

**DETERMINANTS DE LA RESISTANCE A L'ALERTE DE MORT :  
ROLE MODERATEUR DU COMPORTEMENT ETHIQUE PERÇU PAR LES  
CONSOMMATEURS DE FAUX MEDICAMENTS**

**Par**

**Sèvèho Timothée Ignace AMIDJOGBE**

**Enseignant-Chercheur, Faculté des Sciences Economiques et de Gestion, Centre de recherche en entrepreneuriat, croissance et innovation (CRECI), Université de Parakou au Bénin.**

**Résumé :** Malgré l'alerte de mort relatif aux faux médicaments, leur consommation n'a guère cessé. Ce phénomène aussi inquiétant, exige que l'on interroge la sensibilité des consommateurs à l'égard de la perception du comportement éthique des acteurs du domaine sanitaire. L'objectif de cette recherche, c'est de partir des travaux de Hirèche (2004) pour proposer une stratégie de communication marketing aux officines et aux pharmacies formelles. De la méthodologie mixte appliquée à cette recherche, on s'aperçoit que, plus les consommateurs perçoivent le comportement éthique chez les acteurs du domaine sanitaire, moins faible est l'influence de leur indigence et plus intense est l'effet du bouche-à-oreille positif sur la résistance attitudinale face à l'alerte de mort.

**Mots clés :** alerte de mort, résistance du consommateur, faux médicaments, comportement éthique perçu, communication marketing.

**Abstract:** in spite of the alert of death concerning false medicine, their consumption hardly stopped. This disturbing phenomenon requires us to question the sensitivity of consumers to the perception of the ethical behavior of health actors. The objective of this research, it is to leave works of Hirèche (2004) to propose a marketing communications strategy to pharmacies and to formal pharmacies. Of the mixed methodology applied to this research, we notice that, more the consumers perceive the ethical behavior at the actors of the less low, sanitary domain is the influence of their beggary and more intense is the effect of *good word of mouth* on the attitudinal resistance in front of the alert of death.

**Keywords:** *alarm of death, resistance of the consumer, false drugs, perceived ethical behavior, marketing communication.*

## Introduction

Malgré l'alerte de mort, une technique marketing largement utilisée par les médias et les acteurs du domaine sanitaire et pharmaceutique pour dissuader les consommateurs de faux produits, les faux médicaments se vendent dans des rues comme du pain, créant ainsi, de véritables scandales sanitaires aux populations. D'après l'OMS (2010), 200 000 décès par an dus au paludisme pourraient être évités si les patients se soignaient avec de vrais médicaments. Face à ce phénomène, Dionne- Proulx et Larochelle (2010) recommandent d'interroger la perception éthique des consommateurs de médicaments afin d'asseoir une stratégie marketing qui garantit une pérennité aux officines de marque. C'est dans cette perspective que notre recherche se propose de répondre à la question : « *Quel effet la perception du comportement éthique par les consommateurs exerce-t-elle, pour induire une résistance face à l'alerte de mort ?* ». L'objectif de cette recherche, c'est d'examiner l'effet du comportement éthique adopté par les leaders d'opinion médicaux sur le comportement des consommateurs afin d'asseoir une stratégie de communication marketing susceptible d'atteindre la psychologie des consommateurs. Ceci, pour pérenniser l'activité des officines et des pharmacies de marque. Pour atteindre cet objectif, la recherche a mobilisé en plus des articles et théories de référence, la méthodologie mixte renforcée par l'approche hypothético-déductive.

## Revue de littérature

Elle est organisée en trois volets. Elle aborde la résistance et ses déterminants, l'alerte de mort et l'achat de faux médicaments et l'influence du comportement éthique des leaders d'opinion médicaux perçu par les consommateurs.

## Résistance du consommateur et déterminants

Pour définir et examiner de fond en comble les déterminants de la résistance à l'alerte de mort, la recherche a recouru aux réflexions de plusieurs chercheurs. En effet, la résistance est « un refus de choix et d'achat de certains produits ou marques par la négation et le détournement de leurs usages prévus, par l'abandon de la relation entretenue jusqu'alors avec une entreprise ou, au-delà, par un rejet idéologique du système marchand » (Roux, 2006). Autrement dit, elle traduit l'évitement, le transfert d'achat, le non achat, le boycott et/ou le bouche-à-oreille négatif. D'après Touati et Bouchrara (2016), le non-respect de l'éthique, l'envahissement publicitaire, la manipulation publicitaire et le manque de crédibilité de la publicité sont explicatifs de la résistance des consommateurs. A notre avis, l'une des raisons explicatives du comportement des consommateurs paraîtrait plus liée à la psychosociologie, à la contagion (snobisme) et à la pression des réseaux sociaux (groupes d'appartenance et de référence) auxquels appartiennent les consommateurs. Mais Mourre et Gurviez (2015) au contraire, estiment que la connaissance de la persuasion, l'orientation régulatrice et le contrôle comportemental perçu sont les leitmotivs de la résistance des consommateurs. Aussi, ces chercheurs évoquent-ils chez les consommateurs, le développement des techniques de contre-argumentation, de décrédibilisations de la source et de distorsion du message pour contrer l'alerte. En effet, ces derniers relèvent deux types de résistance : la résistance intentionnelle, c'est-à-dire, celle guidée par l'intention initiale d'arrêter la consommation du produit et la

résistance attitudinale liée à l'attitude initiale envers les effets négatifs du produit. Autrement dit, la façon dont les jugements et les attitudes se forment dépend des observations issues de certaines actions en lien avec les informations déjà codées en mémoire relatives au comportement observé. Par ailleurs, la résistance des consommateurs peut être appréhendée à travers la théorie des actions raisonnées (Ajzen, 1985) et celle du comportement planifié (Fishbein et Ajzen, 1975). En fait, lorsqu'on se réfère à l'anecdote selon laquelle « l'intention vaut l'acte », on peut prétendre que l'intention de l'individu occupe une place centrale dans la genèse de son comportement. Ainsi, le recours à la théorie des actions raisonnées permet de confirmer que l'intention d'agir est un indicateur du comportement qui lui-même est plus important que les attitudes de l'individu. Par conséquent, le comportement de l'individu est déterminé par l'influence de l'interaction entre les attitudes et les appréhensions subjectives de l'individu, sur son intention d'agir. Pour bien appréhender les apports de cette théorie, la théorie de comportement planifié propose l'existence d'un facteur modérateur d'effet qui en occurrence, n'est rien d'autre que le choix d'adopter ou non un comportement.

### **Manifestation de l'alerte de mort**

Défini comme étant le signalement d'un fait illégal ou dangereux pour autrui, l'alerte de mort est une stratégie de communication antécédent aux émotions telles que la peur, l'anxiété, le mépris, l'embarras, la honte et le dégoût qui selon Daviet (2009), ne sont pas seulement des sensations cérébrales mais aussi accompagnés de modifications physiques et somatiques. D'après Stiegler (2003), l'alerte est l'essence et la fonction de la mémoire, puisqu'elle est à la fois ce qui s'expose en premier au danger de ce qui arrive, ce qui se tient sur la crête, à la hauteur de ce qui advient, et en même temps, ce qui s'emploie, aussi originairement, à prendre activement des mesures pour y faire face. Selon l'auteur, si l'alerte est bien un signal prévenant d'un danger et appelant à prendre toutes les mesures de sécurité utiles, alors la mémoire est bien un système d'alerte, et le corps vivant lui-même n'est rien d'autre, y compris en tant que volonté, ou instance qui pense, qui décide et qui veut, qu'une mémoire en alerte, toujours en train d'aviser et de *se* réorganiser devant le déferlement du nouveau. Ainsi, il apparaît comme une obligation, et il conviendrait de sanctionner les personnes coupables de ne pas avoir su, à un moment et pour des motifs déterminés, briser le silence (Larché, 2016). En effet, la théorie du signal d'alerte évoquée dans le domaine de sécurité par Le Houx, Lhostis et Lallement (2013) et le modèle trans-théorique du changement de Prochaska et Di Clemente (1982) permettent de comprendre la technique. Pour Le Houx et al. (2013), l'alerte est inspirée de la théorie scientifique du signal qui permet d'anticiper et de baliser certaines des difficultés liées à l'usage des signaux faibles. C'est le modèle trans-théorique qui remarque qu'en situation d'alerte, le changement comportemental est organisé suivant les stades de façon chronologique à savoir : la pré-contemplation, la contemplation, la préparation, l'action, le maintien et la terminaison. A l'intérieur de ces stades, ces auteurs identifient neuf procédés de changement qui renvoient aux mécanismes par lesquels les sujets récepteurs d'alerte peuvent modifier leurs comportements par l'augmentation du niveau de conscience, l'éveil émotionnel, la libération sociale, la réévaluation personnelle, l'engagement, la gestion des renforçateurs, les relations aidantes, le contre-conditionnement et le contrôle environnemental.

### **Influence du comportement éthique perçu par le consommateur**

Définie comme une application cognitive, analytique, systématique et réfléchie des principes moraux, l'éthique s'est fortement ancrée dans les discussions en sciences de gestion en général et en marketing en particulier. La perception éthique des consommateurs est le reflet ou la reproduction schématique de l'ensemble des comportements observés chez les acteurs des domaines sanitaire et de pharmaceutique. Cette perception éthique qui prend sa source depuis la sensibilisation des médias à l'observation des leaders d'opinion médicaux (gouvernants, gestionnaires d'administrations sanitaires, pharmacologues, pharmaciens, médecins et agents de santé) crée au niveau des consommateurs une certaine sensibilité éthique. Une fois créée, cette sensibilité éthique conduit inévitablement au jugement éthique qui, selon Toti et Moullins (2016), influence positivement le comportement du consommateur éthique. En effet, c'est l'extrapolation faite de la réflexion de Hirèche (2004) qui a permis de mettre en évidence le rôle modérateur du comportement éthique des leaders d'opinion médicaux perçu par des consommateurs de médicaments. En effet, après avoir mis l'accent sur : la loyauté, l'intégrité, le sens de l'équité, l'honnêteté, la franchise, l'ouverture d'esprit, la générosité, le courage, le souci pour le bien-être et la protection de tous, le sens des responsabilités comme étant des caractéristiques du comportement éthique, Hirèche (2004) a affirmé que, lorsqu'un manager a de tel comportement, son exemplarité influence positivement le comportement des subordonnés. C'est pourquoi, Lavorata (2004) souligne que le climat éthique est expressif en management et peut influencer la perception des parties prenantes. D'après l'OMS (2012), la notion d'éthique varie selon les régions du monde et selon les sociétés. En matière d'éthique médicale, elle insiste sur ce qui, dans chaque société, est considéré comme un comportement correct. A notre avis, le comportement éthique perçu, traduit la survenance des pratiques d'essence morale, susceptibles d'influencer le comportement du consommateur à l'égard d'un produit donné. Il conduit à la refraction comportementale sous forme de réponses synonymes à des actions perçues comme éthiques. Par ailleurs, la théorie de la prise de décision éthique recense la sensibilité éthique, le jugement moral, l'intention éthique et l'action pour expliquer l'adoption du comportement éthique (Rest, 1986 cité par Marylou, 2013). En effet, un individu ayant une sensibilité éthique dans un environnement donné, doit être en mesure de réaliser que ses actions peuvent impacter celles d'autrui et anticiper les conséquences sur ce dernier. Selon Marylou (2013), le manque d'une telle sensibilité éthique entraîne un comportement déviant. Ensuite, un individu capable d'un jugement moral, possède une structure cognitive lui permettant de connaître les codes et les règles de bonne conduite en société et avoir la capacité de distinguer le vrai du faux et du bien du mal. En outre, un individu ayant une intention éthique ne possède pas seulement des valeurs morales, mais d'autres comme la reconnaissance, le travail, l'honneur et la gloire qu'il met en exergue et qui, par moments, peuvent entrer en conflit avec la moralité et la justice de l'individu. Enfin vient l'action ou le comportement éthique qui traduit la capacité d'un individu à s'engager dans une action éthique.

### **Méthodologie de recherche**

Les études qualitative et quantitative sont les méthodologies mobilisées par cette recherche.

### **Etude qualitative**

Les participants à l'étude qualitative

L'échantillonnage de notre étude a prévu soixante-sept (67) acteurs du domaine de faux médicaments. Mais à l'aide des techniques « boule de neige » et « choix raisonné » la taille de l'échantillon a été arrêtée à 59 personnes, seuil au-delà duquel les informations recueillies devenaient redondantes. Il s'agit de dix-neuf (19) vendeurs, vingt-cinq (25) consommateurs de médicaments vendus dans la rue et quinze (15) experts dont cinq (05) spécialistes des questions de santé, sept (07) pharmaciens et de trois (03) gestionnaires de l'administration de santé. Ils ont été contactés au téléphone 72 heures avant l'entretien et chaque entretien a duré relativement 45 minutes.

### ***Collecte de données et choix des variables***

Les entretiens semi-directifs et d'experts ont été les moyens utilisés pour la collecte des données qualitatives auprès des acteurs. Pour avoir accès aux données, nous avons fait recours à des méthodes de facilitation qui permettent de libérer les interviewés afin de rendre inutiles les mécanismes de défense. Ces discussions ont été menées à l'aide d'un guide d'entretien qui n'a pas été nécessaire pour les entretiens avec les experts. Ce guide d'entretien portait fondamentalement sur la résistance du consommateur, les explicatifs de l'achat des faux médicaments et des conseils des médecins ou des pharmaciens. Ces entretiens ont été entièrement enregistrés à l'aide d'un portable Android. Pour s'assurer de la fiabilité et de validité des informations recueillies, nous avons procédé à un test/retest deux ou trois semaines après les premières vagues d'entretiens (Evrard, Pras et Roux, 2009). De cette deuxième phase d'entretiens, il ressort que les informations recueillies sont semblables à celles enregistrées lors des premiers entretiens, à la seule différence que certains des sujets n'ont pas pu être rencontrés pour des raisons d'indisponibilité. Les discussions libres avec ces experts ont permis de se familiariser avec les conditions d'accès aux faux médicaments et des facteurs expliquant la résistance des consommateurs. Par contre les entretiens semi-directifs avec les vendeurs et consommateurs de faux médicaments, ont permis de connaître les raisons de leur résistance à l'alerte de mort qu'ils qualifient de « publicité pour des pharmacies ». Les données obtenues des entretiens ont fait l'objet d'une analyse de contenu. Cette analyse a consisté dans un premier temps, à retranscrire les éléments du discours des répondants. Ensuite, une analyse des éléments significatifs de ces discours, a permis de regrouper les phrases et réponses jugées équivalentes selon des thèmes. Enfin, nous avons procédé à l'analyse des différentes réponses en utilisant l'analyse thématique et plus précisément l'analyse de l'évaluation. Cette analyse a permis de mettre en évidence en plus des variables de la revue de littérature, quinze (15) variables pertinentes à savoir celles relatives : aux faux médicaments (le prix des médicaments, l'accessibilité aux médicaments, l'efficacité des médicaments, et le message des enseignes) ; à la technique de distribution (la proximité des points de vente, l'astuce communicationnelle des vendeurs et la vente à domicile) ; aux consommateurs (l'indigence, le snobisme, la satisfaction du consommateur, le bouche-à-oreille positif des certains consommateurs, l'analphabétisme et le faible niveau d'instruction, le manque d'éducation pour achat et consommation responsables) et aux facteurs exogènes tels que le comportement non éthique de certains acteurs du domaine sanitaire et le silence des chefs traditionnels et des autorités locales. Pour ce qui concerne le comportement éthique, deux nouvelles variables ont été identifiées lors de l'étude qualitative à savoir : la perception de l'image de soi (PIS) ou la réévaluation personnelle et de perception du devoir d'achat citoyen (PDAC). Ainsi, le modèle de recherche est présenté dans par la figure 1 en annexe.

## **Opérationnalisation et mesure des variables**

Elle consiste à définir, à dimensionner et à préciser les échelles de mesure de chacune des variables

## **Opérationnalisation et mesure des déterminants de la résistance**

Treize (13) variables issues de la littérature et du terrain composent les déterminants de la résistance. Autrement dit, huit (08) variables liées aux consommateurs (connaissance de persuasion, contrôle comportemental perçu, orientation régulatrice, la satisfaction, l'indigence, le manque d'éducation pour achat et consommation responsable, le bouche-à-oreille positif des consommateurs, l'analphabétisme et faible niveau d'instruction), trois relatives aux médicaments (l'efficacité, l'accessibilité et le prix des médicaments) et deux inhérentes aux facteurs exogènes comme la complicité des leaders d'opinion médicaux et le silence des chefs traditionnels et des autorités locales. Quarante-cinq (45) items empruntés au terrain, à Gurviez (2015), à Touati et Bouchrara (2016) mesurent ces variables.

### ***Orientation régulatrice (OR)***

L'orientation régulatrice postule l'idée que les individus sont mus par la recherche du plaisir et l'évitement de la souffrance (Mourre et Gurviez, 2015). Ces deux facteurs offrent à l'individu deux approches notamment, celle qui maximise l'occurrence d'un événement positif (ou orientation promotion) et celle de l'évitement qui consiste à minimiser la probabilité de réalisation d'un événement négatif (orientation prévention). Pour notre recherche l'orientation régulatrice promotion est priorisée puisque le consommateur tient compte des avantages qui le lient au produit. Cinq (05) items empruntés à Mourre et Gurviez (2015) mesurent cette variable.

### ***Connaissance de persuasion (CP)***

La connaissance de la persuasion traduit la maîtrise par le consommateur, des contours et astuces des messages développés par les annonceurs d'alerte de mort pour détourner son regard de sa pensée originale et le ramener à un achat non désiré. Cette variable est mesurée par quatre (04) items empruntés à Mourre et Gurviez (2015), Touati et Bouchrara (2016) pour être adaptés.

### ***Contrôle comportemental perçu (CCP)***

Cette variable désigne la survenance d'une régulation comportementale. En effet le contrôle comportemental perçu provient des croyances de l'existence des facteurs qui peuvent aider à avoir un comportement de contrôle de soi et éviter la consommation des médicaments néfastes ou à empêcher le contrôle comportemental perçu d'avoir lieu (Mourre et Gurviez, 2015). Trois items empruntés à Mourre et Gurviez (2015) pour être adaptés mesurent cette variable.

### ***La satisfaction du consommateur (SAT)***



Les faux médicaments procurent à leurs utilisateurs le bonheur attendu. C'est ce qui explique selon les personnes enquêtées, leur résistance. D'après Thomson et al, (2005), un individu est souvent attaché à un produit qui lui donne généralement satisfaction. La satisfaction est issue du terrain par rapport à la résistance du consommateur. Elle est mesurée par trois items.

### ***L'indigence du consommateur (IC)***

Cette variable stigmatise la précarité et la grande pauvreté dans lesquelles végète le consommateur. Face à des situations du genre, le consommateur se résigne à la peur de mourir et consomme ce qui lui tombe sous la main. Issue du terrain, l'indigence du consommateur est mesurée par trois (03) items.

### ***Efficacité des faux médicaments (EM)***

Pour les consommateurs, le faux médicament produit rapidement l'effet attendu. Ils procurent à leur utilisateur la satisfaction attendue lorsqu'ils sont choisis. Comme preuve, un Groupe d'experts du domaine sanitaire de la SRLF<sup>1</sup> affirme que l'efficacité d'un antidote se manifeste par une amélioration de la symptomatologie clinique ou biologique. Donc, l'efficacité se révèle à travers l'amélioration de l'état de santé et la disparition des symptômes de la maladie dont souffre le patient. Quatre (04) items issus de l'étude qualitative la mesure.

### ***Le prix des faux médicaments (PM)***

Plus le prix d'un bien est faible, plus il attire et intéresse les consommateurs à faibles revenus. C'est pourquoi Kotler, Keller, Manceau et Dubois (2009) demandent de baisser progressivement les prix, afin d'attirer les segments de consommateurs moins fortunés. Il est mesuré par cinq (05) items issus du terrain.

### ***Accessibilité aux faux médicaments (AFM)***

L'accessibilité aux faux médicaments se définit par rapport à la facilité d'approvisionnement. Elle est facilitée par l'inaccessibilité géographique des pharmacies formelles surtout en zone rurale, les ventes en détail sans les frais de consultation et d'ordonnance. L'accessibilité est mesurée par trois (03) items issus du terrain.

### ***Analphabétisme et faible niveau d'instruction (AFNI)***

Défini comme un manque, l'analphabétisme traduit l'état de celui qui ne sait ni lire ni écrire. La question d'alphabétisation et d'instruction des consommateurs est récurrente lorsqu'on aborde la problématique de la consommation de faux médicaments. Ces derniers sont considérés comme des personnes vulnérables. Il s'agit assez souvent des personnes qui savent à peine lire et écrire. Cette catégorie de personnes ne maîtrise pas souvent les risques liés à leur décision d'achat. Cette variable est mesurée par trois items (03) issus du terrain.

### ***Manque d'éducation à l'achat et à la consommation responsable (MECR)***

---

<sup>1</sup>Société de Réanimation de Langue Française

Parmi les facteurs intervenant dans la décision du consommateur, figure l'éducation qui reste une des valeurs cardinales sur lesquelles repose la vie de l'individu. Le manque de cet élément signifie l'absence du référentiel par lequel la société reconnaît l'apport des réseaux sociaux. Il révèle l'absence d'une mise en œuvre des acquis de l'apprentissage et de la formation auprès des éducateurs, en matière de comportement à adopter lors d'une décision d'achat ou de consommation d'un produit donné. Cette variable est mesurée par quatre (04) items issus du terrain.

### ***Le bouche-à-oreille positif des consommateurs (BOPC)***

Le bouche-à-oreille positif est la manifestation d'un témoignage positif à l'égard d'un produit lorsque le consommateur est satisfait de sa consommation. Ayant comme conséquence le snobisme, cette variable crée une certaine envie inductrice d'une décision favorable d'achat. Trois items issus du terrain mesurent cette variable.

### ***La complicité des leaders d'opinion médicaux (CLOM)***

La responsabilité des leaders d'opinion médicaux est engagée à deux niveaux. Plusieurs personnes interrogées ont témoigné qu'ils rencontrent des agents de santé dans les marchés parallèles ou qui leur recommandent d'y aller pour leur achat. En plus de ces informations, on peut noter le comportement malsain de certains acteurs tel que le vol et le pillage des colis (Ouattara, 2009). Cette variable est obtenue à partir de l'étude qualitative et est mesurée par quatre (04) items.

### ***Le silence des chefs traditionnels et des autorités locales (SCTAL)***

Toute initiative contre le faux médicament devrait concerner en premier, les chefs traditionnels et les autorités locales pour une campagne de sensibilisation et d'information sur les méfaits liés à la consommation d'une telle catégorie de produit. Le consommateur est surpris et très étonné du silence des autorités qui laissent croire que l'alerte de mort est une fabrication contre les faux médicaments. En conséquence, les consommateurs comprennent à travers l'alerte de mort, une rumeur et une fabrication contre les faux médicaments. Cette variable est mesurée par trois (03) items issus du terrain.

### ***Opérationnalisation et mesure de la perception éthique des consommateurs (PEC).***

Ces variables sont au nombre de trois : l'image de soi perçue, le souci pour le bien-être et la protection et la reconnaissance d'un devoir d'achat citoyen. Cette recherche analyse les conséquences de leur influence sur la relation entre les variables explicatives et la variable expliquée. Cette variable est mesurée par quinze (15) items empruntés aux travaux de Hurèche (2004), de Toti et Moullins (2016) et du terrain. Ces items sont répartis entre ses trois (03) sous-dimensions.

### ***La perception de l'image de soi (PISC)***

L'image de soi perçue est une découverte par laquelle le consommateur se mire et revisite l'ensemble de ses agissements afin de procéder éventuellement, à un état de conscience voire un changement de comportement. La découverte de soi est un acte d'humilité. Cette



perception de soi suppose une remise en cause de soi au travers une introspection sur les expériences de consommation. Cet exercice aboutit à une prise de conscience qui relance le consommateur pour des décisions responsables. La variable est issue du terrain et est mesurée par quatre (04) items.

### ***La perception du souci pour le bien-être et la protection de tous (PSBPT)***

Issue de la littérature, cette variable retient l'attention sur le bien-être et la protection de tous comme nouvel enjeu de la consommation. Le consommateur perçoit qu'il faut désormais faire attention aux facteurs qui sont susceptibles d'affecter négativement le bien-être et la sécurité humaine. La PSBPT est issue de la littérature et elle est mesurée par 8 items dont six empruntés à Hireche (2004) pour être adaptés et deux issus du terrain.

### ***La perception du devoir d'un achat citoyen (PDAC)***

L'acte d'achat est assimilé au droit de vote lorsqu'on sait qu'un mauvais choix au vote peut entraîner des conséquences négatives. Ainsi, un consommateur qui perçoit qu'il faut opérer un choix citoyen, est susceptible d'apporter de grands changements dans les canaux de distribution des médicaments. Il perçoit qu'il faut désormais acheter des produits respectueux de la vie et de l'environnement. Cette variable est mesurée par trois (03) items dont un (01) est emprunté à Lavorata et deux (02) à François-Lecompte (2005) pour être adaptés à cette recherche.

### ***Opérationnalisation et mesure de la résistance à l'alerte de mort des consommateurs***

Issue de la littérature, la résistance représente la variable expliquée de cette recherche. La résistance est la traduction une opposition ou un refus de renoncer à l'achat de faux médicaments malgré les risques inhérents à ce dernier. Dans la littérature, elle est vue sous deux angles à savoir : attitude face à l'alerte de mort et l'intention envers l'alerte de mort (Mourre et Gurviez, 2015). La résistance intentionnelle envers l'alerte de mort (RIAM) est mesurée à l'aide de six (06) items empruntés à Mourre et Gurviez (2015) et celle attitudinale à l'égard de l'alerte de mort (RAM) est mesurée par quatre (04) items empruntés à Touati et Bouchrara (2016) pour être adaptés à notre recherche.

### **Etude quantitative**

Cette étude est consacrée à la méthode utilisée et à la présentation des résultats issus des tests de régression linéaire multiple.

### **Méthode utilisée**

Pour l'étude quantitative, un questionnaire administré en face à face a permis de collecter les données auprès de 300 consommateurs de faux médicaments tirés par jugement et par convenance sur les 350 prévus par cette recherche. La combinaison de ces deux techniques est faite pour éviter les pertes de temps et de données. Ce questionnaire d'enquête comporte vingt-deux (25) items empruntés à Mourre et Gurviez (2015) et à Touati et Bouchrara (2016) pour être adaptés et vingt-six (23) items issus de l'étude qualitative. Ce questionnaire a été d'abord pré-testé sur 10% de l'échantillon d'enquête (Evrard, Pras et Roux, 2009) pour assurer la corrélation fort significative des items aux dimensions d'une part, et de la cohérence

entre les items de chaque dimension et des items de l'ensemble des variables explicatives d'autre part. Au cours de ce pré-test, deux (02) items ont été supprimés et cinq (05) reformulés afin de les rendre accessibles et compréhensibles aux enquêtés. Après le recensement des consommateurs, le questionnaire a été ensuite soumis avec possibilité de choisir un item évalué sur une échelle de type Likert à cinq points variant de 1 à 5 : « Pas du tout d'accord », « pas d'accord », « Neutre », d'accord et « tout à fait d'accord ». C'est après ces étapes que l'étude a procédé à la vérification du caractère factorisable des données par la MSA (Measure of Sampling Adequacy) de Kaiser, Meyer et Olkin avant l'analyse factorielle en composantes principales et l'analyse de fiabilité statistique de l'échelle de mesure qui aboutit au calcul du coefficient alpha de Cronbach pour vérifier la cohérence interne entre les items mesurant les différentes variables (Evrard, Pras et Roux, 2009). En effet, le choix de ACP porte pour intérêt selon Igalens et Roussel (1998) la rotation Varimax qui demeure la plus utilisée dans les recherches car elle minimise le nombre d'items ayant des contributions élevées sur un axe et simplifie les facteurs en maximisant leur variance. De l'analyse de fiabilité statistique, il ressort des coefficients alpha de Cronbach supérieurs à 0,6 et proches de l'unité pour une étude exploratoire comme celle-ci (Evrard, Pras et Roux, 2009). Pour ce qui concerne les items, cinquante-huit (58) items étaient retenus au départ, mais les tests d'amélioration du coefficient alpha de Cronbach et d'élimination des ambiguïtés (Gatignon-Turnau, 2005) ont fait partir dix (10) items. La figure 2, les tableaux 1 et 2, les cadrans 1 et 2 en annexe, présentent les résultats. Pour le traitement et l'analyse des données, le logiciel SPSS version 23.0 sous Windows 2007 est utilisé. Les différents tests ont été réalisés à l'aide de la régression linéaire multiple par la méthode des Moindres Carrés Ordinaires (MCO) et celle empruntée à Baron et Kenny (1986) cités par Evrard, Pras et Roux (2009 : 515) qui estiment qu'« un modérateur est une variable qualitative ou quantitative qui affecte la direction et / ou la force de la relation entre une variable indépendante ou prédictive et une variable dépendante ou une variable de critère ». La méthodologie quantitative mobilisée dans cette recherche a conduit aux résultats qu'il faut présenter et analyser.

### **Les principaux résultats**

Les résultats de cette recherche sont présentés en deux étapes. La première consiste à présenter les résultats liés à la recherche de cohérence interne des échelles de mesure et la deuxième étape est consacrée aux déterminants des résistances altitudinale et attitudinale et à l'étude de l'effet du comportement éthique des acteurs du domaine de santé perçu par les consommateurs.

### **Cohérence interne des échelles de mesure des variables**

La lecture de la figure 2 et du cadran 1 montre que les items sont fortement corrélés aux treize déterminants de la résistance avec des valeurs propres supérieures à l'unité. Aussi, la cohérence interne entre ces items est-elle avérée avec les coefficients Alpha de Cronbach supérieurs à 0,6 valeur minimale.

Les résultats observés au niveau du cadran1 permettent de confirmer que les variables sont factorisables ( $KMO > 0,5$ ). La lecture des tableaux 1 et 2 et du cadran2 montre des items fortement corrélés aux facteurs suivis des coefficients alpha de Cronbach, des KMO et Khi-deux par variable qui respectent les normes. Ce qui confirme la cohérence interne des items mesurant chacune et l'ensemble des variables.

**Effet des déterminants sur la résistance intentionnelle à l'alerte de mort**

La régression linéaire pas à pas a permis d'obtenir les résultats du test. Le tableau 3 en annexe,

Présente ces résultats

L'examen du tableau 3 révèle que seul le manque d'éducation pour achat et consommation responsable (MEACR) est significatif au seuil de 5% avec un coefficient standardisé Bêta positif (soit 0,298) et une statistique de Durbin-Watson égale à 2,638 > à 1,50 traduisant la normalité de la distribution des erreurs en absence d'auto corrélation des termes d'erreur. Il ressort que seul le manque d'éducation à l'achat et à la consommation responsable explique 08,50 % de la variance, l'intention des consommateurs envers l'alerte de mort. Donc l'hypothèse H1 est partiellement validée.

***Effet du comportement éthique perçu par les consommateurs sur le lien entre le MEACR et la RIAM***

Sont pris en compte, les tableaux présentant des scores significatifs. En effet, les résultats des tests de l'effet de PSBEPT sur le lien entre MEACR et RIAM, de l'effet de PISC sur le lien entre MEACR et RIAM et de l'effet de PDAC sur le lien entre MEACR et RIAM présentent des interactions (PSBEPT\*MEACR, MEACR\*PISC, MEACR\*PDAC) non significatives. Ce qui traduit l'inexistence d'effet modérateur du comportement éthique perçu par les consommateurs sur le lien entre le MEACR et la RIAM. En conséquence, l'hypothèse H3 est totalement rejetée.

***Effet des déterminants de la résistance sur la résistance attitudinale face l'alerte de mort***

Le tableau 4 en annexe, obtenu par la régression linéaire pas à pas présente les résultats du test.

La lecture du tableau 4 montre que cinq (05) sur les treize (13) variables testées, présentent des scores significatifs au seuil de 5 % avec une statistique de Durbin-Watson égale à 2,110 > à 1,50 traduisant ainsi, la normalité de la distribution des erreurs, en absence d'auto corrélation des termes d'erreur. Ces variables expliquent 91 % de la variance avec des facteurs d'inflation de la variance (Variance Inflation Factors ou VIF) inférieurs à 10 traduisant ainsi, l'inexistence de problème de multi-colinéarité (Chatterjee, Hadi et Price, 2000). Le coefficient bêta standardisé est positif pour la satisfaction, l'indigence et le bouche-à-oreille positif des consommateurs indiquant le sens des relations alors qu'il est négatif pour la connaissance de persuasion et le prix des médicaments. Donc, la satisfaction, l'indigence et le bouche-à-oreille positif observés chez les consommateurs, augmentent avec leur attitude face à l'alerte de mort pendant que le recours à la connaissance de persuasion et au prix des médicaments diminuent avec leur attitude face à l'alerte de mort. Il ressort de ces résultats que la satisfaction, l'indigence et le bouche-à-oreille positif sont explicatifs de la résistance attitudinale face à l'alerte de mort. Donc l'hypothèse H2 est partiellement validée.

***Effet de la perception éthique sur le lien entre les déterminants de la résistance attitudinale face à l'alerte de mort***

Ce test consiste à tester l'effet de la PSBEPT, de l'ISPC et de la PDAC sur le lien combinatoire entre la satisfaction, l'indigence, le bouche-à-oreille positif et la résistance

attitudinale face à l'alerte de mort. Seuls sont représentés, les tableaux ayant de scores significatifs. Les tableaux 5, 6 et 7 en annexe, présentent les résultats.

### ***Effet de PSBEPT sur le lien entre Satisfaction, indigence et RAM***

Les tableaux 5 et 6 présentent les résultats de ce test.

De l'analyse des tableaux 5 et 6, on s'aperçoit que les interactions IC\*PSPEPT et PSBEPT\*BOPC sont significatives avec des coefficients « bêta » respectivement négatif (soit  $\beta = -,206$ ) et positif (soit  $\beta = ,603$ ). De cette analyse, il ressort que la perception du comportement éthique chez des acteurs du domaine sanitaire par le consommateur, exerce à travers le souci pour le bien-être et la protection de tous, un effet modérateur sur le lien entre l'indigence du consommateur, le bouche-à-oreille positif et la résistance attitudinale face à l'alerte de mort. Autrement dit, plus la perception du souci pour le bien-être et la protection de tous est élevée, plus forte est la résistance du bouche-à-oreille positif et moins faible est la résistance de l'indigent face à l'alerte de mort.

### **Effet de l'ISPC sur le lien entre Satisfaction, indigence et RAM**

Le tableau 7 présente les résultats significatifs de ce test.

La lecture des tableaux 7 révèle que l'interaction IC\*ISPC est significative avec un coefficient bêta négatif (soit  $-,213$ ). C'est dire que la perception de l'image de soi par le consommateur, exerce un effet modérateur bien que ce soit son indigence qui détermine son attitude face à l'alerte de mort. C'est dire que, plus la perception de l'image de soi est forte, négative est la résistance du consommateur indigent face à l'alerte de mort.

### **Discussion**

Les résultats de cette recherche révèlent que seul le manque d'éducation à l'achat (ou consommation) responsable est explicatif de l'intention des consommateurs envers l'alerte de mort. Et la satisfaction, l'indigence et le bouche-à-oreille positif des consommateurs sont explicatifs de leur attitude face à l'alerte de mort. En effet, lorsqu'on se réfère aux travaux de Roux (2005, 2006 et 2007), de Mourre et Gurvies (2015) de Touati et Bouchrara (2016), il ressort que ces quatre variables sont spécifiques et différentes de celles usuellement définies comme explicatives de la résistance des consommateurs. D'abord le manque d'éducation à l'achat et à la consommation responsables traduit bien la vulnérabilité dont abusent les promoteurs de faux médicaments. Il explique mieux la résistance à l'alerte de mort que des appréhensions subjectives telles que la satisfaction, l'indigence et le bouche-à-oreille positif lorsque l'on se réfère à la théorie des actions raisonnées de Ajzen (1985). Ensuite, ces résultats viennent limiter la théorie de Roux (2006) qui estime que la résistance est une sanction du comportement non éthique des firmes et un engagement citoyen. A notre entendement, la résistance est intéressée. Dans le cadre de la consommation de faux médicaments, un indigent satisfait qui reçoit davantage de témoignages positifs de son choix n'adoptera pas la théorie de Roux, à moins que celle-ci soit imposée ou culturelle. Donc l'alerte de mort, vu comme stratégie de communication marketing pour dissuader les consommateurs de faux médicaments, n'a aucun effet lorsque les consommateurs sont satisfaits et/ou sont indigents. Ce résultat qui se révèle conforme à celui d'Ouattara (2009), reste explicatif de l'émergence des faux médicaments et de la baisse de chiffre d'affaires des pharmacies authentiques. Aussi la recherche a-t-elle révélé que la connaissance de la persuasion et le prix des faux médicaments évoluent en sens inverse de celui de l'attitude des

consommateurs à l'égard de l'alerte de mort. Autrement dit, le médicament étant un produit particulier, lorsque le consommateur est persuadé de la sincérité du contenu des messages véhiculés par l'alerte en tant que technique de communication marketing, il en fait sien et prend des précautions pour réviser son comportement. Ce résultat est conforme à la théorie de Mourre et Gurviez (2015) qui estiment que « la détection de l'intention persuasive diminue la résistance attitudinale ». De même, Cette recherche a validé le contrôle comportemental perçu et l'orientation régulatrice comme non explicatifs de l'attitude face à l'alerte de mort et de l'intention envers l'alerte de mort. Ce qui est contraire à la théorie de Mourre et Gurviez (2015). En effet, l'invalidation de ces facteurs explique et justifie bien l'attitude irrationnelle de certains consommateurs africains à l'égard des faux médicaments pour lesquels l'achat des produits néfastes est une prédilection. Ce résultat est conforme à celui de Durkin et al. (2012) cités par Mourre et Gurviez (2015), qui estiment « qu'un individu se percevant comme ayant un contrôle comportemental élevé, aura des attitudes plus favorables pour le changement comportemental suggéré et des intentions comportementales plus élevées et le lien entre attitude et intention sera plus fort ». Par ailleurs, plus les consommateurs perçoivent le comportement éthique chez les leaders d'opinion médicaux, c'est-à-dire, plus la perception du souci pour le bien-être et la protection de tous et de l'image de soi par les consommateurs est forte, négative est l'influence de l'indigence des consommateurs et plus intense demeure l'effet du bouche-à-oreille positif sur la résistance attitudinale face à l'alerte de mort. A ce titre, l'on pourrait relever les dimensions psychosociologiques de ces résultats qui montrent d'une part, l'effet de l'exemplarité des leaders ou acteurs principaux sur le comportement des consommateurs comme cela a été évoqué par Hirèche (2004), et la réaction des consommateurs (bouche-à-oreille positif) lorsque l'indigence devient un facteur inopportun d'autre part. Ce résultat vient corroborer le rôle de l'éthique dans la mise en œuvre d'une communication marketing et met en exergue la nécessité pour les leaders d'opinion médicaux de développer des comportements exemplaires, responsables et transparents pour convaincre les parties prenantes à qui nous recommandons une sensibilité éthique.

## **CONCLUSION**

L'objectif de cette recherche était d'étudier l'influence de la perception du comportement éthique sur le lien combinatoire entre les déterminants de la résistance et la résistance à l'alerte de mort des consommateurs, afin d'en proposer un cadre conceptuel de communication marketing axé sur la sensibilité éthique aux acteurs du domaine de la santé. Il ressort de cette étude que lorsque le consommateur devient sensible au bien-être, à la protection tous et à soi, son comportement change lorsque son attitude face à l'alerte de mort est liée à son indigence. Cela montre que la réussite de toute campagne de sensibilisation et d'éducation à l'égard de l'achat des faux médicaments doit partir d'une politique qui améliore la situation financière des consommateurs. En vue d'améliorer la stratégie de communication marketing des officines voire des pharmacies, nous proposons un plan de communication marketing qui prône l'éthique et l'amélioration des conditions sociales des consommateurs. L'intérêt de cette étude réside d'abord dans le fait qu'elle a permis l'identification de nouveaux facteurs explicatifs de la résistance du consommateur. Ensuite, elle a révélé de nouvel outil de communication marketing. Cet outil de communication d'essence éthique, va contribuer à redonner confiance aux offices et pharmacies formelles qui nourrissaient de grand désespoir à cause de l'échec des tentatives de répression des canaux informels de médicaments. Cependant, l'interprétation et l'appréciation des résultats doivent tenir compte des limites liées à la technique du choix des unités statistiques d'enquête. De même, les



limites peuvent porter sur la nature déclarative des données et sur l'écart entre les discours et les pratiques réelles. Enfin, nous souhaiterions que d'autres recherches abordent la même thématique avec un échantillon plus représentatif de consommateurs Africains. D'autres perspectives peuvent tester l'influence des croyances religieuses dans le but d'améliorer la communication marketing des officines et pharmacies de marque

### Références bibliographiques

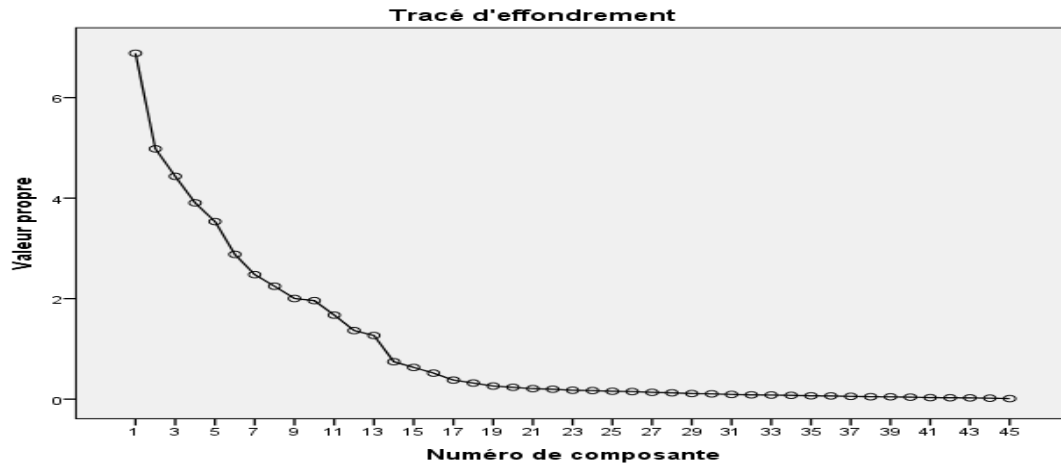
- Ajzen I (1985), from intentions to actions: a theory of planned behavior. In J Kuhlet J Beckman (Ed.) Action-control: From cognition to behaviour. Heidelberg: Springer, 11–39.
- Baron R. M. & Kenny D.A. (1986), « The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic and Statistical Considerations », *Journal of Personality and Social Psychology*, 51 (6), 1173-82.
- Chatterjee, S., Hadi, A.S., Price, B. (2000). *Regression analysis by example*. John Wiley & Sons.
- Daviet S. (2009), « Etude du comportement humain grâce à la simulation multi-agents et aux méthodes de fouille de données temporelles ». Thèse de doctorat en Informatique. Université de Nantes, 2009. 227P, p. 24
- Dionne-Proulx J et Larochelle G. (2010), Éthique et gouvernance d'entreprise. *Revue Management & Avenir*, Vol (n° 32), p. 36-53.
- Evrard, Pras et Roux (2009), *Market : Fondements et Méthodes des recherches en Marketing*. 4ème édition, 2009. 704p
- Fishbein MA & Ajzen I (1975) *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley. P. 12
- Hirèche L. (2004), L'influence de l'éthique des managers sur les comportements au travail et la performance organisationnelle : esquisse d'un modèle conceptuel. 2458- 2476, p. 2461-2473
- Kotler, P., Keller, K., Manceau, D. et Dubois, B. (2009), *Marketing Management*, 13<sup>ème</sup> édition, Pearson Education France, 937p.
- Larché, M. (2016), « Brèves réflexions sur la qualification de l'alerte éthique comme droit de l'homme », *La Revue des droits de l'homme*, vol 10, 18p, p. 2-8.
- Lavorata L. (2004) : Influence des caractéristiques organisationnelles et individuelles sur le comportement éthique du vendeur, 17<sup>ème</sup> Journée Nationale de IAE-Lyon, 1-17p, p.2-15
- Le Houx G., Lhostis A. et Lallement G. (2013), « Alerte et signaux faibles », *Liberté, égalité et fraternité*, République Française. Rapport CGEDD n°-008340-01/Rapport CGEIET/SG n°-2012/14, P. 11.
- Marylou T. D. (2013), le leadership éthique et les comportements déviants : l'impact du professeur sur les comportements des étudiants universitaires, mémoire, de maîtrise ès sciences de la gestion, Université de Montréal, Québec
- Mourre, M-L. et Gurviez, P. (2015), Proposition d'un modèle intégrateur de la résistance aux



- messages anti-tabac. Recherche et Applications en Marketing, n° 30 vol 3, p. 1-28
- Ouattara, A. (2009), Achat de médicaments de la e en Afrique : Essai de compréhension d'un comportement « irrationnel ». Revue des sciences commerciales « Marketing et communication » Vol 9, 1/2009 P. 55-69
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1982), « Trans-theoretical therapy: Toward a more integrative model of Psychotherapy », in Theory Research and Practice 19 (3), 250-288.
- Roux D. (2005), Résistance du consommateur : un état de l'art sur les formes de réponses adverses au marché et aux firmes Institut de recherche en gestion P. 2
- Roux D. (2006), La résistance du consommateur : conceptualisation, échelles d'observation et proposition d'un cadre d'analyse. Actes du 22ème Congrès International de l'Association Française de Marketing, Recherches et Applications en Marketing, Vol 22, pp.58-80, p. 7-14
- Stiegler, B. (2003), « Alerte du corps », Journée de la philosophie à l'UNESCO, N° 1, p. 47
- Thiétart, R. A. (2014). Méthodes de recherche en management-4ème édition. Dunod
- Touati I. & Bouchrara I. (2016), Les manifestations de la résistance des consommateurs à la publicité, Proceedings of the Marketing Spring Colloquy (MSC) Unit of Research & Applications in Marketing (URAM) Special Volume: 2016, Vol. (6), pp: 155-178.

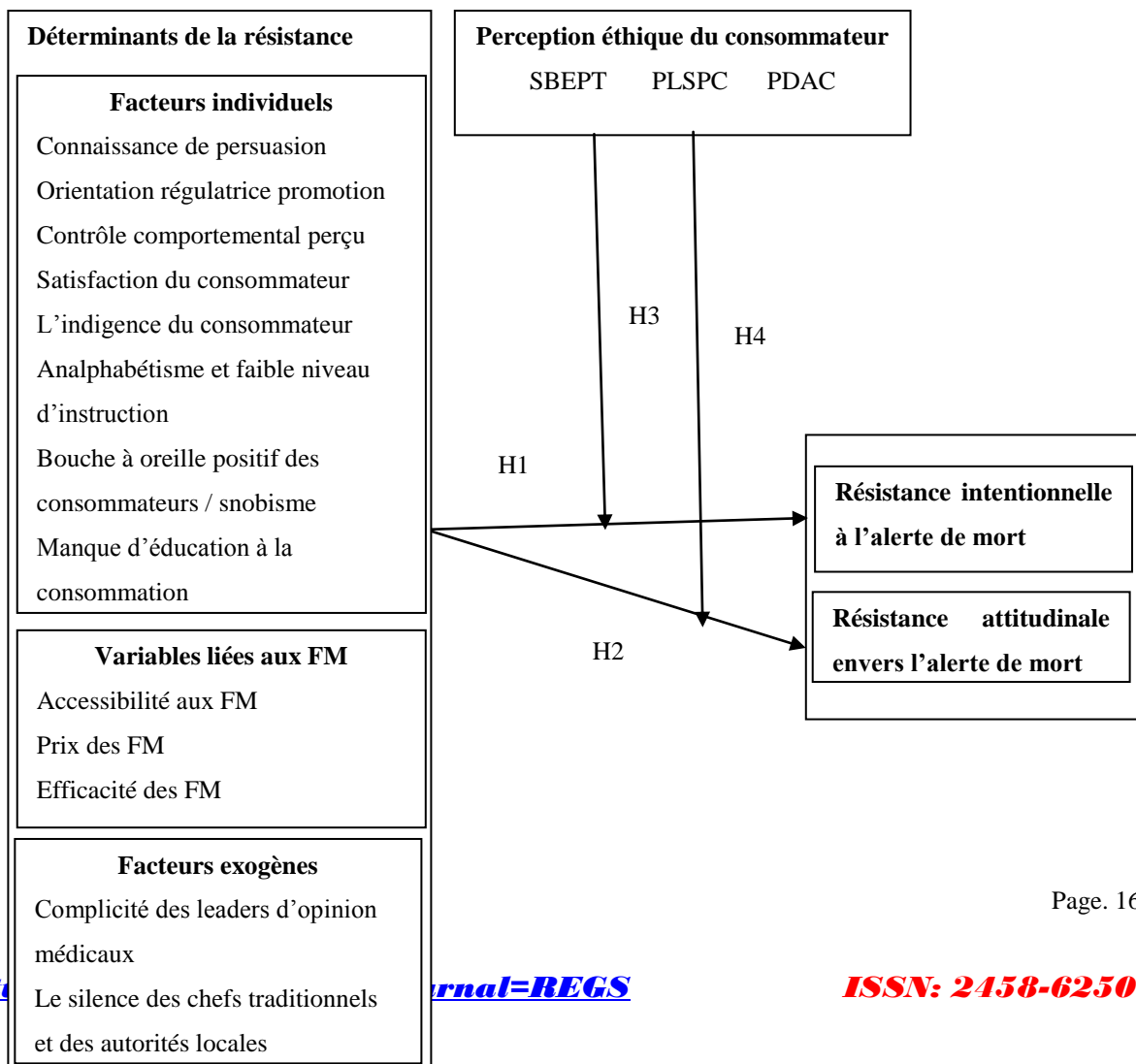
Annexe

**Figure 2 : Analyse en composantes principales des déterminants de résistance**



Source : Résultats de l'enquête Février 2018

**Figure 1 : Modèle définitif de recherche**



**Source :** conçu par l'auteur à partir de l'étude qualitative

---

**Cadran1 : Choix et mesure de fiabilité des déterminants de résistance du consommateur**

Orientation régulatrice (OR) : Alpha de Cronbach = ,952 > 0,6 ; VP= 6,882 > 1

Manque d'éducation à l'achat et à la consommation responsable (MECR) : Alpha de Cronbach = ,955 > 0,6 ; VP= 4,981 > 1

Connaissance de persuasion (CP) : Alpha de Cronbach = ,925 > 0,6 ; VP = 4,434 > 1

Le prix des faux médicaments (PM) : Alpha de Cronbach = ,851 > 0,6 ; VP= 3,906 > 1

Contrôle comportemental perçu (CCP) : Alpha de Cronbach = ,981 > 0,6 ; VP= 3,533 > 1

Bouche-à-oreille positif des consommateurs (BOPC) : Alpha de Cronbach = ,972 > 0,6 ; VP=2,881 > 1

La complicité des leaders d'opinion médicaux (CLOM) : Alpha de Cronbach = ,984 > 0,6 ; VP= 2,478 > 1

L'indigence du consommateur (IC) : Alpha de Cronbach = ,974 > 0,6 ; VP= 2,247 > 1

Efficacité des faux médicaments (EM) : Alpha de Cronbach = ,880 > 0,6 ; VP= 2,003 > 1

La satisfaction du consommateur (SAT) : Alpha de Cronbach = ,944 > 0,6 ; VP= 1,961 > 1

Analphabétisme et faible niveau d'instruction (AFNI) : Alpha de Cronbach = ,940 > 0,6 ; VP= 1,672 > 1

Le silence des chefs traditionnels et des autorités locales (SCTAL) : Alpha de Cronbach = ,913 > 0,6 ; VP=1,365 > 1

Accessibilité aux faux médicaments (AFM) : Alpha de Cronbach = ,974 > 0,6 ; VP= 1,267 > 1

---

**Source :** Résultats de l'enquête Février 2018

**Tableau 1 :** Analyse des composantes principales du comportement éthique perçu

	Composante Alpha de			Cronbach h
	1	2	3	
SBPT4 J'ai privilégié l'achat de médicaments dont le fabricant n'effectue pas de mauvais traitements espèces naturelles	,879			
SBPT8 J'achète mes médicaments dans les pharmacies de ma localité	,874			,938
SBPT6 j'achète mes médicaments dans les pharmacies authentiques	,867			
SBPT5 J'ai privilégié l'achat de médicaments plus durables	,860			
SBPT3 J'ai privilégié l'achat de médicaments dont l'emballage est réutilisable	,846			
PSC1 Pour mes achats de médicaments, j'ai marché pour mes déplacements ou à vélo		,954		
PSC4 Pour mes achats de médicaments, je prends le covoiturage pour mes déplacements		,934		,939
PSC2 J'achète des médicaments qui ne polluent pas l'air		,901		

PSC3 Je n'achète plus les produits fabriqués à l'aide des espèces en voie de disparition	,816	
PDAC1 J'achète des médicaments de bonne qualité	,938	
PDAC2 Je n'achète plus les médicaments à des fournisseurs douteux	,918	,942
PDAC3 J'ai renoncé à acheter des médicaments dont je n'avais pas besoin	,860	
Alpha de Cronbach global de l'échelle de mesure	,898	

Source : Résultats de l'enquête Février 2018

**Tableau 2 : Analyse des composantes principales de la résistance avec rotation Varimax**

	Composante		Alpha de Cronbach
	1	2	
RIAM6 J'ai l'intention d'arrêter définitivement la consommation de faux médicaments	,938		
RIAM1 j'ai l'intention de connaître de reconnaître que le faux médicament est extrêmement risqué pour la santé	,920		
RIAM5 j'ai l'intention de ne plus me soigner avec les faux médicaments	,902		,953
RIAM2 j'ai l'intention que le faux médicament détruise la santé	,893		
RIAM4 j'ai l'intention d'arrêter de me soigner avec un médicament contrefait	,890		
RIAM3 j'ai l'intention que je m'étale à la mort	,854		
RA4 Les faux médicaments tuent	,967		
RA2 le faux médicament détruit la santé	,962		
RA3 le faux médicament ne soigne pas	,957		,971
RA1 Le faux médicament est extrêmement risqué pour la santé	,951		
Alpha de Cronbach global de l'échelle de mesure			,873

Source : Résultats de l'enquête Février 2018

**Cadran 2 : La factorisation des variables par le Calcul de KMO et l'observation des variances totales appliquées ont permis d'enregistrer les performances ci-dessous :**

Déterminants de la résistance, KMO = 0,756 > 0,50 ; Khi deux = 13436,344 (p < 0,0000) ; Variance totale expliquée = 88,017

Comportement éthique perçu, KMO = 0,814 > 0,50 ; Khi deux = 3206,279 (p < 0,0000) ; Variance totale expliquée = 84,646

Résistances résultante : KMO = 0,891 > 0,50 ; Khi deux = 2860,046 (p < 0,0000) ; Variance totale expliquée = 85,545

Résistance intentionnelle à l'alerte de mort, KMO = 0,904 > 0,50 ; Khi deux = 1528,757 (p < 0,0000) ; Variance totale expliquée = 48,599

Résistance attitudinale face à l'alerte de mort, KMO = 0,872 > 0,50 ; Khi deux = 1328,677 (p < 0,0000) ; Variance totale expliquée = 36,946

Source : Résultats de l'enquête Février 2018

**Tableau 3 : Effet des déterminants de la résistance sur la résistance intentionnelle envers l'alerte de mort**

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés		t	Sig.
	B	Erreur standard	Bêta			
1 (Constante)	2,195	,300			7,329	,000
score de MEACR	,345	,071	,298		4,855	,000

a. Variable dépendante : Score de RIAM, R-deux ajusté = 08,50%, Durbin-Watson = 2,638

Source : Résultats de l'enquête Février 2018

**Tableau 4 : Effet des déterminants de la résistance sur l'attitudinale du consommateur envers l'alerte de mort**

Modèle		Coefficients standardisés			Statistiques de colinéarité	
		Bêta	t	Sig.	Tolérance	VIF
1	(Constante)		-,864	,388		
	Score de SAT	,885	29,531	,000	1,000	1,000
2	(Constante)		2,757	,006		
	Score de SAT	1,127	44,805	,000	,664	1,505
	Score de CP	-,417	-16,590	,000	,664	1,505
3	(Constante)		4,648	,000		
	Score de SAT	1,156	45,559	,000	,612	1,635
	Score de CP	-,257	-5,591	,000	,187	5,354
	score de PM	-,197	-4,122	,000	,172	5,797
4	(Constante)		2,851	,005		
	Score de SAT	1,040	22,185	,000	,174	5,757
	Score de CP	-,219	-4,671	,000	,173	5,779
	score de PM	-,192	-4,080	,000	,172	5,805
	Score de l'IC	,113	2,927	,004	,256	3,904
5	(Constante)		,875	,383		
	Score de SAT	1,051	22,681	,000	,173	5,794
	Score de CP	-,223	-4,812	,000	,173	5,783
	score de PM	-,184	-3,970	,000	,172	5,824
	Score de l'IC	,112	2,942	,004	,256	3,905
	Score de BOPC	,057	2,880	,004	,946	1,058

a. Variable dépendante : Score de RAM, R-deux ajusté = 91 %, Durbin-Watson = 2,110

Source : Résultats de l'enquête Février 2018

**Tableau 5 : Effet de SPBEPT sur le lien entre IC et RAM**

Modèle		Coefficients standardisés			Statistiques de colinéarité	
		Bêta	t	Sig.	Tolérance	VIF
1	(Constante)		-1,652	,100		
	Score de l'IC	,867	26,345	,000	,979	1,022
	SCORE DE PSBEPT	,157	3,824	,000	,632	1,583
	PSBEPT*IC	-,206	-4,999	,000	,622	1,609

a. Variable dépendante : Score de RAM, R-deux ajusté = 74,3%, Durbin-Watson = 2,378

Source : Résultats de l'enquête Février 2018

**Tableau 6 : Effet de PSBEPT sur le lien entre BOPC et RAM**

Modèle	Coefficients standardisés			Statistiques de colinéarité	
	Bêta	t	Sig.	Tolérance	VIF
1 (Constante)		7,916	,000		
Score de BOPAC	-,542	-2,471	,014	,083	11,977
SCORE DE PSBEPT	-,299	-1,426	,155	,091	10,949
SCORE DE PSBEPT*BOPC	,603	1,982	,049	,043	23,041

a. Variable dépendante : Score de RAM, R-deux ajusté = 2,8%, Durbin-Watson = 2,429

**Source** : Résultats de l'enquête Février 2018

**Tableau 7 : Effet de l'ISPC sur le lien entre IC et RAM**

Modèle	Coefficients standardisés			Statistiques de colinéarité	
	Bêta	t	Sig.	Tolérance	VIF
1 (Constante)		-1,587	,114		
Score de l'IC	,872	29,029	,000	,965	1,036
score de l'ISPC	,140	3,385	,001	,507	1,974
Score de IC*ISPC	-,213	-5,154	,000	,511	1,957

a. Variable dépendante : Score de RAMC, R-deux ajusté = 74%, Durbin-Watson = 2,351

**Source** : Résultats de l'enquête Février 2018