



HAL
open science

Comprendre l'autonomisation de l'acteur de santé responsable : ethnographie de la consommation de médecines non conventionnelles

Paul Pasquier, Anthony Galluzzo, Laure Ambroise

► To cite this version:

Paul Pasquier, Anthony Galluzzo, Laure Ambroise. Comprendre l'autonomisation de l'acteur de santé responsable : ethnographie de la consommation de médecines non conventionnelles. Gérer et Comprendre. Annales des Mines, 2024, N° 156 (2), pp.20-30. 10.3917/geco1.156.0020 . hal-04726627

HAL Id: hal-04726627

<https://hal.science/hal-04726627v1>

Submitted on 8 Oct 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Comprendre l'autonomisation de l'acteur de santé responsable. Ethnographie de la consommation de médecines non conventionnelles.

Résumé

La responsabilisation des individus en santé est une stratégie privilégiée par les acteurs de la santé publique pour favoriser l'amélioration globale de la santé de la population. Alors que l'efficacité d'un programme de responsabilisation est évaluée selon l'adoption ou l'abandon d'un comportement, des effets inattendus de ces programmes ne sont pas considérés. Le présent article propose une enquête ethnographique des cultures de consommation des médecines non conventionnelles (MNC). Il montre que suite à des situations d'errance thérapeutique et informationnelle, et à l'intégration d'une approche dite « holistique », les consommateurs de MNC développent des pratiques de santé qui, tout en s'inscrivant dans une perspective de « responsabilisation », ne correspondent pas toujours aux recommandations des autorités sanitaires. Ces résultats nous permettent de discuter et de nuancer les résultats d'enquêtes récemment parues à propos des MNC, et d'interroger leur appréhension au sein des politiques publiques de santé.

Mots clés : communautés de consommation, médecines alternatives, ethnographie, responsabilisation, santé.

Understanding the empowerment of the responsible health actor. An ethnography of alternative medicine consumption.

Abstract

The empowerment of individuals in healthcare is a favored strategy by public health institutions to promote overall improvement in population health. While the effectiveness of health programs is often assessed based on whether a behavior is adopted or abandoned, some unexpected effects of these programs are not sufficiently taken into account. This article presents an ethnographic investigation into the consumption cultures of non-conventional medicines (NCM). It demonstrates that as a result of therapeutic and informational wandering situations, and the integration of a so-called "holistic" approach, consumers of NCM develop health practices that, while falling within the framework of "empowerment," do not always align with the recommendations of health authorities. Our findings allow us to discuss the results of recent studies on NCM and to question their understanding within public health policies.

Keywords: consumer communities, alternative medicine, ethnography, empowerment, health.

Introduction

La gestion des risques en santé publique est caractérisée depuis quelques décennies par d'importantes mutations, qui contribuent à remettre en question l'autorité de l'État-providence comme gestionnaire principal de la santé de « patients passifs » (Lupton, 1997). Dans ce contexte, les stratégies de responsabilisation des individus sont des dispositifs privilégiés de modernisation de l'action publique. La responsabilisation en santé conduit à favoriser l'autogestion de la santé et de la maladie, en réduisant la dépendance des individus au système de santé public par la transmission de valeurs et de compétences favorisant l'adoption de comportements individuels sains (Giesler et Veresiu, 2014). Parallèlement, de nouvelles attentes sociales en matière de santé émergent, en partie induites par la commercialisation du soin : les publics recherchent un plus large éventail de choix médicaux et d'informations disponibles et ont tendance à redéfinir la santé comme un bien-être global.

Dans cet article, nous souhaitons mettre en évidence un phénomène peu exploré dans l'évaluation des dispositifs de responsabilisation, à savoir les pratiques de responsabilisation en santé mises en place en dehors des initiatives institutionnelles. Si les individus s'estiment généralement plus responsables vis-à-vis de leur santé, leurs interprétations et pratiques de responsabilité demeurent assez peu étudiés en dehors des structures de soin (Cavusoglu & Demirbag-Kaplan, 2017), et du secteur médical conventionnel. En réalisant une ethnographie des pratiques de médecines non conventionnelles, notre article avance que les consommateurs de ces médecines sont initiés à une culture de responsabilisation en santé singulière, mobilisant des éléments de recommandations en santé conventionnels, mais dont le sens est réinterprété pour promouvoir une responsabilité radicale en santé. Les pratiques de soins non conventionnels apparaissent alors comme paradoxales vis-à-vis des dispositifs de responsabilisation institutionnels du soin, prolongeant certaines recommandations sanitaires tout en formulant une position critique à l'égard des discours et actes contradictoires de la médecine conventionnelle.

Dans la première partie de cet article, nous détaillons les politiques de responsabilisation en santé publique et précisons ce que recouvre le terme de « médecines non conventionnelles ». Après avoir présenté notre méthodologie de recherche, nous expliquons dans nos résultats comment les consommateurs sont initiés à une culture de consommation en santé réinterprétant le rôle d'acteur responsable en santé. Ces résultats nous permettent de discuter et de nuancer les résultats d'enquêtes motivationnelles et par questionnaires récemment publiées à propos des MNC.

Encadré 1 : Ce que recouvrent les « médecines non conventionnelles » (MNC)

Selon l'OMS, l'expression médecines alternatives (ou complémentaires) désigne l'ensemble des pratiques de santé qui ne font pas partie de la tradition ni de la médecine conventionnelle d'un pays et ne sont pas pleinement intégrées à son système de santé prédominant (OMS, 2013). En France, le terme privilégié par le Ministère de la Santé est « pratiques de soins non conventionnelles » (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2017). Celui-ci désigne l'ensemble des pratiques non reconnues par les autorités sanitaires, non enseignées dans les formations des professionnels de santé, et dont l'efficacité n'est pas soutenue par des preuves scientifiques robustes.

En France, les médecines non conventionnelles recourent un ensemble de pratiques à la fois traditionnelles (magnétisme, médecines traditionnelles indiennes ou chinoises) et plus récentes (microkinésithérapie, Access Bar...). Dans nos résultats, nous évoquons

plusieurs MNC, parmi lesquelles la naturopathie, l'ayurveda et la microkinésithérapie : aucune n'est reconnue par l'Académie de médecine française.

1. Les politiques de responsabilisation en santé et leur appréhension dans le contexte du marché des MNC

La responsabilisation est définie comme une technique de gouvernement caractéristique des sociétés néolibérales (Foucault, 2004) et des sociétés du risque (Beck, 1992), visant à transférer la gestion des problématiques sociales de l'État vers les individus, en habilitant les citoyens à résoudre ces problématiques par leurs propres actions et notamment par leur rôle de consommateur (Giesler et Veresiu, 2014 ; Bajde et Rojas-Gaviria, 2021). Contrairement aux dispositifs publics interventionnistes, les dispositifs de responsabilisation agissent « à distance » (Crawshaw, 2012), en incitant les individus à modifier volontairement et librement leurs comportements afin que ceux-ci s'alignent avec ces objectifs. Ces dispositifs sont particulièrement préconisés dans une optique de prévention des risques et de maîtrise des coûts publics (Silchenko et Askegaard, 2021)

La responsabilisation consiste à réduire la dépendance des individus vis-à-vis des institutions publiques en leur transmettant des valeurs et des compétences favorisant l'adoption de comportements individuels jugés bénéfiques pour les individus eux-mêmes et la société (Giesler et Veresiu, 2014). Les techniques de responsabilisation consistent à promouvoir une nouvelle façon de penser et d'agir, favorable à la prise de conscience que les risques sociaux sont liés aux choix et comportements individuels. Ces techniques de responsabilisation s'appuient notamment sur la mobilisation d'affects (Bajde et Rojas-Gaviria, 2021), et sont produits et relayés par une variété d'acteurs, comme les autorités publiques, mais également des entreprises, les associations et les médias.

La responsabilisation consiste également en la transmission d'informations et de compétences favorables à l'adoption de comportements conformes au bon exercice de sa responsabilité. Les dispositifs de responsabilisation en santé, souvent désignés sous le terme d'empowerment des patients, sont notamment préconisés et évalués dans une perspective de prévention et de gestion des maladies liées au comportement (Ben Ayed et El Aoud, 2017), ainsi que dans une perspective d'autonomisation des patients dans la gestion de pathologies courantes. Dans le premier cas, des dispositifs comme les campagnes de sensibilisation peuvent être mobilisés pour dévaloriser certains comportements ayant des conséquences à long terme (consommation d'alcool ou de tabac), alors que d'autres peuvent faire l'objet d'une promotion (alimentation composée de fruits et légumes, activité physique, dépistage...). L'efficacité de ces dispositifs peut ensuite être évaluée en mesurant l'évolution des comportements, ou de la prévalence des pathologies associées selon les segments de population ciblés.

La recherche sur la responsabilisation des patients s'est ainsi principalement construite selon une perspective centrée sur les attentes du secteur médical, soutenue par une analyse de la compréhension, de l'évaluation et de la mobilisation des principes de santé par les patients (Fumagalli et al., 2015). Certaines recherches récentes ont cependant souligné les limites de cette perspective, invitant à observer comment les dispositifs de responsabilisation sont également mobilisés dans les pratiques quotidiennes des patients ainsi que d'une variété d'acteurs « profanes », non institutionnels (Cavusoglu & Demirbag-Kaplan, 2017). L'adoption d'un comportement de responsabilité peut se traduire par exemple par des pratiques de santé, notamment de consommation, qui peuvent être contraires aux principes de santé diffusés par les autorités. Schneider-Kamp et Askegaard (2020) montrent ainsi que des individus responsabilisés et affectés par des

pathologies courantes peuvent adopter des stratégies d'autonomisation les conduisant à refuser les conseils médicaux venant d'un praticien conventionnel. De même, pour Ward et Peretti-Watel (2020), les individus éduqués recherchant des informations en santé sont plus à même de refuser certains vaccins spécifiques bien que recommandés par les autorités sanitaires, en établissant des critères de sélection des produits de santé plus personnalisés.

Plusieurs auteurs ont ainsi souligné la pertinence d'étudier la perception de la santé et les pratiques médicales non du point de vue des institutions de santé ni des seuls patients malades, mais de celui de l'ensemble des individus ou consommateurs de santé (Schneider-Kamp et Askegaard, 2020 ; Cavusoglu & Demirbag-Kaplan, 2017) ou des acteurs du marché (Silchenko & Askegaard, 2021). Dans cette recherche, nous nous intéressons ainsi aux pratiques de responsabilisation en santé mises en place par les consommateurs et promoteurs de MNC. La consommation de MNC (cf. encadré 1 pour une définition), croissante ces dernières décennies (Kemppainen et al., 2018), fait l'objet de nombreuses controverses scientifiques et institutionnelles autour de leur place dans le système de soin, et notamment de leur intérêt dans la promotion de la responsabilisation des patients. Plusieurs acteurs institutionnels (e.g OMS, 2013) soulignent que leur reconnaissance pourrait contribuer à un pluralisme médical favorisant des pratiques de responsabilisation en santé, par exemple en favorisant des pratiques de prévention, d'hygiène de vie ou encore en proposant des alternatives à la médication (Thompson et Nichter, 2016). Cependant, il est également souligné que leur absence d'efficacité scientifiquement démontrée constitue un frein à leur intérêt dans le soin, mais également que ces pratiques présentent divers risques : sanitaires, de fraudes ou encore sectaires (Miviludes, 2021). Pour éclaircir ces controverses, de nombreux acteurs appellent ainsi à étudier les pratiques et motivations des consommateurs, afin de distinguer les pratiques jugées pertinentes, dites intégratives ou complémentaires, des pratiques jugées dangereuses, désignées comme alternatives ou encore parallèles (Suissa et al., 2020).

L'objectif de notre article est ainsi d'élargir la compréhension de l'usage de la notion de responsabilité en santé, afin de contribuer à une meilleure réflexion quant aux interactions entre médecines conventionnelles et non conventionnelles. Par une enquête ethnographique et netnographique, nous cherchons à saisir le parcours de responsabilisation en santé des consommateurs de MNC, et à comprendre comment ces derniers « bricolent » et transmettent des pratiques d'autonomie en santé divergentes des recommandations conventionnelles, mais pourtant justifiées par des principes de responsabilité individuelle en cohésion avec ceux diffusés par la médecine conventionnelle.

2. Méthodologie de la recherche

Les données mobilisées pour cette recherche ont été collectées à travers trois dispositifs d'enquête qualitative : l'observation participante ethnographique, l'observation netnographique et la réalisation d'entretiens semi-directifs. Ces différents outils méthodologiques nous ont permis de trianguler les données, notamment pour comprendre le contexte d'énonciation des discours et le parcours de santé des consommateurs de ces thérapies.

Ethnographie – Une enquête ethnographique a été menée entre mars 2020 et juin 2022. Elle a consisté en plusieurs périodes d'observation *in situ* dans des salons dédiés au bien-être, dans des cabinets de praticiens de MNC et de divers ateliers thérapeutiques, ainsi que par la collecte régulière de matériaux mobilisés par les consommateurs et les

thérapeutes portants sur les MNC, comme des livres, des revues ou des produits consacrés aux MNC. Les données ont été collectées sous la forme de notes dans un journal de bord en suivant les recommandations de Copans (2008) concernant la description ethnographique.

Netnographie – L'enquête a été poursuivie en ligne sur la même période via une netnographie (Kozinets, 2009), qui s'est déployée sur les réseaux sociaux les plus utilisés par les consommateurs (YouTube, Instagram, Facebook, TikTok), ainsi que dans des groupes et forums de discussion dédiés aux MNC et à la santé de manière générale. À partir des observations menées sur ces sites, ont également été intégrés à l'analyse des articles de presse spécialisée et des productions audiovisuelles consacrées aux MNC.

Entretiens semi-directifs – 18 entretiens semi-directifs de consommateurs et de praticiens de MNC ont été réalisés entre mars 2020 et juin 2023. Ces entretiens ont permis de faire émerger des questionnements relatifs à l'autonomie et à la responsabilisation chez ces publics. Les individus interrogés ont été recrutés par méthode boule de neige et par prise de contact sur internet. D'une durée moyenne de 60 minutes, les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits en un corpus de 127 pages qui a été interprété via une analyse de contenu manuelle (Bardin, 2013).

3. Résultats

3.1. De l'errance à l'autonomisation : les multiples facteurs de l'entrée dans les MNC

Comme le souligne la littérature sur les motivations des consommateurs (Kemppainen et al., 2018 ; Guillaud, 2020), la consommation de MNC est particulièrement associée à certaines pathologies difficiles à prendre en charge ainsi qu'à des expériences de soins insatisfaisantes, comme la difficulté d'obtention de rendez-vous, les diagnostics incertains, l'échec des thérapies ou les faibles chances de guérison, ou encore les relations conflictuelles avec les praticiens conventionnels. Dans leur parcours, plusieurs consommateurs nous ont ainsi évoqué leur consultation initiale ou leur préférence pour la médecine conventionnelle, qui se révèle cependant insuffisante pour prendre en charge leurs problèmes de santé :

« Je préférerais aller voir un kiné parce que c'est remboursé, mais chez moi [dans la Beauce] il n'y en a jamais de disponible, alors que les ostéos tu trouves facilement. [...] [Et puis] je ne peux pas attendre plusieurs jours avec le mal de cou car après je ne peux pas aller bosser. » (Entretien avec Camille, juin 2022).

Généralement, les patients perçoivent les médecins comme les détenteurs des ressources médicales, mais des barrières à l'accès (organisationnelles, géographiques, symboliques) ainsi que des connaissances médicales limitées provoquent chez eux une situation d'impasse thérapeutique. Les consommateurs intègrent, dans leur parcours individuel, les appels à modérer le recours aux services de santé, et la nécessité de se détacher de la dépendance au système de soin. Plusieurs témoignages évoquent notamment que la nécessité perçue de s'éloigner de la médecine conventionnelle résulte d'incitations formulées lors de consultations.

« Quand j'ai eu ma fille, elle avait tout le temps des petits problèmes comme des rhumes [...] et puis tu ne sais pas vraiment comment tu dois la coucher, la porter, etc. Et tu peux pas aller voir le médecin ou le pédiatre tout le temps pour ce genre de chose encore plus

quand c'est dans l'urgence du moment. Donc tu cherches des conseils ailleurs ». (Entretien avec Stéphanie, septembre 2021)

Outre les difficultés d'errances thérapeutiques ou d'accessibilité à des rendez-vous médicaux, les barrières symboliques sont également avancées comme un élément déclencheur de l'usage de MNC :

« Si je m'en étais tenue à quelques commentaires des médecins, cela m'aurait miné le moral. Un jour, alors que j'ai atterri aux urgences pour des crises anxieuses, une infirmière m'a dit que l'anxiété ça "empirait avec l'âge" (traduction : bon courage ma vieille, tu vas prendre pension chez nous tu verras). Aussi lors d'un épisode très difficile j'ai eu des remarques que j'ai ressenties condescendantes sur ces problèmes du type (je reformule car je me souviens plus très bien) : "une fois que tu commences à t'écouter tu n'as pas fini". » (Entretien avec Manon, septembre 2021)

En outre, de nombreux consommateurs que nous avons interrogés évoquent des situations d'errances thérapeutiques où leurs médecins leur ont conseillé de se tourner vers des thérapies non conventionnelles¹ : l'un d'eux, souffrant de maux de têtes réguliers, associés au « stress », s'est vu conseiller d'essayer la « méditation » ou « la sophrologie » ; une patiente, souffrant de douleurs diffuses, a été conseillée par son médecin d'essayer « l'acupuncture », car « parfois cela marche ». Une autre patiente, qui souffre de douleurs peu précisément diagnostiquées, explique :

« La médecine conventionnelle a été très longtemps incapable de soigner ce que j'ai [...]. Les médecins m'ont conseillé l'acupuncture, l'ostéopathie, l'homéopathie etc. [...]. Ça doit être très compliqué pour un médecin de ne pas proposer une solution à son patient, et je pense que ça lui permet de maintenir un espoir [...], car c'est intenable de lui dire de continuer de souffrir. » (Témoignage sur internet, septembre 2022).

Si les consommateurs font ainsi initialement confiance à leurs praticiens conventionnels, la situation de l'errance médicale et informationnelle les contraint à rechercher par d'autres moyens de nouvelles informations et solutions médicales. Dans les témoignages que nous avons collectés, les recherches sur internet, les livres ou encore les salons de bien-être, ont souvent été évoqués comme des moyens de poursuivre la quête médicale suite à une errance. De nombreux consommateurs de MNC nous ont par exemple expliqué que la découverte d'une thérapie faisait suite à l'usage de requêtes pragmatiques sur internet (avec utilisation de mots clés tels que « guérir », « soulager », « solutions pour ... + [pathologie] »). Les salons ou festivals consacrés aux médecines « douces », qui combinent généralement des thématiques plus vastes liés au bien-être ou à l'alimentation bio, sont également des lieux de découverte privilégiés de nouvelles solutions thérapeutiques pour ces troubles spécifiques.

Un autre moyen d'accès important aux informations médicales est le *bouche-à-oreille*. En effet, l'entourage des patients en errance thérapeutique ou informationnelle est souvent le premier transmetteur d'informations sur les MNC, notamment lorsqu'il évoque ses expériences personnelles positives :

« Nous on est dans des petites communes, et on entend assez souvent parler de ces choses-là. Chez nous on a des coupeurs de feu ce genre de chose. Y'en a qui conjurent les vers, y'a des magnétiseurs... en fait c'est très répandu par chez nous. Donc on connaît bien ça, la réputation des gens [...] Famille, copains... et on se donne les adresses de celui qui est bien, qui est pas bien. » (Entretien avec Justine, mai 2021).

¹ Selon Raineau (2013), les conseils de thérapeutes non conventionnelles par des médecins MC sont courants, alors que cette pratique était encore marginale avant le XXI^e siècle.

En dépit de la confiance accordée aux proches, les conseils issus du bouche-à-oreille montrent plusieurs limites. Dans le cas de l'errance thérapeutique, et notamment lorsque le diagnostic est imprécis, les conseils donnés par l'entourage sont le plus souvent perçus comme trop vagues ou peu applicables à la situation particulière du malade. Une consommatrice nous expliquait par exemple que sa mère lui avait conseillé l'acupuncture qui avait guéri son psoriasis ; elle restait sceptique puisqu'elle avait un problème de troubles anxieux et n'étant pas sûr que les « aiguilles marchent pour ça ». Une autre consommatrice nous a exprimé son scepticisme quant à son amie lui conseillant le Reiki pour ses douleurs, car « si ça marche pour elle, c'est qu'elle est quand même perchée », ironisant ainsi sur les croyances de sa camarade. La réputation d'un thérapeute est également mise en doute, « *tant qu'on ne le voit pas de ses propres yeux* ». Les recommandations faites entre amis et dans la famille intègrent donc souvent de nombreuses précautions : loin d'affirmer le succès garanti de la thérapie, les individus affirment que « la thérapie a marché *pour moi* » ou « pour x » ou « qu'il faut tester *pour voir* ».

Il en est de même pour les conseils glanés au détour de livres, sur internet ou lors de salons. Les consommateurs occasionnels de MNC se méfient généralement des solutions promues sur internet, ce médium ne permettant pas d'évaluer adéquatement la sûreté et l'efficacité des solutions disponibles. Les consommateurs en situation d'errance et de souffrance se tournent souvent vers les forums pour recueillir des conseils quant à leur maladie. Ils en récoltent généralement de nombreux, et leur caractère profus et contradictoire entrave justement leur légitimité. L'incohérence des réponses et l'absence de compétences identifiables chez les répondants provoquent souvent la circonspection chez le demandeur.

Cette situation se retrouve également dans les salons, véritables « foires » aux solutions thérapeutiques. Lors d'un salon consacré aux médecines non conventionnelles près de Lyon, nous suivions deux consommatrices, Nathalie et Sylvie, qui visitaient plusieurs stands. Une des deux consommatrices a des problèmes réguliers de sommeil, « *un enfer* » : « *j'ai essayé plein de choses, les huiles essentielles ou d'autres plantes, ça n'a jamais marché, donc on continue de chercher.* » Le salon que nous visitions proposait plus de 110 stands, consacrés à diverses pratiques. La plupart n'étaient pas connues par les deux visiteuses. Pour rechercher des informations sur les pratiques médicales, celles-ci commençaient par discriminer les stands en identifiant les signes des offres trop ésotériques – comme une magnétiseuse vantant la « communication avec les anges », « *qui ressemble plus à une gourou qu'à une thérapeute* ». D'autres stands leur semblaient plus prometteurs, comme celui tenu par un naturopathe vantant un complément à base d'une plante, la spiruline. Mais après discussion avec l'exposant, Sylvie nous a partagé sa déception : « *je lui ai demandé à quoi ça servait, et en gros il m'a dit que c'était pour guérir toutes les maladies. Il m'a dit que ça pouvait guérir mon problème de sommeil, mais il m'a parlé aussi d'anxiété, la dépression et même empêcher le cancer (rires). Les produits comme ça c'est toujours une arnaque.* ». Les « potions magiques », une expression couramment employée dans le milieu des MNC, sont souvent considérées comme un repoussoir, trop éloignées des standards de la médecine conventionnelle proposant des solutions spécialisées pour chaque trouble.

Les acteurs du secteur des MNC mobilisent massivement les différents canaux d'informations (internet, livres spécialisés, salons ou encore presse féminine) pour communiquer leurs promesses principalement axées sur la guérison personnalisée. Dans leurs communications, les MNC se proposent souvent en solutions à des pathologies précises. Par exemple, les hypnothérapeutes énergéticiens communiquent abondamment

sur leur capacité revendiquée à favoriser l'arrêt de la consommation de tabac ; certains naturopathes, thérapie qui se présente comme spécifiquement adaptée aux besoins féminins, communiquent abondamment sur la résolution de problèmes de santé liés à la pilule, à l'endométriase ou encore aux problèmes ovariens.



Des solutions comme l'acupuncture ou encore la luminothérapie peuvent être des moyens efficaces contre les états anxieux, ainsi que des exercices de respiration antistress. La prise de certains médicaments peut aussi faciliter le soulagement des [angoisses](#). 3 juil. 2022

PasseportSanté
<https://www.passeportsante.net> · Symptômes · Fiche · d...
Angoisses : comment calmer ses angoisses ?

Publicité de la plateforme 'Médoucine' vantant, par l'intermédiaire d'un témoignage, l'intérêt de l'hypnose pour arrêter la consommation de tabac. A droite, des sites populaires comme Passeportsanté, apparaissant dans les premiers résultats sur Google, présentent souvent des solutions thérapeutiques à des troubles précis en proposant des produits de MNC.

Cette stratégie de segmentation de l'offre, visant à résoudre une pathologie ou trouble spécifique, est par ailleurs explicitement défendue par de nombreux thérapeutes. Pourtant contrairement à la philosophie de nombreuses MNC, « holistiques » et « globales », visant le soin de l'individu dans son entièreté, et non la résolution d'un trouble spécifique, cette stratégie est présentée comme nécessaire pour faire découvrir une thérapie. Dans plusieurs séminaires de coaching à destination des entrepreneurs du secteur que nous avons suivis, les formateurs explicitaient aux thérapeutes l'importance de positionner leur offre sur une pathologie précise, plutôt que de parler de l'apport globale de leur offre :

« On entend souvent quand on est naturopathe qu'on n'est pas en concurrence, qu'on partage une même vision globale [...]. Comme pour toute entreprise, il faut vous positionner, par exemple en se spécialisant sur une problématique [de santé]. » (Séminaire destiné aux naturopathes professionnels, consacré au développement de leur activité, Juin 2022)

Ces extraits montrent diverses barrières sceptiques adoptées par les consommateurs : l'absence de sources fiables, l'imprécision des conseils, leur caractère multiple et contradictoire ou encore les risques de manipulation notamment dans un but mercantile constituent des limites importantes à l'adoption autonome de nouvelles pratiques de santé.

3.2. Les discours critiques de responsabilisation : la démarche de diagnostic et d'acculturation des praticiens des MNC

Confrontés à la profusion de solutions « miracles » disponibles sur le marché, les consommateurs novices de MNC apprennent progressivement à cadrer leur recherche

autonome d'informations au contact des promoteurs ou des consommateurs réguliers de ces médecines, via un rituel emprunté à la médecine conventionnelle : le *diagnostic*.

Lorsque des individus en recherche de solutions évoquent leur situation d'errance, les consommateurs ou thérapeutes expérimentés, sur des groupes d'échanges en ligne par exemple, mettent rapidement en garde les consommateurs quant au fait qu'ils doivent « cadrer » leurs attentes de guérison s'ils souhaitent surmonter un problème de santé récurrente. Contre la recherche de « *produits miracles* » ou de « *potions magiques* », les promoteurs de diverses thérapies soulignent l'importance de rechercher les *causes* des maladies avant d'utiliser un produit thérapeutique.

Pour les promoteurs des MNC, les difficultés de guérison des patients ne sont pas causées par les spécificités de la maladie elle-même, mais par l'évolution contemporaine de la pratique médicale dite « *allopathique* »², qui conduit à une persistance des troubles. Ils dénoncent l'absence de recherche des *causes* de la maladie et déplorent des situations couramment rencontrées par les patients, comme l'indisponibilité des rendez-vous médicaux, la brièveté des consultations ou encore le manque d'écoute des médecins. :

« Nous on pratique non pas sur un symptôme mais sur un ensemble de choses. On ne va pas faire disparaître un symptôme, comme en allopathie où on a un médicament pour un symptôme, mais on fait appel aux causes, on ne s'attaque pas de manière automatique et frontale à la maladie. Chaque individu est unique, un organisme unique, et chacun réagit différemment en fonction des causes. » (Présentation lors d'un atelier consacré à la lithothérapie, Octobre 2021).

Le terme *d'allopathie*, qui peut signifier *soigner par le contraire, soigner par des médicaments* ou encore *soigner les symptômes*, qualifie ainsi une pratique médicale conventionnelle qui serait responsable de l'errance. L'approche allopathique, du fait notamment d'un manque de moyens ou d'empathie, ne prendrait pas en charge la cause de la maladie, et n'en soulagerait que temporairement les manifestations symptomatiques. Ces critiques de la médecine allopathique, qui ne soignerait que les symptômes, pointent notamment du doigt l'absence d'une véritable éducation à la prévention thérapeutique et le fait que la médecine conventionnelle ne prendrait soin que des individus malades :

« Si un médecin a du monde à son cabinet, c'est qu'il n'est pas bon. En tout cas, c'est comme ça qu'on voit la chose en Chine. Un bon médecin, c'est celui qui est capable de te prescrire des choses avant que la maladie vienne. C'est pour ça que tu dois consulter [le naturopathe] au moins tous les deux mois. [...] Ça doit être régulier, tu ne dois pas attendre que la maladie vienne, comme on le fait chez nous. » (Enregistrement d'une conversation lors d'un séminaire de présentation de la naturopathie, octobre 2021).

En développant des pratiques de prévention plutôt que de curation, les MNC s'inscriraient ainsi en cohérence avec les politiques de responsabilisation mises en place en santé. La prévention comme outil de réduction des interventions thérapeutiques est par exemple considérée comme un axe prioritaire des politiques de santé publique actuelles

² Le terme "médecine allopathique" a été introduit par Samuel Hahnemann, le fondateur de l'homéopathie, pour décrire les pratiques médicales conventionnelles qui se distinguent par des interventions n'agissant pas de la même manière que la maladie ou ses symptômes. En contraste, un traitement "homéopathique" implique l'utilisation de substances provoquant des symptômes similaires à ceux de la maladie. Aujourd'hui, les partisans des MNC ont tendance à utiliser le terme "allopathique" de manière péjorative pour désigner la médecine conventionnelle ou occidentale, qui reposerait essentiellement sur l'usage de médicaments et se concentrerait sur le traitement des symptômes spécifiques ou des organes cibles plutôt que sur la guérison holistique de l'individu.

(e.g, Ministère de la Santé et des Solidarités, 2017). Pour les promoteurs des MNC, les patients habitués à la médecine conventionnelle ne sont pas amenés à adopter des pratiques préventives :

« L'ayurveda, à l'origine, c'est surtout une médecine préventive. Alors, elle a les deux aspects, préventif et curatif, mais son but c'est d'arriver vers un mode de vie préventif pour aller vers la bonne santé, pour bien vieillir. Et pour ça il y a des principes. Si on les suit depuis un jeune âge, on se prévient de la maladie assez normalement. [...] On a cette habitude de chercher la solution miracle au problème, alors qu'en ayurveda il faut travailler sur l'individu dans sa globalité. » (Entretien avec Christelle, avril 2021).

La critique de l'approche dite « allopathique » de la médecine par les praticiens de MNC vise aussi la surconsommation de médicaments. La stratégie nationale de santé 2018-2022 souligne l'importance de mieux contrôler la consommation élevée de médicaments en France, d'une part pour réduire les coûts publics de soins, mais également pour préserver leur efficacité, ou encore pour éviter les phénomènes de dépendances ou les « effets cocktails ». Prenant appui sur ces discours officiels, les promoteurs de MNC critiquent l'absence de changement dans les pratiques :

« Je ne vais pas souvent chez le médecin, mais à chaque fois que vous y allez, vous n'avez pas un médecin qui vous demande comment vous mangez, enfin des choses basiques... Si aussi on arrêta de donner des médicaments chimiques qui vont déglisser l'intestin comme la cortisone ou d'autres anti-inflammatoires... Mais je ne leur en veux même pas [aux médecins], ils peuvent pas faire autrement parce qu'on leur a appris à faire les choses comme ça ! » (Discours d'une praticienne en Ayurveda lors d'une consultation, février 2022).

Dans les cultures de MNC, la surprescription de médicaments est perçue comme un frein à l'autonomisation en santé des patients. Ainsi, la figure du « consommateur de médecine » est une image souvent convoquée péjorativement pour désigner les individus dépendant d'une vision « allopathique » de la santé. Les « consommateurs » recherchant un médicament miracle afin de guérir rapidement d'un problème localisé ne feraient que « masquer » leurs problèmes, voir aggraver ceux-ci. Une consommatrice expérimentée d'ayurveda, active sur des groupes de conseils, compare ainsi les attitudes thérapeutiques de ses deux grands-mères, soulignant l'écart entre une mauvaise et une bonne attitude thérapeutique :

« J'ai une grand-mère qui a hérité de cette période dorée de surconsommation des années 70-80, de consommation effrénée. Elle est décédée, mais à la fin de sa vie elle prenait 20 médicaments par jour. Elle ne guérissait pas, ça ne faisait qu'empirer [...] Mon autre grand-mère, elle a compris son rythme de vie, elle ne consomme rien si ce n'est des trucs bio et local, elle traverse la vie comme ça. Elle ne court pas chez le médecin, elle prend quelques huiles essentielles en prévention, et surtout j'ai appris avec elle à faire attention à moi, à écouter mes signes avant-coureurs. » (Entretien avec Stéphanie, septembre 2021).

Les promoteurs des MNC mobilisent ainsi de multiples éléments issus des discours de responsabilisation en santé : concernant la prévention ou la surmédication comme on vient de le voir, mais également en soulignant l'importance d'une alimentation riche en fruits et légumes ou encore celle d'une activité physique régulière. Les promoteurs des MNC, et notamment les thérapeutes, invitent ceux qu'ils conseillent à abandonner la conception allopathique de la santé constitutive de la médecine conventionnelle, et les invitent à devenir « acteur de leur santé » :

Comme pour une consultation médicale classique, le praticien lui demande pour quel motif [la consultante] vient le voir. Elle lui signale des douleurs récurrentes liées à une fibromyalgie, et qu'elle n'a pas trouvé de solution pour soulager ce problème. [...] Elle a repéré sur internet des solutions naturelles ayurvédiques. Le naturopathe lui répond qu'il n'est pas médecin et qu'elle ne pourra pas guérir si elle pense que prendre un « bonbon » peut la soigner. Il lui dit être là surtout pour l'aider à comprendre qu'elle ne doit pas être passive dans son soin, pour l'aider à devenir actrice de sa santé. (Notes de terrain, consultation d'un naturopathe en avril 2021).

3.3. L'introspection et la recherche d'équilibre : intégrer l'approche holistique des MNC

La critique de l'approche allopathique du soin est mise au service d'une nouvelle philosophie du soin. Bien que très diverses, les MNC partagent une approche philosophique commune, dite holistique. Qu'elle porte sur l'alimentation (naturopathie, ayurveda), la mobilité du corps (ostéopathie, chiropractie), ou sur « l'énergie vitale » (lithothérapie, Reiki), l'objectif d'une thérapie holistique est toujours présenté comme le retour d'un *équilibre*, d'une *harmonie* ou d'*homéostasie*, là où les « déséquilibres » sont considérés comme la source de la maladie :

« Notre organisme est formidable, tel un chef d'orchestre, grâce à notre cerveau et notamment l'hypothalamus, il va surveiller tout ce qui se passe dans notre corps : température corporelle, glycémie, pression sanguine ou rythme cardiaque pour n'en citer que les grandes lignes.. et son but est de maintenir grâce à de petits réglages l'équilibre de votre organisme. [...] Lorsque notre organisme atteint le point d'équilibre donc l'homéostasie, tout votre corps est aligné, vous vous sentez bien, serein, vous êtes au top de votre forme et tout roule comme sur des roulettes 😊🙏 C'est pour cela qu'aider notre organisme et le soutenir est important afin que toute la machine puisse fonctionner du mieux possible. (Post Instagram d'une phytothérapeute, février 2023)

L'approche holistique est souvent présentée comme visant à conduire l'individu à mettre en place, par son propre examen et par sa propre activité, les actions visant non plus à guérir un trouble précis, mais à construire un état de santé général sain. Le concept central de ce travail par le « coaching » est, comme l'évoque l'extrait précédent, celui de *conscience*. On le retrouve au cœur des propositions thérapeutiques de la plupart des MNC :

« La sophrologie [...] est, selon son étymologie, l'« étude de la conscience en harmonie ». La thérapeutique sophronique vise à développer cette force qui intègre les éléments psychologiques et physiques de l'être, et qui n'est autre [...] que la conscience humaine » (Etchelecou, 2007 ; Comprendre et pratiquer la sophrologie)

Le terme de conscience, largement employé dans diverses techniques thérapeutiques – méditation en conscience, respiration en conscience, manger en conscience – désigne la capacité acquise chez l'individu à déterminer lui-même les causes de ses maladies et ses besoins de santé, notamment en reliant ses états mentaux à son comportement ou à ses manifestations corporelles. Les thérapies en MNC proposent en ce sens des exercices d'examen de soi et des techniques d'action sur soi, comme la méditation, la respiration guidée ou encore la prière collective.

Une technique courante, *l'anamnèse*, est partagée par de nombreuses thérapies (naturopathie, ostéopathie, homéopathie, médecine traditionnelle chinoise, microkinésithérapie, etc.). Elle consiste en un examen approfondi du mode de vie et de pensée du patient, qui peut être réalisé à partir de questionnaires auto-administrés. L'anamnèse débute par quelques questions concernant les douleurs ressenties et l'historique des traitements contre la douleur. Le questionnaire se détourne ensuite du « trouble » pour interroger le patient sur un ensemble d'éléments très divers de son comportement et de son identité : troubles ayant existé chez les membres de la famille, habitudes alimentaires, activités physiques, passions, émotions, habitat, travail, projets, relations sociales ou amicales. L'ensemble de ces dimensions est progressivement inséré dans un discours thérapeutique, mêlant les éléments de présentation de la philosophie holistique de la médecine et un discours sur les « causes » de la maladie et de sa persistance.

Les associations entre le vécu et la pathologie sont construites selon une variété de procédés : par exemple en établissant des liens de causalité chronologiques entre un événement et la survenue de la maladie ; en utilisant des expressions populaires (« nœuds dans la gorge », « fardeau sur les épaules ») ou des jeux de mots (« la maladie vient du *mal à dire* ») ; ou plus simplement en invitant les consommateurs à formuler leurs propres liens entre leurs troubles et leurs vécus.

Ces associations rejoignent là aussi en certains aspects les discours de responsabilisation. Un thérapeute, par exemple en ayurveda ou en naturopathie, relie fréquemment les troubles à des comportements alimentaires tels que la consommation de sucres, de gras, de tabac ou d'alcool. En passant en revue la vie de l'individu, et en puisant dans le réservoir des discours de responsabilisation, les thérapeutes peuvent ainsi toujours trouver une cause au trouble : il est en effet rare que les individus ne connaissent pas, par exemple, quelques soucis d'ordre familial, professionnel, qu'ils n'aient pas vécu un événement désagréable dans l'enfance, ou qu'ils ne ressentent pas, à un moment ou à un autre, des émotions négatives.

La répétition de l'exercice de l'anamnèse, ou d'autres types d'exercices reposant sur les mêmes mécanismes comme la méditation ou la respiration consciente, incitent les individus à développer un regard introspectif. Cette exigence de « prise de conscience » est constamment rappelée par les promoteurs des MNC, à l'occasion de consultations ou encore via le partage sur internet de nombreux « mantras », comme une condition initiale et indispensable à la bonne utilisation et aux succès des thérapies. L'échec d'une thérapie n'est pas associé à l'inefficacité objective de celle-ci, mais à l'absence de travail de la part du consommateur pour la rendre efficace. Les communautés de passionnés réagissent ainsi aux plaintes de certains utilisateurs pour rappeler ces normes de responsabilité nécessaires à l'usage des thérapies, comme lors de cet échange dans un groupe virtuel sur la lithothérapie :

« 1 — J'ai essayé plusieurs pierres. Soucis c'est que je n'arrive pas à vraiment m'initier. À l'heure actuelle elles me servent plus en déco qu'autre chose, à mon grand regret... J'ai plusieurs livres aussi, mais... Honnêtement j'ai dû en lire 1 sur 5... Pourtant pour moi les pierres sont véritables [note : pas des imitations], normalement, car achetées en boutique. Je sais pas ce que je fais mal, je m'y perds dans la façon de les recharger [note : les pierres doivent être "rechargées énergétiquement"], mais en tout cas ça ne donne rien... aucun effet.

2 — [...] *Vous êtes trop dans le mental et fermé sur vous-mêmes, ça ne marche pas si vous avez des blocages. Il n'y a pas d'utilisation miracle des pierres. Il faut d'abord que vous connaissiez vos énergies, vos besoins, travailler vos ressentis. [...] Ça ne va pas vous aider tout seul, ça vient de vous d'abord.* » (Décembre 2022).

De façon générale, l'idéal promu par les communautés de consommation de thérapies non conventionnelles est l'atteinte de la « pleine conscience », c'est-à-dire la compréhension immédiate des besoins et des dysfonctionnements du corps sans l'intermédiaire d'un thérapeute, ou encore « l'éveil » qui consiste à vivre selon les rythmes énergétiques profonds de son corps. Le cheminement vers ces objectifs se mesure, pour de nombreux consommateurs, d'une part par la réduction des troubles ressentis, mais aussi par l'adoption de routines de santé, de pensées ou de modes de vie. Au sein des communautés de consommation de MNC, l'éloignement prolongé des structures médicales conventionnelles ou de la prise de médicaments (« *Cela fait 7 ans que je n'ai pas mis les pieds chez le médecin !* »), notamment revendiqué par les thérapeutes, est perçu comme un signe probant d'une responsabilisation réussie.

L'acculturation à cette perception holistique de soi favorise ainsi, chez les consommateurs, une perception progressive de leur corps ou de leurs pathologies comme faisant partie d'un ensemble en équilibre ou en déséquilibre, sur lequel ils doivent constamment agir. C'est par exemple le cas de cette consommatrice qui consulte régulièrement une magnétiseuse. Au cours des séances de magnétisme, la thérapeute examine le corps de Céline tout en l'interrogeant sur ses états mentaux. Celle-ci nous partage :

« Au fur et à mesure que je l'écoute (la magnétiseuse), je me rends compte que quand j'ai mal quelque part, y'a toujours une raison psychologique derrière. Tu vois, quand j'ai mal quelque part, par exemple dans les intestins ou là sur le côté (elle désigne les côtes), c'est typiquement quand je stresse pour quelque chose. [...] Je sais maintenant que quand tu as mal, c'est que tu fais un mal dans tes pensées, et ça se transforme dans quelque chose de physique. » (Entretien avec Laura, avril 2021)

La perception progressive de soi comme un acteur responsable de santé, le ciblage des comportements ou des pensées sur lesquels travailler pour atteindre l'équilibre, conduit ainsi à un déplacement progressif des objectifs des thérapies non conventionnelles. Dépasant la promesse initiale d'un « produit miracle » permettant la guérison de pathologies spécifiques, la culture thérapeutique du marché des MNC consiste à travailler constamment sur la connaissance de soi et la mise en place autonome d'une hygiène de vie saine.

Ce déplacement de la signification de la consommation des MNC invite alors les consommateurs à mobiliser la variété inépuisable de techniques thérapeutiques à disposition comme une vaste « boîte à outil » permettant de mettre en place de nouveaux comportements de santé et de travailler sur leur connaissance d'eux-mêmes. Les thérapies non conventionnelles proposent un ensemble de conseils afin de favoriser l'écoute des « signaux faibles » de son corps et de son esprit, qui prennent la forme de techniques permettant de développer son « ressenti », son « intuition » ou son « ancrage », pour agir préventivement avant la survenue de la maladie. De nombreux stages ou ateliers sont organisés par des praticiens de MNC ou de développement personnel pour acquérir ces compétences. Celles-ci peuvent aller de l'acquisition de techniques pour se centrer sur

soi-même, dont les plus populaires sont les pratiques méditatives et respiratoires (par le yoga et la sophrologie), jusqu'à l'utilisation de produits censés favoriser la responsabilité individuelle et la concentration sur soi, comme l'élixir d'orme pour les fleurs de Bach ou la pierre fluorite en lithothérapie.

4. Discussion

Les dispositifs de responsabilisation en santé suscitent un intérêt croissant tant de la part des acteurs institutionnels que de la recherche. L'évaluation de ces dispositifs s'est principalement concentrée sur la compréhension par les individus des recommandations en matière de santé et sur leur motivation à devenir acteurs de leur propre bien-être (Fumagalli et al., 2015). Cependant, peu d'attention a été accordée aux pratiques de responsabilisation quotidiennes mises en place par les patients, ainsi qu'aux ressources proposées par des acteurs non institutionnels sur le marché de la santé (Cavusoglu et Demirbag-Kaplan, 2017 ; Silchenko et Askegaard, 2021).

En étudiant les cultures de médecines non conventionnelles (MNC), notre article vise à comprendre comment celles-ci s'articulent avec les objectifs de responsabilisation des patients en santé. L'activité peu réglementée des MNC peut en effet être considérée comme un laboratoire de la diversification des soins médicaux par des initiatives de marché (Thompson, 2003). Alors que ces pratiques étaient perçues comme concurrentes, voire opposées à la médecine conventionnelle, la croissance de ce marché dans les pays industrialisés, parallèlement aux transformations néolibérales du système de santé, a redéfini la perception institutionnelle de ces pratiques (Ning, 2018). De nombreux acteurs de la santé considèrent désormais ces pratiques comme complémentaires ou intégratives (e.g. OMS, 2013), c'est-à-dire comme des ressources de soins susceptibles d'accompagner la diversification médicale par le biais du marché et la responsabilisation des patients (Thompson et Nichter, 2016 ; Fries, 2008). Malgré leur popularité croissante, certains acteurs soulignent cependant l'incompatibilité de ces pratiques avec les objectifs de responsabilisation. Ils évoquent notamment l'absence de preuves robustes de leurs bienfaits pour la santé et les divers risques (sanitaires, sectaires, financiers) associés à ces pratiques (Ernst et Smith, 2018). La recherche est également traversée par ces oppositions dans la façon de considérer et d'évaluer le développement des MNC.

Un premier ensemble de recherches, principalement basé sur des enquêtes menées au niveau de la population par le biais de questionnaires (par exemple, Kemppainen et al., 2018 ; Guillaud, 2020), met en évidence une utilisation majoritairement complémentaire de ces médecines, en association avec la médecine conventionnelle (Vos et Brennan, 2010). Cette dernière demeurant la ressource de soins privilégiée (Broom et Tovey, 2008), les MNC sont principalement utilisées pour traiter des problèmes de santé non résolus, en raison du manque de disponibilité ou d'accessibilité des services de santé (Zorgo et al., 2018), ou encore dans une optique d'autonomisation en matière de santé (MacArtney et Wahlberg, 2014), par exemple dans la mise en place de pratiques de prévention (Scott et al., 2020).

Un second ensemble de recherches privilégie les méthodes d'entretiens ou les observations menées auprès de consommateurs réguliers et de praticiens. Ces études mettent en évidence les motivations plurielles des consommateurs et les orientations critiques que ces pratiques entretiennent vis-à-vis de la médecine conventionnelle (Fries, 2008 ; Thompson et Troester, 2002). Alors que les consommateurs de MNC se considèrent responsabilisés et particulièrement attentifs à leur santé tout comme aux informations médicales (Sointu, 2012), l'autonomisation ou l'empowerment des consommateurs se construit en opposition aux autorités et aux discours conventionnels du soin (Kristensen et al., 2011 ; Dodds et al., 2014). Les consommateurs réguliers et les promoteurs de MNC contestent les connaissances cliniques, telles que les analyses physico-chimiques de la maladie et du traitement, préférant par exemple mettre en avant l'activation des forces naturelles du corps (Barcan, 2020) ou le développement personnel et émotionnel de l'individu (Dodds et al., 2018). En opposition à un modèle médical allopathique et descendant (Thompson, 2003), les consommateurs réguliers et promoteurs de ces médecines valorisent une autonomie radicale et une forte personnalisation dans la définition des besoins, de la maladie et des solutions de santé privilégiées (Dodds et al., 2018 ; Barcan, 2020). Ces pratiques sont notamment favorisées par l'émergence de canaux d'information en matière de santé, tels qu'Internet (Harnett & Morgan, 2018 ; Cavusoglu & Demirbag-Kaplan, 2017), qui encouragent une autonomisation radicale et une orientation critique des discours en matière de santé.

Nos résultats, obtenus par une enquête ethnographique menée auprès de consommateurs novices et expérimentés, ainsi que de promoteurs de ces thérapies, nous permettent de mieux comprendre comment les dispositifs conventionnels de responsabilisation s'articulent avec une culture alternative du soin sur ce marché.

La compréhension du parcours des utilisateurs de MNC nous permet de mettre en évidence que l'utilisation initiale de ces thérapies traduit une volonté de se conformer aux discours de responsabilisation plutôt que de remettre en question les autorités conventionnelles en santé. Bien que la consultation de médecins conventionnels soit privilégiée, comme le suggère la littérature motivationnelle, la situation d'errance thérapeutique et informationnelle peut inciter à rechercher de nouvelles solutions thérapeutiques en dehors des canaux classiques de santé. Devenir autonome en santé est par exemple régulièrement justifié par la nécessité de ne pas solliciter abusivement les services de soins conventionnels, notamment dans un contexte de faible disponibilité des médecins. Se tourner vers des ressources alternatives proposées sur le marché est perçu comme une solution légitime pour poursuivre la quête thérapeutique en dehors de cette dépendance. Comme nous l'avons montré, il est fréquent que les médecins conventionnels eux-mêmes recommandent l'utilisation de MNC pour poursuivre le parcours de soin en dehors du circuit conventionnel.

Conformément à des enquêtes menées dans d'autres contextes, par exemple auprès des hésitants vaccinaux (Ward et Perretti-Watel, 2020) ou sur les pratiques d'automédication (Fainzang, 2015), nos résultats mettent en évidence que l'utilisation de canaux d'information alternatifs, tels qu'Internet ou le bouche-à-oreille, ne traduit pas nécessairement une remise en question de l'autorité discursive des praticiens conventionnels. L'usage de ces canaux est avant tout pragmatique, ceux-ci étant les plus accessibles pour rechercher des informations en vue d'accroître l'autonomie en matière de santé. De plus, pour les patients, l'utilisation contrainte de ces canaux pose des défis en termes de recherche d'information de santé fiables et exploitables. Nos résultats mettent

particulièrement en lumière la faible confiance accordée par les patients aux informations circulant sur ces canaux. La littérature a généralement mis en avant qu'Internet favorisait l'autonomisation des patients en rendant disponibles de nombreuses informations en santé (Cavusoglu et Demirbag-Kaplan, 2017). Nos résultats nuancent cette interprétation : nous montrons que cette large disponibilité peut diminuer la confiance accordée aux informations et constituer un obstacle à l'autonomisation en santé.

L'utilisation de MNC ne reflète pas tant une contestation de la médecine conventionnelle qu'elle souligne la difficulté des patients à accéder à des ressources fiables ou à être accompagnés pour gagner en autonomie en matière de santé. Nos résultats mettent en évidence que la promotion de la responsabilisation en matière de santé ne s'accompagne pas des dispositifs suffisants en matière d'information et d'accompagnement qui permettraient aux patients de gérer leurs problèmes de santé, ce qui les conduit à chercher des solutions thérapeutiques sur le marché des MNC qui, critiquant et disqualifiant les approches dites « allopathiques » de la médecine conventionnelle, occupent un espace devenu vacant.

Annexe – Caractéristique des répondants

Nom	Age	Statut	MNC utilisée	Problèmes de santé évoqués
Camille	31	Consommatrice	Ostéopathie, Microkiné, Naturopathie	Troubles alimentaires, céphalées, maternité
Stéphanie	36	Consommatrice / Gestion d'une communauté en ligne	Ayurveda, Naturopathie	Anxiété, digestion, maternité
Manon	25	Consommatrice	Naturopathie, Acupuncture, Magnétisme, Sophrologie	Anxiété, allergies
Laura	28	Consommatrice	Magnétisme, Sophrologie	Troubles alimentaires, infections virales
Bruno	57	Consommateur	Acupuncture, Etiopathie	Musculo- squelettiques
Michel	75	Consommateur	Acupuncture, Magnétisme	Problèmes dermatologiques
Louis	28	Consommateur	Coaching énergétique	Anxiété, allergies
Aurélie	23	Consommatrice	Naturopathie, Homéopathie	Effets secondaires d'un traitement
Julien	34	Consommateur	Ostéopathie	Musculo-squelettiques
Colette	68	Consommatrice (projet de formation en Reiki)	Reiki, Lithothérapie, Homéopathie, Yogathérapie	Digestion, Musculo-squelettiques
Justine	31	Consommatrice (projet de formation en naturopathie)	Naturopathie, Access Bar	Troubles alimentaires, infections virales
Mélanie	28	Étudiante en naturopathie	Naturopathie, Lithothérapie, Réflexologie	Digestion
Christelle	50	Thérapeute	Ayurveda, Médecine chinoise, Réflexologie	Troubles alimentaires et psychologiques
Nathalie	55	Thérapeute	Reiki, Annales Akashiques, Sophrologie	Anxiété, musculo-squelettiques
Guillaume	32	Thérapeute	Ostéopathie, Art-thérapie	-
Julie	42	Thérapeute	Ayurveda, Magnétisme, Médecine Quantique	Anxiété, douleurs, migraines, digestion
Chantal	61	Thérapeute	Magnétisme, Barreur de feu	-

Étienne	48	Thérapeute	Access Bar	-
---------	----	------------	------------	---

Références bibliographiques

- BAJDE D. et ROJAS-GAVIRIA P. (2021), « Creating responsible subjects: the role of mediated affective encounters », *Journal of Consumer Research*, 48(3), pp. 492–512.
- BARCAN, R. (2020). *Complementary and Alternative Medicine: Bodies, Therapies, Senses*. Routledge.
- BARDIN L. (2013), *L'analyse de contenu*, 2^e édition, Presses universitaires de France, Paris.
- BECK U. (1992), *Risk Society: Towards a New Modernity*, Sage, Londres.
- BEN AYED M. et EL AOUD N. (2017), « The patient empowerment: A promising concept in healthcare marketing », *International Journal of Healthcare Management*, 10(1), pp. 42–48.
- BROOM, A., et TOVEY, P. (2007). The Dialectical Tension Between Individuation and Depersonalization in Cancer Patients' Mediation of Complementary, Alternative and Biomedical Cancer Treatments. *Sociology*, 41(6), 1021-1039.
- CAVUSOGLU, L. et DEMIRBAG-KAPLAN, M. (2017). Health commodified, health communified : Navigating digital consumptionscapes of well-being. *European Journal of Marketing*, 51(11/12), 2054-2079.
- COPANS J. (2008), *L'enquête ethnologique de terrain*, Armand Colin, Paris.
- CRAWSHAW, P. (2012). Governing at a distance : Social marketing and the (bio) politics of responsibility. *Social Science & Medicine*, 75(1), 200-207.
- DODDS, S., BULMER, S., et MURPHY, A. (2014). Consumer value in complementary and alternative medicine (CAM) health care services. *Australasian Marketing Journal (AMJ)*, 22(3), 218-229.
- DODDS, S., BULMER, S. L., et MURPHY, A. J. (2018). Exploring consumers' experiences of spiritual value in healthcare services. *Social Responsibility Journal*.
- ERNST, E., et SMITH, K. (2018). *More harm than good? : The moral maze of complementary and alternative medicine*. Springer.
- FAINZANG, S. (2015). *La relation médecins-malades : Information et mensonge*. Presses universitaires de France.
- FOUCAULT M. (2004), *Naissance de la biopolitique : cours au Collège de France, 1978-1979*, Gallimard, Paris.
- FUMAGALLI L.P., RADAELLI G., LETTIERI E. et MASELLA C. (2015), « Patient empowerment and its neighbours: clarifying the boundaries and their mutual relationships », *Health Policy*, 119(3), pp. 384–394.
- GIESLER M. et VERESIU E. (2014), « Creating the responsible consumer: Moralistic governance regimes and consumer subjectivity », *Journal of Consumer Research*, 41(3), pp. 840–857.
- GUILLAUD, A. (2020). *Décrire et expliquer le recours aux thérapeutes alternatifs en France*, Thèse de doctorat, Université Grenoble Alpes.
- HARNETT, S., et MORGAN-DANIEL, J. (2018). Health literacy considerations for users of complementary and alternative medicine. *Journal of Consumer Health on the Internet*, 22(1), 63-71.
- KEMPPAINEN, L. M., KEMPPAINEN, T. T., REIPPAINEN, J. A., SALMENNEMI S. T., et VUOLANTO, P. H. (2018), Use of complementary and alternative medicine in Europe: Health-related and sociodemographic determinants. *Scandinavian journal of public health*, (46)4, pp. 448–455.
- KOZINETS R.V. (2009), *Netnography: doing ethnographic research online*, Sage Publications, Londres.
- KRISTENSEN, D. B., BOYE, H., et ASKEGAARD, S. (2011). Leaving the milky way! The formation of a consumer counter mythology. *Journal of Consumer Culture*, 11(2), 195-214.
- LUPTON D. (1997), Consumerism, reflexivity and the medical encounter. *Social science & medicine*, 45(3), pp. 373–381.

- MACARTNEY, J. I. et WAHLBERG, A. (2014). The Problem of Complementary and Alternative Medicine Use Today : Eyes Half Closed? *Qualitative Health Research*, 24(1), 114-123.
- MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE (2017), Stratégie nationale de santé 2018-2022, Paris.
- MIVILUDES (2021), Rapport d'activité et études 2018-2020, Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires, Paris.
- NING, A. M. (2018). How Holistic is Complementary and Alternative Medicine (CAM)? Examining Self-Responsibilization in CAM and Biomedicine in a Neoliberal Age. *Medical Research Archives*, 6(5).
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (2013), Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023, Genève.
- SCHNEIDER-KAMP A. et ASKEGAARD S. (2020), Putting patients into the centre: Patient empowerment in everyday health practices , *Health*, (24)6, pp. 625–645.
- SCOTT, S. E., ROZIN P., et SMALL, D. A. (2020). Consumers Prefer “Natural” More for Preventatives Than for Curatives. *Journal of Consumer Research*, 47(3), 454-471.
- SILCHENKO, K., & ASKEGAARD, S. (2021). Powered by healthism? Marketing discourses of food and health. *European Journal of Marketing*, 55(1), 133-161.
- SOINTU E. (2012), Theorizing complementary and alternative medicines: wellbeing, self, gender, class. Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- SUISSA, V., GUERIN, S., DENORMANDIE, P., CASTILLO, M.-C., et BIOY, A. (2020). Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA) : Proposition d'une définition et d'une catégorisation de références. *Hegel*, N° 2(2), 131-142.
- THOMPSON C.J. et TROESTER M. (2002), « Consumer value systems in the age of postmodern fragmentation: The case of the natural health microculture », *Journal of consumer research*, 28(4), pp. 550–571.
- THOMPSON, C. (2003). Natural Health Discourses and the Therapeutic Production of Consumer Resistance. *The Sociological Quarterly*, 44, 81-107.
- THOMPSON, J. J., et NICTER, M. (2016). Is There a Role for Complementary and Alternative Medicine in Preventive and Promotive Health? An Anthropological Assessment in the Context of U.S. Health Reform. *Medical Anthropology Quarterly*, 30(1), 80-99.
- WARD J.K. et PERETTI-WATEL P. (2020), « Comprendre la méfiance vis-à-vis des vaccins : des biais de perception aux controverses », *Revue française de sociologie*, 61(2), pp. 243-273.
- ZÖRGÖ, S., PUREBL G., et ZANA, Á. (2018). A qualitative study of culturally embedded factors in complementary and alternative medicine use. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 18(1), 1-11.