

Faculté de santé publique

La perception des professionnels de la promotion de la santé en Belgique francophone de la faisabilité et de l'utilisation du marketing social en promotion de la santé

Mémoire réalisé par
Pauline Baffrey

Promoteurs
Stephan Van den Broucke
Nora Mélard

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

La perception des professionnels de la
promotion de la santé en Belgique
francophone de la faisabilité et de
l'utilisation du marketing social en
promotion de la santé

Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements à toutes les personnes qui ont permis l'aboutissement de ce travail à savoir :

- Mon promoteur, le Professeur Stephan Van den Broucke pour son expertise en promotion de la santé et ses conseils pertinents visant l'amélioration de ce travail.
- Ma co-promotrice, Madame Nora Mélard pour son suivi tout au long de cette réalisation, sa bienveillance à mon égard ainsi que ses corrections et ses suggestions.
- Les professionnels en promotion de la santé qui ont participé aux entretiens pour leur disponibilité, leur intérêt pour le sujet ainsi que leurs réponses sincères.
- Mon entourage pour son soutien indéfectible, encourageant et bienveillant tout au long de cette période.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

INTRODUCTION.....	10
PARTIE THEORIQUE	12
Chapitre 1 : La promotion de la santé.....	12
1. Définition de la promotion de la santé	12
2. Forces et faiblesses de la promotion de la santé	14
2.1. Différents niveaux	14
2.2. Le cadre légal en Belgique francophone	15
2.3. Ses défis.....	16
Chapitre 2 : le marketing social	19
1. Définition	19
2. Méthode	20
2.1. Le but : un changement de comportement	21
2.2. La connaissance du public via des études préalables	21
2.3. La segmentation de la population cible.....	22
2.4. Un échange bénéfique	22
2.5. Le marketing mix	22
2.6. La prise en compte des obstacles et de la concurrence au changement	23
3. Conditions pour une application efficace du marketing social	23
4. Implémentabilité d'un projet.....	24
5. Evaluation et suivi de la méthode	25
6. Utilisation dans différents contextes	25
7. Utilisations concrètes du marketing social	26
7.1. Le marketing social et le bien-être social : donner une deuxième vie à la nourriture et prévenir le gaspillage alimentaire	26
7.2. Le marketing social et la santé : Promouvoir le lavage des mains au savon pour un Vietnam plus sain	27
8. Utilité pour la santé publique	28
9. D'un point de vue éthique.....	29
Conclusion	30
PARTIE PRATIQUE.....	31
Chapitre 1 : Méthodologie	31
1. Enoncé de la problématique	31

2.	Question de recherche	31
3.	Objectif de la recherche	31
4.	Type d'étude	32
5.	Méthode de collecte des données	32
5.1.	Echantillonnage et public cible	32
5.2.	Type d'entretien	33
5.3.	Guide d'entretien	33
5.4.	Déroulement des entretiens	34
6.	Période du recueil des données	35
7.	Les caractéristiques de l'échantillon	35
7.1.	La répartition des institutions sur le territoire	35
7.2.	Les caractéristiques personnelles des intervenants	36
7.3.	Les institutions et leurs missions principales	37
7.4.	Le marketing social au travers de leur parcours	38
8.	Analyse des entretiens	38
Chapitre 2 : Résultats		39
1.	Les définitions perçues du marketing social	39
2.	L'utilisation perçue du marketing social	40
3.	Les intérêts à propos du marketing social portés par les professionnels de la promotion de la santé interrogés	41
3.1.	Les intérêts non spécifiques au marketing social	41
3.2.	Une opportunité pour une meilleure efficacité	42
4.	Les avantages du marketing social perçus par les répondants	42
4.1.	Appréhender le public	42
4.2.	Informé	43
4.3.	Rivaliser avec le marketing commercial	43
4.4.	Affiner la qualité d'outils conçus	44
5.	Les inconvénients du marketing social perçus par les répondants	44
5.1.	L'utilisation de techniques du marketing commercial	44
5.2.	L'injonction d'un changement de comportement	45
5.3.	La responsabilisation excessive de l'individu	46
5.4.	Les risques de la communication	46
5.5.	L'importance de l'irrationnel	47

5.6. Le manque de maîtrise du concept	47
6. Les obstacles à l'implémentation du marketing social perçus par les répondants.	48
6.1. Les connaissances théoriques et pratiques insuffisantes	48
6.2. Le contexte institutionnel	49
6.3. Le manque d'évaluation de l'efficacité des pratiques actuelles	49
6.4. Le manque de ressources.....	50
6.5. Les particularités belges	50
6.6. Le manque de cohérence avec les valeurs et l'éthique en promotion de la santé	51
7. Les facilitateurs à l'implémentation du marketing social perçus par les répondants.	51
7.1. La sensibilisation des acteurs au travers de recommandations	51
7.2. L'articulation avec le travail actuel en promotion de la santé.....	52
7.3. Les ressources potentielles	53
8. La perception des répondants concernant l'évaluation des pratiques ayant pour but un changement de comportement.....	54
8.1. Les moments d'évaluation	54
8.2. Les points d'attention et indicateurs liés à la mise en pratique de l'évaluation .	54
8.3. Les difficultés et possibilités d'optimisation de l'évaluation.....	54
Chapitre 3 : Discussion.....	56
1. Synthèse des résultats	56
2. Mise en parallèle avec la littérature	60
2.1. Les perceptions de la méthode par les intervenants	60
2.2. L'articulation de la promotion de la santé et du marketing social	62
3. Apports et recommandations pour le terrain.....	64
4. Points forts de la recherche	66
5. Limites de la recherche	67
6. Perspectives de recherche	69
CONCLUSION.....	71
Bibliographie.....	74
Annexe	80
Annexe 1 : Guide d'entretien	80

Table des figures

Figure 1 : Carte de la santé et de ses déterminants.....	13
Figure 2 : Résumé des étapes de planification et de contribution à la recherche du marketing social.....	20
Figure 3 : Le logo de "Banco Alimentare", the Italian Food Bank	27
Figure 4 : Répartition des personnes interviewées en Fédération Wallonie-Bruxelles.....	35
Figure 5 : Répartition des formations initiales : bachelier ou première formation	36
Figure 6 : Répartition des formations initiales : les masters	36

Table des tableaux

Tableau 1 : Analyse SWOT du marketing social	58
--	----

Introduction

Le marketing social se définit par « *l'application de concepts et d'outils de marketing commercial afin d'influencer le comportement volontaire des publics cibles pour améliorer leur vie ou la société dont ils font partie* » (Andreasen as cited in Lee & Kotler, 2020, p.8). Il a été développé dans les années 70 (Lee & Kotler, 2020) et est utilisé dans différents domaines non commerciaux comme l'environnement, le bien-être et la santé (Basil, Diaz-Meneses, & Basil, 2019). Malgré son efficacité prouvée, par exemple en matière de sécurité routière, de violences intrafamiliales ou encore de consommation de tabac, de nombreuses interrogations et un certain scepticisme continuent de persister à l'heure actuelle (Gallopel-Morvan, Nguyen Thanh, Arwidson, & Hastings, 2019). En effet, le marketing est parfois perçu comme une forme de manipulation. Par conséquent, l'associer à des domaines où l'humain est au cœur d'actions sociales peut interpeller, par exemple quant à l'éthique (Basil, 2019).

La promotion de la santé est un concept qui a émergé dans les années 80 avec la déclaration d'Alma-Ata et surtout la charte d'Ottawa (Breton & Brochard, 2017) qui définit que la promotion « *a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise à leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer* » (Organisation mondiale de la santé [OMS], 1986, p.1). Elle apparaît dès lors comme allant à l'encontre d'une influence des comportements de manière inconsciente puisqu'elle prône une participation clairvoyante à sa santé (Breton & Brochard, 2017). Par conséquent, comment ces 2 concepts peuvent-ils s'articuler ?

Une partie de la réponse réside dans le fait qu'ils ont un objectif similaire qui est d'« *augmenter la qualité de vie des individus et des communautés* » (Wymer, 2015, p.3). D'ailleurs, l'utilisation du marketing social dans le cadre de la promotion de la santé a été étudié dans divers pays anglo-saxons (Baril & Paquette, 2016) ainsi que plus récemment en France dans le cadre, par exemple de la campagne « *MOIST, Mois sans tabac* » (Gallopel-Morvan et al., 2019). Mais qu'en est-il en Belgique francophone ? Comment la promotion de la santé perçoit-elle et utilise-t-elle le marketing social ? Education Santé (Matos Da Silva, Trefois, & Taeymans, 2019) s'est intéressée à l'interaction de ces deux concepts : « promotion de la santé et marketing social » et les difficultés qu'elle peut faire émerger en Belgique (comme par exemple la responsabilisation de l'individu de manière excessive au détriment de la prise en compte des déterminants sociaux et environnementaux (Matos Da Silva et al., 2019) qui influencent la santé d'une population et ses comportements (Simar &

Raude, 2017)). Toutefois, il n'y est pas communiqué la perception du marketing social des acteurs de première et seconde ligne en promotion de la santé. Or, si l'alliance entre le marketing social et la promotion de la santé s'avère possible en théorie, il est nécessaire de connaître l'avis de ces acteurs pour entrevoir la faisabilité de sa mise en pratique potentielle puisque c'est par leur intermédiaire qu'elle pourra être réalisée.

Au vu de l'utilisation et de l'efficacité de cette stratégie ailleurs dans le monde (Gordon, McDermott, Stead, & Angus, 2006) mais aussi des résistances qu'elle apporte, il est intéressant de questionner ces professionnels sur la faisabilité et l'utilisation du marketing social en régions wallonne et bruxelloise dans leur domaine afin de mieux comprendre comment ce concept pourrait s'émanciper dans le contexte actuel de la promotion de la santé en Belgique francophone puisque ces informations n'y sont pas explicitées.

Ce travail développera en premier lieu la promotion de la santé et sa situation afin de pouvoir déceler ses orientations mais aussi les difficultés qu'elle rencontre. Ensuite, la théorie sur le marketing social sera exposée afin de pouvoir mieux comprendre le concept, son efficacité, son utilisation et les réticences qu'il doit contrer. Dans la partie pratique, la méthodologie avec laquelle se sont déroulés les entretiens avec des professionnels de la promotion de la santé en Belgique francophone et l'analyse de ceux-ci est notifiée. Puis, les résultats de cette dernière sont énoncés afin de pouvoir mieux comprendre la perception du secteur de la promotion de la santé sur le marketing social. Enfin, une discussion est proposée pour mettre en perspective ces résultats selon la littérature existante tout en précisant les forces et les faiblesses de cette recherche.

Partie théorique

Chapitre 1 : La promotion de la santé

1. Définition de la promotion de la santé

La promotion de la santé est définie dans la charte d'Ottawa établie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme un moyen qui « *a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise sur leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter* » (OMS, 1986, p.1). La vision de la santé prônée est positive et quotidienne. Une finalité de la promotion est la recherche d'équité et la diminution des inégalités en santé (OMS, 1986).

Pour ce faire, cinq niveaux d'actions sont détaillés dans cette charte : la bonne gouvernance, l'acquisition de connaissances et de compétences, la création d'environnements favorables à la santé, le renforcement de l'action communautaire et enfin la réorientation des services de santé.

La bonne gouvernance a comme but d'encourager les responsables à réfléchir pour chaque politique décidée aux conséquences pour la santé de sa population. Différents moyens sont à leur disposition pour prôner la santé : les mesures financières, législatives, fiscales, ...

L'acquisition de connaissances et de compétences individuelles est possible grâce à l'éducation pour la santé et l'information. Cela permet aux individus de pouvoir faire des choix pertinents et d'augmenter le contrôle qu'ils ont sur leur vie et donc leur santé.

La création d'environnements favorables à la santé comprend la construction d'une société plus saine : nos conditions de vie doivent avoir un impact positif sur notre santé et non l'inverse. Il est aussi nécessaire de préserver les ressources naturelles.

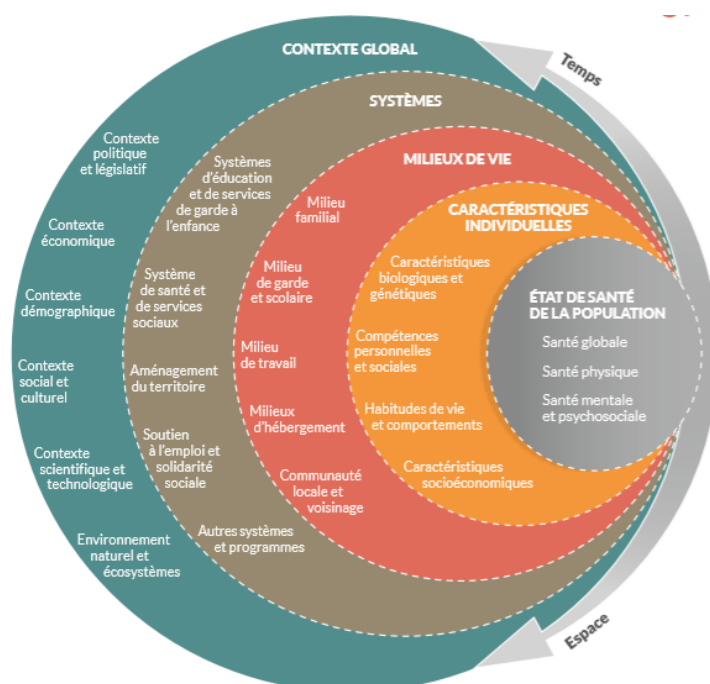
Le renforcement de l'action communautaire correspond à la participation des communautés¹. Cela nécessite de mettre en place des stratégies pour que les individus se sentent capables d'être acteurs de leur santé et de prendre des décisions. Afin d'être cohérent, un certain pouvoir décisionnel doit leur être transféré.

¹ Les communautés sont définies comme suit : « *groupe social ayant des caractères, des intérêts communs ; ensemble des habitants d'un même lieu, d'un même Etat* » (Le Petit Larousse illustré, 2007, p. 270)

Le renforcement des services de santé consiste à une coordination des différents professionnels œuvrant pour la promotion de la santé ainsi qu'un intérêt grandissant pour des services prônant la santé dans son ensemble et non uniquement pour des soins curatifs et cliniques.

La promotion de la santé implique donc d'autres secteurs que celui de la santé (OMS, 1986 ; OMS, 2019). On peut d'ailleurs le visualiser sur cette figure 1 qui représente les déterminants contribuant à l'état de santé d'une population (Jobin, 2012) et sur lesquels la promotion de la santé peut agir (Harpert, 2017). Ceux-ci sont un « ensemble de facteurs qui agissent et interagissent au point d'influencer l'état de santé d'une population. » (Breton et al., 2017, p. 523).

Figure 1: Carte de la santé et de ses déterminants



(Jobin, 2012)

Il est à noter qu'il existe une différence importante entre la prévention et la promotion de la santé. En effet, la prévention implique une perspective médicale et une approche négative (c'est-à-dire, éviter la maladie). La promotion de la santé, quant à elle, implique une perspective non médicale et une approche émancipatrice (renforcer les capacités des personnes à contrôler leur santé). En outre, la promotion de la santé considère la santé globale incluant le bien-être et l'augmentation de la qualité de vie, relevant de la promotion. La prévention a pour but de diminuer l'incidence de maladies notamment en agissant sur les facteurs de risque (prévention primaire), de dépister précocement certaines pathologies

(prévention secondaire) et d'éviter l'aggravation ou les rechutes une fois que le patient est déjà malade (prévention tertiaire). La promotion de la santé se concentre, quant à elle, sur les déterminants de la santé tels que les habitudes de vie, les comportements, les environnements socioéconomiques, ... (Deulemeester & Ferron, 2013; Pomarède, 2013; Salamon, Lombrall, & Peretti-Watel, 2013). La prévention est donc comprise dans la promotion de la santé (Code wallon de l'action sociale et de la santé – partie décrétable, 2011).

2. Forces et faiblesses de la promotion de la santé

2.1. *Différents niveaux*

En suivant le principe de « penser globalement et agir localement », la promotion de la santé intervient à plusieurs niveaux : de l'international jusqu'au local.

Au niveau international, depuis la charte d'Ottawa, la promotion de la santé n'est pas seulement développée comme (sous-)discipline mais est devenue un pilier essentiel de la santé publique (Van den Broucke, 2017). Il est à noter que la situation de la promotion de santé est plus développée dans des pays tels que l'Australie, le Canada ou encore les Pays Bas qu'en Belgique.

Au niveau de la région européenne, le cadre politique « Santé 2020 » vise à « *améliorer de manière significative la santé et le bien-être des populations, de réduire les inégalités de santé, de renforcer la santé publique et de mettre en place des systèmes de santé universels, équitables, durables, de qualité et axés sur la personne.* » (OMS, 2013). Au niveau de l'Union européenne, un futur programme de la santé « EU4Health » pour 2021-2027 vient en réponse à la pandémie de COVID-19 et apporte des moyens financiers inédits. Les objectifs généraux sont la protection des citoyens de l'Union, l'accessibilité de la médecine et le renforcement des systèmes de santé et du personnel de santé (Règlement du parlement européen et du conseil relatif à l'établissement d'un programme d'action de l'Union dans le domaine de la santé pour la période 2021-2027, 2020). Cependant, il est à noter que l'Europe a un mandat très limité par rapport à la santé. Ce sont les états membres qui sont en charge de la promotion de la santé.

Au niveau national, entre 2005 et 2010, le plan national de nutrition et santé pour la Belgique a été mis en œuvre au niveau fédéral (Ministre des affaires sociales et de la santé publique, 2005).

Enfin, un plan wallon de prévention et de promotion de la santé à l'horizon 2030 a été rédigé (Agence pour une vie de qualité [AVIQ], 2019).

Ces différents niveaux qui n'ont pas toujours le même pouvoir d'actions ne facilitent pas la coordination de la promotion de la santé.

2.2. Le cadre légal en Belgique francophone

En Belgique francophone, depuis la sixième réforme de l'Etat de 2014, la promotion de la santé est une compétence qui a été transférée à la Région wallonne (hormis la promotion de la santé à l'école qui dépend de la Fédération Wallonie-Bruxelles) et gérée par l'Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ, 2017).

Un décret du 2 mai 2019 modifie le Code wallon de l'Action sociale et de la Santé en ce qui concerne la prévention et la promotion de la santé en insérant dans la deuxième partie du Code wallon de l'Action sociale un livre préliminaire intitulé « Prévention et promotion de la santé » (art. 4). Celui-ci entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020. L'article 47/7 (2°) du Code modifié précise ce qu'il convient d'entendre par promotion de la santé : *« l'ensemble des mesures qui confèrent aux populations les moyens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ou l'ensemble des interventions sociales et environnementales conçues pour favoriser et protéger la qualité de vie au niveau individuel et collectif en agissant sur les déterminants de la santé et en ne s'intéressant pas seulement au traitement et à la guérison, la prévention fait partie intégrante de la promotion de la santé. »* La promotion de la santé y est perçue comme globale puisqu'elle concerne l'augmentation de la qualité de vie de la société.

Le Gouvernement définit et met en œuvre un plan de prévention et de promotion de la santé. Celui-ci présente : *« le diagnostic de situation relatif à l'état de santé de la population de la région de langue française, fixant les objectifs de santé, guidant les actions et les stratégies à mettre en œuvre en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies »* (Code wallon de l'action sociale et de la santé, 2011, art 47/7 (4°)).

Il existe plusieurs organismes agréés par la Région wallonne de la promotion de la santé qui sont chargés de mettre en œuvre ce plan. Les centres locaux de promotion de la santé (CLPS), ils ont notamment un rôle de mise en œuvre du plan de prévention et de promotion de la santé, au niveau local. Ils s'occupent d'accompagner les acteurs dans la réalisation de projets en

promotion de la santé. Ils ont aussi pour mission d'engranger une dynamique de participation communautaire et de réseaux en promotion de la santé. Ils dépendent de l'AVIQ. Enfin, ils sont un intermédiaire entre le niveau local et régional (Code wallon de l'action sociale et de la santé tel que modifié par le décret du 2 mai 2019, 2011).

Les centres d'expertise en promotion de la santé (CEPS) ont quant à eux, un rôle de soutien méthodologique, technique et scientifique pour le reste des institutions régionales agissant pour la promotion de la santé. Ils sont donc en charge de la recherche, de l'évaluation et de la communication grand public dans le cadre de la promotion et de la prévention de la santé. Ils ont aussi pour responsabilité la rédaction du plan de prévention et de promotion de la santé (Code wallon de l'action sociale et de la santé tel que modifié par le décret du 2 mai 2019, 2011).

Il existe d'autres dispositifs agréés en charge de la prévention et de la promotion prévention de la santé en Région wallonne :

- Les centres d'opérationnalisation en médecine préventive réalisent des actes de dépistage et autres activités de prévention ;
- Les opérateurs en promotion de la santé sont des professionnels réalisant des actions en promotion de la santé qui s'inscrivent dans la mise en pratique du plan de prévention et de promotion de la santé ;
- Les fédérations de prévention et de promotion de la santé sont des associations qui ont une mission d'utilité publique ou sans but lucratif ;
- Le département ou section de surveillance médicale du travail (Code wallon de l'action sociale et de la santé tel que modifié par le décret du 2 mai 2019, 2011).

En Région bruxelloise, le décret relatif à la promotion de la santé (2016) rejoint la définition de la promotion de la santé de la Région wallonne. Toutefois, les structures pratiquant la promotion de la santé diffèrent.

2.3. Ses défis

La promotion de la santé doit faire face à plusieurs défis : une persistance (voir une aggravation) des inégalités de santé, une incertitude des ressources (matérielles, financières et humaines), l'implémentation dans un contexte institutionnel complexe, la participation et coordination des différents acteurs et des actions, le manque de confiance dans les autorités, la

recherche et l'évaluation des interventions ainsi que la formation et l'institutionnalisation de la promotion de la santé et enfin, l'implication de politiques autres que la santé (Alter et al., 2013; Blaise, Duvaux, & Desaulle, 2013; Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, 2017; Peretti-Watel, 2013; Pomarède, 2013; Porcherie, Pommier, Ferron, & Jabot, 2017).

Tout d'abord, les actions de promotion de la santé ont pour but de réduire les inégalités de santé. Or, souvent elles se basent sur une population cible qui est fort éloignée de la réalité des comportements. Ce choix de profil peut avoir pour conséquence d'accroître les inégalités de santé. En effet, les personnes plus vulnérables sont celles qui sont les plus éloignées du profil type. Elles sont donc moins réceptives aux messages véhiculés dans le cadre de campagnes de prévention notamment parce que la précarité produit un certain fatalisme mais aussi parce que la promotion de la santé est un domaine où l'on doit se mettre en perspective : les effets ne seront visibles que dans un futur plus ou moins lointain. Cependant, lorsque nos besoins initiaux ne sont pas comblés, le long terme n'est pas concevable (Peretti-Watel, 2013).

Les ressources financières destinées à la santé sont principalement octroyées aux soins médicaux. S'il y a des investissements dans la prévention, c'est davantage dans une logique biomédicale. Or, les ressources octroyées (qu'elles soient d'ordre financières, matérielles ou humaines) doivent être suffisantes par rapport aux objectifs établis pour atteindre ces derniers. Plus particulièrement, le contexte institutionnel belge ne favorise pas l'investissement dans la promotion et la prévention de la santé. En effet, le bénéfice financier qui pourrait s'y rapporter est perçu par les entités fédérales. Or, ce sont les régions qui doivent subsidier ce domaine. Enfin, les ressources financières sont incertaines puisque la promotion dépend des subsides octroyés qui varient selon différents critères chaque année (Bantuelle, 2013).

Quant à la structure institutionnelle de la Belgique, celle-ci ne permet pas l'efficacité des programmes. Les différentes institutions (présentes à plusieurs niveaux) ne se coordonnent pas suffisamment. Pour exemple, l'Etat fédéral a mis en place un plan national nutrition et santé qui relevait en réalité des compétences des communautés et des régions. Une irrégularité temporelle est aussi présente au sein d'un même niveau puisque lorsqu'un ministre change, la politique de promotion est modifiée. Ces fluctuations créent de l'incertitude et empêchent ce domaine d'avoir des projets à long terme (Bantuelle, 2013).

Concernant les autorités de santé (ministres de la santé du fédéral, des régions), environ la moitié de la population leur accorde leur confiance quant à la pertinence et la justesse des

informations qu'elles diffusent. Un tiers pense le contraire et le reste (environ un cinquième) est mitigé. Par conséquent, il serait intéressant d'exploiter différentes figures de communication (dont les médecins, pharmaciens, hôpitaux et les professeurs d'université et chercheurs qui obtiennent plus de septante-cinq pourcents de confiance) afin de renforcer la légitimité de l'information aux yeux de la population (Solidaris, 2017).

La coordination et la participation des acteurs doit encore être améliorée. De plus en plus d'acteurs sont inclus dans les programmes de promotion de la santé. C'est bénéfique puisque cela permet d'avoir une vision plus large et d'impacter un plus grand nombre de secteurs. Toutefois, cela demande une plus grande participation des acteurs. Dès lors, il est nécessaire de trouver des moyens de mobiliser ces derniers. Par ailleurs, une meilleure coordination des participants et de leurs actions ainsi que des lignes directrices pour favoriser un travail efficace doit être mise en place (Bantuelle, 2013).

La recherche et l'évaluation scientifiques des interventions sont indispensables pour prendre les bonnes décisions en matière de promotion de la santé ainsi que pour améliorer les interventions précédentes. Des recherches scientifiques sont réalisées mais peu sont contextualisées pour l'Europe et la Belgique. Ensuite, l'évaluation durant l'intervention ainsi qu'à son arrêt devrait être prévue lors des planifications des ressources financières et humaines. Les techniques d'évaluation pour ces processus complexes devraient être certifiées. Cela permettrait de créer par la suite des activités en promotion de la santé plus efficaces puisque les expériences antérieures seraient prises en compte (Ardwison, 2013; Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, 2017; Salamon et al., 2013).

Enfin, dans le contexte de la Belgique francophone, il est primordial d'inclure les autres ministères dans les décisions qui concernent la promotion de la santé. Par exemple, lors d'une taxation d'un élément défavorable à notre santé, c'est principalement le ministère des finances qui sera concerné et pourtant, l'exécution de cette pratique aura des conséquences favorables pour la santé. A l'inverse, lorsqu'une décision est prise par d'autres ministères, son impact sur la santé de la population devrait toujours être évalué et pris en compte (Alter et al., 2013; Pomarède, 2013; Salamon et al., 2013).

Chapitre 2 : le marketing social

1. Définition

Le marketing social est un concept qui a été développé pour la première fois en 1971 par Kotler et Zlatman comme étant « *un moyen d'influence sociale impliquant la conception, la mise en œuvre et le contrôle de programmes visant à accroître l'acceptation d'une idée ou d'une pratique sociale dans un ou plusieurs groupes de potentiels publics cibles.* » (Kotler & Zlatman, as cited in Aceves-Martin et al., 2016, p. 338). Cette définition sera améliorée par Andreasen en 1994 qui considère le marketing social comme « *l'application de concepts et de techniques commerciales afin d'influencer le comportement volontaire d'un public cible pour augmenter leurs vies ou la société dont ils font partie.* » (Andreasen as cited in Lee & Kotler, 2020, p. 8). Le public cible peut être un individu, un groupe ou une société (Aceves-Martin et al., 2016; Andreasen, 2002; Lee & Kotler, 2020; Luecking et al., 2017). Cette méthode est utilisée pour analyser, organiser, mettre en œuvre et évaluer des programmes visant le changement de comportement avec pour objectif final des effets bénéfiques pour la population (Gallopel-Morvan, 2014). Le marketing social permet aussi de construire des interventions socioculturelles qui souhaitent modifier les représentations sociales, les règles et les relations sociales. La norme et la société sont par conséquent deux concepts importants dans ce cadre (Baril & Paquette, 2016).

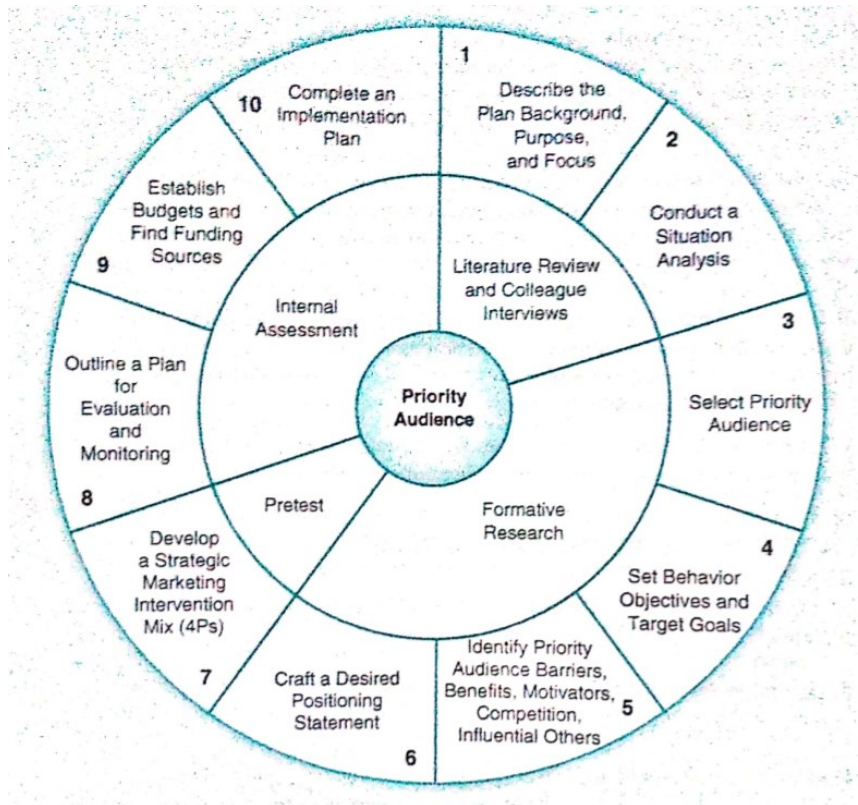
Il est à noter que le marketing social est souvent employé pour désigner les messages de masse à connotation sociale. Toutefois, cette méthode est plus globale et est loin de se résumer uniquement à cette communication (Baril & Paquette, 2016; Carins & Rundle-Thiele, 2013).

Le marketing social s'inspire du marketing commercial. A la suite de ce rapprochement, le marketing social fut dans un premier temps mal accueilli par les professionnels de la promotion de la santé. Toutefois, les deux disciplines se différencient par leurs buts. En effet, le marketing commercial vise à faire du profit et donc la vente de produits de l'entreprise ; tandis que le marketing social ambitionne l'adoption d'un comportement favorable. Ce dernier est alors considéré comme le « produit » qui apporte une plus-value à l'individu ou à la société (Lee & Kotler, 2020; Muray, Lavoie, & Cishahayo, 2011).

2. Méthode

Le processus du marketing social comprend différentes caractéristiques. Un consensus est établi dans la littérature scientifique sur six critères définis par Andreasen (2002) et décrits ci-dessous.

Figure 2 : Résumé des étapes de planification et de contribution à la recherche du marketing social



(Lee & Kotler, 2020, p50)

Cependant, d'autres auteurs ajoutent des éléments au processus : par exemple, la mise en perspective à long terme (puisque un changement de comportement ne s'établit que sur des années) ou encore l'appui d'une théorie de changement comportemental (Baril & Paquette, 2016). Une autre méthode du marketing social est proposée par Lee et Kotler qui rejoint de manière plus détaillée les propos d'Andreasen en y incluant l'évaluation, le budget et l'implémentation (Lee & Kotler, 2020).

D'autres critères établis sur base d'une revue de la littérature afin de rendre les interventions de marketing social plus efficaces, peuvent venir compléter ceux d'Andreasen. Ces critères sont ceux choisis par le centre national du marketing social en Angleterre : l'utilisation de théories comportementales pour créer l'intervention (Croker, Lucas, & Wardle, 2012) ainsi

que la perspective, les idées et observations s'appuyant sur les recherches préalables de la population cible. D'autres critères peuvent encore être utilisés dont les partenaires, les plannings stratégiques, l'engagement, la gestion et l'évaluation (The national social marketing centre, 2016).

Tout d'abord, l'intervention doit avoir pour but un changement de comportement. Ensuite, pour construire l'intervention, des recherches sont effectuées pour connaître les besoins, les caractéristiques, les réticences de la population ciblée. Sur base de ces études, une segmentation des personnes peut avoir lieu afin de mieux limiter la population et pouvoir s'y adapter. La question d'un échange favorable doit aussi être abordée. Cela signifie qu'il y a un avantage à adopter le comportement bénéfique. Puis, les méthodes du marketing mix sont mises à profit des interventions de marketing social. Enfin, l'environnement d'implantation doit être évalué pour éluder les obstacles ainsi que tenir compte de la concurrence à l'adoption du comportement (Baril & Paquette, 2016).

2.1. Le but : un changement de comportement

Lors de la construction d'une intervention de santé publique, il est primordial de savoir quel est l'objectif visé. En effet, une fois l'objectif de changement de comportement établi, on peut alors le subdiviser en objectifs intermédiaires. Par exemple, on peut agir en amont sur un déterminant de santé de ce comportement. Avoir connaissance du but permet d'établir une perspective pertinente et cohérente ainsi que des objectifs spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et inscrits dans le temps (Lee & Kotler, 2020). Le marketing social en sera d'autant plus efficace (Baril & Paquette, 2016). Néanmoins, pour certains auteurs, le changement de comportement est important mais n'occupe pas la première place : ce changement n'est défini qu'une fois le public cible déterminé (Lee & Kotler, 2020).

2.2. La connaissance du public via des études préalables

Il convient de connaître le public cible par le biais de différentes recherches (études qualitatives, quantitatives répertoriées dans les bases de données ou réalisées auprès de la future population cible). Ces savoirs permettront de créer une intervention à laquelle le public adhèrera davantage puisque ses besoins, ses demandes, ses connaissances et compétences, son contexte, ses représentations, ses difficultés auront été prises en compte (Baril & Paquette, 2016; The national social marketing centre, 2016).

Lee et Kotler (2020) envisagent plus largement la connaissance du public via la compréhension et l'analyse du contexte. En effet, les deux premières étapes de leur planification (cfr. Figure 2) sont de décrire et de comprendre le problème pour pouvoir décider sur quels objectifs il est nécessaire de se concentrer et ensuite de faire une analyse des opportunités et de faiblesses du projet afin de respectivement les maximiser et les minimiser. Ces parties se basent sur des recherches en littérature mais aussi plus contextuelles. Il convient de noter que la cinquième étape est aussi consacrée à récolter l'avis du public-cible sur le projet en cours et le comportement à améliorer (Lee & Kotler, 2020).

2.3. La segmentation de la population cible

Toujours dans le même but que le critère précédent et dans une recherche d'efficacité, préciser et cibler le public en plus petits groupes permettra de s'adapter plus spécifiquement à ces derniers et à leurs caractéristiques (par exemple, ce qu'ils sont prêts à faire, leur réseau social, la taille du marché, ... (Lee & Kotler, 2020)). L'intention visée est que la campagne soit mieux accueillie et qu'elle ait donc plus d'impact (Baril & Paquette, 2016).

2.4. Un échange bénéfique

On ne peut changer un comportement que si son acteur décide lui-même de s'engager à modifier ses attitudes. Ce changement demande un effort. C'est pourquoi, le processus du marketing social prévoit qu'il y ait un échange bénéfique pour l'individu qui adopte ce comportement, à court, moyen et long terme. Cet échange peut être tangible ou intangible (exemple : la reconnaissance, la satisfaction ou un gain financier) et est basé sur ce qui motive les personnes à changer (Baril & Paquette, 2016).

2.5. Le marketing mix

Le marketing mix reprend les méthodes du marketing commercial à savoir les « 4 P » : produit, prix, place, promotion.

- Le produit correspond au changement de comportement ou à l'attitude prônée.
- Le prix est la considération des efforts matériels, financiers, psychologiques, sociaux, ... que va devoir fournir la population pour arriver à changer de comportement.
- La place est sa distribution auprès du public cible en prenant en compte l'environnement.

- La promotion comprend les moyens utilisés (dont notamment la communication) pour rendre compétentes les personnes à changer de comportement.

Ces moyens sont à moduler et à ajuster selon le contexte et la durée de l'intervention (Baril & Paquette, 2016; Firestone, Rowe, Modi, & Sievers, 2017; Luecking et al., 2017; Muray et al., 2011).

Avant de développer cette technique, Lee et Kotler rappellent l'utilité de penser le positionnement du projet, c'est-à-dire la manière et la place dont il va occuper l'esprit du public-cible. Cela peut être réalisé, par exemple, par le développement d'une marque qui représenterait l'identité de celui-ci (Lee & Kotler, 2020).

2.6. La prise en compte des obstacles et de la concurrence au changement

Avoir conscience des obstacles au changement permet de composer avec elles. Ensuite, connaître la concurrence existante, de manière individuelle et environnementale, au comportement prôné a pour but d'en tenir compte dans l'intervention proposée et de pouvoir la contrer ou du moins la minimiser avec les moyens à disposition (Baril & Paquette, 2016).

3. Conditions pour une application efficace du marketing social

Comme déjà évoqué, l'efficacité des interventions du marketing social dans le but de modifier les comportements et les croyances est prouvée dans différents domaines de la santé publique (Gordon et al., 2006). Toutefois, son optimisation dépend de la méthode utilisée. Ainsi, il a été démontré que les critères d'Andreasen permettent une plus grande efficacité (cfr ci-dessus, 2. Méthode). Cependant, l'augmentation de l'efficacité n'est pas proportionnelle à l'augmentation du nombre de critères utilisés (Aceves-Martin et al., 2016; Luecking et al., 2017). En l'état des connaissances actuelles, il n'a pas été défini quel(s) critère(s) précisément permet(tent) une plus-value de l'efficacité. L'efficacité de ces critères peut être modifiée selon le contexte, la population, les objectifs poursuivis ainsi que leur utilisation (Baril & Paquette, 2016).

Selon la revue de littérature de Baril et Paquette (2016), l'efficacité peut être induite par plusieurs pratiques. Celles-ci font écho aux 10 étapes de planification du marketing social (Lee & Kotler, 2020) évoquées lors de la méthode. Ces pratiques sont les suivantes :

- Suivre les six critères d'Andreasen : ces critères ont pour finalité que les organisateurs d'une intervention s'ajustent au maximum au public cible afin qu'elle rencontre ses besoins et ses caractéristiques. De cette manière, la population se sent concernée et adopte le changement conseillé.
- Avoir une vision à long terme : modifier nos comportements prend du temps et encore plus lorsqu'il s'agit de les changer à un niveau collectif. Il est donc primordial que chaque action s'inscrive dans une vision globale dans la durée (et pas uniquement la durée d'une législature).
- Concevoir une stratégie et sa mise en œuvre à l'aide d'un procédé conçu de manière rigoureuse, ayant déjà été réalisé et organisé dans le temps : beaucoup d'éléments doivent être pris en compte lors de la planification et de l'exécution d'une campagne de marketing social. Avoir une stratégie et une perspective globale permet d'agencer chaque élément en lui trouvant une place. Baril et Paquette (2016) conseillent d'utiliser un guide de planification pour réussir cela.
- « *Créer une marque distinctive et représentative du positionnement* » (Baril & Paquette, 2016, p. 41) : imaginer une marque permet d'avoir un lien entre le public cible et l'intervention. Cette image permet de rassembler et d'associer toutes les activités gravitant autour de l'intervention.
- Construire un budget et une méthode de financement suffisante en accord avec les objectifs poursuivis : sans ressources financières suffisantes pour le projet conçu, les probabilités que l'intervention se déroule comme prévue sont réduites et par conséquent, son efficacité diminuée. En effet, les moyens tant humains que financiers, que demande une campagne de marketing social ne sont pas à négliger.
- Mobiliser les potentiels acteurs et partenaires afin d'avoir un soutien fiable : il est important que lors de la mise en œuvre d'une campagne, le soutien de chaque intervenant et sa fiabilité soient certains. De plus, s'il y a un manque de ressources financières, il peut être solutionné par un apport des partenaires (Baril & Paquette, 2016).

4. Implémentabilité d'un projet

L'implémentabilité est « *l'ensemble des caractéristiques d'un guideline qui « prédisent la facilité (et les obstacles) à son implémentation* » (Eyssen, Benahmed, & Paulus, 2018, p. 6). Une intervention de marketing social sera d'autant plus facilement implémentable si elle suit une méthode planifiée. Cette méthode reprend les critères déjà détaillés auparavant comme les

objectifs de changement, le choix et l'analyse des publics cibles, l'analyse du contexte (via la concurrence), la description d'objectifs mesurables, la stratégie (reprenant les concepts du marketing mix), la mise en œuvre (comprenant la planification du temps et du budget octroyé) ainsi que le suivi et l'évaluation (Baril & Paquette, 2016). Planifier l'implémentation implique de transformer tous ces concepts en actions spécifiques, de transposer les éléments théoriques en pratique. Par exemple, définir les responsabilités de chacun, les échéances, etc. font partie intégrante de ce plan (Lee & Kotler, 2020).

Développer le marketing social implique de penser un budget. En effet, de la recherche sur le contexte et le public-cible en passant par la mise en place des techniques du marketing mix et pour finir de l'évaluation, tout cela nécessite un financement à prévoir et à trouver. Différents intervenants peuvent être sollicités comme les gouvernements mais aussi les personnes travaillant dans la publicité ou les médias (Lee & Kotler, 2020).

5. Evaluation et suivi de la méthode

Par rapport à l'implémentabilité d'un projet, l'évaluation et le suivi sont des critères importants. Les items à prendre en compte lors de la planification d'une évaluation sont les raisons qui amènent à la réalisation de celle-ci et le public à qui elle est destinée ainsi que les échéances, la manière et le choix des mesures qui seront prises. C'est également un élément qu'il faut inclure dans le budget du projet (Lee & Kotler, 2020).

De manière générale, l'évaluation a souvent pour but une amélioration de ce qui a été fait ou l'obtention d'un financement. L'évaluation se réfléchit en fonction des objectifs définis auparavant. Les résultats obtenus, leur impact, les ressources qu'il a fallu mettre en œuvre pour y arriver, ce qu'il en est ressorti et les retours sur investissement sont des éléments qui peuvent être évalués (Lee & Kotler, 2020). L'analyse peut être effectuée, d'une part, lors du déroulement de l'intervention en parallèle de son exécution et, d'autre part, en se basant sur les résultats une fois terminée. Ceci permet d'adapter l'intervention en fonction et surtout d'optimiser les interventions futures (Baril & Paquette, 2016).

6. Utilisation dans différents contextes

Il semble courant d'utiliser le marketing social comme processus au niveau des individus (niveau micro) (Andreasen, 2002). Néanmoins, cette méthode peut concerner d'autres populations cibles à des niveaux macro ou méso. Par exemple, ces campagnes peuvent avoir

pour cible des législateurs et politiques, des partenaires potentiels, des acteurs médiatiques, du personnel d'institutions, etc. Ces acteurs-clés dans le domaine de la promotion de la santé agiront en amont, de manière telle que la population bénéficiaire modifiera son comportement (par exemple en modifiant certains environnements) (Andreasen, 2002; Baril & Paquette, 2016; Gordon et al., 2006; Luecking et al., 2017).

En outre, les interventions de marketing social ont démontré leur efficacité concernant plusieurs thématiques (tant de la santé publique, de l'environnement, ou encore de l'éducation) (Andreasen, 2002), plusieurs environnements (écoles, communautés, lieux de travail, supermarchés, familles, etc.) et plusieurs populations (les jeunes, les adultes, les groupes défavorisés et les minorités ethniques) (Gordon et al., 2006).

7. Utilisations concrètes du marketing social

Différents domaines utilisent le marketing social. Deux exemples de l'application de celui-ci et des preuves de leurs réussites sont développés ci-dessous afin de pouvoir appréhender concrètement l'utilisation du marketing social tout en sachant qu'il existe évidemment d'autres initiatives.

7.1. Le marketing social et le bien-être social : donner une deuxième vie à la nourriture et prévenir le gaspillage alimentaire

En Italie, une initiative « Banco Alimentare » a vu le jour afin d'éviter le gaspillage alimentaire et de pouvoir mettre à profit cette nourriture pour les plus pauvres. Cela a été réalisé en se basant sur le marketing social puisque la concurrence au comportement prôné (le fait que la récupération coûte à l'entreprise par exemple) mais aussi les bénéfices qu'elle pourrait en retirer (ex. : les coûts de l'élimination et du stockage) ont été analysés tout comme les solutions qui pourraient y être apportées (ex : collaborer avec des universités pour identifier quand récupérer les aliments). La position du projet a été définie comme un cercle vertueux pour les 2 parties puisque l'une perd les coûts dus à ces surplus de denrées tandis que l'autre obtient de la nourriture. La technique de marketing mix a aussi été réfléchi :

- le produit est les invendus toujours consommables donnés sous forme de colis alimentaires mais aussi les dons de ressources (financières et/ou matérielles) ;
- le prix est d'ordre organisationnel, financier et opérationnel pour les entreprises. « Banco Alimentare » essaye de le rendre neutre en transmettant les pratiques les plus adéquates mais aussi en diffusant les valeurs de solidarité et de lutte contre le gaspillage alimentaire ;

- la place s'inscrit dans un réseau tant d'entreprises alimentaires que d'organisations caritatives ;
- la promotion des activités est communiquée aux bénévoles de « Banco Alimentare » mais aussi aux consommateurs.

Une marque visuelle a aussi été créée. Elle mélange un pain et le sigle d'une économie circulaire.

Figure 3 : Le logo de "Banco Alimentare", the Italian Food Bank



(Silchenko, Simonetti, & Gistri, 2019)

L'évaluation a montré que des techniques de marketing peuvent être bénéfiques à la population dans son ensemble puisque le nombre de personnes qui peuvent être aidées n'a cessé d'augmenter depuis la création de cette initiative (Silchenko, Simonetti, & Gistri, 2019).

7.2. Le marketing social et la santé : Promouvoir le lavage des mains au savon pour un Vietnam plus sain

Une campagne nommée « Lavez-vous les mains pour un Vietnam plus sain » a été lancée dans le but de diminuer la propagation des maladies infectieuses liées à l'hygiène. Concrètement, les pratiques encouragées étaient le lavage des mains avec du savon, pratique peu courante, avant les repas, après les toilettes et durant la douche. Le public-cible était les femmes et les enfants. Le marketing social fut mis à contribution pour réaliser cette campagne. En effet, une analyse du contexte a révélé par exemple les difficultés auxquelles il allait falloir faire face (par exemple : les mauvaises conditions sanitaires ainsi que la croyance que le nettoyage à l'eau est suffisant) tout comme les opportunités (le soutien et l'engagement du gouvernement concernant, par exemple, les finances ou l'accessibilité à l'eau). Le positionnement était de montrer que se laver les mains était un comportement facile et fun qui permet de prévenir des maladies. La communication a reposé sur les habitudes, les promesses (l'engagement des mères et enfants publiquement), le dégoût (contamination par des germes), l'éducation et l'affiliation (les enfants sont un groupe de héros luttant contre des méchants pour sauver la planète). Les « 4 P » sont les suivants :

- le produit est le savon ainsi qu'un kit (contenant du désinfectant, un livre sur le lavage des mains, un bracelet d'engagement et des règles). Un jeu pour se laver les mains correctement est aussi proposé.

- le prix est le suivant : le savon est gratuit. Un coût de 2 dollars est proposé pour le kit. Concernant le jeu, la participation était non-payante.
- la place : Le savon est donné dans 18 provinces. Le kit est sur un site internet qui le diffuse ; quant au jeu, c'est par le biais de l'école.
- la promotion : Le savon a été distribué gratuitement par des agents du groupe de travail pour des mains propres. Les ménages ainsi que les endroits publics étaient les endroits ciblés. Des vidéos comiques montraient comment se laver les mains. Pour le kit, ce sont les mêmes personnes qui conscientisaient les élèves à utiliser du savon et le kit. Enfin, le jeu était promu lors de la journée mondiale annuelle du lavage des mains.

Concernant l'évaluation, la population se lavant les mains au savon avant était de 14,6% et après la campagne, elle était de 66,5% dans les régions spécifiques. Toutefois, certaines améliorations sont à réaliser telles que l'accessibilité des outils dans les zones rurales (Minh Doan & Dao Truong, 2019).

8. Utilité pour la santé publique

Le marketing social est de plus en plus utilisé lors de mise en œuvre d'interventions en faveur de la santé, surtout dans le cadre de la promotion d'un comportement. En effet, son efficacité a déjà été démontrée avec une forte évidence dans certains contextes de prévention : celle de l'abus d'alcool (Crocker et al., 2012; Gordon et al., 2006), de la consommation de tabac (Crocker et al., 2012; Gordon et al., 2006; Muray et al., 2011), de la consommation de drogues (Crocker et al., 2012; Gordon et al., 2006) et de la nutrition (Crocker et al., 2012 ; Gordon et al., 2006). Pour la nutrition, Gordon et al. (2006) notifie dix-huit études sur l'augmentation de la consommation de fruits et de légumes. Un tiers a un effet modéré alors que dix ont un effet positif. Par exemple, une intervention a amélioré de 0,56 la portion moyenne de la consommation quotidienne de fruits et légumes chez des femmes à faibles revenus (Gordon et al., 2006). Concernant l'activité physique, les résultats sont plus mitigés : il y a des preuves que le marketing social influence les connaissances mais moins la pratique d'activité physique (Gordon et al., 2006). Prévenir la consommation de tabac chez les jeunes a été réalisé par un projet « SMART » qui a constaté 38% de fumeurs en moins par rapport à un groupe contrôle sur un an. (Gordon et al., 2006). L'efficacité du marketing social dans le cadre de l'arrêt du tabac est cependant moins certaine (Gordon et al., 2006). Concernant Il

faut donc garder en tête que cette preuve d'efficacité doit être mise en relation à un contexte propre à chaque intervention (Baril & Paquette, 2016).

9. D'un point de vue éthique

Lors du début de son implémentation, les professionnels de la promotion de la santé étaient très réticents à cette pratique. En effet, au vu de ses liens avec le marketing commercial, ils pouvaient suspecter que le marketing social soit basé sur de la manipulation. Or, c'est tout le contraire : ce dernier est basé sur une connaissance profonde du public afin, non pas de le manipuler mais de lui convenir au mieux sans le contraindre puisque le changement s'opère sur un comportement volontaire (Andreasen, 2002).

Cependant, le but d'une intervention étant un changement de comportement généralement basé sur une norme sociétale, certaines questions éthiques émergent. A titre d'exemple, si le public cible ne désire pas inéluctablement modifier son attitude mais que l'intervention l'y contraint de manière insidieuse, est-ce éthiquement admissible (Firestone et al., 2017)?

De plus, pour certains industriels, la nuance reste infime entre le marketing commercial et le marketing social. Ils associent ces domaines (le marketing et la santé) pour laisser croire au consommateur qu'il est potentiellement malade et dès lors, créer une nouvelle demande de produit (Muray et al., 2011). Lors de cette utilisation, on peut s'interroger sur les bénéfices que le consommateur va en retirer et sur la manière dont on peut utiliser le marketing pour manipuler le client. Selon la définition d'Andreasen, cette dernière application ne devrait pas relever du marketing social.

Le risque de manipulation est donc un questionnement éthique parmi d'autres. Toutefois, dans certains cas, c'est une mauvaise interprétation du concept qui est à l'origine de cette perception du risque.

Conclusion

En conclusion, la promotion de la santé fait face à des défis à relever. Dès lors, en quoi l'application du marketing social, une méthode inhabituelle pour le secteur, pourrait être intéressante ?

Tout d'abord, il est à noter que le centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) précise que le marketing social est une stratégie d'implémentation qui peut être efficace mais que ce n'est encore qu'un concept des sciences sociales qui émerge.

Face à la lutte contre les inégalités, il s'agit d'une méthode différente qui pourrait être envisagée comme une méthode alternative à expérimenter en promotion de la santé. En outre, la méthode implique une connaissance plus approfondie du public et une possibilité de segmentation de celui-ci. Ceci permettrait de se focaliser sur les publics les plus précarisés.

Les déterminants de santé ont une importance dans la réflexion que mène la promotion de la santé lors de ses interventions. Le marketing social en tient compte par le principe de prise en compte de la concurrence au changement. De plus, selon le public-cible de l'intervention, la méthode peut permettre aux politiques de réfléchir à l'anticipation des conséquences de leurs décisions sur la santé.

Le marketing social a pour but un changement de comportement. Or, les campagnes de prévention et de promotion de la santé basées sur la raison du récepteur ont montré leurs limites notamment parce qu'elles atteignent un public plus favorisé. Mobiliser des concepts plus basés sur l'irrationnel pourrait répondre à cette difficulté.

Enfin, le plan Wallon étant approuvé récemment, ne serait-ce pas une opportunité pour innover lors de sa mise en place avec une méthodologie inhabituelle dans ce contexte ? En effet, les preuves de son efficacité ont été démontrées dans d'autres contextes que la Belgique francophone concernant les changements de comportement, dans des domaines tels que le tabac et l'usage du préservatif (Eyssen et al., 2018). En outre, ce serait aussi une occasion de penser directement l'évaluation de cette méthode.

Dès lors, il paraît intéressant de réfléchir à la faisabilité d'implémenter des campagnes de marketing social concernant la promotion de la santé en Belgique et d'en discuter avec les professionnels de la promotion de la santé.

Partie pratique

Chapitre 1 : Méthodologie

1. Enoncé de la problématique

Selon la littérature présentée dans la partie théorique de ce mémoire, le marketing social semble être une méthode pertinente pour répondre aux besoins de promouvoir un comportement de santé. La démarche est cependant peu appliquée en Belgique francophone et nommée comme tel. Dès lors, s'intéresser à son utilisation et sa faisabilité selon le point de vue des professionnels de la promotion de la santé en Belgique francophone a tout son sens.

2. Question de recherche

Cette recherche se concentre sur les professionnels de la promotion de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles durant l'année 2019-2020.

Suite à ces observations, une question de recherche se dégage : Comment la faisabilité et l'utilisation du marketing social sont-ils perçus par les professionnels de la promotion de la santé ?

Le Larousse définit la faisabilité comme le « *caractère de ce qui peut être fait, de ce qui est réalisable dans des conditions techniques, financières, et de délai définies* » (Le Petit Larousse illustré, 2007, p. 451). Dans le domaine de la santé, l'étude de la faisabilité permet de savoir si l'intervention est adéquate pour des tests plus approfondis et plus précis ou non. Pour ce faire, différents items sont étudiés concernant l'intervention : l'acceptation, la demande et l'intérêt, l'implémentation, la praticité², l'adaptation, l'intégration au contexte préexistant, le développement et l'efficacité limitée (Bowen et al., 2009).

3. Objectif de la recherche

Le but de cette recherche est de mieux comprendre, dans le cadre de la promotion de la santé, les facteurs influençant la mise en projet d'une campagne recourant au marketing social. En termes de pertinence sociale, cette analyse pourrait apporter des pistes quant à la mise en projet d'une campagne utilisant le marketing social pour la promotion d'un changement de comportement. En effet, en récoltant les perceptions actuelles des professionnels de la

² La praticité est définie comme suit : « *caractère de ce qui est pratique, fonctionnel* » (Le Petit Larousse illustré, 2007, p. 856).

promotion de la santé quant au marketing social ainsi qu'en comprenant les raisons de l'utilisation de ce dernier, les obstacles à sa mise en place pourront être contournés et les opportunités amplifiées afin de faciliter cette campagne.

Dans cette optique, différentes thématiques seront abordées lors des entretiens :

- les avantages et les inconvénients perçus du marketing social dans ce cadre,
- l'intérêt des professionnels de la promotion de la santé pour cette méthode,
- l'efficacité perçue du marketing social lors d'un changement de comportement de santé,
- l'utilisation du marketing social dans les pratiques actuelles de promotion de la santé,
- la plus-value du marketing social lors d'un changement de comportement de santé par rapport à une autre méthode de promotion pour les acteurs en promotion de la santé,
- les conditions d'implémentation du processus de marketing social pour la promotion de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles,
- le suivi et l'évaluation d'une telle démarche.

4. Type d'étude

Cette étude est une étude qualitative. En effet, le but de cette recherche n'est pas la vérification d'une hypothèse mais bien la récolte des perceptions subjectives de professionnels sur un thème. La mise en évidence de facteurs en lien avec l'utilisation du marketing social en laissant s'exprimer les intervenants sans les influencer a motivé le choix d'une recherche qualitative. C'est donc une étude exploratoire sur le marketing social qui vise à appréhender ce sujet plus en profondeur. Pour ce faire, des entretiens ont été réalisés et constituent la base du matériau de recherche.

5. Méthode de collecte des données

5.1. Échantillonnage et public cible

Le public visé dans cette recherche est celui des professionnels de la promotion de la santé étant donné qu'on étudie l'implémentation du marketing social dans ce domaine. Par ailleurs, sur la base de la littérature, les perceptions mitigées des professionnels de la santé quant à l'apport du marketing social dans leur profession a renforcé l'intérêt d'explorer davantage celles-ci dans le contexte de la Belgique francophone.

Ces professionnels peuvent travailler dans des organismes privés tels que les mutuelles, les ASBL ou des organismes publics comme les centres locaux de promotion de la santé. Ils sont répartis sur l'ensemble du territoire francophone de la Belgique.

Le critère de sélection nécessite de travailler dans le secteur de la promotion de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles. La connaissance du sujet (le marketing social) ne fait pas partie des critères de sélection. Ce choix a pour but de récolter une vision plus globale de la perception du terrain par rapport à ce concept.

L'échantillon est intentionnel puisque le recrutement a été réalisé en contactant les participants potentiels par mail. Au préalable, une recherche a été effectuée afin de cibler les différentes associations présentes sur le territoire (principalement par le biais des Fédérations Wallonne et Bruxelloise de Promotion de la santé) ainsi que les divers services des mutuelles qui travaillent dans le cadre de la promotion de la santé. En outre, les centres locaux de promotion de la santé ont été sollicités. Cinquante institutions ont été contactées. Quatorze personnes issues de ces institutions ont répondu positivement à la participation à un entretien individuel. Ce nombre de répondants fut suffisant pour arriver à saturation avec cette méthode d'échantillonnage.

5.2. Type d'entretien

Les entretiens réalisés avec les professionnels sont semi-directifs. Cela signifie que l'interviewer cherche à aborder certains thèmes. Les thématiques et les questions posées s'y rapportant sont réfléchies au préalable. Ce type d'entretien permet la liberté des dires du répondant puisque l'unique contrainte est d'aborder les thèmes établis et de garder à l'esprit la question de recherche. L'ordre des questions, le temps consacré à certaines thématiques et la formulation des questions sont susceptibles de varier en fonction de l'interlocuteur.

5.3. Guide d'entretien

Le guide d'entretien (Annexe 1) est établi sur base des thématiques qui ont été dégagées de la littérature. Ce guide a pour but de soutenir le chercheur lors de l'entretien afin qu'il parcoure chaque sujet préétabli tout en lui laissant la possibilité de s'en écarter si besoin (par exemple, une réponse atypique à explorer). Ce guide est construit avec des questions ouvertes, permettant aux répondants de s'exprimer en développant leurs réponses. Une attention particulière lors de la construction des questions a été apportée afin que ces dernières

n'influencent pas les répondants et qu'elles soient donc les plus neutres possibles. Des sous-questions sont aussi présentes afin de les guider uniquement dans le cas où ils sont perdus et/ou ne comprennent pas la question initiale. Avant le début des entretiens, la compréhension des questions a été testée auprès d'un acteur de la santé publique ne participant pas à la recherche et ne connaissant pas particulièrement le sujet. Ce prétest n'a pas amené de modification majeure dans le guide d'entretien. Cependant, la question « (...) *comment serait-il possible de mieux implémenter le marketing social en Belgique francophone (...) ?* » a été modifiée par « (...) *comment serait-il possible d'améliorer l'implémentation du marketing social en Belgique francophone (...) ?* »

Ce guide contient une introduction où une brève présentation du chercheur, de la question de recherche ainsi que du contexte de l'entretien (durée, enregistrement, retranscription, confidentialité, etc.) est exposée. Ensuite, différentes questions permettent d'aborder :

- une présentation du répondant,
- les projets qu'il porte et plus particulièrement les méthodes qu'il utilise pour aboutir à un changement de comportement,
- une définition du marketing social,
- les perceptions sur cette méthode,
- l'utilisation du marketing social,
- l'efficacité du marketing social dans le contexte de la Belgique francophone,
- l'implémentation de cette méthode,
- l'évaluation de ce processus.

Le guide se termine par une conclusion remerciant le répondant pour sa participation mais aussi par une possibilité d'aborder d'autres sujets qui n'auraient pas été approfondis. Et ce, pour être certain de laisser l'opportunité au répondant de s'exprimer sur tout ce qu'il souhaite.

5.4. *Déroulement des entretiens*

À la suite de la période de confinement, les entretiens ont eu lieu par téléphone ou appel internet (sans vidéo). Quelques participants ont parfois été dérangés par des proches durant l'interview mais de manière générale, l'interview a été reprise où elle avait été arrêtée, sans perte d'idées.

Tout d'abord, un premier contact était établi avec le participant par le biais d'une introduction expliquant le projet mais surtout demandant son accord d'être enregistré. Chaque

conversation a été en effet enregistrée (avec l’approbation du participant) de manière à permettre une analyse basée sur la retranscription fidèle des propos de chacun.

Ensuite, la confidentialité et les modalités pratiques (durée, sujet) ont été abordées. Puis, les questions du guide d’entretien ont été posées en laissant suffisamment de temps de réponse et de réflexion. Enfin, une brève conclusion terminait l’échange. Les entretiens ont duré en moyenne 46 minutes 35s (le plus court étant de 21 minutes 34s et le plus long de 67minutes 38s).

Dans un souci de confidentialité, la retranscription des entretiens a été utilisée uniquement dans le cadre de l’analyse et n’est pas disponible en annexes de ce travail.

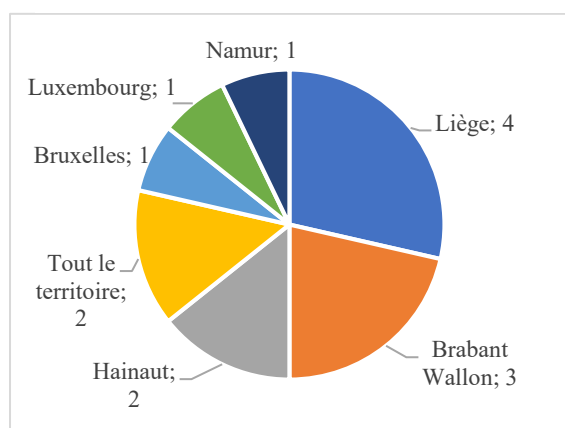
6. Période du recueil des données

Les entretiens se sont déroulés du 20 mars 2020 au 21 avril 2020. Il est à noter que durant cette période, les autorités publiques interdirent les déplacements inutiles, en raison de la pandémie du Covid-19. Les entretiens ont donc été effectués à distance puisque tant le chercheur que les répondants étaient confinés.

7. Les caractéristiques de l’échantillon

7.1. La répartition des institutions sur le territoire

Figure 4 : Répartition des personnes interviewées en Fédération Wallonie-Bruxelles



Chaque région territoriale de la Fédération Wallonie-Bruxelles a été interrogée comme en témoigne le graphique ci-joint. Il est à noter que la répartition entre les différentes provinces n’est pas équivalente.

Chaque institution fut catégorisée en fonction du territoire où elle exerce la majorité de ses activités. Elles peuvent donc de temps à autre réaliser des activités au-delà de leur région. Le terme « centralisé » reprend les personnes interrogées qui travaillent dans une institution pratiquant sur tout le territoire francophone belge.

7.2. Les caractéristiques personnelles des intervenants

Quatorze personnes ont été interrogées : 11 femmes et 3 hommes. Concernant leurs parcours de formation, ceux-ci sont relativement variés. La majorité a fait un bachelier soit dans le domaine médical et paramédical, soit dans le domaine des sciences sociales. Ensuite, différents masters ont été réalisés. La moitié de l'échantillon a fait un master en sciences de la santé publique (dont au moins quatre ont suivi la finalité en promotion de la santé). Les autres masters traitent principalement de sciences humaines. Diverses spécialisations ont été réalisées comme une spécialisation en alcoologie et addictologie, une spécialisation en sexologie, une agrégation en santé publique, une formation en conseiller en environnement, un certificat de management environnemental. La formation initiale d'une personne de l'échantillon est inconnue.

Figure 5 : Répartition des formations initiales : bachelier ou première formation

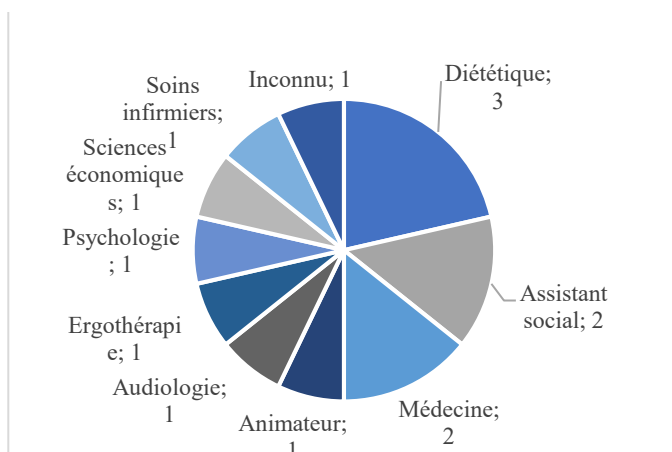
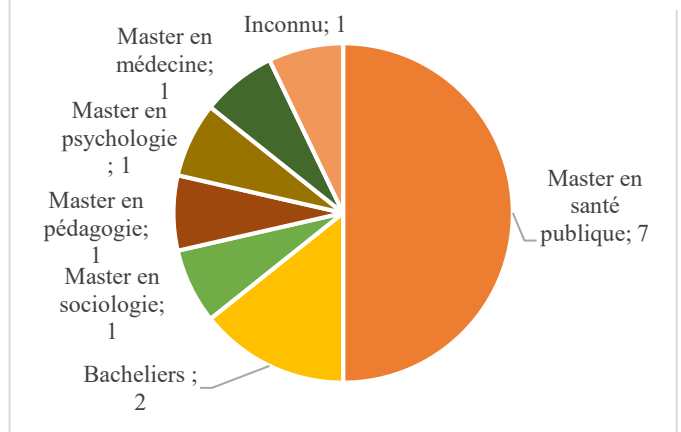


Figure 6 : Répartition des formations initiales : les masters



Concernant leurs professions actuelles, la moitié (7) est chargée de projets dans une institution de promotion de la santé. Ils sont parfois plus expérimentés dans certaines thématiques en fonction de leur formation, de leurs préférences ou de leur parcours. Quatre personnes sont responsable ou coordinateur soit d'un service soit d'une institution, deux professionnels sont formateur et animateur ou accompagnateur. Enfin, une personne est responsable administratif et logistique. Ils occupent leur fonction en moyenne depuis 8 ans ; le dernier engagé travaillant depuis 6 mois et le plus expérimenté depuis 15 ans.

7.3. Les institutions et leurs missions principales

7.3.1. Les missions principales dans ces institutions

Les répondants de cinq centres locaux de promotion de la santé, de quatre services de promotion de la santé dans les mutualités et de cinq ASBL traitant des thématiques plus spécifiques ont participé volontairement à ce travail par le biais d'entretiens.

Les personnes interrogées proviennent d'institutions qu'on peut regrouper en trois catégories différentes. Tout d'abord, les institutions aidant les professionnels d'un point de vue de la méthodologie et/ou de la documentation lors de la mise en place d'un projet. Ces institutions accompagnent des personnes pouvant provenir de divers secteurs (social, enseignement, santé, civil) et demandeuses d'agir dans le cadre de la promotion de la santé. Ces institutions œuvrent donc en deuxième ligne : elles n'animent pas de projet, ne sont pas acteurs de terrain mais partent de la demande de ces derniers pour les aider dans la réflexion et dans la construction de ce qu'ils souhaitent en ayant une vision de promotion de la santé. Cinq personnes interrogées font partie de ces institutions.

Six professionnels interviewés travaillent dans des institutions qui réalisent des projets (organisation d'ateliers, de conférences, de formations, de campagnes, création d'outils, etc.) concernant la promotion de la santé. Ces établissements ont donc un contact direct avec leur public cible. Ce public peut être des professionnels tout comme le grand public ou un public plus segmenté en fonction des missions de l'ASBL. Ces institutions sont donc en première ligne. Enfin, certaines institutions remplissent les deux missions : elles accompagnent dans la construction d'un projet et réalisent des projets elles-mêmes. Deux professionnels interrogés proviennent de ces institutions.

7.3.2. Les thématiques travaillées dans ces institutions

Les thématiques qui sont abordées dans ces institutions sont, pour certaines, choisies en fonction de la demande ; pour d'autres, les thématiques sont plus ciblées par exemple : l'alimentation, le genre, les assuétudes, l'activité physique, l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS), l'environnement, le stress, la parentalité.

7.3.3. Le public cible

Le public de ces institutions peut s'y rendre pour des raisons professionnelles ou en tant que citoyen. Les professionnels ciblés sont divers : CPAS, service d'aide en milieu ouvert (AMO), maisons de repos, acteurs scolaires (enseignants, directeurs, PMS, éducateurs), aides familiales, entreprises, communes, ... Le secteur de l'enseignement sollicite davantage ces institutions.

7.4. *Le marketing social au travers de leur parcours*

Seulement 2 répondants ont évoqué avoir développé le concept du marketing social durant leurs études en santé publique, il y a 15-20 ans. De manière générale, leur conception de la promotion de la santé a une plus grande influence sur la perception du marketing social que leur formation initiale. Ainsi, les répondants qui perçoivent la promotion de la santé comme un accompagnement individuel et un moyen d'« empowerment » sont, en général, plus réticents que ceux qui ont une vision de la promotion de la santé se rapprochant de la prévention. Les années d'expérience semblent influencer leur perception du marketing social. En effet, les personnes travaillant dans le domaine de la promotion depuis peu de temps avaient moins d'avis sur le marketing social et étaient plus en difficultés lors de la définition de ce concept.

8. Analyse des entretiens

L'analyse des entretiens est inductive : les catégories à relever n'ont pas été définies au préalable mais émergent selon le contenu des entretiens (Malterud, 2001). Elle se base sur la retranscription des interviews. Cette analyse a été effectuée après le déroulement de tous les entretiens.

Cette analyse contient une part de subjectivité. En effet, les interviewés ont leur propre perception qui apparaît dans leurs entretiens. C'est d'ailleurs le propos de la recherche. Ensuite, lors de l'analyse, il ne peut être nié l'influence du chercheur dans le choix des catégories et par conséquent, lors de la réflexion portant sur les résultats.

Lors de la retranscription, chaque entretien fut numéroté en fonction de l'ordre dans lequel il fut réalisé (ex : E3) et chaque ligne fut numérotée (ex : L324) afin de pouvoir retrouver facilement les extraits pertinents pour les résultats.

Chapitre 2 : Résultats

1. Les définitions perçues du marketing social

Chaque intervenant a sa propre définition du marketing. Ce travail ayant pour but d'explorer les représentations sur le marketing social, ce dernier n'a pas été défini au cours de l'entretien. Lors de l'analyse, les définitions des intervenants seront comparées à celle de la littérature. Les définitions données par les participants sont très diverses. Pour certains, le marketing social signifie la promotion des activités de l'institution, un moyen de mieux faire connaître les services à finalité sociale (E2L56 ; E3L183-186 ; E7L134-136 ; E9L314-315). D'autres associent le marketing social à l'utilisation du marketing commercial, de ses techniques, avec « *un aspect un peu économique* » (E7L162). Néanmoins, il est ajouté que l'objectif est différent puisqu'il ne serait pas de vendre ou d'inculquer un besoin « ignoré » aux clients potentiels mais pour une bonne intention ou une visée sociale (E1L145 ; E2L57-60 ; E5L258-262 ; E8L175-178 ; E11L151-155 ; E12L111-121 ; E13L126-128). La dimension d'adopter des changements de comportements favorables à la santé est aussi évoquée par certaines personnes mais n'est pas systématique (E4L68 ; E10L76 ; E13L130-131). Des subtilités complètent ce changement de comportement : « *adopter un comportement qui serait attendu, qu'on estime être un bon comportement ou allant dans le sens d'une série de recommandations* » (E5L263-264) ou encore « *c'est pouvoir l'utiliser pour rendre favorable les comportements afin que les gens puissent s'approprier aussi leur propre santé* » (E12L119-121). Ce dernier extrait montre que le changement de comportement n'englobe pas uniquement les comportements, mais peut aussi avoir une dimension d'empowerment.

Une dimension de communication (E1L146 ; E12L111-112), de messages (positifs (E4L87), de prévention, de promotion, à destination du grand public (E7L321-323)) est incluse pour certains avec un aspect de « *penser accrocheur, vente mais juste pour toucher un maximum de personnes et faire un bon impact* » (E14L92-93). L'utilisation de la technologie au travers des « *mails ou les réseaux sociaux* » est aussi incluse dans le marketing social (E3L282).

Pour aboutir à une définition, parfois les 2 termes sont dissociés (E5L258 ; E5L262 ; E6L179 ; E7L150-151) : le marketing se réfère à l'aspect commercial, publicitaire et le social est associé à la santé, l'aide aux personnes (E7L158-159), la « *culture* », « *l'éducation permanente* » (E14L95-96).

Il a aussi été relevé le fait « *d'essayer de connaître un maximum le public et ses caractéristiques pour pouvoir (...) encourager un changement de comportement pour améliorer la santé et le bien-être.* » (E10L75-77). Le marketing social est aussi perçu comme « *de la récupération (...), un effet de mode pour se donner bonne conscience* » (E6L181-184) ou encore vu comme « *une sorte de pub ou d'information qui concernerait (...) la santé globale* » (E4L66-67). Enfin, certains n'ont que peu ou pas d'idées sur ce que pourrait être le concept (E6L179 ; E7L134 ; E9L120 ; E13L128).

En comparaison avec la définition d'Andreasen de 2014 développée dans la partie théorique qui contient 4 éléments : l'utilisation de techniques commerciales, le fait d'influencer un comportement, une dimension sociétale mais aussi individuelle et une amélioration de la vie (en ce compris, la santé par exemple), seulement 3 intervenants sur les 14 ont évoqué les 4 éléments. On peut penser que les dimensions « utilisation des techniques commerciales », « influence d'un comportement » et « amélioration de la vie » sont ancrées chez les participants puisqu'une légère majorité (respectivement 9, 9 et 8) des personnes les ont énoncées. Par contre, la dimension sociétale et/ou individuelle est moins mise en évidence (6 répondants) comme telle dans la définition.

Les intervenants ont donc une définition incomplète, qui reprend des concepts tels que la communication, l'amélioration de la qualité de vie, le changement de comportement liés au marketing social. Par contre, d'autres participants ont une représentation erronée comme la promotion des activités d'établissements de santé, un effet de mode ou de pub sur la santé.

2. L'utilisation perçue du marketing social

L'utilisation perçue du marketing social (selon leur propre définition) est souvent associée aux informations et aux réalisations du grand public (campagnes, flyers, création d'outils) (E7L291-292 ; E8L193-194). L'attention portée durant la création de ces outils quant à leur accessibilité, le ton positif, le graphisme ou encore la publicité sont également un moyen de mise en œuvre du concept (E8L217-220 ; E14L105-106). Certains pensent qu'ils mettent peut-être en place le marketing social « *mais sans peut-être le conscientiser comme tel.* » (E2L188) ou l'expliquer : « *Euh... c'est-à-dire que l'on sent bien que l'on fait de la communication, ... On appelle cela d'ailleurs plutôt faire de la communication, que faire du marketing. ... et peut-être que c'est du coup une forme de confusion de notre part...* » (E2L188-191) (E5L268-272 ; E13L134-136). C'est aussi le cas par le biais des recherches et

des nouveautés : « *Je pense qu'on essaye sans le savoir en fait parce qu'on est constamment à la recherche de nouvelles méthodes, de nouveaux, d'utilisation de canaux différents etc. Donc, je pense que quelque part on y est déjà un peu.* » (E13L134-136). En effet, certains extraits relatent des expériences où certaines caractéristiques de la méthode comme la connaissance du public, les techniques de marketing social sont mobilisées pour réaliser un projet sans s'en rendre compte (E13L142-152). Un autre a l'impression que le concept est « *beaucoup utilisé, par des politiques ou en tout cas la Fédération Wallonie-Bruxelles ou par des grands mouvements je vais dire cela comme cela ; ou des grandes instances. Plutôt que par les personnes du terrain qui elles, sont plutôt dans de l'accompagnement plus de proximité (...)* » (E7L333-336). Pourtant, il est exprimé que sur le territoire belge, « *il n'y a pas d'organisme pour moi qui dit, qui se dit je fais du marketing social.* » (E1L441-442). Parfois, l'utilisation de ce concept est inexistante (E12L135-137).

3. Les intérêts à propos du marketing social portés par les professionnels de la promotion de la santé interrogés

3.1. Les intérêts non spécifiques au marketing social

Un intérêt est porté aux nouveautés et aux différentes manières de faire de la promotion de la santé en général pour certains travaillant en promotion de la santé (E1L295-298 ; E3L324-326) : « *J'dirai que, voilà, de manière générale, toute l'équipe on est dans une recherche de formations continue et d'en connaître plus sur toute une série de thématiques et du coup, pourquoi pas, celle du marketing social.* ». Ce, notamment dans le but de pouvoir répondre à la demande qui est différente selon le secteur qui les sollicite (E12L243-250). Toutefois, cet intérêt n'est pas spécifique au marketing social (E1L295-298).

Ce n'est donc pas un besoin ou une demande comme en témoigne l'extrait suivant : « *(...) de toute façon, on est toujours intéressé s'il y a de nouvelles choses, mais on a aussi des choses qui fonctionnent quoi. Donc, ce n'est pas spécialement un besoin, c'est juste un intérêt quoi.* » (E1L303-306). L'intérêt est notamment porté sur la mise à disposition d'informations compréhensibles et accessibles telles que les « *différents concepts de la promotion* » (E4L192-195) et « *ce à quoi les personnes peuvent souscrire ou à différentes possibilités* » (E7L285-288) respectivement pour les personnes travaillant au service de la promotion de la santé ainsi que la population : « *Je trouve que c'est toujours intéressant d'avoir ce type d'outils et de pouvoir parfois un peu se rafraichir la mémoire ou être au*

courant, avoir un endroit qui rassemble un peu, différents concepts de la promotion de la santé. Pour nous, mais aussi, parfois aussi pour les personnes avec qui on travaille » (E4L192-195).

3.2. Une opportunité pour une meilleure efficacité

Il est relevé le souhait de s'améliorer en termes de visibilité et d'accroche du public cible. En effet, les intervenants ont des difficultés à créer des groupes de travail (E7L144-149) ou « *à faire connaître [leurs] outils* » (E10L157) notamment par le biais d'une connaissance du public à améliorer (E10L100-102) et voient donc dans le marketing social une opportunité : « *je dirai que finalement, pour faire connaître nos outils, parfois, on essaye de plus en plus, évidemment, nous aussi de connaître nos publics. Mais, on estime qu'on n'est pas assez bons là-dedans. En tout cas, cela reste une de nos faiblesses.* » (E10L100-102).

Cette méthode est aussi vue comme un soutien potentiel à la promotion de la santé et un moyen, pour cette dernière, de « *gagner en efficacité* » (E8L359-361). De fait, l'utilisation de techniques de marketing ayant donné des résultats dans le domaine de la consommation, cela attise un certain intérêt (E13L182-187). Pourtant, le fait que les acteurs de terrain se basent peu sur de la méthodologie mais travaillent plus de manière « *empirique* » a aussi été mentionnée : « *Maintenant, je ne sais pas si les, les professionnels (...) ont vraiment une conscience d'utiliser des techniques ou des méthodes etc. ... c'est plutôt, j'ai plutôt l'impression qu'il y a plutôt une approche empirique c'est-à-dire : il y a des choses qui fonctionnent, des choses qui ne fonctionnent pas et on est rarement dans des projets hyper construits sur le long terme.* » (E11L293-298).

4. Les avantages du marketing social perçus par les répondants

4.1. Appréhender le public

Un des avantages perçus est le fait que le marketing social initie « *un changement de comportement, de réflexion* » (E10L260-261). La méthode permet de mieux cibler le public grâce à une meilleure compréhension de celui-ci : « *Je pense que cela pourrait permettre de cibler, de mieux appréhender les perceptions, les attentes, les besoins du public, les éventuels freins aussi à l'adoption de comportements par exemple ...* » (E2L157-159) ; ce ciblage permettant de mieux pouvoir l'atteindre : « *Probablement en ciblant aussi par rapport aux*

spécificités d'un public etc. Donc je me dis que peut-être que l'information peut aboutir peut-être mieux à sa cible. » (E5L326-327).

Parvenir à « *toucher un public plus large* » (E14L118), qu'on n'aurait peut-être pas réussi à interpellé avec une autre manière de faire, par exemple, en utilisant moins le « *rationnel* » (E8L313-315) ou la dimension des « *sens* », du « *plaisir* » (E2L306-314), renforce le fait que cette méthode pourrait avoir une meilleure efficacité (E2L139-144 ; E8L312-313 ; E11L276-287), comment en témoignent plusieurs personnes : « *Forcément, tout ce marketing a modifié nos représentations de manière à ce qu'on adopte certains comportements. Donc je pense qu'on a des leçons à prendre nous de cela, pour nos objectifs qui eux peuvent s'avérer peut-être plus éthiques ou plus, en tout cas au bénéfice de tous et, et pour le bien commun, disons. ... et donc on doit s'inspirer de cela, pour être plus efficace dans les démarches. » (E2L139-144) ; « C'est justement, le fait est que c'est une manipulation entre guillemets bienveillante, on a peut-être plus de chances de ..., fin c'est complètement paradoxal évidemment, (...). C'est sûr que si in fine, utiliser des techniques de ce type-là se révèle plus intéressant que d'autres types de techniques. Alors, oui cela peut être intéressant en termes de santé publique, je vais dire en termes de résultats. (...) Maintenant voilà quoi c'est un point de vue, assez pragmatique. » (E11L277-279 (...) L282-287).*

4.2. Informer

Notamment par ce travail sur le public, le marketing social rend aussi possible une plus grande accessibilité à l'information (E5L325-326 ; E7L388), il « *permet de sensibiliser à une certaine diversité de choses* » (E12L234). (E6L438-439). La manière de donner l'information : positivement (E1L289), d'inclure l'individu dans un collectif et l'utilisation d'une même thématique dans différents domaines (l'intervenant a donné l'exemple de la lutte contre le coronavirus mobilisé dans les domaines tels que la sécurité routière « ce n'est pas le moment de remplir nos hôpitaux », la santé publique, etc.) est aussi perçue comme un avantage (E12L225-230).

4.3. Rivaliser avec le marketing commercial

Le marketing social est aussi vu comme un moyen de pouvoir aller à l'encontre du marketing commercial (E5L467-471). La possibilité de pouvoir contrer sa manipulation en formant notre esprit critique, en déconstruisant le marketing commercial (E10L194-206) est relevée : « *Dans un monde où le marketing est quand même déjà là, peut-être que d'avoir du marketing*

social qui vient, contrebalancer un marketing plus agressif et dont l'objectif n'aurait que d'acheter des produits et des services etc., peut-être que c'est quand même intéressant. » (E5L468-471). On soulève aussi la « *légitimité* » (E7L265) des outils qu'on propose lorsqu'on se retrouve face au travail de communication des plus grandes entreprises (E7L265-270).

4.4. Affiner la qualité d'outils conçus

Le travail autour de la conception d'outils est aussi soulevé : le marketing social permettrait de mieux mettre en page, de proposer un outil plus fini juste en termes d'« *emballage* » (E7L273-275). Il en découlerait une meilleure « *pérennisation des outils* » ainsi que plus de « *plaisir de consultation et de lecture des informations* » (E14L119-122).

5. Les inconvénients du marketing social perçus par les répondants

5.1. L'utilisation de techniques du marketing commercial

Tout d'abord, le fait que le marketing social utilise des techniques du marketing commercial est vu comme un inconvénient. De fait, cela peut aller à l'encontre des valeurs du secteur de la promotion de la santé (E1L691-694 ; E5L309-310 ; E14L124-125) : « *Parce que je pense que tout ce qui est basé sur un peu ces techniques commerciales et tout cela. A la base l'objectif n'est pas un objectif positif. C'est un objectif de vente quoi. Et donc il faut quand même être vigilant, que nous on n'est pas dans la vente, on est dans de l'humain. »* (E1L691-694) ; « *C'est compliqué de se dire qu'on va utiliser des méthodes que l'on critique par ailleurs. »* (E5L309-310) ; « *le fait que cela se base sur une approche marketing est toujours un peu difficile à concilier avec les valeurs sociales, de santé, etc. Donc je pense qu'il y a une petite inquiétude, une petite peur de parfois perdre de vue ces valeurs. »* (E14L124-125). En effet, l'extrait suivant met en évidence les risques d'une mauvaise utilisation du marketing social : par exemple, la manipulation et le retrait de son libre-arbitre (E8L320-321 ; E10L255-256 ; E11L268-269) : « *Les inconvénients en tout cas du marketing social, je dirais extrémiste, ... qui ne respecterait pas suffisamment des balises éthiques etc. (...) L'inconvénient de cet extrême-là ce serait justement de manipuler, de ne pas laisser le choix quand même aux gens, de les manipuler comme la publicité essaye souvent de le faire. »* (E8L318-322).

5.2. *L'injonction d'un changement de comportement*

Le fait d'avoir pour but un changement de comportement interroge parfois au sein de la promotion de la santé sur différents points. Tout d'abord, le fait de décider d'une attitude qui serait la bonne (en découle des mauvais comportements) dans une approche « top down » où les professionnels sont les seuls experts, ne permettrait pas le dialogue et l'« échange » (E1L259) avec les personnes concernées (E1L254-259) : *« C'est-à-dire que on vient avec quelque chose d'en haut qui serait le bon comportement mais sauf que les gens, en fait ont peut-être aussi pensé à la problématique et ont peut-être d'autres choses à nous apprendre, et donc on trouve que ... c'est intéressant d'avoir cet échange (...). »* (E1L256-259). Dès lors, les messages sont imposés et ne permettent pas à chacun de « choisir » (E5L411). De plus, une injonction supposant des mauvais comportements peut aboutir à des formes de culpabilité, amener du négatif (E5L304) : *« Bah, que dès lors qu'on dicte des comportements, en conséquence ce qu'on peut observer c'est parfois des formes de culpabilité, de ne pas faire bien, de ne pas faire comme il faut. »* (E5L303-305).

Après, le fait qu'il y ait des bons ou des mauvais comportements à prescrire est discuté : *« Y a quand même après, tendance à dire à non, on ne peut même pas imaginer que ce qu'on veut vraiment c'est que les gens changent de comportement. »* (E8L392-394). En outre, dans certains contextes, le comportement que l'on souhaite modifier est vu comme une solution (E1L235 ; E7L345 ; E7L373) : *« Mais donc que parfois, dans la vision de la santé : y a les bons et les mauvais comportements. Or nous, on ne part pas du principe qu'il y a un bon ou un mauvais comportement. On part du principe qu'il y a un comportement et que si la personne a ce comportement-là, c'est bien qu'il lui apporte quelque chose. »* (E7L341-345). Se focaliser sur un comportement à changer est perçu comme agissant au détriment :

- d'une réflexion globale : *« Maintenant voilà, je pense qu'effectivement il faut que la personne puisse arrêter mais il faut aussi prendre en compte plein d'autres choses et pas juste se focaliser sur « il faut que la personne arrête » et prendre plein d'autres déterminants en compte et essayer de comprendre pourquoi cette personne s'est mise à fumer, peut-être voilà, travailler sur les compétences psycho-sociales, peut être travailler sur ses propres ressources (...). »* (E4L130-134) ;
- d'une approche plus individuelle remise en contexte (E1L221-231) : *« Mais en attendant, dans sa manière de fonctionner à elle et pour gérer le quotidien, c'était un outil [le comportement « à modifier »] qui lui était utile. Et donc ce n'est pas parce*

qu'elle va être informée de manière linéaire sur un truc, le travail justement en promotion de la santé va plutôt être d'essayer de comprendre pourquoi les gens adoptent les comportements et là, ben c'est tout à fait individuel, et puis, d'essayer de pouvoir diversifier les types de réponses à leurs besoins. Et cela malheureusement, une campagne publicitaire ou un spot d'informations, peuvent difficilement amener cela. Parce qu'on est plus dans une approche globale que dans une approche individuelle, personnelle, contextuelle. » (E7L372-380) ;

- d'un accompagnement qui prend en compte les ressentis (à l'inverse des messages de grandes campagnes se basant sur la raison) : *« Or, dans les comportements des personnes, quelque chose qui est fondamental, c'est leur ressenti, le relationnel et tout ce qui va quelque part, leur apporter quelque chose. Et donc c'est une dimension qui, dans une approche globale, va moins passer parce qu'évidemment, on va partir de c'est bien ou ce n'est pas bien. » (E7L356-360).* Cette approche qui a pour but de comprendre et de répondre selon les besoins, est celle de la promotion de la santé (E7L372-380). Pour certains, le but de changer de comportement, ne fait pas partie de la promotion de la santé puisque le but de cette dernière serait de développer le pouvoir décisionnel quelle que soit la décision finale (E5L428-431).

5.3. La responsabilisation excessive de l'individu

La manière dont les gens sont incités à changer de comportement est aussi remis en question : *« l'information est nécessaire mais insuffisante » (E2L47)* et la sollicitation de la raison serait réductrice et ne rejoindrait pas l'aspect global et la prise en compte des émotions et ressentis (E7L351-358) mais aussi du contexte. En effet, le risque de responsabiliser les gens en les incitant à changer de comportement est d'oublier que le contexte a aussi une influence sur les attitudes individuelles (E1L698-702 ; E1L706-710) : *« Il faut quand même être vigilant par rapport à cela parce que c'est un système qui met aussi énormément de poids sur l'individu. Tout ce qu'on parle de empowerment, c'est très chouette, mais il ne faudrait pas non plus que l'individu soit le seul responsable de ce qui lui arrive. Parce qu'il est dans un contexte, et le contexte, il n'est pas uniquement porté par l'individu. » (E1L698-702).*

5.4. Les risques de la communication

De plus, certains relèvent que parfois les messages utilisés pour prôner notamment un changement de comportement renforcent des stéréotypes (E5L341-343 ; E5L351). En effet, leur utilisation fait écho chez la population (E5L379-380), elle permet donc de faire passer le

message initial mais elle ne permet pas de déconstruire le stéréotype sans une analyse ultérieure, que du contraire (E5L381-382).

Cela rejoint la compréhension parfois difficile de l'information (E4L166-167) et les risques d'une communication du grand public :

- des messages simplifiés, peu nuancés (E1L710) : « *Les messages sont souvent plus complexes à faire passer dans le secteur social. Et donc, le marketing peut parfois être perçu comme une approche un peu réductrice.* » (E2L183-185),
- souvent négatifs (E1L277),
- pouvant provoquer des inquiétudes et/ou de l'anxiété (E7L541-549), avec la probabilité de ne pas atteindre son public si celui-ci n'est pas inclus dans le processus ou s'il est plus « *précaire* » par exemple, par rapport à la langue (E5L331-334). Ainsi, la personne qui reçoit le message peut se sentir démunie face à l'information donnée ou le ressenti provoqué. « *Comment est-ce que les personnes vont l'intégrer ? Soit cela les a fait flipper, elles vont l'occulter, soit cela va parfois induire d'autres comportements voilà.* » (E7L577-579). De plus, l'ajout d'informations dans un contexte d'infobésité est vu comme un inconvénient puisque l'information pourrait être « *perdue, noyée* » (E4L162-164). « *La peur de surcharger* » est aussi présente (E4L218).

5.5. *L'importance de l'irrationnel*

Le fait que le marketing social ne fasse appel qu'à l'irrationnel et à l'émotionnel peut empêcher le développement de l'esprit critique, la sollicitation de la raison. Ceci est aussi perçu comme un désavantage puisque la « *compréhension* » est importante (E8L323-338) : « *Donc je me dis que marketing social qui n'agirait que sur le côté pas raisonné, sur le côté irrationnel. Ben je pense qu'il n'y aurait pas cette possibilité d'apprentissage, de vision, vraiment d'esprit critique, de compréhension des choses d'une façon globale.* » (E8L334-338).

5.6. *Le manque de maîtrise du concept*

Enfin, le fait que le marketing social ne soit pas leur formation initiale, pas leur métier est aussi perçu comme un désavantage puisque le secteur de la promotion de la santé n'y est pas formé et de ce fait, a difficile à maîtriser et manier le concept : « *Ben on va dire ce n'est pas*

notre métier, notre formation de base, et donc, il y a certainement des notions qu'on ignore ou qu'on déforme (...). » (E3L306-308).

6. Les obstacles à l'implémentation du marketing social perçus par les répondants

6.1. *Les connaissances théoriques et pratiques insuffisantes*

Un obstacle qui a été cité de manière répétée est le manque de formation sur le marketing social ; tant dans la formation initiale que dans la formation continue dans le domaine de la promotion de la santé (E2L237 ; E2L318 ; E3L310 ; E3L456-460 ; E8L462-463 ; E10L278-281) : « *Quand vous me demandiez les freins et les résistances et autres, ... c'est le manque de formation, les représentations parfois erronées (...).* » (E2L207-209). Cela entraîne un manque de connaissances théoriques (E11L543-545 ; E13L202) relatives au marketing social : « *Donc, je pense qu'il y a vraiment, à mon avis, au-delà de l'évaluation, un manque de compétences, c'est vraiment prétentieux de ma part de dire cela, mais parfois, un manque de connaissances un peu plus théoriques.* » (E11L543-545) ; « *On cale souvent parce qu'on se dit. Ben voilà, on n'est pas des, on n'a pas fait de la communication. On n'est pas des spécialistes du marketing et donc comment faire notre, comment bien vendre notre projet pour toucher les bonnes personnes, le bon public cible ? Donc, cela, c'est vraiment un truc pour nous qui est essentiel mais qu'on a l'impression de ne pas maîtriser.* » (E10L108-112). Ce manque se répercute par conséquent dans des représentations parfois tronquées (E2L207-209) ou une méconnaissance que les professionnels expriment (E5L318 ; E6L11-12 ; E7L233 ; E8L170-172 ; E9L104-111 ; E12L4-6).

De plus, cette pratique étant peu utilisée de manière consciente et exprimée comme telle (E1L441-442), il est difficile pour les professionnels de la promotion de percevoir de manière concrète comment ils pourraient utiliser, mettre en place le marketing social (E1L731-735 ; E10L108-111). Ceci est peut-être simplement le reflet d'un écart entre les concepts méthodologiques et le besoin des acteurs de terrain. Ceci pourrait s'expliquer soit par leurs expériences et le manque de retour du public, soit par le manque de maîtrise du concept (E10L112) (E11L364-366) : « *Alors maintenant, est-ce qu'ils [les concepts méthodologiques] ne sont pas en phase parce que les professionnels estiment qu'ils ne le sont pas et ont du mal avec ces concepts-là soit parce qu'ils ne les maîtrisent pas, soit parce qu'ils trouvent que, sur base de leurs expériences, leur public ne sera pas réactif par rapport à cela. Ou alors, est-ce que réellement le public ne l'est pas et cela, moi je ne saurais pas répondre à cela.* »

(E11L366-369). Cela peut être dû à un manque d'intérêt à « *discuter de moyens* » et non d'une « *problématique* » comme en témoigne l'extrait suivant : « *enfin des discussions par rapport à cela, tiens comment on pourrait faire pour faire plus de marketing social, maintenant l'objectif des... pour moi c'est un moyen donc, est-ce que les gens ont envie ? Ils ont parfois plus envie de discuter d'une problématique, que de discuter un moyen.* » (E1L544-549).

6.2. *Le contexte institutionnel*

Une autre problématique est soulevée : le manque de visibilité du marketing social par des fédérations du secteur (E8L438-442). De manière générale, la difficulté de ne pas avoir une délimitation claire du secteur de la promotion de la santé (E11L525-533) et la complexité du « *contexte institutionnel* » (E2L228) contribuent à entraver l'implémentation. : « *Ce qu'il manque cruellement et encore plus qu'avant malheureusement et justement depuis ce passage à la Région wallonne, c'est aussi pour les acteurs un secteur qui est bien défini.* » (E11L525-527) ; « *le contexte institutionnel et politique est complexe, et donc nécessite, là aussi, des approches spécifiques, ... les sensibilités politiques au nord ou au sud du pays ou à Bruxelles sont... peuvent être différentes, il faut en tenir compte.* » (E2L228-230).

6.3. *Le manque d'évaluation de l'efficacité des pratiques actuelles*

La faible évaluation des pratiques en promotion de la santé est aussi soulevée comme un élément ne permettant pas de déterminer si les pratiques actuelles ont une réelle efficacité (E1L551-553). Dès lors, cela ne met pas en évidence « *le rapport coût-bénéfice* » (E11L500) et les effets éventuels que le marketing social pourrait apporter à la profession (E11L498-507) : « *Il y a la difficulté de montrer, dans le cadre du marketing social parce que c'est là-dessus que vous investiguez. C'est de montrer qu'effectivement, on va dire de manière ultra terre à terre : il y aura un rapport coût-bénéfice plus intéressant que ce qui a été fait jusqu'à présent. Mais pour cela, il faudrait à la fois que ... les acteurs, que l'ensemble du secteur évalue ses pratiques.* » (E11L498-502) ; « *..., comment dire des preuves aussi que cela fonctionne quoi. Parce que, effectivement, tiens j'ai envie de mettre un truc, pour juste le mettre en place, j'ai envie quand même que cela ait un effet !* » (E1L551-553).

6.4. *Le manque de ressources*

Les manques de ressources de manière générale dans le secteur : de temps (E7L248), de moyens humains (ex : « on n'a pas non plus des personnes expertes en design ») (E7L276-277) et de moyens financiers (E1L193 ; E6L707-709 ; E7L255-258 ; E14L177-179) sont aussi soulevés (E2L318-319) : « (...) *La promotion de la santé, c'est tellement pauvre en Belgique, on en parle tellement peu de la promotion de la santé que je ne vois pas très bien comment ils pourraient faire.* » (E6L707-709). Ces ressources semblent bien faibles pour faire face aux moyens des entreprises utilisant la publicité (E1L166-169 ; E1L647-652 ; E7L277-278) : « ... *mais est-ce que comme nous, on est tout petits, on n'a pas beaucoup de moyen, et en fait on est face à un bruit énorme, qui est fait par des gens qui, justement, on des moyens, et en fait qui veulent aller dans le contre-sens et qui veulent vendre le produit, donc, est-ce qu'on va être entendu en fait ?* » (E1L166-169) ; « ... *vous faites tellement, tellement peu de bruit par rapport à l'énorme bruit qu'il y a à côté qu'en fait, on ne va pas vous entendre. Donc, je me pose vraiment la question du sens, ... enfin c'est entendu etc ... mais de nouveau cela va soutenir plus les personnes qui sont plus ou moins déjà convaincues par ce comportement.* » (E1L647-652).

6.5. *Les particularités belges*

Enfin, l'envie de responsabilités mais à contrario, de ne pas les prendre lorsque c'est nécessaire, est relevé comme une difficulté du contexte belge pour la promotion de la santé (E6L479-487). Le fait d'être moins pragmatique et plus consensuel, dans la discussion, par rapport aux pays plus anglo-saxons (chez qui la méthode est plus reconnue) serait aussi une spécificité de la Belgique francophone (E11L327-337) « *Peut-être un peu, une sorte de, de mentalité, peut-être un peu plus Anglo-saxonne, un peu plus pragmatique aussi peut-être. Et moins dans la discussion, le consensus.* » (E11L329-331). La quasi-inexistence d'un réseautage et donc la difficulté de diffusion dans un milieu autre que le sien apparaît aussi dans un entretien : « *je dirais peut-être une communication efficace entre les différentes structures parfois tout est un peu cloisonné et du coup, c'est peut-être un peu difficile de faire passer un outil dans certains groupes. Juste parce que voilà, les contacts ne sont pas existants à la base.* » (E14L181-184).

6.6. *Le manque de cohérence avec les valeurs et l'éthique en promotion de la santé*

Le secteur de la promotion ne se retrouve pas dans les valeurs perçues du marketing : « (...) *c'est très compliqué pour moi de me positionner par rapport à mes valeurs dans, dans ce genre de choses.* » (E6L355-356) ; « *Comme je disais, il y a les représentations des acteurs sociaux eux-mêmes. Ils considèrent parfois que faire du marketing, qu'il soit social ou pas, c'est non éthique. Or, ... enfin même si je pense que c'est de moins en moins vrai, ... ce que je dis là est de moins en moins vrai. Mais quand même, il y a une série de freins encore les représentations même des acteurs sociaux.* » (E2L169-175). Les répondants ont l'impression d'une déshumanisation, d'un objectif non tourné vers le social. De ce fait, ils se questionnent sur le sens et sont réticents à sa mise en place (E8L429-431) : « (...) *En Belgique de manière générale, on est probablement plus frileux que d'autres pays et plus en retard que d'autres pays par rapport à l'utilisation de méthodes plus commerciales peut-être.* » (E13L203-205) sans balises éthiques (E8L450 ; E8L475-476) et concrètes par exemple, être attentif à l'intention pour éviter la manipulation (E1L725-726). Le risque aussi de délaisser les plus faibles dans ce type de communication pose question (E1L603-609 ; E1L630-631) : « *Moi j'trouve que l'argent est mal mis quoi (rire). Parce que, ... c'est cela, en fait la campagne, on sait (...) que c'est pour 80% de la population mais, de nouveau, on laisse de côté les plus faibles, quoi ! Donc... enfin les plus touchés, à risques etc ... (...).* » (E1L601-604).

7. Les facilitateurs à l'implémentation du marketing social perçus par les répondants

7.1. *La sensibilisation des acteurs au travers de recommandations*

Autant le manque de formation est vu comme un obstacle, autant la sensibilisation des acteurs sociaux et locaux est soulevée de nombreuses fois comme une aide à la mise en place du marketing social : « *Interpeller, sensibiliser les acteurs sociaux à l'importance d'utiliser ces techniques à bon escient et correctement.* » (E2L319-321) ; « *Je préférerais, à la limite qu'ils aient une réflexion sur le marketing social pour "Comment, pouvoir l'implanter ?" Mais plus pour des projets locaux, où on va justement pouvoir discuter de ce qui a été fait* » (E1L609). Cette sensibilisation pourrait être réalisée notamment par des formations, la diffusion d'outils expliquant de manière concrète les balises, les guidelines pour l'utilisation du marketing social (E1L541-543) : « *Mais, moi je me dis que s'il y avait un travail au niveau des fédérations de promotion de la santé, sur, justement ou en tout cas d'un groupe de travail au*

sein de ces fédérations, en disant : qu'est-ce que nous on recommande quelque part comme manière d'utiliser le marketing social dans nos projets. Ce que nous on mettrait comme balises. (...) Si après il y a des articles et des formations qui sont regroupés dans Education santé, qui expliquent voilà, un peu la proposition commune que les acteurs se donneraient pour l'utilisation de ce marketing social, je pense que cela aurait lieu. Cela serait plutôt une condition favorable. » (E8L438-446) ; « Enfin c'est plus ... moi en tout cas, comme professionnel si j'avais un document bien fichu qui me donnait des conseils et qui me disait que cela marcherait, j'aurai peut-être envie d'essayer, quoi. Ou un outil pédagogique ou... enfin quelque chose qui puisse me soutenir pour pouvoir..., aborder la question, » (E1L553-557). Ce soutien pratique est celui le plus souvent relevé par les professionnels pour pouvoir réellement mettre en place le marketing social.

7.2. L'articulation avec le travail actuel en promotion de la santé

Dans le contexte actuel, des facilitateurs à l'implémentation du marketing social existent aussi. En effet, le fait de déjà travailler sur la communication est perçu comme une opportunité par certains. De fait, l'implémentation ne nécessitera pas inéluctablement plus de moyens que ceux déjà mis à disposition pour la communication : *« Au niveau des moyens, je ne connais pas grand-chose, mais je n'ai pas l'impression que cela demanderait plus de moyens financiers que pour la communication et le travail de communication qu'on fait déjà tous. » (E8L463-466).* En outre, beaucoup de professionnels de la promotion de la santé utilisent le marketing social inconsciemment. Cela peut donc aussi être vu comme un facilitateur puisque les personnes ne devront pas modifier toutes leurs pratiques pour suivre la méthodologie : *« Ben à priori tous les acteurs, ont, d'une façon ou d'une autre, rentrent en contact avec leur public, essayent de, veillent à ceci ou cela, à participer à des activités, à changer de comportement. Ce qu'on fait déjà mais probablement que, si on avait cette méthodologie-là qui vient, si pas remplacer en tout cas s'ajouter à d'autres. » (E8L470-475).*

Un autre facilitateur serait que les acteurs de la première ligne soient conscients que si leur but est un changement de comportement, leurs interventions pourraient donc correspondre à certaines dimensions du marketing social : *« Il faudrait que ce soient à la fois les acteurs de première ligne, les promoteurs, les porteurs de projets, qui soient au fait que ... ce qu'il essaye de faire peut potentiellement, enfin ce qu'ils cherchent à faire potentiellement, c'est de l'ordre du changement de comportement. » (E11L448-451).*

Il est à noter que concernant l'éthique du marketing social qui préoccupe souvent les professionnels, une personne mentionne qu'on pourrait appliquer cette méthode en gardant l'éthique propre au travail actuel : « *On peut être formé et aguerri pour utiliser ce genre de méthode-là, donc cette approche de marketing social et garder ses propres limites éthiques quoi. On n'est pas obligé de tout prendre et on n'est pas obligé de devenir des marketeurs comme si on vendait chez coca-cola.* » (E8L423-427). De plus, il lui semble qu'une partie des acteurs serait preneuse (E8L429) et certains sont ouverts à la nouveauté et curieux d'autres méthodologies que celles qu'ils ont actuellement : « *(...) nous c'est vraiment cela en tout cas qui nous manque, c'est des techniques comme cela de marketing pour mieux mettre en avant les messages, les, entre guillemets, les bons messages.* » (E10L288-290). Ces deux derniers facilitateurs sont à nuancer puisqu'il est aussi mentionné qu'une partie des acteurs sont réticents (E8L431) et qu'il n'y a pas réellement de demande, plus un intérêt puisque les techniques actuelles fonctionnent.

7.3. Les ressources potentielles

Au niveau des moyens, la présence d'un graphiste est aussi perçue comme pouvant être une aide : « *Nous on a de la chance d'avoir un graphiste et webdesigner en interne. Donc, cela nous facilite un peu la tâche. Parce que, faire du marketing social, c'est aussi une question de forme, y'a forcément des questions de fond mais la forme est tout aussi importante.* » (E2L251-254) ; « *Les ressources nécessaires, ce serait un ou une bonne graphiste pour avoir vraiment un document et qui sera consulté.* » (E14L171-172). Néanmoins, les services n'ont pas toujours des graphistes attitrés spécifiquement pour du contenu de promotion de la santé (E14L195-196). C'est donc un facilitateur potentiel. Puis, les moyens humains qui permettent d'échanger, de partager sur les pratiques et de prendre du recul sont relevés comme un atout à l'implémentation (E3L472-475), tout comme la présence d'un réseau déjà établi entre les différents secteurs : « *Donc je crois que c'est une grande force aussi dans tout ce qui est structure sociale etc. C'est de pouvoir compter sur les autres quelque part et sur leurs compétences spécifiques et propres pour pouvoir alimenter la diffusion.* » (E7L302-305) ; « *Les ressources nécessaires, ce serait (...) un bon réseau de distribution.* » (E14L171-172). En effet, cela leur permet de solliciter leurs partenaires dès que c'est nécessaire (ex : diffusion, développement d'un projet commun) (E7L302-305 ; E10L295-303 ; E14L172-174).

8. La perception des répondants concernant l'évaluation des pratiques ayant pour but un changement de comportement

On sait que l'évaluation des pratiques est un élément essentiel pour l'implémentation de celles-ci. Dès lors, il paraissait intéressant d'exposer le point de vue des acteurs sur les pratiques actuelles en la matière.

8.1. *Les moments d'évaluation*

La plupart des professionnels interrogés notifient la nécessité d'une évaluation à différents moments : tout au long du processus, après un événement (E4L349-350) ou lors de la création d'un outil, ou quand il faut réorienter le projet (E4L374) ou réajuster des actions (E6L302-308 ; E9L363-368 ; E10L470-471 ; E10L485), vérifier que les attentes sont satisfaites (E7L122-125) ou encore à la fin d'un projet (E4L367-369). L'évaluation à long terme est rare en raison de sa difficulté. (E12L355-358).

8.2. *Les points d'attention et indicateurs liés à la mise en pratique de l'évaluation*

Il est important de connaître le destinataire et le but de l'évaluation (E12L374-375). Les évaluations peuvent être différentes selon chaque projet (E4L362-363). Toutefois, certains types d'indicateurs reviennent : l'atteinte des objectifs (E6L310-315 ; E6L482-485 ; E12L363 ; E13L276), la satisfaction des partenaires (E12L360) et/ou des bénéficiaires (E6L266-272 ; E12L365-366), le retour des prestataires (E9L357), l'apprentissage, l'appropriation et la transmission de connaissances (E6L272-296), les échanges durant un événement (E5L612-613), le fait que « *la question soit vivante* » lors de réunions par exemple (E5L618-619), le nombre d'outils écoulés (E9L359), l'identification des difficultés et des opportunités (E13L273-276). L'évaluation peut donc se faire à l'aide de questionnaires papiers ou sur base d'observations (E5L636-637 ; E7L117-121 ; E10L467-468).

8.3. *Les difficultés et possibilités d'optimisation de l'évaluation*

Enfin, l'évaluation est surtout vue comme le « *parent pauvre* » (E13L271) de la promotion de la santé (E8L163-164). En effet, beaucoup se concentrent sur les actions et délaissent par manque de temps ou de méthodologie l'évaluation en fin de processus (E13L269-273). Toutefois, certains soulèvent le fait qu'elle devrait être plus utilisée (E13L286-288) mais aussi

la nécessité de simplifier afin d'être plus accessible d'un point de vue méthodologique aux acteurs de terrain (E12L378-384). De fait, l'évaluation devrait permettre de voir l'efficacité réelle d'un projet et permettre donc son amélioration (E13L293-294). Une personne expose le fait qu'il n'y a pas de réelles évaluations des pratiques en raison de la complexité d'une évaluation. La crédibilité du secteur de la promotion de la santé y perd puisque faute d'évaluation, l'impact réel est inconnu (E11L374-387 ; E11L410-412).

Chapitre 3 : Discussion

1. Synthèse des résultats

Tout d'abord, les définitions perçues sont de manière générale assez hésitantes. Peu d'acteurs ont finalement une vision très complète de ce qu'est le marketing social, même si certains éléments ressortent plus clairement (communication, liens avec le marketing commercial, but visé : changement de comportement). Parfois, l'un ou l'autre répondant ne sait pas du tout ce que c'est.

Les professionnels de la promotion de la santé sont ambivalents par rapport à cette méthode : l'utilisation de techniques commerciales, le lien avec le marketing font souvent craindre un risque de manipulation, de non-respect de l'éthique dans le domaine de la promotion de la santé. Néanmoins, le fait que le terme « marketing » soit associé à celui de « social » laisse à penser à une intention favorable pour les bénéficiaires. L'aspect d'une communication grand public est aussi joint au marketing social.

Son utilisation est principalement inconsciente. Pourtant, certains intervenants utilisent bien dans leur méthodologie des caractéristiques du marketing social mais ce n'est pas intentionnel. Le but de changement de comportement, la connaissance du public, la segmentation de la population, le marketing mix par le biais de la communication ont été cités dans les pratiques. Par contre, l'effort que demande le changement souhaité et par conséquent, la réflexion autour d'un échange bénéfique ou des obstacles et de la concurrence au changement n'ont pas été mentionnés ; si ce n'est par l'évocation de la difficulté à changer de comportement et l'impact de l'environnement dans lequel chacun évolue.

Concernant l'intérêt, le secteur reste ouvert à la méthode tout comme à d'autres nouveautés. Des demandes sont évoquées quant aux méthodes de communication et de diffusion, pour avoir un message plus percutant et pertinent mais aussi une information plus accessible et compréhensible, dans l'objectif d'une plus grande efficacité. La pertinence de l'utilisation d'une méthodologie par rapport aux pratiques actuelles du terrain est discutée. Pour certains, il y a un intérêt mais pas un besoin du secteur.

Une analyse « SWOT³ » permet d’avoir une vision d’ensemble des autres résultats. Les avantages et les inconvénients sont les éléments respectivement positifs et négatifs qui sont internes à la méthode du marketing social ; les facilitateurs et les obstacles à l’implémentation sont, quant à eux, issus du contexte (en majorité de la promotion de la santé mais pas uniquement). Ils sont résumés dans le tableau suivant.

³ Analyse des forces, faiblesses, menaces et opportunités

Tableau 1 : Analyse SWOT du marketing social

	Avantages	Inconvénients
Interne	- Meilleur ciblage du public via une meilleure compréhension de celui-ci ; - Utilisation du domaine des sens et du plaisir (aspect « marketing ») : possibilité de toucher un autre public ; - Plus grande efficacité ; - Meilleure accessibilité à l'information ; - Messages positifs ; - Moyen de contrer le marketing commercial par • le développement de l'esprit critique, • la déconstruction du marketing, • une meilleure légitimité (sur la forme) ; - Amélioration de la mise en page d'outils.	- Utilisation des techniques du marketing commercial, contraire aux valeurs de la promotion de la santé ; - Risque d'une mauvaise utilisation (ex : manipulation, retrait du libre-arbitre) ; - Souhait de changer de comportement : • Injonction d'une attitude perçue comme bonne, • Risque d'apporter de la culpabilité, du négatif, • Approche focalisée sur le comportement et non sur une réflexion globale, sur un accompagnement individuel contextualisé ; - Approche « top-down », sans échange avec les bénéficiaires ; - Risque de « sur responsabilisation » de l'individu ; - Difficultés de compréhension d'une information grand public (peu de nuances, simplifications, sentiment du public d'être démuni face à l'information, renforcement des stéréotypes) ; - Utilisation uniquement de l'irrationnel et de l'émotionnel ; - Ajout d'informations, risque d'infobésité.

Externe	Facilitateurs à l'implémentation	Obstacles à l'implémentation
	- Travail actuel déjà sur la communication ; - Pas besoin de plus de moyens pour cet aspect ; - Utilisation de manière inconsciente ; - Moyens humains : • Graphiste, • Personnes pour pouvoir échanger, prendre du recul, • Réseau de partenaires pour pouvoir diffuser, développer un projet ; - Garder sa propre éthique actuelle ; - Ouverture des acteurs à la nouveauté ; - Sensibilisation des acteurs sociaux et locaux (par exemple via des formations) ; - Diffusion d'outils sur les balises et les recommandations de l'utilisation concrète du marketing social.	- Manque de formations initiales et continues ; - Manque de connaissances théoriques ; - Représentations incomplètes, parfois erronées et liées au marketing commercial ; - Peu utilisé consciemment et donc peu visible ; - Difficulté d'imaginer la manière de le mettre en place concrètement ; - Ecart entre les concepts méthodologiques et les besoins du terrain ; - Manque de visibilité du marketing social par les fédérations de promotion de la santé ; - Secteur de la promotion de la santé complexe (contours flous, contexte institutionnel) ; - Particularités belges : moins de pragmatisme, dans le consensus, le faible réseautage ; - Peu d'évaluations des pratiques actuelles : un réel avantage coût-bénéfice impossible à déterminer ; - Manque de ressources : temps, moyens humains, moyens financiers ; - Ressources trop faibles comparativement au marketing commercial ; - Manque de cohérence avec les valeurs perçues : déshumanisation, manque de sens, crainte du non-respect de l'éthique et d'un oubli des plus défavorisés.

Les éléments négatifs (inconvenients et obstacles) à l'égard du marketing social sont plus conséquents que les éléments positifs (avantages et facilitateurs). Cela reflète des perceptions du secteur assez mitigées et parfois plutôt réticentes à la mise en place de la méthode.

Enfin, l'évaluation des pratiques étant une étape indispensable de l'implémentation, la perception des professionnels a été récoltée sur ce sujet. L'évaluation des pratiques souhaitant un changement de comportement est perçue comme permettant d'améliorer les actions du secteur. Néanmoins, les difficultés d'une évaluation sur le long terme dues notamment au manque de temps et à la complexité de leur réalisation ont pour conséquence sa faible utilisation. Différents indicateurs et types d'évaluation sont utilisés souvent à court terme.

2. Mise en parallèle avec la littérature

2.1. *Les perceptions de la méthode par les intervenants*

Un désavantage qui est apparu lors des entretiens et non dans la littérature est le fait que certains acteurs de la promotion de la santé interrogent l'existence d'un « bon comportement » qu'on puisse imposer à d'autres. En effet, pour eux, le rôle de la promotion de la santé est d'accompagner et d'amener les personnes à décider en ayant pu se construire leurs propres idées et non en donnant l'injonction d'un bon comportement. Cela rejoint l'éducation pour la santé qui ne s'inscrit pas dans la démarche d'identification des facteurs de risques de futures maladies, et donc de modifications des comportements qui les provoquent mais bien d'aide des individus à avoir davantage de contrôle sur leur santé afin qu'ils puissent l'améliorer. Une attention particulière concerne le fait que l'individu puisse donner son avis et se mette en réflexion par rapport à sa santé (Rousille & Deschamps, 2013).

L'importance de débiter un projet par une analyse du contexte et du public concerné est évoqué tant par les intervenants que dans la littérature sur le marketing social. Toutefois, la connaissance du public ne semble pas être associée au marketing social pour les acteurs de terrain. Au contraire, ceux-ci ont peur que le marketing social ne le prenne pas en compte. Il en est de même pour l'analyse du contexte. Pourtant, ces approfondissements font partie intégrante du marketing social. Cela pourrait d'ailleurs renforcer l'attrait pour cette méthode. De fait, les études de marché sont définies comme telles : *« la collecte et l'analyse des informations sur le public-cible et l'environnement. Elles permettent de comprendre, de cerner et d'appréhender les motivations, comportements des individus auxquels on s'adresse,*

afin d'adapter au mieux les actions marketing ». (Gallopel-Morvan et al., 2019, p. 43), et sont le fondement d'un projet se basant sur le marketing social.

La segmentation du public est aussi évoquée dans les entretiens à la fois par le biais de l'existence de différents groupes cibles en promotion de la santé que par la nécessité de se concentrer sur les personnes qui ont besoin d'améliorer leur santé et pour lesquelles la promotion de la santé peut avoir un pouvoir d'action. A contrario, les personnes ayant des problèmes financiers pour les besoins de base n'ont pas pour préoccupation la promotion de la santé, il est nécessaire de les aider mais via des ressources sociales. Ceci rejoint une des conditions de segmentation mise en évidence dans la littérature : « *la modification des comportements de la cible doit être possible* ». (Gallopel-Morvan et al., 2019, p.73). En effet, dans l'exemple mentionné ci-dessus, les besoins primaires sont la priorité de cette population et dès lors, la modification des comportements risque d'être superflue. Il est à noter que les problèmes éthiques que pourrait apporter la segmentation n'ont pas été évoqués lors des entretiens à l'exception d'un. « Segmenter » signifie se concentrer sur une partie de la population et par définition, en délaissier une autre. Cela peut faire émerger des questions éthiques. En effet, il est, dans certains cas, nécessaire de regrouper des données parfois sensibles (ex : comportements, ethnies, religions, niveau socio-économique, ...). De plus, en se concentrant sur un groupe plus à risques, le principe d'égalité peut être mis à mal par rapport aux autres groupes. Il est donc essentiel d'être particulièrement attentif à ne pas discriminer et/ou stigmatiser un groupe dès lors que la segmentation est utile pour une meilleure efficacité du projet (Diaz-Meneses & Basil, 2019; Gallopel-Morvan et al., 2019).

Par ailleurs, le fait qu'il y ait une possibilité d'un échange bénéfique suite au coût (financier ou psychologique) que peut apporter le changement de comportement n'est pas un élément qui semble préoccuper les professionnels de la promotion de la santé lorsqu'on évoque le marketing social. Pourtant, c'est un élément essentiel du marketing social qui tient compte de ce qui motive les personnes à changer de comportement et qui leur donne, dès lors, une satisfaction plus rapide (Baril & Paquette, 2016).

Quant aux techniques de marketing commercial, elles sont discutées mais leur connaissance et leur application ne semblent pas si évidentes. En effet, dans la littérature, on peut voir l'utilisation des 4P (produit, prix, place et promotion) comme « *les variables indépendantes utilisées pour influencer la variable dépendante (le comportement désiré)* » (Lee & Kotler, 2020, p. 51). Les 4P font donc partie intégrante du marketing social. Alors que dans les

entretiens, la communication (promotion) a effectivement été développée en profondeur à l'inverse des autres éléments qui n'ont pas été évoqués. Concernant l'utilisation de ces techniques issues du commerce, le « positionnement » n'a, quant à lui, été relevé par aucun participant de manière explicite tout comme la création d'une marque spécifique. Ce dernier point est pourtant le sixième du plan d'implémentation proposé par Lee & Kotler (2020).

Enfin, la prise en compte des obstacles au changement a été mentionnée par les répondants de manière générale sans y associer spécifiquement le marketing social. Pour rappel, dans celui-ci, la prise en considération de l'environnement se fait par l'intermédiaire du concept de « concurrence ». Ceci rejoint la littérature qui met en évidence l'influence de l'environnement sur les comportements et dès lors, la nécessité de s'y adapter (Gallopel-Morvan et al., 2019).

En conclusion, certains éléments du marketing social tant dans la définition que dans la méthodologie se retrouvent dans les dires des intervenants. Toutefois, concernant les différents éléments méthodologiques, ils n'ont en général pas conscience, hormis la communication, qu'une partie de leurs perceptions et pratiques actuelles pourraient être reliées à celles du marketing social. Ceci rejoint le fait que de nombreux programmes de santé publique ont été mis en œuvre sans être nommés comme tels et c'est par la suite qu'ils ont été identifiés comme correspondant au marketing social (French & Gordon, 2015). Néanmoins, leurs pratiques et définitions restent, cependant, incomplètes. Par conséquent, il serait opportun d'une part, de combler les méconnaissances sur le sujet et d'autre part, de conscientiser les pratiques en phase avec le marketing social.

2.2. L'articulation de la promotion de la santé et du marketing social

Certains auteurs notifient une confusion entre les deux concepts. En effet, la promotion de la santé a parfois été amalgamée avec le marketing ou l'éducation (Breton & Brochard, 2017). Inversement, le marketing social peut être réduit à des campagnes de publicités sociales ou de prévention dans le domaine de la santé (French & Gordon, 2015). De plus, la délimitation des deux concepts reste encore floue aujourd'hui tout comme la compréhension du marketing social (Breton & Brochard, 2017; French & Gordon, 2015; Lee & Kotler, 2020).

Il est vrai que la promotion de la santé et le marketing social se rejoignent sur différents points : pour exemple, la promotion de la santé accorde une grande importance aux

déterminants de la santé⁴ (Ridde, Béland, & Lacouture, 2017) tandis que le marketing social emploie le terme de « concurrence au changement » pour parler de l'influence du contexte sur les comportements (French & Gordon, 2015). De plus, tous deux débutent leurs projets par une recherche sur le public qu'ils souhaitent cibler afin de mieux le connaître et de pouvoir s'y adapter.

L'importance de la prise en compte du contexte en promotion de la santé tout comme dans le cadre du marketing social rappelle aussi, dans le cadre d'une campagne, du risque de responsabilisation excessive de l'individu quant à ses comportements et sa santé. Cet élément a été relevé dans les entretiens mais aussi dans la littérature : « *Mettre en œuvre une stratégie de changement de comportement axée exclusivement sur les caractéristiques individuelles, (...) [c'est-à-dire] de stratégies centrées sur les connaissances, les attitudes à l'égard d'un comportement ou les habiletés à actualiser ce changement, équivaut à attribuer aux individus la responsabilité de leur comportement à risque. Cette dérive éthique est souvent désignée en santé publique par le terme « victim blaming »* (Breton, 2013, p.120). Il est donc conseillé de ne pas oublier l'importance des politiques de santé et des opérations influençant en amont le comportement pour éviter cette unique responsabilisation de l'individu (French & Gordon, 2015).

Durant les entretiens, plusieurs personnes ont perçu le marketing social comme un moyen de contrer le marketing commercial. Ce dernier va parfois à l'encontre des recommandations de santé (ex : industrie agroalimentaire, industrie du tabac, industrie de l'alcool). En effet, le « *marketing social, dit critique* » (Gallopel-Morvan et al., 2019, p. 62) est une manière de prendre du recul par rapport au marketing des entreprises. Il propose notamment de vérifier que le marketing respecte la législation et les obligations en vigueur, d'agir au niveau macro en réfléchissant à l'impact qu'a le marketing commercial et de faire des propositions de lois pour contrer cet impact et enfin, de développer des projets à destination de la population afin de la conscientiser sur l'influence insidieuse du marketing (Gallopel-Morvan et al., 2019). Ce dernier point a d'ailleurs été évoqué dans plusieurs entretiens : la réflexion sur un projet n'ayant plus seulement pour but de donner des informations sur une thématique mais d'accroître l'esprit critique à l'égard du marketing commercial ce qui rejoint le souhait de développement des aptitudes afin de pouvoir agir sur sa propre santé selon la charte d'Ottawa (OMS, 1986).

⁴ Déterminants de santé : « *ensemble de facteurs qui agissent et interagissent au point d'influencer l'état de santé d'une population.* » (Breton et al., 2017, p. 523)

La segmentation présente dans le marketing social est aussi réfléchi pour diminuer les inégalités de santé et permettre à ceux qui sont le plus dans le besoin d'avoir un accès spécifique à la promotion d'un comportement. Elle rejoint d'ailleurs une approche ciblée de la promotion de la santé qui est néanmoins critiquée pour des questions éthiques développées ci-dessus (Guichard & Dupéré, 2017).

Toutefois, il reste aussi des points de divergences entre les deux concepts comme l'utilisation de techniques commerciales. En effet, l'emploi du mot « marketing » dans la dénomination du « marketing social » continue à faire perdurer la perception d'une méthode manipulatrice, malveillante, falsificatrice et matérialiste (Diaz-Meneses & Basil, 2019). Il est vrai que ces adjectifs ne partagent pas les valeurs de la promotion de la santé qui est axée sur le bien-être de chacun. Une attention lors de la mise en pratique aux valeurs et aux intentions garde toute son importance.

En conclusion, il semble que les deux disciplines soient complémentaires. A titre d'illustration, le modèle des déterminants de santé est pertinent pour le marketing social puisqu'il implique une prise en charge en amont des comportements en lien avec ce qui induit celui-ci (y compris des politiques fiscales et législatives) et non juste des conséquences de ces derniers. (French & Gordon, 2015). Dans le cadre de la promotion de la santé, différentes stratégies d'action sont mises en place et sont complémentaires (Breton, 2017). Le marketing social peut être utilisé comme une stratégie parmi d'autres. Dès lors, le fait que le marketing social puisse contribuer à la promotion de la santé ne nie en rien l'importance de l'accompagnement individuel et le développement de la capacité d'agir de chaque individu. Au contraire, il semble que les deux perspectives peuvent s'enrichir l'une et l'autre.

3. Apports et recommandations pour le terrain

Si le marketing social venait à être implémenté en Belgique francophone, il semble évident que le point de départ doit être la formation tant initiale dans les écoles traitant de promotion de la santé que continue. Lee et Kotler (2020) soulèvent cette problématique à savoir que les professionnels ayant un impact sur des comportements, notamment en santé publique, ne sont pas diplômés ou formés en marketing social. Les professionnels reconnaissent eux-mêmes un manque de formation même si cette méthode a été enseignée à l'un d'entre eux. Ceci devrait développer les connaissances théoriques et pratiques, permettre une réflexion sur les représentations des acteurs à son sujet et aider à l'expérimenter. Ces formations devraient

notamment avoir pour objectifs de définir l'ensemble de la méthode et de clarifier ses différentes dimensions, ses enjeux, de montrer sa plus-value, son lien avec la promotion de la santé, de déconstruire les représentations notamment erronées et de donner du sens à l'utilisation de cette stratégie.

Au niveau de l'appropriation du concept, il est important aussi de tenir compte des points forts des pratiques actuelles et de voir comment ajuster celles-ci avec les apports éventuels de la méthodologie du marketing social sinon elles risquent d'être rejetées.

Pour faciliter l'implémentation, la création d'une institution qui regrouperait les ressources concernant le marketing social permettrait de donner de la visibilité mais aussi de la légitimité à la méthode au sein de la promotion de la santé. Ainsi, des institutions traitant du marketing social sont déjà présentes dans d'autres pays : the Australian Association of Social Marketing, the National Social Marketing Centre en Grande-Bretagne. Cette dernière collabore avec l'institution de santé publique. Ces institutions permettent d'accroître les recherches sur le sujet et de les diffuser. Une deuxième possibilité serait qu'une institution déjà présente (en santé publique par exemple) reconnaisse cette stratégie du marketing social afin d'en encourager son utilisation. C'est par exemple ce qu'a fait le Centre de prévention et de contrôle des maladies aux Etats-Unis (French & Gordon, 2015).

Des recommandations pourraient être publiées par cette organisation en vue d'aider les professionnels. Les recommandations devraient être pragmatiques et pourraient servir de balises éthiques à ces derniers qui se sentent parfois un peu perdus. L'analyse réalisée a, en effet, mis en évidence la nécessité de prendre en compte cette dimension éthique dans l'utilisation du marketing social dans le secteur de la promotion de la santé. Cette dimension éthique est au cœur de l'articulation de ces deux concepts « promotion de la santé » et « marketing social ». En octobre 2019, Education santé a proposé certaines balises pour respecter la promotion de la santé. Ces balises rejoignent quelques-unes proposées par les répondants comme par exemple : « *explicitier les objectifs* » (Matos Da Silva et al., 2019, p. 8). Ceci renforce l'idée qu'il faut être attentif à l'intention derrière le projet pour éviter toute forme de manipulation comme mentionné dans les résultats. D'autres pistes sont données comme « *veiller à impliquer les bénéficiaires dans l'élaboration de la démarche, des objectifs jusqu'aux méthodes choisies, (...), s'assurer tout au moins que ceux-ci ne creusent pas les inégalités sociales à défaut de les réduire, une fois mis en œuvre, évaluer les effets* » (Matos Da Silva et al., 2019, p. 8). Ces thématiques ont aussi été exprimées lors des entretiens mais

pas dans un but de conserver l'éthique de la promotion de la santé. Ce sont donc des pistes à explorer tout comme la prise en compte des déterminants de santé et le prétest du projet pour déceler les effets négatifs qui sont également recommandés dans l'article (Matos Da Silva et al., 2019). D'autres balises éthiques ont été développées par le secteur de la santé. Celui-ci propose : « 1. *Le respect de l'autonomie des individus et des communautés, un besoin de consultation et d'accord et l'absence de manipulation.* 2. *La bienfaisance : le gain d'un net bénéfice aux participants ou aux patients.* 3. *Une obligation de veiller à ce qu'aucun préjudice ne soit causé par les actions.* 4. *La justice en termes d'équité concernant la répartition des ressources, du respect des droits et des lois morales.* » (French & Gordon, 2015, p. 42). Ces balises doivent s'appliquer au marketing social lorsqu'il est utilisé dans le domaine de la promotion de la santé. De manière plus globale, deux autres considérations peuvent être prises en compte pour que les projets qui mobilisent le marketing social soient éthiques : la déontologie et la téléologie. Le but de la première est de se questionner sur les intentions et les objectifs d'une intervention. La seconde se concentre sur les conséquences que pourraient avoir une action (French & Gordon, 2015). Ainsi, si le projet ne tient pas compte de ces balises éthiques proposées par la promotion de la santé, l'intervention devra être abandonnée ou reréfléchie.

Enfin, la création d'un outil expliquant de manière simplifiée et concrète ce qu'est le marketing social mais aussi relayant des documents de référence pertinents et vulgarisés sur le sujet à destination des acteurs de terrain pratiquant de la promotion de la santé (et par conséquent, pas uniquement des professionnels de la promotion), semble être une piste demandée par les professionnels qui permettrait de les guider dans leur appropriation.

4. Points forts de la recherche

L'écoute des professionnels de terrain de la promotion de la santé est une véritable plus-value de la recherche. En effet, au vu de l'importance de leur implication si l'implémentation du marketing social était avérée, il est primordial de connaître leurs perceptions, leurs connaissances et leurs réalités. Les écouter permet de pouvoir connaître notamment leurs réticences individuelles en plus de celles organisationnelles. Par conséquent, si cette méthode est mise en place, de pouvoir s'y adapter. Kotter et Schlesinger (as cited in (Bareil, 2004)) proposent notamment pour surmonter ces réticences au changement : la participation, la formation, la communication et l'implication.

L'écoute des professionnels a mis aussi en évidence les points d'accroche possibles si l'implémentation du marketing social était une orientation qui était prise à l'avenir. Il est en effet important dans toute implémentation de partir des représentations et des pratiques actuelles des participants pour les faire évoluer. Les liens doivent être établis avec le contexte des intervenants tout en montrant l'apport de la méthode par rapport à la réalité actuelle des pratiques.

En relatant le point de vue des intervenants, ce travail peut avoir un véritable intérêt dans l'objectif d'une meilleure compréhension de leurs perceptions, de leurs réalités, leurs pratiques, de leurs réticences. Il a été l'occasion aussi d'une implication active des acteurs et a suscité leur curiosité sur le sujet.

La diversité des répondants est aussi un point fort de la recherche. En effet, l'ensemble des intervenants couvre tout le territoire étudié (la Belgique francophone). C'est un élément positif puisque chaque région a ses propres particularités, par exemple des régions plus rurales ou des grandes villes n'auront pas les mêmes réalités. Ces spécificités ont donc pu être exprimées durant les entretiens. De plus, les professionnels travaillent dans des structures différentes.,

5. Limites de la recherche

Au niveau du contexte, il aurait été intéressant de pouvoir préciser la situation de la promotion de la santé en Flandre ainsi que son intérêt pour le marketing social. Par ailleurs, il aurait peut-être été utile de différencier les défis entre les pays précurseurs en matière de promotion de la santé (par exemple le Canada ou l'Australie) et la Belgique.

Une des limites de l'étude est que les résultats sont uniquement basés sur les perceptions que les professionnels de la santé ont sur le marketing social. En outre, durant l'entretien, à aucun moment il n'a été donné une définition de la méthode et avoir une connaissance préalable de la méthode n'était pas un critère de sélection pour cette recherche. La seule indication implicite que les participants ont pu percevoir est la mention « d'une méthode visant un changement de comportement » ainsi que de « son efficacité prouvée sur divers comportements de santé comme au Canada ». De fait, ils étaient mentionnés dans certaines questions du guide d'entretien. Cela a d'ailleurs fait évoluer un intervenant dans sa conception du marketing social : d'une démarche pour faire connaître les institutions (E7L135-136), il est passé à une définition « *de l'ordre de la publicité qui induit des modifications de*

comportements » (E7L314-315), « des outils grand public pour faire passer des messages de prévention et de promotion de la santé » (E7L321-322).

Cela peut être vu comme une faiblesse puisque la plupart des intervenants n'avaient pas une perception précise et bien définie du marketing social. Leurs représentations sont parfois tronquées sur ce qu'est le marketing social et dès lors, leurs avis sur les questions qui suivent la définition sont moins pertinents dans le cadre de cette recherche. Ceci est aussi un résultat en soi. Toutefois, cette faiblesse a été limitée en parlant de « méthode visant le changement de comportement ». Le marketing social y est inclus mais l'utilisation d'une formule non jargonnante permet à chacun de s'exprimer.

Le choix de ne pas avoir donné de définition du marketing social durant l'entretien est motivé par le fait de ne pas vouloir influencer les perceptions des professionnels et surtout d'éviter de leur donner une définition qu'ils n'auraient pas eu le temps de comprendre et d'assimiler. Il paraissait compliqué de demander aux intervenants de rebondir directement. Il s'avérait plus pertinent de ne pas risquer de les orienter dans une direction. Cela a par ailleurs été confirmé par des intervenants qui ont demandé à la fin de l'entretien une définition. Celle d'Andreasen et de ses 6 critères leur a été donnée mais ils ont eu des difficultés à se prononcer sur la méthode par après par manque d'appropriation du concept.

Une deuxième limite qui peut être relevée est le fait que les professionnels de la promotion de la santé qui ont été sélectionnés font partie des fédérations bruxelloise et wallonne de promotion de la santé. Dès lors, cela n'a pas permis à tous les acteurs de la promotion de la santé, notamment les centres psycho-médicaux-sociaux ou les services d'aide en milieu ouvert qui font aussi de la promotion de la santé et qui ont été mentionnés par certains intervenants de deuxième ligne, de s'exprimer sur le sujet. Chaque intervenant s'inscrit dans une institution ou un service dont la promotion de la santé est centrale. Un acteur de terrain mettant en pratique la promotion de la santé de manière plus ponctuelle aurait certainement eu d'autres perceptions.

Il s'agit d'une recherche qualitative. Dès lors, son objectif est exploratoire. Seuls 14 personnes volontaires ont été interrogées. On ne peut pas parler d'un échantillon qui soit représentatif du secteur de la promotion de la santé.

Enfin, les entretiens ont eu lieu durant la période de confinement. Ces entretiens ont donc dû être réalisés à distance. Les professionnels avaient le choix entre un échange par vidéo

conférence ou par téléphone. L'appel téléphonique a été sélectionné pour tous les entretiens. Dès lors, le non-verbal d'habitude présent n'était pas accessible. De plus, le télétravail étant la norme tout au long de cette quarantaine, certains ont été sollicités durant l'entretien. Toutefois, la conversation est à chaque fois revenue à la thématique évoquée avant la suspension de l'entretien.

6. Perspectives de recherche

D'autres intervenants pourraient être interrogés sur le même sujet. En effet, les personnes diplômées en communication travaillant dans le domaine de la santé, les personnes diplômées en marketing ou encore les responsables politiques de la santé n'ont pas été interrogés mais ils ont aussi un impact et des perceptions sur le marketing social et son implication dans le domaine de la santé. Confronter les points de vue des spécialistes du marketing social et de la promotion de la santé serait aussi une piste de recherche.

D'ailleurs, ce mémoire n'a pas travaillé l'aspect d'influence du marketing social sur les politiques de santé et de manière générale, sur une vision macro. Or, c'est aussi une partie qui peut être impactée par le marketing social (French & Gordon, 2015). Un intervenant a d'ailleurs mentionné le plaidoyer comme moyen de faire du marketing social (E2). Investiguer la problématique sous cet angle pourrait être une perspective de cette recherche.

Cette recherche ne s'est pas appuyée sur une thématique précise en lien avec le marketing social. Or, la faisabilité va dépendre des enjeux, du contexte et des éléments liés au comportement et au public-cible. Cette recherche est généraliste mais mériterait d'être approfondie en la contextualisant avec des thématiques plus précises (par exemple : l'alimentation, le tabac, le stress, etc.) et un public-cible déterminé.

Cette recherche est qualitative et exploratoire. Elle a été effectuée sur un petit échantillon. S'il y a une réelle volonté d'implémentation en Belgique, il serait nécessaire de continuer à investiguer par le biais d'une étude quantitative. Les éléments issus de cette recherche pourraient par exemple constituer un matériau utile pour élaborer un questionnaire à administrer sur les représentations et pratiques en lien avec le marketing social, sur les facteurs à prendre en compte pour son implémentation, etc. Cette recherche peut être utile pour une première appréhension des représentations et des pratiques actuelles du marketing social et pour formuler des hypothèses à confirmer par un recueil de données à plus large échelle.

Enfin, à moyen terme, il serait intéressant de réaliser une étude exploratoire avec un échantillon d'intervenants à qui on demanderait, après les avoir formés, d'utiliser le marketing social dans le cadre de la promotion de la santé consciemment et sur un objet précis. Cette étude analyserait les conditions de l'implémentation et l'apport de l'utilisation du marketing social dans le cadre de la promotion de la santé. Cette étude pourrait être utile s'il était envisagé une implémentation plus massive.

Conclusion

Ce mémoire a pour objet de recherche la manière dont les professionnels de la promotion de la santé perçoivent la faisabilité et l'utilisation du marketing social en Belgique francophone. Au travers de la littérature, il a été mis en évidence que le concept de marketing social peut avoir un intérêt dans le cadre d'interventions en promotion de la santé tout en attirant l'attention sur ses limites à prendre en compte dans ce secteur.

L'étude réalisée est qualitative. Des entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés avec quatorze professionnels. La recherche a pour objectif d'explorer les perceptions des professionnels. En effet, ce sont des acteurs importants dans la mise en œuvre du plan wallon de prévention et de promotion de la santé et donc, dans le cadre d'une éventuelle implémentation du marketing social en promotion de la santé. Leurs représentations peuvent en effet être une entrave ou au contraire une aide au passage à l'action.

Au travers des avis des professionnels, il émerge une méconnaissance du marketing social tant théorique que pratique. Cela entraîne une utilisation inconsciente et partielle de la méthode. De fait, les professionnels font uniquement référence à certaines dimensions de la méthode en évoquant leurs pratiques actuelles de promotion de la santé. Quant à la faisabilité du marketing social en promotion de la santé, elle est explorée à l'aide d'une analyse SWOT. Il s'en dégage que les freins et les inconvénients ressortent de manière plus prépondérante que les facilitateurs et les avantages. De plus, le marketing social ne semble pas répondre à une demande explicite du terrain mais suscite un intérêt comme le secteur en a pour la « nouveauté ». Concernant les avantages perçus, une meilleure appréhension du public et une amélioration de la communication permettraient plus d'efficacité des interventions de promotion de la santé. En ce qui concerne les inconvénients perçus, beaucoup sont issus du caractère commercial du marketing. Les risques d'une communication « grand public » (en ce compris l'injonction d'un comportement et la responsabilisation excessive de l'individu) sont aussi relevés. Un obstacle majeur perçu, source de méfiance pour une éventuelle utilisation, relate un manque de cohérence entre les valeurs et l'éthique de la promotion de la santé et celle du secteur du marketing (notamment par le risque de manipulation de l'individu). Il est aussi affirmé le manque de connaissances tant théoriques que pratiques du concept de marketing social.

De ce mémoire, peuvent découler différentes pistes à approfondir dans des recherches futures comme de confronter les politiques de promotion de la santé à ce concept mais aussi d'interroger d'autres acteurs, tels que des spécialistes en marketing par exemple. Des pistes en lien avec le terrain peuvent aussi être formulées. La nécessité d'une sensibilisation des professionnels via la formation et des outils créés pour expliciter les balises du marketing social en est une. Le soutien des fédérations de promotion de la santé vis-à-vis de cette démarche ainsi que la diffusion de recommandations de mise en œuvre avec une attention à la dimension éthique qui soulève des réticences en sont d'autres. Il convient aussi de garder à l'esprit que le marketing social est une méthode complémentaire à d'autres et ne remplace pas toute l'importance de l'accompagnement de l'individu dans le cadre de la promotion de la santé.

Dans cette perspective, ce travail met en évidence des freins et des opportunités à prendre en compte dans le cadre d'une potentielle implémentation. Des balises qui pourraient être utilisées dans des outils de vulgarisation du concept sont définies dans la partie théorique. Celle-ci réalise un état des lieux de la promotion de la santé en Belgique francophone et de ses défis. Elle clarifie aussi le concept du marketing social en développant les 6 critères d'Andreasen (2002) : le changement de comportement pour but, la connaissance approfondie du public-cible, sa segmentation, un échange bénéfique, la technique du marketing mix aussi appelé « 4P » et enfin, la prise en compte de la concurrence au changement. Des conditions d'efficacité ont par la suite été soulevées.

Le lien entre la promotion de la santé et le marketing social est discuté. Après avoir creusé les perceptions du marketing social en promotion de la santé de manière globale, ces deux domaines se rejoignent, notamment sur la prise en compte de l'environnement lors d'interventions, mais divergent sur l'utilisation de techniques commerciales et sur les valeurs prônées par les industries. D'ailleurs, si une implémentation du marketing social venait à se réaliser en promotion de la santé, certains points doivent faire l'objet d'une attention plus particulière. Rendre le marketing social cohérent par rapport aux valeurs de la promotion de la santé et évaluer cette mise en pratique semblent indispensables.

Enfin, en termes d'apprentissages, ce mémoire a permis l'appropriation de nouveaux concepts utiles dans le domaine de la santé publique. Il a apporté de l'ouverture à la diversité des méthodes possibles. En effet, il a été l'occasion de percevoir qu'une méthode à priori peu en phase avec le secteur de la santé peut y apporter une plus-value. Différentes réflexions

personnelles sont aussi apparues durant ce travail, notamment relatives à la nécessité d'une injonction d'un comportement recommandé. Grâce aux entretiens, une conscientisation des diversités des pratiques en promotion de la santé, avec des accents différents sur l'éducation pour la santé et la prévention, s'est concrétisée. Enfin, des compétences d'analyse et d'articulation entre la théorie et le terrain ont été développées.

Bibliographie

- Aceves-Martin, M., Llauro, E., Tarro, L., Moreno-Garcia, C. F., Trujillo Escobar, T. G., Sola, R., & Giralt, M. (2016). Effectiveness of social marketing strategies to reduce youth obesity in European school-based interventions : a systematic review and meta-analysis. *Nutrition Reviews*, 74(5), 337-351. doi:10.1093/nutrit/nuw004
- Agence pour une vie de qualité. (2017). *Plan Prévention Promotion de la Santé en Wallonie. Partie 1 : Définition des priorités en santé Horizon 2030*. Retrieved from <http://sante.wallonie.be/sites/default/files/plan-prévention-janvier%202017-final-2.pdf>
- Agence pour une vie de qualité. (2019). *Plan wallon de prévention et de promotion de la santé : Horizon 2030*. Retrieved from <http://sante.wallonie.be/sites/default/files/2019%2005%2020%20AVIQ-18-19401-Rapport%20Plan%20W%20Pr%C3%A9vention%20dk%C5%BE.pdf>
- Alter, L., Buguet, B., Emmanuelli, J., Jeantet, M., Lopez, A., Nizri, D., & Schaetzel, F. (2013). La nécessité d'un pilotage local et intersectoriel de la prévention et d'une action ciblée. *Actualité et dossier en santé publique*, 83, 22-25. Retrieved from <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=133>
- Andreasen, A. (2002). Marketing Social Marketing in the Social Change Marketplace. *Journal of Public Policy & Marketing*, 21(1), 3-13.
- Ardwison, P. (2013). Développer en France une prévention à l'efficacité prouvée. *Actualité et dossier en santé publique*, 83, 32-34. Retrieved from <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=133>
- Bantuelle, M. (2013). La promotion de la santé restera-t-elle une utopie dans un système politique morcelé ? Le cas de la Communauté française de Belgique. *Santé Publique*, s2(HS2), 149-160. doi:10.3917/spub.133.0149.
- Bareil, C. (2004). *La résistance au changement : synthèse et critique des écrits*. Montréal : Centre d'études en transformation des organisations. Retrieved from http://web.hec.ca/sites/ceto/fichiers/04_10.pdf
- Baril, G. & Paquette, M.-C. (2016). *L'efficacité du marketing social en promotion des saines habitudes de vie*, Institut national du Québec. Québec : Institut de santé publique du Québec. Retrieved from : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2141_efficacite_marketing_habitudes_vie.pdf

- Basil, D. (2019). The fundamentals of social marketing. In D. Basil, G. Diaz-Meneses & M. Basil (Eds.), *Social marketing in action : Cases from around the world* (pp. 23-44). Charn, Switzerland : Springer.
- Blaise, P., Duvaux, C., & Desaulle, M.-S. (2013). Transversalité et intersectorialité : le schéma de prévention du projet régional de santé des Pays de la Loire. *Actualité et dossier en santé publique*, 83, 37-42. Retrieved from <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=133>
- Bowen, D., Kreuter, M., Spring, B., Cofta-Woerpel, L., Linnan, L., Weiner, D., & Fernandez, M. (2009). How we design feasibility studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 452-457. doi:10.1016/j.amepre.2009.02.002
- Breton, É. (2013). Du changement de comportement à l'action sur les conditions de vie. *Santé Publique*, s2(HS2), 119-123. doi:10.3917/spub.133.0119.
- Breton, E. (2017). Comment améliore-t-on la santé d'une population ? : Présentation. In E. Breton, F. Jabot, J. Pommier & W. Sherlaw (Eds.), *La promotion de la santé : comprendre pour agir dans le monde francophone* (pp. 116-118). Rennes, France : Presse de l'école des hautes études en santé publique.
- Breton, E., & Bochard, A. (2017). Histoire de la promotion de la santé. In E. Breton, F. Jabot, J. Pommier & W. Sherlaw (Eds.), *La promotion de la santé : comprendre pour agir dans le monde francophone* (pp. 23-43). Rennes, France : Presse de l'école des hautes études en santé publique.
- Breton, E., Jabot, F., Pommier, J., & Sherlaw, W (2017). *La promotion de la santé : Comprendre pour agir dans le monde francophone*. Rennes: Presse de l'école des hautes études en santé publique.
- Carins, J., & Rundle-Thiele, S. (2013). Eating for the better : a social marketing review (2000-2012). *Public Health Nutrition*, 17(7), 1628-1639. doi:10.1017/S1368980013001365
- Code wallon du 29 septembre 2011 de l'action sociale et de la santé (CWASS).
- Crocker, H., Lucas, R., & Wardle, J. (2012). Cluster-randomised trial to evaluate the change for life mass media/social marketing campaign in the UK. *BMC Public Health*, 12(1), 404-417. doi:10.1186/1471-2458-12-404
- Décret du parlement francophone bruxellois du 5 février 2016 relatif à la promotion de la santé.
- Décret de la Région wallonne du 2 mai 2019 modifiant le Code wallon de l'Action sociale et de la Santé en ce qui concerne la prévention et la promotion de la santé.

- Deulemeester, R., & Ferron, C. (2013). Promotion de la santé et prévention des décès, incapacités prématurés et inégalités évitables. *Actualité et dossier en santé publique*, 83, 59-61. Retrieved from <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=133>
- Eyssen, M., Benahmed, N., & Paulus, D. (2018). *Vers un plan intégré d'Evidence-Based Practice en Belgique - 2e partie : implémentation et gestion des performances - Synthèse*. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports 291Bs. D/2018/10.273/11. Retrieved from https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_291Bs_Plan_EBP_Belgique_Plan_de_gouvernance_Synthese.pdf
- Firestone, R., Rowe, C. J., Modi, S. N., & Sievers, D. (2017). The effectiveness of social marketing in global health : a systematic review. *Health Policy and Planning*, 32(1), 110-124. doi:10.1093/heapol/czw088
- French, J., & Gordon, R. (2015). *Strategic Social Marketing* (Vol. 1). London : SAGE Publications.
- Gallopel-Morvan, K. (2014). Marketing social et marketing critique : quelle utilité pour la santé publique ?. *Les tribunes de la santé*, 4(45), 37-43. doi:10.3917/seve.045.0037
- Gallopel-Morvan, K., Nguyen Thanh, V., Arwidson, P., & Hastings, G. (2019). *Marketing social : de la compréhension des publics au changement de comportement*. Rennes : Presse de l'école des hautes études en santé publique.
- Gonzalo, D., & Basil, M. (2019). A brief history of social marketing. In D. Basil, G. Diaz-Meneses & M. Basil (Eds.), *Social marketing in action : Cases from around the world* (pp. 79-89). Charn, Switzerland : Springer.
- Gordon, R., McDermott, L., Stead, M., & Angus, K. (2006). The effectiveness of social marketing interventions for health improvement : What's the evidence ?. *Public Health*, 120(12), 1133-1139. doi:10.1016/j.puhe.2006.10.008
- Guichard, A., & Dupéré, S. (2017). Approches pour lutter contre les inégalités sociales de santé. In E. Breton, F. Jabot, J. Pommier & W. Sherlaw (Eds.), *La promotion de la santé : comprendre pour agir dans le monde francophone* (pp. 97-113). Rennes, France : Presse de l'école des hautes études en santé publique.
- Harpet, C. (2017). Déterminants de la santé et justice sociale. In E. Breton, F. Jabot, J. Pommier & W. Sherlaw (Eds.), *La promotion de la santé : comprendre pour agir dans le monde francophone* (pp. 81-95). Rennes, France : Presse de l'école des hautes études en santé publique.

- Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (2017). *Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé : avis*. Paris : France stratégie. Retrieved from : <https://www.securite-sociale.fr/home/hcaam/zone-main-content/rapports-et-avis-1/avis-refonder-les-politiques-de.html>
- Jobin, L. (2012). *La santé et ses déterminants : mieux comprendre pour mieux agir*. Québec : Santé et services sociaux Québec, Retrieved from <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>
- Lee, N., & Kotler, P. (2020). *Social marketing : behavior change for social good* (Vol. 6). United Kingdom: SAGE Publications.
- Le petit Larousse illustré. (2007). Paris: Larousse.
- Luecking, C., Hennink-Kaminski, H., Ihekweazu, C., Vaughn, A., Mazzuca, S., & Ward, D. (2017). Social marketing approaches to nutrition and physical activity interventions in early care and education centres : a systematic review. *Obesity reviews*, 18, 1425-1438. doi:10.1111/obr.12596
- Malterud, K. (2001). Qualitative research : standards, challenges, and guidelines. *The lancet*, 358, 483-488. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)
- Matos Da Silva, D., Trefois, M., & Taeymans, B. (2019). Marketing social et promotion de la santé : une association compatible ?. *Education Santé*, 359, 3-8. Retrieved from http://educationsante.be/media/filer_public/3f/9f/3f9f0124-26ea-444a-a9d7-bfb4da7d4f4b/es_359_br.pdf
- Minh Doan, H. & Dao Truong, V. (2019). Using social marketing to promote handwashing with soap for a healthier Vietnam. In D. Basil, G. Diaz-Meneses & M. Basil (Eds.), *Social marketing in action : Cases from around the world* (pp. 283-294). Charn, Switzerland : Springer.
- Ministre des affaires sociales et de la santé publique. (2005). *Plan national nutrition et santé pour la Belgique 2005-2010*. Bruxelles : Ministre des affaires sociales et de la santé publique. Retrieved from Bruxelles: <https://infor-allaitement.be/sites/default/files/PNNS-B%20DEF.PDF>
- Murray, K., Lavoie, A. M., & Cishahayo, F. (2011). Esprit critique, marketing social et promotion de la santé. *Perspective soignante*, 41, 98-118.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Retrieved from https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf?ua=1

- Organisation Mondiale de la Santé. (2016). Qu'est-ce que la promotion de la santé ? Retrieved from the Web site of Organisation mondiale de la santé <https://www.who.int/features/qa/health-promotion/fr/>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2016). Promotion de la santé : Objectifs et enjeu de la Neuvième Conférence mondiale sur la promotion de la santé. Retrieved from the Web site of Organisation mondiale de la santé <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/about/fr/>
- Organisation mondiale de la santé. (2013). *Santé 2020 : cadre politique et stratégie*. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe Retrieved from https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/215258/Health2020-Long-Fre.pdf
- Peretti-Watel, P. (2013). L'homo medicus, cible idéale, mais introuvable, des campagnes de prévention. *Actualité et dossier en santé publique*, 83, 29-32. Retrieved from <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=133>
- Pomarède, R. (2013). Les politiques de prévention en France : bilan et recommandations des instances d'évaluation et de consultation. *Actualité et dossier en santé publique*, 83, 22-25. Retrieved from <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=133>
- Porcherie, M., Pommier, J., Ferron, C., & Jabot, F. (2017). Promotion de la santé en France. In E. Breton, F. Jabot, J. Pommier & W. Sherlaw (Eds.), *La promotion de la santé : comprendre pour agir dans le monde francophone* (pp. 303-313). Rennes, France : Presse de l'école des hautes études en santé publique.
- Règlement du parlement européen et du conseil relatif à l'établissement d'un programme d'action de l'Union dans le domaine de la santé pour la période 2021-2027 et abrogeant le règlement (UE) n°282/2014 (Programme "UE pour la santé") : proposition du 28.05.2020.
- Ridde, V., Béland, D., & Lacouture, A. (2017). Stratégies par les politiques publiques. In E. Breton, F. Jabot, J. Pommier & W. Sherlaw (Eds.), *La promotion de la santé : comprendre pour agir dans le monde francophone* (pp. 119-141). Rennes, France : Presse de l'école des hautes études en santé publique.
- Roussille, B. & Deschamps, J. (2013). Aspects éthiques de l'éducation pour la santé... ou les limites de la bienfaisance. *Santé Publique*, s2(HS2), 85-91. doi:10.3917/spub.133.0085.
- Silchenko, K., Simonetti F., & Gistri, G. (2019). The second life of food : when social marketing bridges solidarity and waste prevention. In D. Basil, G. Diaz-Meneses & M.

- Basil (Eds.), *Social marketing in action : Cases from around the world* (pp. 111-126). Charn, Switzerland : Springer.
- Simar, C. & Raude, J. (2017). Stratégies d'intervention axées sur les aptitudes individuelles. In E. Breton, F. Jabot, J. Pommier & W. Sherlaw (Eds.), *La promotion de la santé : comprendre pour agir dans le monde francophone* (pp. 209-234). Rennes, France : Presse de l'école des hautes études en santé publique.
- Solidaris. (2017). *L'information santé en Belgique francophone : Etats des lieux, attentes de la population et impact d'internet*. Belgique : Solidaris. Retrieved from <http://www.institut-solidaris.be/wp-content/uploads/2017/11/InformationSanteBelgiqueFrancophone.pdf>
- The national social marketing centre. (2016). Social marketing benchmark criteria. Retrieved from <https://www.thensmc.com/sites/default/files/benchmark-criteria-090910.pdf>
- Van den Broucke, S. (2017). Strengthening public health capacity through a health promotion lens. *Health Promotion International*, 32(5), 763-767.
- Wymer, W. (2015). Formulating Effective Social Marketing and Public Health Communication Strategies. In W. Wymer (Ed.), *Innovations in Social Marketing and Public Health Communication : Improving the Quality of Life for Individuals and Communities*. (pp. 3-32). Switzerland: Springer.

Annexe

Annexe 1 : Guide d'entretien

Guide d'entretien : l'utilisation et la faisabilité du marketing social

Entretien semi-directif avec pour question de recherche : Comment et pour quelles raisons la faisabilité et l'utilisation du marketing social sont-ils perçus par les professionnels de la promotion de la santé ?

Préambule :

- Je vous remercie pour votre participation à mon sujet. Je suis Pauline Baffrey, diététicienne et étudiante en 2^{ème} année de master de santé publique.
- Je travaille sur un mémoire qui traite de l'utilisation et de la faisabilité du marketing social en Belgique francophone dans le cadre de la promotion de la santé avec comme promoteur le Professeur S. Van den Broucke et Madame N. Mélard pour copromotrice.
- Avec votre accord, l'entretien sera enregistré dans le but de pouvoir le retranscrire de manière précise par la suite. Bien entendu, votre nom et les éléments qui pourraient vous identifier ne seront pas notifiés afin que cet entretien reste anonyme. Cet entretien est confidentiel. Ces données seront utilisées uniquement dans le cadre de mon mémoire.
- Si vous le souhaitez, je peux vous faire parvenir mon entretien avant qu'il soit analysé pour que vous validiez la retranscription. Il m'est aussi possible de vous faire parvenir mon mémoire, une fois terminé, si mes recherches vous intéressent. Si vous avez des questions, vous pouvez revenir vers moi.
- Durée prévue : 45 min-1h
- Vous pouvez refuser de répondre à une question sans plus d'explications. Vous pouvez interrompre l'entretien à tout moment ou demander d'arrêter l'enregistrement à tout moment.
- Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Ce qui m'importe c'est de connaître votre avis, votre vision, vos perceptions sur le sujet.
- Avant de commencer est – ce que vous avez des questions plus pratiques ?
- Est-ce que vous confirmez votre participation à cet entretien et son enregistrement ?

Présentation du répondant

- En quoi consiste votre travail dans l'institution ?

- Quel est votre parcours ?
 - Récolter les données : année de naissance, métier, genre, parcours professionnel (lieu de travail, missions, années d'ancienneté, études)

Introduction

- Quelles sont les **procédures, méthodes utilisées** en général lors de la mise en place de la promotion ayant pour but un changement de comportement bénéfique à la santé ?
 - Quelles en sont les étapes essentielles ?
 - Y a-t-il des éléments prioritaires dans la mise en place ?

Définition et mise en contexte

- Pour vous, **qu'est-ce que** le marketing social ?
- **Comment** avez-vous déjà eu l'occasion de **mettre en œuvre** ou de « manipuler/employer » ce concept (même en partie) ?
 - Dans quel contexte ?
 - Avec quels résultats/conséquences ?
 - Suite à cette expérience, quelles modifications feriez-vous ?
 - Par quelle manière en avez-vous eu connaissance ?

Perceptions

- Que **pensez-vous** de cette méthode ?
 - Que pensez-vous de son utilisation dans le cadre de la promotion d'un changement de comportement bénéfique à la santé ?
- Quels sont les **avantages** de cette méthode selon vous ?
- Quels sont les **inconvenients** de cette méthode selon vous ?
- Quel **intérêt** les **professionnels de la promotion** de la santé portent actuellement sur le marketing social ?
 - Quelles sont les **demandes** des professionnels de la promotion de la santé/vos demandes d'insérer une telle méthode dans vos pratiques ?

Faible utilisation

- Quelle **utilisation** faites-vous du marketing social aujourd'hui ?
- L'efficacité de cette méthode a fait ses preuves dans d'autres pays concernant les changements de comportement (ex : augmentation de l'activité physique, diminution de l'usage du tabac, de l'alcool et des drogues) (Gordon et al., 2006).

Pour **quelles raisons**, malgré cette efficacité prouvée, cette méthode n'est **que peu utilisée** en Belgique francophone ?

Efficacité

- Pour **quelles raisons** est-ce une méthode **efficace** dans le cadre de la promotion de la santé (et plus particulièrement d'un **changement de comportement**) en Belgique francophone ?
 - A-t-elle une plus-value par rapport aux autres méthodes utilisées dans ce cadre ?
 - *Se baser sur les 6 critères d'Andreasen (différences entre les thématiques ?)*

Implémentation

- Quelles sont les **ressources** nécessaires à l'implémentation d'une méthode visant un changement de comportement ?
- Quelles **difficultés rencontrez-vous** actuellement lors de **l'implémentation d'une méthode** visant un changement de comportement ?
 - Quelles stratégies pourraient être mise en place pour contourner ses difficultés ?
 - Selon vous, par quels moyens le marketing social pourrait-il contrer ses difficultés ou au contraire, les empirer ?
- Selon vous, **comment** serait-il possible d'**améliorer l'implémentation** du marketing social en Belgique francophone dans le cadre de la promotion d'un changement de comportement ?
 - Quels facteurs vont faciliter sa mise en place ? (les facilitateurs et opportunités)
 - Quels facteurs vont être un obstacle à sa mise en place ? (les freins et difficultés)

Evaluation

- Comment un tel processus est **évalué** (avant-pendant-après) ?
 - En quoi cette évaluation est-elle nécessaire ?

Clôture

- Quelle serait votre attitude et vos sentiments si une campagne dans le cadre de la promotion de la santé utilisait le marketing social ? Pour quelles raisons ?

- Souhaitez-vous aborder d'autres sujets ? Par exemple : le marketing social dans d'autres contextes, ...
- Remerciements

