

**Zeitschrift:** Tsantsa : Zeitschrift der Schweizerischen Ethnologischen Gesellschaft  
= revue de la Société suisse d'ethnologie = rivista della Società svizzera  
d'etnologia

**Herausgeber:** Schweizerische Ethnologische Gesellschaft

**Band:** 15 (2010)

**Artikel:** Virevoltes de l'assurance maladie, constance des pratiques de soins  
des assuré-e-s

**Autor:** Martin, Hélène / Debons, Jérôme

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-1007304>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

**Download PDF:** 19.02.2025

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

# VIREVOLTES DE L'ASSURANCE MALADIE, CONSTANCE DES PRATIQUES DE SOINS DES ASSURÉ·E·S

---

Mots-clés: Assurances maladie · Conceptions de la santé · Pluralisme médical · Politiques sociales

Hélène Martin et Jérôme Debons

---

## CONTEXTE THÉORIQUE ET ÉVÉNEMENTIEL DE LA RECHERCHE

Dans la littérature anthropologique portant sur les contextes occidentaux, la coexistence sur un même territoire de divers savoir-faire et points de vue autour de la santé, du corps et des soins a été souvent relevée; on la pense généralement comme une confrontation entre une médecine scientifique dominante et des pratiques de soins issues de traditions et d'idéologies médicales différentes et hétérogènes (Goldstein 1999; Laplantine et Rabeyron 1990). La médecine scientifique dominante et d'autres médecines appelées tantôt «complémentaires», tantôt «alternatives»<sup>1</sup> ont été articulées en fonction de qualités opposées: alors que la première opérerait sur un corps objet, fragmenté en fonctions et organes, les secondes privilégieraient une approche holiste du corps et des soins, envisageant la maladie non comme une intruse mais comme le signe d'une rupture entre l'individu et son environnement et postulant une indissociabilité psyché-soma (Boilard 1985; Rossi 1994). Elles considéreraient en outre le normal et le pathologique comme les deux extrémités d'un continuum, maladie et santé n'étant pas envisagées comme des états séparés mais en termes d'équilibre et de disharmonie sur ce continuum

(Goldstein 1999). Enfin, elles compteraient sur la participation des patient·e·s, l'attention à soi et à son corps étant appréhendée comme une condition de la guérison (Kelner et Wellman 2000). De leur côté, les usagers et usagères de ces médecines, en majorité des femmes (vu leur assignation au travail de *care*) et issu·e·s de la classe moyenne, apprécieraient la relation de partenariat et la mise en sens de la maladie que permettraient la plupart de ces approches (Cant et Sharma 1999; Le Breton 1990). Notre recherche montre que cette appréhension dichotomique de la médecine scientifique dominante et de médecines «complémentaires» est reconduite par les personnes que nous avons rencontrées, qui procèdent cependant à des recours différenciés et non exclusifs aux unes et aux autres; ces recours sont rationnels au sens où ils sont inscrits dans de solides convictions à l'égard de la santé et des soins et non au sens économique du terme.

Certaines médecines non reconnues par l'Etat (en particulier sur le plan des assurances sociales et de la formation permettant l'obtention du titre de médecin) se sont organisées en associations professionnelles dont les adhérent·e·s se comptent également dans les rangs de la médecine scientifique dominante (Saks 2000). Dans la plupart des pays européens, la tendance actuelle est celle d'une appropria-

---

<sup>1</sup> Nous n'entrons pas, dans le cadre de cet article, dans une discussion théorique sur ces différents vocables, qui impliquent certaines conceptions des usages et qui, sur le plan de leurs contenus, ne sont pas clairement définis puisque les approches de soins qu'ils comprennent varient selon les études.

tion, par la médecine scientifique dominante, des savoirs et des pratiques jugés efficaces selon les critères scientifiques en vigueur. En Suisse, les prestations remboursées par l'assurance sociale<sup>2</sup> sont nécessairement dispensées par des médecins FMH, par des chiropraticiens ou sur mandat (Loi fédérale sur l'assurance-maladie, chapitre 3)<sup>3</sup>. D'autres prestations peuvent être remboursées par les assurances maladie privées, qui fonctionnent sur la base de listes qu'elles révisent régulièrement. Cependant, un événement peut être compris comme une amorce de reconnaissance, par l'Etat, de médecines investies de sens et utilisées par les acteurs et les actrices sociales: l'intégration, entre juillet 1999 et juin 2005, de cinq médecines «complémentaires» dans le catalogue des prestations obligatoires de l'assurance-maladie (AOS): la médecine anthroposophique, l'homéopathie, la thérapie neurale, la phytothérapie et la médecine traditionnelle chinoise. Pendant cinq ans, ces médecines ont été remboursées par l'assurance sociale pour autant qu'elles soient dispensées par un médecin FMH et testées selon les trois critères économétriques permettant le remboursement par l'AOS. Plus les méthodes de soins sont éloignées de la médecine scientifique dominante, moins, bien entendu, elles ont de chance de répondre à de tels critères basés sur une conception scientiste de la médecine. Après cinq ans, la Commission fédérale des prestations générales<sup>4</sup> a considéré que ces critères n'étaient pas remplis pour ces cinq médecines et leur remboursement a été renvoyé aux assurances privées complémentaires de soins.

Nous nous sommes interrogés sur les recours médicaux et les affiliations aux assurances d'usagers et usagères de ces cinq médecines lors de ce double mouvement de l'intégration puis de retrait dans l'AOS. Deux volets constituent notre recherche<sup>5</sup>. Dans un premier temps, nous avons réalisé une revue de la littérature sur le pluralisme médical en Suisse, qui nous a permis d'historiciser notre objet, de construire des hypothèses et les canevas d'entretiens. Dans un deuxième temps, nous avons réalisé trente-sept entretiens, quatorze avec des médecins FMH dispensant égale-

ment l'une au moins de ces cinq médecines, vingt-et-un avec des patient·e·s qui y ont eu recours entre 1999 et 2005 et deux avec des employés de grandes assurances. Dans tous les cas, nous nous sommes intéressé·e aux pratiques des patient·e·s telles qu'elles étaient mises en évidence dans les discours. Les entretiens avec des médecins nous ont permis d'enrichir nos données et de trouver des usagers et usagères puisque nous les chargeons de transmettre notre requête à un·e ou deux de leurs patient·e·s. En cours de recherche, nous avons également demandé à deux pharmacies spécialisées en homéopathie de mettre à disposition de leurs client·e·s notre présentation de recherche. Nous avons donc mené une «recherche en réseau», en développant nos propres contacts et en portant notre attention sur les opportunités se présentant, nous référant en cela à la méthodologie propre à l'enquête de terrain conceptualisée par Beaud et Weber (2003). Nos entretiens enregistrés ont duré environ une heure et ont été transcrits intégralement. Nos canevas d'entretiens comportaient deux axes: un premier visait à saisir les conceptions de la santé et des soins des personnes que nous avons rencontrées et un second s'intéressait, de manière ciblée, à leurs comportements dans le contexte du changement de loi.

## DES ASSURÉ·E·S DANS LE BLEU

Les assuré·e·s disent n'avoir pas changé leurs pratiques de soins entre 1999 et 2005. Ils avaient contracté une assurance complémentaire avant 1999, une assurance qui, à deux exceptions près<sup>6</sup>, a été conservée tant en 1999 qu'en 2005. Dans la perspective d'acteur rationnel, cette continuité pourrait s'expliquer par la prudence, vu le caractère temporaire de l'intégration de ces cinq médecines dans l'AOS, ou par la diversité des recours thérapeutiques (excédant ces cinq médecines). Mais l'analyse des entretiens montre que cette continuité tient au fait que les personnes que nous avons rencontrées ne s'y retrouvent guère dans le système d'assurances suisse et qu'en conséquence, elles

<sup>2</sup> En Suisse, la loi fédérale sur l'assurance obligatoire de soins, la LAMal, date du 18 mars 1994. Entrée en vigueur le 1er janvier 1996 (RS 832.10, LAMal), elle a été révisée en 2000. Elle comporte une obligation de contracter une assurance obligatoire de soins (AOS) pour toute personne domiciliée en Suisse. La loi sépare l'AOS, relevant du droit public, des assurances complémentaires, soumises au droit privé et régies par la Loi sur le contrat d'assurance (LCA).

<sup>3</sup> [http://www.admin.ch/ch/f/rs/832\\_10/](http://www.admin.ch/ch/f/rs/832_10/) (consulté le 14 mars 2010).

<sup>4</sup> Organe du Département fédéral de l'intérieur pour la désignation des prestations et l'élaboration des dispositions à édicter.

<sup>5</sup> Cette recherche a été financée en partie par le Réseau d'études appliquées en politiques sociales, familiales et de la santé de la Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO) et en partie par la Haute école de travail social et de la santé EESP.

<sup>6</sup> Une personne tente de réduire son assurance complémentaire en 2001 et une autre résilie la sienne pour contracter en 2005 celle, très bon marché, que son assurance lui propose.

n'ont vraiment saisi ni le changement de loi ni ses implications: «elles ont été intégrées, elles ne faisaient pas partie avant?» ou «alors il y avait l'homéopathie, mais qu'est-ce qu'il y avait sinon là-dedans?» demandent-elles par exemple; d'autres en savent plus, mais leur savoir demeure approximatif: «on avait entendu à la télévision le débat. Mais je ne saurais pas vous dire exactement les cinq».

Cette perception très modeste du changement de loi semble s'inscrire plus généralement dans une approche incertaine du fonctionnement des assurances maladie. En témoignent les propos des assuré·e·s qui ne savent souvent pas ce qui est ou n'est pas remboursé: «l'année passée ils m'ont remboursé deux fois 70 francs et je ne sais pas pourquoi. Et je ne me suis pas inquiétée de savoir. Et puis il y a des années où je n'ai même pas envoyé les factures, donc vous voyez»; «je crois qu'il y a une franchise à 200 ou 300 francs, 250 francs je crois et puis, après, ils remboursent. Est-ce qu'ils remboursent tout ou ils remboursent 80%?» Ces propos démontrent que les assuré·e·s n'ont pas, à l'égard des assurances, une pensée rationnelle du point de vue comptable; ce sont en effet d'autres logiques qui déterminent leurs pratiques. Le système des assurances paraît ainsi dysfonctionnel puisque ce qui devrait être remboursé selon les contrats établis ne l'est en fait pas nécessairement.

Dans l'idée que les assuré·e·s sont mu·e·s par la recherche du profit maximal, la loi autorise le changement de caisse pour l'assurance obligatoire chaque année et dès qu'une augmentation des primes est annoncée. Par contre, pour les assurances complémentaires de soins, chaque assurance décide librement qui elle assure, qui elle refuse et qui elle exclut. L'analyse des entretiens montre que les personnes que nous avons rencontrées, qui le plus souvent ont contracté leur assurance complémentaire dans la même caisse que leur assurance de base, en changent très peu, par manque de temps et d'intérêt («pour moi c'est de la perte de temps pure que d'aller sur les sites de comparaison pour voir si ce serait moins cher avec une autre assurance»), par découragement face au fonctionnement des assurances («ça me fatigue. Je ne sais pas combien je paie de caisse maladie actuellement») ou en raison d'une fidélité aux assurances, ceci bien qu'ils paient très souvent des primes fort élevées. Cette fidélité se manifeste tantôt par l'expression d'une satisfaction, tantôt par la peur des conséquences en cas de changement. Une personne résume bien ces logiques, qui peuvent être simultanées: «moi j'appelle ça un bon service à la clientèle. Et moi ça me suffit [...] Et puis plus vous avancez dans l'âge, plus vous avez des handicaps. Et ça, il ne faut pas oublier et il y en a qui oublient. Et nous c'est *ipso facto*, c'est logique

à notre âge, on n'est plus fait pour changer d'assurance parce qu'on aura que des ennuis après». Au regard du fonctionnement actuel des assurances, une telle fidélité n'est pas justifiée mais elle peut s'expliquer historiquement: jusqu'à la révision de 1996, l'année d'affiliation déterminait la prime et tout changement d'assurance impliquait des réserves potentielles durant cinq ans; mais la fidélité exprimée renvoie également à une vision paternaliste associée aux premières assurances maladie.

## DE SOLIDES CONCEPTIONS DE LA SANTÉ ET DES SOINS

Les personnes que nous avons rencontrées ne conditionnent que très peu leurs choix de recours en fonction du remboursement par les assurances. Nous avons vu qu'elles ne maîtrisent pas très bien ces remboursements, ce qui explique en partie la dissociation entre choix de soins et remboursements. Mais plus encore, elles agissent en fonction de leurs conceptions de la santé et des soins. Or, selon ces conceptions, la médecine scientifique dominante et d'autres médecines «complémentaires», choisies dans la majorité des cas sans égard pour le fait qu'elles soient ou non dispensées par un médecin, sont inscrites dans des rôles précis, non interchangeables, et non en raison de critères d'abord économiques; ceci constitue une deuxième réponse à la question de la constance des pratiques de soins des personnes que nous avons rencontrées.

Ces dernières expliquent en effet qu'elles mettent la santé avant les dépenses financières: «ça n'a jamais été un critère de me faire rembourser ou pas. Si ça l'est, tant mieux»; ou: «je vais au-delà de ce qui est remboursé par les assurances et pour vraiment aller plus loin dans la réflexion. [...] si c'est remboursé, tant mieux [...]. Si ce n'est pas remboursé tant pis». Lorsqu'elles expriment davantage d'attention au fait que leurs frais médicaux soient remboursés, elles n'en font pas pour autant une condition *sine qua non*: «je ne m'en tiens pas à ce qui est remboursé. Ça ne me bloque pas disons. C'est vrai qu'en fait, oui, je choisis la méthode plutôt que de savoir si c'est remboursé ou pas. Mais c'est vrai que si j'ai deux méthodes où j'hésite, j'irai plus facilement dans celle qui est remboursée».

De plus et surtout, elles prêtent des rôles très différents aux médecines scientifique dominante et «complémentaires», qu'elles ne mettent absolument pas en concurrence mais auxquelles elles recourent en fonction de ces rôles. Ce constat peut s'appuyer théoriquement sur des études menées en Suisse (Sommer, Bürgi et Theiss 1996) et en Europe (Cant et Sharma 1999) qui ont mon-

tré que les personnes qui se tournent vers les médecines non légitimées par l'Etat ne remettent que rarement en doute la validité de la médecine scientifique dominante. Ainsi par exemple, une personne affirme tout à la fois: «je suis viscéralement opposée à l'allopathie à cause des effets secondaires des médicaments» avant de déclarer, quelques minutes plus tard: «j'utilise l'allopathie parce que je ne suis pas intégriste. J'utilise du paracétamol et des substances pour moi et mes enfants parce que ça, ça passe bien, et qu'on ne va pas se laisser avoir mal inutilement quand il y a des remèdes». Une autre déclare: «on fait confiance à ces médecines complémentaires [...] mais il faut quand même dire que s'il y a un sérieux problème, comme par exemple lorsqu'on a beaucoup de fièvre, ou je ne sais pas, vraiment, si on n'arrive pas à se soigner soi-même, alors là, on va chez le médecin».

### LA VALORISATION DE LA «NATURE» ET DE LA «PERSONNE»

Quand on les interroge sur les qualités et les défauts respectifs de ces médecines, les personnes que nous avons rencontrées reproduisent leur division et leur valorisation différenciée généralement décrites par la littérature anthropologique. Ils valorisent les bienfaits de la nature, associés aux médecines «complémentaires», et les opposent aux méfaits de la chimie, dans une dichotomie quasiment morale: «la plupart des médicaments ont encore des effets secondaires, nocifs à plus ou moins long terme sur l'organisme, et qui polluent en plus. Je suis pour tout ce qui est naturel. [...] La médecine conventionnelle va traiter avec des médicaments chimiques qui ne sont pas propres».

Un autre argument redondant est celui voulant que les médecines «complémentaires» soignent «la personne» ou «la personne globale» et non pas seulement la maladie ou «le symptôme». Ainsi, l'une des personnes qui nous a accordé un entretien nous confie que «ce que j'ai aimé dans l'homéopathie, c'est que l'on soigne le malade et pas la maladie. Et ça, ça me parle». Ou encore: «j'adhère pleinement au système qui veut qu'on s'intéresse à l'être humain dans son ensemble et non pas à une maladie qu'on essaie de soigner». Ces propos associent les symptômes à quelque chose de superficiel et revendiquent une approche plus profonde et considérant la personne dans son contexte de vie: «c'est, vraiment, je vous dis, des thérapies qui soignent au niveau global, donc on soigne pas seulement le problème pour lequel on va, mais on soigne en globalité. Donc après, on est mieux et on retombe moins malade et puis on apprend à fonctionner autrement». S'impliquant

dans leur thérapie, affirmant souvent être d'accord de changer leurs habitudes pour aller mieux, les personnes que nous avons rencontrées se considèrent comme des actrices de leur guérison. Nous rejoignons les analyses de chercheur·e·s ayant montré, y compris en Suisse (Messerli-Rohrbach et Schär 1999; Wapf et Busato 2007), que le modèle thérapeutique privilégié dans les consultations de différentes médecines «complémentaires» est celui de la décision partagée et d'une relation partenariale dans laquelle les patient·e·s sont vu·e·s comme dépositaires d'un certain savoir. Le rôle central que ces personnes s'attribuent dans leurs processus de guérison explique l'accent qu'elles mettent sur l'importance d'être écoutées et de pouvoir exprimer leurs opinions, une écoute qui renvoie à celle qu'elles assurent avoir pour leur propre santé et qui rejoint un idéal de prévention: «et puis ensuite, c'est qu'on est aussi beaucoup plus à l'écoute de soi-même». Cette posture impliquée conduit souvent les personnes que nous avons rencontrées à tenir des discours de responsabilisation vis-à-vis de leur santé: «on ne va pas seulement soigner la conséquence, mais chercher un peu la cause. Et le patient, au fur et à mesure, il doit être à l'écoute», ou encore: «je ne suis pas contre la médecine classique, vous comprenez. Je pense qu'elle est très adaptée pour des situations pour lesquelles on est trop tard. C'est-à-dire qu'à un moment donné, quand vous avez un processus de nécrose, par exemple, qui se fait, eh bien on a affaire à quelque chose qui est du devenu [...] Mais avant d'être là, je dirais qu'il y a eu beaucoup d'étapes dans lesquelles, si on avait été un peu plus conscients de certaines choses, on ne serait pas arrivés là».

### CONCLUSION

Lorsqu'on analyse les propos des personnes que nous avons rencontrées sur les qualités respectives des médecines scientifique dominante et «complémentaires», on constate que ces qualités sont très répétitives d'entretien en entretien. Quelques thèmes clés sont systématiquement déclinés: la valorisation de la nature, la prise en considération de «la personne», l'engagement personnel dont le/la malade investit son traitement et la responsabilisation vis-à-vis de sa santé. Ces thèmes, bien qu'ils se présentent comme originaux et allant à contre-courant de la médecine scientifique dominante, nous semblent renvoyer à des valeurs largement normalisées dans notre société contemporaine. La valorisation de la nature se retrouve tant dans des mouvements écologiques et politiques que dans certaines modalités du marché (produits «bio» par exemple) et le principe de responsabilisation est fortement

mis en avant à propos d'autres assurances sociales, telles que l'assurance chômage ou l'aide sociale (Martin 2009). Concernant la santé, ce principe véhicule, de manière plus ou moins explicite, l'idée que chaque individu peut, voire même doit, gérer sa santé, c'est-à-dire l'entretenir et plus encore la renforcer, participant de la sorte au masquage des inégalités de santé entre groupes sociaux.

Les personnes que nous avons rencontrées différencient médecine scientifique dominante et médecines «complémentaires» et elles les valorisent selon une logique dichotomique qui privilégie les secondes, comme l'a fait l'anthropologie. Toutefois, ces personnes utilisent ces médecines conjointement (de même que certains médecins) et la préférence affirmée pour les unes ne se traduit pas par un refus de l'autre, ni même par une exigence de changements au sein la médecine scientifique dominante puisque le recours à telle ou telle médecine est choisi en fonction de l'évaluation circonstanciée des besoins. Il faut donc envisager que plusieurs types de médecines, dans lesquelles puisent les malades, cohabitent, la médecine scientifique dominante n'étant nullement remise en question, certaines médecines gagnant en légitimité, tandis que d'autres demeurent très loin d'une reconnaissance par l'Etat. Dans ce contexte, la constance des pratiques de soins des personnes que nous avons rencontrées n'est pas très étonnante. Lorsqu'elles choisissent des soins, les motivations économiques sont soit secondaires, soit inexistantes: ce sont au contraire des convictions morales et des habitudes de vie qui guident leurs choix et non l'appât du gain ou le profit. Mais la constance des pratiques de soins entre 1999 et 2005 semble également tenir à l'incompréhension qu'ont les assuré·e·s du système suisse d'assurance maladie. De même, les personnes que nous avons rencontrées ne s'adonnent pas à une surconsommation médicale dès lors que le coût des soins (par exemple en raison du remboursement par l'assurance) n'est plus dissuasif. Au contraire, loin d'être des patient·e·s opportunistes, ces personnes présentent un profil conforme aux injonctions en matière de santé: elles disent prévenir les maladies par un mode de vie plutôt sain et, lorsqu'elles sont malades, elles ont tendance à se sentir responsables, au moins en partie, tant des maux qui les affectent que de la mise en œuvre du processus leur permettant de recouvrer la santé. En tant qu'assuré·e·s, elles semblent être des client·e·s idéal·e·s puisqu'elles demeurent fidèles à des contrats qu'elles ne connaissent pas bien, qui ne sont pas toujours à leur avantage et qui n'influencent que peu leurs choix du type de soins.

## BIBLIOGRAPHIE

- BEAUD Stéphane, WEBER Florence  
2003. *Guide de l'enquête de terrain*. Paris: La Découverte.
- BOILARD Jean  
1985. «Les approches complémentaires en médecine», in: Jacques DUFRESNE, Fernand DUMON, Yves MARTIN (Eds), *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*, p. 151-175. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- CANT Sarah, SHARMA Ursula  
1999. *A New Medical Pluralism? Alternative Medicine: Doctors, Patients and the State*. London: Routledge.
- GOLDSTEIN Michael S.  
1999. *Alternative Health Care. Medicine, Miracle or Mirage?* Philadelphia: Temple University Press.
- KELNER Merrijoy, WELLMAN Beverly  
2000. «Introduction. Complementary and alternative medicine: challenge and change», in: Merrijoy KELNER, Beverly WELLMAN, Bernice PESCOLIDIO, Mike SAKS (Eds), *Complementary and Alternative Medicine: Challenge and Change*, p. 1-24. Amsterdam: Harwood Academic.
- LAPLANTINE Francois, RABEYRON Paul-Louis  
1990. *Les médecines parallèles*. Paris: Presses universitaires de France.
- LE BRETON David  
1990. *Anthropologie du corps et modernité*. Paris: Presses universitaires de France.
- MARTIN Hélène  
2009. «Le marché parodié? Regard sur les dispositifs de l'assurance-chômage et de l'aide sociale publique», in: Pierre-Yves DONZÉ, Michel FIOR (Eds), *Transitions historiques et construction des marchés*, p. 111-132. Neuchâtel: Editions Alphil, Presses universitaires suisses.
- MESSERLI-ROHRBACH Verena, SCHÄR Andrea  
1999. «Komplementär- und Schulmedizin: Vorurteile sowie Ansprüche an die Natur- bzw. die Hausärztin». *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* Suppl. 129: 1535-1544.
- ROSSI Ilario  
1994. «Corps-sujet et miroirs culturels. Santé et maladie: une diagonale anthropologique». *Ethnologica Helvetica* 17-18: 47-64.
- SAKS Mike  
2000. «Professionalization, politics and CAM», in: Merrijoy KELNER, Beverly WELLMAN, Bernice PESCOLIDIO, Mike SAKS (Eds), *Complementary and Alternative Medicine: Challenge and Change*, p. 211-222. Amsterdam: Harwood Academic.
- SOMMER Jürg, BÜRGI Marianne, THEISS Roland  
1996. *Alternative Heilmethoden, Verbreitungsmuster in der Schweiz*. Chur: Rüegger.
- WAPF Victoria, BUSATO André  
2007. «Patient's motives for choosing a physician: comparison between conventional and complementary medicine in Swiss primary care». *BMC Complementary and Alternative Medicine* 7: 7-41.

## AUTEUR·E

Hélène Martin est anthropologue et professeure à l'Ecole d'études sociales et pédagogiques (EESP), Haute école de travail social et de la santé.

EESP Haute école de travail social et de la santé, Ch. des Abeilles 14, 1010 Lausanne  
hmartin@eesp.ch

Jérôme Debons est anthropologue. Il est chargé de recherche, précédemment à la Haute école de travail social et de la santé (EESP) et actuellement à la Haute école cantonale vaudoise de la santé (HECVSanté).

HECVSanté, Unité de recherche en santé, Av. de Beaumont 21, 1005 Lausanne  
jdebons@hecvssante.ch