norme subjective, il s'agit de l'ensemble des croyances que se fait la personne sur son environnement social.

La théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991) repose sur la relation existante entre l'évaluation et le traitement du risque de santé et l'adoption d'un comportement préventif. On distingue trois facteurs déterminants de la recherche et du traitement de

l'information sur le risque (Griffin et al., (1999)) :

- La suffisance perçue de l'information (quantité d'information nécessaire pour évaluer le risque).
- La capacité perçue à chercher et à traiter l'information (conscience de la cible de sa capacité à chercher et à traiter l'information).
- La pertinence perçue des sources d'information.

## 2- *Les modèles de communication basés sur la croyance et le contrôle :*

Initié par Lewin, Hochbaun et Rosenstick, le HBM étudie les facteurs décisionnels des individus à adopter un comportement de santé. Selon ce modèle, la prédiction du comportement de santé se base sur les attitudes et les croyances des individus.

Le HBM suppose que la motivation à adopter un comportement de santé dépend du degré de crainte des individus (menace perçue) et du potentiel prévu de réduction des craintes au niveau des actions. Ce dernier doit être plus intéressant que les barrières pratiques et psychologiques à agir.<sup>6</sup>

Développée par Rogers (1975, 1985), la théorie de la motivation à la protection est considérée comme une extension du HBM qui intègre d'autres facteurs complémentaires à l'analyse du comportement de santé. Il s'agit d'inclure la peur et d'autres composantes émotionnelles.

La théorie de l'attribution, Développée par Heider (1958), met l'accent sur la différence entre l'auto-attribution (explication de la personne de son propre comportement) et l'hétéro-attribution (explication de la

personne du comportement d'autrui).

Bandura (1977) fonde une notion très importante dans le domaine du comportement de santé. Il s'agit de l'auto-efficacité, celle-ci désigne la « croyance en ses propres capacités à faire face à une situation en organisant et exécutant les réponses adaptées ». Pendant la campagne de prévention, le seul catalyseur à la motivation de l'individu à adopter un comportement de santé est son auto-efficacité.

La notion de l'auto-efficacité revient dans plusieurs modèles, notamment dans l'approche des processus d'action de santé (HAPA). Schwarzer (1992) porte une importance particulière à l'auto-efficacité en tant que déterminant de l'intention et suppose que le comportement de santé est le fruit d'un ensemble de mécanismes de croyance.

Selon la HAPA, l'étape motivationnelle commence quand la personne décide d'adopter le comportement de

---

<sup>6</sup>[Theses.univlyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2010.noumbissie\\_c&part=359164](https://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2010.noumbissie_c&part=359164)

santé. L'étape d'action est  
animée par les facteurs  
cognitifs, situationnels et  
comportementaux.

3- *Les modèles de  
communication préventive  
basés sur la peur :*

Witte (1992) définit la peur comme une émotion négative qui implique un taux d'éveil élevé quand la menace est jugée sérieuse pour la santé. Ceci dit, l'auteur souligne la différence entre la peur et la menace. La notion de la peur ressort du registre purement émotionnel, tandis que la menace relève de la cognition. En effet, le sentiment de peur est important quand la menace en question est perçue comme importante.

Il est important de distinguer entre la peur et la vivacité. La vivacité est un concept proche de la peur qui se définit par l'intensité des images portant sur le risque de santé qui peuvent se présenter à l'esprit de l'individu. Il s'agit des aspects très concrets de l'information et à la capacité avec laquelle l'information peut être saillante et donc s'imposer à l'esprit (Nisbett & Ross, 1980 ; Girandola, 2003 ; Courbet, Milhabet et Priolo,

2001). La vivacité met en avant le côté imagé du message.

Le modèle de réduction de la pulsion motivante (Drive Reduction Model), proposé par Janis en 1968, détermine la peur comme étant un « stimulus motivant ». Un message ressortant le danger et le risque de santé va déclencher une tension chez le destinataire.

Selon ce modèle, l'individu est motivé à réduire la tension engendrée par la peur et par conséquent modifier le comportement. Pour aboutir à un changement de comportement, il faut accompagner l'utilisation de la peur par une réponse comportementale qui va l'anéantir.

Etant donné que l'objectif initial de l'individu est de réduire la tension, la réponse à la peur n'est pas forcément l'adhésion aux recommandations, l'individu peut éviter ou résister au message de la campagne.

Le modèle de réduction de la pulsion motivante établit une

relation linéaire entre le niveau de peur engendrée par un message préventif et l'adhésion aux recommandations de la campagne. Tandis que cette relation n'est pas linéaire, elle est plutôt curvilinéaire.

Le modèle curvilinéaire vient pallier aux lacunes du modèle précédent. Janiss et Feshbach (1953), stipulent qu'il existe une relation curvilinéaire entre la peur et l'acceptation des recommandations des campagnes de prévention.

Un niveau élevé de peur peut stimuler des réactions défensives poussant l'individu à ignorer le danger. Le modèle curvilinéaire stipule que plus le niveau de la peur est faible, plus le niveau d'adhésion aux recommandations est élevé.

Ce modèle a été critiqué du fait que le seuil de tolérance à la peur peut différer d'un individu à un autre. Par ailleurs, ce modèle ne permet pas une connaissance préalable des variables

impliquées dans le processus reliant la peur à la persuasion.

Leventhal (1970) a fondé le modèle des réponses parallèles, ce modèle suppose que la peur engendre deux types de processus émotionnels et cognitifs. Au-delà des pulsions qu'elle peut déclencher, la peur implique aussi des évaluations cognitives.

Les deux processus parallèles déclenchés indépendamment par la peur sont :

Le processus de contrôle de la peur (réduire la peur) : il s'agit d'un processus subjectif dont la finalité est de réduire l'impact émotionnel de la peur. Ce processus peut avoir comme résultat l'effet Boomrang. En effet, la campagne peut avoir l'effet inverse que celui envisagé ; l'individu risque d'ignorer ou d'éviter le message.

Le processus de contrôle du danger (gestion de la menace) : il s'agit d'un processus objectif par lequel l'individu fait un réel effort pour limiter la menace..

Vu que l'intensité de la peur peut varier, les auteurs de ce modèle distinguent deux aspects de la peur :

La peur par anticipation : cette peur anticipe les conséquences, l'individu cherche des moyens pour faire face au danger.

La peur inhibitrice (provoquant un état de tension interne).

Parmi les critiques qui ont porté sur ce modèle, on trouve que ce dernier s'avère difficile à opérationnaliser. Et aussi qu'il est difficile d'appréhender les conditions de déclenchements des deux processus.

Regroupant les principaux concepts des modèles antérieurs, le modèle étendu des processus parallèles agit en trois étapes indépendantes :

- Evaluation de la menace: Pendant cette période, le sujet évalue la menace engendrée par le message préventif. L'évaluation du

niveau de la menace perçue correspond à l'évaluation du niveau de la vulnérabilité accompagné de l'évaluation du niveau de la sévérité. Quand le niveau de la menace est fort, la personne est motivée à évaluer l'efficacité des recommandations. Tandis que quand le niveau de la menace est faible, le traitement du message faisant appel à la peur est sans effet.

- Evaluation de l'efficacité perçue: Le sujet est amené à évaluer l'efficacité des recommandations et sa capacité à les adopter. Quand l'évaluation de l'efficacité des recommandations et de la facilité de les mettre en place, le sujet s'engage dans la voie de la maîtrise

du danger. Quand l'efficacité semble ne pas être suffisante et l'individu se sent inapte d'adhérer aux solutions, il s'inscrit dans la voie de la maîtrise de la peur, d'où l'échec du message préventif.

- Comparaison efficacité/menace: Dans le cas où l'efficacité des recommandations est supérieure à la menace, l'individu n'aura pas de mal à adopter les recommandations de la campagne. Quand la perception de la menace est supérieure à celle de l'efficacité des solutions, le sujet sera plutôt motivé à contrôler la peur. Le message préventif est voué à l'échec.

Etant donné que la menace perçue repose sur des variables sociocognitives nécessitant un traitement rationnel, cette évaluation

peut être biaisée. Par ailleurs, les conditions d'échec du message sont plus nombreuses que les conditions de réussite.

Afin de mesurer l'impact de la peur dans les campagnes de prévention, Witte et Allen (2000) ont mené une méta-analyse sur l'impact de l'utilisation de la peur dans les messages à visée persuasive, cette analyse repose sur le traitement de 85 études de différentes thématiques.

Les principaux résultats de cette méta-analyse ressortent deux types de réactions face à un message faisant appel à la peur.

Dans un premier temps, le sujet évalue la pertinence du danger, puis dans un deuxième temps essaye de diminuer la peur engendrée par le message de la campagne de prévention.

Quand le niveau de la peur est faible, la personne ne se sent pas concernée par le message. Quand le sujet estime que le niveau de la peur est élevé (en fonction de sa vulnérabilité et

de sa gravité), elle cherche les moyens pour éviter le danger. Elle se sent donc plus motivée à suivre les recommandations de la campagne. La peur constitue dans ce cas une motivation pour adopter les comportements de santé. Avant d'instaurer les recommandations de la campagne de prévention, la personne évalue leur efficacité et leur faisabilité, afin de maîtriser si celles-ci sont pratiques et ne vont pas à l'encontre de ses comportements et ses habitudes. En effet, il s'agit d'évaluer l'auto-efficacité (Bandura 1986). Dans le cas où le sujet remet en question l'efficacité des recommandations, il entame le processus de contrôle de la peur. Ceci dit, la personne développe des stratégies de coping ; il s'agit de l'ensemble des stratégies cognitives pour se protéger des affects négatifs. Ceci se manifeste concrètement par des réactions qui reposent sur le fatalisme, le déni, l'évitement défensif...



### III. LE MARKETING SOCIAL ET LES MODELES DE COMMUNICATION PERSUASIVE :

Dans le domaine de la santé, l'efficacité des campagnes de marketing social est fondée sur la maîtrise des modèles de la communication préventive. Afin de promouvoir le comportement de santé auprès d'un public donné, il s'avère pertinent de connaître la cible et d'en constituer des segments homogènes.

En effet, les modèles de communication persuasive intègrent, de par leur nature, des notions de bases à la démarche de prévention du marketing social.

Les modèles duaux de persuasion (ELM et HSM) mettent en avant les notions de motivation, de capacité de traitement de l'information, et le niveau de connaissance de la cible du thème de la campagne. Le HBM introduit d'autres variables adaptant les outils de prévention au public visé, telles que la notion de croyance et la perception du comportement nocif à la santé.

La TMP rajoute d'autres notions aux variables du HBM, le principe étant d'ajouter des éléments émotionnels à l'analyse du changement de comportement de santé. Il a été lieu de rajouter la peur et l'auto-efficacité.

Le modèle de la HAPA intègre l'auto-efficacité comme notion importante à l'adoption du comportement de santé. S'ajoute les croyances et la vulnérabilité à la menace de santé.

La théorie du comportement raisonnée et du comportement planifié mettent l'accent sur les croyances, les normes subjectives et le contrôle du comportement.

Pour le modèle trans-théorique, chaque stade de changement comportemental exige une prise en charge différente en tenant compte de notions différentes.

En ce qui concerne les modèles faisant appel à la peur, ceux-ci intègrent deux nouveaux concepts, à savoir le contrôle de la peur et le contrôle de la menace.

### Conclusion :

A travers l'étude de la prévention sanitaire, par la compréhension des modèles de communication persuasive et des modèles faisant appel à la peur, nous soulevons qu'il n'est pas aisé de faire adhérer les individus à un comportement de santé.

Outre l'étude des notions de la motivation, de l'attitude, des croyances et leurs impacts sur la prédiction du comportement de santé, il s'avère pertinent de s'intéresser aux modèles de la communication engageante et ses implications dans le domaine de la prévention sanitaire.

## **Bibliographie :**

Audrey Marchioli, Marketing social et efficacité des campagnes de prévention de santé publique : apports et implications des récents modèles de la communication persuasive, *Market Management* 2006/1 (Vol.6), p96

Jaboursoumaya, Sbiti Mourad, L'impact des théories de persuasion sur le comportement à risque, *Revue Marocaine de Recherche en Management et Marketing* N°8, Juillet-Décembre 2013.

Valérie Fointiat, Laura Barbier. Persuasion et Influence : changer les attitudes, changer les comportements. Regards de la psychologie sociale. *Journal d'Interaction Personne-Système (JIPS), AFIHM*, 2015, 4 (1), pp.1-18.

Christophe Haon, Persuasion publicitaire : Synthèse et évaluation comparée du modèle heuristique-systématique et du modèle de probabilité d'élaboration. *ESA-CERAG*, Université Pierre Mendès France, Grenoble.

Virginie de Barnier, Le Modèle ELM et perspectives, *Recherche et applications marketing*, Vol 21, N°2/2006.

Meyer Thierry. Le modèle de Traitement Heuristique Systématique de l'information : motivations multiples et régulation du jugement en cognition sociale. In: *L'année psychologique*. 2000 vol. 100, n°3. pp. 527-563;

Piperini Marie-Christine, « L'effet paradoxal de la communication persuasive en sessions d'éducation pour la santé », Santé Publique, 2012/6 (Vol. 24), p. 533-546.

Valérie Fointiat, Laura Barbier. Persuasion et Influence : changer les attitudes, changer les comportements. Regards de la psychologie sociale. Journal d'Interaction Personne-Système (JIPS), AFIHM, 2015, 4 (1), pp.1-18.

Benoit, Denis. « Pour une définition élargie de l'expression « communication persuasive » », Market Management, vol. 5, no. 1, 2005, pp. 92-106.

Kotler P. et E. Roberto (1989). Social Marketing. Strategies for Changing Public Behavior. New York, Free Press.