

MARKETING SOCIAL ET STRATEGIES DE COMMUNICATION DANS LE DOMAINE DE LA SANTE

Jacques de Guise¹

Dans nos pays modernes, une proportion importante des causes de décès sont des "maladies de style de vie" qui pourraient être évitées en tout ou en partie par des changements de comportement: tabagisme, habitudes alimentaires, consommation d'alcool et de drogues, comportements dangereux, etc. Non seulement ces maladies tuent mais elles coûtent aussi chaque année des milliards de dollars et comme elles sont souvent issues de conduites adoptées librement, la nécessité de les combattre sur le terrain du comportement fait maintenant l'objet d'un large consensus.

L'idée d'utiliser la communication pour changer les comportements nous vient spontanément à l'esprit et évidemment l'utilisation des médias de masse devrait nous permettre d'agir sur les conduites de l'ensemble de la population. Malheureusement, les choses ne sont pas aussi simples. Même dans le domaine de la consommation, les campagnes à grand succès sont l'exception plutôt que la règle. C'est encore plus vrai dans le domaine social et dans le domaine de la santé où les défis à relever sont plus difficiles encore: on vise en effet à changer non seulement les attitudes mais aussi les comportements et les comportements préconisés vont le plus souvent à l'encontre des tendances naturelles.

Nous allons dans un premier temps examiner brièvement la nature de ces défis. Dans une deuxième partie, beaucoup plus longue, nous allons considérer trois approches que proposent les chercheurs pour surmonter ces difficultés. L'examen de ces stratégies d'action nous permettra de constater, en conclusion, que la préoccupation d'efficacité a des répercussions importantes sur la conception théorique des problèmes et incite les auteurs à s'écarter des théories explicatives traditionnelles pour adopter des *modèles* plus pragmatiques dans lesquels on donne moins d'importance aux préoccupations pédagogiques. Cette façon de faire nous paraît être symptomatique d'une nouvelle tendance de la recherche en communication.

¹Professeur titulaire au département d'information et de communication, Université Laval, Québec, Canada.

1. Les défis qui se posent à la communication dans le domaine de la santé

1.1 Changement de comportement

Les problèmes qui se posent à la communication dans le domaine de la santé sont nombreux et importants. Le premier et sans doute le plus difficile à surmonter réside dans l'objectif que visent les travailleurs de la santé de presque toujours vouloir changer les comportements. Il s'agit par exemple de faire prendre certaines mesures préventives spécifiques comme se faire vacciner ou se soumettre à des examens périodiques ou plus difficile encore, faire changer de style de vie comme cesser de fumer, adopter des habitudes alimentaires plus saines, changer ses comportements sexuels, faire de l'exercice, etc. Or, les recherches traditionnelles en communication ont porté surtout jusqu'ici sur les changements cognitifs ou sur les changements d'attitude, qui sont plus faciles à obtenir mais qui ne sont pas les seuls déterminants du comportement. L'attitude prédit mal le comportement. Jusqu'à récemment, les chercheurs semblent avoir supporté facilement l'ambiguïté de cette situation et, en dépit de la *consistency controversy*¹, dont les origines remontent aux années 30, ils ont poursuivi leurs efforts théoriques de compréhension de l'attitude. Mais les ambitions des nouveaux intervenants sociaux ne permettent plus d'accepter ces limitations et les chercheurs ont dû développer des approches nouvelles que nous examinerons plus loin.

1.2 Des conséquences négatives à court terme

Une deuxième difficulté vient du fait que non seulement les travailleurs de la santé essaient de changer les comportements mais les comportements qu'ils veulent faire adopter ont le plus souvent, à court terme, des conséquences aversives. La psychologie nous enseigne que l'adoption d'un comportement est fonction de ses conséquences. Quand ces dernières sont favorables, elles incitent l'individu à répéter la conduite; au contraire, quand elles sont négatives, l'individu est porté à s'en détourner. La plupart des comportements que les travailleurs de la santé veulent faire adopter ont des conséquences immédiates négatives. Par exemple, utiliser un préservatif, cesser de fumer, changer ses habitudes alimentaires entraînent l'abandon de gratifications et l'acceptation d'un certain nombre

¹C'est le titre du volume de Liska (1975) qui porte sur la relation entre l'attitude et le comportement.

d'inconvénients que d'aucuns trouvent difficiles à supporter. On pourrait facilement multiplier les exemples.

Enseigner aux gens des comportements sains ne peut se concevoir que dans une perspective de longue période. L'effort à fournir ou la douleur à supporter n'ont de sens que s'il en résulte, plus tard, un état de bien-être suffisamment désirable. C'est donc à condition que l'individu fasse la relation entre le comportement d'aujourd'hui et ses conséquences bénéfiques dans le futur que l'on pourra provoquer le changement. L'individu devra *croire* que son comportement présent aura des répercussions heureuses dans l'avenir. Dans les problèmes de prévention, cet acte de foi est même un acte de foi aveugle car l'effet bénéfique ne se produira pas ou ne sera pas perçu puisqu'il consiste justement à éviter qu'un événement malheureux ne survienne. L'acte posé aujourd'hui sera gratifiant parce qu'on *croira* qu'aucun changement indésirable ne se produira.

Diverses stratégies se dessinent pour faire face à ce problème. L'une d'elles consiste à faire appel aux croyances, aux *beliefs*. Dans les cas les plus classiques, il faudra convaincre l'individu qu'un mal le menace, que cette menace est grave mais qu'elle peut être tenue en échec si on adopte tel comportement. Il s'agit, comme on le voit, d'une espèce de gageure, dans laquelle le présent est mis en comparaison avec le futur. La difficulté de l'opération, c'est que le comportement demandé est le plus souvent désagréable et la perception intellectuelle du bien-être futur doit l'emporter sur la sensation physique immédiate. C'est aussi le schéma classique de la pédagogie par la crainte; la stratégie est de faire prendre conscience de la présence et de la gravité d'une menace et de proposer par la suite un moyen de l'éviter. On est ramené ainsi à l'ancienne problématique de la morale traditionnelle, sauf que le mal à éviter n'est plus un châtement divin mais un mal physique dont on peut calculer la probabilité. Le mécanisme de persuasion réside dans le même acte de foi sauf que la menace de châtement n'est pas puisée dans le décryptage des textes anciens mais dans l'expérience collective concrète, dans les statistiques de morbidité.

Une autre stratégie possible est d'essayer de changer la perception du comportement et de l'associer de façon plus ou moins fictive à une gratification présente. C'est l'approche du marketing. Dans cette optique, par exemple, l'abandon de la cigarette n'est plus lié dans une relation logique à un objectif de santé mais plutôt associé cognitivement ou

émotivement à une récompense immédiate comme l'affirmation de soi ou le désir de ressembler à un héros.

Ce sont ces stratégies que nous examinerons à travers trois approches de la communication santé. La première, le "modèle des croyances relatives à la santé", illustre le jeu des croyances en même temps que l'approche rationnelle classique dans laquelle on fait prendre conscience d'une menace et on propose par la suite un moyen de la détourner. La deuxième, la *théorie du comportement planifié* est une illustration de l'approche par "modèle" qui met en cause divers facteurs susceptibles d'influencer concrètement le comportement. La troisième est celle du marketing social, qui ne se soucie plus de théories ou de modèles mais tente de lier, de manière plus ou moins artificielle, le comportement proposé à diverses gratifications subjectives.

2. Le modèle des croyances relatives à la santé ou *health belief model*

Le modèle des croyances relatives à la santé ou *Health Belief Model* (Rosenstock, 1990) est la plus ancienne des théories élaborées spécifiquement pour les interventions dans le domaine de la santé. Il a été mis au point par Hochbaum (1958) du service américain de santé publique pour essayer d'expliquer l'échec relatif des programmes de détection précoce des maladies asymptomatiques. On voulait savoir précisément pourquoi les campagnes de détection de la tuberculose n'obtenaient que des résultats mitigés.

La théorie des croyances relatives à la santé est d'abord, comme son nom l'indique, une théorie cognitive. Elle plonge ses racines dans la théorie du conditionnement, notamment du conditionnement opérant mais en mettant l'accent sur le rôle des attentes. Dans cette perspective, le comportement continue d'être régi par ses conséquences. Toutefois, les conséquences importantes ne sont pas uniquement celles qui sont ressenties physiquement ou émotivement mais ce sont aussi celles qui sont pressenties, celles qui sont appréhendées. Le modèle fait donc une place de toute première importance aux processus mentaux: l'imagination, le raisonnement, l'élaboration d'hypothèses ou d'attentes. Il s'agit encore de renforcements mais ces derniers sont de nature cognitive.

Selon le modèle des croyances relatives à la santé, l'adoption du comportement est fonction de trois éléments: la perception de la menace, la perception des bénéfices liés au comportement et l'efficacité personnelle.

2.1 La perception de la menace

La perception de la menace dépend à son tour de deux facteurs. Le premier, la perception de la gravité du mal à éviter réfère à l'évaluation que l'on fait du degré de nocivité des conséquences de la maladie. Ces conséquences peuvent être aussi bien physiques, comme une infirmité, la souffrance ou la mort, que sociales ou économiques: incapacité de travailler ou de mener une vie normale ou rejet par l'entourage.

Le deuxième facteur d'évaluation de la menace est la perception de la vulnérabilité. Il s'agit de l'évaluation que fait l'individu de la probabilité d'attraper personnellement la maladie. Ce deuxième facteur ne s'additionne pas au premier mais se combine à lui pour le qualifier. Ainsi, plusieurs jeunes considèrent comme graves les maladies transmises sexuellement sans pour autant considérer la menace sérieuse parce qu'ils n'estiment pas leurs comportements risqués ou qu'ils ne croient pas sérieusement que de telles maladies puissent leur arriver à eux. Même si la maladie est considérée comme grave, la menace sera donc perçue au total comme relativement réduite.

2.2 L'évaluation du comportement

Le deuxième facteur, l'évaluation du comportement, est lui aussi composé de deux éléments. Le premier est l'évaluation de l'efficacité de l'action destinée à réduire ou neutraliser la menace. C'est, en d'autres mots, la perception de l'efficacité du remède proposé.

Le deuxième élément est la connaissance des inconvénients du comportement ou la connaissance des obstacles que l'on doit surmonter pour le poser et l'évaluation que l'on fait de ces obstacles. Ce deuxième élément se soustrait du premier et l'évaluation globale du comportement devient le résultat d'une opération mentale d'appréciation globale des bénéfices et des coûts du remède proposé. Idéalement, pour arriver à cette évaluation, il devrait être nécessaire de qualifier de manière quantitative les avantages et les inconvénients selon leur importance subjective. La théorie des croyances relatives à la santé ne propose pas de le faire; c'est un reproche qu'on lui fera.

2.3 L'"efficacité personnelle"

Le dernier facteur du modèle des croyances relatives à la santé est l'*efficacité personnelle*¹, telle qu'élaborée par Bandura (1986) pour la *théorie sociale cognitive*. Cet élément ne faisait pas partie du modèle tel qu'il fut élaboré à ses débuts mais il pouvait être implicitement inclus dans la perception des barrières ou des obstacles au comportement. Il s'agit de la conviction que l'on a d'être capable d'adopter le comportement préconisé. Cet élément est particulièrement important quand le comportement en question concerne le mode de vie, comme cesser de fumer, se mettre à la diète ou faire de l'exercice. Ainsi, selon Bandura, une personne acceptera de cesser de fumer si, par exemple, elle a la certitude que cela pourra lui éviter des maladies cardio-vasculaires mais aussi si elle se croit capable de se désintoxiquer et de résister par la suite à la tentation de recommencer. "Dans le cas des comportements de santé, si les gens ne se croient pas capables de suivre une diète, de cesser de fumer ou de faire de l'exercice, ils ne le font tout simplement pas." (Bandura, 1986). On accède à l'efficacité personnelle notamment en observant les autres: "s'ils sont capables de le faire, je suis capable moi aussi". On rejoint ici directement la théorie sociale cognitive qui considère les processus vicariants et l'imitation comme des éléments clés.

On pourrait résumer la théorie du HBM en disant que l'adoption du comportement dépend des facteurs suivants:

- Perception de la menace
- Perception de la gravité du mal à éviter
- Perception de la vulnérabilité personnelle
- Evaluation du comportement
- Perception de l'efficacité du comportement
- Perception des inconvénients du comportement
- Efficacité personnelle

Le modèle des croyances relatives à la santé a été appliqué à de nombreux problèmes. La situation type est celle d'une campagne pour détecter la tuberculose à l'aide d'examen aux rayons X. On a d'abord évalué la perception que l'on avait de la probabilité d'avoir la maladie sans

¹ C'est le concept de *self efficacy*, que Myers et Lamarche (1992) traduisent par *auto-efficacité*.

présenter de symptômes. Ensuite, on a mesuré la perception de la population relativement à l'efficacité de l'examen pour détecter la maladie et finalement la perception de l'utilité d'un dépistage précoce. On a constaté que 82% des personnes qui se sentaient menacées et qui croyaient à l'efficacité du dépistage ont accepté de subir l'examen alors que seulement 21% de celles qui ne partageaient pas ces croyances ont fait de même. Parmi celles qui ne percevaient que la menace (sans croire en l'efficacité), le pourcentage d'acceptation a été de 64% alors qu'il a été de 29% chez celles qui croyaient seulement à la détection précoce (sans se sentir personnellement menacées). Ce schéma de travail a été appliqué avec des résultats satisfaisants au brossage des dents, à l'inoculation contre la grippe, à l'auto-examen des seins, à la vérification de la pression artérielle, à la lutte contre l'obésité, etc. Les résultats obtenus dans ces tentatives sont toutefois moins impressionnants que dans le premier cas.

2.4 Relations avec la théorie de motivation de protection

Il est intéressant de noter que les éléments des croyances relatives à la santé sont ceux qu'utilise Rogers (1975) dans sa *théorie de motivation de protection*. Cette théorie explique pour une bonne part le mécanisme d'action des messages de peur. Selon Rogers, la stratégie de persuasion la plus efficace est celle qui suscite la peur et propose une façon de la réduire. La peur naît de la perception de la gravité du mal appréhendé et de sa probabilité d'occurrence. La façon de la réduire est issue de la perception qu'on a de la plus ou moins grande efficacité du comportement. Ce sont sensiblement les mêmes éléments que ceux du modèle des croyances relatives à la santé. En 1983, Rogers et Maddux ont également incorporé à la théorie le concept d'*efficacité personnelle* tel qu'on l'a expliqué précédemment.

Le schéma d'intervention qui découle de ce modèle apparaît de lui-même: il faudra faire valoir la gravité du danger et sa probabilité et, par la suite, proposer une façon efficace et commode de l'écarter. Il faudra enfin persuader la personne qu'elle est capable d'adopter les comportements proposés.

Le modèle du HBM présente l'avantage d'être simple et rationnel. La relation avec la peur est toutefois susceptible de diminuer le degré de rationalité et devrait nous inciter à la prudence parce qu'on sait qu'une peur excessive peut susciter des réactions d'évitement et donc être inefficace.

Janis, en 1970, a suggéré d'expliquer ce phénomène par la théorie des réponses parallèles. Selon cet auteur, la peur générerait deux types de réponse: une réponse visant le contrôle du danger et une autre cherchant plus spécifiquement à faire disparaître l'émotion négative. Les deux réponses peuvent interférer l'une avec l'autre. La réponse visant le danger est adaptative et a pour résultat de faire adopter un comportement qui neutralise la menace. La réponse destinée à maîtriser l'émotion, au contraire, est de nature plus psychologique: c'est la négation, l'évitement, l'oubli, etc. C'est elle qui risque de prendre le dessus lorsque le stimulus de crainte est trop fort. Mieux vaut donc y aller sobrement pour éviter les réactions trop émotives.

2.5 Commentaires sur le HBM

Le modèle des croyances relatives à la santé, on le constate facilement, est un modèle de persuasion classique dans lequel on essaie de changer des "croyances" sur certains aspects du mal qui menace et du remède que l'on propose. Ces aspects cognitifs permettent à la gratification issue du comportement d'agir immédiatement même si elle ne viendra en réalité que beaucoup plus tard ou même si elle ne se manifeste pas du tout. La gratification escomptée est présente sous forme d'attente.

Dans sa version originale, le *Health Belief Model* est également l'exemple d'un style de persuasion rationnel. On n'y trouve aucune tentative de manipulation, aucune raison futile de changer les comportements. Toute la force de persuasion repose sur un syllogisme simple dans lequel on invite un individu à prendre un moyen pour atteindre une fin, détourner un mal appréhendé. On postule que plus ce mal est grand et probable et plus le moyen est efficace, plus l'individu sera motivé à changer de comportement.

Le modèle date des années 50 mais s'est "bonifié" en intégrant récemment un facteur comme l'"*efficacité personnelle*". On a ici un premier indice du glissement d'une problématique d'éducation à une problématique d'efficacité. En intégrant en effet ce nouvel élément, le HBM change en quelque sorte de nature: il n'est plus simplement l'application d'une théorie de persuasion mais il prend l'allure d'un algorithme que l'on trouve dans les "modèles" récents. En intégrant ce nouvel élément, on ne cherche plus seulement à changer les attitudes des individus ou à les éduquer mais on vise aussi à les faire agir. On ouvre

aussi la porte à tous les autres facteurs susceptibles d'influencer la décision, même si ces facteurs ne sont pas reliés à la santé.

Enfin, certains auteurs vont reprocher au *HBM* sa focalisation sur la santé. Plusieurs autres types de facteurs peuvent en effet intervenir dans l'adoption d'un comportement. Ainsi, par exemple, on peut proposer de faire de l'exercice pour améliorer sa condition cardiaque mais on sait aussi que plusieurs personnes pourraient être motivées à le faire pour des raisons esthétiques, pour rester jeunes ou pour conserver leur potentiel de séduction. Ce reproche nous semble un autre indice du glissement d'une problématique d'éducation à une problématique d'efficacité. On verra cette tendance s'accroître dans la théorie du comportement planifié.

3 La théorie du comportement planifié (Ajzen et Madden, 1986)

La théorie du comportement planifié est directement issue de la *théorie de l'action raisonnée*, proposée au début des années 80 par Ajzen et Fishbein (1980). Cette dernière, à l'instar de la théorie des croyances relatives à la santé, prend pour acquis que le comportement est régi par les processus mentaux supérieurs et non directement par les renforcements que peut procurer le milieu.

3.1 L'intention

Ajzen et Fishbein postulent d'abord que "la plupart de nos actions de portée sociale sont sous le contrôle de la volonté" et par conséquent, que c'est *l'intention* de l'individu et non son attitude qui est le facteur immédiat le plus déterminant de l'action. Ces auteurs croient également que l'être humain cherche à maximiser le résultat de son action et agit en fonction des bénéfices et des inconvénients qu'il anticipe. C'est la raison pour laquelle ils privilégient les *croyances*, c'est-à-dire les évaluations subjectives que fait l'individu des résultats ou des conséquences de l'action. La théorie est donc fondée sur ce que croit ou pense l'individu, en postulant implicitement que si l'on peut changer ces croyances, on changera le comportement.

3.2 L'attitude envers le comportement

Selon la *théorie de l'action raisonnée* l'intention de poser le comportement dépend de deux facteurs: l'attitude envers le comportement et la norme subjective. L'attitude envers le comportement est différente de l'attitude envers l'objet à laquelle réfèrent les théories classiques de

0
changement d'attitude. Certes, l'attitude envers l'objet a encore sa place mais, selon la *théorie de l'action raisonnée*, son influence est médiatisée par l'attitude envers le comportement. Pour Ajzen et Fishbein, par exemple, l'attitude envers le préservatif est différente de l'attitude que l'on peut avoir envers l'utilisation du préservatif: on peut trouver le préservatif très utile et très efficace mais penser aussi que son utilisation est délicate et inspire la méfiance des partenaires éventuels. Il faut dire toutefois que plusieurs auteurs des théories classiques de l'attitude auraient inclus dans l'attitude envers l'objet l'attitude envers son utilisation. Selon Ajzen et Fishbein, l'attitude envers le comportement est toutefois plus précise et prédit mieux l'intention de poser ou non le comportement.

3.3 “Croyances comportementales”

L'attitude envers le comportement est aussi déterminée par la perception qu'a l'individu des résultats de ce comportement et de l'évaluation qu'il en fait. C'est ce que Ajzen et Fishbein appellent les *croyances comportementales* (1980). Ces croyances peuvent être issues des comportements antérieurs ou de ce que l'on sait des comportements des autres. Dans la mesure où les résultats sont perçus comme désirables ou non, l'individu aura l'intention ou non de poser le comportement. La *théorie de l'action raisonnée*, on le voit, postule un individu rationnel.

Les résultats appréhendés de l'action peuvent être réels ou imaginaires. Leur évaluation peut également varier d'une personne à l'autre. Ainsi, une personne pourra croire que l'usage du préservatif dénote des mœurs licencieuses et conduit à la dévalorisation du partenaire alors qu'une autre pourra plutôt y voir l'indice d'une personne responsable, soucieuse du respect d'autrui.

3.4 La norme subjective

Le deuxième élément que privilégient Ajzen et Fishbein est la norme subjective. Celle-ci réfère à la perception que l'on a du jugement que portent les autres sur le comportement. Elle représente en quelque sorte la pression sociale qui s'exerce sur l'acteur et prend la forme d'approbation ou de désapprobation du comportement. Les jugements que portent les autres ne sont pas forcément unanimes: ce sera évidemment l'avis des personnes importantes pour l'acteur (les *significant others*) qui aura le plus de poids.

La norme subjective est elle aussi fonction de croyances que les auteurs appellent les *croyances normatives*. Ces croyances sont le résultat de la perception que l'on a de l'approbation ou désapprobation du comportement par les personnes à qui nous accordons une certaine importance.

3.5 La "perception du contrôle"

La théorie du comportement planifié est issue directement de la théorie de l'action raisonnée et en reprend les éléments essentiels. Elle y ajoute toutefois un autre facteur, la *perception du contrôle*, que l'on peut facilement assimiler au concept de Bandura de l'*efficacité personnelle* que nous avons décrit plus haut. Selon Desharnais et ses collègues (1986) (cité par Gergen et Gergen, 1992, p. 404) "le sentiment d'efficacité personnelle [est] plus important que la croyance en l'efficacité du comportement."

Les concepts de la *théorie du comportement planifié* sont souvent présentés selon la formule suivante:

$$C \text{ est fonction de } I = A(\text{act})w_1 + NSw_2 + PCw_3 + Q$$

Dans cette équation, C représente le comportement, I, l'intention de poser le comportement, A(act), l'attitude envers le comportement, NS, la norme subjective, PC, la perception du contrôle, Q, l'importance des autres facteurs et W est le coefficient d'influence de chaque variable.

La *théorie du comportement planifié* a été appliquée à de nombreux problèmes de santé comme la perte du poids, la consommation d'alcool, l'exercice physique, l'utilisation du préservatif mais aussi à beaucoup d'autres activités notamment le vote, le vol à l'étalage, la recherche d'un emploi, la violation des règles de la circulation, etc. Dans une récente revue de la littérature, Ajzen (1991) rapporte que les trois facteurs de la théorie (l'attitude envers le comportement, la *norme subjective* et la *perception de l'efficacité*) expliquent entre 43% et 94% de la variance de l'intention de poser le comportement (la moyenne pour les 19 recherches recensées est de 71%). Ce résultat est très impressionnant.

3.6 Discussion du modèle

La première partie de la théorie du comportement planifié, celle qui porte sur l'attitude envers le comportement et en particulier sur les *croyances comportementales* convient particulièrement bien aux problèmes de

communication dans le domaine de la santé parce qu'elle porte précisément sur les croyances qu'a le sujet sur le comportement et sur les résultats qu'il en espère. Cette espérance peut facilement devenir gratification et suppléer aux inconvénients immédiats du comportement et à l'absence de renforcement direct. Cette partie de la théorie est également une construction rationnelle et cohérente dans laquelle on identifie les éléments à prendre en compte et on décrit comment ils agissent, c'est-à-dire dans une problématique de fins-moyens.

La *théorie du comportement planifié* s'écarte toutefois des préoccupations de persuasion lorsqu'elle introduit les autres éléments, la *norme subjective* et la *perception du contrôle*. Certes, ces éléments peuvent exercer une influence réelle sur l'intention mais ils ne participent pas comme tels au processus de conviction de l'individu. Ce sont des facteurs étrangers au problème; ils facilitent le comportement mais sans participer à la pression en faveur de l'adhésion intellectuelle au bien-fondé de la recommandation. Le fait, par exemple, que la *norme subjective* soit favorable à l'utilisation du préservatif masculin n'ajoute rien à la valeur intrinsèque de ce dernier et n'est pas en soi un argument valable de persuasion. De même, la confiance que l'on a de pouvoir suivre un régime alimentaire n'est pas non plus susceptible d'augmenter la conviction de devoir s'y soumettre.

Le modèle du *comportement planifié* est un autre exemple de l'influence qu'a la recherche de l'efficacité sur la nature de la démarche du chercheur ou de l'intervenant. Du côté du chercheur, la démarche abandonne la conception théorique cohérente pour une "explication" par facteurs: l'approche du *comportement planifié* n'est plus alors une "théorie", une conception intellectuelle basée sur des concepts abstraits et des principes généraux mais un "modèle" composé de facteurs mis au jour par la recherche empirique et alignés les uns à la suite des autres dans un algorithme. Rien ne nous interdit d'ajouter aux facteurs mentionnés d'autres éléments comme l'obligation morale, le comportement passé, l'habitude, etc., comme ont pu le suggérer d'autres auteurs dans d'autres approches similaires (Eagly et Chaiken, 1993) ou même, toutes autres *conditions favorisant l'action* (Triandis, 1977). Du côté de l'intervenant, il ne s'agit plus tellement de persuader que de contrôler le comportement et les méthodes éducatives font maintenant place à des "manoeuvres"

intellectuelles dont les destinataires ont plus ou moins conscience. Cette tendance est encore plus accentuée dans le marketing social.

4 L'approche du marketing social

Avec le marketing social nous abandonnons toute préoccupation théorique pour considérer plutôt une méthode, une façon de travailler toute entière tournée vers l'efficacité.

4.1 La philosophie du marketing

Le marketing social est une application des techniques de marketing commercial à la promotion du changement social. Au dire de Kotler et Roberto (1989), qui sont des chefs de file dans ce domaine, il représente "une avance sur les autres stratégies de changement social" parce qu'il transfère au domaine social les connaissances acquises dans le domaine commercial: recherche des besoins, fixation d'objectifs mesurables, segmentation de la population, positionnement du produit, etc.

Avant d'être une méthode, le marketing est une attitude intellectuelle, qui prescrit de considérer la conception et la vente des produits *en partant du point de vue du client*. Depuis l'avènement de la production de masse et de la concurrence, le marketing propose une nouvelle conception de l'entreprise dont le principe fondamental est de *satisfaire le consommateur, en lui offrant non seulement ce dont il a besoin mais aussi ce qu'il désire*. Né de la société d'abondance, le marketing préconise *l'adaptation de la firme aux consommateurs*. Avant lui, la firme produisait en fonction de ses capacités et vendait par la suite ses produits. Avec l'avènement de la société d'abondance, alors que le consommateur peut choisir entre plusieurs produits, la situation s'inverse; *on ne peut plus se contenter de vendre ce que l'on produit, il faut plutôt produire ce qui se vendra* et pour cela, il faut donner au consommateur ce qu'il veut, aller au devant de ses besoins et même de ses désirs et de ses caprices. Comme l'écrit Drucker (1973, p. 64), le marketing, "c'est toute l'entreprise vue du point de vue de son résultat final, c'est-à-dire du point de vue du consommateur". Sa règle d'or est la *sensibilité de la firme au marché*. "Le concept de marketing se fonde sur l'idée que l'intérêt du consommateur est le point de départ sinon le focus principal de tout le planning", écrit Seymour Fine (1980, p. 20). On appelle cette philosophie l'orientation marché.

Donner aux gens ce qu'ils veulent n'est pas une mince tâche. L'une des raisons principales, c'est que la population n'est pas homogène et les besoins et désirs varient d'une personne à l'autre. C'est la raison pour laquelle le deuxième principe du marketing est celui de la *segmentation*. L'entreprise moderne renonce à concevoir et à produire un bien qui puisse satisfaire tout le monde. Mieux vaut plutôt restreindre la clientèle à laquelle on adresse ses produits et chercher à la satisfaire pleinement pour battre ses concurrents et parvenir plus sûrement à faire des profits. Cette opération s'appelle la segmentation; c'est *le fractionnement du marché en catégories homogènes* qui pourront devenir la cible d'efforts de vente spécifiques.

L'activité essentielle du commerce, c'est l'échange. On ne s'étonnera donc pas du fait que le marketing accorde une importance primordiale à ce que l'on donne pour obtenir un bien, le *prix*. La fixation du prix est donc une des toute premières stratégies de vente. Deux autres éléments importants interviennent dans l'échange: la distribution du produit (son accessibilité) et sa promotion. C'est dans la promotion qu'on inclut la communication et la publicité. Celle-ci est l'activité la plus visible du processus de marketing et on la perçoit volontiers comme son activité principale. En réalité, la communication n'a pas tant d'importance dans le processus de vente. Concevoir l'entreprise du point de vue du client, lui offrir ce qu'il désire, c'est une façon de renoncer au moins partiellement à le convaincre. Une chose apparaît certaine: contrairement à ce que l'on affirme couramment, le marketing ne cherche pas à changer le consommateur; toute sa stratégie consiste plutôt à déceler les changements qui surviennent et à tenter d'y adapter la production et la vente. La promotion peut aussi utiliser des renforcements de toutes sortes; le marketing social pourra même se servir de la loi et de la contrainte quand les conditions le permettront.

Produits, prix, promotion et distribution (en anglais *place*) constituent ce qu'on appelle les quatre "P". Nous ne nous attarderons pas plus sur ces éléments. Contentons-nous de souligner que la stratégie fondamentale consiste à les intégrer dans une opération d'ensemble qu'on appelle le *marketing mix*. Chaque segment particulier que l'on décide de servir donne lieu à un *mix* spécifique. Ainsi, dans l'industrie de l'automobile, lorsqu'on vise une clientèle de gens fortunés, on concevra des *Mercedes* et des *BMW*, qui seront offertes à des prix élevés, dans des établissements de luxe et qui

seront publicisées avec des arguments appropriés de super confort et de prestige. A l'inverse, une voiture conçue pour les étudiants sera beaucoup plus petite, beaucoup moins chère et sa publicité insistera sur son caractère utilitaire et ses couleurs mode.

Le marketing se caractérise aussi par sa rigueur et sa volonté de ne rien laisser au hasard. Cette rigueur se manifeste dans l'analyse attentive que l'on fait de la situation dans toutes ses dimensions pertinentes. Cela inclut l'analyse de l'environnement dans ses aspects politiques, économiques et sociologiques pertinents, mais surtout une étude quelquefois très poussée du consommateur: ses besoins, ses désirs, ses goûts, ses motivations, ses contraintes. Souvent, ces derniers éléments échappent à la conscience des sujets et les techniques de recherche devront s'adapter à cette exigence.

L'activité de marketing ressemble à une opération militaire, de qui elle emprunte d'ailleurs le vocabulaire. Elle commence par un *plan de campagne* dans lequel sont spécifiés avec précision les *objectifs*, les *cibles*, les délais que l'on se fixe pour y parvenir et les moyens qu'on devra mettre en oeuvre. En principe, le plan peut inclure tous les éléments susceptibles de favoriser l'achat et peut faire appel à tous les moyens disponibles: les médias, bien sûr, mais aussi les institutions, les groupes professionnels, les groupes communautaires, les pairs, etc. Non seulement les activités sont planifiées mais elles sont également soigneusement *contrôlées* c'est-à-dire surveillées au cours de leur déroulement et corrigées aussitôt que des carences se manifestent.

En résumé, le marketing préconise de satisfaire le client et, pour y arriver, de mettre la firme au service du consommateur. Il renonce à changer le consommateur et propose plutôt de lui adapter le produit ainsi que chaque élément susceptible de favoriser l'achat, y compris la campagne de promotion. Il procède avec méthode et rigueur en essayant de profiter de tous les éléments ou facteurs susceptibles de favoriser l'atteinte des objectifs fixés.

4.2 Le marketing social et le marketing de la santé

4.2.1 Les causes sociales

Le marketing social est l'application de cette façon de voir à la promotion des causes sociales, notamment à la promotion de la santé. Cette application ne sera pas toujours facile parce que les problèmes que pose le

social sont différents de ceux qui se posent dans le commerce des biens. En effet, les causes sociales se veulent d'abord salutaires. Alors que le marketing commercial recherche l'intérêt de la firme, le marketing social recherche celui du destinataire. Certes le marketing commercial essaie de satisfaire les besoins d'une clientèle mais la satisfaction des besoins ne constitue pas une fin en elle-même; elle n'est qu'un moyen d'assurer la prospérité d'une institution économique. C'est la raison pour laquelle le marketing commercial ne questionne pas la valeur des besoins ou des désirs auxquels il répond. Par exemple, donner aux gens ce qu'ils veulent, c'est concevoir pour les jeunes des voitures rapides et sportives, quelquefois dangereuses mais cela a une importance secondaire; c'est offrir des cigarettes savoureuses aux fumeurs sans considérer leur santé, tout cela pour que la firme finisse par rencontrer ses objectifs de profit. Le marketing social vise quant à lui le bien du destinataire du processus.

Le caractère salubre des causes sociales apparaît surtout dans la nature même de la fin poursuivie: c'est non seulement l'intérêt du destinataire mais c'est un bien ultime et durable. Ce caractère se manifeste dans le délai d'apparition de la gratification recherchée. Alors que le marketing commercial, qui se situe dans un contexte de concurrence, vise normalement une gratification immédiate, le marketing social tend vers un bien supérieur, à plus long terme. Il vise des idéaux, des valeurs. Un des problèmes fondamentaux viendra du fait que ce type de bien n'est pas facilement malléable et que la "sensibilité au marché" a ici des limites auxquelles on arrive rapidement. On rejoint ici ce que nous avons déjà décrit des problèmes de la communication en santé. Le marketing social va vouloir changer les individus. Au lieu d'exploiter leurs tendances naturelles, il va leur demander des sacrifices; il sera souvent dès lors le marketing de la répression. C'est cette constatation qui a fait dire à Lindon (1976) que le marketing social est en un certain sens un anti-marketing.

4.2.2 La communication en marketing de la santé

Nous avons souligné le fait que le marketing commercial propose comme stratégie première de succès l'adaptation du produit au consommateur, donnant ainsi à la communication une place secondaire. Le marketing social, lui, ne bénéficie pas totalement de cette possibilité de changer les "produits" puisque ces derniers sont des idées et que les idées ne sauraient être trop "adaptées" sans changer de nature. Mais il parviendra, au moins partiellement, à cette adaptation en *positionnant* la

cause sociale de façon à ce qu'elle soit perçue comme acceptable ou même désirable sous certains aspects par certaines catégories de la population. Par exemple, dans la lutte contre le tabagisme, on sait que les jeunes se considèrent volontiers comme invulnérables, qu'ils sont réfractaires à l'autorité et à la discipline mais qu'ils sont par contre anxieux de s'affirmer comme indépendants et autonomes. On évitera donc de leur dépeindre l'abstention ou l'abandon du tabac comme un remède ou comme une mesure autoritaire. On cherchera plutôt à leur présenter cette idée comme un geste d'affirmation de soi ou d'indépendance, comme une façon de résister aux pressions du milieu. La présentation du tabagisme pourra être complètement différente si elle vise par exemple les plus vieux chez qui les préoccupations de santé deviennent plus importantes. On pourra agir de façon similaire avec le "prix", en cherchant à minimiser les inconvénients reliés au comportement que l'on veut faire adopter.

La communication aura d'abord pour mission de définir le produit. Elle aura aussi pour tâche de motiver le destinataire. Le contenu du message ne sera pas dicté par des éléments particuliers comme le proposent le *Health Belief Model* ou la *théorie du comportement planifié*. Le marketing ne récuse pas ces théories; il préconise plutôt de les utiliser dans la mesure où elles peuvent s'avérer efficaces. En fait, le marketing préconise une étude approfondie du consommateur et recommande d'utiliser toute motivation, tout argument, toute stratégie de persuasion susceptible de favoriser l'adoption du comportement. On en viendra ainsi à vendre des voitures explicitement pour le prestige, des bières parce qu'elles sont "viriles", des cigarettes, parce qu'elles sont "féminines" ou même "féministes"¹. De même, dans le domaine social, on essayera de présenter le préservatif masculin comme un instrument de plaisir, capable d'accroître le caractère érotique d'une rencontre. On utilisera tous les arguments possibles: la peur, la culpabilité, mais aussi la fierté, l'affirmation de soi, l'altruisme, la générosité, l'amour et l'humour ou tout bonnement la rationalité, tout ce que l'on aura pu apprendre des motivations exploitables dans les interviews en profondeur ou dans les *focus groups*. Pour assurer au message plus d'efficacité encore, on le fera livrer par une vedette du cinéma ou du sport capable de séduire ou d'entraîner l'identification et ultimement l'imitation...

¹ "You've come a long way, baby", dit la publicité de la cigarette Virginia Slim.

4.2.3 Efficacité et critique du marketing social

L'approche du marketing social a été utilisée de façon plus ou moins rigoureuse à de nombreuses occasions: promotion de la contraception (surtout dans le tiers-monde), de la ceinture de sécurité, lutte contre le tabagisme, contre la consommation des drogues, contre les maladies transmises sexuellement, prévention des maladies cardiaques, etc. La campagne la plus célèbre est sans doute celle qui a été mise sur pied, à grands frais, par les chercheurs de l'Université de Stanford pour lutter contre les maladies cardiaques (Flora et alii, 1989). Par cette campagne, on essayait de mettre au point un design de campagne applicable à d'autres situations. Les résultats que l'on a obtenus sont encourageants, surtout dans les localités où on a *mis tout le paquet*, en recourant notamment à un grand éventail de médias et aux contacts interpersonnels. On peut citer aussi l'opération *LEAN*, (Samuels, 1989) par laquelle on a fait la promotion des aliments à faible teneur en graisse. Dans les pays en voie de développement, les campagnes en faveur de la contraception ont généralement donné aussi de bons résultats si l'on considère le nombre des couples qui ont changé leurs comportements mais ces résultats sont plus modestes quand on les calcule en pourcentage ou quand on considère une période plus longue, surtout quand les campagnes sont limitées dans le temps. Somme toute, le marketing social obtient des résultats honnêtes mais il ne fait pas de miracle, en particulier dans le domaine de la santé où les changements désirés sont exigeants et tous les spécialistes nous mettent en garde contre la tentation de fixer des objectifs trop ambitieux...

Le marketing social est en voie de s'imposer un peu partout comme stratégie de base. Cela ne veut pas dire qu'il est exempt de critiques. D'abord, l'idée même de "commercialiser" des causes sociales ou des idées apparaît à plusieurs comme incongrue. Le marketing n'a pas une réputation très enviable; on l'accuse de susciter des désirs artificiels, de vendre quelques fois des produits de qualité douteuse ou même carrément de tromper. On accepte mal la directive d'"adapter" une idée ou une cause à divers groupements de personnes.

Dans le domaine de la santé, il n'est pas facile d'appliquer l'idée de "segmenter" la population, surtout quand cela implique de ne privilégier que certaines catégories de citoyens et d'abandonner les autres à leur sort. Mais le reproche le plus important que l'on peut faire concerne la nature de l'acte même de communication. La recherche d'efficacité et la "sensibilité

au marché" conduisent à faire flèche de tout bois. Cette façon de faire n'est pas sans soulever des questions importantes parce que les raisons invoquées pour faire adopter les comportements peuvent avoir un caractère tout à fait arbitraire, de sorte que les aspects éducatifs à long terme peuvent être reniés. Les campagnes de santé devraient être en effet des campagnes d'éducation et cette dimension éducative devrait nous contraindre à diffuser des informations sérieuses, à fournir les raisons premières de l'adoption des comportements et la raison première, c'est la santé, le respect de la vie et de l'intégrité de la personne. Par exemple, la véritable raison de la promotion du préservatif est la santé et certains croiront que vouloir le faire adopter par souci d'identification à une vedette est une sorte de manipulation qui n'a guère de place ici.

5 La communication santé, lieu de l'évolution de la communication

Nous n'avons pas considéré toutes les théories de la communication qu'on applique aux problèmes de la santé. Celles que nous avons décrites nous conduisent à constater que les préoccupations d'efficacité ont des conséquences théoriques et pratiques importantes. Alors que les efforts traditionnels des théoriciens cherchaient à expliquer les mécanismes du comportement, les efforts plus récents ne tendent plus vers ce but mais visent plutôt, de façon de plus en plus pragmatique, à changer le comportement, quitte à mettre de côté les aspects éducatifs proprement dits. Ainsi, dans le *HBM*, on essaie de convaincre du bien-fondé de certaines mesures préventives et de la nécessité de les prendre pour éviter un danger ultérieur; le comportement est donc censé découler de la conviction qu'a l'individu de l'adopter à des fins de santé. Dans l'approche du *comportement planifié*, ces objectifs d'éducation demeurent présents dans la volonté de changer les croyances en l'efficacité du comportement mais l'introduction de la *norme subjective* et de la *efficacité personnelle* nous éloigne de la préoccupation de faire agir l'individu par conviction personnelle. Ces deux facteurs sont certes pertinents pour pousser à l'action mais ils sont extrinsèques à la visée pédagogique qui devrait être celle de la communication en santé publique. Au plan scientifique, on passe ainsi d'une théorie explicative du comportement à un *modèle* pragmatique, qui n'explique pas le comportement mais qui se contente d'en décrire les déterminants dans une équation mathématique efficace pour faire agir mais dénuée de signification.

Ce phénomène est plus visible encore dans le marketing social, où le souci d'efficacité est plus explicite encore. Ici, en effet, on ne se préoccupe pas de démonter le mécanisme comportemental mais on se contente de trouver et d'exploiter un élément moteur efficace sans tenir compte de sa rationalité ni de sa valeur pédagogique véritable. On en vient ainsi à prêcher de s'abstenir du tabac pour des raisons futiles comme imiter une vedette, avoir une bonne haleine ou simplement parce que l'abstinence du tabac a été liée émotionnellement à un beau paysage d'automne. On a l'exemple récent de la campagne québécoise contre la vitesse, qui utilise comme motivation le sentiment de culpabilité d'un conducteur qui vient de tuer sa fiancée dans un accident. La culpabilité, disent les responsables de la campagne, est la seule motivation à laquelle les jeunes sont encore sensibles. C'est peut-être vrai mais la culpabilité n'est rien d'autre qu'un inconfort psychologique et devrait jouer ici un rôle secondaire. La prudence au volant est au contraire une question de sécurité physique et de respect d'autrui; on doit être prudent même si on voyage seul ou avec des gens que l'on déteste... L'État n'a pas à se préoccuper des états d'âme d'un adolescent gâté par la vie et qui souffre psychologiquement d'avoir perdu, pour quelques semaines, sa vie sexuelle.

Au plan éthique, il faut constater que la *théorie du comportement planifié* tout autant que l'approche du marketing social nous font aboutir à une manipulation des personnes visées. Elles nous écartent des processus éducatifs et nous conduisent à faire agir dans la direction désirée mais pour des motifs plus ou moins artificiels. Si je parviens à faire utiliser le préservatif aux jeunes à cause de la *norme subjective*, je ne fais plus alors d'éducation à la santé mais au conformisme. J'ai atteint des objectifs de santé, j'ai changé des comportements mais je n'ai pas changé les individus. Je n'ai pas persuadé, mais j'ai seulement trouvé un "truc" supplémentaire pour faire adopter un comportement qu'on refusait. La société, que je représente, a atteint des objectifs désirables grâce au pouvoir caché que je détiens sur les autres.

Les méthodes de persuasion ne sont pas parfaites. Plusieurs le déplorent et les chercheurs font de plus en plus d'efforts pour améliorer les stratégies. Personnellement, je me réjouis de cette impuissance. Je suis évidemment favorable au progrès de la recherche mais je suis opposé à la mise au point d'une méthode de persuasion "thermonucléaire", sachant très bien que si jamais on la découvre, cette arme de persuasion absolue pourra

être utilisée contre moi. La persuasion présente l'avantage de faire agir l'individu de lui-même. Cela respecte deux valeurs fondamentales de nos sociétés: la liberté et l'égalité des individus. Ce sont des valeurs de ce type qui devraient servir de base à notre éthique de persuadeur et qui devraient nous faire accepter comme postulat indiscutable un taux d'*inefficacité essentielle* de nos actions sur les autres. J'espère aussi que, si jamais les connaissances en persuasion font des progrès substantiels, leur utilisation sera interdite ou soumise aux mêmes limites que l'usage de la force.

Bibliographie

Ajzen I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Process*, 50, 179-211.

Ajzen I. et M. Fishbein (1980). *Understanding Attitude and Predicting Social Behavior*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall.

Ajzen I. et T.J. Madden (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intention, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental and Social Psychology*, 22, 453-474.

Bandura A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action*. Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall.

Desharnais R., J. Bouillon et G. Godin (1986). Self-efficacy and outcome expectations as determinants of exercise adherence. *Psychological Reports*, 59, 1155-59.

Drucker P. (1973). *Management: Tasks, Responsibilities and Practices*. Harper and Row.

Fine H.S. (1990). *Social Marketing. Promoting the Causes of Public and Nonprofit Agencies*. Allyn and Bacon.

Fine H.S. (1981). *The Marketing of Ideas and Social Issues*. Praeger.

Flora J.A., N. Maccoby et J.W. Faquhar (1989). Communication campaigns to prevent cardiovascular disease: The Stanford community studies. In: *Public Communication Campaigns*. Édité par R.E. Rice et C.K. Atkin. Newbury Park, Sage.

Gergen K.J., M.M. Gergen et S. Jutras (1992). *Psychologie sociale*. Laval (Qué), Editions des Etudes Vivantes.

Granberg D. et S. Holmberg (1990). The intention-behavior relationship among U.S. and Swedish voters. *Social Psychology Quarterly*, 53, 44-54.

Hochbaum G.M. (1958). Public participation in medical screening programs: A sociopsychological study. *Public Health Service Publication* no 572.

Janz N.K., M.H. Becker (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.

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

Lindon D. (1976). *Le marketing politique et social*. Dalloz.

Liska A.E. (1975). *The Consistency Controversy. Readings on the Impact of Attitude on Behavior*. New York, John Wiley and Sons.

Maddux J.E. et Rogers R.W. (1983). Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitudinal change. *Journal of Experimental and Social Psychology*, 19, 469-479.

Myers D.G. et L. Lamarche (1992). *Psychologie sociale*. Montréal, McGraw-Hill, éd.

Rogers R.W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitudinal change. *Journal of Psychology*, 91, 93-114.

Rosenstock I.G.F (1990). The health belief model: Explaining health behavior through expectancies. In: Glanz K , F.M. Lewis et B.K. Rimer, *Health Behavior and Health Education. Theory Research and Practice*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco

Samuels S.E. (1989). Project LEAN: A national campaign to reduce dietary fat consumption. *American Journal of Health Promotion*, 4, 6, 435-440.

Triandis H.C. (1977). *Interpersonal Behavior*. Monterey (Ca.), Brook/Cole.

Wallack L. (1990). Mass media and health promotion. In: C. Atkin et L. Wallack (éd.), *Mass Communication and Public Health. Complexities and Conflicts*. Sage.

Zimbardo P.G. et M.R. Leippe (1991). *The Psychology of Attitude Change and Social Influence*. New York, McGraw-Hill.