

Comment et dans quelles limites « marketer » la santé ?

Dominique Crié* et Karine Gallopel-Morvan**

*Université de Lille (IAE)

**Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), Rennes

Rédacteurs en chef invités de *Décisions Marketing*

Le secteur de la santé, comme beaucoup de secteurs dynamiques et en évolution constante, connaît de nombreuses turbulences nées des fortes incertitudes qui pèsent sur les modalités de son financement, sur l'innovation ou encore sur la globalisation des marchés et la mise en concurrence très forte des acteurs qui le composent. Par ailleurs, dans un monde où les révolutions technologiques et sociales se croisent, le patient et le citoyen, longtemps cantonnés à des rôles passifs et soumis à l'autorité médicale, s'émancipent, deviennent coproducteurs de leur santé, capables de choisir entre des offres concurrentes, d'imposer leurs préférences, d'analyser et de critiquer le marché, etc. (Camacho *et al.*, 2010). L'émancipation du patient dans toutes les décisions qui concernent sa santé est considérable et intervient à tous les niveaux : avant d'être malade (prévention primaire), dès l'apparition de la maladie (diagnostic et décision thérapeutique), pendant son évolution (observance et éducation thérapeutique) ou après (prévention secondaire). Ce nouveau contexte modifie fondamentalement les relations médecin-malade, mais aussi individu-société-malade. Cette émancipation est liée à un état de connaissances avancé de la chose médicale, aussi bien en information statique qu'en interaction *peer to peer* à travers les réseaux de patients ou les forums de discussion spécialisés où les individus partagent désormais leurs expériences sur les traitements, les médicaments ou les prestataires de soins. L'idée traditionnelle d'un patient passif et « assujéti » est progressivement supplantée par la réalité d'un consommateur engagé et proactif dans le design de son propre processus de soins (Rooney, 2009). Cela se traduit par une tendance émergente au consumérisme, voire à l'activisme, reflet d'une nouvelle exigence sociale dans le secteur des soins : multiplication des associations de patients, classement des établissements, évaluation des médecins, accroissement des contentieux, etc. (Evans et McCormack, 2008).

Ainsi de nouvelles injonctions apparaissent, comme cette nécessité de s'adapter à la nouvelle relation médecins-patients, l'obligation de répondre à la nouvelle temporalité entraînée par l'irruption des technologies et solutions numériques dans l'écosystème de la santé qui en modifie radicalement la temporalité de référence, etc. Ces différents facteurs tendent à accroître l'intérêt des multiples parties prenantes du domaine pour le « marketing santé ». Dans un tel contexte, ce dernier trouve tout naturellement une utilité et une légitimité même si, pour les organisations de santé en France (hôpitaux, organismes de prévention, établissements médicaux sociaux, etc.),

cette idée est encore nouvelle. Comme le précise François Bourdillon, Directeur de l'agence nationale Santé publique France entre 2016 et 2019 : « notre pays franchit une étape, celle de l'intégration pleine et entière du marketing social dans les outils de la santé publique. Longtemps ce terme n'était pas admis dans ce milieu [...]. Pourtant, le marketing est un outil puissant pour favoriser l'adoption d'habitudes de vie et des environnements favorables à la santé » (Gallopel-Morvan *et al.*, 2019, p.9). Si le marketing social prend ses marques dans le domaine de la prévention, le marketing reste encore relativement inexploré dans le champ sanitaire et médicosocial (hôpitaux, EHPAD, etc.) où les pratiques sont assez confidentielles. Des freins existent encore, et notre discipline a longtemps été écartée de l'univers de la santé dans une confrontation idéologique entre le mercantile et l'altruisme, la vente et le service public, le marketing restant l'apanage des industries pharmaceutiques et d'équipements médicaux ou des cliniques dites privées lucratives. D'autres raisons expliquent également ce rejet de prime abord : une consommation individuelle et un paiement socialisé (d'où une relative indifférence à la variable prix), une large asymétrie d'information un temps entretenue quant aux soins et traitements nécessaires, une activité réglementée réduisant l'éventail de choix du consommateur final, un encadrement strict de la publicité en matière de marketing pharmaceutique (DTCA¹), une aversion des professionnels des soins pour la concurrence et une adhésion forte aux valeurs d'éthique et d'altruisme jugées incompatibles avec toute approche marketing.

En conséquence, l'utilisation conjointe des termes « marketing social », « marketing hospitalier », « marketing santé » reste encore assez éloignée du registre lexical habituel des organisations de santé en France, et résonne souvent comme un oxymore (Crié, Salerno et Vincent, 2014). Les pays du nord de l'Europe, l'Amérique du Nord ou l'Australie sont comparativement plus avancés : il existe par exemple dans la plupart des établissements de santé sanitaires et médico-sociaux et des organismes de prévention de ces pays des directeurs ou responsables marketing et un département « marketing social ».

Mais tout cela évolue, et certains acteurs de la santé en France se réfèrent de plus en plus explicitement aujourd'hui au marketing, à travers différents outils qu'ils mobilisent : études de marché, segmentation de leur portefeuille d'activités et de leurs espaces territoriaux d'influence, marque, ciblage de leurs « clients/prospects » potentiels, positionnement et différenciation de leur « offre », communication digitale et personnalisée, *fundraising*, publicité, etc. Ainsi un mouvement semble s'enclencher en France et la vision traditionnelle et passée du marketing chez les opérateurs de santé évolue sous la pression de différents facteurs, notamment :

- une prise de conscience des autorités sanitaires de la nécessité de mettre en œuvre une politique de prévention et de promotion de la santé efficace ;
- dans les établissements de soins, la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A), qui a changé la logique du financement (désormais fonction de l'activité produite), nécessite de se positionner dans une logique productiviste et concurrentielle ;
- dans les organisations de santé au sens large, les logiques d'évaluation des programmes de soins et de prévention ou de certification des services de santé offerts au public sont désormais au centre des préoccupations ;
- enfin, le renforcement des droits du patient (loi du 4 mars 2002), le développement de la notion de démocratie sanitaire, le souhait des citoyens de prendre part aux décisions sur leur santé, poussent à réfléchir à des programmes conçus pour et avec les publics cibles (*design thinking*).

1/ *Direct To Consumer Advertising.*

En lien avec cette tendance naissante et des pratiques qui s'affirment, la question posée dans le cadre de ce numéro spécial de *Décisions Marketing* est « Comment et dans quelles limites “marketer” la santé ? ».

Les contours du marketing santé

Dans une acception large, le champ du marketing santé vise à la fois des individus sains, qui souhaitent le rester, ou qui ignorent certains comportements délétères, et des individus malades qui souhaitent recouvrer la santé ou limiter les conséquences de la maladie sur leur vie courante. Il se situe dans un contexte charnière à de multiples égards, global et concurrentiel, législatif et réglementaire, social et sociétal, de la communication sur la maladie à celle sur la santé. La révolution des TIC² invite ce secteur traditionnellement réservé à s'ouvrir vers l'extérieur en général, les patients-clients en particulier et de façon encore plus large à s'engager envers les différentes parties prenantes.

Le terme « marketing santé » est utilisé pour signifier une approche systématisée des principes de la doctrine marketing dans le champ très large, très hétérogène et très complexe de la santé (Crié & Chébat, 2013). Si de nombreux auteurs s'accordent pour célébrer son émergence comme un champ particulier d'investigation (Berry et Bendapudi, 2007 ; Lega, 2006 ; Stremersch, 2008), peu finalement en donnent une définition claire et surtout intégrative car il recouvre en fait des réalités diverses, évoquant par endroit le marketing des « *life sciences* » (Stremersch et Van Dyck, 2009 ; Manchanda *et al.*, 2005), le marketing social (Kotler et Zaltman, 1971 ; Lee et Kotler, 2019 ; Gallopel-Morvan *et al.*, 2019 ; Hastings et Domegan, 2017) ou encore le marketing des services de soins (Zaltman et Vertinsky, 1971 ; Berry et Bendapudi, 2007 ; Latham, 2004 ; Smith, 2011 ; Anderson, Rayburn et Sierra, 2018).

Pour aider les organisations de santé à développer, à adapter et à s'appropriier le marketing, des chercheurs, de plus en plus nombreux, s'intéressent à ces questions. En effet, ces dernières années, les publications traitant du « marketing social », du « marketing hospitalier », du « marketing santé », les numéros spéciaux de journaux académiques (*International Journal of Research in Marketing* en 2008, *Journal of Marketing* en 2009, le *Journal de Gestion et d'Economie de la Santé* en 2014, *Recherche et Applications en Marketing* en 2015, etc.) se multiplient et les acteurs et professionnels de la santé commencent à s'y référer. Des communications, des journées ou des sessions spéciales santé font également leur apparition dans les congrès comme celui de l'AFM (Association Française du Marketing), celui consacré aux Tendances du Marketing en Europe, la *World Social Marketing Conference* ou encore les Journées Internationales du Marketing de la Santé mises en place en France depuis 2010.

Malgré ces travaux, le marketing de la santé demeure encore relativement inexploré et les outils utilisés par les différents acteurs du terrain restent ancrés dans une approche traditionnelle centrée sur le marketing management et la communication, alors que ce champ d'étude devrait faire sienne une perspective expérientielle, émotionnelle (Agrawal *et al.*, 2007) ou éthique (Latham, 2004). Il apparaît donc légitime de visiter ou revisiter les relations *a priori* paradoxales que sont susceptibles d'entretenir deux objets apparemment très éloignés que sont le marketing et la santé.

Les grandes questions qui se posent à la communauté des chercheurs en marketing santé restent multiples et variées. Sans vouloir être exhaustif, quelques exemples de nature générale peuvent être proposés : quels sont les contours, les spécificités, les perspectives et les limites du marke-

ting en santé, notamment éthiques mais aussi dans leur opérationnalité ?, quels sont les défis à relever pour que les organisations de santé s'approprient pleinement la démarche marketing dans un objectif de création de valeur et d'innovation managériale ?, quelles sont les retombées, en termes de management, de l'intégration d'une démarche marketing dans le secteur de la santé ?, comment l'orientation « patient-client » peut-elle devenir une source de création de valeur à la fois pour les patients et pour les opérateurs de santé ?, comment améliorer l'efficacité des campagnes de communication dans le contexte de la santé ?, etc.

Ce numéro spécial de *Décisions Marketing* est l'occasion de montrer, au travers d'exemples de recherches abouties, comment les chercheurs utilisent la doctrine ou la démarche marketing pour répondre à des problématiques touchant la santé. Il permet également d'approfondir les réflexions dans le champ du marketing de la santé, réflexions qui seront utiles pour les chercheurs mais également pour les acteurs du terrain, en faisant progresser la compréhension des mécanismes de fonctionnement de ce marché spécifique, en apportant des cadres théoriques pertinents d'analyse, en proposant les approches méthodologiques les plus adaptées et en fournissant aux professionnels les applications managériales les plus immédiatement mobilisables. Au-delà des querelles dogmatiques qui fleurissent çà et là, nous prenons donc le parti d'aborder le sujet sous un angle pragmatique, c'est-à-dire au regard de la façon dont les acteurs se sont emparés du concept et de ses modes de mise en œuvre sur le terrain.

Sept exemples de la pertinence de l'approche marketing en santé

Ethique et expérience du Soi Futur Virtuel en changement de comportement de santé

L'appel à la peur est souvent utilisé pour son efficacité persuasive. De nouvelles technologies en permettent une approche ultra personnalisée comme la projection du Soi Futur Virtuel (SFV). Le SFV réduit à la fois la distance menace-soi, la distance temporelle entre le soi présent et un soi futur craint et rend vivide la vision du soi futur ce qui conduit à marquer l'esprit et à déclencher l'imagination motivant le changement de comportement. Néanmoins, l'acceptabilité éthique de l'expérience de menace persuasive de ces dispositifs pose question, notamment au regard de leur très grande capacité de personnalisation et des niveaux de peur ou d'anxiété qu'ils peuvent engendrer, alors que plusieurs travaux montrent une efficacité sur l'intention de changement de comportement (particulièrement pour les jeunes générations, pour les hommes qui fument ou encore les jeunes femmes face à l'abus d'exposition solaire).

La littérature sur l'éthique en santé publique et l'éthique de la technologie persuasive est mobilisée par Amira Berriche, Annabel Martin et Daphné Villain pour délimiter l'acceptabilité des interventions en santé publique, en distinguant l'éthique téléologique (« orientée buts » ou conséquences) qui légitime les actions efficaces – pour peu que l'on respecte les critères de proportionnalité et de nécessité –, et l'éthique déontologique (« orientée moyens »), qui interroge la façon d'atteindre les objectifs qui doit être nécessairement correcte et en adéquation avec les principes moraux et le critère de moindre infraction. Néanmoins, ces critères sont différemment perçus en fonction de la position du sujet dans la phase de changement de comportement du modèle transthéorique, faisant craindre une atteinte à l'identité individuelle, à l'identité familiale ou des phénomènes de désidentification.

Les apports de cet article se situent au niveau théorique dans l'évaluation de l'acceptabilité éthique du SFV. Sur le plan managérial, il ouvre, à partir de l'exemple de la promotion de l'activité physique, le chemin de l'adoption d'un guide de bonnes pratiques pour une utilisation responsable et

éthique des technologies persuasives dans le cadre du marketing transformatif en santé (au sens de Kumar, 2018).

Don du sang : comprendre la logique des donneurs et la valeur du don pour encourager le recrutement et la fidélisation des donneurs

Les besoins en sang et dérivés sont en croissance constante alors que les ressources (donneurs) ont tendance à stagner, ce qui fait que la collecte est une priorité absolue en matière de santé publique. Une problématique récurrente de ce secteur est donc de recruter et de fidéliser les donneurs, ce qui légitime une approche marketing afin de comprendre en profondeur comment et pourquoi ils sont « entrés » dans le don, et quelles raisons les incitent à réitérer cet acte citoyen.

Classiquement, sont mobilisés pour expliquer le don de sang, les motivations pro-sociales (altruisme, obligations perçues), le capital social, les réactions affectives anticipées et l'empowerment, en tant que sentiment motivationnel de « maîtrise » relatif à un phénomène qui concerne et implique les individus. Cependant, bien que couramment utilisés en psychologie de la santé, ces variables peinent à expliquer les pratiques de don, ce qui en limite la pertinence en marketing de la santé.

Emmanuelle Boch et Jean-Luc Giannelloni proposent une approche centrée sur la « valeur » des dons à travers une étude ethnographique combinant immersion sur le terrain et analyse de données visuelles. Ces données sont complétées par des entretiens semi-directifs et un « livre d'or », afin d'identifier les facteurs propices au premier don et à sa réitération.

Une séquence récurrente de 4 phases menant au don est identifiée (prise de conscience du besoin ; arbitrage par comparaison soi-autrui, coûts-bénéfices ; évaluation de son aptitude physique au don ; gestion de ses ressources corporelles) ainsi que 3 profils de donneurs selon leur abord de cette séquence (empathiques, réactifs, pragmatiques). La prise de conscience est souvent négligée alors qu'elle semble fondamentale pour motiver le premier don. Par ailleurs, l'évaluation coûts-bénéfices peut bénéficier de l'approche d'Aurier, Evrard et N'Goala (2004) en distinguant les éléments de valeurs de nature intrinsèque ou extrinsèque et leur orientation vers soi ou vers autrui.

Les apports de cette contribution sont théoriques dans le sens où ils complètent les travaux portant sur la « valeur » des dons, et directement opérationnels car cette recherche guide les stratégies marketing à déployer pour accroître le recrutement de nouveaux donneurs et s'assurer leur fidélité.

Distinguer les risques sanitaire et nutritionnel perçus pour améliorer les comportements alimentaires

Les produits alimentaires figurent parmi ceux les plus soumis au marketing. D'un autre côté, l'alimentation incarne l'acte le plus fondamental de tout être humain et celui qui peut avoir le plus d'impact sur sa santé, tout en restant dans la représentation sociale d'une « alimentation plaisir » dominante en France. Au risque sanitaire, plus ancien, s'ajoute maintenant le risque nutritionnel, devenant de véritables enjeux, à la fois pour les politiques de santé publique et pour les industriels qui doivent améliorer la qualité de leurs produits. Le risque alimentaire, paradoxalement perçu élevé pour la santé par les consommateurs, varie en fait selon les individus, en fonction des caractéristiques psychologiques, culturelles et sociales, et est éclairé par la typologie de Ferreira (2006).

Aujourd'hui, pour les consommateurs français, ce sont les risques santé à long terme de leur alimentation, construits sur des attributs de croyance plutôt qu'expérientiels, qui priment devant

les risques de toxi-infection alimentaire. On assiste toutefois, pour certains profils de consommateurs (jeunes adultes urbains), à un accroissement du risque sanitaire liés aux nouveaux modes de consommation (denrées crues d'origine animale, par exemple sushis), à une moindre attention aux DLC³ pour des produits moins transformés et issus de circuits courts, « bio » ou à une cuisine collaborative (donc sans conservateurs).

Encourager des comportements alimentaires sains afin de lutter contre les maladies dites de la « malbouffe » est un enjeu sociétal majeur que les pouvoirs publics et les entreprises ont tardé à prendre en compte. Les positions des uns et des autres évoluent aujourd'hui, notamment grâce au marketing. Bien que sujettes à caution d'un point de vue scientifique, des applications mobiles nutritionnelles (e.g. Yuka) tendent à modifier les comportements d'achat, dans une logique d'*empowerment* du consommateur, en simplifiant à la fois l'expérience d'achat et le processus de prise de décision. Leur pouvoir (1) de marché est conséquent puisque de grandes marques sont conduites à revoir la composition de leurs produits (Intermarché va modifier 900 recettes pour être « mieux scoré » sur Yuka, sept. 2019), (2) sociétal/de santé publique est incommensurable quand on observe que des patients atteints de maladies chroniques (e.g. diabète) améliorent leur observance nutritionnelle grâce à elles.

Marie-Eve Laporte apporte des éléments intéressants à la réflexion théorique et pratique sur le sujet.

Les effets du Nutri-Score en France sur le consentement-à-payer des consommateurs à faible revenu

Dans la même veine, Lydiane Nabec, Stéphan Marette et Florence Durieux interrogent le consentement-à-payer (CAP) des consommateurs à faible revenu en fonction de l'information fournie par le *Nutri-Score*. C'est en effet une cible prioritaire des politiques de santé publique (PNNS⁴ 2017-21) en raison de la prévalence du surpoids et de l'obésité dans ce segment de la population. Le *Nutri-Score* permet une comparaison intuitive, simple et rapide de la qualité nutritionnelle des produits au sein d'une même catégorie (sans nécessiter une lecture fastidieuse de leur composition détaillée), et induit des modifications de comportement d'achat, notamment chez les consommateurs les plus vulnérables.

Quatre-vingt-six participants appartenant à cette cible ont été sollicités en laboratoire, dans le cadre d'un protocole strict, autour de l'achat de paquets de céréales pour le petit-déjeuner. Il s'avère que le *Nutri-Score* augmente leur CAP pour des produits de meilleure qualité nutritionnelle, et la diminue quand les produits proposés sont de moindre qualité, effets renforcés quand on explique le dispositif et les enjeux de la nutrition en matière de santé. Cet effet « *Nutri-Score* » est également d'intensité différente pour les marques nationales et les MDD (Marque de Distributeur) : il est observé un effet plus faible d'un bon score sur les marques nationales et plus important sur ces mêmes marques quand il s'agit d'un mauvais score comparativement aux MDD. Cet article aide à comprendre pourquoi le *Nutri-Score* incite les entreprises à améliorer la qualité nutritionnelle de leurs produits (Auchan a été l'un des premiers à le déployer ainsi qu'Intermarché qui utilise le *Nutri-Score* pour plus de 1 300 références).

.....
3/ Date Limite de Consommation.

4/ Politique Nationale Nutrition Santé (2017-2021).

Lutte contre le tabac auprès des jeunes non-fumeurs : Intérêt de l'association d'émotions négatives dans les messages de prévention

Cécile Colin et Olivier Droulers s'intéressent aux moyens efficaces pouvant convaincre les jeunes de ne pas (re)commencer à fumer. Dans un cadre expérimental et dans la lignée de Plutchik (1980), ils testent l'influence de l'ajout d'une émotion de colère à un message faisant appel à la peur sur l'attitude à l'égard du tabac et l'intention de ne pas (re)commencer à fumer de cette population. Si peur et colère semblent être deux émotions synergiques, d'autres combinaisons pourraient se révéler incompatibles (e.g. peur et espoir). Cette étude expérimentale fait l'objet d'un protocole rigoureux et montre que la colère se positionne en tant que médiateur entre le contenu émotionnel du message (appel à la peur) et l'attitude à l'égard du risque du tabagisme. Elle vient enrichir la littérature sur la persuasion par la peur, sur l'influence des associations d'émotions dans le cadre d'une communication sociale, et amende l'échelle d'attitude à l'égard du tabac en décrivant ses deux dimensions. Des implications en matière de communication en santé publique découlent naturellement des résultats de cette recherche.

Des mots aux maux de la vaccination en France : cartographie d'avis en ligne

Le taux de couverture vaccinale, et par là l'attitude des individus face à la vaccination, interroge les pouvoirs publics et les acteurs de santé depuis plusieurs années. La France se positionne comme l'un des pays les plus méfiants envers la vaccination, malgré de nombreuses campagnes de communication officielles, et ce en relation avec une information tronquée autour des effets secondaires liés ou non aux adjuvants, d'avis divergents des médecins, de la mauvaise communication autour de la pandémie A/H1N1 de 2009, de possibles conflits d'intérêt entre les laboratoires pharmaceutiques et autorités sanitaires ou autre ruptures d'approvisionnement, etc.

Selon Raude (2016), ce sont principalement deux phénomènes conjugués qui conduisent à l'hésitation vaccinale : (1) la « crise de confiance vis-à-vis des pouvoirs publics et autorités sanitaires, (2) l'irruption des médias électroniques et sociaux qui se sont emparés du sujet. On peut en trouver d'autres. C'est l'objet de l'article de Laurent Maubisson, Véronique des Garets et Margaux Nistar, qui étudient le rapport des individus à la vaccination de manière holistique, à partir d'avis en ligne déposés sur la plateforme « *Concertation citoyenne de la vaccination* ». Le but de leur recherche est de mieux comprendre les représentations de la vaccination des individus en position de choix ou d'obligation vaccinale.

Quatre grands thèmes ressortent de cette véritable introspection : (1) les acteurs/intérêts et conflits d'intérêt ; (2) la décision vaccinale (choix/obligation) ; (3) les objectifs et conséquences attendues de la vaccination ; (4) les actions des professionnels en prévention et en proximité. Une approche analytique des sens et non-sens de la vaccination ouvre la voie à des implications managériales. Suivant Fontanille (2008), une grille de lecture sémiotique analyse les champs lexicaux des verbatim en 6 grandes thématiques, déclinées en approche individuelle ou collective, qui permet une compréhension affinée des motivations des individus au regard de la vaccination. Cette cartographie de plus de 5 000 avis postés sur la plateforme gouvernementale constitue l'un des apports majeurs de cet article et ouvre la voie à des stratégies de communication grand public.

Les effets des caractéristiques des cadeaux promotionnels offerts par les entreprises du médicament sur les prescriptions des médecins : Le rôle médiateur de la réactance situationnelle

Traditionnellement, les entreprises pharmaceutiques investissent, certes en recherche et développement, mais également dans la promotion de leurs produits, notamment par l'intermédiaire

de cadeaux destinés aux médecins⁵, réduisant bien souvent le mix marketing à cette variable promotionnelle. Questionnable sur le plan éthique, la visite médicale et la promotion pharmaceutique, quelle qu'en soit la forme, influencent la prescription des médecins, même si ces derniers minimisent cette influence ou la réfutent. La littérature fournit des résultats contrastés : certains auteurs montrent que visite médicale et échantillons ont un effet faible à modéré sur les prescriptions, d'autres sont plus nuancés et notent que l'effet des cadeaux promotionnels pharmaceutiques évolue selon une courbe en forme de U inversé, alors que certains trouvent un effet positif des voyages et séjours pour congrès financés dans des lieux touristiques. Les médecins eux-mêmes jugent faible l'influence de ces techniques promotionnelles sur leurs prescriptions personnelles, mais doutent de la capacité de leurs confrères à résister à ces incitations.

Kivetz (2005), dans un autre domaine, évoque une possible réactance situationnelle générée par la promotion et les cadeaux, et d'autres chercheurs développent le concept au sujet des programmes de fidélisation. Ainsi tout cadeau peut soit faciliter l'acceptation ou la prescription d'un produit soit, au contraire, provoquer une réaction de résistance ou réactance psychologique. C'est l'objet de l'investigation, en terrain réel, de Marie-Claire Wilhelm, Marie-Laure Gavard-Perret et Youssef Gemayel.

Leurs résultats sont clairs. Globalement, le cadeau influence le niveau de prescription. Mais la valeur du cadeau offert (faible *versus* forte), tout comme son rapport avec la pratique médicale (avec ou sans rapport), influencent la réactance situationnelle éprouvée par les médecins : la réactance est plus faible face à des cadeaux de faible valeur et en rapport avec la pratique médicale.

Du point de vue opérationnel, une promotion excessive ou agressive pourrait produire un effet inverse à celui recherché. Certes, de façon générale, les médecins ne restent pas insensibles aux attentions des laboratoires pharmaceutiques. Cependant, un cadeau de plus forte valeur, quelle qu'en soit la nature, provoque une réactance situationnelle plus importante qu'un cadeau de faible valeur, d'autant que ce dernier n'est pas en rapport avec la pratique professionnelle.

Des remerciements en guise de conclusion

Pour clore cet éditorial, il nous paraît évident de remercier tous ceux sans qui la réalisation de ce numéro spécial de *Décisions marketing* eût été impossible. En premier lieu, un grand merci aux rédactrices en chef de la revue, Géraldine Michel et Emmanuelle Le Nagard-Assayag, de nous avoir confié la réalisation de ce numéro spécial « Marketing et Santé » qui se positionne tout naturellement dans le cadre du Groupe d'Intérêt Thématique (GIT) éponyme de l'AFM et des Journées Internationales du Marketing Santé (JIMS) que nous organisons maintenant depuis bientôt 10 ans. Nous adressons ensuite nos remerciements aux 33 auteurs qui nous ont envoyé une proposition d'article pour ce numéro spécial (20 papiers concernaient le marketing social, 6 le marketing pharmaceutique, 5 le marketing des services de soins et 2 étaient plus transversaux). Nous remercions également très chaleureusement les 82 relecteurs qui ont accepté de prendre de leur temps pour évaluer les papiers reçus, mobilisés pour certains sur 2 papiers et 3 versions d'articles. Chaque papier a fait l'objet de trois (voire 4 dans certains cas) évaluations en double aveugle par deux collègues académiques et un praticien acteur de santé directement concerné par l'objet du papier. Ajoutons aux 7 articles publiés dans ce numéro, 3 papiers qui, n'ayant pas terminé leur processus de révision, ont été redirigés dans le circuit général de *Décisions Marketing* et qui seront, nous l'espérons, publiés très prochainement.

5/ En France, la loi du 29 décembre 2011, dite « Xavier Bertrand », règlemente strictement la promotion pharmaceutique en instituant des dispositifs « anti-cadeaux ».

Références

- Agrawal N., Menon G. et Aaker J. (2007), Getting Emotional About Health, *Journal of Marketing Research*, 44(1): 100-113.
- Anderson S., Rayburn S. et Sierra J. (2018), Future thinking: the role of marketing in healthcare, *European Journal of Marketing*, 53(8): 1521-1545.
- Aurier P., Evrard Y. et N'Goala G. (2004), Comprendre et mesurer la valeur du point de vue du consommateur, *Recherche et Applications en Marketing*, 19(3): 1-20.
- Berry L.L. et Bendapudi N. (2007), Health care: a fertile field for service research, *Journal of Service Research*, 10(2): 111-122.
- Camacho N., Landsman V. et Stremersch S. (2010), "The Connected Patient", in Wuyts S., Dekimpe M., Gijsbrechts E. and Pieters R. (eds.), *The Connected Customer: The Changing Nature of Consumer and Business Markets*, Routledge, N.Y.
- Crié D. et Chébat J.-C. (2013), Health marketing: Towards an integrative perspective, *Journal of Business Research*, 66(1): 123-126.
- Crié D., Salerno D. et Vincent A. (2014), Vers un marketing hospitalier : attitudes, pratiques et représentations des managers français, *Journal de Gestion et d'Economie Médicales*, 32(3): 20-39.
- Evans W.D. et McCormack L. (2008), Applying social marketing in health care: communicating evidence to change consumer behavior, *Medical Decision Making*, 28(5): 781-792.
- Ferreira C. (2006), Food information environments: risk communication and advertising imagery, *Journal of Risk Research*, 9(8): 851-868.
- Fontanille J. (2008), *Pratiques sémiotiques*, Paris: Presses Universitaires de France.
- Gallopel-Morvan K., Thanh V. N., Arwidson P., Hastings G. (2019), *Marketing social. De la compréhension des publics au changement de comportement*, Presses de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique.
- Hastings G. et Domegan C. (2017), *Social marketing: rebels with a cause*, Routledge, UK.
- Kivetz R. (2005), Promotion reactance: The role of effort-reward congruity, *Journal of consumer research*, 31(4): 725-736.
- Kotler P., Zaltman G. (1971), Social marketing: an approach to planned social change, *Journal of Marketing*, 35(3): 3-12.
- Kumar V. (2018), Transformative Marketing: The Next 20 Years, *Journal of Marketing*, 82(4): 1-12. doi.org/10.1509/jm.82.41.
- Latham S. R. (2004), Ethics in the Marketing of Medical Services, *Mount Sinai Journal Of Medicine*, 71(4): 243-250.
- Lee N. R. et Kotler P. (2019), *Social Marketing. Behavior Change for Social Good*, 6th ed., SAGE.
- Lega F. (2006), Developing a marketing function in public healthcare systems: a framework for action, *Health Policy*, 78(2-3): 340-352.
- Manchanda P., Wittink D., Ching A., Cleathous P., Ding M., Dong X. et Xie Y. (2005), "Understanding Firm, Physician and Consumer Choice Behavior in the Pharmaceutical Industry", *Marketing Letters*, 16(3/4): 293-308.
- Plutchik R. (1980), *Emotion: A Psychoevolutionary Synthesis*, New York, Harper & Row.
- Raude J. (2016), L'hésitation vaccinale : une perspective psychosociologique. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 200(2): 199-209.
- Rooney K. (2009), Consumer-Driven Healthcare Marketing: Using the Web to Get Up Close and Personal, *Journal of Healthcare Management*, 54(4): 241-251.
- Smith A. (2011), Internal social marketing: lessons from the field of services marketing, in Hastings G., Angus K. and Bryant C. (eds.), *The Sage Handbook of Social Marketing*, Sage, pp. 298-316.
- Stremersch S. (2008), Health and Marketing: The Emergence of a New Field of Research, *International Journal of Research in Marketing*, 25(4): 229-233.

Stremersch S. et Van Dyck W. (2009), Marketing of the Life Sciences: A New Framework and Research Agenda for a Nascent Field, *Journal of Marketing*, 73(4): 4-30.

Zaltman G. et Vertinsky I. (1971), Health Service Marketing: A Suggested Model, *Journal of Marketing*, 35(3): 19-27.