

Elisabeth Eglem

CERENE

Université du Havre

e-mail : elisabeth.eglem@univ-lehavre.fr

Les logiques de catégorisation dans la consommation des produits et services de
santé holiste

Les logiques de catégorisation dans la consommation des produits et services de santé holiste

Résumé :

Cet article tente de mieux comprendre le processus de catégorisation des produits et services utilisés dans le cadre de comportements de consommation de santé holiste. Il repose sur une revue du contexte théorique et une enquête de terrain qualitative. Deux grands types de catégorisations apparaissent, le premier mouvant car dépendant du contexte de consommation et du consommateur lui-même, et le second reposant sur des données statiques liées aux attributs des produits.

Mots-clés : catégorisation, automédication, santé holiste, comportement du consommateur.

Categorization logics in the consumption of holistic health products and services

Abstract:

This article aims at understanding the categorization process of products and services used in the context of holistic health consumption behaviours. After a presentation of the theoretical background, two broad types of categorization emerge from the results of the qualitative field research. The first one is dependant on the consumption context and of the consumer himself, the second one is linked to product attributes.

Key-words: categorization, self-healing, holistic health; consumer behaviour.

Les logiques de catégorisation dans la consommation des produits et services de santé holiste

1. INTRODUCTION

Le concept de santé holiste repose sur une pluralité de représentations, de croyances, de comportements de consommation, de pratiques et d'expériences. Il démultiplie donc la définition de ce que peut être un comportement de santé (Ugueux, 2000 ; Laplantine, 1992). Etant considérée comme globale, aussi bien psychologique, émotionnelle que spirituelle, la santé s'obtient et se conserve d'une infinité de manières, grâce à de multiples produits et services. Les pratiques se situent en effet aux confins des domaines alimentaires, médicaux et spirituels, et incluent autant les médecines dites alternatives que la médecine allopathique (Sanner, 2001 ; Rossi, 2002). Ainsi, les solutions peuvent être de natures variées et emprunter des voies physiques, émotionnelles, spirituelles, l'une ou l'autre simultanément, ou encore emprunter l'une pour accéder à l'autre.

Ce phénomène est soutenu par le développement d'un marché proposant de nombreuses options, permettant de répondre à des demandes strictement médicales ou orientées vers la recherche d'expériences diverses.

Devant l'abondance de l'offre, se pose pour le consommateur la question des modalités de catégorisation des produits et des services liés à l'univers de la santé holiste.

En effet, de nombreux produits et pratiques peuvent faire partie d'un comportement d'automédication dans le cadre d'une conception holiste de la santé. Ainsi, l'automédication, considérée dans une perspective extensive, peut inclure également des comportements non prescrits par un médecin ou un thérapeute, mais qui sont définis par le patient lui-même et lui semblent appropriés.

Par exemple, consommer des compléments alimentaires, avoir un comportement alimentaire particulier, pratiquer un certain sport, etc. De ce point de vue, l'automédication est une somme de recours possibles dont le consommateur dispose pour maintenir ou améliorer son état.

Le présent article a donc tenté de répondre aux deux questions suivantes :

A quelles catégories appartiennent les produits et services utilisés dans le cadre des comportements de santé holiste ? Et à quels procédés cognitifs de catégorisation de ces pratiques se livrent les consommateurs ?

Après une revue des aspects théoriques de la consommation de santé holiste, de l'automédication et de la catégorisation, une enquête de terrain qualitative explore les modalités de la catégorisation des produits et services utilisés dans une perspective de santé holiste. La conclusion récapitule les principaux apports de l'article et en tire enfin des propositions à visée managériale.

2. CONTEXTE THEORIQUE

2.1. Le concept de santé holiste et ses implications en termes de perception du corps et de formation d'un marché

En raison de sa globalité, comprendre le concept de santé holiste implique de se pencher sur ses différentes composantes, aussi bien individuelles (concernant le lien corps-esprit) que liées aux produits et services qui constituent les réponses aux besoins de santé holiste.

2.1.1. Le corps « partie d'un tout »

A travers le prisme de la santé holiste, le corps est perçu comme une entité corps-esprit qui correspond à une logique shamanique selon laquelle « l'être humain » et son corps ne font qu'un (Rossi, 2002). Le corps n'est pas constitué de parties « mécaniquement » assemblées, il fait au contraire partie intégrante de l'être, formant avec le soi une seule entité, l'un se fondant dans l'autre, et le corps participant de façon directe à la construction du soi (Giddens, 1991 ; Cathelat, 1999). Cette conception correspond à une vision de la santé comme un système aux portes d'entrée multiples.

Le corps est naturellement central dans les questions de santé, puisque celle-ci définit son fonctionnement et, de ce fait, la vie ou la mort. De ce point de vue, le soin du corps n'est pas

chose nouvelle. Cependant, le concept de santé holiste est lié à l'existence d'une multitude de façons de prendre soin de son corps : sport, médecines alternatives, différents types de comportements alimentaires, et donc, consommation d'une infinité potentielle de produits et services. Le fait de vouloir respecter une certaine hygiène de vie, d'adopter des pratiques sportives, alimentaires ou thérapeutiques spécifiques implique des comportements ayant des conséquences sur le quotidien. De ce fait, l'attention apportée au corps prend une place d'autant plus importante dans les activités de la vie de tous les jours (Giddens, 1991 ; Azevedo, 2005 ; Arikha, 2010).

Prendre soin de soi est également l'occasion de pratiques de réconfort (Winnicott, 1971 ; Le Bel et Labrecque, 2005) qui au-delà de la dimension de soin (par exemple, à travers le recours aux médecines alternatives et la consommation de certains produits alimentaires), apportent un mieux-être à l'individu, le rassurent.

2.1.2. Le développement du marché de la santé holiste

Le marché de la santé holiste est caractérisé par une multiplication des points de vente et des produits et services qui renforcent ainsi sa dimension de bien consommable (Aggleton, 1994). Ce phénomène correspond à une « mythologie du naturel » inscrite dans un mouvement de recherche de différenciation de l'offre (Thompson, 2004) qui s'accompagne d'une augmentation des dépenses de soin des consommateurs (Moinier, 2008).

L'abondance de l'offre motive en effet un développement de la consommation tout en contribuant à faire évoluer les attentes des consommateurs en quête de davantage de choix, d'expériences et de solutions de soin.

Cette évolution correspond à deux tendances. D'une part, à un désir de davantage de contrôle sur les choix en matière de santé, suivant une tendance au *self-empowerment* (Whiteford, 1999 ; Thompson, 2004) qui implique que le patient se retrouve au centre du processus de soin et non pas objet de soin (Lenert, 2010). D'autre part, à la logique de la consommation expérientielle (Firat et Venkatesh, 1995 ; Pine et Gilmore, 2001 ; Wikström, 2008) : les consommations liées à la santé et au soin du corps sont ainsi sources d'expériences variées, notamment hédonistes (D'Houtaud et Field, 1989 ; Sirost, 2010), initiatiques (Eliade, 1959 ;

Van Gennepe, 2004) ou ritualisées (Rook, 1985 ; Tambiah, 1990 ; Thompson *et al.*, 1995 ; Segalen, 1998).

2.2. Définitions et modalités de l'automédication

L'automédication a fait l'objet de plusieurs définitions. Dupuy et Karsenty (1974) et Buclin (cité par Haxaire, 2002) mettent en avant la dimension individuelle de la décision de recourir à l'automédication : c'est en effet le consommateur qui juge que son cas n'est pas suffisamment sérieux pour qu'il doive s'adresser à un médecin, et qu'il peut par conséquent résoudre le problème lui-même. Ou encore, Kossler *et al.* (2001) définissent l'automédication comme une « application déviante des prescriptions et des conseils » qui va entraîner l'augmentation ou la diminution des doses de médicaments prescrits.

D'une manière générale, la notion d'automédication implique celle de produit soignant. Or, celle-ci apparaît relativement difficile à cerner : son pouvoir tient à ses caractéristiques intrinsèques qui vont agir sur l'organisme, mais aussi à la croyance que l'on peut avoir dans l'effet du produit (Lemoine, 1996). Le pouvoir du médicament se retrouve ainsi dans les conditions de sa préparation, dans son administration, ou encore dans les rituels qui accompagnent cette dernière (Benoist, 1989). La relation au médicament va dépendre de la relation à la maladie et au corps de chacun, de son histoire personnelle (Akrich et Méadel, 2002) mais aussi de la culture, du contexte de consommation et du rapport au monde médical du l'individu (Haxaire, 2002).

Ce sont ces différents éléments qui vont faire que le médicament aura un statut plus ou moins proche de celui du produit alimentaire, plus ou moins relié à la sphère de l'intime, rangé selon la fonction du produit ou selon la personne à laquelle il s'adresse, etc. (Fainzang, 2003). Il apparaît que le médicament peut évoluer vers le produit alimentaire, tout comme le produit alimentaire peut évoluer vers le médicament. Falk (1994) étudie ainsi les ressorts du positionnement santé des *rice krispies* et des *corn flakes*, produits peu sucrés reposant sur la même promesse d'énergie et de légèreté que des médicaments préventifs. A l'inverse, le Coca-Cola est passé du statut de médicament contre le mal de tête à celui d'aliment, sur la promesse d'un bien-être progressivement assimilé à la joie de vivre et au bonheur.

Enfin, l'alimentation en général peut être considérée comme la première des médecines, et en ce sens, chaque aliment dont les vertus sont connues peut rentrer dans une logique de prévention ou d'automédication. Selon les théories développées par Hippocrate, deux grands types de causes entraîneraient les maladies : le premier serait lié à l'influence des saisons, de l'environnement et des températures, et le second au type d'alimentation de l'individu et aux exercices physiques auxquels il se livre. En fonction de ses caractéristiques physiques, de son âge et des conditions de son environnement, un individu devrait ainsi privilégier certains aliments et un certain mode de vie (Littré, 1839). Puis, à la suite d'Hippocrate, Galien développe la théorie des humeurs selon laquelle la maladie résulterait d'un déséquilibre des humeurs constitutives de l'organisme (sang, lymphe, bile jaune et bile noire) et de leurs qualités chaude, froide, sèche ou humide (Grand Dictionnaire Encyclopédique, 1983). Le choix judicieux des aliments permettrait alors de rétablir cet équilibre, redonnant à l'individu la santé. En se plaçant dans la perspective de ces théories, le rôle accordé par le consommateur au choix quotidien des aliments dans le cadre de stratégies de prévention et d'amélioration de la santé donne ainsi à ces aliments une valeur de quasi-médicaments (Hausmann-Muela et Muela-Ribera, 2003 ; Asher, 2005 ; Walker Naylor *et al.*, 2009).

En faisant la synthèse des définitions précédentes, l'automédication peut ainsi être définie comme le recours à un ou plusieurs « produits soignants » (aliments, médicaments, plantes, etc.) visant une amélioration de la santé de l'individu, de sa propre initiative, sans passer par la prescription du médecin. Bien que l'automédication soit caractérisée par la non prescription, elle est souvent le résultat de recommandations par des proches ou des professionnels (pharmaciens, médecins, thérapeutes). Elle est aussi fréquemment influencée par les médias et internet (Ashman *et al.*, 2008 ; Wonsuk et Whitehill King, 2009).

En outre, la prise de « produits soignants » peut s'accompagner de pratiques considérées comme thérapeutiques. Ces pratiques peuvent être liées à un traitement avec un professionnel des médecines alternatives ou non. Il peut s'agir également de pratiques sportives ou de relaxation (par exemple, des massages) qui participent à l'amélioration de l'état de l'individu.

Les comportements d'automédication seront donc envisagés ici sous cette forme extensive, qui s'inscrit dans la pluralité des comportements orientés vers l'entretien du corps et l'amélioration de la santé (Giddens, 1991 ; Azevedo, 2005).

2.3. Déterminants théoriques de la catégorisation

D'après la littérature, des éléments variés permettent le processus de catégorisation : les attributs du produit et leurs particularités (Bettman et Sujun, 1987 ; Fournier, 1991), ce que le consommateur attend du produit (Locken et Ward, 1990), et enfin l'expérience du consommateur, sa personnalité et la situation (Basu, 1993 ; Jain *et al.*, 2007).

Le mode d'évaluation des produits par le consommateur est variable, caractérisé par l'examen d'un petit nombre d'attributs en profondeur, ou au contraire d'un grand nombre d'attributs de façon plus superficielle, en fonction du temps dont il dispose et de l'implication dans le choix du produit (Bettman et Sujun, 1987).

Un produit a souvent des attributs qui tendent à le rattacher à des catégories différentes. Il peut être considéré que l'appartenance à une catégorie se fait par degrés de typicalité. Cette appréciation par le consommateur est en partie subjective : en effet, l'un va pouvoir associer un produit à telle catégorie, l'autre à une catégorie différente, d'autant plus que les catégories peuvent avoir des frontières mouvantes. La multi-appartenance est donc possible, de même que l'existence de catégories hybrides aux marges des catégories définies (Vishwanathan et Childers, 1999 ; Rajagopal *et al.*, 2009). En outre, deux produits de catégories différentes peuvent être complémentaires (Aribarg *et al.*, 2009).

Le regroupement des produits en fonction de leurs attributs peut donner lieu à la définition par le consommateur de « familles » assez larges pour regrouper des produits qui sont malgré certains points communs différents les uns des autres, mais que le consommateur reconnaît comme appartenant au même groupe ou à la même marque (Kreuzbauer et Malter, 2007). De plus, les relations entre catégories peuvent être de différents ordres : les produits peuvent ainsi se compléter (Aribarg *et al.*, 2009) mais également se substituer l'un à l'autre, ou encore les deux à la fois. Ces relations pourront également évoluer au cours du temps, selon les circonstances de consommation. En principe, plus les objectifs du consommateur sont spécifiques, moins le nombre de produits potentiellement substituables est élevé, et inversement (Shocker *et al.*, 2004).

Enfin, le consommateur lui-même pourra opérer la catégorisation selon différents procédés cognitifs. Par exemple, une comparaison analytique des différents attributs du produit avec

ceux de produits déjà connus, ou taxonomique, c'est-à-dire suivant une logique de catégorisation des produits selon leur nature en tant qu'objets (Basu, 1993 ; Jain *et al.*, 2007). Ou encore, la catégorisation pourra être réalisée en fonction des buts de consommation (Borsalou cité par Loken et Ward, 1990 ; Felcher *et al.*, 2001) conscients ou non, s'ils sont devenus des habitudes (Bagozzi et Dholakia, 1999).

3. METHODOLOGIE : ENTRETIENS QUALITATIFS AVEC DES CONSOMMATEURS ET DES PROFESSIONNELS

3.1. Entretien avec des consommatrices

3.1.1. Description de la population interrogée

Trente entretiens qualitatifs ont été réalisés auprès de consommatrices ayant des comportements de santé holiste et consommant notamment les produits suivants : produits biologiques, compléments alimentaires, produits diététiques.

Ces personnes ont été rencontrées soit par recrutement direct dans des magasins de produits biologiques (Naturalia, La Vie Claire, Canal Bio), soit par contacts interposés, dans des proportions équivalentes. Le choix a été fait de ne retenir que des femmes dans ce portefeuille car le recours aux thérapies alternatives et l'intérêt pour une alimentation respectueuse de la santé, et particulièrement biologique, tend à être plus important chez les femmes (Sondage IFOP sur les médecines alternatives, 2007 ; Baromètre Agence Bio, 2008). Les critères du genre, de l'âge et des comportements de consommation de santé holiste ont été retenus comme variables déterminantes pour l'élaboration du portefeuille de consommateurs interrogés.

3.1.2. Modalités de réalisation des entretiens avec les consommatrices

Ces entretiens avaient une fonction introspective, l'objectif étant la compréhension en profondeur des phénomènes de consommation étudiés (Badot *et al.*, 2009). Pour cette raison, ils étaient caractérisés par une grande souplesse, une forte interaction entre le chercheur et l'interviewée, et le recours à des méthodes non directives.

Les entretiens, d'une durée moyenne d'une heure trente, peuvent être qualifiés de « semi-directifs », avec des questions ouvertes mais s'appuyant sur un guide thématique indicatif, servant avant tout à garder en mémoire les thèmes constituant la trame de l'entretien (Evrard *et al.*, 1993). L'objectif était en effet de laisser, le plus possible, parler le terrain. Ce guide d'entretiens reposait sur des propositions de recherche préalables et provisoires résultant d'une première approche de l'objet de recherche par la littérature. Ces propositions constituaient ainsi une « orientation théorique » (White, 1984, cité par Dumez, 2004) précédant l'entrée sur le terrain.

La relative non directivité des entretiens laissait à l'interviewée la liberté de s'exprimer en suivant sa logique propre et permettait ainsi une plus grande profondeur des réponses. Pour cette raison, les relances reposaient sur des techniques de reformulation permettant d'approfondir le sujet en influençant le moins possible l'interviewée, comme par exemple le reflet, le résumé ou la question-reformulation (Chirouze, 2003).

3.1.3. Modalités de catégorisation des entretiens avec les consommatrices

Les catégories choisies sont thématiques, comme cela est souvent le cas pour les études de motivation, attitudes ou croyances (Bardin, 1977). Chaque catégorie globale contient plusieurs niveaux de catégories, dont le nombre varie en fonction de la richesse du thème considéré. Il s'agit donc de classer les éléments d'un ensemble de différenciation puis de les regrouper par analogie en fonction de critères préalablement définis.

Catégorie globale	Compléments alimentaires
Sous-catégorie 1	Complément perçu comme un médicament
Sous-catégorie 2	Complément à visée préventive
Sous-catégorie 3	Complément à perception variable suivant le contexte

3.2. Modalités de réalisation des entretiens avec les professionnels

Dix professionnels des différents domaines de la santé holiste ont été interrogés : agroalimentaire orienté vers la santé (Nestlé, United Pharmaceuticals) thérapeutes (homéopathes, acupuncteurs), pharmacien, responsable et vendeurs en magasins biologiques (Les Nouveaux Robinsons). Chaque entretien a duré en moyenne une heure, chacun reposant sur un guide d'entretien spécifique et ayant fait l'objet d'une analyse thématique particulière. En effet, chaque professionnel a sa propre expérience de son métier et du domaine de consommation concerné, par conséquent, il semblait difficile de globaliser l'analyse des données, tant du point de vue de la mise au point du guide d'entretien que de l'analyse de contenu. Les entretiens avec ces professionnels ont permis d'avoir un regard différent sur la thématique étudiée, qui complétait celui des consommatrices.

3.3. Interprétation des données issues des entretiens avec les consommatrices

Une analyse de contenu a été réalisée avec les données issues des entretiens de consommatrices (Bardin, 1977 ; Spiggle, 1994).

3.4. Interprétation des données issues des entretiens avec les professionnels

Les entretiens avec les professionnels ont fait l'objet d'une analyse au cas par cas afin de respecter la logique de chaque entretien. Les données issues de ces analyses ont ensuite été mises en relation avec les résultats de l'analyse de contenu des entretiens avec les consommatrices.

4. RESULTATS DE L'ENQUÊTE DE TERRAIN

4.1. Une catégorisation des produits liée à la contextualisation des comportements de santé

4.1.1. Le caractère préventif ou curatif de la démarche de soin définit le mode de consommation des produits et traitements

La notion de prévention est fortement liée à l'alimentation et à la cuisine. La préparation préventive a pour but de prévenir un problème de santé qui arriverait en raison de la moindre résistance de l'organisme. Il peut s'agir aussi d'un comportement régulier pendant toute une période perçue comme favorable à un affaiblissement.

Concernant les médecines alternatives, la démarche préventive implique un suivi relativement régulier et une écoute du patient lui-même, de son ressenti, de son état physique et psychologique, qui vont déterminer son niveau de résistance. Le recours aux médecines alternatives fait partie du mode de vie global, dans un souci de soin constant permettant d'éviter de faire face à un problème déclaré. Le patient va ainsi se projeter dans une vision à long terme de sa santé, et va prêter attention à différents aspects de sa vie quotidienne qui rentrent en jeu dans ce comportement : alimentation, activité physique, pratiques de relaxation, etc.

Dans cette perspective, la consultation régulière d'un thérapeute permet de contrôler le bon équilibre de l'organisme, et de procéder si nécessaire à un « réajustement » mineur de ce dernier. Ces vérifications régulières, en dehors de tout problème de santé déclaré, ont pour but d'anticiper un véritable dérèglement qui entrainerait alors une intervention thérapeutique plus conséquente.

« Il y a d'autres gens qui viennent me voir comme un art de vivre...c'est-à-dire qu'ils n'ont rien de particulier, ils viennent régulièrement... ils viennent avant, pour aller bien ! Je connais leur terrain, je les règle, je corrige tout le temps, en fonction... » (L. Sénior, acupuncteur)

La dimension curative, en revanche, est associée à des pratiques ponctuelles, liées à un problème à résoudre. Elle est liée à une certaine action à exercer sur le corps pour rétablir son fonctionnement.

« Les hommes, en général, avant qu'on ait détecté un excès de cholestérol, un diabète, l'équilibre alimentaire, ça les préoccupe peu...après, s'il y a un problème, on voit naître plus une préoccupation pour l'équilibre, mais sinon... » (S. Prigent, Responsable Nutrition Nestlé France)

Les concepts de fortification et de purification de l'organisme sont au centre de cette démarche visant à restaurer un équilibre perturbé. Les circonstances de préparation les plus fréquentes sont les rhumes, la sensation que le corps est encombré en cas de problèmes digestifs ou de nausée.

La démarche de fortification a pour objectif, en cas d'affaiblissement de l'organisme, d'augmenter son niveau d'énergie et de résistance pour qu'il se défende mieux contre les infections.

« Quand tu es enrhumée, tu fais une soupe avec carottes, oignons, un peu de poireau...l'ail, dès que je suis malade, j'en prends...des clous de girofle, aussi » (Anaïs, 27 ans)

Il peut s'agir également de fortifier l'organisme contre le froid pour l'empêcher de tomber malade, par la consommation de produits riches en vitamines.

« Les cures de vitamine C, surtout à l'automne et à l'hiver, quand on sent qu'on manque de tonus, et c'est vraiment un affaiblissement du terrain qui vous rendra plus susceptible de choper n'importe quoi qui passe » (Pascale, 46 ans)

Ou encore, simplement pour lui donner plus de force et de capacités de résistance, sans cause précise.

« Un complément alimentaire, c'est...c'est un ami...ça permet d'aller mieux...quand on n'a pas de problème, d'optimiser le fonctionnement de son organisme...éviter de tomber malade, se renforcer, se fortifier » (Elodie, 25 ans)

Quant à la démarche de purification, elle suit la logique inverse : il s'agit de retirer de l'organisme des éléments qui le gênent dans son fonctionnement. L'idée est ainsi de remédier à un alourdissement ou à un encrassement du corps.

« C'est une fatigue, un encrassement, quelque chose qui va me faire sentir un peu lourde, dans le sens encrassée » (Karine, 31 ans)

« Ils conseillent aussi de faire carrément une vidange de l'intestin, alors je sais pas si tu connais cette pratique, ça dure entre deux et trois jours, le nettoyage intégral du corps » (Lisa, 26 ans)

Concernant les médecines alternatives, à l'origine, elles sont définies comme préventives, puisqu'elles ont pour objectif de rendre le corps plus apte à résister aux situations qui pourraient l'affecter négativement. En principe, leur pratique accompagne donc une attitude de prévention au quotidien, comme cela a été vu plus haut. Cependant, il ressort des entretiens que le recours à ces médecines est souvent lié à une démarche curative : dans le cas où le patient est affecté par un problème de santé chronique auquel il ne trouve pas de solution par la médecine allopathique, ou pour lesquels cette dernière s'accompagne de trop d'effets secondaires.

« J'ai beaucoup de stressés, des gens qui ont des douleurs dans le dos, des troubles digestifs...des migraines, des insomnies...tout ça on peut le traiter efficacement en médecine chinoise ou en homéopathie » (C. Sablon, homéopathe acupunctrice)

Certains patients se tournent ainsi vers les médecines alternatives dans une demande de « réparation », lorsqu'un problème les empêche d'être actifs.

« Il y a des gens qui viennent me voir une fois, ils ont une entorse, une angine, une sinusite, bon et puis voilà, on amène la voiture au garage, on la répare » (L. Sénior, acupuncteur)

4.1.2. Une évolution de la catégorisation en fonction des buts

Suivant les circonstances et le mode de consommation, un produit peut changer de catégorie, passant de « préventif » à « curatif ». Ainsi, la prise d'un complément alimentaire peut faire partie d'un comportement de prévention, si le complément est consommé sur le long terme. De la même façon, le produit peut faire l'objet d'une consommation ponctuelle correspondant à un besoin particulier. En ce sens, son statut peut passer de celui de complément à celui de médicament.

« Et puis on peut dire que si je suis malade, j'ai l'impression de prendre un médicament, et que si c'est plus un accompagnement c'est plus un complément... qu'on l'appelle complément ou médicament, je m'en fiche » (Agnès, 43 ans)

« Si je suis malade, je vais prendre des compléments en vitamines, du ginseng...pour guérir plus vite, pour renforcer l'organisme, car je sais qu'il est plus faible...c'est à la fois en prévention et en curatif...mais quand je le prends pour m'aider dans les périodes difficiles, c'est plus accessoire, alors que quand c'est pour me soigner, je vais faire plus attention à la régularité des prises » (Claire, 26 ans)

4.1.3. La détermination de la gravité du problème et des étapes à suivre

C'est l'individu qui, suite à un examen de sa situation, décide de ce qu'il vaut mieux faire pour tenter de régler le problème de la meilleure façon possible. Cette décision est liée à plusieurs facteurs.

D'une part, à la prise en compte pragmatique de contraintes extérieures, en particulier l'obligation de se rendre à son travail, qui peut entraîner la prise de médicaments allopathiques à effet rapide permettant d'être performant. C'est le cas notamment des antidouleurs, comprimés contre la fièvre, etc.

« Si je dois aller faire cours, je prends mon doliprane, je vais prendre les herbes en plus, et je vais faire mon cours » (Lisa, 26 ans)

D'autre part, la décision dépend de ce qui apparaît comme une « culture de soin » du patient. Cette « culture » va le pousser à adopter de préférence tel ou tel comportement d'automédication, à consommer certains produits, ou du moins à suivre un certain ordre chronologique de prise de ces produits. Cette culture de soin est le reflet des convictions de l'individu mais aussi de son expérience pratique.

« Je vais arriver à comprendre, par ma propre expérience, ou je vais voir dans des livres...par exemple, en octobre, j'ai fait un commencement grippal...je me suis fait une tisane, un peu d'huile essentielle dedans, avec du miel, un bain chaud, un peu d'huile essentielle dans l'eau, je suis allée me coucher, et le lendemain c'était fini » (Marie, 44 ans)

Quatre schémas d'automédication ont ainsi été dégagés des entretiens réalisés :

- premièrement, l'automédication alternative complétée par l'automédication allopathique ;
- deuxièmement, l'automédication allopathique complétée par l'automédication alternative ;
- troisièmement, l'automédication uniquement allopathique ;
- enfin, le cumul des différents recours possibles dans une perspective de maximisation de l'efficacité.

Légende :

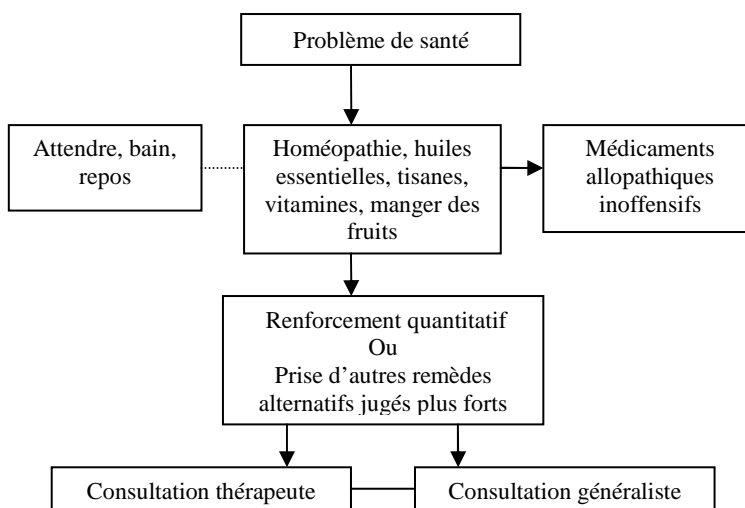
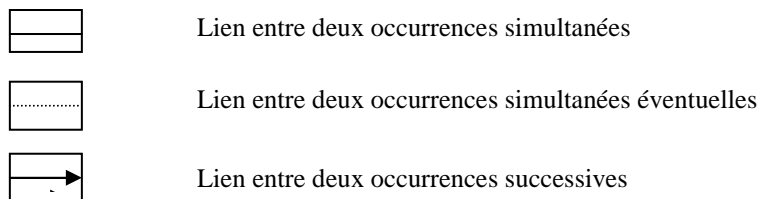


Schéma 1 : recours alternatif complété par le recours allopathique

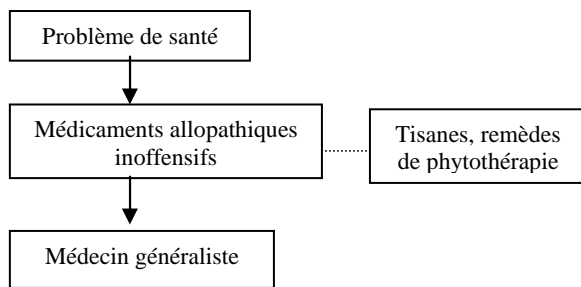


Schéma 2 : recours allopathique complété par le recours alternatif

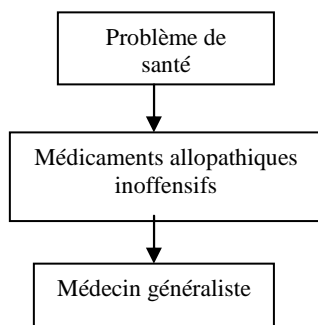


Schéma 3 : recours uniquement allopathique

4.2. L'individualisation de la perception des démarches de soin

4.2.1. Une individualisation des définitions des pratiques à la base de leur logique

Le principe des thérapies alternatives est l'adaptation au cas du patient, en fonction de son organisme et de son histoire. Mais également, les interviewées ont une manière de définir les différentes méthodes de soin liée à leur propre vécu de la thérapie, qui est *leur perception* avant d'être la thérapie en tant que telle.

« Ce que je fais à la danse, c'est pas de l'art-thérapie, mais pour moi ça l'est quand même... c'est comme les massages, ça peut être juste au niveau du bien-être, mais moi je vois ça plus comme quelque chose de thérapeutique » (Christine, 58 ans)

Les interviewées insistent particulièrement sur le fait que chacun a sa propre manière de réagir aux traitements, suivant l'état de son organisme, ou encore son stade d'évolution émotionnelle et psychologique. Enfin, d'une consultation à l'autre, les effets pourront être différents.

« Des fois, ma thérapeute me dit tiens, je pensais que tu allais choisir cette fleur (Fleurs de Bach), tu l'as pas choisie, c'est que t'es pas prête... ça arrive...moi j'ai une amie, je pense qu'elle n'est pas prête à faire un certain cheminement, donc quand on lui prescrit des fleurs, elle ne peut pas les prendre » (Stéphanie, 34 ans)

Cela correspond d'ailleurs à la vision de leur métier qu'ont certains thérapeutes rencontrés, qui soulignent que chacun a sa façon d'exercer, en fonction de son propre cheminement et des qualités qu'il a développées.

« Chaque médecin a ses propres habitudes avec les plantes...bon, en fait, la médecine, c'est une seule médecine mais plusieurs méthodes...moi je fais d'abord l'acupuncture, en priorité, après c'est les plantes » (E. Zhang, acupuncteur)

Chaque thérapeute a un don qui lui est propre, au-delà des compétences développées pendant la formation, et c'est en exploitant ce don qu'il est à même d'être le plus utile et le plus efficace avec ses patients.

« Chacun travaille avec les cinq sens selon ce que la nature lui a donné comme perception » (L. Lascurette, ostéopathe)

Même si certaines pratiques sont entreprises dans le but déclaré de se soigner, les consommatrices ne les considèrent pas comme faisant partie de comportements d'automédication. En effet, cette dernière est nettement associée à la prise de médicaments, et non pas à des recettes alimentaires ou à des tisanes. Ces pratiques semblent donc plutôt renvoyer au domaine du soin domestique.

« Moi, je ne m'automédique pas...je ne connais pas ça, donc je le fais pas...les huiles essentielles, ça pourrait ressembler à des médicaments, mais ça n'en est pas » (Marie, 44 ans)

« L'automédication, c'est quand on prend des médicaments comme ça, sans ordonnance...moi je fais pas ça ! » (Karine, 31 ans)

4.2.2. Une catégorisation des produits variable d'un individu à l'autre

Les produits ayant comme objectif une « complémentation » de l'alimentation (et donc un enrichissement en nutriments variés) peuvent avoir des formes différentes. Pour certaines consommatrices, le complément est un produit de forme galénique, autrement dit un comprimé, et se rapproche donc dans sa forme du médicament.

« Les seuls compléments que j'achète, enfin je sais pas si ça s'appelle comme ça, c'est la levure maltée et le germe de blé...je suis pas sûre qu'on puisse considérer que ce sont des compléments alimentaires...c'est pas sous forme de gélule, donc... » (Céline, 45 ans)

« Quand je veux de la vitamine C, je prends de l'acérola en comprimés » (Béatrice, 41 ans)

Pour d'autres, un aliment en tant que tel peut avoir un statut de complément car il est consommé dans l'objectif d'enrichir la nourriture habituelle ou de l'équilibrer.

« Moi je mélange les huiles... de l'huile d'olive, de l'huile d'argan... Ca aussi, c'est...pour moi c'est des compléments alimentaires, tout ça...plutôt que prendre des gélules, je prenais une demie cuillère à café d'huile d'argan tous les matins... » (Chantal, 57 ans)

« Quand j'ai un peu des problèmes sur l'intestin je vais voir les bananes, je mange beaucoup plus de salade verte, parce que la cellulose c'est pour l'intestin, ou tu prends des algues » (Lisa, 26 ans)

4.2.3. L'individualisation de la définition des pratiques de soin à dimension de réconfort

L'attention accordée à la santé et à l'alimentation et les choix des méthodes de soin alternatives vont dans le sens d'une focalisation sur soi et son bien-être, et d'une valorisation de ses propres sensations.

« Je sais que j'ai tendance parfois à me laisser aller, à ne pas m'alimenter nickel...du coup, quand je ne me sens pas bien, je commence par essayer de bien dormir, par reprendre une alimentation, essayer de faire du sport...je commence par là » (Anaïs, 27 ans)

« Quand ça ne va pas, je vais commencer par aller remplir le frigo » (Elodie, 25 ans)

Le réconfort n'est pas nécessairement associé à un comportement de santé au sens habituel du terme. Il peut s'agir de la pratique d'une activité qui fait du bien, par exemple aller au spa, ou de la consommation de produits alimentaires quelconques, mais donnant au consommateur un mieux-être créateur d'une impression de davantage de stabilité. C'est le consommateur qui détermine ce qui est pour lui créateur de réconfort, donnant ainsi à la pratique cette dimension particulière.

« C'est mettre du calme dans ce que vous faites, dans la capacité de jouir de ce moment là... donc coiffeur ou pas, ou autre...c'est...un moment, dont on peut profiter » (Béatrice, 41 ans)

Les pratiques de réconfort sont soit effectuées par l'individu lui-même, soit par un professionnel. Dans ce dernier cas, il s'agit d'un service qui met le consommateur au centre de cette prestation et, par la même occasion, de l'attention du professionnel.

« Aller au magasin bio, c'est un moment de suspens, une petite parenthèse... souvent, j'en profite pour faire une promenade » (Karine, 31 ans)

« L'acupuncteur, il a besoin de prendre son temps aussi, et puis de faire goûter ça au patient...je me rends compte, moi aussi, que c'est important...il y a le temps du corps, et c'est aussi un cadeau...qu'on se fait...souffler quoi ! » (Agnès, 45 ans)

Dans le cas des comportements de consommation individuels, les compléments et les produits naturels vont en quelque sorte jouer le rôle d'un thérapeute par leur action apaisante et rassurante sur le consommateur qui en fait des auxiliaires de son bien-être.

« Le simple fait de prendre un médicament naturel, j'ai l'impression de m'être respectée, d'avoir fait un pas de plus dans le respect de moi, et dans le fait d'avoir ingéré et de m'être donné quelque chose de bon pour moi » (Emmanuelle, 43 ans)

« C'est ponctuel, c'est un plus, un truc que je m'offre en plus, pendant quinze jours je vais me consacrer à ça et ça me fera plaisir quand je le ferai... je vais être contente de moi, c'est une façon marrante de s'occuper aussi...je vais penser à tout ce que ça me fait de positif » (Claire, 26 ans)

Globalement, une association fréquente des pratiques de santé avec les pratiques de réconfort a été remarquée, c'est-à-dire que ces pratiques de soin peuvent avoir également une dimension réconfortante. Il semble parfois difficile de distinguer le soin du réconfort à travers les récits, étant donné que la relation au soin est fortement liée à la prise en compte constante du bien-être.

4.3. La catégorisation de type analytique et taxonomique

La catégorisation de type analytique est surtout liée aux produits ayant une caractéristique qui les distingue des autres quel que soit le contexte de consommation. Il s'agit des produits comportant un label, des produits certifiés biologiques, des produits allégés, et des produits que le consommateur va éviter ou rechercher pour une raison précise (intolérance alimentaire, rejet idéologique, etc.), ce qui pourra entraîner des comportements de substitution.

« Sur l'étiquette, on va regarder, si c'est une race à viande ou une race laitière, parce qu'on préfère acheter quand la vache a été élevée pour sa viande » (Anaïs, 27 ans)

« Tous les produits premiers, comme le lait, le sucre, la farine, le beurre, on les prend bio...ce sont des produits importants, alors c'est mieux qu'ils soient bio » (Nathalie, 42 ans)

Par exemple, dans le cas de Béatrice, 41 ans, des céréales telles que le kamut et la quinoa ont remplacé le blé, qu'elle digérait mal et qui rendait son mari malade.

« Ca fait trois ans qu'on ne mange plus de blé et qu'on l'a remplacé par le petit épeautre....on a trouvé différentes sortes de pâtes, aussi, au kamut, à la quinoa... » (Béatrice, 41 ans)

La catégorisation de type taxonomique correspond également à un classement statique des produits en fonction de leur grande catégorie d'appartenance : produits biologiques, produits allégés, compléments alimentaires, etc. Elle rejoint donc dans sa logique la catégorisation de type analytique.

« *Quand je fais les courses, pour les yaourts, je regarde tout de suite si c'est allégé...ça fait vraiment une différence pour moi* » (Sarah, 31 ans)

« *C'est le label AB qui me décide...j'ai confiance* » (Maria, 44 ans)

5. CONCLUSION

Deux grands types de catégorisation apparaissent, le premier mouvant car dépendant du contexte de consommation et du consommateur lui-même, et le second reposant sur des données statiques liées aux attributs des produits. Selon les résultats de l'enquête de terrain, la catégorisation des produits et pratiques de santé holiste étudiés apparaît fortement contextualisée et liée en grande partie à ce qui a été défini comme la « culture de soin » du consommateur.

5.1. Le contexte de consommation

Ce contexte définit la nature préventive ou curative de la démarche de soin. En effet, suivant que le produit ou le traitement sont consommés avant ou après la déclaration d'un problème, leur catégorisation sera différente. De même, la détermination de la gravité du problème est à la base des choix entrepris par l'individu : va-t-il opter pour une démarche alternative, ou allopathique, ou l'une puis l'autre ? Va-t-il se tourner vers un médecin ou un thérapeute ? A-t-il une obligation à remplir, qui constitue une forme d'urgence et l'oblige ainsi à opter pour un produit que sa culture de soin n'approuve pas, mais dont l'efficacité est immédiate ?

Le contexte de consommation définit ainsi la catégorisation en fonction des buts. Ces objectifs de consommation vont influencer sur la définition du produit ou du traitement, et sur le sérieux apporté au suivi de la démarche de soin. Cela rejoint les modalités de l'observance des prescriptions de médicaments selon Annandale et Hunt (1998) cités par Morin (2004).

5.2. La « culture de soin »

Les résultats de l'enquête de terrain font apparaître la notion de « culture de soin ». Ce concept semble correspondre au mélange d'expérience, de perception intuitive et d'habitudes

transmises sur lequel l'individu peut s'appuyer pour définir la nature d'options de soins, et donc prendre des décisions concernant sa santé. Cette notion rejoint d'ailleurs la définition des fondements de la relation au médicament d'Akrich et Méadel (2002) et de Haxaire (2002).

La définition de l'automédication apparaît comme aléatoire, dans la mesure où les personnes interrogées sont souvent réticentes à reconnaître qu'elles y ont recours, car cette pratique est relativement mal perçue. En effet, l'automédication est souvent associée à une consommation de médicaments allopathiques à mauvais escient. Ainsi, l'individu va définir son comportement en fonction de sa perception de ce qu'est l'automédication et de sa connotation plus ou moins négative ou positive. La consommation de produits naturels peut être dans ce cas définie comme n'appartenant pas au domaine de l'automédication, mais plutôt à celui du soin domestique.

De même, la perception de l'individu définit la nature d'aliment ou de médicament des compléments alimentaires, ces derniers se situant donc sur une ligne entre aliment et médicament, plus ou moins proches de l'un ou de l'autre en fonction de la perception individuelle.

Enfin, la catégorisation des différents traitements, au-delà de leur définition officielle, repose également sur la perception qu'en a l'individu. Ainsi, certains traitements pourront être considérés, au-delà de leur dimension de soin, comme des pratiques de réconfort ou le signe d'une certaine évolution de l'individu dans son rapport à lui-même, ou encore des pratiques de loisirs pourront être définies par l'individu comme ayant une dimension thérapeutique.

Ainsi, la notion de catégorie floue (*fuzzy set*) (Vishwanathan et Childers, 1999) paraît intéressante dans le cas des produits et services orientés vers la santé, dans la mesure où ces derniers se trouvent à cheval entre les produits alimentaires et les médicaments, se rapprochant plus ou moins de l'une ou de l'autre de ces catégories suivant les cas. Également, la notion de « catégories complémentaires » (Aribarg *et al.*, 2009) est intéressante dans le cas des comportements de santé holiste, puisque des produits alimentaires et non alimentaires (médicaments, remèdes naturels, etc.) peuvent être consommés conjointement dans un objectif thérapeutique.

5.3. La catégorisation de nature analytique et taxonomique

Ce type de catégorisation correspond aux produits dont la définition est liée à un aspect particulier qui permet de les reconnaître et de les différencier immédiatement des autres. Cet aspect particulier peut être un signe distinctif apposé sur le produit, tel qu'un label ou une mention particulière. La catégorisation taxonomique correspond également à un classement statique des produits (par exemple, produit biologique, produit allégé, etc.) : le processus de réflexion du consommateur repose donc dans ce cas sur le même principe que celui de la catégorisation analytique.

Le caractère distinctif des produits peut également résider dans leur composition nutritionnelle qui les définit comme des produits à rechercher absolument : c'est le cas dans le processus de substitution d'un produit jugé non consommable (par exemple, le blé, le lait de vache) par un autre (le petit épeautre ou la quinoa, le lait de soja, de chèvre ou de brebis).

6. ASPECTS MANAGÉRIAUX

6.1. La connaissance du contexte de consommation permet de mieux cerner le processus de catégorisation des produits et traitements

Le contexte de consommation semble intéressant à étudier dans le sens où il permet de comprendre réellement le processus de catégorisation des produits et traitements, et donc la logique des choix opérés par le consommateur. En particulier, la connaissance des profils d'automédication des patients permettrait de mieux adapter la communication sur les produits utilisés.

Par exemple, en fonction de sa place dans le schéma de soin d'un patient, un produit pourra bénéficier d'une communication différente et des recommandations spécifiques pourront être formulées ; si des produits alimentaires sont utilisés dans un objectif de purification ou de fortification, il pourra être opportun de donner au consommateur des informations sur cette dimension du produit, etc.

D'une façon générale, mieux connaître les différents contextes de consommation permettrait de mieux répondre aux buts des consommateurs. Cela impliquerait également de s'intéresser

en profondeur à la culture de soin des patients, qui constitue l'un des fondements des modalités de décision par rapport aux démarches de soin.

6. 2. Le rôle de la catégorisation analytique dans le processus de substitution des produits

La catégorisation analytique paraît intéressante dans le cas du processus de substitution : en effet, étudier les possibilités de remplacement d'un produit par un autre permettrait de développer davantage l'offre de produits de substitution dans les différents cas, et surtout de la rendre plus accessible. Ce processus d'évitement de certains produits et de remplacement par d'autres est une tendance importante de la consommation alimentaire, et pour certains consommateurs, il s'agit d'une nécessité liée à leur état de santé (Lepisto, 2006).

Par exemple, le remplacement des céréales raffinées par des céréales brutes ; l'évitement du sucre blanc et son remplacement par du sucre de canne roux, ou par des édulcorants naturels tels que la stevia ; le développement des laits végétaux (soja, mais aussi noisette, avoine, riz, amande). Un nombre croissant de consommateurs s'intéresse à ces produits, qui sont vendus en magasins biologiques spécialisés mais pourraient être plus présents dans la grande distribution.

6.3. Rôle du réconfort et du plaisir dans les consommations de santé

Le rôle du réconfort et du plaisir dans les consommations de santé pourrait être étudié davantage dans un objectif de dédramatisation de la prévention, en associant un produit à une expérience agréable. Cela pourrait être intéressant notamment dans le cas de campagnes de prévention axées sur la nutrition, en associant par exemple la consommation de légumes ou de fruits frais à la préparation de recettes savoureuses, apportant une satisfaction à la fois gustative, nutritionnelle et source de réconfort.

Par exemple, des soupes, compotes ou flans à base de laits végétaux : Liebig a déjà eu recours au concept de réconfort pour la soupe « à teneur garantie en réconfort ». Cette idée pourrait être encore développée, pour la communication sur les produits cités précédemment, mais également dans le cas de la fabrication de produits à base de fruits et légumes par le consommateur lui-même.

Par ailleurs, l'importance des pratiques de soin à visée de réconfort (par exemple, massages, relaxation, etc.) pourrait être étudiée davantage dans le cadre du management hospitalier, dans une démarche d'amélioration du bien-être des patients. Le recours à des thérapies alternatives dans certains hôpitaux, parallèlement aux traitements classiques, correspond déjà à cette logique.

7. LIMITES DE LA RECHERCHE

Malgré la prise en considération de ce risque inhérent aux recherches qualitatives, des biais dans l'interprétation de résultats sont possibles. Ils peuvent être dus à l'immersion du chercheur dans le terrain, à la sur ou sous-estimation de l'importance de certains éléments. Nous pensons notamment au rapport enquêteur-enquêté, concernant l'influence possible de l'enquêteur par l'enquêté et le souhait inconscient de ce dernier de donner satisfaction à l'enquêteur, en exagérant ou au contraire en diminuant l'importance de certains éléments de son discours.

Idéalement, il aurait donc fallu effectuer d'autres entretiens de professionnels et de consommateurs, qui auraient enrichi les résultats. Cette limite pourrait être compensée par des recherches de terrain ultérieures.

De même, devant la variété des pratiques et consommations associées aux comportements de santé holiste, il était difficile d'être exhaustif. Par conséquent, un approfondissement de l'enquête de terrain pourrait permettre de pallier cette lacune.

Enfin, cette recherche a été menée dans un objectif d'exploration et de compréhension des pratiques de consommation de santé d'une catégorie de consommateurs ayant une perception holiste de la santé. Cette perception implique un certain rapport à la santé et donc des comportements de consommation relativement spécifiques. La présente recherche ne vise donc pas la généralisation, ce qui peut être considéré soit comme une limite, soit simplement comme une caractéristique de ce type de recherche.

8. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Akrich M. et Méadel C. (2002) « Prendre ses médicaments/prendre la parole » extrait de « Les médicaments : des prescriptions aux usages », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 20, n°1, pp. 89-116.

Aribarg A., Foutz N. Z. (2009) « Category-Based Screening in Choice of Complementary Products », *Journal of Marketing Research*, Août, vol. 46, n° 4, pp. 518-530.

Arikha N. (2010) « La quête de l'équilibre : âme, vertus, humeurs », *Corps*, n° 8, p. 57-63.

Asher F. (2005) *Le mangeur hypermoderne*, Odile Jacob, Paris.

Ashman H., Rabino S., Minkus-McKenna D. et Moskowitz H.R (2008) « Consumer Choice For Over-The-Counter Drugs and Supplements in the Healthcare Arena: Approaches to a Macro-Database Across Topics », *Journal of Medical Marketing*, vol. 8, n°1, pp. 49-67.

Azevedo S. (2005) « O corpo no pos-modernismo: obra parece inacabada » extrait de *O pos-modernismo*, Guinsberg J. et Barbosa A.M, Perspectiva, Sao Paulo.

Badot O., Carrier C., Cova B., Desjeux D. et Filser M. (2009) « L'ethnomarketing : un élargissement de la recherche en comportement du consommateur à l'ethnologie », *Recherche et Applications en Marketing*, vol. 24, n°1, pp. 93-111.

Bagozzi R.P. et Dholakia U. (1999) « Goal Setting and Goal Striving in Consumer Behaviour », *Journal of Marketing*, vol. 63, n°4, pp. 19-32.

Bardin L. (1977) *L'analyse de contenu*, PUF, Paris.

Baromètre Agence Bio (2008).

Basu K. (1993) « Consumer's Categorization Processes : an Examination With Two Alternative Methodological Paradigms » *Journal of Consumer Psychology*, vol. 2, n° 2, pp. 97-121.

Benoist J. (1989) *Le médicament, opérateur technique et médiateur symbolique*, Projections, La santé au futur, n°1, pp. 45-50.

Bettman J.R. et Sujan M. (1987) « Effects of Framing on Evaluation of Comparable and Non Comparable Alternatives by Experts and Novice Consumers », *Journal of Consumer Research*, Septembre, vol. 14, n°2, pp. 346-353.

Cathelat B. (1999) *Du corps machine à la santé harmonique*, Plon, Paris.

D'Houtaud A. et Field M.G. (1989), *La santé : approche sociologique de ses représentations et de ses fonctions dans la société*, L'Harmattan, Paris.

Eliade M. (1959) *Initiation, rites, sociétés secrètes*, Gallimard, Paris.

Fainzang S. (2003) Les médicaments dans l'espace privé, gestion individuelle et collective », *Anthropologie et Société*, vol. 27, n° 3, pp. 139-154.

Falk P. (1994) *Selling goods*, extrait de *The Consuming Body*, édité par Featherstone M., Sage, Londres.

Felcher E.M., Malaviya P. et McGill A.L. (2001) « The Role of Taxonomic and Goal-Derived Product Categorization in, within, and across Category Judgments », *Psychology and Marketing*, Août, vol. 18, n° 8, pp. 865-887.

Firat A. et Venkatesh A. (1995) « Liberatory Postmodernism and the Reinchantment of Consumption », *Journal of Consumer Research*, Décembre, vol. 22, n° 3, pp. 239-267.

Fournier S. (1991) « A Meaning-Based Framework For the Study of Consumer-Object Relations », *Advances in Consumer Research*, vol. 18, n° 1, pp. 736-742.

Giddens A. (1991) *Modernity and self-identity : self and society in the late modern age*, Polity Press, Cambridge.

Grand Dictionnaire Encyclopédique (1983) Larousse, Paris.

Haxaire (2002) « Calmer les nerfs » extrait de « Les médicaments : des prescriptions aux usages », *Sciences Sociales et Santé*, Mars, vol. 20, n° 1, pp. 63-68.

Jain S.P., Desai K.K. et Huifang M. (2007) « The Influence of Chronic and Situational Self-
Construal on Categorization », *Journal of Consumer Research*, Juin, vol. 34, n° 1, pp.66-76.

Kossler D., Hatz C. et Schär A.M. (2001) *L'automédication, pratique banale, motifs complexes*, sous la direction de Buclin T. et Murman C., Cahiers Médicaux-Sociaux, Genève.

Kraft, F. B. et Goodell, P. W. (1993) « Identifying the health conscious consumer », *Journal of Health Care Marketing*, vol. 14, n° 3, pp. 18-25.

Kreuzbauer R. et Malter J. (2007) « Product Design Perception and Brand Categorization », *Advances in Consumer Research - North American Conference Proceedings*, vol. 34, pp. 240-246.

Laplantine F. (1992) *Anthropologie de la maladie*, Bibliothèque Scientifique Payot, Paris.

Le Bel J. et Labrecque J. (2005) « Eating Comfort, Eating Healthy : Evidence of Cultural Differences », 2nd Congrès de l'IREMAS, 20-21 octobre.

Lemoine P. (1996) *Le mystère du placebo*, Odile Jacob, Paris.

Lenert L. (2010) « Transforming Healthcare Through Patient Empowerment », *Information Knowledge Systems Management*, vol. 8, n° 1-4, pp.159-175.

Lepisto L. (2006) « The Transition to a Special Needs Consumers: My Ethnographic Journey Caused by Celiac Disease and Diabetes », *Advances in Consumer Research*, vol. 33 n° 1, pp. 660-664

Littré E. (1839) *Traduction des Oeuvres Complètes d'Hippocrate*, J-B Baillière, Paris.

Loken B. et Ward J. (1990) « Alternative Approaches to Understanding the Determinants of Typicality » *Journal of Consumer Research*, Septembre, vol. 17, n° 2, pp. 111-126.

Maffesoli M. (1990) *Au creux des apparences*, Plon, Paris.

Moinier X. (2008) « Satisfaction du patient/consommateur et choix de l'officine: enjeux et perspectives », *Actes des 13èmes Journées de Recherche en Marketing de Bourgogne*.

Morin M. (2004) *Parcours de santé*, Armand Colin, Paris.

Pine B.P. et Gilmore J.H. (1998) « Welcome to the experience economy », *Harvard Business Review*, Juillet-Août, pp. 97-105.

Rajagopal P. et Burnkrant R. E (2009) « Consumer Evaluations of Hybrid Products », *Journal of Consumer Research*, Août, vol. 36, n°2, pp. 232-241.

Rook D.W. (1985) « The Ritual Dimension of Consumer Behavior », *Journal of Consumer Research*, Décembre, vol. 12, n°3, pp. 251-264.

Rossi I. (2002) « Soigner par la parole sacrée. Les défis réflexifs du chamanisme américain » extrait de *Convocations thérapeutiques du sacré*, sous la direction de Massé R. et Benoist J., Médecines du Monde, Karthala, Paris.

Sanner M. (2001) « Exchanging Spare Parts or Becoming a New Person ? People's Attitudes Towards Receiving and Donating Organs », *Social Science and Medicine*, Mai, vol. 52, n° 10, pp. 1491-9.

Segalen M. (1998) *Rites et rituels contemporains*, Nathan Université, Paris.

Shocker A.D., Bayus B. L et Namwoon K. (2004) « Product Complements and Substitution in the Real World: the Relevance of Other Products », *Journal of Marketing*, Janvier, vol. 68, n° 1, pp. 28-40.

Sirost O. (2010) « Les pédagogies de la bonne humeur », *Corps*, vol. 1, n° 8, pp. 41-47.

Sondage IFOP sur les médecines alternatives, 2007

Spiggle S. (1994) « Analysis and Interpretation of Qualitative Data in Consumer Research », *Journal of Consumer Research*, vol. 22, n° 3, pp. 491-503.

Tambiah S.T. (1990) *Magic, sciences and the scope of rationality*, Cambridge University, Londres.

Thompson C. J. (2004) « Marketplace Mythology and Discourses of Power », *Journal of Consumer Research*, Juin, vol. 31, n° 1, pp. 162-180.

Thompson, C. J. et Hirschman E.C (1995), « Understanding the Socialized Body: A Poststructuralist Analysis of Consumers' Self-Conceptions, Body Images, and Self-Care Practices », *Journal of Consumer Research*, n°22, pp.139-153.

Ugueux B. (2000) *Guérir à tout prix*, Editions de l'Atelier, Paris.

Van Gennep A. (2004) *Rites de passage*, Routledge Library Editions, Londres.

Vishwanathan M. et Childers T.M. (1999) « Understanding How Products Attributes Influence Product Categorization : Development and Validation of Fuzzy-Set Based Measures of Gradedness in Product Categories » *Journal of Marketing Research*, Février, vol. 36, n° 1, pp. 75-94.

Walker Naylor R., Droms C.M. et Haws K.L. (2009), « Eating With a Purpose : Consumer Response to Functional Food Health Claims in Conflicting Versus Complementary Information Environments », *Journal of Public Policy and Marketing*, Automne, vol. 28, n°2.

Whiteford M.B (1999) « Homeopathic medicine in the city of Oaxaca, Mexico: patients perspectives and observations », *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 13, n°1, pp. 343-375.

Wikström S.R. (2008) « A consumer perspective on experience creation », *Journal of Customer Behaviour*, vol.7, n°1, p31-50.

Winnicott D.W. (1971), *Jeu et réalité*, Gallimard, Paris.

Wonsuk J.K. et Whitehill King K. (2009) « Product Category Effect on External Search For Prescription and Non Prescription Drugs », *Journal of Advertising*, vol. 38, n° 1 (Printemps), pp. 5-19.