

LA SANTE ET LE CORPS : DE QUOI PARLE-T-ON ? DES APPORTS PLURIDISCIPLINAIRES POUR ENRICHIR LA RECHERCHE ET LES PRATIQUES EN MARKETING DE LA SANTE.

**Emmanuelle Boch**

Université Grenoble-Alpes, Laboratoire CERAG  
embo26@gmail.com / emmanuelle.boch@univ-grenoble-alpes.fr

Résumé : Le marketing de la santé regroupe des thématiques diverses (prévention, promotion de comportements sains, soins...) et une grande variété de méthodologies. Néanmoins, dans cette diversité, la santé et le rapport au corps apparaissent incontournables et constants. Les notions de corps et de santé doivent donc être définies avec précision et utilisées de manières cohérentes avec les phénomènes analysés. Afin d'enrichir les supports théoriques dans le cadre du marketing de la santé, les apports de la sociologie et de la philosophie permettent 1) de situer le corps et la santé comme des objets de recherches spécifiques, 2) de souligner l'importance de la subjectivité des individus dans le domaine de la santé et 3) d'explicitier le positionnement des recherches et des pratiques inhérentes au marketing de la santé.

Mots-clés : corps, formes de santé, approches sociologiques, marketing de la santé

BODY AND HEALTH: WHAT ARE WE TALKING ABOUT ? SOME MULTIDISCIPLINARY CONTRIBUTIONS TO EXPAND HEALTH MARKETING RESEARCH AND PRACTICE.

Abstract: Health marketing concerns various topics (prevention, care, healthy behaviors promotion...) and refers to different methodologies. Beyond this variety, health and body appears essential and constant elements. Therefore, notions of body and health deserves precise definitions in order to be used in coherent way with analyzed phenomena. In order to expand theoretical supports in health marketing, some sociological and philosophical approaches are relevant. Firstly, these approaches help situate body and health as research object. Secondly, it underlines the role of subjectivity in health. Thirdly, it allows elucidating health marketing research posture and it can help for market positioning.

Keywords: body, health forms, sociological approaches, health marketing

## **Introduction**

Le corps est un objet de recherche complexe qu'il convient d'aborder sous différents angles. Or, Sabila (1999) note que « les disciplines biologiques et médicales ont acquis un monopole de savoir et de gestion du corps à l'exclusion de toute autre forme ». Dans un tel contexte, les représentations symboliques, sociales et individuelles du corps sont négligées. Celles-ci influencent pourtant les pratiques corporelles (Sabila, 1999 ; LeBreton, 2017). Il convient donc de distinguer une facette biologique (objective), une facette sociale (symbolique) et une facette incarnée (subjective) lorsque le corps constitue un objet de recherche, même périphérique. Une meilleure prise en compte de cette multidimensionnalité de conception du corps pourrait enrichir les travaux réalisés en marketing de la santé.

La santé dépend également de représentations sociales et individuelles. Par exemple, Cederström et Spicer (2015) (ré-)interrogent les fondements qui distinguent le bien-être de la santé en montrant le caractère illusoire et anxiogène de la quête permanente du bien-être. Dans la même perspective, LeBreton (2017) souligne que la consommation des médicaments permettant d'être performant, de rester en forme, ou de contrôler ses émotions augmente dans les pays développés. Certains médicaments ne sont donc pas consommés pour se soigner, mais pour maîtriser son corps et augmenter le contrôle de soi. Ces médicaments *a priori* destinés à traiter des pathologies et des symptômes sont détournés d'un usage médical. Ainsi, la santé s'éloigne de son acception purement médicale et réfère à une pluralité de réalités et de perceptions individuelles. Cette subjectivité à l'œuvre dans les comportements de santé est mise en évidence dans des travaux sociologiques. Afin d'avoir une approche orientée « patientèle », les chercheurs et les professionnels en marketing de la santé peuvent tenir compte d'analyses sociologiques permettant de distinguer différentes « formes » de santé selon des conceptions individualisées de la santé. Ces considérations pourraient permettre d'améliorer le positionnement des produits de santé, de mieux personnaliser les services de santé et de contribuer à l'efficacité de la communication préventive.

Les objectifs de ce travail sont d'abord d'ordre théorique. Il s'agit dans un premier temps de mentionner les apports issus de la sociologie et de la philosophie concernant les définitions du corps et de la santé. Ces considérations permettront de mettre en évidence le caractère subjectif de la relation au corps et à la santé. En guise de synthèse, une intégration de ces supports théoriques dans le cadre du marketing de la santé sera proposée en fournissant des exemples d'applications dans les différents domaines du marketing de la santé (produits de santé, services de santé, communication préventive, promotion de comportements pro-sociaux liés à la santé).

### **1. Le corps comme objet de recherche et le corps comme condition de soi**

Qu'il s'agisse d'un objet de recherche ou d'une modalité de l'existence des individus, le corps peut s'envisager selon différentes perspectives. Les travaux visant à conceptualiser le corps insistent d'ailleurs sur l'ambiguïté du statut du corps humain (Marzano, 2007 ; Agacinski, 2018). Différents points de vue peuvent être adoptés lorsque le corps est objet d'étude en sciences sociales. Selon Le Breton (2017), le corps s'inscrit dans les travaux de recherches selon des positions variées, tantôt objet central de recherche, tantôt objet

périphérique, ou encore vecteur d'analyse. Selon ce sociologue, le corps peut alors prendre trois positions dans les recherches en sciences humaines et sociales :

- *Le corps comme filtre pour lire le social* : un angle de vue pertinent pour analyser et enregistrer les interactions et mouvements de la vie sociale. Cette position peut être utilisée dans le cadre du marketing de la santé, dans le sens où elle considère que les pratiques de consommation liées à la santé peuvent s'inscrire dans des tendances sociales plus généralisées (par exemple, la consommation de tranquillisants ne témoigne-t-elle pas d'une plus grande détresse sociale ? L'automédication ne témoigne-t-elle pas d'un renoncement aux consultations médicales ?) ;
- *Le corps comme incident de recherche* : l'objet corps intervient incidemment de manière périphérique à l'objet central de la recherche. Cette configuration invite à mentionner le corps afin d'avoir une vision plus intégrative de certains phénomènes (par exemple, une étude sur les avatars virtuels peut évoquer les impacts corporels liés à la digitalisation de soi) ;
- *Le corps comme objet central de recherche* : le corps est le socle de base de la recherche. Il s'agit d'étudier les dispositions corporelles qui formalisent l'interaction entre un individu et son environnement. Cette position se focalise sur le corps et son caractère réflexif ; le corps comme reflet du soi et de la société. Ainsi, l'analyse des conduites à risques, de l'intégration sociale des personnes atteintes de handicap, de l'utilisation d'objet connecté en santé... peut émerger de l'analyse du corps (apprentissage corporel, gestuelles, normalisation des techniques du corps).

Ces trois orientations permettent de se prémunir contre un dualisme qui tendrait à séparer l'identité de l'Homme de l'objet corps. Ce dernier est alors appréhendé comme l'ensemble des modalités physiques des relations au monde de l'acteur (Le Breton, 2017). Or, le marketing de la santé traite bien de cet ensemble de modalités, dans le but de prévenir, de comprendre et d'améliorer les processus qui mettent en jeu la corporéité et la santé des individus (Crié et Chebat, 2013).

Au-delà du positionnement du corps en tant qu'objet de recherche, il est possible de distinguer différentes facettes du corps avec lesquelles les individus doivent composer leurs activités, individuelles et sociales (Marzano, 2007 ; Beyrie, 2013). Afin d'optimiser les applications du marketing de la santé, il est possible d'envisager le corps selon trois composantes :

- *Le corps biologique* : les individus doivent considérer les paramètres biologiques et les diagnostics médicaux qui leurs permettent d'évaluer et de s'approprier leur état corporel biologique. Sarradon-Eck (2009) souligne par exemple que les annonces de diagnostics médicaux liées à des maladies graves représentent une rupture identitaire. Le paramètre biologique du corps peut également faire référence à l'intégrité physique, considérée par Slatman et Widdershoven (2010) comme « une expérience corporelle subjective d'entièreté, ne se référant pas forcément à un corps intact, mais plutôt à une identification positive avec ce corps ». Ainsi, si le corps biologique est surtout lié à la matérialité du corps, il ne peut être dissocié de la subjectivité et de la biographie des individus ;
- *Le corps social* : le corps s'apparente à une construction sociale dans la mesure où les représentations et les pratiques corporelles sont culturellement et socialement codées. Selon Bourdieu (1980), l'*hexis* corporelle regroupe l'ensemble des dispositions corporelles socialement construites et, par conséquent, ne relevant pas de l'inné (une forme d'*habitus* incarné). L'inscription du corps dans l'espace social a également été soulignée par Goffman (1974) qui considère le corps comme un outil d'interaction. Actuellement, dans les sociétés occidentales, le contrôle de soi et de son corps sont

extrêmement valorisés par nos idéaux contemporains (Marzano, 2002). Ce souci de maîtrise de soi par le corps s'exprime particulièrement dans le domaine de la santé (Tissier-Desbordes, 2006). Les individus perçoivent donc leur corps en référence à des normes culturellement admises et par l'assimilation de codes sociaux ;

- *Le corps sujet* : le corps est **sien** puisqu'il est propre à un individu et qu'il est impossible de se dissocier de lui. Cette indivisibilité du corps et du *sujet pensant* rappelle que nous sommes un corps et que nous ne possédons pas un corps, dans une perspective phénoménologique (Merleau-Ponty, 1945). Ainsi, les besoins du corps sont également les besoins de l'individu : « j'ai faim » signifie « mon corps a faim ». Le corps n'est donc jamais au service de la personne, il n'est pas une chose et la « vie corporelle n'a pas d'utilité : elle est à elle-même sa propre fin » (Agacinski, 2018, p59). L'importance de cette distinction entre être un corps et posséder un corps est tout à fait d'actualité au regard des changements législatifs sur le don d'organe et la procréation médicalement assistée (Agacinski, 2018 ; Russ et Leguil, 2012 ; LeBreton, 1999). A une échelle individuelle, ce double statut être / avoir un corps réfère à la façon dont les individus mobilisent leur corps dans un projet identitaire (Askegaard, Gertsen et Langer, 2002 ; Budgeon, 2003).

Au niveau opérationnel, les références au corps biologique peuvent par exemple permettre d'élucider les changements de consommation liés à une atteinte dans l'intégrité physique des individus ou rendre compte des freins et motivations inhérents à certains comportements (don d'organes par exemple). Le recours au corps social peut permettre d'améliorer la connaissance des pratiques corporelles comme le sport, la consommation médicamenteuse, les régimes alimentaires, etc... en considérant les influences sociales et symboliques qui les conditionnent. La dernière composante permet d'intégrer pleinement le corps à la notion d'identité dans le *monde sensible* (Henry, 2000). Ces différents éléments montrent qu'une distinction trop importante entre un corps organique et un corps vécu n'est pas souhaitable pour rendre compte des consommations de santé.

## **2. Les différentes définitions de la santé selon les perceptions du corps**

Depuis les années 1970, la santé ne se réduit pas aux soins médicaux, mais traverse les aspects de la vie sociale (rapports sociaux, travail, politiques et accès) et de la vie individuelle (la santé est hissée au rang de valeur et de norme). Pierret (2008) évoque une « santéisation » de la société, qui remplace le droit à la santé par le devoir d'être bien et le devoir de santé. Conjointement, la médecine introduit une normalité qui ne fait plus référence au biologique mais au comportemental (Glose, 2001). La maladie n'est donc plus une fatalité, mais une production dont l'individu est responsable. Ce positionnement de la santé tend à considérer que les individus sont « entrepreneurs de leur propre santé, - tout à la fois autonomes, calculateurs, aptes à se projeter dans le futur et fortement attachés à leur santé » (Peretti-Watel et Moatti, 2009, p24). Or, les comportements de santé reposent sur des croyances et des choix irrationnels (Massé, 1997).

Si la santé du « toujours mieux » encourage l'amélioration et le renforcement d'une santé individuelle, il semble également essentiel de considérer les perceptions subjectives de la santé. Dans un texte pionnier, Herzlich (1969) remarque trois « formes de santé ». L'auteure identifie d'abord la « santé vide » qui correspond à la simple absence de maladie. La deuxième forme de santé évoquée est le « fond de santé » qui renvoie à un capital-santé, propre à l'individu, désignant une certaine robustesse et une résistance à la maladie. Enfin, l'« équilibre » réfère à un bien-être à la fois psychologique, physique et social permettant à

l'individu de mener à bien ses activités. Cette dernière conception est centrale selon Herzlich (1969) : la santé n'est pas définie par les individus comme un état du corps mais plutôt en fonction de son impact social. La maladie est alors envisagée comme une gêne dans les activités sociales de l'individu.

Pierret (1984) poursuit le travail entamé par Herzlich (1969) et identifie quatre formes de santé, en introduisant une variabilité du rapport à la santé selon les catégories sociale d'appartenance des individus :

- La « santé-maladie » : la santé est une absence de maladie et celle-ci se réfère à une vraie pathologie dont la rémission est longue et incertaine. Dans le cas de maladies très ordinaires (rhume par exemple), elle s'intègre normalement à la vie courante car il est facile de s'en remettre ;
- La « santé-instrument » : cette conception est très présente dans les classes défavorisées où le corps est un outil de travail. La santé permet d'agir et de travailler, elle représente une condition de l'activité professionnelle ;
- La « santé-produit » : cette forme de santé provient de la maîtrise de l'individu sur son état corporel par l'adoption de comportements sains ; elle est plutôt répandue dans les milieux favorisés ;
- La « santé-institution » : cette dernière modalité est également plutôt présente chez les populations privilégiées. Dans cette conception, la santé individuelle est la conséquence de politique étatique et de l'action des organisations.

Ces typologies des formes de santé semblent pertinentes pour le marketing de la santé dans la mesure où elles permettent de considérer plus précisément les rapports que les individus entretiennent avec leur santé et donc potentiellement leurs besoins de consommation santé. L'appartenance sociale des individus donne un indice du profil de consommateur santé et des buts poursuivis par la consommation des produits de santé. Aussi, le marketing de la santé pourrait développer des outils de réduction des inégalités sociales de santé ; l'appartenance sociale conditionnant de manière importante l'efficacité des campagnes de santé publique (Peretti-Watel, 2013). Selon Peretti-Watel (2013), les campagnes de prévention ne tiennent pas assez compte du fait que la santé n'est pas une préoccupation prioritaire pour certains groupes sociaux. L'auteur invite à considérer les effets pervers des campagnes de santé, dans la mesure où celles-ci peuvent être à l'origine de stigmatisations et de violences symboliques.

### 3. L'intégration de ces apports dans le marketing de la santé

Le corps et la santé sont des notions qui se définissent selon un contexte social et historique déterminée, et dont l'analyse dépend d'une orientation disciplinaire. Un autre point commun entre corps et santé réside dans le fait que ces deux réalités sont imprégnées des subjectivités et des épisodes biographiques des individus malgré une domination de l'acception biologique de ces termes. En guise de synthèse, le tableau suivant résume les apports socio-anthropologiques et philosophiques qui ont été évoqués en soulignant leur intérêt en marketing de la santé.

**Tableau1. Synthèse et intérêts pour le marketing de la santé.**

	<b>Le corps comme objet de recherche</b>	<b>Le corps comme condition individuelle</b>	<b>La santé comme norme sociale</b>	<b>La santé et ses différentes formes</b>
Apports socio-anthropologiques	Le corps analyseur du	Le corps biologique	Evolution de la définition de santé	Considérer les diverses

et philosophiques.	social Le corps objet périphérique de recherche Le corps socle de recherche	Le corps social Le corps sujet	et de la position de la médecine.	modalités de la santé selon des conceptions individuelles.
Intégration au marketing de la santé et voies de recherche	Situer l'objet corps dans les recherches en marketing de la santé.	Envisager les pratiques et les consommations de santé selon une ou plusieurs composante(s) du corps.  Identifier les composantes du corps impliquées dans des pratiques / consommations de santé.	Considérer l'évolution les notions de responsabilité et de normalité dans une société « santéisée ».  Analyser les liens entre droit et devoir de santé et les frontières entre santé et bien-être.	Intégrer la subjectivité de l'individu dans le rapport à la santé.  Evaluer l'influence du rapport individuel à la santé sur la perception des produits de santé.

Pour conclure, quatre grands axes du marketing de la santé sont identifiés afin de présenter des exemples d'application montrant les possibilités d'utilisation des notions présentées.

- Le marketing des produits de santé : au niveau stratégique, le positionnement d'un produit de santé peut être basé sur les solutions « organiques » apportées par un médicament ou sur des solutions « symptomatiques » liées aux conséquences de la maladie pour l'individu. Dans le premier cas, le positionnement est associé au corps biologique (par exemple, le slogan d'Olioseptil : « Libère le nez et la gorge ») tandis que dans le second cas, il s'agit plutôt du corps social (par exemple, pour Voltaren : « Ne laissez pas la douleur gâcher votre journée »). Les producteurs de médicaments devraient prendre connaissance de la facette la plus saillante (biologique / sociale) selon les consommateurs.
- Les services de santé : les professionnels devraient tenir compte du vécu des individus et de la forme de santé privilégiée par ceux-ci. Qu'il s'agisse de produits ou de service liés à la santé, des approches qualitatives pour mener des études marketing permettraient de mieux cerner le rapport à la santé des consommateurs ciblés.
- La prévention et le changement de comportement : l'effort pédagogique doit être accentué afin que les individus adoptent des comportements sains pour les bonnes raisons, non par conformisme social mais par l'apprentissage de la légitimité des conduites bénéfiques à leur santé (ou forme de santé). Dans le cadre d'une incitation au changement de comportement, la prévention devrait donc pouvoir permettre à l'individu ciblé de réfléchir aux causes de son comportement et non seulement à ses conséquences (par exemple pour le tabac, des messages incitatifs tels que « une pause sans cigarette, c'est quand même une vraie pause » ou « avez-vous vraiment besoin de fumer maintenant ? ») ;
- La promotion de comportements pro-sociaux liés à la santé : dans le cadre du don de produit corporel, il pourrait être intéressant d'évaluer dans quelle mesure une conception biologique du corps favorise ou non les pratiques de don. La même question serait pertinente pour la vaccination, dans une démarche d'éducation à la santé publique.

## Références

- Askegaard, S., Gertsen, M. C., & Langer, R. (2002). The body consumed: Reflexivity and cosmetic surgery. *Psychology & Marketing*, 19(10), 793-812.
- Beyrie, A. (2013). *Des frontières du corps aux frontières de l'identité: l'expérience d'une vie au quotidien avec des incapacités motrices majeures* (Thèse de Doctorat, Université Rennes 2).
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Paris : Editions de minuit.
- Budgeon, S. (2003). Identity as an embodied event. *Body & Society*, 9(1), 35-55.
- Cederstrom, C., & Spicer, A. (2015). *The wellness syndrome*. Cambridge : John Wiley & Sons.
- Crié, D., & Chebat, J. C. (2013). Health marketing: Toward an integrative perspective. *Journal of Business Research*, 66(1), 123-126.
- Goffman, E. (1974). *Les rites d'interaction*. Paris: Editions de minuit.
- Golse, A. (2001). De la médecine de la maladie à la médecine de la santé. In *Michel Foucault et la médecine* (pp. 271-300). Paris : Editions Kimé.
- Henry, M. (2013). *Incarnation. Une philosophie de la chair*. Paris : Le Seuil.
- Herzlich, C. (1969). Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale. Paris : EHESS.
- Le Breton, D. (2017). *La sociologie du corps*. Paris: Presses universitaires de France.
- Marzano, M. (2007). *La philosophie du corps*, Paris : PUF.
- Massé, R. (1997). Les mirages de la rationalité des savoirs ethnomédicaux. *Anthropologie et sociétés*, 21(1), 53-72.
- Merleau-Ponty, M. (1945) *Phénoménologie de la perception*. Paris : Gallimard.
- Peretti-Watel, P. (2013). La prévention primaire contribue-t-elle à accroître les inégalités sociales de santé? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 61, 158-162.
- Peretti-Watel, P., & Moatti, J. P. (2009). *Le principe de prévention: le culte de la santé et ses dérives*. Paris: Seuil.
- Pierret, J. (2008). Entre santé et expérience de la maladie. *Psychotropes*, 14(2), 47-59.
- Pierret, J. (1984). *Les significations sociales de la santé*. Paris-Montreux : Éditions des Archives Contemporaines.
- Saliba, J. (1999). Le corps et les constructions symboliques. *Socio-anthropologie*, (5).
- Sarradon-Eck, A. (2009). Le cancer comme inscription d'une rupture biographique dans le corps. Dans Cousson- Gélie, F., Langlois, E., Barrault, M.(dir.) *Faire Face au Cancer. Image du corps, image de soi*. Paris : Tikinagan.

Slatman, J., & Widdershoven, G. (2010). Hand transplants and bodily integrity. *Body & Society*, 16(3), 69-92.

Tissier-Desbordes, É. (2006). Le corps hypermoderne. Dans Aubert, N. (dir.) *L'individu hypermoderne*. Paris : Erès.