

**Du « patient » au « consommateur » :  
une étude exploratoire sur le comportement de santé préventif  
des consommateurs atteints de maladies chroniques**

**Manel BEN AYED,**

Doctorante en marketing,

Laboratoire de Recherches en Marketing

Faculté des Sciences Economiques et de Gestion de Sfax,

22 Av. Khair-Eddine Bêcha, 3021, Sfax, Tunisie,

[manel.benayed@yahoo.fr](mailto:manel.benayed@yahoo.fr)

**Nibrass ELAoud,**

Professeur, IHEC de Sfax,

Laboratoire de Recherches en Marketing, FSEG de Sfax,

Route de Ténioir Km 1,5, n°60, 3002 Sfax, Tunisie,

[nibrass.eloud@fsegs.rnu.tn](mailto:nibrass.eloud@fsegs.rnu.tn)

**Du « patient » au « consommateur » :  
une étude exploratoire sur le comportement de santé préventif  
des consommateurs atteints de maladies chroniques**

**Résumé**

L'objectif de cet article est d'étudier les facteurs influençant la perception du comportement de santé préventif (CSP) par le consommateur atteints de maladies chroniques. Nous proposons d'explorer la contribution des variables psychosociales perçues dans la compréhension du CSP. Afin de vérifier ces pistes de recherche, une étude qualitative exploratoire, conduite auprès des consommateurs diabétiques, a permis de constater une meilleure prise en compte de ces variables dans le processus de changement comportemental.

**Mots-clés :** marketing de la santé, comportement de santé préventif, étude qualitative, variables psychosociales, maladies chroniques.

**« Patient » to « consumer »:  
an exploratory study on the preventive health behavior  
of consumers affected by chronic diseases**

**Abstract**

The objective of this paper is to investigate about the factors influencing consumer perception of preventive health behavior (PHB) in chronic circumstances. Specifically, we propose to explore the contribution of the perceived psychosocial variables in understanding PHB. To verify the lines of research, an exploratory qualitative study was conducted among diabetic consumers revealed a greater consideration of these variables in the process of behavioral change.

**Key-words:** healthcare marketing, preventive health behavior, qualitative study, psychosocial variables, chronic diseases.

## Introduction

Une maladie chronique (i.e. hypertension, diabète, obésité, cancer, etc.) est généralement un synonyme d'un comportement défaillant qui remet en question le mode de vie du consommateur (Ogden, 2008 ; Shumaker et al., 2009). Son traitement devrait être par conséquent un synonyme d'un comportement sain à savoir une alimentation équilibrée, adhérence à un exercice physique régulier et l'arrêt du tabagisme (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2003b ; Werle et al., 2006). En d'autres termes, de l'adoption et du maintien d'un comportement de santé préventive (CSP) défini comme « *toutes activités développées par une personne qui croît être en bonne santé, avec l'objectif de prévenir des maladies ou identifier des maladies dans un stade asymptomatique.* » (Kasl et Cobb, 1966, p.246).

L'implication des consommateurs dans les soins de santé est devenue de plus en plus d'importance en marketing de la santé (Roth, 1994 ; Kay, 2007 ; Scammon et al., 2011 ; Shoham et al., 2012 ; Crié et Chebat, 2013). Les consommateurs exercent du contrôle sur leurs comportements reliés à la santé, s'ils croient aux conséquences positives des CSP, et s'ils ne perçoivent des barrières pour l'action. En fait s'ils croient qu'ils sont aptes à accomplir ces comportements sains (Shoham et al., 2012). Par conséquent, les programmes marketing doivent communiquer efficacement l'information aux consommateurs de manière de promouvoir les CSP. Plus les programmes marketing impliquent les consommateurs dans leurs soins, plus les consommateurs seront probables d'adopter un comportement préventif de santé (Roth, 1994).

Des recherches en psychologie sociale (i.e. Hibbard et Weeks, 1987 ; Dickerson, 1998 ; Boote et al., 2002 ; Lober et Flowers, 2011) ont suggéré suite à l'étude du degré d'implication du patient et son niveau de participation dans le domaine de santé de traiter le « patient » en tant que « consommateur ». Le patient « soumis » doit devenir un acteur dans sa vie (Crié et Chebat, 2013) : son écoute active, son acquisition et évaluation des informations de santé, son exploitation des ressources, des opportunités, sa liberté de faire un choix sain, sa participation au processus de décision de soin, ses réclamations, sa relation de partenariat avec son soignant..., contribuent tous à faire introduire le patient et son soin dans l'épistémologie de consumérisme (Hibbard et Weeks, 1987, Crié et Chebat, 2013).

Un consommateur souffrant par des maladies chroniques doit adhérer à un ou plusieurs comportements de santé<sup>1</sup> au long cours (OMS, 2003a). La réussite à cette adhésion dépend de nombreux facteurs psychologiques, affectifs, familiaux et socioculturels (Crié et Chebat, 2013). Aujourd'hui, rares sont les recherches marketing de la santé qui relient les expériences de la vie et les facteurs psychologiques aux changements des comportements de santé (Roth, 1994 ; Shoham et al., 2012 ; Crié et Chebat, 2013). Etudier les expériences de vie des consommateurs permet de fournir une profonde compréhension des mécanismes de l'adoption des CSP (Roth, 1994).

L'objectif de l'article est de s'interroger sur les facteurs psychosociaux pouvant affecter l'adoption, du consommateur atteint d'une maladie chronique, un comportement lié à la santé. Il met en question l'influence -des émotions liées aux expériences passées avec le CSP sur l'adoption de ce CSP- sur la perception du consommateur de ses capacités à adopter et à maintenir ce comportement.

Dans une première partie théorique, le cadre conceptuel présentera la problématique de la présente recherche qui se focalise sur la perception de l'adoption du CSP par un consommateur « malade » qui cherche à récupérer sa santé par un changement comportemental. De plus, une synthèse des résultats des recherches antérieures portant sur les déterminants du comportement de santé sera exposée. Une seconde partie méthodologique détaillera, ensuite la démarche de l'étude qualitative exploratoire menée auprès des consommateurs atteints de diabète. Les résultats de l'étude seront discutés dans une troisième partie, pour conclure sur les limites et voies futures de recherches.

## **1. Le cadre conceptuel**

Etudier les déterminants de CSP est une préoccupation interdisciplinaire (marketing de la santé, promotion de la santé, marketing social, psychologie sociale, la médecine comportementale/préventive, ...) (Werle et al., 2006 ; Wymer, 2011 ; Shoham et al., 2012).

Une revue de la littérature marketing et psychosociale, nous a permis de traiter les principaux modèles de comportement reliés à la santé dans le but d'identifier les facteurs pouvant avoir le

---

<sup>1</sup> Ces comportements peuvent englober la prise des traitements médicamenteux, ainsi que des comportements sains prescrits, tels qu'une alimentation saine, faire l'exercice physique, éviter de fumer, etc. (Blackwell, 1973).

plus d'impact sur l'action préventive du consommateur<sup>2</sup>. Elle a permis de connaître les bases théoriques des modèles issus de la psychologie sociale de compréhension du comportement du consommateur. Leur efficacité en matière de prédiction a été démontrée par un grand nombre de recherches sur les comportements de santé (i.e. Glanz et al., 1997 ; Conner et Norman, 2005 ; Edberg, 2007 ; Shumaker et al., 2009). Leurs apports en marketing (Lefebvre, 2000 ; Marchioli, 2006 ; Wymer, 2011 ; Lefebvre, 2013) demeurent aussi important pour la conception et la mise en œuvre des interventions efficaces « *une intervention efficace dépend de l'application des théories et les stratégies qui sont appropriées à une situation* » (National Cancer Institut (NCI), 2005, p.6).

### **1.1. Synthèse des résultats des recherches en matière de la théorie des CSP**

Une synthèse de ces principaux modèles est présentée en annexe 1, permettant de décrire le processus de changement comportemental du consommateur, déterminer les facteurs clés et dégager les implications pour les interventions marketing sur la base de chaque modèle de CSP (cf. annexe 1 : Synthèse des principaux modèles théoriques de CSP).

Même si ces modèles ont d'importantes contributions dans la prédiction des comportements reliés à la santé préventive du consommateur, néanmoins ils présentent des limites dans l'explication de l'intégralité de ses circonstances.

S'agissant plus particulièrement d'un consommateur atteint par une maladie chronique, ce dernier manifeste certaines particularités par rapport à un consommateur en bonne santé. Ces particularités peuvent être résumées essentiellement dans un déséquilibre psychologique, un sentiment d'incapacité à changer le comportement à risque et un problème de non-adhérence comportementale (Scammon et al., 2011 ; Rigles, 2011 ; Crié et Chebat, 2013). En fait, les consommateurs malades sont vulnérables, éprouvent de la souffrance, effrayés, incertains et manque de contrôle sur le processus d'achat des produits/comportements de santé (Agrawal, 2007 ; Crié et Chebat, 2013). Leurs désirs et leurs besoins sont souvent contradictoire (Kay, 2007 ; Crié et Chebat, 2013) du fait que le consommateur exprime généralement une réticence à un produit/comportement de santé bien qu'ils répondent parfaitement à ses besoins (Crié et

---

<sup>2</sup> Les modèles les plus utilisés dans le contexte préventif sont : le modèle des croyances sur la santé (HBM), la théorie de la motivation à la protection (PMT), la théorie de l'action raisonnée (TRA), la théorie du comportement planifié (TPB), le modèle trans-théorique de changement comportemental (TMC), la théorie de l'apprentissage sociale (SCT), et l'approche du processus de l'action sur la santé (HAPA).

Chebat, 2013). Par conséquent, de mauvaises décisions peuvent se répercuter sur sa santé et son bien-être qui délègue de plus en plus son pouvoir à autrui (Kahn et al., 2007).

Compte tenu de la souffrance, de déséquilibre et de l'incapacité engendrés par les maladies chroniques, le consommateur se trouve face à un défi d'une part, d'arrêter son comportement à risque, et d'autre part, d'adopter et de maintenir un autre comportement sain qui est souvent étranger à ses attentes, ses désirs et ses habitudes. Ce consommateur exprime un besoin de maintenir à long terme le CSP prescrit. Ainsi, c'est suite à une perte de contrôle sur les déterminants de sa santé et une impuissance de changement comportemental, que le consommateur exprime le besoin de transformer sa situation, de renforcer sa capacité d'action et d'augmenter son sentiment de contrôle pour pouvoir agir sur son environnement (Scammon et al., 2011). Dans ces circonstances, les modèles de CSP ci-dessus identifiés demeurent incapables de répondre aux besoins spécifiques de ces consommateurs. Leurs limites de prédictions portent essentiellement sur deux problèmes majeurs :

- **Problème de prédiction du cognitif :** les modèles cognitifs et socio-cognitifs (HBM, PMT, TPB,...) conçoivent l'action préventive des individus généralement sur la base des croyances attentes-valeurs (la cognition prédit l'action). Ces modèles s'appuient sur le postulat que le consommateur décide de s'engager dans des comportements de santé de façon rationnelle : suite à son traitement l'information, il cherche à maximiser les conséquences positives et minimiser les conséquences négatives de son choix (Werle et al., 2006). Cependant, les croyances peuvent être les résultats d'autres facteurs à savoir les expériences passées, les facteurs environnementaux, émotionnels, etc., qui sont en dehors du contrôle de l'individu, et empêchent par conséquent l'adoption du comportement en question (Conner et Amitage, 2002). Ce problème cognitif s'est répercuté aussi sur le pouvoir de prédiction du l'action préventive, de l'attitude, de l'intention comportementale, du contrôle comportemental et notamment de celui de l'auto-efficacité perçue.

**Problème de prédiction de l'auto-efficacité :** elle renvoie aux croyances d'un individu à l'égard de ses capacités d'exécution d'une action avec succès (Bandura, 2003). Ce concept a un apport majeur (explicite ou implicite) dans la majorité des modèles de CSP (Meyer et Verliac, 2004) et pour plusieurs types de comportements reliés à la santé (Godin et côté, 2006, p.134). Néanmoins, cet apport est conditionné par les habitudes, la complexité de la tâche et la génération des émotions négatives (Bandura, 2003, Meyer et Verliac, 2004). Ces facteurs peuvent nuire par

conséquent, à la pertinence de prédiction de l'auto-efficacité face à des certaines situations d'impuissance à savoir les circonstances des maladies chroniques.

## **1.2. Les adaptations proposées**

Ces problèmes de prédiction ont abouti suite à une revue de la littérature (marketing et psychosociale) à la nécessité de prendre en considération les trois variables suivantes :

- **La prise en compte de la dimension émotionnelle**

Ajzen (2011) mentionne à ce propos que l'affect et les émotions sont des facteurs fréquemment négligés dans les modèles de CSP, et que la non-prise en considération de ces facteurs a biaisé la prédiction du comportement préventif. Ainsi, il est supporté dans la littérature, que les émotions ont une influence significative sur le choix et la décision du CSP (Chapman et Coups, 2006), et que l'humeur de l'individu peut avoir des effets systématiques sur les fortes croyances comportementales (Ajzen, 2011). Comparé à un individu avec un état d'humeur négative, l'individu avec une humeur positive tente d'évaluer les événements (ainsi que les conséquences d'un comportement) plus favorablement, et même de les juger plus positivement qu'elles se reproduisent (Ajzen, 2011).

- **La prise en compte des facteurs situationnels**

Il est vrai que la théorie sociale cognitive (Bandura, 1977a, 1986) appréhende le CSP en tant que résultat d'une interaction de l'individu avec son environnement. Les perceptions de l'individu de son environnement forment des situations qui peuvent faciliter ou entraver l'adoption du comportement (François et Botteman, 2002). Cependant, l'influence de la situation sur le comportement ne peut être significative que lorsque l'individu prend conscience de cette influence par une réponse au stimulus (Bandura, 1986).

- **La prise en compte des expériences passées**

Il pourrait que le comportement ne soit pas prédit par les cognitions, mais par les expériences passées. Ajzen (2011, p.1120) mentionne que « *la supposition que le comportement passé est le meilleur prédicteur du comportement futur est soutenu par de nombreuses preuves empiriques* » et que le résultat d'une forte corrélation entre les comportements passés et le dernier comportement affirme la stabilité temporaire d'un comportement particulier et ses antécédents (Ajzen, 2011). Par addition, il est antérieurement approuvé qu'une mesure du comportement

passé contribue à la prédiction du comportement future (Ajzen, 1991 ; Conner et Armitage, 1998 ; Ouellette et Wood, 1998).

En tenant compte de ces trois variables dans le contexte de notre recherche, nous pouvons supposer que les émotions en liaison avec les expériences précédentes et les facteurs situationnels peuvent avoir des effets sur l'intention et le comportement préventif, en influençant même le type des croyances qui est essentiel dans une situation donnée. Nous pouvons ainsi avancer la notion de l'émotion expérimentée « *experienced emotion* » qui semble être un prédicteur important dans la compréhension de la prise de décision du CSP, étant donné que les barrières émotionnelles (i.e. l'anxiété, l'inquiétude, l'angoisse) constituent un grand handicap pour s'engager dans de tels comportements (Chapman et Coups, 2006). A ce propos, Duhachek (2005) a constaté que les consommateurs sont plus susceptibles d'abandonner les stratégies d'adaptation « *coping* » lorsqu'ils manifestent une expérience des émotions négatives.

## **2. Méthodologie qualitative exploratoire**

Une étude exploratoire est menée afin de vérifier l'importance des variables préalablement identifiées (les émotions, les expériences passées et les situations) dans la décision des consommateurs atteints de diabète<sup>3</sup> type 2 à adopter CSP en général, et par rapport à deux comportements de santé spécifiques : le régime alimentaire équilibré et l'exercice physique régulier. Ces deux CSP, souvent associés, constituent une solution de traitement de pas mal de maladies chroniques à savoir le diabète, l'obésité, l'hypertension. Ils doivent en plus être adoptés d'une manière contenue et régulière pour avoir un résultat positif sur le traitement de la maladie et bien intégrés aux habitudes des consommateurs pour garantir un mode de vie sain (Werle et al., 2006).

### **2.1. Guide d'entretiens semi-directifs**

L'étude a été réalisée à la maison du diabète à Sfax, Tunisie<sup>4</sup>. L'objet principal de cette étude est la compréhension des variables psychologiques des diabétiques et leurs impacts sur l'adoption

---

<sup>3</sup> Le type 2 est synonyme d'un comportement défaillant qui remet en question le mode de vie actuel de l'individu, alors que le type 1 (insulinodépendant) apparaît suite à un facteur génétique/héréditaire.

<sup>4</sup> La Maison du diabète à Sfax accueille une catégorie des patients actifs, conscients de leurs états de santé, qui visitent volontairement ce milieu pour avoir plus d'informations sur leurs maladies et profiter des opportunités de



des comportements reliés à la santé. Il s'agit d'étudier plus particulièrement les perceptions des consommateurs par rapport à deux CSP recommandés pour traiter le diabète : « *exercice de 30 minutes par jour au moins 5 jours par semaine* » pour l'exercice physique et « *choix des aliments faibles en glucides au lieu d'aliments riches en glucides chaque jour* » pour l'exercice alimentaire. Une gestion réussite de ces CSP nécessite que les consommateurs soient bien sensibilisés et persuadés qu'ils sont capables de fournir des choix qui leur aident à réaliser des objectifs et des actions reliés à la santé (choix des aliments, balancer entre les facteurs de style de vie...).

Les participants sont interviewés en profondeur par des entretiens semi-directifs ayant une durée qui varie entre 30 et 45 minutes, avec un guide d'entretien de trois rubriques (cf. annexe 2 : Guide d'entretien de l'enquête) :

Rubrique 1- Perception du consommateur de sa santé, sa maladie en général et de son CSP en particulier (régime alimentaire équilibré et exercice physique régulier) ;

Rubrique 2- Emotions liées aux expériences passées et aux CSP (expériences passées, barrières/bénéfices perçues, résultats attendus, ...) ;

Rubrique 3- Caractéristiques individuelles et environnementales permettant l'adoption du CSP (implication, compétences, motivation, soutien familial,...).

L'objectif de ce guide est d'évoquer les émotions liées aux expériences précédentes avec le CSP. Pour cette raison lors de la deuxième phase, les personnes sont invitées à s'exprimer librement sur les difficultés rencontrées lors de l'adoption du CSP en question, ainsi que leurs expériences vécues et les changements apportés suite à cette adoption dans différentes dimensions de leur vie. Cette phase est approfondie par une provocation des émotions négatives susceptibles de déceler d'éventuels freins (peurs, tabous, ...) ou motivations (volonté, motivation, capacité, ...). L'atteinte de cette phase de l'entretien, nous permet de poser les questions susceptibles de détecter les compétences psychosociales<sup>5</sup> (ressources internes et externes) du consommateur lui permettant de surmonter les difficultés engendrées par son diabète, en fait d'adopter et de maintenir au quotidien un comportement préventif.

---

sensibilisation aux risques et des conseils de prévention (alimentation, exercice physique...). Ceci est affirmé par Mr le docteur Moncef Kachouri président de l'association.

<sup>5</sup> « *Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adaptant un comportement approprié et positif, à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement* ». (OMS, 1993)

## **2.2. Echantillon retenu**

La sélection des répondants a été réalisée sur la base de diversité des variables sociodémographiques (âge, genre, catégorie socioprofessionnelle) susceptibles d'influencer l'adoption du comportement de santé afin de maximiser la richesse des réponses. Nous avons interrogé 12 femmes et 7 hommes<sup>6</sup>, de différentes catégorie socioprofessionnelle âgés de plus de 32 ans (cf. annexe 3 : Profil des participants).

## **3. Principaux résultats d'analyse**

Les données ont fait l'objet d'une analyse de contenu manuelle en appliquant l'approche traditionnelle de traitement sémantique des données qualitatives. Plus spécifiquement, nous avons adopté l'analyse empirique proposée par Andreani et Conchon (2005) en suivant les quatre stades mentionnés dans leur article : stade analytique (étude en profondeur du verbatim), stade synthétique (étude des idées clés : concepts cognitifs, émotionnels, composantes de situation, de temps,...), stade explicatif (recherche des variables explicatives et validation des relations entre elles, explication de ses manifestations en fonction du temps et de la situation...) et le stade évaluatif (opérationnalisation des données à l'aide des dimensions explorées).

Cette phase qualitative exploratoire a permis de confirmer l'importance des variables psychosociales, identifiées au cours de la revue de la littérature de prédiction des CSP, pour les consommateurs dans des circonstances des maladies chroniques. Trois facteurs ont été mis en exergue lors l'entretien notamment suite à la génération des émotions engendrées par des expériences passées : l'auto-conscience, l'auto-détermination et l'auto-efficacité. Ces variables pourraient également influencer la perception de l'adoption du CSP par les consommateurs atteints de maladies chroniques.

### **3.1. L'auto-conscience**

L'individu ne croît dans l'opportunité de changer son comportement que suite à une prise de conscience de son problème de santé et des résultats de changement comportemental (bénéfices/barrières perçus) (Prochaska et al., 1992 ; Andreasen, 1995). Afin de mieux appréhender le fonctionnement de cette variable, un retour sur la littérature correspondante en psychologie sociale demeure nécessaire.

---

<sup>6</sup> La taille de l'échantillon vérifie le principe de saturation de Glaser et Strauss (1967).

Selon Fleming (2010), la conscience de soi est un processus cognitif nécessitant l'intégration de l'information affective issue à la fois de l'expérience personnelle et de la réalité extérieure de l'individu, c'est le résultat de l'interaction entre les pensées et les émotions ainsi qu'entre les facteurs internes et externes de l'individu.

Durant l'enquête, ces interactions de la conscience de soi apparaissent clairement à travers les interviews des consommateurs, montrant le caractère indissociable des deux dimensions : intra personnelle (relation avec soi-même) et inter personnelle (la relation avec les autres). D'une part, le consommateur perçoit sa capacité de s'identifier « *Je suis à l'écoute de mon corps (...) à l'écoute de ses envies et ses besoins* » (Individu 7, 66 ans) et à développer sa propre connaissance de lui-même « *Je pense être la personne qui connaît le mieux mon état de santé et ses besoins* » (Individu 13, 50 ans).

Ainsi, les réponses de prise de conscience ont été marquées par une oscillation entre le cognitif et l'affectif à titre d'exemple : « *Je pense qu'il serait bien pour ma santé d'adopter les comportements qui me sont prescrits, mais je ne suis pas prêt à toutes les contraintes que cela implique ; je voudrais parfois vivre comme avant* » (Individu 1, 32 ans), « *Quand je pense au sujet du régime alimentaire diabétique, je me sens nerveuse* » (Individu 5, 35 ans).

Plus particulièrement pour un même sujet, un balancement entre les connaissances sur le CSP « *Un régime alimentaire riches en aliments végétaux (légumes et fruits) permet de réduire le risque d'apparition de nombreuses maladies chroniques* » (Individu 2, 40 ans) et les émotions liées à l'expérience personnelle de ce CSP « *... Je suis angoissée par les conséquences négatives de mon premier traitement (un régime alimentaire très strict) qui a affecté mon corps et même ma personnalité* » (Individu 2, 40 ans).

De même, ce concept renvoie aussi à la prise de conscience du consommateur des facteurs qui le confèrent un sentiment d'incapacité : « *Je suis consciente des situations et des expériences qui sont susceptibles de déclencher des réponses émotionnelles négatives* » (Individu 15, 58 ans), et la reconnaissance de ses propres forces et ses handicaps : « *Mes difficultés résident essentiellement dans mes émotions qui me poussent à avoir un excès alimentaire, et à ne pas faire mes exercices, si j'arrive à gérer mes émotions, j'arrive enfin à mieux gérer ma maladie* » (Individu 14, 39 ans), ainsi que ses désirs et ses aversions : « *Je me prive de plein de choses que j'aime : chocolat, gâteaux, les crèmes glacées(...) je sais qu'il y a sur le marché des produits*

*spéciaux pour diabète, mais ne sont pas « bons »... alors ne répondent pas à mes désirs. »* (Individu 11, 44 ans).

D'autre part, le consommateur admet accorder une importance aux facteurs externes et situationnels (i.e. lieu, moment, stimulus...) qui influencent son adoption de CSP : *« Je ne trouve pas de problème à faire du sport, néanmoins pour le régime alimentaire je trouve quelques difficultés notamment en vacances, période des fêtes, en voyage... »* (Individu 4, 58 ans). Certains interviewés établissent une relation directe entre la consommation d'aliments-santé et les stimuli externes : *« Je dois pas manger n'importe quoi, même si le marketing énumère les bienfaits de tel ou tel produit. Il faut savoir choisir le produit en fonction de mes besoins et non de ceux des autres »* (Individu 11, 44 ans). D'autres accordent une importance à une certaine pression normative de la société : *« Quand je sors avec mes copines pour déjeuner au restaurant, je me sens mal à l'aise »* (Individu 1, 32 ans).

### **3.2. L'auto-détermination**

Conséquences de la prise de la conscience, une importante variable a été mise en valeur par les répondants celle de la prévention par leurs propres choix et moyens.

Les consommateurs interviewés ont manifesté une volonté d'autonomisation : *«...de l'indépendance, de la libre détermination, de la responsabilité de soi-même »* (Individu 13, 50 ans), *« Je suis maître de moi-même et je sais ce qui est « bon » pour ma santé »* (Individu 15, 58 ans).

A travers les discours, il ressort que le concept CSP est un exercice personnalisé, reposant sur le mode de vie des consommateurs, leurs besoins, leurs pouvoirs à gérer leurs émotions (affirmé aussi par Crié et Chebat (2013)). Par conséquent, les recommandations comportementales ne sont pas applicables d'une manière standardisée pour tous les sujets : *« ...il n'y a donc pas une recette magique et universelle, mais des actions personnalisées qui peuvent se faire en étant que l'individu est conscient de son problème-santé »* (Individu 16, 54 ans).

Le consommateur tente, de récupérer une certaine autonomie de décision et organise ses choix comportementaux en fonction de ses connaissances, son état de santé, son expérience et ses attentes de résultats : *« Je suis à l'écoute de mon corps, ce qui me permet de décider quoi faire, quoi manger, quoi boire... »* (Individu 19, 55 ans). Nous avons pu observer aussi l'adoption des « choix conscients » par les consommateurs : *« Une personne qui surveille son alimentation, sera*

*plus attentive aux attraits d'un aliment-santé »* (Individu 15, 58 ans), *« Je me préoccupe beaucoup des exigences de ma santé, choix des aliments de santé lors d'achats, leurs compositions... »* (Individu 5, 35 ans).

Les comportements de santé apparaissent ainsi comme faisant partie intégrante d'une stratégie de développement de pratiques personnelles pour une alimentation plus équilibrée, exercice physique plus régulier corrélé à une forte confiance en soi et la volonté d'être acteur de sa propre santé : *« Il s'agit de me soigner moi-même, prendre des attitudes, des décisions tout seul pour la santé, c'est un peu comme l'automédication »* (Individu 3, 74 ans).

### **3.3. L'auto-efficacité**

L'auto-efficacité se réfère à la perception que le soi possède des habilités/capacités nécessaires pour agir et répondre efficacement par rapport à des objectifs autodéterminés (Bandura, 1977 ; Schwarzer, 2001 ; Anderson et al., 2000) tout en tenant compte de ses barrières et de ses expériences antérieures : *« Je crois à moi-même, le diabète est là, mais je dois réussir malgré ma maladie, je dois avoir une nouvelle attitude respectant mon engagement au nom de ma précieuse santé. »* (Individu 14, 39 ans). Elle renvoie selon Bandura (1997, p.3) aux *« croyances de l'individu en ses propres capacités à organiser et exécuter les séquences d'action propres à obtenir certains résultats »* : *« Un changement de mode de vie à long terme est difficile, mais je suis en mesure de le tenir (...) j'adopte une variété d'activités par an en fonction de la saison (marche intérieure/extérieure, natation, aérobic...), pour que je m'ennuie pas »* (Individu 17, 62 ans). Ce concept porte aussi sur la capacité perçue d'une personne à mettre en œuvre le comportement souhaité à long terme : *« Je pense que je suis capable de maintenir un exercice physique régulier »* (Individu 6, 61 ans).

L'auto-efficacité est ultimement liée à la perception du contrôle (Bandura, 1997). D'après les interviews cette relation est justifiée, les répondants expriment un sens de contrôle de soi *« self-control »* qui contribue à faciliter le changement du comportement de santé et garantit le maintien du comportement à long terme : *« Adopter un mode de vie sain pour un diabétique exige un engagement à vie...ceci n'est pas si difficile à condition que je change certaines choses dans ma vie, en fait dans moi-même...avoir plus de contrôle sur mon alimentation... »* (Individu 10, 65 ans), *« J'exerce du contrôle sur ma propre vie »* (Individu 19, 55 ans).

L'efficacité personnelle dépend d'un sens du contrôle comportemental et environnemental (Schwarzer et al., 2009 ; Shoham et al., 2012 ), il est manifesté dans les interviews comme suit : « *Je sens que je peux compter sur le soutien de ma famille et de mes amis pour réussir des changements sains en matière d'alimentation et d'exercice (dans et en dehors de ma maison)* » (Individu 1, 32 ans), « *Ma voisine m'accompagne chaque matin pour faire 30 minutes de marche* » (Individu 4, 58 ans). Son succès doit largement à son potentiel de prédiction des comportements de santé « *Je vis dans une famille diabétique, ceci m'aide à manger sain* » (Individu 18, 59 ans).

#### **4. Discussion des résultats**

L'analyse des entretiens qualitatifs effectués auprès des consommateurs atteints du diabète a démontré la pertinence de trois principales variables psychosociales dans leurs décisions de s'engager dans les CSP : la conscience de soi, l'auto-détermination et l'auto-efficacité. Elle supporte partiellement les résultats issus de la revue de la littérature psychosociale (i.e. Ajzen et Fishbein, 1980 ; Bandura, 1986 ; DiClemente, 1982 ; Schwarzer, 1992) dans la mesure qu'elle soutient le pouvoir de prédiction des croyances à la capacité comportementale, aux normes sociales, au contrôle comportemental et aux résultats attendus du comportement. Toutefois, nous remarquons d'après cette étude que le pouvoir de prédiction de l'auto-efficacité (dimension la plus reliée à l'action) ne peut être significatif que suite à des complexes et multiples efforts de négociation intra-personnelle (gestion des émotions négatives, estime de soi, auto-conscience, auto-détermination, ...) en amont du processus de croyances à l'action (i.e. (l'individu 14, 39 ans), (l'individu 10, 65 ans), (l'individu 9, 63 ans)). En fait, l'auto-efficacité s'est trouvée intimement reliée aux expériences passées maîtrisables et réussites. Résultat pour lequel, nous suggérons que l'auto-efficacité serait un prédicteur significatif seulement pour les personnes qui accordent une valeur importante pour la santé et qui possèdent un fort sentiment de contrôle de celle-ci à savoir (l'individu 7, 66 ans) et (l'individu 17, 62 ans). Néanmoins, ce concept se trouve de faible prédiction face aux obstacles et aux circonstances menaçantes (expériences passées non maîtrisables, perte d'identité, émotions négatives,...) : cas des deux jeunes femmes diabétiques (l'individu 5, 35 ans) et (l'individu 1, 32 ans) qui ont été conscientes des bénéfices du CSP mais elles n'arrivent pas à gérer leurs situations menaçantes. Elles expriment des besoins accrus de continuité et de proximité avec certaines personnes proches (besoins de sécurité, d'identité,

d'intégration sociale...), ce qui réduit dans ce cas la réalisation et le maintien du CSP. Par conséquent, il met en échec le pouvoir de prédiction des modèles théoriques à moins que le comportement soit à faible sens d'auto-efficacité ou intégré aux habitudes (i.e. (l'individu 18, 59 ans) qui vit dans une famille diabétique).

Nous pouvons postuler que ces résultats confirment plutôt ceux de la revue psychosociale sur l'adhésion reliée aux comportements de santé d'un patient atteint de maladie chronique (i.e. Aujoulat, 2007 ; Aujoulat, D'Hoore et Deccache, 2007 ; Baudrant-Boga, 2009), qu'ils coïncident aussi avec les résultats des travaux du marketing social sur les exigences d'un changement comportemental volontaire du consommateur (connaissance, conscience, attitude, choix, décision, action, maintien) (Andreasen, 1995 ; Kotler, Roberto et Lee, 2002 ; Dann, 2010).

Un nouveau concept est ressorti des résultats de cette enquête celui de l'*empowerment*<sup>7</sup> du consommateur dans le contexte de santé intitulé aussi « l'*empowerment* du patient ». Ce concept multidimensionnel est susceptible de rejoindre les trois variables préalablement explorées en tant que des composantes (Dickerson, 1998 ; Aujoulat, 2007 ; Tengland, 2008), raison pour laquelle, il demeure capable de répondre aux limites de l'auto-efficacité face à des circonstances menaçantes (Aujoulat, 2007 ; Yeoh, 2009).

## **5. Conclusion, limites et voies futures de recherche**

La remise en cause de la prédiction des modèles cognitifs et socio-cognitifs de CSP face aux problèmes d'impuissance des consommateurs atteints de maladies chroniques à adopter et à maintenir un comportement de santé (Baranowski et al., 2003 ; Meyer et Verliac, 2004 ; Werle et al., 2006), fait appel à traiter leurs limites par une autre vision offerte par le marketing de la santé. Trois adaptations proposées pour améliorer la capacité prédictive, sont attachées à prendre en considération les variables de nature émotionnelle, expérientielle et situationnelle.

L'étude exploratoire sur le CSP d'un consommateur diabétique a permis de révéler, suite à une exploration de sa manière à réagir à ses émotions face à une situation donnée, des composantes subjectives (ressources internes et externes) dans le processus de changement de santé. Elle a

---

<sup>7</sup> Défini dans le glossaire promotion de la santé (OMS, 1998, p.16) comme « un processus par lequel les individus exercent le meilleur contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé dans le contexte de changement de leur environnement social et politique ».

permis d'apporter un éclairage nouveau sur les mécanismes psycho-sociologiques, très apprécié pour expliquer l'adoption du comportement de santé du consommateur dans des circonstances chroniques.

L'impact significatif des caractéristiques psychologiques et sociales est peu étudié dans le domaine marketing, alors qu'il demeure porteur dans plusieurs champs (le changement comportemental volontaire, la consommation d'aliments-santé, conception des messages...). La discipline marketing dans ce contexte de santé permet de fournir aux consommateurs (suite à la détection et l'analyse de leurs besoins) la pertinente information (connaissance), la meilleure sensibilisation (l'auto-conscience) et le renforcement de la compétence (pouvoir, habileté, auto-efficacité perçue). Ce qui permet, par conséquent, de les rendre capables de fixer leurs propres objectifs, de contrôler leur santé et d'atteindre leur bien-être (Kotler et al., 2002 ; Lefebvre, 2013). Pour cette raison, les recherches en marketing doivent se concentrer sur les théories de comportement de santé susceptibles de développer les compétences du consommateur à retrouver le contrôle sur son processus de changement comportemental. Notamment à ce que les recherches se focalisent généralement sur l'adoption au lieu du maintien du comportement de santé, qui engendrent par conséquent un manque des pratiques innovantes pour le maintien de la santé.

Ainsi, tenir compte de ces variables psychosociales dans les pratiques de marketing : segmentation (en fonction du profil psychosociale (conscient, autonome, ...), formulation du mix-marketing, définition du contenu de l'information, cadrage des messages..., sont autant de leviers à disposition des marketers pour augmenter l'implication du consommateur dans le cadre des maladies chroniques (Roth, 1994), l'aider à faire le choix de son traitement et le rendre un expert de sa santé et lui permettre enfin d'atteindre son bien-être chronique.

En fait, les résultats de cette étude fournissent aux marketers une pertinente segmentation en fonction du profil psychosocial des consommateurs identifiés lors de l'étude. Nous avons pu distinguer différents types de consommateurs de santé à savoir consommateur conscient/inconscient, consommateur conscient et autonome/conscient et non autonome, consommateur conscient, autonome et incapable de maintenir son CSP, consommateur expert,...). Compte tenu par exemple de l'influence de la conscience sur l'adoption du CSP, une segmentation basée sur la conscience (intra-personnelle et interpersonnelle) et la non-conscience peut être utile : les consommateurs conscients en interne sont motivés à la connaissance de l'information santé au sujet de leurs soi, leurs problème-santé, leurs expériences personnelles... Ils sont curieux à



connaître des nouvelles idées qui soutiennent les étapes du changement comportemental (consulter des professionnels de santé, assister des formations de santé, avoir un accès à des compagnes d'information de maladies chroniques,...). Alors que, les consommateurs conscients en externe s'efforcent de prendre conscience de l'impact négatif/positif de leurs comportements à risque/sain sur leur environnement immédiat, des stimuli déclencheurs de leurs comportements sains (accès à un grand choix d'aliments santé recommandés pour son régime alimentaire, soutien familial,...). Cette cible des consommateurs conscients (en interne et externe) s'efforce de maintenir un mode de vie équilibré. Des stratégies marketing de renforcement de l'autonomie et de l'efficacité personnelle sont à proposer à cette audience-cible

Par contre, les consommateurs non conscients sont passifs, incertains et ont des attitudes négatives envers les autres ainsi qu'envers les résultats de CSP. Ils ne fournissent pas assez d'efforts à la recherche de l'information santé et ont une faible capacité à maintenir un mode de vie équilibré menant à une faible implication au CSP. Des stratégies marketing de conscientisation seront la solution pour ce type de consommateurs, axées sur l'accessibilité à l'information santé et ayant comme objectifs le changement de leurs attitudes et la participation au processus de prise de décision.

Par conséquent, le choix d'une telle audience-cible va orienter les marketers de santé à cadrer et à formuler les messages préventifs. Par exemple, en essayant d'amener la cible des consommateurs conscients et autonomes à s'engager dans un CSP, il est préférable d'utiliser un cadrage de « gain » et non pas de « perte » (Jayanti, 2010, p. 270), en insistant sur le fait que les membres de cette audience-cible sont capables à faire des bons choix et d'adopter le comportement sain prescrit (renforcer les valeurs existantes, réduire la perception des barrières liées à l'action préventive, mobiliser les ressources internes et externes...). De même la formulation des messages doit s'inscrire dans le cadrage choisi : pour ces consommateurs actifs, en permanente recherche d'information, ayant un équilibre entre leurs cognitions et leurs émotions et impliqués dans les décisions de la santé, les messages devraient utiliser des porte-parole professionnels, des arguments rationnels, des statistiques réelles en valorisant les expériences positives (Siegel et Doner, 2004).

Reste à mentionner aussi que les pratiques dans le domaine du marketing de la santé doivent opter à maintenir la capacité des consommateurs à résister et à s'adapter un tel changement de comportement de santé. Les actions marketing devraient promouvoir continuellement le sens de

contrôle du consommateur sur sa propre santé (i.e. contrôle des stimuli, contrôle des aspects cognitifs et émotionnels sur son soi, stimuler le sens d'adaptation aux différentes circonstances). Dans ce cas, les messages de communication seront de type persuasif plutôt qu'informatif : convaincre le consommateur/patient (1) qui est l'expert de sa santé en disposant les ressources nécessaires pour résoudre ses problèmes, (2) de sa capacité d'exercer des choix sains et à transformer sa vie, (3) de sa capacité de maintenir son bien-être émotionnel et social, etc.

### **Limites de la recherche**

Cette recherche présente toutefois des limites que nous devons les souligner :

Une première limite porte sur le profil sociodémographique des répondants qui demeure varié si on raisonne en fonction des variables (genre, âge, niveau éducatif et catégories socio-professionnelles). Cette variété a marqué une différence d'influence sur les variables à étudier à savoir l'influence de l'âge sur les expériences passées et la perception de la capacité de contrôle, l'influence du genre sur la capacité de gérer les émotions négatives. Une deuxième limite porte sur le profil psychologique des répondants qui demeure similaire si on raisonne en fonction des variables psychosociales (i.e. prise de conscience, auto-détermination, d'auto-efficacité perçue, l'autocontrôle, ...). En fait, les patients qui visitent la maison du diabète, sont généralement conscients de leur problème de santé, ils cherchent plus de l'information personnalisée et détaillée auprès d'une diététicienne, d'un diabétologue... Ainsi, ils se perçoivent généralement capables de s'occuper de leurs traitements comportementaux et qui ont pu gérer leurs émotions et ont réussi à adopter et à maintenir un CSP.

Une troisième limite est liée à ce que la perception de CSP et la capacité de l'adopter peuvent varier en fonction du type de la maladie chronique (l'obésité, cancer, l'hypertension, ...), le type de CSP (vaccination contre la grippe, dépistage, ...), le stade de la maladie, la personnalité du consommateur...

Une quatrième limite porte sur la méthode de traitement empirique des données qui n'a pas abouti à des résultats en liaison avec les variables sociodémographiques. D'autres méthodes d'analyse par traitement statistique sont à proposer en utilisant des logiciels informatiques à savoir Sphinx, Alceste et Nvivo, permettant d'apporter plus d'enrichissement à la recherche.

### **Voies futures de recherches**

Les résultats de l'étude permettent de proposer d'autres horizons de recherches à savoir de développer, mesurer et valider ces variables psychosociales explorées et de tester leurs impacts sur l'action préventive.

Lors de l'enquête, nous nous sommes rendues compte de l'émergence d'un autre type d'émotion lié plutôt aux résultats futurs du comportement de santé, et n'ont aux expériences passées : « *J'avais peur de regretter de ne pas avoir fait un exercice physique en cas d'une hypoglycémie* » (Individu 8, 48 ans). Une voie de recherche peut porter sur les émotions futures/anticipées au lieu des émotions expérimentées en définissant par conséquent ce concept, sa relation avec les émotions expérimentées ainsi que son impact sur les décisions ultérieures de CSP. Une piste de recherche peut prévoir quels types d'émotions (positives/négatives) éprouveront les consommateurs en tant que conséquence d'adopter un CSP ? Vont-ils expérimenter la paix, la joie, l'équilibre, ou vont-ils continuer à s'inquiéter ?

Pour conclure, la présente recherche sera une réponse conceptuelle aux besoins des consommateurs incapables d'adopter et maintenir un CSP. Elle fait appel à (1) une meilleure compréhension de l'adoption de leurs comportements de santé suite à une identification de leurs perceptions (2) une meilleure estimation des facteurs intrapsychiques associés à des circonstances spécifiques, qui participent considérablement à augmenter la capacité du consommateur/patient, à adopter éventuellement des comportements favorables à sa santé, à être acteur dans sa vie. Ces facteurs demeurent assez marginalisés dans les modèles théoriques, alors qu'elles centralisent en fait tout le pouvoir de prédiction de comportement de santé des consommateurs atteints de maladies chroniques.

## Références bibliographiques

- Agrawal N., Menon G., Aaker J. (2007), "Getting emotional about health", *Journal of Marketing Research*, 44, 1, 100-113.
- Ajzen I. (1988), *Attitudes, personality and behavior*, Milton Keynes, Open University Press.
- Ajzen I. (1991), "The theory of planned behavior", *Organizational Behavior & Human Decision processes*, 50, 2, 179-211.
- Ajzen I. (2011), "The theory of planned behavior: reactions and reflections", *Psychology & Health*, 26, 9, 1113-1127.
- Ajzen I., Fishbein M. (1980), *Understanding attitudes and predicting social behavior*, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall.
- Andreani J.C., Conchon F. (2005), Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : état de l'art en marketing, *Congrès des Tendances du Marketing*, Janvier 2005, <http://www.escp-eap.net/conferences/marketing>.
- Anderson E.S., Winett R.A., Wojcik J.R. (2000), "Social-cognitive determinants of nutrition behavior among supermarket food shoppers: a structural equation analysis", *Health & Psychology*, 19, 5, 479-486.
- Andreasen A.R. (1995), *Marketing social change: changing behavior to promote health, social development, and the environment*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Aujoulat I. (2007), L'empowerment des patients atteints de maladie chronique : des processus multiples : auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire, Thèse de doctorat en Santé publique, Université Catholique de Louvain. En ligne : <http://www.unclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/THESEaujoulat-bibliothèqueUCL-version2.pdf> (accès le 12/07/2010).
- Bandura A. (1977 a), *Social learning theory*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall.
- Bandura A. (1977b), "Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change", *Psychological Review*, 84, 2, 191-215.
- Bandura A. (1997), *Self-efficacy: the exercise of control*, New York, Freeman.
- Bandura A. (1986), *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall.

- Bandura A. (2003), *Auto-efficacité : Le sentiment d'efficacité personnelle*, [tr. de Self-efficacy : the exercise of control, 1997], Paris, Editions De Boeck Université.
- Baranowski T., Cullen K.W., Nicklas T., Thompson D. et Baranowski J. (2003), Are current health behavioral change models helpful in guiding prevention of weight gain efforts?, *Obesity Research*, 11, Suppl. Octobre, 23S-43S.
- Baudrant-Boga M. (2009), Penser autrement le comportement d'adhésion du patient au traitement médicamenteux : modélisation d'une intervention éducative ciblant le patient et ses médicaments dans le but de développer des compétences mobilisables au quotidien - Application aux patients diabétiques de type 2, Thèse de doctorat, Université Joseph Fourier-Grenoble 1.
- Boote J., Telford R., Cooper C. (2002), "Consumer involvement in health research: a review and research agenda", *Health Policy*, 61, 2, 213-236.
- Blackwell B. (1973), "Patient compliance", *New England Journal of Medicine*, 289, 5, 249-252.
- Chapman G.B., Coups E.J. (2006), "Emotions and preventive health behavior: worry, regret, and influenza vaccination", *Health Psychology*, 25, 1, 82-90.
- Conner M.C., Armitage C.J. (2002), *The social psychology of food*, Buckingham, U.K., Open University Press.
- Conner M.C., Norman P. (2005), *Predicting health behavior: research and practice with social cognition models*, Buckingham, U.K., Open University Press.
- Crié D., Chebat J-C. (2013), "Health marketing : toward an integrative perspective", *Journal of Business Research*, 66, 1, 123-126.
- Dann S. (2010), "Redefining social marketing with contemporary commercial marketing definitions", *Journal of Business Research*, 63, 2, 147-153.
- Fleming J. (2010), La conscience de soi. In: J.H. Stone, M. Blouin, editors. International Encyclopedia of Rehabilitation. En ligne sur : [http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/pdf/fr/la\\_conscience\\_de\\_soi.pdf](http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/pdf/fr/la_conscience_de_soi.pdf).
- François P.H., Botteman A.E. (2002), *Théorie sociale cognitive de Bandura et bilan de compétences : applications, recherche et perspectives critiques*, 519-543, in *Carriérologie*, 8, 3, (2002), en ligne sur : [http://www.carrierologie.uqam.ca/volume08\\_3-4/index.html](http://www.carrierologie.uqam.ca/volume08_3-4/index.html) (accès le 07/06/2011).
- Glanz K., Lewis F.M., Rimer B.K. (1997), *Health behavior and health education: theory, research and practice*, San Francisco, C.A., Jossey-Bass.

- Godin G., Côté F. (2006), Le changement planifié des comportements liés à la santé, Chapitre 10 dans *Pratiques en Santé Communautaire*, sous la direction de G. Carroll Montréal : Chenelière Education, 129-140.
- Hibbard J.H., Weeks E.C. (1987), "Consumerism in health care: prevalence and predictors", *Medical Care*, 25, 11, 1019-1103.
- Jayanti R. (2010), Accentuate the positive: elderly responses to health communications, *Journal of Marketing Theory and Practice*, 18, 3, 263-273.
- Kahn B.E., Greenleaf E., Irwin J.R., Isen A.M., Levin I.P., Luce M., Pontes M.C., Shanteau J., Vanhuelle M., Young M.J. (1997), "Examining medical decision making from a marketing perspective", *Marketing Letters*, 8, 3, 361-375.
- Kasl S.V., Cobb S. (1966a), "Health Behavior, Illness Behavior, and Sick-Role Behavior: I. Health and Illness Behavior", *Archives of Environmental Health*, 12, 2, 246-266.
- Kay M.J. (2007), Healthcare marketing: what is salient?, *International Journal of Pharmaceutical & Healthcare Marketing*, 1, 3, 247-263.
- Kotler P., Roberto N. et Lee N., (2002), *Social marketing: improving the quality of life*, Thousand Oaks, CA, Sage Publication.
- Lefebvre R.C. (2000), Theories and models in social marketing, In P.N. Bloom, G.T. Gundlach, *handbook of marketing and society*, Newbury Park, C.A., Sage Publications.
- Lefebvre R.C. (2013), *Social marketing and social change: strategies and tools for improving health, well-being and the environment*, San Francisco, C.A., Jossey-Bass.
- Meyer T., Verlhac J.F. (2004), "Auto-efficacité : quelle contribution aux modèles de prédiction de l'exposition aux risques et de la préservation de la santé ?", *Savoirs*, Hors-série, en ligne sur : [http://www.cairn.info/load\\_pdf.php?ID\\_ARTICLE=SAVO\\_HS01\\_0117](http://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=SAVO_HS01_0117), (accès le 25/09/2010).
- National Cancer Institute (2005), Theory at a glance : a guide for health promotion practice, Bethesda, MD : U.S., en ligne sur : <http://www.cancer.gov/PDF/481f5d53-63df-41bc-bfaf-5aa48ee1da4d/TAAG3.pdf>, (accès le 12 Mai 2011).
- Ogden J. (2008), *La psychologie de la santé*, Bruxelles, Editions de Boeck université.
- Organisation Mondiale de la Santé [OMS], (1993), *Actualité et dossier en santé publique*, n°3, juin 1993, p.9.
- Organisation Mondiale de la Santé [OMS], (2003 a), *Adherence to long term therapies: evidence for action*, Geneva, Switzerland, World Health Organization Publications.

- Organisation Mondiale de la Santé [OMS], (2003 b), *Diet, nutrition and the prevention of chronic Diseases*, Geneva, Rapport WHO/FAO, Expert consultation.
- Ouellette J.A., Wood W. (1998), "Habit and intention in everyday life: the multiple processes by which past behavior predicts future behavior", *Psychological Bulletin*, 124, 1, 54-74.
- Prochaska J.O., DiClemente C.C. (1982), "Trans-Theoretical therapy: toward a more integrative model of change", *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 3, 276-288.
- Prochaska J.O., DiClemente C.C., Norcross J.C. (1992), "In search of how people change: application in addictive behaviors", *American Psychologist*, 47, 9, 1102-1112.
- Rigles B. (2011), "Disability and health behavior change", *Disability & Health Journal*, 4, 1, 19-23.
- Rogers R.W. (1983), Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation, in J. Cacioppo et R. Petty (eds.), *Social Psychophysiology*, New York, Guilford Press, 153-176.
- Rosenstock I.M. (1974), "Historical origins of health belief model", *Health Education Monograph*, 2, 4, 328-335.
- Roth M.S. (1994), "Enhancing consumer involvement in health care: the dynamics of control, empowerment, and trust", *Journal of Public Policy & Marketing*, 13, 1, 115-132.
- Scammon D.L., Keller P.A., Albinsson P.A., Bahl S., Catlin J.R., Haws K.L., Kees J., King T., Miller E.G., Mirabito A.M., Peter P.C., Schindler R.M. (2011), "Transforming consumer health", *Journal of Public Policy & Marketing*, 30, 1, 14-22.
- Schwarzer R. (2001), "Social-cognitive factors in changing health-related behavior", *Current Directions in Psychological Science*, 10, 2, 47-51.
- Schwarzer R., Luszczynska A., Wiedemann A.U. (2009), *Perceived self-efficacy in health behaviour change*, Oxford, U.K., University of Oxford.
- Shoham A., Saker M., Gavish Y. (2012), "Preventive Health Behaviors - The Psycho-marketing Approach", *International Journal of Psychological Studies*, 4, 2, 56-66.
- Shumaker S.A., Ockene J.K., Riekert K.A. (2009), *The handbook of health behavior change*, New York, Springer Publishing Company.
- Siegel M., Doner L. (2004), *Marketing public health: strategies to promote social change*, Sudbury, MA, Jones and Bartlett Publishers.

Werle C., Dantus D.C., Mariani S.B. (2006), "Les déterminants du comportement de santé préventive : revue de littérature, perspectives de recherche et étude exploratoire", *Séminaire transversal de l'école doctorale de science et de gestion*, Grenoble, 20 Février 2006.



## Annexes

### Annexe 1 : Synthèse des principaux modèles théoriques de CSP

Le modèle théorique	Type du modèle	Les concepts clés	Définitions des concepts clés	Description du modèle	Implications marketing
<b>HBM,</b> <i>Health Belief Model,</i>  Rosenstock, (1974)	Cognitif	- Bénéfices perçus        - Barrières perçues	- La perception de l'efficacité de l'adoption du comportement permettant de réduire la menace de la maladie.  - La perception des aspects physiques, psychologiques et financiers liés à l'action de santé analysée.	Le consommateur ne décide d'agir pour réduire le risque de santé perçu, que lorsque les bénéfices perçus de l'action dépassent les barrières perçues.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier les barrières rencontrées dans le changement comportemental.</li> <li>• Offrir une information de risque personnalisée.</li> <li>• Mettre en valeur les conséquences positives du comportement désiré.</li> </ul>
<b>PMT,</b> <i>Protection Motivation Theory,</i>  Rogers, (1983)	Cognitif	- Evaluation de la menace     - Evaluation de la capacité à faire face à la menace	- La sévérité perçue de la maladie par rapport à la vulnérabilité de la maladie. - Anticipation des résultats du comportement et de la capacité de réussir un comportement donnée.	Le comportement de santé du consommateur est déterminé par la motivation de se protéger qui est le résultat de deux types de processus cognitifs médiateurs : lorsqu'il croit qu'il est menacé et qu'il est capable de faire face à la menace.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eveiller le sentiment de la menace (i.e. peur) chez le consommateur.</li> <li>• Offrir un « <i>coping</i> » adapté à cette cible.</li> </ul>
<b>TPB,</b> <i>Theory of Planned Behavior (Theory of Reasoned Action)</i>  Ajzen et Fishbein	Socio-cognitif statique	-Croyances comportementales/normatives et de contrôle   -Intention d'agir	- Croyances aux résultats de comportement,  - Croyances aux normes sociales que l'individu accorde vis-à-vis son	Le consommateur agit suite au développement de l'intention : résultat d'une attitude positive envers le comportement, la norme, et la croyance à sa capacité à réussir	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoriser la pression sociale pour s'engager dans le comportement désiré.</li> <li>• Utiliser des spécificités d'exemples de comportements pour évaluer l'intention comportementale.</li> </ul>

(1980) Ajzen (1988, 1991)		- Contrôle comportemen tal perçu	comportement  - Croyances à la capacité de contrôler son comportement.	l'action.	
<b>SCT,</b> <i>Social cognitive Theory (Social Learning Theory)</i>  Bandura (1977a et b, 1997, 1986)	Socio- cognitif dynami- que	-Résultats attendus   - Auto- efficacité	- Croyances du consommateur aux résultats du comportement.  - Croyances du consommateur à sa capacité d'accomplir un comportement donné.	Le consommateur décide d'agir que s'il croît que le comportement va lui permettra d'obtenir des résultats souhaités et s'il croît qu'il est capable d'adopter ce comportement.	• Concevoir des stratégies visant à accroître le sentiment de maîtrise et la capacité du consommateur à gérer des situations difficiles qui pourraient survenir lors de l'initiation ou le maintien d'un comportement de santé.
<b>TMC,</b> <i>Trans- Theoretical Model Change,</i>  Prochaska et DiClemente (1982).	Socio- cognitif dynami- que	-Intention d'agir  - Auto- efficacité  - contrôle comportemen tal	Régulation de la performance du comportement	Le changement comportemental de l'individu est un processus cyclique résultat des variables sociocognitives.	• Augmenter la conscience de la cible à risque du problème de santé. • Motiver le changement comportemental. • Développer les habiletés /compétences nécessaires pour le changement. Intégrer le nouveau comportement dans le mode de vie du consommateur.
<b>HAPA,</b> <i>Health Action Process Approach,</i>  Schwarzer (1982, 1992).	Socio- cognitif dynami- que	-Auto- efficacité	- Croyances du consommateur à sa capacité d'accomplir un comportement donné.	Le consommateur est susceptible de changer de comportement, s'il pense qu'il peut réussir (s'il perçoit un haut niveau d'auto-efficacité).	• Augmenter l'efficacité personnelle perçue par le consommateur. • Développer les compétences (cognitives, et sociales...) du consommateur.

Source : Conception libre

## Annexe 2 : Entretien semi-directif

### Guide d'entretien de l'enquête\*

#### Axe 1 : perception et conscience du consommateur

- Qu'est ce que vous entendez par un comportement de santé préventif ?
- Pensez-vous qu'il est important d'adopter un comportement de santé préventif ? Pouvez-vous me dire pourquoi ? (que la réponse soit oui ou non) (**Conscience**)
- Quel degré d'importance donnez-vous à votre comportement de santé préventif dans l'ensemble de votre prise en charge pour votre santé ? (**Conscience**)

#### Axe 2 : Emotions liées aux expériences passées et au CSP

- Pensez-vous qu'il est difficile ou facile d'adopter un comportement de santé préventif pour traiter votre maladie ? Pouvez-vous me dire ce qui est difficile/facile pour vous ? (**Compétences**)
- Avez-vous des craintes concernant l'adoption du comportement préventif ? (**Expériences passées/ émotions liées aux CSP**) Comment réagissez-vous face à ces types de sentiments ?
- Avez-vous déjà rencontré des difficultés pour gérer au quotidien vos comportements préventifs ? (**Expériences passées**) Comment vous vous retrouvez face à ses difficultés ?
- Pouvez-vous me raconter l'une de vos expériences qui vous a marqué ? (**Emotions liées aux expériences passées et aux CSP**)
- Comment avez-vous géré cette ou ces difficultés ? (**choix des comportements**)

#### Axe 3 : Compétences psychosociales du consommateur

- Pensez-vous être capable de maintenir ce comportement à long terme comme vous le faites aujourd'hui ? (**Maintien à long terme**)
- Pouvez-vous identifier ce qui vous a aidé à adopter et à maintenir un comportement préventif au quotidien ? (**Ressources internes et externes**).
- Avez-vous d'autres choses non abordées à ajouter concernant ce sujet ?

\* Ce guide d'entretien est inspiré de celui élaboré par Baudrant-Boga M. (2009) sur l'adhérence du patient aux traitements médicamenteux.

### **Annexe 3 : Profil des participants**

<b>Tranches Age</b>	<b>Nombre des répondants</b>	<b>CSP</b>	<b>Nombre des répondants</b>
18-25 ans	0	Sans emploi	3
26 -35 ans	2	Ouvrier/technicien	1
36- 45 ans	3	Retraité (e)	10
46- 55 ans	5	Employé(e)	3
56ans et +	9	Cadre	2
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>Total</b>	<b>19</b>