



HAL
open science

Le marketing social comme levier d'intervention dans les cas de comorbidité en santé

Marie-Laure Mourre

► To cite this version:

Marie-Laure Mourre. Le marketing social comme levier d'intervention dans les cas de comorbidité en santé. 40ème Congrès de l'Association Française de Marketing, AFM, Jun 2024, Paris, France. hal-04643848

HAL Id: hal-04643848

<https://hal.science/hal-04643848v1>

Submitted on 2 Dec 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**LE MARKETING SOCIAL COMME LEVIER D'INTERVENTION DANS LES CAS DE COMORBIDITE
EN SANTE**

MOURRE, Marie-Laure, Institut de Recherche en Gestion, Université Paris Est Créteil

marie-laure.mourre@u-pec.fr

40ème Congrès de l'Association Française de Marketing

Paris, 5-7 juin 2024

LE MARKETING SOCIAL COMME LEVIER D'INTERVENTION DANS LES CAS DE COMORBIDITE EN SANTE

Résumé : Cette recherche vise à élaborer un cadre d'intervention de marketing social pouvant être utilisé pour concevoir des programmes de prévention adaptés aux personnes souffrant de comorbidités, en se concentrant plus particulièrement sur le cas du tabagisme et du diabète. Pour atteindre cet objectif, des entretiens approfondis ont été menés avec des fumeurs diabétiques ou prédiabétiques et ont été analysés dans une perspective phénoménologique. Le cadre d'intervention en marketing social qui en résulte prend en compte les niveaux de littératie en santé et d'autonomisation des patients, et identifie les leviers d'intervention à privilégier.

Mots clés : marketing social ; santé ; prévention; intervention ; tabac ; diabète

SOCIAL MARKETING AS A LEVER FOR INTERVENTION IN CASES OF HEALTH CO-MORBIDITY

Abstract: This research endeavors to establish a social marketing intervention framework that can be utilized to devise prevention programs tailored to individuals with health comorbidities, specifically focusing on the case of smoking and diabetes. To achieve this objective, in-depth interviews were conducted with diabetic or pre-diabetic smokers, and were analyzed from a phenomenological perspective. The resulting social marketing intervention framework considers the levels of health literacy and patient empowerment, and identifies the intervention levers that should be prioritized.

Keywords: social marketing; health; prevention; intervention; tobacco; diabetes

Introduction

La comorbidité, définie comme la présence simultanée de deux ou plusieurs troubles médicaux distincts chez un individu, connaît une croissance à l'échelle mondiale notamment sous l'effet du vieillissement de la population (Gold & Büla, 2016). Cette complexité croissante des problèmes de santé requiert des approches novatrices pour les aborder de manière efficace. Parmi ces approches, le marketing social se révèle être une piste prometteuse pour concevoir des programmes de prévention en santé publique (Evans, 2006; Huhman, 2010). Toutefois, bien que le marketing social ait démontré son efficacité dans la modification des comportements liés à la santé, il se concentre généralement sur un problème spécifique à la fois, ne prenant pas pleinement en compte la nature complexe des comorbidités et limitant nécessairement l'efficacité des interventions de prévention. Ainsi, notre objectif de recherche est d'élaborer un cadre d'intervention en marketing social spécifiquement conçu pour traiter les situations de comorbidité. Cette approche vise à transcender la focalisation habituelle sur un seul trouble pour aborder la co-occurrence de plusieurs conditions médicales chez un individu. Pour concrétiser cet objectif, notre étude se concentre sur l'association entre le tabagisme et le diabète, deux problématiques de santé majeures aux ramifications multiples (Durlach et al., 2022). En explorant cette connexion, nous cherchons à mettre en lumière les moyens par lesquels le marketing social peut intervenir de manière ciblée et efficace pour réduire la prévalence de cette comorbidité spécifique. Notre méthodologie repose sur des entretiens approfondis avec des individus concernés suivie d'une analyse phénoménologique rigoureuse (Bevan, 2014). Cette approche qualitative nous permettant de saisir les expériences vécues, les perceptions et les défis rencontrés par les personnes confrontées à la co-occurrence du tabagisme et du diabète, conjuguée aux apports de théories et modèles de santé bien établis nous conduit à proposer un nouveau cadre d'intervention en marketing social dans les cas de comorbidité en santé.

Cadre conceptuel

Les indicateurs prédominants dans le domaine de la santé publique mettent en lumière des tendances préoccupantes, notamment la persistance du tabagisme chez les individus atteints de diabète (Durlach et al., 2022) malgré la large diffusion des politiques antitabac. Cette constatation incite à une réévaluation critique des processus de formation des comportements de santé dans leur contexte social. Alors que les théories sur les comportements de santé ont grandement contribué à notre compréhension de ces phénomènes, elles ont souvent omis l'impact profond de l'environnement social sur les individus. Dans cette perspective, la théorie sociale cognitive (TSC) de Bandura (1986) émerge comme un cadre d'analyse particulièrement pertinent pour cette sphère de recherche. Elle souligne que la transmission d'informations seule ne suffit pas à induire un changement. L'auto-efficacité joue un rôle clé dans des comportements discontinus comme le sevrage tabagique. Les défis spécifiques du sevrage tabagique chez les diabétiques nécessitent donc des interventions novatrices, mais les résultats de recherche sur ces programmes sont divergents (Canga et al., 2000; Katsaounou et al., 2019; Sawicki et al., 1993), soulignant le besoin urgent de mieux comprendre ces populations pour élaborer des interventions efficaces.

Méthodologie

Une méthodologie d'analyse phénoménologique interprétative (IPA)(Brocki & Wearden, 2006) a été utilisée pour explorer les expériences liées au tabac et au diabète. La sélection des participants à notre étude a été rigoureusement menée, prenant en considération une diversité de caractéristiques démographiques, d'états de santé et de schémas de consommation de tabac (voir tableau 1). L'identification de ces participants a été facilitée par la collaboration avec la Fédération française des diabétiques et son vaste réseau. En février 2022, nous avons mené des entretiens approfondis avec douze individus en France, incluant six fumeurs "à risque" en situation de pré-diabète (dans une optique de prévention primaire) et six fumeurs déjà diagnostiqués diabétiques (dans une perspective de prévention secondaire). Les entretiens semi-structurés, d'une durée de 45 à 60 minutes chacun, ont permis d'explorer de manière multidimensionnelle les expériences des participants. Ils ont été guidés initialement par la théorie sociale cognitive de Bandura (TSC), visant à démêler la complexité des perceptions et des comportements. Par la suite, nous avons encouragé les participants à partager leurs récits concernant leurs tentatives d'arrêt du tabac. Pour évaluer leur niveau de connaissance en santé, nous avons présenté des énoncés scientifiques portant sur les interactions complexes entre le tabac et le diabète. Les entretiens ont été enregistrés et transcrits, totalisant 113 456 mots. Un processus de codage manuel a été entrepris, regroupant les codes en thèmes "au sein des participants", puis en thèmes "inter-participants" pour identifier des motifs généraux. Cette méthode a évolué vers une analyse interprétative approfondie tout en garantissant la fidélité aux données.

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques des répondants

Répondant	Age	État de santé	Genre	Interviewer	Fumeur
F1	80	hypertension	F	1	oui
F2	55	hypertension	M	1	oui
F3	42	En surpoids	F	1	oui
F4	56	Entourage familial diabétique	M	2	oui
F5	42	Entourage familial diabétique	F	2	oui
F6	50	Entourage familial diabétique	M	2	oui
D1	54	diabète type 2	M	1	oui
D2	62	diabète type 2	M	1	oui
D3	65	diabète type 1	M	1	oui
D4	56	diabète type 1	F	2	Vient juste d'arrêter
D5	56	diabète type 2	M	2	Vient juste d'arrêter
D6	50	diabète type 1	F	2	oui

Résultats

Un niveau de connaissance hétérogène. Les fumeurs connaissent les risques du tabagisme pour la santé, citant des maladies telles que la bronchite, le cancer du poumon, l'hypertension et les problèmes cardiaques. Ils considèrent l'information sur la toxicité du tabac comme facilement accessible. Certains ont une certaine connaissance du diabète grâce à des proches diabétiques ou à des expériences personnelles, et expriment de l'inquiétude face à cette maladie sournoise. Cependant, d'autres ont des idées moins précises, associant le diabète à une alimentation excessive en sucre chez les personnes âgées. Les facteurs de risque

communs mentionnés pour le diabète de type 2 incluent l'âge, la sédentarité, les habitudes alimentaires, le mode de vie et l'hérédité.

Peu de lien entre le tabac et le diabète. Certains participants ne voient pas de lien entre le tabagisme et le diabète, même si quelques-uns soupçonnent une incompatibilité entre les deux. Les fumeurs non diabétiques ne montrent pas d'inquiétude spécifique concernant le diabète, préoccupés plutôt par le risque de cancer. La révélation selon laquelle les fumeurs ont deux fois plus de risques de développer un diabète de type 2 suscite surprise et prise de conscience chez certains participants, qui admettent leur ignorance précédente sur ce lien. Les fumeurs diabétiques partagent largement cette ignorance, bien qu'ils devinent une augmentation des risques pour la santé liée à la combinaison du diabète et du tabagisme.

L'arrêt du tabac, entre espoir et rechute. Les fumeurs rencontrent des difficultés lors de tentatives d'arrêt, marquées par des succès temporaires et des rechutes fréquentes. La volonté individuelle joue un rôle déterminant, certains admettant des échecs dus au manque de détermination. Les participants reconnaissent l'importance d'un "déclic" pour comprendre leurs habitudes tabagiques, et certains attribuent leurs échecs à un "blocage mental". Le soutien et la proximité sont cruciaux dans cette quête, bien que peu aient recours à l'aide des tabacologues ou aux substituts nicotiniques. Un soutien continu est jugé essentiel pour résister aux rechutes, mais les contraintes de temps des professionnels de la santé sont perçues comme un obstacle à un soutien efficace.

Discussion

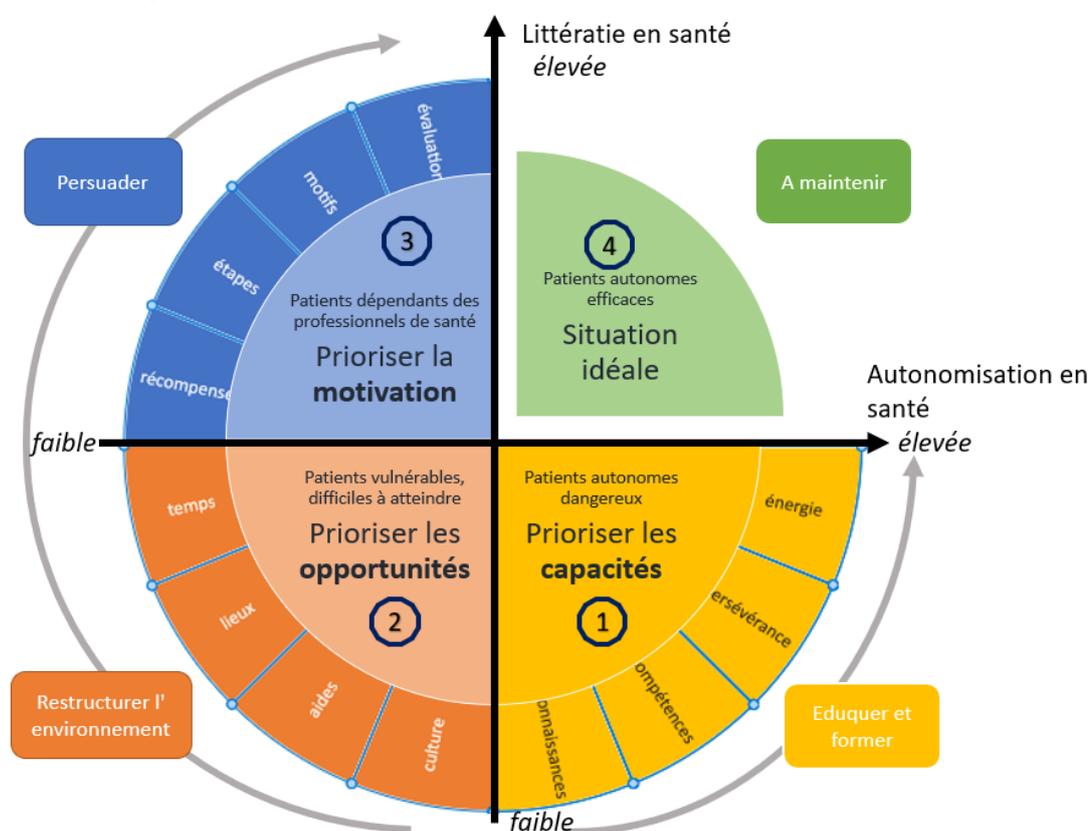
La littératie en santé comme pré-requis et l'autonomisation pour reprendre le contrôle. Les entretiens ont mis en lumière une méconnaissance des liens entre le tabac et le diabète malgré la connaissance des méfaits spécifiques de chaque situation considérée isolément. On peut supposer qu'en améliorant la connaissance de cette interaction, on pourrait stimuler le sevrage tabagique. Cependant, même si la littératie en santé est corrélée à de meilleurs résultats cliniques (Berkman et al., 2011; Halverson et al., 2015), elle n'est pas suffisante pour induire des changements de comportement. L'autonomisation (au sens d'*empowerment*) est cruciale pour reprendre le contrôle dans le processus de sevrage tabagique, renforçant l'engagement des individus dans leurs décisions de santé (Shearer, 2009). L'intégration de la littératie en santé et de l'autonomisation est préconisée pour permettre des décisions éclairées et des comportements plus sains. Schulz et Nakamoto (2013) ont formalisé cette approche dans leur modèle d'autonomisation en santé.

Privilégier une approche différenciée selon les profils. Comme les fumeurs ont des niveaux de connaissances différents et une capacité variable à gérer leur santé, une approche différenciée est à privilégier. On peut ainsi distinguer quatre profils de patients selon leurs niveaux faible ou élevé de littératie et d'autonomie en santé. Des études montrent que des niveaux élevés dans ces deux domaines favorisent des décisions éclairées et des comportements plus sains (Camerini et al., 2012; Náfrádi et al., 2018). Malgré leur importance, ces facteurs sont rarement abordés ensemble dans les soins primaires, surtout en lien avec le tabac et le diabète.

Vers un nouveau cadre d'intervention. Notre analyse souligne l'importance de la motivation et du soutien pour réussir le sevrage tabagique, en ligne avec le modèle COM-B (Michie et al., 2011). Ce modèle décrit le comportement (B) comme dépendant des capacités (C), des opportunités (O) et de la motivation (M) à agir. Les capacités concernent les compétences et connaissances, les opportunités englobent l'environnement extérieur, et la motivation émane des activités cérébrales. Nous proposons d'adapter ce modèle aux profils identifiés dans le modèle d'autonomisation en santé pour aider à définir les priorités d'action pour les personnes qui se trouvent dans quatre situations distinctes (figure 1) :

1. **Faible niveau de littératie, fort niveau d'autonomisation** : on peut qualifier ces individus de *patients autonomes dangereux*. Pour les personnes appartenant à cette catégorie, la priorité est de renforcer leurs connaissances et leurs compétences, en tirant parti de leur volonté et de leur efficacité personnelle. Le développement de leurs **capacités** apparaît comme un levier puissant pour encourager l'adoption de comportements appropriés (Dietscher et al., 2021).
2. **Faible niveau de littératie, faible niveau d'autonomisation** : ce sont des *patients vulnérables et difficiles à atteindre*. Ce groupe pose des défis uniques, nécessitant des stratégies de sensibilisation proactives (Bonevski et al., 2014). La création d'**opportunités** pour s'engager avec eux apparaît comme le moyen le plus efficace de faciliter l'adoption de comportements appropriés. Ces opportunités englobent les influences interpersonnelles, les indices sociaux, les normes culturelles et les facteurs environnementaux, notamment le temps, les ressources et les lieux.
3. **Fort niveau de littératie, faible niveau d'autonomisation** : ce sont des *patients dépendants des professionnels de santé*. Les individus de cette catégorie possèdent les compétences et les connaissances requises, mais peuvent avoir du mal à les traduire en comportements efficaces en raison d'un manque d'autonomie et de motivation. L'encouragement à l'action et à la **motivation** doit être l'objectif principal (G. G. Williams et al., 2002).
4. **Un niveau élevé de littératie en matière de santé, un niveau élevé de d'autonomisation** : ces personnes sont bien placées pour gérer efficacement leur santé et peuvent être considérées comme des *patients autonomes efficaces*. Toutefois, il convient d'être vigilant pour actualiser en permanence leur niveau de connaissances et ajuster leur niveau d'autonomisation en fonction des besoins.

Figure 1 : Cadre d'intervention de marketing social en fonction du niveau de littératie et d'autonomisation des patients



Ce cadre global vise à fournir une approche nuancée et adaptée selon les principes du marketing social (Andreasen, 2002), en abordant les dimensions multiples de la littératie, de l'autonomisation, de la motivation et du soutien afin d'améliorer l'efficacité des interventions de prévention. Dans le cas du tabagisme et du diabète, certains types d'intervention peuvent être privilégiés en fonction des priorités (Tableau 1) :

Tableau 1 : Types d'interventions en fonction des leviers à prioriser

<i>Priorité</i>	<i>Type d'interventions à privilégier</i>
1-CAPACITES	<p>Éduquer et former pour développer les capacités L'impact de la consommation de tabac sur les risques et les complications du diabète doit être expliqué de manière concrète et pragmatique afin d'accroître la prise de conscience personnelle. Outre les soins personnalisés prodigués par les autorités médicales dans la mesure du possible, il convient de créer diverses sources d'information, car la littératie en matière de santé n'est pas seulement une compétence cognitive individuelle, elle est également coproduite dans les relations sociales (Mahrouseh et al., 2020). Différents médias (médias de masse, réseaux sociaux, groupes de soutien, clubs sportifs ou artistiques, espaces publics, etc.) et différentes sources (comme les institutions publiques, les ONG, les influenceurs, etc.) devraient être utilisés dans ces initiatives de diffusion de l'information médicale pour tenir compte des différences entre les individus en termes de besoins, mais aussi de croyances et d'habitudes (Gallopel-Morvan et al., 2021).</p>
2- OPPORTUNITES	<p>Restructurer l'environnement pour créer des opportunités L'organisation d'événements publics est un bon outil, par exemple, en créant des événements collectifs et engageants avec des défis comme le " Dry January " (de Visser et al., 2016) ou le " No Tobacco Month " (Djian et al., 2019). Dans une moindre mesure, des questionnaires rapides et ludiques d'identification du risque de diabète distribués lors d'événements sportifs (dans les bars et pubs) ou culturels (festivals de musique) pourraient être un moyen de toucher un public fumeur éloigné du contexte du diabète et pourtant en première ligne du fait de son tabagisme.</p>
3-MOTIVATION	<p>Persuader les gens de s'engager dans le changement et renforcer et maintenir leur motivation Les aider à trouver leur "déclic" en leur donnant des exemples de réussite qui les encouragent et leur donnent confiance (G. C. Williams et al., 2006). Des alternatives plus saines au tabagisme comme réponse au stress doivent être proposées. Les avantages à court terme de l'arrêt du tabac doivent être soulignés : moins de toux, amélioration de l'odorat, du goût, de l'haleine... et la fierté d'avoir réussi. La nature complexe de l'habitude de fumer doit être reconnue ainsi que l'énorme effort nécessaire pour arrêter. Les fumeurs ne doivent pas se sentir coupables de rechuter. Il faut s'efforcer de lutter contre la culpabilité en écoutant et en proposant des alternatives gratifiantes, en particulier pour les personnes isolées, car il a été prouvé que le soutien, le réconfort et la gratification sociale augmentent les chances d'arrêter de fumer. Les interventions communautaires de pair à pair (par exemple, les groupes de parole dans les organisations de patients, les interventions de patients-experts) peuvent également être efficaces pour ces profils (Frasso et al., 2018).</p>

Conclusion

L'objectif principal de cette étude qualitative était d'identifier des pistes pour prévenir l'apparition du diabète chez les fumeurs à risque et atténuer les complications liées au tabagisme chez les personnes déjà atteintes de diabète. Grâce à une approche phénoménologique interprétative impliquant douze fumeurs français diabétiques ou prédiabétiques, nous avons constaté que les disparités dans les comportements de santé étaient intrinsèquement liées aux niveaux de littératie et d'autonomisation en matière de santé.

L'identification du profil de littératie en santé et d'autonomisation d'une personne permet de mettre en lumière ses besoins spécifiques et permet de choisir les interventions les plus efficaces pour renforcer l'autogestion de sa santé. Le cadre d'intervention différencié que nous proposons vise à renforcer les capacités des personnes qualifiées de "patients autonomes dangereux", à stimuler la motivation des personnes qui dépendent fortement des professionnels de la santé et à créer des opportunités ciblées pour atteindre les personnes vulnérables dont les besoins sont prioritaires.

Ce travail s'appuie sur le modèle d'autonomisation de la santé, en incorporant des idées du modèle comportemental COM-B pour former un cadre d'intervention complet. Elle présente certaines limites, telles que l'absence d'un outil spécifique pour évaluer les profils de littératie et d'autonomisation des fumeurs, ainsi que les problèmes potentiels de représentativité de l'échantillon. Néanmoins, les lacunes flagrantes de cette population en matière de littératie et d'autonomisation dans le domaine de la santé suggèrent fortement que ces défis pourraient être encore plus prononcés au sein de la population en général.

À une époque marquée par une augmentation continue des maladies chroniques, avec une hausse notable du diabète de type 2 (Mahrouseh et al., 2020), le renforcement de la capacité des citoyens à gérer efficacement leur santé présente de nombreux avantages tant pour les individus que pour le système de santé (Cambon et al., 2021). Pour les individus, cette responsabilisation se traduit par une meilleure prévention des risques, une détection précoce des maladies et des affections, une réduction du stress lié aux maladies et une diminution du sentiment de vulnérabilité et de dépendance à l'égard des professionnels de la santé. Parallèlement, les professionnels de la santé bénéficient de la responsabilisation des patients bien informés, ce qui se traduit par une meilleure adhésion au traitement et une réduction potentielle de la dépendance à l'égard de médicaments inutiles ou de confort. En outre, une utilisation plus éclairée des services de santé peut désengorger les unités de soins de santé surchargées, telles que les salles d'urgence et les cabinets de soins primaires dans les zones urbaines. Le système de santé dans son ensemble tire des bénéfices substantiels de l'amélioration des connaissances en matière de santé et de l'autonomisation de la population (World Health Organization, 2015).

Références

Andreasen, A. R. (2002). Marketing Social Marketing in the Social Change Marketplace. *Journal of Public Policy & Marketing*, 21(1), 3- 13. <https://doi.org/10.1509/jppm.21.1.3.17602>

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs NJ.

Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes : An updated systematic review. *Ann. Intern. Med.*, 155, 97- 107.

Bevan, M. T. (2014). A Method of Phenomenological Interviewing—Mark T. Bevan. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1049732313519710>

Bonevski, B., Randell, M., Paul, C., Chapman, K., Twyman, L., Bryant, J., Brozek, I., & Hughes, C. (2014). Reaching the hard-to-reach : A systematic review of strategies for improving health and medical research with socially disadvantaged groups. *BMC Med. Res. Methodol.*, 14, 42. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-14-42>

Brocki, J. M., & Wearden, A. J. (2006). A critical evaluation of the use of interpretative phenomenological analysis (IPA) in health psychology. *Psychol. Health*, 21, 87- 108. <https://doi.org/10.1080/14768320500230185>

Cambon, L., Bergeron, H., Castel, P., Ridde, V., & Alla, F. (2021). Quand la réponse mondiale à la pandémie de COVID-19 se fait sans la promotion de la santé. *Glob. Health Promot.*, 28, 92- 95. <https://doi.org/10.1177/17579759211015131>

Camerini, L., Schulz, P. J., & Nakamoto, K. (2012). Differential effects of health knowledge and health empowerment over patients' self-management and health outcomes : A cross-sectional evaluation. *Patient Educ. Couns.*, 89, 337- 344. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.08.005>

Canga, N., Irala, J., Vara, E., Duaso, M. J., Ferrer, A., & Martínez-González, M. A. (2000). Intervention study for smoking cessation in diabetic patients : A randomized controlled trial in both clinical and primary care settings. *Diabetes Care*, 23, 1455- 1460. <https://doi.org/10.2337/diacare.23.10.1455>

de Visser, R. O., Robinson, E., & Bond, R. (2016). Voluntary temporary abstinence from alcohol during “Dry January” and subsequent alcohol use. *Health Psychology*, 35(3), 281- 289. <https://doi.org/10.1037/hea0000297>

Dietscher, C., Le, C., Arriaga, M., Schaeffer, D., Drapkina, O., & Gani, S. (2021). Policy recommendations for improving health literacy : Based on European Health Literacy Survey 2019. *Eur. J. Public Health*, 31, 164- 498.

Djian, A., Guignard, R., Gallopel-Morvan, K., Smadja, O., Davies, J., Blanc, A., Mercier, A., Walmsley, M., & Nguyen-Thanh, V. (2019). From “Stoptober” To “Moi(S) Sans Tabac” : How to import a social marketing campaign. *Journal of Social Marketing*, 9(4), 345- 356. <https://doi.org/10.1108/JSOCM-07-2018-0068>

Durlach, V., Vergès, B., Al-Salameh, A., Bahougne, T., Benzerouk, F., Berlin, I., Clair, C., Mansourati, J., Rouland, A., Thomas, D., Thuillier, P., Tramunt, B., & Le Faou, A.-L. (2022). Smoking and diabetes interplay : A comprehensive review and joint statement. *Diabetes Metab.*, 48, 101370. <https://doi.org/10.1016/j.diabet.2022.101370>

Evans, W. D. (2006). How social marketing works in health care. *Bmj*, 332(7551), 1207- 1210.

Frasso, R., Keddem, S., & Golinkoff, J. M. (2018). Qualitative Methods : Tools for Understanding and Engaging Communities. In R. A. Cnaan & C. Milofsky (Éds.), *Handbook of Community Movements and Local Organizations in the 21st Century* (p. 527- 549). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-77416-9_32

Gallopel-Morvan, K., Alla, F., Bonnay-Hamon, A., Brousse, P., Gonneau, A., & Castera, P. (2021). Arrêt du tabac : Une personnalisation nécessaire des programmes de sevrage. *Santé Publique*, 33(4), 505- 515. <https://doi.org/10.3917/spub.214.0505>

Gold, G., & Büla, C. (2016). Le siècle des comorbidités. *Revue Medicale Suisse*, 12(538), 1891.

Halverson, J. L., Martinez-Donate, A. P., Palta, M., Leal, T., Lubner, S., Walsh, M. C., Schaaf Strickland, J., Smith, P. D., & Trentham-Dietz, A. (2015). Health literacy and health-related quality of life among a population-based sample of cancer patients. *J. Health Commun*, 20, 1320- 1329.

Huhman, M. (2010). Impacting Behavior by Integrating Health Communication and Marketing. *Health Communication*, 25(6- 7), 617- 618. <https://doi.org/10.1080/10410236.2010.496838>

Katsaounou, P., Korkotzelou, A., Driva, M., Schoretsaniti, S., Barbaressou, Z., Osarogue, A., Saltiagianni, V., Vasileiou, V., Gyftopoulos, S., Tentolouris, N., & Tonstad, S. (2019). Smoking cessation in diabetic patients. *Tob. Induc. Dis*, 17. <https://doi.org/10.18332/tid/111604>

Mahrouseh, N. M., Njuguna, D. W., & Varga, O. A. (2020). How to tackle the growing problem of type 2 diabetes in the European Union? *Eur. J. Public Health*, 30. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa166.1272>

Michie, S., Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel : A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement. Sci*, 6, 42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>

Náfrádi, L., Nakamoto, K., Csabai, M., Papp-Zipernovszky, O., & Schulz, P. J. (2018). An empirical test of the Health Empowerment Model : Does patient empowerment moderate the effect of health literacy on health status? *Patient Educ. Couns*, 101, 511- 517. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.09.004>

Sawicki, P. T., Didjurgeit, U., Mülhauser, I., & Berger, M. (1993). Behaviour therapy versus doctor's anti- smoking advice in diabetic patients. *J. Intern. Med*, 234, 407- 409. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.1993.tb00763.x>

Schulz, P. J., & Nakamoto, K. (2013). Health literacy and patient empowerment in health communication : The importance of separating conjoined twins. *Patient Educ. Couns*, 90, 4- 11. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.09.006>

Shearer, N. B. (2009). Health Empowerment Theory as a Guide for Practice. *Geriatr. Crawford Nurs*, N. Y. N 30, 4- 10. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2009.02.003>

Williams, G. C., McGregor, H. A., Sharp, D., Levesque, C., Kouides, R. W., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2006). Testing a self-determination theory intervention for motivating tobacco cessation : Supporting autonomy and competence in a clinical trial. *Health Psychology*, 25(1), 91- 101. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.25.1.91>

Williams, G. G., Gagné, M., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2002). Facilitating autonomous motivation for smoking cessation. *Health Psychol*, 21, 40- 50. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.21.1.40>

World Health Organization. (2015). Health literacy toolkit for low- and middle-income countries : A series of information sheets to empower communities and strengthen health systems. WHO Regional Office for South-East Asia.

