

Hold-up sur nos assiettes

Pratiques n°25 (avril 2004)



Se nourrir : des jeux brouillés

Parler de l'assiette, c'est parler du contenu de cette assiette, de la façon dont on mange et avec qui on partage son repas. C'est aussi parler des différents pouvoirs qui tournent autour de notre assiette et déforment nos façons de manger, tels les enjeux économiques, mais également la médecine.

[Ajouter au panier \(prix : 13.70 €\)](#)

[S'abonner \(prix : 57 €\)](#)

C'est enfin constater que l'alimentation - et l'aide alimentaire - représentent un énorme marché mondial qu'une minorité s'est approprié ; le hold-up de quelques sociétés agroalimentaires maintient le pouvoir des pays du Nord sur les pays du Sud et aggrave la malnutrition : malgré une production alimentaire suffisante au niveau mondial, certains mangent trop tandis que d'autres ont faim.

Partout la dégradation de l'alimentation s'accélère et les inégalités se creusent. À des degrés divers, mais dans tous les pays, l'abondance côtoie la disette, la maigreur l'obésité, tandis que le marketing diététique fleurit sur les troubles du comportement alimentaire, les normes médicales ou les désirs compulsifs. Les programmes sanitaires rajoutent leur touche culpabilisante aux messages publicitaires normatifs. Ecartelés entre des injonctions contradictoires, des aliments sans saveur ou au goût standardisé, mais habilement packagés, des produits toxiques utilisés en excès par une agriculture qui se dit raisonnée, producteurs et consommateurs perdent le goût de nourrir et d'être nourris.

La fin du partage des repas annonce-t-elle l'écroulement de nos sociétés ? On ne touche pas impunément aux liens qui donnent sens à l'assiette. Cuisiner, prendre un repas et partager sa table, ce sont des histoires qui enracinent et tissent des solidarités dans la diversité : depuis les liens familiaux dès le début de la relation parent-enfant jusqu'au partage des repas, des savoir-faire, des histoires de vie. De façon plus archaïque, la tétée, puis ensuite le repas avec le rapport faim-satiété sont un des lieux où se construisent l'identité et le désir.

Il est temps de reprendre en main notre alimentation, bien trop précieuse pour être laissé aux marchands. Retrouvons le temps de cuisiner, d'éveiller les sens des enfants afin qu'ils deviennent des confectionneurs et des goûteurs ; travaillons ensemble pour que manger à la cantine ou à la maison redevienne un plaisir.

Tâchons aussi de remettre les normes à leur place et de ne pas trop médicaliser la mal-bouffe ou les loisirs passifs ! Notre ordonnance n'est pas là pour faire diversion. Nous voyons l'impact des pubs sur les enfants, le poids de la précarité sur les soi-disant « choix » alimentaires. Ici encore, modeste et immense tâche d'entendre la souffrance, mais aussi de décrire la réalité, de jouer au médecin sentinelle. Un peu moins médical, déjà plus politique...

Dossier coordonné par Geneviève Barbier et Anne-Marie Pabois

S O M M A I R E

Dossier

Hold-up sur nos assiettes :

Des madeleines heureuses à partager

Semblants de repas

HISTOIRE DE LIEN

Héritage

A la recherche du sens perdu

Manger ou ne pas manger : entre supplice et délices

Le lait de poule : le temps de l'entre-deux

HISTOIRE DE POUVOIR

Les multiples tranchants de l'arme nourricière

Commander une pizza en 2015...

McDonald's, du succès au procès, ou les junkies du fast-food

Une société obésogène ?

Régimes protéinés

La pub dans l'alimentaire

Résister

Les toxiques dans notre assiette

Le corps dans tous ses états

l'inégale géographie de l'obésité

LES LEVIERS DU CHANGEMENT

Il était une fois une cantine qui rêvait d'être heureuse

Les enjeux de la restauration scolaire

A l'école de la nutrition

Les repas de quartier d'Arnaud Bernard

Le miel du monde

Paysans du monde, produire, vivre et manger

LA MODESTE PLACE DE LA MÉDECINE

En consultation

Delicatessen

Nos trucs, nos astuces, nos impasses

Rubriques

Éditorial

Actualité politico-médicale : Le rapport du Haut Conseil : un leurre pour mieux privatiser la protection sociale

Quelle permanence des soins souhaitons-nous ?

La maladie clandestine

Journées de printemps du SMG et de la revue *Pratiques*

Images du corps : L'image du chercheur

Coup de gueule : La peste émotionnelle

Je vis en Afrique

Le médicament : 20 000 euros par médecin et par an !

Les poivrons piquants de l'anti-mondialisation

Europe du médicament, le bilan d'une bataille

Clinique : J'veux pas manger, j'veux pas mourir

Éthique médicale : Euthanasie : de quoi parlons-nous ?

Avons-nous un plan « anti » cancer ?

Histoire de la médecine : la pratique de l'humanité

Conseils nationaux de FMC et conflits d'intérêt

Etudier et soigner en territoires occupés

Nous avons lu pour vous : Le dernier caravansérial

Communiqué de presse : halte à la délation

Nous avons lu pour vous

Nécrologie : Marie-Rose Faure

Courrier des lecteurs : L'assistanat

3

4 Sylvie Cognard, Françoise Ducos,
Sylvie Lagabrielle, Elisabeth Maurel-Arrighi,
Anne-Marie Pabois et Dominique Tavé

5 Auteurs multiples

6 Sylvie Simon
6 Anne-Marie Pabois
9 Anne Perraut Soliveres
11 Philippe Réfabert

14 Christiane Vollaire
18 Cyberauteur
19 Geneviève Barbier
21 Arnaud Cocaul
25 Elisabeth Pénide
26 Maxime Drouet
28 François Dufour
30 Jean-François Narbonne
34 Gérard Salem

38 Myriam Gandino
40 Didier Bernard
41 Chantal Delcourt
42 Claude Sicre
43 Didier Ménard
44 José Bové

46 Martine Devries
48 Anne-Marie Pabois
49 Geneviève Barbier

51

52

55

56 Noëlle Lasne

58

59 Monique Sicard
63 Denis Labayle
64 Bertrand Riff
66 Patrice Muller
67 Jean-Pierre Lellouche
68 Collectif Europe et Médicament

71 Sylvie Cognard

72 Evelyne De Wideman

73 Jacques Richaud

78 François Salaün

82 Formindep

83 Daniel Coutant

87 Patrick Dubreil

88

89 Monique Sicard

93 Jean-Hugues Audouy

D O S S I E R

Se nourrir : des jeux brouillés

Parler de l'assiette, c'est parler du *contenu* de cette assiette, de la *façon* dont on mange et *avec* qui on partage son repas. C'est aussi parler des différents *pouvoirs* qui tournent autour de notre assiette et déforment nos façons de manger, tels les enjeux économiques, mais également la médecine. C'est enfin constater que l'alimentation – et l'aide alimentaire – représentent un énorme marché mondial qu'une minorité s'est approprié ; le hold-up de quelques sociétés agroalimentaires maintient le pouvoir des pays du Nord sur les pays du Sud et aggrave la malnutrition : malgré une production alimentaire suffisante au niveau mondial, certains mangent trop tandis que d'autres ont faim.

Partout la dégradation de l'alimentation s'accélère et les inégalités se creusent. A des degrés divers, mais dans tous les pays, l'abondance côtoie la disette, la maigreur l'obésité, tandis que le marketing diététique fleurit sur les troubles du comportement alimentaire, les normes médicales ou les désirs compulsifs. Les programmes sanitaires rajoutent leur touche culpabilisante aux messages publicitaires normatifs. Ecartelés entre des injonctions contradictoires, des aliments sans saveur ou au goût standardisé, mais habilement packagés, des produits toxiques utilisés en excès par une agriculture qui se dit raisonnée, producteurs et consommateurs perdent le goût de nourrir et d'être nourris.

La fin du partage des repas annonce-t-elle l'écroulement de nos sociétés ? On ne touche pas impunément aux liens qui donnent sens à l'assiette. Cuisiner, prendre un repas et partager sa table, ce sont des histoires qui enracinent et tissent des solidarités dans la diversité : depuis les liens familiaux dès le début de la relation parent-enfant jusqu'au partage des repas, des savoir-faire, des histoires de vie. De façon plus archaïque, la tétée, puis ensuite le repas avec le rapport faim-satiété sont un des lieux où se construisent l'identité et le désir.

Il est temps de reprendre en main notre alimentation, bien trop précieuse pour être laissé aux marchands. Retrouvons le temps de cuisiner, d'éveiller les sens des enfants afin qu'ils deviennent des confectionneurs et des goûteurs ; travaillons ensemble pour que manger à la cantine ou à la maison redevienne un plaisir.

Tâchons aussi de remettre les normes à leur place et de ne pas trop médicaliser la mal-bouffe ou les loisirs passifs ! Notre ordonnance n'est pas là pour faire diversion. Nous voyons l'impact des pubs sur les enfants, le poids de la précarité sur les soi-disant « choix » alimentaires. Ici encore, modeste et immense tâche d'entendre la souffrance, mais aussi de décrire la réalité, de jouer au médecin sentinelle. Un peu moins médical, déjà plus politique...

Des madeleines heureuses à partager

Sylvie Cognard,
Françoise Ducos,
Sylvie Lagabrielle,
Elisabeth
Maurel-Arrighi,
Anne-Marie Pabois
et Dominique Tavé

Et la saveur des gnocchi de Luisa, quand les adultes n'étaient pas là, le plaisir du patouillage des pommes de terre et de la farine, l'attente de la remontée dans la casserole d'eau frémissante, l'odeur de la sauce tomate et du parmesan, un parfum de liberté et de voyage pour nous les enfants, de souvenir de son pays pour Luisa et de plaisir du partage pour tous.

Et la saveur du « pâté jaune », qui restituait aussitôt les paysages sauvages du causse, le parfum des buis et des genièvres, l'ancrage familial et affectif à ce pays.

Et cette « farce dure », toujours accueillie par des exclamations de plaisir, de fierté et d'excitation. C'était le résultat d'une œuvre collective, la grand-mère qui pétrissait la pâte à l'odeur merveilleuse de levain, les petits enfants qui surveillaient cette « boule » lever sous l'édredon et le grand-père qui manipulait le grand faitout. Le bonheur pur.

Et cette bûche, il y a bien longtemps, lors d'un repas de Noël chez mon petit copain de l'époque, son père avait préparé une bûche aux châtaignes. Quelle bûche! J'en ai encore les papilles sans dessus dessous. Pendant plus de trente ans, j'ai gardé

en mémoire le goût de cette mémorable douceur. J'ai cherché la recette, je ne l'ai pas trouvée. J'ai pensé la demander au Monsieur, mais il était mort. En ce Noël 2003, j'ai tenté, seule dans ma cuisine, de recréer le divin dessert. C'était pas mal, mais pas encore ça. Je ferai mieux Noël prochain, surtout si l'un d'entre vous connaît la recette.

Et ce petit pain rond et plat, cuit à la poêle, servi chaud, que l'on trempe dans le miel et l'huile d'oli-

ve. Ça se passe au fin fond de la campagne, au Maroc. C'est assis par terre, serrés les uns contre les autres autour d'une petite table, que nous partageons le « battebotte ».

Et les préliminaires, cet avant-goût gourmand même pour des choses banales... comme le petit-suisse quand j'avais cinq ans. L'exercice exigeait patience et délicatesse. Il consistait à enlever sans la déchirer la petite languette sur le dessus du pot, à démouler le contenu dudit pot en pressant légèrement sur ses bords, à enlever le papier gorgé d'eau autour dudit suisse sans abîmer son tour de taille uniforme, puis à noyer le tout sous une montagne de sucre. La suite n'avait plus guère d'intérêt. J'écrasais, alors, franchement le petit-suisse, sentant au passage le sucre crisser dans l'assiette, et l'enfournais avec voracité.

Et la bonne soupe d'Arlette la cantinière, faite avec les légumes de son jardin tout frais ramassés au petit matin et cuisant dans le grand faitout à la cantine, cette soupe dont parlaient trois générations d'enfants à l'école du village, du plus grand au plus petit. Tous se transmettaient la nouvelle : soupe magique, lien entre petits et grands.

Et la bonne corniotte de ma belle-mère, la bourguignonne aux « bons plats »... retrouver avec elle et mes enfants la recette de gâteau que lui faisait sa propre grand-mère pendant la guerre : 1 œuf – 1 verre de farine – 1 verre de lait – 1 sucre (si on en avait) et un four très chaud. Ce gros chou délicieux avait un air de fête au milieu d'une période difficile où ma belle-mère franchissait chaque jour avec son cartable d'écolière la ligne de démarcation. Chalon-sur-Saône, 1940. Nous refaisons les gestes aujourd'hui, en souvenir, et nous y ajoutons de la farine corse savamment dosée à la saveur d'une amitié qui nous a conduit à visiter l'Île de Beauté...



Semblants de repas

Ils pèsent lourds sur l'estomac et sur le cœur ces semblants de repas :

- ces picorages solitaires à longueur d'heures dans le frigo, sein inépuisable d'où l'on tire crèmes desserts et autres ingrédients aptes à occuper momentanément mains et esprit vides.
- ces assiettes curées en silence yeux et oreilles rivés sur l'écran de télévision. Dans cette famille-là, on ne parle pas, on éclate un jour quand c'est trop lourd.
- ces sandwichs de l'heure de midi engloutis par ces gens en rang d'oignons derrière une vitre, en regardant la rue, indifférents.
- ces pots de mixture chocolatée et noisettée où les adolescents noient leur solitude et leur révolte et qui les rend accros.
- ces sorties au fast-food comme récompense à des enfants sages.
- ces repas faits de frites et de brioche, arrosés de ketchup, sans fruits ni légumes, plus onéreux pour ceux qui sont pauvres d'argent et de capital de recettes familiales.
- ces sandwichs grecs-frites-soda en guise de cantine scolaire pour les adolescents.
- ces portions minuscules imposées par des médecins pour des régimes amaigrissants entraînant frustrations et effet rebonds.
- ces aliments soi-disant allégés dont on n'arrive pas à décoder la composition, pleins de graisses et sucres cachés.
- ces repas tout préparés dont l'onctuosité et la sapidité viennent d'additifs et autres gélifiants habilement rajoutés par les laboratoires.

- ces sachets protéinés en guise de repas qui nourrissent les actionnaires des firmes et les médecins prescripteurs, qui calent momentanément la faim, mais pas la satiété, et qui organisent des crises de boulimie pour compenser.
- ces boîtes de conserve sagement alignées attendant d'être éventrées, à côté de l'unique casserole de la batterie utilisée pour réchauffer.
- ces petits pots pour nourrissons que les mères offrent à leur bébé, croyant que c'est mieux que la purée de légumes qu'elles pourraient préparer elles-mêmes.
- ces boissons light aux cyclamates, cachant leur composition sous leurs étiquettes.
- ces produits pas chers de 4^e choix, autrefois résidus, carcasse, etc. non vendables, aujourd'hui habilement recyclés dans les supermarchés bas de gamme.
- ces repas tristement pris sur un coin de table, dans la même assiette jamais lavée, en cinq minutes, tout seul dans sa cuisine.
- ces tranches de jambon mangées à même le plastique qui sert d'assiette.
- ces barres chocolatées vitaminées imaginées par des spécialistes en nutrition pour des « populations spécifiques », les sans abris, qui, testées sur le vivant pour être « adaptées aux contraintes de vie de ces gens-là », empêchent, à raison de trois par jour, leurs carences alimentaires-là. Croquées discrètement sous un pont dans la solitude et le froid, le label scientifique répare-t-il la pauvreté et la solitude ?

Auteurs multiples

Héritage

Sylvie Simon

Kinésithérapeute

De famille très modeste, ma mère savait aussi avec presque rien combiner les ingrédients et nous faire des plats parfumés que je n'ai pas oublié (riz sauce tomate qui sentait bon le thym, soupe de légumes etc.).

Pour ma mère ce savoir-faire, c'était toute sa richesse, elle en était fière.

Aujourd'hui, les mères sans le sou ne savent pas comment résister aux demandes pressantes de leurs enfants, il faut acheter coca, frites, surgelées, pizzas comme la pub à la télé.

Elles ne savent pas que la société marchande les dépossède de leur dernière richesse, à savoir cet héritage, ce savoir-faire dont ma mère était si fière.

Résumé : Revenir à la signification complexe de « se nourrir », c'est être renvoyé à la réalité, celle de la vie, de la mort, celle du corps en somme, le corps réel aux sens aiguisés par la nourriture.

A la recherche du sens perdu

Anne-Marie Pabois

Médecin généraliste

Si les trois-quarts de l'humanité en sont réduits à chercher comment ne pas mourir de faim et donc, à chercher à satisfaire un droit humain imprescriptible, les privilégiés que nous sommes avons perdu le sens sous l'abondance. Arrêtons un instant le temps qui nous dévore, arrêtons de ne saliver que sur les mets virtuels dont regorgent, au sein des régimes alimentaires, les magazines, ou de dévorer les mots dont nous rassassient les grandes toques ou autres experts médiatiques : regardons-nous à table sans nous culpabiliser sur la (dé)composition calorique de notre assiette.

Plaisir des sens, savoirs du corps

Oui, titillons notre odorat et nos papilles, laissons-nous aller au plaisir de déguster ce ragoût qui embaume toute la maison et éveille l'appétit de nos sens vieillis, d'admirer l'agencement des plats, de découvrir et partager saveurs subtiles et souvenirs. Ce plaisir des sens retrouvé serait-il indécent ? Savoir écouter son corps, ne pas avoir peur de ce qui vient du dehors, savoir que si brève que soit la dégustation, plus intense en sera le souvenir, source inépuisable d'histoires individuelles et collectives, de ces liens créés par les plaisirs partagés. Tout ce qui touche aux



choix alimentaires, aux savoir-faire culinaires, est constitutif de notre culture, est *ancre* dans le temps présent et le temps de la mémoire, ancrage dans l'espace, celui des terres où les paysans cultivent légumes et fruits dont la saveur et les qualités sont liées aux saisons et aux modes cultureaux, celui des pays exotiques dont nous rêvons par la grâce des noms de leurs fruits étranges (quel goût ont-ils « en vrai » ?), mais dont le marché local est désorganisé par notre désir de haricots verts durant notre hiver. Oui, nos savoir-faire culinaires s'appauvissent et, du même coup, les plaisirs de la table partagée où des liens se nouent dans l'intime différence. Qu'aurons-nous à échanger lorsque les mots font défaut ? Un morceau de clafoutis contre un pudding de Noël, une recette de rôti de veau prince Orloff contre celle, pourtant secrète, de la pizza si goûteuse spécialité de la sœur de ma voisine ? Notre ouverture à l'autre-different de nous se délite là aussi : quel liant trouver pour cette société si nous perdons le sens des affaires du goût ?

Le grand marché de l'alimentaire

Non, n'écoutes pas médias et médecins qui prétendent qu'un aliment se réduit, comme le corps humain, à la somme algébrique de ses composants et, sensés réparer la machine, ne sont que prétextes pour corps-objet soumis à la dure loi de la taille 37 (notre voile à nous). Qui tire des revenus de ce corsetage des temps modernes et de ce détournement de sens (la nourriture réduite au seul rang de marchandise) ? L'industrie agroalimentaire, la première, qui se taille la part du roi en rackettant ses fournisseurs et raffinant son packaging, imposant de nouvelles normes de production et donc de travail aux agriculteurs (uniformisation des produits privilégiant aspect et quantité plutôt que qualités gustatives, déconnexion de la valeur réelle du produit alimentaire par rapport à la réalité des saisons, de la durée et du coût du travail) : comment redonner un salaire juste aux

paysans et du goût à leurs produits ? La médecine, au nom d'un pseudo-savoir scientifique, s'est empressée d'asseoir son pouvoir en discréditant les savoir-faire ordinaires pour imposer ses propres normes mouvantes culpabilisantes et déstabilisantes pour tous (alors que 10 % seulement des individus devraient être médicalisés), aux questionnaires inquisitoriaux renforçant la restriction cognitive et donc l'obésité, médecins profitant – et se faisant le faire valoir – du marché des médicaments et des aliments (« ce qui aide à maintenir en bonne santé » : les dépenses physiques devraient se dénommer ainsi : la prise de poids commence lors de la diminution d'activité...).

Liens et goût des autres

Non, ne nous laissons pas normaliser, indifférencier, policer, neutraliser, instrumentaliser par le rapt insidieux de nos savoir-faire.

Notre chair, ce sont ces histoires de liens fabuleux et insoupçonnés qui façonnent nos sens, ces histoires de goûts, d'odeurs, de savoir-faire, de partage, de plaisirs qui nous donnent de l'épaisseur de par la grâce des mots et des idées qui s'ancrent dans le réel, qui prennent chair, de ces matières premières qui se transforment en mets, de tables qui se dressent et que l'on partage, de personnes qui nous reviennent en mémoire dans le fumet de l'alchimie culinaire. Notre différence, c'est celle de notre histoire intime, quand, au tout début de notre existence, notre personne pensante s'est constituée par le jeu des alternances contradictoires de [faim, vide, absence, déplaisir] aboutissant à [tétée, présence, satiété, plaisir], tout en passant par la longue durée déplaisante de l'attente-désir, condition essentielle de l'avènement du plaisir. Notre assise temporelle, ce sont ces mijotages dont les effluves odorantes stimulent l'appétit des personnes âgées, ce sont les recettes familiales révélées et confectionnées grâce à cette parente maintenant disparue, ces liens culinaires intergénérationnels modelant par strates successives l'odorat et le



goût. Nos histoires d'intégration, ce sont également des savoirs culinaires, à la fois monnaie d'échange entre périgourdiens, italiens et bretons, et à la fois apprentissage des différences (ah, les surprises et plaisirs de la découverte autour de la cuisine du cochon) ; bien ancrés dans ces microsociétés aux traditions culturelles fortes, les jeunes se sont intégrés rapidement dans la macrosociété française.

Ce pain doré à l'odeur chaude de blé ensoleillé craquant sous le poids de la main qui le casse pour en goûter un bout, ce goût légèrement sucré en bouche, mais intraduisible dans ses multiples composantes ; un met cuisiné trônant sur une table dressée, des convives empressés à le déguster avec grand plaisir : se nourrir, c'est tout ça et plus encore. Ça y est, nous voilà repartis sur les ailes du goût, laissons-nous transporter avec plaisir et laissons le temps s'épanouir. Goûtons à tous ces menus plaisirs de la vie qui constituent, n'en déplaise aux censeurs, le sel de la vie.

Du corps de rêve au corps réel

Des mots aux mets et des mets aux maux, de la vie quotidienne à la surveillance médicale, du normal au pathologique et de la norme minima-

le à l'uniformisation normalisatrice, du plaisir à la culpabilité, de la table dressée au plateau solitaire, du vide au plaisir en passant par l'attente, de l'aliment normalisé pour un corps-machine au met délicieux pour un corps-plaisir, des recettes familiales aux recettes partagées, du goût-mémoire de l'histoire intime à l'histoire collective, du panier du consommateur à l'agriculture intensive, des paysans du Nord à ceux du Sud... Se nourrir a un sens qui va au-delà du contenu de l'assiette : elle témoigne de l'humaine condition et révèle la société et les liens tissés avec le monde qui nous entoure.

Bibliographie

Paul Ariès, *La fin des mangeurs*, Ed. Desclée de Brouwer, 1997
Noëlle Chatelet, *Le corps à corps culinaire*, Ed. Le Seuil, thèse 1977, nouvelle Ed. 1998
Revue Autrement, 4 rue d'Enghien, Paris n° 108, sept 1989, « Nourritures, plaisirs et angoisses de la fourchette »
n° 138, juin 1993, « Le mangeur, menus, mots et maux », avec la participation de l'Observatoire Centre Interprofessionnel de Documentation et d'Information.
La Revue du Praticien monographie, « Comportement alimentaire et ses désordres » n°5, 1 mars 2000, ISSN 0035-26-40, tome 50 Ed. J. B. Baillière, 2 cité paradis 75010 Paris, Tél. : 01 49 60 06 61, revprat@jbbsante.fr

Résumé : Entre les souvenirs d'un temps d'enfance où la nourriture était synonyme d'amour et les dérives d'un corps qui s'épanouit un peu trop, s'insinue l'insatiable sur fond de privation. Quand manger ne sert pas qu'à se nourrir...

Manger ou ne pas manger : entre supplice et délices

La cuisine est chez moi une affaire de famille. Du plus loin qu'il me souvienne, c'est tout un monde d'odeurs qui tapisse ma mémoire gustative. De la bonne odeur de « la soupe frite » (soupe à l'oignon avec des haricots blancs) de ma grand mère qui mitonnait sur le coin de la cuisinière, je garde encore le souvenir ému, d'autant qu'habitant à une centaine de mètres de chez elle, je découchais souvent sous le prétexte, justement, de manger la soupe avec elle.

Ma mère, elle aussi, avait le génie des plats goûteux et économiques où la viande n'était souvent là que pour ajouter son fumet à ces compositions subtiles et harmonieuses des légumes et des bouquets garnis : thym, laurier, persil, ail, oignon, clou de girofle... J'aimais surtout les sauces incroyablement parfumées de la poule au riz ou de la blanquette de veau ainsi que, « fière d'être bourguignonne », tout ce qui peut se mitonner dans le précieux liquide vermeil... On atteint pour moi le sommet de l'art culinaire local avec les œufs en meurette dont le goût fabuleux le dispute aux couleurs inégalables et surprenantes... rien que d'en parler, je vois le jaune de l'œuf poché s'épandre dans le violine de la sauce parfumée sous les assauts de ma cuiller... c'est ce que j'ai vu de plus osé dans l'association de couleurs dans mon assiette, et j'ai toujours la même émotion à crever l'œuf et à le manger. Dans les familles modestes et néanmoins rurales, l'imagination et

le savoir-faire avec rien étaient là pour compenser la pauvreté des ingrédients. L'art du maniement des « augoult », dosage savant d'aromates et d'herbes locales, reste imprimé à tout jamais dans la mémoire d'une région, quasi impossible à exporter tant le thym, par exemple, peut décliner d'odeurs et de saveurs différentes selon qu'il a été élevé ici ou là... des odeurs qu'on n'oublie jamais, mémoire inconsciente de données impossibles à partager tant elles sont mêlées d'affects, de couleurs, de culture... La nourriture consistante et parfumée de mon enfance à base de patates, riz et pâtes, l'hiver quand les légumes manquaient dans le jardin, ne faisait pourtant pas grossir. Il faut dire que nous n'avions pas accès à mille sortes de barres chocolatées ni à des sodas plus sucrés les uns que les autres à n'importe quelle heure de la journée, nos « quatre heures » consistant en un morceau de pain et deux carrés de chocolat qui nous suffisaient manifestement.

Parallèlement, je développais une intolérance farouche aux repas de famille lorsqu'enfant, je devais ronger mon frein, obligée de rester à table, pendant que les adultes s'interpellaient, haussant le ton et les rires à mesure que montait l'alcoolémie et la mauvaise foi qui va avec. Pendant que les hommes « poussaient » le café à coup de gnôles des bouilleurs de cru locaux, prune ou poire, les repas de baptêmes, communions ou autres mariages (et à un moindre degré ceux du

Anne Perraut Soliveres

Cadre supérieur infirmier de nuit, chercheur en sciences de l'éducation

Le savoir de la nuit,
Anne Perraut Soliveres
Paris, PUF, 2002



dimanche) finissaient toujours de la même façon et, en particulier, par une énorme vaisselle que les femmes et les filles se tapaient en bavardant... L'ennui profond qui me prenait à peine passés les hors d'oeuvres m'est resté tellement vivant en mémoire que je ne sais pas comment j'ai pu passer sans m'en apercevoir de ce désintérêt quasi militant pour le repas trop copieux (je n'avais de cesse de m'échapper de la table et je ne parle pas de mon angoisse devant la vaisselle dont mes mains ne supportaient pas le contact du torchon)... à une gourmandise suspecte pour le dessert qui s'est curieusement attisée à mesure que le désordre pondéral m'encerclait d'interdits. Ma première grossesse associée à un changement radical de vie et de rythme de travail ayant mis à mal ma taille de guêpe, je me tournai d'emblée vers la médecine, convaincue d'y trouver la solution. Restant fidèlement dans le sillage de la médecine officielle, j'ai ainsi suivi scrupuleusement, à plusieurs reprises, les conseils des divers « spécialistes » de la nutrition passant de la privation des féculents et de tous autres sucres rapides ou lents, dont évidemment l'abandon du pain et de tous ses dérivés, à une surconsommation de « légumes verts à volonté » qui vous font perdre à tout jamais le sentiment de satiété tout en dilatant votre estomac. Je suis passée ainsi d'un fonctionnement alimentaire à l'autre par le seul jeu de massacre des « régimes », hypocaloriques toujours, où la médecine, faute de comprendre quelque chose au désordre, se contentait de moraliser, voire de conseiller des évidences toutes plus frustrantes et restrictives les unes que les autres sans tenir aucun compte des réalités du problème ni surtout s'y intéresser. Eliminées les quelques abominations hormonales « légitimes », il n'y avait pas d'autre issue pour retrouver une apparence « personnelle et socialement acceptable » que limiter les entrées et augmenter les sorties. Pas question de s'interroger sur le rapport à la nourriture ni sur celui au corps, encore moins au plaisir... rien que du rationnel (il n'y avait pas d'obèses à Auschwitz) me disait un célèbre nutritionniste lorsque je me

plaignais de ma tendance à « profiter » du moindre aliment et de mon incompréhension devant l'injustice face à la nourriture. Ainsi, si l'obésité n'est pas une punition, pourquoi les enrobés n'arrivent-ils pas à sortir de la culpabilité lorsque la nature les a dotés d'un tempérament à accumuler des couches de douceurs ? Si les nutritionnistes d'aujourd'hui ont revu leur copie, on peut sans conteste leur reprocher d'avoir fabriqué des générations d'obèses en n'interrogeant pas les raisons profondes qui amènent une personne à chercher désespérément à remplir son vide intérieur, quand d'autres le trompent ou l'oublient avec le concours de substituts plus au moins licites qui vont de l'alcool au tabac en passant par toutes les substances qui modifient ou soulagent l'état de mal-être. Cette réalité universelle (y a-t-il une société qui n'a pas sa spécialité en matière d'accès au grand vertige ou d'oubli de la condition humaine et ses aléas) ? Les peyotl, marijuana, opium, coca et autres kava ou noix de cola ont-ils une autre fonction que permettre de s'élever au-dessus du grand merdier ? Les gros auraient-ils plus que les autres l'angoisse du vide ? Ceux qui comme moi ont accédé à la compulsion par la « grâce » de la privation ciblée de nourriture sont malheureusement plus lourds, mais aussi moins détruits que ceux qui picolent, moins marginalisés que ceux qui se shootent, mais sont-ils moins dépendants pour autant ? Mieux armés pour en sortir ? Là encore, les armes rationnelles médicales, les bons sentiments et les bons conseils des docteurs sont bien dérisoires pour régler leur compte aux problèmes de savoir vivre dans des contraintes sociales de plus en plus inhumaines. La frustration n'est pas la situation la plus aisée sur le long terme et produit elle-même des dommages irréversibles. La vie est un long fleuve pas tranquille semé d'embûches au chocolat et de tentations beurrées qu'il nous incombe de traverser sans nous noyer.

Les jours où le courant est trop fort, on se laisse emmener, c'est les jours sans, enfin avec... et ceux où on se dit que tout est possible... on se met au régime.

Résumé : Pour l'auteur, la question du se nourrir, de la faim et de la satiété se situe au cœur de la relation parent-enfant. Elle est intimement liée à la capacité du parent de s'ajuster au rythme de l'enfant pour entrer en concertation avec lui. Cette aptitude est elle-même liée à la capacité du parent de se souvenir et d'oublier les drames dont il a hérité. Que cet héritage se soit fait à son insu ou pas.

Le lait de poule, le temps de l'entre-deux

Pratiques : Au-delà du contenu de l'assiette, l'absence de convivialité autour du repas pose un problème. Qu'en dit le psychanalyste que vous êtes ?

Philippe Réfabert : Le rituel du repas en commun est une trace du religieux entendu comme ce qui fait lien. Dans notre société, la déritualisation des rapports intrafamiliaux s'ajoute à l'apauvrissement accéléré des liens symboliques entre les individus et entre les groupes. Cette déritualisation ouvre une brèche dans laquelle les entreprises agroalimentaires s'engouffrent. Mais cet aspect est aux confins du sociologique et du psychanalytique et je me sentirai plus à ma place en parlant d'un autre aspect du repas, soit l'amour qui accompagne sa confection : le lait de poule que ma grand-mère me préparait quand j'étais malade me faisait du bien, car il témoignait de son amour pour moi. Le temps passé à faire quelque chose pour l'autre est un des éléments les plus importants qui entre dans la composition de cette fiction qu'est l'amour, entre un homme et une femme, entre un parent et un enfant. Le temps que ma grand-mère passe à préparer le lait de poule est un temps perdu pour celui dont le regard est strictement utilitaire. Pour lui, le temps que cette grand-mère sacri-

fie est un temps pour rien, et il pourrait ajouter qu'elle aurait bien pu acheter au supermarché un mélange de lait, de jaune d'œuf et de miel.

Les obésités, les diabètes qui sont liés au grignotage seraient le prix à payer pour faire l'économie de ces temps perdus à faire des riens comme un lait de poule. Le mépris dans lequel l'idéologie dominante tient le temps mort, le temps perdu à des riens, réalise une couverture pour les parents qui n'ont pas eu le loisir de faire à l'enfant le don de la trace de la mort, de la discontinuité.

Qu'entendez-vous par « trace de la mort ? »
Ce que j'essaie de dire, c'est qu'un parent qui est tout occupé par une histoire qu'il ignore ne peut pas ménager un temps de repos, un répit dans l'incitation sensorielle qu'il propose à l'enfant. Dans la mesure où toute l'énergie de ce parent est mobilisée à refouler un secret qu'il ignore ou un crime dont il a été l'objet à son insu, et qu'il survit en s'évertuant à enterrer cet événement sans en avoir conscience, ce parent n'a pas dans son langage corporel la liberté de donner de l'apaisement, de donner du rien.

Le don de la trace de la mort est une formule abstraite, j'en conviens. Si vous me demandez de lui donner de la chair dans une illustration cli-

Philippe Réfabert

Psychanalyste

De Freud à Kafka,
Philippe Réfabert,
Calmann-Lévy, Paris, 2001



nique, la première idée qui me vient à l'esprit est cette capacité à reconnaître une défaillance. Quand une mère reconnaît une discordance dans le rythme qu'elle propose à l'enfant, quand le praticien que je suis reconnaît avoir commis une bévue, une maladresse, cette mère ou ce praticien laisse à l'enfant et au patient un espace pour inventer une sortie de crise, pour réparer le couac.

Cette aptitude à la discontinuité est une condition pour apaiser. C'est à partir de ce rien, qui n'est pas étranger à ce que les Chinois appellent le « non-agir », que peut se déployer l'existence. S'il y a trop de plein dans l'incitation sensorielle à laquelle l'enfant est soumis, celui-ci ne peut pas trouver son rythme. Le don de la trace de la mort se traduit par le don de l'apaisement, le don du rien. Un des registres dans lequel ce rien prend forme est le « faire à manger ». Le don du « rien » prend corps dans le cuire. Aujourd'hui, le cuire est souvent sacrifié. Je ne veux pas dire que le prêt-à-manger empêche ou limite les liens intrafamiliaux, non, mais ce que je peux dire c'est que ce prêt-à-manger peut servir de couverture et d'expédient aux parents qui n'ont pas la possibilité de donner du rien.

Comment analysez-vous les questions de faim et de satiété ?

Une analysante m'a permis de comprendre comment elle était devenue obèse. Avec l'aide d'un médecin nutritionniste, elle a découvert qu'elle ignorait radicalement la sensation de faim, qu'elle n'avait jamais eu accès à cette sensation. Nous avons découvert ensemble plus tard qu'elle avait été une enfant alimentée à contretemps, qu'elle n'avait jamais été nourrie quand elle avait faim, mais seulement quand sa mère était angoissée. Nous avons compris que dans les premiers mois de sa vie, elle avait été détournée du rythme créé par l'alternance de la faim et de la sensation de réplétion. Cela m'a fait penser à ces enfants qui sont détournés de leur colère ou qui sont empêchés de recon-

naître leur propre souffrance ou encore qui sont privés de la perception de leur haine à l'égard d'un membre de la famille, un frère par exemple.

Et l'anorexie ?

Un enfant fait usage de ses langages corporels pour manifester son inconfort devant le désaccordage rythmique que la mère ne sait pas rattacher et cela souvent parce qu'elle ne le perçoit pas. Tout jeune, l'enfant peut aller jusqu'à ce qu'on appelait autrefois une « toxicose », les diarrhées avec déshydratation. Il peut aussi développer une anorexie. L'anorexie est toujours liée à l'impossibilité de trouver son espace-temps, son lieu. L'anorexie est une façon de faire la grève de la faim. Une analysante a découvert dans son analyse que ce qu'elle avait cru être un syndrome médical, l'anorexie, était une sorte de grève de la faim. Après coup, elle a compris qu'elle avait été aveuglément poussée à une telle extrémité parce qu'elle n'avait pas été mise au monde. On lui avait donné la vie pour empêcher que la famille n'éclate, mais elle devait rester assignée à sa fonction de bibelot et ne pas prétendre au droit d'exprimer une souffrance ou quelque signe négatif que ce soit. La seule issue qu'elle s'inventa pour exister avait été de mettre en jeu sa propre vie en ne mangeant plus. À l'article de la mort, à l'hôpital, elle avait, dans un sursaut, décidé de vivre et s'était elle-même mise au monde.

Qu'est-ce qui joue dans la relation parent-enfant au moment du repas ? Peut-on parler de la pulsion orale ?

Pour moi, la théorie pulsionnelle détourne l'attention que le praticien peut porter sur la relation que l'enfant a établie avec son entourage. Un enfant ne peut pas être pensé isolé de son contexte, il faut prendre en compte son lien avec le parent et, au-delà du parent, à toute la lignée. Quand un parent n'est pas libre de penser ou sentir quelque chose, l'enfant le perçoit et il s'en suit une série de malentendus. La relation à



l'autre, la responsabilité à l'égard de l'autre, la justice au sens de la justesse de l'accordage, est plus importante que l'ontologie. Une physiologie de l'entre-deux est plus importante à mes yeux de thérapeute qu'une physiologie théorique d'une *psyche* isolée.

La théorie pulsionnelle – disais-je – se prête à détourner l'attention du praticien. En effet, cet appareillage théorique est séducteur quand il est compris – ce qui est fréquent – comme une sorte de théorie des instincts qui serait appliquée à l'homme. Une telle théorie avec ses pulsions orales, anales, génitales, n'a aucun intérêt en psychanalyse sinon épistémologique. Seule est heuristique la pulsion unique de vie-et-mort qui procède du paradoxe origininaire spécifique de l'humain, un humain qui, seul parmi les vivants, se connaît mortel. Une fois posée cette pulsion unique, il est possible de parler d'oralité, d'analyticité, de génitalité qui sont alors compris comme des modes de la pulsion. Une théorie qui se

contenterait de plaquer un mot comme « pulsion orale » sur un comportement alimentaire, conduirait, comme toute grille qui désigne un comportement (ce pourrait être addictif ou impulsif par exemple), à reprocher au patient sa conduite et bientôt à lui proposer un dressage. Toute grille est séductrice parce qu'elle apporte des réponses précuisinées. Seule la position du thérapeute qui apporte des questions est fructueuse pour le patient. Les questions qui prédisent le passé, c'est-à-dire qui lui permettent d'apparaître pour la première fois, et la position du psychanalyste dans la relation quand il se prête à incarner les sensations qui ont été interdites, tout cela remet l'enchaînement des circonstances et des catastrophes en perspective et donne au sujet une chance de se retourner sur son futur.

Propos recueillis par Elisabeth Maurel-Arrighi

Résumé : Cet article veut présenter la question de l'alimentation à la fois dans la multiplicité de ses enjeux (affectifs et économiques, médicaux et politiques) et dans sa redoutable ambivalence originelle : nourrir, c'est nécessairement rendre dépendant et, par là même, générer de la violence. Le circuit alimentaire dans lequel on s'inscrit pour survivre est aussi celui qui tue.

Les multiples tranchants de l'arme nourricière

Christiane Vollaire

Philosophe

En transit entre constitution et désagrégation, notre corps, comme tout corps vivant, est aussi lui-même un lieu de transit, une voie de passage entre absorption et excréption, le lieu à la fois complexe et rudimentaire d'une métamorphose des aliments. Et force nous est de le considérer, en tant que vecteur biologique, non dans sa singularité, mais comme le lieu de passage de la chaîne alimentaire, qui a fait naître, dans le langage de l'écologie, le concept de « traçabilité ». Qui fait naître aussi, dans le langage de la santé publique, le concept de contamination.

Ainsi, à la circulation externe des circuits économiques qui génèrent la production, les échanges et la distribution des nutriments, s'intègre comme en un tout la circulation interne de l'ingestion, de la digestion, de la distribution sanguine et de l'excrétion, qui n'est jamais sans reste et laisse toujours sa trace. La traçabilité, c'est précisément cette incorporation d'un milieu extérieur à un milieu intérieur, mais davantage encore, ce qui nous oblige à ne considérer notre corps que comme l'espace transitoire d'une circulation des flux.

C'est pourquoi la question de l'alimentation est étroitement liée à une problématique de l'identité, à un questionnement sur l'effectivité du singulier. A une relation du devenir individuel à un devenir collectif, mais aussi du devenir biologique à un devenir politique.

La transmission nutritionnelle

Notre histoire alimentaire la plus intime s'inscrit ainsi déjà dans une première transmission nutritionnelle, qui est double : du placenta à l'ombilic, puis du sein à la bouche. Transmission directe et sans intermédiaire du producteur organique au consommateur. Or, elle ne génère pas seulement de la survie biologique, mais des affects ; elle ne participe pas seulement à une construction physique, mais à une élaboration mentale. La relation materno-infantile, qui est la relation la plus étroitement biologique que nous ayons à un être humain (puisque le lait conditionne même la production des anticorps dans le système immunitaire), est aussi la première forme de relation sociale, celle qui va générer l'apprentissage du langage, l'éveil de l'intellect et de la sociabilité. C'est ainsi que s'est constituée comme discipline la maternologie qui, travaillant sur la relation mère-enfant, met en évidence tout ce qu'une simple attitude maternelle, aussi inconsciente que symptomatique, pendant le moment de l'allaitement, peut produire de pathogène sur le comportement d'un enfant et, de là, sur son développement mental et affectif.

Nourrir, ce n'est pas nécessairement faire du bien et ce geste immémorial de l'allaitement, pour naturel qu'il soit, n'en est pas moins aussi potentiellement vecteur des risques que génère toute forme de dépendance, risques d'autant plus puis-



sants que la dépendance est plus originelle. Ainsi, la psychanalyse montre-t-elle l'origine de la souffrance psychique dans ce rapport inextricable du nourricier au destructeur, de la pulsion de vie à la pulsion de mort. Dans le désir de mort indissociable de tout engendrement, qui fait du lien familial une relation corrélatrice de bienveillance et de violence.

Figure familiale et figure sociale

Or, dans ce rapport pathogène au nourricier, on peut considérer la figure familiale comme une simple partie et, donc, aussi comme une métonymie (la partie qui désigne le tout) de la figure sociale. Combien d'allégories en effet représentent la « patrie » (du même mot qui signifie « père ») sous la figure d'une mère allaitant ses enfants ?

C'est la représentation utilisée au XVI^e par Agrippa d'Aubigné, au début de l'épopée des *Tragiques*, figurant la guerre civile sous la forme de deux enfants déchirant le sein de leur mère, jusqu'à ce qu'elle n'ait plus que du sang au lieu de lait pour les nourrir. C'est aussi l'image de la louve (animal féroce) allaitant Romulus et Remus pour désigner la fondation de Rome. C'est enfin l'interminable cohorte des monuments aux morts, corrélant les listes des tués aux représentations de femmes opulentes aux seins nourriciers. Ce que signifie au sens propre « mourir pour la patrie » : se faire tuer pour (et par) ce qui vous nourrit.

Ainsi est-on sans cesse renvoyé, dès que se constituent même les communautés les plus modernes, à la figure primitive de la déesse-mère, du pouvoir nourricier autant que meurtrier, indispensable au rassemblement communautaire.

Et même les relations sociopolitiques les plus complexes et les relations économiques les plus spéculatives, c'est-à-dire au sens propre du terme abstraites (puisque la « speculatio » signifie originellement la contemplation intellectuelle), ne portent jamais que sur des flux nourriciers (le cours des céréales) ou sur ce qui peut permettre de véhiculer ces flux (le cours du pétrole) ou d'alimenter leur système de production (le cours de

l'acier ou celui de l'uranium). C'est pourquoi l'on peut considérer la perversion des grands systèmes agroalimentaires comme participant, en termes symboliques, de l'ambivalence qui caractérise toute position nourricière : l'injonction paradoxale du vital et du mortifère, qui produit ici la « malbouffe » et là la malnutrition.

Le refus alimentaire comme réaction de survie

C'est ce que dit aussi, pour une large part de son histoire, la tradition du repas familial : non pas nécessairement un moment de convivialité joyeuse, mais l'ordre pesant d'un rituel immémorial, inscrivant le nourricier dans l'ordre figé des hiérarchies autoritaires. Qui pourrait nier, de son regard même d'enfant, ce que certaines formes du repas de famille peuvent avoir de morbide ? Et le fait qu'assouvir sa faim puisse non pas calmer l'appétit, mais le couper.

Un film de Buñuel, *Le Charme discret de la bourgeoisie*, montrait ainsi un repas de famille inversé, dans lequel les convives se réunissaient poliment autour de la table pour déféquer et allaient ensuite s'isoler dans les toilettes pour manger. C'était dire à quel point le plaisir peut être dissocié des formes instituées du collectif. C'est sans doute cela que dit, dans son essence même, le comportement anorexique : un lien familial devenu antinomique de toute manifestation du désir et de toute sensation de plaisir. Maryse Wolinski, dans un petit ouvrage polémique intitulé *Si tu veux maigrir, mange !*, décrit cette convivialité forcée du repas familial qui coupe l'appétit et montre qu'elle s'origine évidemment dans une relation problématique à la mère nourricière.

L'anorexie y apparaît alors comme la forme la moins apparentement, et pourtant la plus réellement, politique, d'une méfiance à l'égard de la transmission. Une volonté de s'exclure d'un cycle





éprouvé comme mortifère. Non pas un geste d'autodestruction, mais au contraire une position de survie, à la manière dont on refuse un poison. Peut-être peut-on comprendre ainsi la systématité violente de nombreuses réactions parentales à l'anorexie : forcer à manger, c'est contraindre à intégrer la transmission, dans la mesure où le corps anorexique, en refusant l'alimentation, pose par là-même un déni implicite sur sa propre génération.

Si l'on veut bien considérer certains comportements de déviance alimentaire comme des réactions de survie face à un milieu pathogène et comprendre comment peuvent entrer en conflit, de manière parfaitement paradoxale, la survie physique (qui suppose qu'on mange) et la survie mentale et affective (qui pousse au refus), on peut alors cesser de placer la médecine dans le camp immémorial de l'intérêt parental (celui du retour à la norme) pour la faire entrer dans la manière dont un sujet conçoit son propre intérêt. C'est alors seulement, et non dans l'évaluation d'une prise de poids, que le dialogue peut s'engager.

La grève de la faim : du corps biologique au corps politique

C'est, de ce point de vue, de la même problématique que relève l'attitude plus explicitement politique de la grève de la faim. Que signifie le fait qu'un sujet menace un Etat de sa propre mort ?

Quel est le sens, à l'égard d'un pouvoir, d'une arme retournée contre soi-même ? Et est-ce seule-

ment de sa médiatisation qu'une grève de la faim tire son sens et sa force ? Il nous semble au contraire que c'est le terme même de grève qui donne son sens à la revendication de ce geste. La grève de la faim, comme toute grève, suppose la suspension d'un processus économique, une panne dans un circuit, la mise en arrêt d'un flux de production. Se mettre en grève de la faim, ce n'est pas seulement menacer un pouvoir de la responsabilité de sa mort, mais c'est désigner son propre corps comme obstacle sur le flux d'un circuit politico-économique dévitalisant. C'est faire de son corps vivant non plus une simple entité biologique, mais une entité politique. Un acteur et non plus un lieu de transit indifférencié. Comme une campagne de prévention du milieu des années quatre-vingt-dix affichait : « Le Sida ne passera pas par moi », le gréviste de la faim affirme que l'injustice ne passera pas par lui. Son corps, en refusant l'alimentation, refuse la violence de celui qui l'alimente. En cela, convoquer le corps médical pour dévoyer une grève de la faim par la réalimentation parentérale répond non pas à un souci thérapeutique, mais à une volonté de musellement du droit d'opposition.

En affirmant sur lui-même un droit de vie et de mort qui ne transite pas par la décision politico-économique d'un Etat, le gréviste désigne aussi le pouvoir injuste comme potentiellement responsable d'une mort qu'il n'aura pas directement donnée.

Dans la *Phénoménologie de l'Esprit*, Hegel montre que ce qui réduit l'esclave, dans le droit de la



guerre, à une condition animale, n'est pas la volonté du maître, mais sa propre incapacité de préférer la mort à la soumission. Vouloir à tout prix éviter la mort, c'est payer la vie au prix de l'asservissement : pousser l'instinct de survie jusqu'au renoncement à ce qui définit une vie comme humaine. L'un des tranchants de l'arme nourricière est précisément ce chantage qu'elle permet à un pouvoir politico-économique d'exercer sur la survie. C'est ce chantage même que le gréviste retourne contre le pouvoir.

La faim de masse comme rouage du développement alimentaire

Encore faut-il que les moyens de ce contre-chantage lui soient donnés et lui permettent de s'affirmer comme sujet. Le choix de sélectionner ce que l'on mange, ou le choix de ne pas manger, constituent l'une des formes majeures du processus de subjectivation. Ce qui fait, précisément, que l'homme sort de l'animalité. D'abord, comme le montre Lévi-Strauss, en inventant la cuisson ; ensuite en inventant, par le temps des repas, un rythme non naturel ; enfin, dans les formes les plus raffinées, en élaborant la présentation des plats et en donnant ainsi, par l'art de l'apparence, un véritable sens, symbolique et culturel, au processus de nutrition. Et les grands circuits de distribution agroalimentaire eux-mêmes sont si attentifs à cette dimension esthétique de l'alimentation qu'ils soignent davantage la visibilité de leurs produits que leurs qualités nutritionnelles. C'est cette médiation esthétique qui fait de notre propre corps autre chose qu'une viande en devenir dans un circuit de transit alimentaire. Or, c'est cette fonction de subjectivation de l'alimentaire qui disparaît totalement de l'alimentation de survie en masse. Celle-ci a pour effet l'animalisation des individus en indifférenciant leur rapport à la nourriture. Les masses compactes d'affamés à qui l'on balance des sacs de riz ou de farine ont ainsi le même statut que les poulets en batterie, réduits à un devenir-viande. A ce stade d'un devenir alimentaire déterminé par la famine,

la faim devient non pas le dérapage, mais au contraire le rouage, d'un système de production dont la circulation nutritionnelle alimente non des individus, mais des circuits économiques. Un petit ouvrage de Robert Linhart, paru aux éditions de Minuit en 1980 et intitulé *Le Sucre et la faim* (Enquête dans les régions sucrières du Nord-Est brésilien), montre comment, par la simple extraversion de l'économie (substitution, aux cultures vivrières qui permettent à une population de se nourrir, des cultures d'exportation qui alimentent les circuits internationaux), la faim devient le moyen nécessaire des circuits de production qu'elle alimente : « A mesure que je retravaillais témoignages et données, la faim m'apparaissait avec une terrible netteté comme la matière et le produit d'un dispositif compliqué jusqu'au raffinement. (...) La faim du Nord-Est était une part essentielle de ce que le pouvoir militaire appelait développement du Brésil. » Si donc nourrir est toujours en même temps assurer la survie et fonder la dépendance, le flux alimentaire est indissociablement un lien de sujétion et un lien de solidarité : ce qui permet de prendre en compte, dans sa dimension la plus radicale, la notion même de responsabilité économique. Car l'économie n'est rien d'autre que l'acculturation de nos besoins naturels, le moyen par lequel le rapport immédiat de l'homme à la survie s'organise et se rationalise dans l'échange. Or, c'est précisément cette rationalité que les modes de production et de distribution générés par l'industrie alimentaire obligent à remettre en cause, tant les processus d'incorporation de la nourriture au corps individuel et du corps individuel au corps social fonctionnent aussi, de la façon la plus implacablement biopolitique, comme des processus de destruction. C'est la conscience de cette ambivalence constitutive, et la désignation méthodique de ses objets, qui peut faire de l'activité nourricière, de ses dimensions les plus affectives à ses dimensions les plus politiques, autre chose qu'une arme à multiples tranchants.

Commander une pizza en 2015...

Cyberauteur

Standardiste : « Pizza Zut, bonjour. »

Client : « Bonjour, je souhaite passer une commande. »

Standardiste : « Puis-je avoir votre NIDN, monsieur ? »

Client : « Mon numéro d'identification nationale (National ID Number), oui, un instant, voilà, c'est le 6102049998-45-54610. »

Standardiste : « Merci M. Sheehan. Donc, votre adresse est bien le 1742 Meadowland Drive, et votre numéro de téléphone le 494-2366. Votre numéro de téléphone professionnel chez Lincoln Insurance est le 745-2302 et votre numéro de téléphone mobile le 266-2566. De quel numéro appelez-vous ? »

Client : « Euh ? Je suis à la maison. D'où sortez-vous toutes ces informations ? »

Standardiste : « Nous sommes branchés sur le système, monsieur. »

Client : (Soupire) « Ah bon ! Je voudrais deux de vos pizzas spéciales à la viande... »

Standardiste : « Je ne pense pas que ce soit une bonne idée, monsieur. »

Client : « Comment ça ? »

Standardiste : « Selon votre dossier médical, vous souffrez d'hypertension et d'un niveau de cholestérol très élevé. Votre assurance maladie vous interdit un choix aussi dangereux pour votre santé. »

Client : « Aïe ! Qu'est-ce que vous me proposez alors ? »

Standardiste : « Vous pouvez essayer notre pizza allégée au yaourt de soja. Je suis sûre que vous l'adorez. »

Client : « Qu'est-ce qui vous fait croire que je vais aimer cette pizza ? »

Standardiste : « Vous avez consulté les "Recettes gourmandes au soja" à votre bibliothèque locale la semaine dernière, monsieur. D'où ma suggestion. »

Client : « Bon d'accord. Donnez m'en deux, format familial. Je vous dois ? »

Standardiste : « Ça devrait faire l'affaire pour vous, votre épouse et vos quatre enfants monsieur. Vous nous devez 49,99 dollars. »

Client : « Je vous donne mon numéro de carte de crédit. »

Standardiste : « Je suis désolée, monsieur, mais je crains que vous ne soyez obligé de payer en liquide. Votre solde de carte de crédit dépasse la limite. »

Client : « J'irai chercher du liquide au distributeur avant que le livreur n'arrive. »

Standardiste : « Ça ne marchera pas non plus, monsieur. Votre compte en banque est à découvert. »

Client : « Ce n'est pas vos oignons. Contentez-vous de m'envoyer les pizzas. J'aurai le liquide. Combien de temps ça va prendre ? »

Standardiste : « Nous avons un peu de retard, monsieur. Elles seront chez vous dans environ quarante-cinq minutes. Si vous êtes pressé, vous pouvez venir les chercher après être avoir retiré du liquide, mais transporter des pizzas en moto est pour le moins acrobatique. »

Client : « Comment diable pouvez-vous savoir que j'ai une moto ? »

Standardiste : « Je vois ici que vous n'avez pas honoré les échéances de votre voiture et qu'elle a été saisie. Mais votre Harley est payée, donc j'ai simplement présumé que vous l'utiliserez. »

Client : « @%#\$@&?#! »

Standardiste : « Je vous conseille de rester poli, monsieur. Vous avez déjà été condamné en juillet 2006 pour outrage à agent. »

Client : (Sans voix.)

Standardiste : « Autre chose, monsieur ? »

Client : « Non, rien. Ah si, n'oubliez pas les deux litres de Coca gratuit avec les pizzas, conformément à votre pub. »

Standardiste : « Je suis désolée, monsieur, mais une clause d'exclusion de notre publicité nous interdit de proposer des sodas gratuits à des diabétiques. »



Résumé : Faut-il se retourner contre McDonald's face à la flambée de l'obésité ? Retour à un procès pas comme les autres.

McDonald's, du succès au procès, ou les junkies du fast-food

Indéniablement, le modèle américain séduit par son dynamisme et s'impose comme première puissance économique et militaire. Le nombre grandissant des laissés pour compte, le règne de la violence ou encore les 30 % d'obèses aux Etats-Unis n'y changent rien : l'*American way of life* continue de fasciner la jeunesse, d'influencer nos jugements et de guider la mode, y compris alimentaire. Notre alimentation se transforme insidieusement, et avec elle notre morphologie. Le mimétisme est presque parfait : dans quelques années, nous compterons autant d'enfants obèses de part et d'autre de l'Atlantique. Comment expliquer le succès des fast-foods ? Elisabeth Rozin (1), rompant avec le discours anti « mal-bouffe », analyse les fondements de cette réussite. Tout d'abord, ils offrent un aliment pouvant être consommé avec les doigts, ce qui permet un contact sensoriel plus étroit avec la nourriture. Nous pouvons non seulement la toucher, mais aussi mieux la sentir. Les ingrédients du hamburger sont tous étudiés pour satisfaire un large public. La viande de bœuf, la mieux acceptée, ou le pain rond et tendre, sont délibérément acculturés. Le ketchup et les pickles, issus de la tradition anglo-indienne, viennent flatter le palais grâce à la saveur sucrée universellement recherchée. Les pointes chaudes du fromage Carré s'affaissent sur les bords, signalant dans leur coulée

l'onctuosité du gras et la présence du cheddar. Les frites, dorées et croustillantes, jaillissent en bouquet de leur cornet-surprise et réjouissent les enfants. Enfin, le soda « nettoie le palais et rafraîchit à la manière d'un sorbet ». Une telle composition a donc été suivie d'un légitime succès. Mais cette montée en puissance a ses revers : McDonald's est l'objet de critiques et de plusieurs procès. Les griefs sont multiples : le géant est accusé non seulement d'exploiter la crédulité des enfants au moyen d'une publicité envahissante, mais aussi de ruiner les sols ou polluer les eaux par le mode de production intensif qu'il pratique, de banaliser la précarisation de ses salariés ou encore de proposer des menus déséquilibrés. Sur ce dernier point, une consommation répétitive, voire addictive, serait le plus sérieux préjudice. Le mangeur à peine sorti du restaurant n'a qu'une envie : y revenir. Or, un seul repas de hamburger, frites, boisson et dessert atteint quasiment la ration journalière recommandée : 2800 calories. Et il semble bien que l'excès de graisses perturbe le système hormonal chargé de régler la sensation de faim. L'exposition précoce à trop de gras serait plus préoccupante encore pour les enfants. Nous avons à ce propos un peu de retard, mais en Amérique, 21 % des nourrissons entre 19 et 24 mois mangent des frites chaque jour...

Geneviève Barbier

Médecin généraliste

La société cancérigène,
Geneviève Barbier
et Arnaud Favrachi,
Ed. La Martinière,
février 2004



La nouvelle alimentation qui fournit toujours davantage de calories et de saveurs grasses et sucrées vise la satisfaction immédiate et compulsive de désirs archaïques. Elle prospère de flatter et d'amplifier nos instincts les plus élémentaires. Depuis des millénaires, se nourrir répond à un besoin nutritionnel, certes, mais aussi structure les liens sociaux et façonne l'ancrage dans une culture. Comparé au brouet des spartiates, le pathétique menu moderne n'ambitionne plus que sa propre répétition. Avec la *junk food*, l'acte de prendre un repas est comme dissocié de ses fondements, presque déshumanisé. Peut-il induire une forme de régression et de dépendance, générer une société d'obèses ?

C'est en tous cas l'accusation de John Banzhaf, avocat américain et professeur de droit, devenu le symbole de l'activiste légal. Il a déjà frappé l'industrie du tabac, il s'attaque désormais aux géants du fast-food. Le surnom de son cours résume sa devise : « *sue de bastards* (2) ». Les premières plaintes, déposées au nom de sept adolescents obèses, ont été rejetées, mais ce n'est que la première bataille. Dans un pays où le client est roi, où consommer est une vertu, le « libre-choix » reste une forteresse. Le mangeur est avant tout libre et volontaire. Les restaurateurs ne s'y sont d'ailleurs pas trompés, se plaisant à rappeler qu' « il n'y a pas d'industrie aussi à l'écoute du peuple américain ; c'est lui qui dicte ce qu'il veut au restaurateur, pas le contraire ». Ils soulignent aussi, et avec raison, le rôle de la sédentarité, déformant si besoin le propos des nutritionnistes en ne retenant que les arguments qui les arrangent. On avait déjà vu les cigarettiers insister sur le rôle de l'environnement dans l'apparition du cancer et toujours prompts à financer des

études scientifiques pour peu qu'elles fassent oublier le rôle du tabac.

Mais pour finir, le verdict du procès contre McDo est une victoire à la Pyrrhus pour le restaurateur. Dans ses conclusions, le jugement fournit les éléments pour la prochaine bataille : le mangeur ignore à quoi il s'expose. Sait-il que les McNuggets, « création de Frankenstein » fournissoient malgré les apparences deux fois plus de gras qu'un hamburger ? Ou que les oignons frits referment 163 g de graisse, le double de la ration quotidienne normale ? Bien informé, il modifierait sans doute son comportement. Ce recours à la notion de liberté individuelle a déjà servi aux cigarettiers : fumer n'est pas indispensable à la vie, les fumeurs connaissent les dangers du tabac et ont fait leur choix. Pour la nourriture, il s'agit d'une nécessité vitale, et les jeunes obèses ont été nourris de leur enfance au fast food : pourra-t-on parler de libre choix, et par ailleurs ne pas sérieusement remettre en question la publicité adressée aux enfants ?

Plusieurs scientifiques dénoncent la capacité addictive des produits de fast-food. On note donc que les restaurateurs, comme bien d'autres marchands, rêvent d'une clientèle captive et qu'ils ont obtenue ; qu'ils n'ont peut-être pas enrichi leurs rations sans de bonnes raisons, et qu'ils connaissent probablement aussi bien les effets de leur produits que les cigarettiers en leur temps ceux de la nicotine. A l'heure de la revanche, leurs avocats pourront-ils plaider le contraire ?

1. Saveurs pour tous, revue *Autrement* n° 154 « Mille et une bouches », Paris1995.

2. « juge ces salopards ».

Résumé : Regard d'un nutritionniste sur l'épidémie d'obésité : une affaire de transition nutritionnelle, mais aussi d'organisation sociale...

Une société obésogène ?

Pratiques : Vous dites qu'il y a une épidémie mondiale de l'obésité ; comment en est-on arrivé là ?

Arnaud Cocaul : Nous traversons une période de transition nutritionnelle : après l'époque où les hommes vivaient de la chasse et de la cueillette, il y a eu l'agriculture et avec elle les premières disettes : l'homme est tributaire des saisons. Ensuite, la révolution industrielle a permis l'essor de l'agroalimentaire et entraîné l'apparition de nouvelles maladies, avec la notion que trop manger peut être dangereux. D'une économie de survie, on est passé aujourd'hui à : « comment gérer le trop plein ».

Sur les six milliards d'êtres humains, trois vivent dans l'excès d'abondance et trois dans le trop peu ou la faim. Il y a un milliard d'obèses sur terre, ce qui fait de l'obésité une pathologie planétaire, qui touche tous les continents, toutes les races, tous gradients socio-économiques : c'est la première épidémie mondiale non infectieuse !

Mais vous parlez aussi de certaines causes virales...

Il y aurait une origine virale, c'est une étude indienne qui l'aurait mise en évidence sur le poulet. Le chercheur, faute de crédit, est parti aux Etats-Unis pour suivre ses travaux...

Alors, on peut parier qu'il y aura bientôt un anti-viral contre l'obésité ?
(sourire...)

Pour revenir à la France, est-ce que la flambée de l'obésité, en particulier chez les enfants, est due surtout au fait qu'ils mangent plus ou qu'ils bougent moins ?

C'est plurifactoriel : il n'y a pas d'élément dominant. Ce qui ressort toujours, à propos des enfants, c'est le temps passé devant la télé ou devant les consoles de jeux. L'urgence, c'est de s'occuper des enfants. En 2020, nous serons comme les Américains il y a 5 ans : il y aura 20 % d'obèses, pire encore parmi les enfants.

Aux Etats-Unis, la courbe décroît ?

Non, elle continue de croître, mais on reproduit le script américain avec 20 ans de retard.

S'agit-il essentiellement d'un déséquilibre entre l'exercice et l'apport alimentaire, ou il y a en plus autre chose qui se met en place, comme une programmation...

On pense, oui, qu'il y a différents éléments ; la première raison, c'est le déséquilibre de la balance énergétique ; ça, tout le monde est d'accord là-dessus ! Quand vous bougez moins, vous dépensez moins, donc vous stockez plus facilement. Et vous avez des éléments à haute teneur énergétique, mais à faible densité nutritionnelle que l'agro-alimentaire a favorisé, qui sont des aliments faciles à consommer, mais pas très intéressants sur le plan nutritionnel. L'enfant va se trouver en perfusion alimentaire permanente, à manger continuellement.

Entretien avec Arnaud Cocaul

Médecin nutritionniste

*Dans la collection Marabout :
Maigrir, trouvez votre poids idéal, 2004 ;
Petites recettes pour grandir (en collaboration avec Rosa Jackson), 2004.
Mincir après 40 ans, 2003 ;
Kilos ados, 2002.*



Donc la télé est liée à la prise alimentaire...

Elle favorise ce qu'on appelle le snacking, ce comportement antinomique parce que antiphysiologique, qui fait qu'on ne respecte plus tous les signaux internes de la faim, et en permanence l'enfant grignote. S'ils mangent devant la télé, c'est induit aussi par la publicité ; et puis il faut qu'il occupe ses mains, en fait il regarde des programmes débiles, il se rend bien compte qu'il n'occupe pas vraiment son esprit, donc il compense le vide et occupe ses mains.

Il compense le vide...

Oui, c'est affligeant ! Ça, c'est un premier point ; le deuxième, qui nous concerne tous, est plus général, puisque la « norme », de l'Indice de Masse Corporelle (IMC), qui était entre 18 et 25, est passée à 18,5. Le pic pour les femmes, l'âge où le poids est le plus important, est à 65 ans ; pour les hommes c'est entre 45 et 55 ans.

On dit que la France résistait mieux à la montée de l'obésité grâce à ses traditions culinaires ?

Plus maintenant. Ce qui était vrai avant, il y a dix ans, ne l'est plus aujourd'hui. L'exception (culinaire) française est battue en brèche. La France est un pays d'intégration qui a intégré d'autres populations...

Des populations qui ont des cultures alimentaires...

Oui, mais des cultures alimentaires qui posaient déjà un problème. La quantité d'huile dans le couscous, la cuisine des populations de confession juive qui est assez chargée en graisse... avec le brassage, on échange des modes alimentaires ; regardez aussi les restaurants turcs, les jeunes y vont, ce n'est pas très cher... on a incorporé aussi la cuisine américaine... la France est un grand laboratoire culinaire. Mais je pense que le manger typique reviendra, car la cuisine internationale n'a plus de nom et l'on a besoin de retrouver des valeurs, des repères.

Je voudrais revenir à la chasse et l'agriculture, et aux disettes du passé.

Effectivement, une autre raison qui explique la flambée de l'obésité, c'est cette souvenance qu'a l'organisme humain des famines passées. Là où le pic d'obésité est le plus important, c'est dans des populations dont les ancêtres ont connu les plus grandes périodes de famine. On a remarqué ça dans certaines tribus indiennes, chez des Irlandais, des Hollandais, des personnes qui ont connu des périodes de famines très longues.

On est dans la génération d'après-guerre et donc les plus faibles de nos ancêtres, ceux qui avaient la moins grande faculté de stocker, ont été déci-més. Nos ancêtres nous ont transmis les gènes qui favorisent le stockage de graisse, sous forme de triglycérides, qui sont notre réserve énergétique et nous permettent de maintenir l'espèce quelles que soient les conditions extérieures.

Et qu'allons nous transmettre à nos enfants ?

Claudine Junien qui travaille sur la nutrigénétique (1) dit qu'il est possible que d'ici trois générations, on connaîtra une dégradation de notre profil pondéral. Les modes de transmission sont complexes. La transmission peut être darwinienne au niveau des mutations, mais aussi « lamarkienne » au niveau des caractères acquis. L'obésité semble être un mode de transmission de caractères acquis : notre comportement alimentaire influe celui de nos enfants et, par conséquent, leur équilibre pondéral. Une mère qui fait un régime trop restrictif ou au contraire qui ne contrôle pas son alimentation en mangeant de façon disproportionnée va entraîner une élévation des risques de diabète et de surcharge pondéral sur son enfant. L'intervention diététique dès la grossesse paraît primordiale.

Quel type de prévention voyez-vous ?

La prévention, ce serait aider le cerveau à apprendre à faire le tri, à déjouer les pièges. Par exemple, le cerveau est incapable de comptabiliser les boissons sucrées : après les avoir



consommées, il n'en est pas tenu compte pour le repas d'après. Normalement, le corps devrait raisonner « j'ai eu mon compte de glucides, donc je freine les glucides au repas d'après ». Ce qui n'est pas le cas. La situation actuelle est intermédiaire : on est dans un environnement obésogène et on doit s'adapter à cet environnement. Pour l'instant, on n'a pas eu la faculté de s'adapter.

Parlons donc de cet « environnement obésogène », quelque chose nous intéresse beaucoup, c'est l'influence des publicités. On sait que ce sont les enfants, et surtout dans les classes sociales défavorisées, qui remplissent le caddie avec ce qu'ils ont vu pendant la pub ; on se souvient qu'il y a quelques semaines, un projet de loi pour lutter contre l'obésité des jeunes a été rejeté en première lecture à l'Assemblée nationale. Il proposait de mettre des fontaines d'eau gratuites à côté des distributeurs de boissons dans les établissements scolaires et de limiter la publicité d'aliments très sucrés pendant les émissions pour enfants. Il a été combattu par notre ministre de la Santé, pédiatre, et par Jean-Michel Dubernard, président de la commission des Affaires sociales et médecin lui aussi. Sur le motif « qu'il faut éduquer et non pas contraindre »... Alors, que faire ?

Pour juste vous dire l'ampleur du phénomène, l'OMS vient de faire un rapport remarquable sur l'obésité et la situation nutritionnelle, qui est un gros travail de synthèse que je vous recommande ! Ce rapport va être finalisé en mai 2004 avec des recommandations sur l'obésité dans tous les pays. Le seul pays, avec le Pakistan et les Philippines qui s'y est opposé, ce sont les Etats-Unis.

Le Pakistan et les Philippines sont dépendants de l'aide américaine ?

Oui, et les Etats-Unis s'y sont opposés parce que déjà, la réaction, vous avez vu, c'est le vice-sécré-

taire d'Etat à la santé qui s'y est opposé, c'est quand même étonnant, c'est comme si Jean-François Mattéi était contre les recommandations de l'OMS concernant l'obésité ; cela paraîtrait complètement saugrenu qu'un ministre de la Santé s'oppose à des réformes, du moins des propositions concernant la prévention de l'obésité.... Aux Etats-Unis, il est clair que le Congrès américain est entièrement acheté par l'agroalimentaire. On savait du temps de Bill Clinton que le ministre de la Santé était responsable de la plus grosse usine d'équarrissage des Etats-Unis. Même Clinton qui voulait faire des réformes, n'a pas pu le faire, parce que le Congrès était noyauté. Et Bush, alors là, il fera encore moins...

Parlons de ce qui se passe chez nous, quels moyens a-t-on pour réglementer, pour limiter quand même ?

Je pense, en tout cas, que cela passera par les consommateurs. Il faut que ce soient les consommateurs qui réagissent ; en politique, il y a trop d'intérêts. Je ne sais plus si je vous l'ai dit, en 2000, le coût direct de l'obésité était 1,5 milliard d'euros. Le coût direct.

C'est-à-dire, pour le système de soins ?

Oui, à peu près, sur une année. Alors que budget annuel de l'agroalimentaire était de 10 milliards d'euros cette année-là. Le budget communication ! Campagnes, télé, radio...

Donc le seul moyen d'agir, c'est de faire des procès ? Sur le modèle qui est en train de se passer aux Etats-Unis ?

Non, pas forcément. Moi, j'ai été sollicité, suite à une intervention que j'ai faite à la télévision dans « envoyé spécial ». Ferrero m'a écrit, le directeur général...

Ferrero... ?

C'est Nutella, Kinder, etc., le 3^e groupe agroalimentaire français. Je dénonçais en fait leur campagne de publicité à la télévision disant « Kinder



équivaut à un verre de lait ». C'est complètement faux. A la collation de 10 heures il faut donner un Kinder ou je ne sais pas quoi, du Nutella, comme il était suggéré dans certaines publicités ce qui était complètement lamentable ; là-dessus ils m'ont contacté, m'ont dit « Il faut qu'on se rencontre. Nous nous sommes rencontrés une fois et ça a abouti au fait qu'ils ont retiré deux de leurs publicités. La publicité disant « Kinder c'est du lait enrobé de chocolat », ils l'ont retirée et aussi la publicité suggérant la collation de 10 heures. Ils m'ont dit à la suite des entretiens : « On comprend vos remarques et, dans un souci d'apaisement et de réflexion, on retire ».

C'est épuisant de devoir...

Il faut batailler à son petit niveau. Aux Etats-Unis il y a un avocat qui s'appelle Banzhaf, qui a orienté sept obèses à faire un procès. Suite à ça, Kraft et Suchard aux Etats-Unis ont eu la trouille, on pense aux procès contre MacDo. Et spontanément, le 1^{er} juillet 2003, ils ont fait une charte disant qu'ils allaient corriger la taille des paquets, essayer de lutter contre l'obésité en favorisant par exemple les bricks de lait dans les distributeurs automatiques. Du coup, en France, ils ont eu un petit peu peur : c'est pour ça que Ferrero a réagi aussi rapidement. Vous voyez, ils m'ont dit d'être silencieux au niveau de la presse, de ne pas parler de ce qu'on s'était dit comme ça, parce qu'il y avait des choses confidentielles pour eux, mais ils m'ont dit au niveau des publicités : oui, oui ; on retire. Ils n'ont pas discuté là-dessus. C'est vrai que j'ai vu après une nouvelle campagne de Nutella, Kinder où on voit un gamin qui court... : déjà, ils ne représentent plus le gamin en train de regarder la télé, en train de manger. Maintenant, le gamin, il court ! Qu'il fasse un effort et qu'il mange de la confiserie, (car leur support c'est de la confiserie !), de

temps en temps, ça ne me dérange pas. Ils ont donc fait un effort.

Entre la dictature des régimes et une certaine tyrannie du « on doit être capable d'entendre son corps », comment vous situez-vous avec les patients ?

Il faut diminuer la pression ! Déjà, je leur dis « plus jamais vous ne ferez votre poids de 20 ans ». On est appelé à prendre du poids avec l'âge ; les femmes qui se battent parce qu'elles ont pris 5 Kg depuis 20 ans, il faut qu'elles se lâchent les baskets et qu'on leur lâche les baskets également ! Leur dire que c'est normal, éviter qu'elles entrent dans un phénomène de yo-yo qui sera bien pire. C'est pourquoi il faut être bien clair. Moi, je ne parle jamais de régime ; 95 % des régimes sont voués à l'échec !

Il faut écouter la souffrance, prendre son temps, parfois on finit aussi par entendre « Je m'accepte mieux tel(le) que je suis... »

Que faire, lorsqu'on est médecin généraliste, face au problème de l'obésité ?

Il ne faut pas hésiter à adresser les patients, car cette prise en charge demande beaucoup de temps, et il ne faut pas gérer cela tout seul. Mais si l'on veut arriver à quelque chose, il faut de multiples passerelles : l'épidémie d'obésité, c'est aussi l'affaire des politiques, des urbanistes, des sociologues, des consommateurs. Les villes devraient être mieux pensées, comment imaginer qu'on ne peut même pas faire du vélo en sécurité ? A Philadelphie, sur décision du maire les escalators sont stoppés une heure par jour pour que les gens bougent...

Propos recueillis par Geneviève Barbier

1. Auteur de *Nutrigénétique du risque cardiovasculaire : terrains génétiques et nutrition*, Lavoisier, 2000.

Résumé : Comment introduire la logique marchande sous couvert de données « scientifiques » très controversées : l'exemple de sociétés vendant des régimes protéinés que l'on sait dangereux sous le contrôle de médecins à qui l'ont fait miroiter la fidélisation d'une clientèle...

Régimes protéinés

Dans la quête du Graal, du corps parfait, de nombreuses sociétés se sont lancées dans les régimes protéinés. Ceux-ci pouvant être à l'origine de carences graves, leur prescription pour certaines marques passe par l'intermédiaire d'un médecin « sensibilisé » et « formé ».

Sous la pression d'une amie voulant faire ce type de régime, je me suis rendue à une de leurs formations. Nous étions une vingtaine de médecins invités (dans un bon restaurant) à écouter un de nos confrères d'une grande ville voisine nous vanter les mérites de la méthode. Quoi de plus incisif qu'un médecin qui teste à son bénéfice ? Une prise de sang et un bilan personnel nous ont été proposés pour établir notre profil de poids et détecter nos éventuelles carences, acte médical qui justifie les conditions de délivrance des sachets, barres et autres produits protéinés.

Le médecin n'a pas été sans nous faire valoir la fidélisation de la clientèle prise ainsi en otage, et force était de constater qu'entre la phase initiale et la reprise d'une alimentation « normale », la durée de surveillance mensuelle pouvait atteindre plusieurs années, sans compter que cette dernière étape n'excluait pas la prise encore de quelques sachets pour gérer les excès de gourmandise...

Le médecin nous a exposé les grands principes de la méthode, les différentes phases de régime, les carences à pallier par des prescriptions (potassium...) et il nous a été remis moult documentations à distribuer aux futurs patients, explicatifs ou « ordonnances » pré-établies de commande de produits... Même certains de nos spécialistes gastroentérologues s'y mettent !

Dans le même style, un étudiant qui n'avait pas été admis à faire de la chirurgie, s'était par dépit laissé entraîner dans une formation aux injections de collagène, formation très chère et sur trois années dispensée à Paris... Il a heureusement fait le choix de l'abandonner en cours de route devant le peu de sérieux de cette formation et réalisant que sa première vocation (orthopédie) n'allait pas l'acculer à de telles extrémités !

Autre exemple : les voyages organisés tout compris de chirurgie esthétique en Tunisie ou autre pays permettant des prix compétitifs...

« La médecine n'est pas un commerce, mais elle a le droit d'être rentable » : ce prospectus inondait nos boîtes aux lettres début 1999, vantant de nombreuses méthodes pour retrouver un corps parfait : ridolyse, tonification mammaire, diététique personnalisée, cellulite, peau d'orange, fibrose, relâchement musculaire, jambes lourdes, varicosités, poils disgracieux... sous couvert de Norme ISO 9002 et de vérification par le ministère de la Santé...

Le surpoids, mais aussi la ridule, la pilosité deviennent la cible de commerces juteux : il n'est plus question d'hygiène de vie lorsqu'il s'agit d'avoir un corps de déesse ou d'éphèbe et que cette norme acquiert un caractère prescriptif...

Avons-nous fait de telles études pour cette « médecine »-là ?

Elisabeth Pénide

Médecin généraliste



La pub dans l'alimentaire

Maxime Drouet

Etudiant chercheur à l'Ecole des hautes études en sciences sociales (EHESS)

En octobre de l'année dernière, le Bureau de Vérification Publicitaire (BVP) rendait public une nouvelle recommandation déontologique sur la publicité alimentaire pour enfants qui, dans la logique d'autorégulation de la publicité, fait office de marche à suivre pour la profession. Elle se révèle surtout instructive pour cerner les mécanismes de la publicité alimentaire, un secteur de première importance dans l'économie publicitaire française.

Car, parmi les dix premiers annonceurs, deux appartiennent à l'agroalimentaire (Danone et Nestlé), sans compter Carrefour et Leclerc. Distribution et alimentaire sont ainsi les deux premiers postes d'investissement de la publicité française (respectivement 11,64 % et 11,02 % du marché) (1).

Le texte du BVP (2) traite par exemple de l'incitation à la consommation excessive d'un produit. « On entend par incitation à une consommation excessive le fait, par exemple, de représenter un enfant consommant un produit sans retenue ou dans des quantités déraisonnables. N'est en revanche pas visée l'expression de satisfaction et de plaisir liée à la consommation d'un produit ». L'honneur est sauf : le cœur du métier n'est pas entamé.

« La publicité ne doit pas dévaloriser ou minimiser l'autorité ou les conseils des parents en matière de consommation desdits produits, ni suggérer leur démission ». Aveux flagrants de la distribution des rôles de la pub : depuis des années, on nous montre des parents soit complices, soit absents, soit désarmés face au jeune enfant. Au consommateur de se souvenir de la lourde campagne d'une marque de céréales avec

des spots qui dévalorisaient sciemment le rôle parental dans la transmission du savoir alimentaire. L'enfant faisait la leçon à sa mère, qui ne prenait pas de céréales et se réveillait donc fatiguée chaque matin.

« Dans les cas où sont présentées des équivalences nutritionnelles entre produits alimentaires, celles-ci doivent être nutritionnellement pertinentes (par exemple porter sur des nutriments communs, présents en quantité significative). La présentation des équivalences ne doit pas inciter à des substitutions entre catégories, notamment en suggérant que les bénéfices de deux produits comparés sont globalement équivalents ». Et voilà qu'une célèbre pâte à tartiner se voit privée de son argument de vente principal, le fameux « égal à un verre de lait ».

Le dernier point développé par le BVP est celui de la traduction maximaliste : « La publicité ne doit pas suggérer que la seule consommation d'un produit induit une performance optimale ou la réussite maximale dans une activité notamment artistique, scolaire ou sportive ». Un certain nombre de publicités de ces dernières années se verraient interdites d'antenne. Plus possible de nous montrer un enfant qui, pour réussir son match de basket, pour draguer sa copine, pour réussir ses examens, prenait un bol de céréales. Voilà donc, quoi qu'il en soit, la mise à jour publique de quelques-unes des recettes mobilisées pour rendre désirable un produit alimentaire : mettre en avant son utilisateur en dénigrant toute altérité (le « Nous n'avons pas les mêmes valeurs » d'une célèbre marque de rillettes) ; rendre magique la consommation du produit (« Un yaourt et mon transit intestinal va déjà



beaucoup mieux, comme le montrent le schéma et mon sourire ») ; tout en le rendant substituable sur le plan nutritionnel (« seulement une calorie » pour le petit bonbon en boîte). Mais les adultes sont-ils moins crédules que les enfants ? Poser cette question, c'est pointer la contradiction au cœur de la rédaction de ces nouvelles règles déontologiques. Si la réglementation vise, de fait, la publicité pour enfants, l'argumentation qui la sous-tend n'est en rien exclusive à l'enfance ou l'adolescence. Elle concerne chaque consommateur.

La perte de repère est une des principales caractéristiques de notre pratique alimentaire, comme le note l'Institut de veille sanitaire, dans son « baromètre santé nutrition 2002 ». Sur un marché où les « objets comestibles non identifiés » selon l'expression du sociologue Claude Fischler, prolifèrent, les consommateurs n'ont plus les clés d'évaluation intuitive des aliments proposés. Et le consommateur de préférer le bio et l'allégé aux fruits, aux légumes et poissons.

Sur ces tendances de fond qui semblent faire consensus, on peut avancer également d'autres explications que celle de l'idéologie publicitaire, comme autant d'hypothèses de réflexion. Car, si les règles qui viennent d'être prises par les publicitaires ne sont en rien à dénigrer, il existe par ailleurs certains enjeux et problématiques inhérents à la technique, au cadre et au format de la publicité télévisée.

Un premier constat semble difficilement réfutable : l'asymétrie de visibilité des produits en vente sur le marché. Le radis ou la salade, ancrés dans des traditions alimentaires, ne font pas le poids face aux espaces publicitaires pour le prochain *aliment*. Ce n'est pas la pratique publicitaire qui est en cause ici, mais l'économie du système publicitaire. Des tickets d'entrée élevés tant pour l'achat d'espace que pour la production d'un spot et la rémunération d'une agence ne permettent pas des mises en publicité équivalentes. Se dessinent alors plusieurs canaux de transmission du comportement alimentaire nor-

matif. Mais des canaux plus ou moins fragiles, plus ou moins inscrits dans des pratiques ou des discours. Là aussi, la santé publique est en jeu. Rappelons que la publicité commerciale se construit autour du produit star et miraculeux. Chaque séquence publicitaire va donc nous proposer un aliment comme s'il était seul sur le marché, seul au monde. Un Robinson du désir et du choix. Le format publicitaire participe donc, lui aussi, à cette perte de repères. Le repas ne se fait-il plus alors par l'accumulation, la juxtaposition de produits que par une appréhension écologique de la nutrition ?

Questionner le discours ou l'idéologie véhiculée par la pub est un travail nécessaire, mais insuffisant. La publicité, en tant que médium, induit elle aussi des effets sur la valorisation des aliments. Réfléchir sur la mise en publicité d'une alimentation saine et intelligente devient alors un horizon à atteindre.

1. Source : SECODIP 2002 (Investissements publicitaires Grands Médias).

2. Disponible sur le site www.bvp.org.



Résumé : Les choix du paysan François Dufour, membre de la Confédération paysanne et vice-président d'Attac, témoignent de l'évolution de l'agriculture et des orientations de son syndicat. Une mobilisation urgente des consommateurs s'impose devant la disparition programmée de la paysannerie.

Résister

François Dufour

Paysan membre de la Confédération paysanne, 2^e syndicat agricole français (29 % des agriculteurs), syndicat « pour une agriculture paysanne et la défense de ses travailleurs »

Pratiques : comment êtes-vous passé de l'agriculture conventionnelle à l'agriculture biologique ?

François Dufour : Ma femme et moi nous sommes installés en 1976, en association sur une exploitation de 29 hectares dans la Manche en production laitière censée donner un revenu correct à nous et à nos 5 enfants. Je pratiquais alors l'agriculture conventionnelle issue des années 1960 dont les conséquences désastreuses sur le sol, la dépendance aux intrants (comme le soja des Etats-Unis) et, intolérable, aux Industries agroalimentaires (IAA) (1) auxquelles appartiennent nombre de responsables de la Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles en poste dans les organismes officiels agricoles, me font entrer en résistance. Je prends mon destin en mains et évolue vers l'agriculture paysanne que promeut la Confédération paysanne : choix de modes culturaux plus respectueux du sol (pour moi, ce sera l'agriculture biologique) et des hommes ; travail sur de petites superficies permettant, avec un revenu correct pour des produits de qualité, de lutter contre la désertification de pans entiers du territoire.

La dégradation des prix agricoles touche-t-elle l'Agriculture Bio (AB) ?

Depuis quelques années, les différents labels de qualité type AB et Appellation d'Origine Contrôlée sont emportés dans le tourbillon de la

mondialisation et subissent la même diminution catastrophique des prix que l'agriculture conventionnelle. De plus, la FNSEA (2) prétend détruire toute forme d'agriculture différente afin de mettre en place dominante son agriculture raisonnée, cette agriculture productiviste qu'elle a toujours menée, grosse consommatrice de pesticides, antibiotiques et OGM divers, et à l'idéologie exportatrice sur le marché mondial : c'est l'Agriculture Raisonnée (3) soutenue par les Chambres d'agriculture (4) et les complexes industriels chimio-semenciers.

Quelles sont les conséquences de la Politique Agricole Commune sur les petites exploitations ?

Le nombre insuffisant de nouvelles installations de jeunes agriculteurs et la disparition très rapide des petites exploitations, dont 72 % des terres vont aux grandes exploitations productivistes, génèrent un bouleversement rapide du paysage agricole, majoré par les décisions de la nouvelle PAC de cesser de lier les primes à la terre et au travail de cette terre, ouvrant ainsi la voie au trafic de primes et à la disparition de la paysannerie à court terme. Du fait de la mondialisation des productions agricoles, la circulation des marchandises sur de grandes distances entraînera un accroissement des risques sanitaires et l'exploitation des paysans pauvres isolés dont l'agriculture sera entièrement soumise aux industries agroalimentaires.



Comment les consommateurs que nous sommes peuvent-ils soutenir une agriculture de qualité comme le promeut la Confédération paysanne, quelles propositions pour un contrat agriculteurs-consommateurs ?

Il est urgent de mettre en place un contrat où votre aide serait liée à nos engagements visant à :

- 1 - adapter les volumes de production aux besoins des consommateurs et non des IAA (voir l'ABio et la rapidité de ses circuits en direction des consommateurs),
- 2 - garantir la qualité des produits par des labels tels les AB, AOC et produits fermiers, dont les organismes certificateurs officiels attestent de la conformité de la production avec les cahiers des charges correspondants (pas de logos fantaisistes),
- 3 - assurer la transparence des prix à l'étiquetage. Les prix à la consommation sont déconnectés par rapport aux coûts réels de production des denrées (dumping alimentaire et marges arrières des Boutiques du capital (5)). L'étiquette de chaque produit porterait trois mentions : son coût moyen de production + la rémunération du paysan = le prix d'achat du produit.

En contrepartie, l'engagement des consommateurs en faveur de l'agriculture paysanne de proximité dans le cadre des Associations pour le maintien de l'agriculture paysanne de proximité (AMAP) (6) est non seulement acte citoyen, mais également acte politique plus large obligeant les pouvoirs publics à assurer les conditions d'un commerce équitable, mettant fin aux abus de position dominante de la grande distribution. Il est urgent de choisir.

Propos recueillis par Anne-Marie Pabois

-
- 1.** Industries agroalimentaires : de la transformation des produits à la commercialisation (dont les grandes surfaces de vente).
 - 2.** FNSEA = Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles - syndicat majoritaire en place depuis l'après-guerre.
 - 3.** Agriculture Raisonnée = nouvelle appellation pour Agriculture Productiviste des années 60 mise en œuvre par la FNSEA.
 - 4.** APCA = Assemblée permanente des chambres d'agriculture (voir p. 7 revue ci-après).
 - 5.** Les boutiques du capital : dossier très documenté de la revue *Campagnes Solidaires* n° 181, janvier 2004. E-mail : campsol@confederationpaysanne.fr.
 - 6.** AMAP, partenariat avec les consommateurs-citoyens – 104, rue de Robespierre, 93170 Bagnolet – site : www.lesamisdlaconf.fr

Résumé : Il est possible de détecter des doses de plus en plus minimes de toxiques dans les aliments, mais l'absence d'une véritable politique de santé publique, de moyens pour une recherche toxicologique indépendante ne permettent pas d'évaluer correctement les effets néfastes des pesticides, des nitrites sur l'environnement et sur l'homme qui se trouve en bout de la chaîne alimentaire. Dans ce domaine également, les intérêts des industries agrochimiques priment sur ceux des consommateurs.

Les toxiques dans notre assiette

Entretien avec
Jean-François
Narbonne

Toxicologue, professeur à
l'université de Bordeaux I,
chercheur au CNRS, expert à
l'Agence française de sécurité
sanitaire des aliments

Pratiques : Les nitrates représentent-ils un danger réel pour notre alimentation ?

Jean-François Narbonne : Les nitrates représentent plus un problème environnemental qu'alimentaire. A l'état naturel dans les légumes, ils ne sont pas toxiques, c'est leur transformation en nitrites par des bactéries qui est dangereuse. Les nitrites peuvent provoquer une méthémoglobinémie(1) massive surtout chez les enfants, mais extrêmement rare en Europe, les légumes étant généralement conservés dans de bonnes conditions d'hygiène. En milieu acide, les nitrites, avec des acides aminés, forment des nitrosamines, fortement cancérogènes. Or, les végétariens qui consomment beaucoup de légumes et donc beaucoup de nitrates, développent moins de cancers de l'estomac que les autres : les pigments et la vitamine C des légumes empêchent leur transformation en nitrosamines. Par contre, une eau souillée par le lisier, riche en nitrates, est une eau de très mauvaise qualité, potentiellement dangereuse. Une étude de l'AFFSA montre qu'au dessus de 50 mg/l de nitrates dans l'eau, il y a augmentation des cas de cancers de l'estomac. D'autres études sont moins concluantes, mais, dans le doute, le principe de précaution exige le main-

tenir de ce seuil de nitrates dans l'eau. Par contre, on peut éléver celui des légumes.

Qu'en est-il du risque des pesticides ?

Les normes sont apparemment protectrices et respectées, mais l'évaluation des risques ne tenant pas compte des associations (la toxicologie a ses limites), on confronte expérimentation animale en laboratoire et constatations épidémiologiques sur le terrain. Mais il manque un vrai réseau de médecins généralistes recueillant les symptômes et signes cliniques de leurs patients. On commence simplement à étudier les problèmes de santé des agriculteurs et de leur descendance qui, eux, sont exposés à des doses importantes : troubles endocriniens comme les pubertés précoces, neurologiques comme le parkinson ou des malformations congénitales touchant les garçons essentiellement. Des pathologies endocriniennes existent en foyers correspondant à une eau fortement contaminée par certains pesticides, mais seule la collecte à grande échelle de données concernant les consommateurs permettrait un réel travail d'épidémiologie, même s'il est difficile d'évaluer les taux et les cocktails de pesticides vraiment

Toxiques affaires,
Noël Mamère
et Jean-François Narbonne,
Editions Ramsay,
avril 2001



consommés. Mais l'épluchage et la cuisson des légumes baissent la concentration en pesticides de 10 %.

En pratique sur quels critères sont déterminées les doses limites des toxiques dans les aliments ?

La procédure générale des définitions de valeurs limites se fait à partir d'études animales. Trois types de doses limites :

- La Dose de Référence Aigue qui est la dose mortelle.
- La dose répétée sur 90 jours provoquant un problème de santé chez le rat.
- La plus petite quantité de produit responsable de carcinogénèse durant la vie d'un rat. La Dose Journalière Admissible (DJA) pour l'homme en sera le 100^e, voire le 500^e pour un produit néphrotoxique ou hépatotoxique. Des seuils limites sont données en dessous desquels il n'y a pas de risque : 95 % des produits mis sur le marché sont conformes à la réglementation.

Pratiquer des bio-tests sur cellules humaines en contact direct avec les substances est l'idéal, mais nécessite des moyens financiers et, comme vous le savez, la toxicologie est le parent pauvre de la recherche publique et universitaire, sans argent et bientôt sans chercheur...

Mais que sait-on des risques de plusieurs pesticides associés ?

La toxicologie ne sait pas faire des études sur les risques cumulés. On commence à prendre en compte les différents produits en calculant les DJA de groupe, mais les produits persistants, comme le DDT sont remplacés par des produits biodégradables dont la « signature chimique » dans les tissus graisseux humains est introuvable ; et il faudrait rechercher leurs métabolites parfois aussi dangereux, sinon plus, que la substance mère. Le coût des études serait doublé ou triplé alors qu'il est déjà difficile de financer les études sur les pesticides ! Surtout quand on a des cocktails de produits dont les cibles sont différentes.

Par exemple, dans les mycotoxines naturelles du maïs, se trouvent en quantités infinitésimales un produit génotoxique, un autre perturbateur endocrinien et un troisième immunosuppresseur, association en théorie synergique en termes de cancérogenèse ; en pratique, on ne sait pas et on n'a pas les moyens d'étudier ce mélange, surtout à cette échelle microscopique.

Les conservateurs dans les aliments et plats préparés posent-ils des problèmes pour la sécurité alimentaire ?

D'une manière générale les conservateurs sont de moins en moins utilisés, car différentes techniques de conservation se sont développées, telle que la congélation. Dans certaines conditions, le benzoate utilisé comme conservateur peut se transformer en benzène à l'état de traces, mais ceci est vraiment marginal. Les produits dangereux ont été écartés : il existe une liste positive européenne et internationale des conservateurs et colorants sûrs pour la consommation. Les conservateurs alimentaires ne préoccupent pas les toxicologues au contraire des pesticides.

Dans votre livre *Toxiques affaires*, vous expliquez que ce n'est pas l'Education nationale, mais des établissements dépendant du ministère de l'Agriculture qui for-

ment (formatent) les jeunes étudiants au monde agricole sur le modèle « productiviste » et c'est inquiétant ! Quelles sont les alternatives pour ceux qui entendent cultiver autrement ?

Après guerre, pour amener la France à l'autosuffisance, on a créé un véritable « monde à part » pour les agriculteurs : une Mutualité sociale agricole, un





enseignement spécifique dans des collèges et lycées agricoles, une banque (le Crédit agricole), un institut de recherche (l'Inra) et un ministère de l'Agriculture qui s'est comporté comme un gouverneur de colonie ! Difficile d'échapper à la pensée unique dans ce contexte, mais ça commence à changer. Le lobby « maïs-lait » est extrêmement puissant : on a réussi à faire interdire l'insecticide le Gaucho dans la culture du tournesol, car c'est une filière annexe, mais le ministère a refusé catégoriquement pour le maïs, quels que soit les risques pour la santé publique. La commission des toxiques en agriculture (comtox) dépend toujours du ministère de l'Agriculture et ne fait pas partie de l'Affa qui pourtant regroupe les institutions et experts travaillant sur tout ce qui touche à la santé et l'agriculture. Elle ne joue pas du tout le rôle de la transparence, les rapports ne sont pas diffusés comme celui sur le « Régent », pesticide non seulement dangereux pour les abeilles, mais également pour l'homme. Et ceci sans aucune contestation citoyenne...

Qu'en est-il du « cahier de traitements » tenu par les agriculteurs ?

Ce registre, consignant les traitements pesticides appliqués par les agriculteurs, a toujours été refusé par la FNSEA, rendant ainsi toute transparence impossible. Aujourd'hui, la pression sur les producteurs vient des consommateurs et surtout des distributeurs de grandes marques de produits agro-alimentaires exigeant la tenue d'un cahier de traçabilité. Comme d'après la dernière directive européenne « la conformité à la loi ne disculpe pas chaque opérateur de la filière », chacun est responsable de l'innocuité du produit et conscient du risque final qu'il fait courir au consommateur, les grands groupes de distribution jouent le rôle du ministère de l'agriculture et de l'Etat en exigeant qualité et surtout traçabilité des produits alimentaires : prendre des risques sans se laisser prendre, comme le disait en simplifiant le GATT 1989.

Les revues scientifiques font irruption dans le débat sur la sécurité alimentaire, par exemple l'article sur les saumons d'élevage dans la revue *Science*.

Il y a 2 ans est née une polémique au sujet de l'acrilamide contenue dans les chips, les frites et le café : si aucune preuve de risque majoré de cancer n'existe chez les salariés en contact avec ce produit, par contre nous inquiètent les produits néo-formés par les modes de cuisson de substances potentiellement mutagènes. De toute façon, les crises vont se répéter : les seuils de détection, de plus en plus sensibles et bas, trouvent maintenant à l'état de trace des substances pour lesquelles on ne peut pas dire si elles sont dangereuses ou non à cette concentration. Pour les dioxines, on est arrivé à des picogrammes par kilo et, à ces doses là, on observe peu d'effets cancérogènes, mais une action sur les cellules du système nerveux des enfants. Pour les saumons d'élevage et les sauvages vivant au même endroit, la contamination en Poly-Chloro-Biphényles (PCB) est la même, c'est un problème de pollution de l'eau. Mais l'étude américaine a comparé des saumons d'élevage de Norvège avec des sauvages d'Alaska : les eaux n'ont pas la même pureté ! C'est une affaire très bien orchestrée par des lobbies américains pour conclure que la seule solution est de nourrir les saumons d'élevage avec du soja transgénique. D'une manière générale, pour tous les poissons pêchés, la DJA en PCB est passée de 5 microgrammes en 1990 à 20 nanogrammes en 2000. Les poissons carnivores qui sont en bout de chaîne alimentaire sont, bien sûr, plus contaminés que les herbivores, d'où l'interdiction de la pêche en mer Baltique trop polluée et polluante pour les poissons. D'une façon très provocante, imaginons que l'homme soit anthropophage, pourrait-il manger de l'homme sans s'intoxiquer ? Plus sérieusement, qu'en est-il du lait maternel, de sa teneur en toxique ? On parle des PCB, héritage du passé qui persistent dans notre environnement. Par contre, silence sur les polybromés qui



ont remplacé l'amiante, dont la DJA ne peut pas être déterminée alors qu'ils sont des perturbateurs thyroïdiens et se trouvent dans les ordinateurs, dans les appareils d'imagerie médicale. Mais s'attaquer aux polybromés, c'est s'attaquer à la grande finance. Et *Science* n'a jamais rien publié là-dessus, alors que des communications scientifiques existent.

Pour conclure, pensez-vous que nous mangeons mieux en 2004 qu'il y a 50 ans ?

On assiste malheureusement à une inversion des choses. Ce sont maintenant les pauvres du Nord comme du Sud qui souffrent d'obésité, de diabète. Ils vont acheter de la nourriture sans savoir lire les étiquettes, sans information nutritionnelle, avec des slogans publicitaires plein la tête et ont, de ce fait, une alimentation aberrante. A l'inverse, les riches se soucient de leur

santé et de leur équilibre nutritionnel : on est loin de l'image d'Epinal du « gros plein de soupe » capitaliste !

La qualité des produits biologiques va aller croissant, car maintenant ce sont les terrains et bien-tôt l'eau d'arrosage qui seront analysés pour garantir la non contamination des légumes.

La sécurité alimentaire passe par la formation du citoyen à l'école, mais aussi par celle des médecins qui n'ont pour l'instant aucun enseignement en toxicologie ou en nutrition. Il est nécessaire qu'il y ait un bon réseau d'épidémiologie chez les médecins généralistes afin d'avoir une meilleure politique de santé publique.

Propos recueillis par Dominique Tavé

1. L'hémoglobine ne peut plus fixer et transporter l'oxygène dans le sang.

Résumé : Entre 1987 et 1996, surpoids et obésité augmentent en France dans toutes les catégories de communes, mais l'augmentation se manifeste surtout dans les grands centres urbains, les populations en situation de précarité sociale et, caractéristique française, selon des particularismes régionaux. Cet article de Gérard Salem, Stéphane Rican et Marie-Laure Kurzinger a fait l'objet d'une publication in extenso dans *La recherche*, 330, avril 2000, p. 31-36.

Le corps dans tous ses états

L'inégale géographie de l'obésité

Gérard Salem

Enseignant à l'université
Paris X - Nanterre,
géographe et épidémiologiste,
directeur du laboratoire
Espace, Santé et Territoire

A l'approche de l'été, magazines et laboratoires de cosmétiques nous rappellent les canons de la beauté : chasse à la cellulite et autres capitons, vive les ventres plats ! On mêle fréquemment des arguments de santé publique à ces diktats esthétiques : l'obésité et le surpoids ne toucheraient pas seulement le moral, mais aussi la qualité de vie et même l'espérance de vie. Il est vrai que l'obésité et le surpoids constituent un phénomène majeur dans les pays du Nord. N'est-on pas amené aux Etats-Unis à réviser les dimensions des douches, des sièges de WC et d'avion ! De même en Europe, une enquête importante (réalisée dans des cabines d'essayages de magasins de prêt-à-porter) vise à réviser les tailles de vêtements. Le nombre croissant d'hospitalisation de grands obèses pose même des problèmes aux structures de soins parce que les lits, voire les IRM, ne sont pas adaptés. La situation en France est un peu spécifique : on a longtemps nié que le pays de la bonne bouffe pouvait connaître les mêmes affres que les pays macdonaldisés et cocacolaisés. Dans un numéro consacré à l'épidémie d'obésité, *La Recherche* a battu en brèche cette idée reçue. Depuis, plusieurs études menées ont confirmé que le surpoids et l'obésité touchaient aussi la France. On s'en est assez ému pour qu'on propose enfin de remplacer les dis-

tributeurs de boissons sucrées par des fontaines d'eau et les ventes de viennoiseries par celle de fruits. En France, le nombre d'enfants et de jeunes adultes obèses a plus que doublé depuis les années 80.

Un lien avec le niveau social

L'augmentation importante des taux d'obésité est à mettre en relation avec des changements de mode et de cadre de vie : urbanisation, sédentarité, modification des habitudes alimentaires, déstructuration des repas familiaux, vogue croissante des aliments sucrés ou gras, etc. Les travaux menés ces trente dernières années ont montré que cette pandémie ne touchait pas également toutes les classes sociales : la prévalence d'obésité est globalement plus élevée pour les populations en situation de précarité sociale. En France, la prévalence de l'obésité est plus importante pour les catégories socio-professionnelles moins aisées : on comptait, en 2000, 7,3 % de cadres supérieurs obèses contre 10,1 % d'ouvriers. L'effet des revenus est net, la prévalence d'obésité étant de 8,3 % pour ceux ayant un revenu supérieur à 2 287 euros/mois et de 10,4 % pour ceux ayant des revenus inférieurs à 305 euros/mois. La proportion d'enfants de six ans obèses est supérieure en ZEP (5,5 %) que dans les autres secteurs scolaires (3,5 %).

Une géographie qui s'affirme

Au-delà des statistiques globales, les recherches doivent tenir compte des particularismes régionaux qui caractérisent la France : on ne boit pas et on ne mange pas partout de la même façon en France. Dans le cadre de la réalisation du premier *Atlas de la santé* en France, les auteurs réalisent une étude géographique des états nutritionnels et des comportements alimentaires. Le présent article traite de la géographie des indices de masse corporelle grâce aux données enregistrées par les médecins militaires lors de la visite médicale de conscription, dite « des 3 jours ». Elle concerne plus de quatre millions d'individus dont on connaît le poids, la taille, ainsi que la commune de résidence au moment de la visite médicale sur la période 1987-1996. L'analyse des prévalences de 1987 à 1996 réserve une double mauvaise surprise. Tout d'abord, les prévalences de maigreurs ne sont pas négligeables en France et ont tendance à stagner. Si ces prévalences correspondent grossièrement à celles des populations standard, elles n'en révèlent pas moins un possible problème de santé publique. Mais surtout, les prévalences d'obésité sont en augmentation constante, quel que soit le seuil retenu : le pourcentage de jeunes présentant un IMC supérieur à 25, seuil particulièrement pertinent pour une population aussi jeune, est passé de 11,5 en 1987 à 16,5 en 1996. Un phénomène analogue apparaît au seuil de 27 : les prévalences passent de 4,7 en 1987 à 8 % en 1996. Le taux d'obésité ($IMC \geq 30$), double entre 1987 et 1996. Les affirmations optimistes sur la bonne santé nutritionnelle des jeunes Français semblent bien loin... Le phénomène est-il spécifique aux concentrations urbaines, là où pullulent les hauts lieux de la malbouffe ? L'analyse des prévalences par catégories de communes infirme cette idée reçue : quelle que soit l'année considérée, il semble exister un lien inverse entre surpoids et taille de la commune ; autrement dit, plus petites sont les communes, plus fortes sont les prévalences de surpoids. Second enseignement, quelle que soit la taille des communes, les prévalences sont bien en croissance régulière. Entre 1987



et 1996, elles augmentent dans toutes les catégories de communes avec des augmentations plus élevées dans les communes plus urbaines. A la lumière de ces chiffres, force est donc de constater que l'obésité et le surpoids sont devenus un problème majeur en France. Si le surpoids et l'obésité sont nettement plus marqués dans les zones rurales que dans les zones urbaines, il va sans dire que les grands effectifs d'obèses s'observent dans les centres urbains et, plus encore, dans les plus importants centres urbains.

Première échelle d'analyse : les régions

Les cartes de 1987 et 1996 marquent une similitude qui, pour une géographie de la santé, offre un caractère exceptionnel : d'une région à l'autre, la prévalence de surpoids peut varier du simple au double. Une telle amplitude est rarement observée à cette échelle pour d'autres indicateurs de santé, par exemple la mortalité.

La carte de 1987 coupait la France en trois : un ensemble de très faibles prévalences composé de la Bretagne, des Pays-de-Loire et de la Basse-Normandie ; un quadrilatère de prévalences



moyennes dont les sommets seraient les régions Nord-Pas-de-Calais, Alsace, Midi-Pyrénées et Aquitaine ; un arc méditerranéen de faibles prévalences associant Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte-d'Azur. Dans ce paysage, deux régions sont atypiques : les prévalences exceptionnellement fortes de la Corse contrastent avec les faibles valeurs d'Île-de-France.

La carte de 1996 fait apparaître une véritable généralisation de taux forts qui, neuf ans auparavant, semblaient le fait du seul Sud-Ouest. Les régions composant le grand nord de la France (Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Basse-Normandie et Champagne-Ardenne) présentent les plus fortes prévalences du continent. Les prévalences élevées constituent désormais une règle générale à laquelle le seul le grand Ouest français, particulièrement la Bretagne, semble échapper. L'évolution très rapide des régions méditerranéennes est particulièrement préoccupante et pourrait être mise en relation avec des phénomènes de précarité sociale et des chan-

gements dans les habitudes alimentaires notamment chez les jeunes urbains du Sud qui tendent à délaisser le régime méditerranéen.

Deuxième échelle d'analyse plus fine : les zones d'emplois

Définies par l'INSEE selon le critère d'attraction maximale entre les communes de domicile et les communes de travail, inscrites dans les frontières régionales, il y en a 348 avec chacune au moins 25 000 actifs. Des travaux précédents ont montré que cette échelle est tout à fait pertinente pour analyser les disparités de santé ; elle définit à bien des égards l'aire de vie de populations qui, parce qu'elles présentent de nombreux traits communs, sociaux, économiques, culturels, affichent des indicateurs de santé assez homogènes. Ces cartes montrent le même processus d'épidémisation du surpoids : près d'un jeune sur cinq est en surpoids dans la majorité des zones d'emploi en France ! Les zones concernées sont pourtant de types très diffé-



rents : aux taux forts de la France des mines et de la sidérurgie correspondent d'autres taux forts dans l'Auvergne la plus rurale et les contreforts pyrénéens. Cette carte évoque donc plusieurs types de surpoids, fonction des habitudes alimentaires et alcooliques régionales et des modes de vie urbains et ruraux. L'élément le plus frappant dans ces cartes réside dans les larges plages de zones d'emplois qui sont contigües et affichent des taux équivalents. Cette structure spatiale renvoie à des ensembles socioculturels homogènes qui s'embarrassent peu des découpages administratifs régionaux. Certaines régions dont la personnalité est très marquée présentent des taux semblables : globalement forts dans le Nord-Pas-de-Calais, globalement faibles en Bretagne. Inversement les régions qu'on sait partagées entre plusieurs voisins expriment ces attaches au travers des taux de surpoids. Le nord de la Picardie se rattache au Nord-Pas-de-Calais, le sud à l'Île-de-France, le Limousin oriental se situe dans les taux auvergnats, tandis que sa partie occidentale se rattache au Poitou-Charentes. Une géographie plus fine encore se révèle : le cœur de la Bretagne se distingue du reste de la région, Strasbourg de l'Alsace et la vallée de la Moselle de la Lorraine. Pour être efficace, une action de santé publique pourrait-elle ignorer cette répartition géographique des risques ?

Troisième échelle : les unités urbaines de plus de 20 000 habitants

Si le calcul par catégorie de communes a mis en évidence des taux d'autant plus forts que la taille de la commune est réduite, les taux d'urbanisation et la hiérarchie du réseau urbain varient considérablement d'une région à l'autre. Cette statistique nationale cachait donc probablement un effet régional majeur. De fait, les cartes à l'échelle des unités urbaines montrent que les taux de surpoids sont moins fonction de la taille de l'unité urbaine que de l'appartenance régionale. Ainsi deux villes du Nord, de la Bretagne ou de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, quelles que soient leurs tailles ou fonction urbaines, se

ressemblent plus que deux villes de taille équivalente aux deux extrémités de la France. Ce constat milite donc en faveur de comportements régionaux, ce que de trop rares études sur les spécificités dans le boire et le manger ont montré. Cette piste de recherche semble d'ailleurs contradictoire avec l'idée répandue d'une uniformisation des comportements alimentaires en France, via les McDonald's et autres fast-foods, ou d'une homogénéisation des comportements alcooliques, via la consommation de whisky.

La carte de 1996 ne permet pas de répondre sur les changements dans les façons d'être à table. Elle met en revanche clairement en évidence une généralisation des taux forts de surpoids dans les centres urbains, à la seule exception du grand Ouest français. Si les unités urbaines qui connaissent des taux importants en 1987 (Haute-Normandie, Nord-Pas-de-Calais, Champagne, Aquitaine, etc.), voient ces taux augmenter encore, la situation la plus inquiétante est, encore une fois, celle de l'arc méditerranéen qui ne connaît pas ou peu de surpoids en 1987 et qui, en 1996, présente des taux équivalents à ceux du Nord. Il est difficile de ne pas rapprocher cette géographie de celle des zones en difficulté sociale et économique. Les processus de précarisation font-ils du surpoids et de l'obésité une maladie de pauvres, comme l'ont montré des travaux nord-américains, voire une pathologie de la mal-vie ? L'obésité et le surpoids sont entrés dans les normes sociales américaines comme en témoignent les publicités affichant des personnes en net surpoids, ou encore la multiplication de vêtements XXL. L'évolution, plus lente et plus contradictoire en France, reste sous étudiée.

Bibliographie :

- Salem Gérard, *La santé dans la ville*, Karthala, Paris 1999.
 Salem G., Rican S., Jouglé E., *Atlas de la santé en France*. Vol 1 : Les causes de décès, Paris : John Libbey Eurotext, 2000.
 Jouglé E., Salem G., Gancel S. : *European Atlas of Mortality*, Eurostat Editions, 2004.

Résumé : Déjeuner à l'école fut pour beaucoup un mauvais souvenir mêlé d'odeurs de purées et de soupes immangeables. A l'heure actuelle, des familles démunies ne peuvent laisser leur enfant manger à l'école. Pourtant, la restauration scolaire se perfectionne. Les textes européens et nationaux ont édicté des normes en matière de traçabilité et de contrôle des risques, mais de longs chemins restent à parcourir pour qu'existe Harmonie dans les restaurants scolaires et pour que « manger à la cantine avec les copains et les copines » devienne un droit et soit un vrai plaisir. Et pourtant, les choses peuvent changer...

Il était une fois une cantine qui rêvait d'être heureuse

Myriam Gandino

Directrice de la caisse des écoles du 4^e arrondissement de Paris

La situation à mon arrivée

Dans les cuisines, c'était une situation banale. Peu d'échanges, pas de lieux d'expression, des cuisinières agressives, peu d'information aux familles. Et entre l'administration et le personnel de cuisine, c'étaient deux mondes différents.

Les menus aussi posaient un problème. Avant, ils étaient élaborés par la directrice. Maintenant, on applique la loi. C'est devenu un métier de faire des menus. Alors une diététicienne a été embauchée. Il y a des règles à respecter qui tiennent compte de l'équilibre nutritionnel, indiquent la fréquence de certains plats. Le Plan National Nutrition Santé a constaté, chez les enfants en France, des carences en vitamines, en fer et en calcium. Il a donc préconisé d'accroître l'apport de fruits, de légumes et de laitages, ce qui a été fait dans les nouveaux menus.

Avec les fournisseurs, nous avions aussi une situation problématique. Le marché de denrées était routinier, pas dynamique : c'était un marché acquis. Le nouveau marché d'appel d'offres a permis de mettre en concurrence les fournisseurs sur des critères qualité produits et de traçabilité. Des fiches produits leur ont été demandées. Ainsi, on a acheté de nouveaux produits, des volailles « Label rouge », du bœuf race à viande, des fromages et des laitages frais, huile d'olive, diverses salades... Enfin, il n'y avait, d'une façon générale, aucun travail d'équipe, les personnes se côtoyaient sans se rencontrer, sans aucune notion d'organisation, de

travail en commun. J'ai commencé par faire une analyse de l'existant, puis un projet d'organisation de l'ensemble (1). J'ai provoqué des rencontres. Il y a d'abord eu une réunion avec les chefs de cuisine : elles ont été convoquées à la Caisse des écoles, par courrier. Pour elles, c'était un événement ! Je leur ai d'abord expliqué comment on allait travailler. Puis, j'ai réuni l'ensemble du personnel en présence de la Présidente de la caisse des écoles (2). Ce fut une rencontre mémorable. L'élu a tenu bon, elle a affirmé avec conviction qu'elle allait défendre la qualité du service et la sécurité, qu'on allait travailler dans ce sens, ensemble. Et la volonté affirmée d'un élu, ça compte !

La force de conviction des élus

La Présidente de la caisse des écoles leur a tenu des propos motivants : « Ce sont nos enfants... ». Et c'est ça qui manquait jusqu'à présent. Leur parler aussi de l'éducation au goût, de l'importance de la qualité du service à table et de l'ambiance au restaurant scolaire. Cela n'a pas été simple d'introduire les fruits, les légumes... Il faut dire qu'il y a eu beaucoup de réticences, certaines venaient même de la part des enseignants. En disant que les enfants ne mangeaient pas (on utilise beaucoup les enfants !), qu'ils n'aimaient pas les légumes et les fruits, qu'ils préféraient manger des frites, du poisson pané, des plats en sauce .

Le changement se heurte toujours aux habitudes.



La peur du changement

Avec le personnel, cela s'est traduit parfois par des refus. A la question « Pourquoi faites-vous cela ? », les réponses étaient « Parce que on a toujours fait comme ça ». En cas de nouvelle nomination, certaines n'acceptaient pas que l'ancienneté ne soit plus le seul critère et qu'il fallait maintenant tenir compte du savoir faire et du savoir-être.

En leur disant « Maintenant on va faire autrement », on leur signifiait que leur travail jusque là était mal fait ? Non, justement, j'ai fait très attention à ça, de partir des acquis, parce que les choses se faisaient tout de même ; il a bien été question d'améliorer l'existant.

Voir le changement

C'est en se déplaçant sur le terrain qu'on peut voir les choses ! Il faut être là, goûter à tous les plats, discuter, ce n'est pas évident... et pourtant, il faut venir observer, voir, si les enfants mangent, si les denrées sont jetées dans les poubelles et en quelle quantité... Petit à petit, les choses ont changé. Les légumes, ça reste toujours un peu difficile. Mais je dis aux cuisinières « C'est normal, le goût, ça vient peu à peu... »

L'implication progressive des parents

Un autre combat a été d'inviter les parents à participer. Une commission de restauration a été mise en place. Lorsque le directeur d'école m'y invite, je vais aux réunions des Conseils d'école quand une question de restauration est à l'ordre du jour. Pour sensibiliser les parents, l'information a été développée notamment par la distribution des menus mensuels dans le cartable de chaque enfant, par l'élaboration et la diffusion dans les écoles d'une brochure d'information, d'un nouveau règlement explicitant le mode de calcul du quotient familial, par la mise à disposition de plaquettes ludiques et informatives (3)...

Chacun a droit à son repas (4)

Afin de permettre l'accès au repas à toutes les familles quelque soient leurs revenus ou leur

condition sociale ou professionnelle, les élus ont décidé d'instaurer un tarif symbolique. Pour les personnes mises brutalement au chômage ou pour les familles qui se trouvent momentanément en difficulté, il est possible désormais de revoir le tarif en cours d'année.

Le changement dans les méthodes de travail

Les changements sont multiples. Par exemple, on a introduit la variété, mais aussi acheté du matériel plus performant (balais raclette, four mixte), des légumes frais 4^e gamme, c'est-à-dire fraîchement épluchés, mais en sachets. Les cuisinières ont un travail plus simple, elles n'ont plus à porter des sacs de pommes de terre ni à les éplucher ; elles font davantage de service et d'entretien. Il y a aussi une reconnaissance nouvelle de leur travail : elles disent être contentes de préparer quelque chose de bon.

Ce qui a changé aussi, c'est le lien au travail. Avant, elles venaient un peu travailler quand elles voulaient. Il a fallu rétablir les choses, rappeler qu'il y avait un contrat, donc aussi des devoirs... J'ai dû recevoir au début quelques personnes, à mon bureau.

Le fait de me déplacer dans les cuisines, de venir les écouter, a permis d'améliorer beaucoup les relations. Et elles disent qu'elles apprécient de pouvoir s'exprimer. D'autres projets motivants ont aussi contribué à valoriser l'équipe. Cuisiner avec des aliments de qualité, organiser des semaines à thème telle « les légumes du potager » ou des menus européens... et aussi les formations en hygiène, en ergonomie (5), les groupes de travail transversaux sur l'optimisation de l'emploi des produits d'entretien, la création d'un document d'accueil... tout cela leur donne le sentiment de compter.

Le coût engendré

Tout cela a un coût. On ne l'a pas répercuté encore sur les familles, mais on va le faire. Le coût moyen d'un repas, toutes dépenses incluses, est passé de 5,49 € à 5,90 €. Cela semble être dans les prix moyens et même modéré si l'on en croit



l'article publié dans *Marianne* en novembre 2003. Ailleurs, on ne connaît pas trop les coûts. Les familles payent selon leur quotient familial en fonction de leurs revenus. Les tarifs peuvent aller jusqu'à 3,26 euros, soit 55 % du coût total. Il y a des modes divers de gestion, directe comme ici ou déléguée à une société... avec un avantage à faire les choses soi-même, car on peut plus facilement intervenir sur le choix des aliments.

Le coût du changement, c'est aussi ce que chacun apporte, sa contribution et son dévouement au Service Public

Des projets

L'amélioration de ce service se fait peu à peu et par étapes. Il faut être ferme et vigilant car rien n'est acquis d'avance, ni définitivement.

Des projets nouveaux sont en mûrissement. L'ambition que s'est donnée l'établissement est

d'affermir le travail dans le sens du goût et du plaisir et d'amener les enfants à être un jour explorateur et Gourmet.

Propos recueillis par Geneviève Barbier

1. Chaire d'Organisation au CNAM. Pesqueux@cnam.fr. Séminaire en 2004 avec M. Bonnafous Boucher.

2. La Présidente de la caisse des écoles est la Maire de l'arrondissement.

3. Extrait Article 25 de la Déclaration Universelle des Droits de L'Homme (1948) : « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être, et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux, ainsi que pour les services sociaux nécessaires. Elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. »

4. Plaquette du CIDIL, 42, rue de Châteaudun, 75009 Paris - <http://www.cidil.fr>.

5. Formation « gestes et postures » avec Ergonalliance.

Les enjeux de la restauration scolaire

Didier Bernard

Président de la Fédération des conseils de parents d'élèves des écoles publiques (FCPE) des Hauts-de-Seine

La restauration scolaire concerne à peu près six millions d'élèves de la maternelle au secondaire, ce qui fait tout de même 1 élève sur 2 et un milliard de repas ! C'est dire son importance. On comprend que ce marché puisse attirer bien des convoitises et qu'on puisse ça et là constater un certain nombre de dérapages.

Plusieurs questions guident notre réflexion. Tout d'abord la sécurité alimentaire : même si le risque zéro n'existe pas, elle doit faire l'objet d'une vigilance permanente. Aujourd'hui, outils et procédures permettent la maîtrise des risques. Dès lors, la traçabilité des aliments doit être garantie pour tous les aliments, cela implique en particulier la transparence.

La participation des parents et des élèves, dans la composition des menus, dans l'observation de la

fabrication des repas, mais aussi sur les questions économiques, doit être permanente, de tous les instants et institutionnalisée.

D'autre part, le repas est une source de plaisir et, pour les enfants, un moment privilégié de partage et de création de liens amicaux. C'est l'occasion aussi de favoriser l'éducation au goût et l'apprentissage de l'équilibre alimentaire. Les conditions matérielles dans lesquelles sont pris les repas méritent aussi une réflexion : horaire, durée, niveau sonore, notamment.

Enfin, il faut rappeler la vocation sociale de la restauration scolaire : trop d'enfants de milieux défavorisés ne la fréquentent pas pour des raisons économiques ou culturelles. Ce serait dommage que les pouvoirs publics négligent cet aspect important de la vie scolaire.

FCPE
71, rue Guynemer
92130 Issy-Les-Moulineaux
D.BernardFCPE@wanadoo.fr

Résumé : Partant du constat que les enfants mangent mal, un projet est mis en place sur l'école auprès des enfants de 4 à 6 ans et de leurs parents. La richesse de ce projet réside dans la variété des acteurs impliqués : parents et enfants, mais aussi instituteurs, service de protection maternelle et infantile, médecine scolaire, jardinier, cuisiner (et bien d'autres). Le but sera atteint lorsque les rapports poids-taille des enfants, mais aussi leurs habitudes alimentaires, seront durablement améliorées...

A l'école de la nutrition

Ce projet est né après un constat établi entre les enseignants, les médecins de PMI et de l'Education Nationale : des collations déséquilibrées et anarchiques dans la matinée et un surpoids repéré de plus en plus tôt.

Destiné à des enfants de quatre ans scolarisés en maternelle et leurs familles, il fait le choix de s'adresser à des enfants jeunes, car ils n'ont pas encore d'habitudes alimentaires et d'associer leurs parents facilement par des actions ludiques au sein de l'école.

Protocole : cent enfants vont former le groupe pilote qui sera suivi de la moyenne section de maternelle au CM2. Quatre cents enfants de ces groupes scolaires profiteront des actions collectives. Les IMC (Indice de Masse Corporelle qui évalue la croissance) des enfants de quatre ans seront collectés sur tout le département.

Les critères d'évaluation sont : l'IMC, les questionnaires de nutrition en moyenne section, en grande section, en CP, en CE2, en CM2.

Première étape : changer les comportements

- Les parents ont accepté de ne plus apporter de gâteaux en classe et d'éviter les bonbons.
- Les mairies ont accepté de modifier le contenu des collations qui étaient à base de laitages pour des fruits.
- Les enfants arrivent le matin, collent sur un tableau le type d'aliment pris avant l'école. Puis, avec l'enseignant, dégustation de fruits avec laitages ou pain si besoin. Ceci terminé avant 9 h 30.

Deuxième étape : une fontaine à eau dans chaque école : très appréciée des petits là où elle a été installée !

[Ou comment harmoniser les désiderata des enseignants, les emplois du temps des services techniques concernés (plombiers et électriciens) et les autorisations administratives...]

Troisième étape : des actions variées qui unissent parents et enfants dans le lieu de vie qu'est l'école :

- Jardinage : après avoir trouvé un terrain (par les associations « jardins familiaux »), les enfants ont découvert avec enthousiasme la terre, le rythme des saisons, les légumes avec Jean-Luc, le jardinier d'une association (maraîchage biologique), qui leur explique patiemment les mystères de la nature. Chacun reconnaît les poireaux, les bulbes qu'il a plantés avec papa ou maman et les surveille chaque jour.
- La diététicienne leur fait sentir, toucher, vérifier la texture des légumes d'automne (citrouilles...) et des fruits (pommes, poires, noix, noisettes...) avec maman qui apprendra des recettes délicieuses et originales avec le cuisinier.
- Le cuisinier met en pratique les acquis des petits : recettes équilibrées sur le plan nutritionnel avec les légumes ou fruits de saison.

Actions collectives :

- Petit déjeuner collectif avec l'aide de la Cram (fruits et légumes, graisses), parents et enfants concoctant un petit déjeuner équilibré.
- Repas pédagogique au restaurant du Centre de formation des apprentis (CFA) ou du lycée hôtelier selon la ville.
- L'activité physique sera développée en grande section, comme de venir à pied à l'école.

Une étude statistique des résultats sur les groupes témoins et pilotes va nous permettre de mettre ou non en évidence l'importance et la nécessité de mettre en place des actions précoces et ciblées sur la cellule familiale. Ce projet a débuté en octobre 2003 grâce au cofinancement de la Drass, de la Cram, des mairies et du conseil général. Il doit se poursuivre pendant deux ans. Les premières évaluations sont positives et encourageantes.

La vraie richesse

La multiplicité des partenaires locaux pourrait être un écueil et pose des problèmes d'organisation, mais, en même temps, apporte une vraie richesse : échanges de pratiques, idées nouvelles, sollicitations de nouveaux partenaires (associations, crèches, etc.).

Chantal Delcourt

*Médecin de PMI,
Louviers (Eure)*

Résumé : Claude Sicre, troubadour de son « pays », est à l'origine, en 1991, du premier repas de quartier. Il s'est déroulé dans Toulouse, à Arnaud Bernard, quartier très actif et riche en vie associative. L'idée de ce projet est une vraie stratégie car, paradoxalement, il n'est pas si simple de faire se rencontrer des gens de tous horizons sur le critère du voisinage et non de copinage avec comme seule ambition leur rassemblement, sans aucun préjugé sur la teneur des discussions, sans mot d'ordre, autours de plats à faire goûter. En réponse au déclin des liens traditionnels entre les gens, le repas de quartier apparaît comme un des meilleurs antidotes à la montée de l'indifférence, de l'exclusion.

Les repas de quartier d'Arnaud Bernard

Claude Sicre

Troubadour

Le partage des plats et l'ouverture à l'autre

Sur le plan de l'alimentation, les repas de quartier ont amené les gens à discuter sur la qualité des produits, les différents modes de cuisson, le bio.... mais aussi à découvrir des problèmes de santé, des maladies à travers les plats qu'apportaient leurs voisins de table. Ça a permis également pour certains de revoir en partie leur façon de s'alimenter. Mais, bien sûr, pour les personnes isolées, âgées, le plus important a été ce moment collectif, de partage et de réjouissance du repas, car c'est parler avant tout qui compte.

L'ouverture aux autres a été facilitée par les plats « exotiques ». Les saveurs et les ingrédients inconnus ont apporté le plaisir des échanges difficilement possibles en temps ordinaire.

De ces rencontres sont nées des projets spontanés d'élaboration collective de plats pour les prochains repas, des histoires amoureuses, un groupe de musique...

Pour beaucoup ce fut un émerveillement, la découverte que des changements dans la société sont possibles chez soi, tout de suite, sans moyens, c'est du fantastique social réalisable !

Le civisme, les difficultés

Le repas se fait au vu et au su de tous, dans un endroit de passage, pour associer au fur et à

mesure de plus en plus de gens possible qui ne se connaissent pas et qui pourtant doivent s'organiser pour les chaises, tables et couverts. Avec le repas de quartier, c'est le collectif lui-même qui crée une situation de problèmes ou de conflits. Par exemple, il y a débat sur le bruit, les ordures que génère un repas en extérieur et ça amène à discuter du nettoyage du lieu, mais aussi de la propreté du quartier en général et de la responsabilité de chacun. Il faut associer, avertir tout le monde, les commerçants, les riverains, n'exclure personne. Ce sont des occasions de débats et de pédagogie civique que les gens se donnent dans l'action.

Le « métissage » des gens est parfois difficile, ceux qui se connaissent ont tendance à se regrouper. « Les organisateurs » dès le début ont été vigilants au problème de ghettoïsation, les SDF d'un côté, les curieux-voyeurs de l'autre. Toutefois, les gens circulent bien pour goûter les plats et échanger des recettes.

Anonymat et communauté

Un repas de quartier, c'est fait pour créer une communauté temporaire, le temps du repas et de ses retombées, communauté qui ne préexiste pas, à cause de l'anonymat, et qui ne durera pas, parce qu'il y a beaucoup de passage, de gens qui

Association Carrefour culturel
5, rue Armand-Bernard
31000 Toulouse
Tél. : 05 61 21 11 16
Fax : 05 61 13 68 23
www.arnaud-bernard.net



ne viennent pas au repas, qui bougent. L'anonymat (ce n'est pas toujours un mal) est sécrété par la mobilité des gens qu'elle soit géographique, sociale, culturelle ou familiale. Le repas crée un contre-pouvoir à cet anonymat grâce à la création de communautés éphémères. Même si les liens se distendent vite, il y a malgré tout une avancée de l'inter connaissance et un noyau stable de gens qui se forme et se reforme. De ce fait, une mémoire se véhicule, une mémoi-

re de la solidarité, donc une pratique de la solidarité. C'est un acte éminemment politique.

Maintenant, beaucoup ont repris l'idée pour l'intégrer à leurs activités d'intérêt général. Le premier vendredi de juin est la date nationale des « repas de quartier dans toute la France », cette année ce sera donc le 4 juin.

Propos recueillis par Dominique Tavé

Repas de quartier,
Carrefour culturel
Armand-Bernard
Editions Syllèphe
Paris
Tél. : 01 44 62 08 89
www.syllephe.net

Le miel du monde

Qui pourrait croire que là-haut, sur la mairie de Saint-Denis, il y a des ruches ! Il suffit pourtant de voir la joie des abeilles repues de nectar, fières de regagner leur petites usines, pour vérifier que cela est authentique. Les abeilles de Saint-Denis y fabriquent un miel si bon qu'il rafle tous les premiers prix de l'excellence. Mais comment s'y prennent-elles pour réussir cette prouesse ? La réponse nous est fournie par la sociologie. La population de Saint-Denis est multiple. De toutes

les régions du monde des immigrés sont venus pour y travailler. Nostalgiques du pays, ils ont emmené dans leurs bagages des graines de fleurs de leurs contrées. Celles-ci s'épanouissent maintenant sur les balcons et les rebords des fenêtres. Nos abeilles ont eu vite fait d'y trouver là un grand plaisir à les butiner et de mélanger ainsi les pollens du « monde ». Et voilà pourquoi le miel de Saint-Denis est si bon. Clin d'œil ensoleillé dans cet univers de béton.

Didier Ménard

Médecin généraliste

Résumé : Manger nécessite au niveau mondial, pour tous les consommateurs, un territoire où habiter et, pour les paysans, des terres à cultiver et des semences variées pour produire des aliments divers. Mais, au niveau mondial, l'alimentation est un marché capturé par des intérêts privés. Exigeons que ce droit humain universel qu'est la souveraineté alimentaire soit mis sous la protection d'organismes mondiaux indépendants des intérêts privés.

Paysans du monde : produire, vivre et manger

*Entretien avec
José Bové*

*Porte-parole
de la Confédération paysanne*

Pratiques : L'inégalité se creuse entre producteurs et consommateurs de denrées alimentaires, entre Nord et Sud : où sont les paysans ? Qui a faim ?

José Bové : 55 % de la population active de la planète sont des paysans, mais très peu ont intégré une agriculture industrielle (30 % ont un tracteur). 850 millions de gens meurent de faim, dont 60 % sont des ruraux et la faim continue à progresser depuis 1995 (1^{ers} accords de l'Organisation mondiale du commerce). Avant les années 80, l'agriculture était liée à la production et la consommation locales. En 1986, le GATT (1) (Uruguay Round) l'a intégrée pour « permettre » aux produits agricoles de circuler sur le marché mondial. Le but du GATT-OMC est de casser les moyens qu'ont les pays de se nourrir avec leur propre agriculture. Il impose trois règles : des prix mondiaux, des frontières ouvertes et le démantèlement des politiques de soutien à l'agriculture. Ceux qui tiennent les marchés peuvent vendre sans frein leurs produits là où ils le veulent. Les producteurs sont les premières victimes de la politique des échanges alimentaires.

Quelles conséquences directes sur les marchés intérieurs ?

5,5 % des produits circulent sur lesquels sont fixés les prix de la production mondiale ! Les

règles du GATT-OMC sont dictées par une production minoritaire des pays industriels (Europe, Etats-Unis, Nouvelle-Zélande, Australie) d'excédents non consommés sur place et commercialisés par une minorité de compagnies agroalimentaires aux productions très concentrées (5 compagnies gèrent 75 % du marché mondial des céréales), quel que soit le pouvoir d'achat des populations. Ce système réduit consommateurs et producteurs à la dépendance aux grandes firmes en effondrant prix et productions locales. Un exemple : pour le lait de vache, le prix fixé est celui de la Nouvelle-Zélande qui exporte ses excédents (1,5 % de la production mondiale) à un prix très bas et l'Inde, premier producteur mondial de lait est obligée d'importer d'Europe. Si les pays pouvaient se protéger de ces dumping, ils n'achèteraient pas les produits mondiaux. L'OMC a donc mis en place l'obligation d'ouvrir les frontières à hauteur de 5 % de la consommation intérieure de chaque produit pour les pays riches, 4 % pour les pauvres même en cas d'autosuffisance. Actuellement, le Sénégal tente de résister avec l'Afrique de l'Ouest à l'importation de brisures de riz, leur récolte est bonne cette année. Mais importés obligatoirement, ces déchets de production de Thaïlande et des Etats-Unis distribués dans les villes modifient l'alimentation, cassent les ventes des producteurs de céréales indigènes et obligent ces paysans ruinés

Confédération paysanne
104, rue de Robespierre
93170 Bagnolet
Tél. : 01 43 62 04 04
www.confederationpaysanne.fr

à émigrer en ville pour manger des brisures de riz ! Même chose pour le blé dans les ports : source d'apparition du pain blanc aux dépends des céréales locales, il pousse les paysans à produire ce que les trusts produisent d'où les productions mono-industrielles type cacao.

Comment soutenir agricultures, agriculteurs et populations ?

Un pays n'a pas le droit de soutenir les prix agricoles, sauf par le biais du « soutien environnemental » dont les pays pauvres n'ont pas les moyens alors que les pays industriels trichent sur les chiffres en reconvertisant leurs aides en mesures agro-environnementales, subventions déguisées à l'exportation s'ajoutant aux aides directes. A Cancun, Europe et Etats-Unis ont même demandé d'accroître l'obligation d'importer de 5 à 8 % pour les pays riches, 4 à 7 % pour les pauvres. Les opposants à cette logique réclament la souveraineté alimentaire, capacité de nourrir les populations là où elles sont et les droits pour les paysans de vivre de leur production, d'avoir accès à la terre, de faire circuler et échanger leurs semences en les protégeant contre les brevets des transnationales. Si l'Inde a gagné contre une firme américaine qui avait breveté le riz Basmati, les Etats-Unis utilisent l'aide alimentaire pour mettre en place un modèle planétaire de production et consommation. Exemple : les productions hors-sol délocalisées dans des pays à matière première et main d'œuvre bon marché et réexportées avec une prime supplémentaire vers les pays riches comme certains poulets « bien de chez nous ».

Où en est-la fédération des combats ?

Au niveau mondial, les mouvements paysans se regroupent comme la Via campesina qui s'est élargie à l'Asie et la Turquie lors du Forum social de Bombay. Mots d'ordre communs : la souveraineté alimentaire (production, commercialisation, sauvegarde des semences, cultures paysannes et indigènes), la lutte contre l'exode rural, le retrait de l'alimentation des accords de l'OMC placé

sous la protection d'organismes onusiens garantissant ce droit fondamental de la souveraineté alimentaire. Au niveau européen, il faut réformer la Politique agricole commune (PAC), dénoncer NOS multinationales participant à cette logique. En France, un collectif national regroupe 250 organisations, mouvements, syndicats, consommateurs, producteurs, environnementalistes sur ces objectifs.



Propos recueillis par Ginette Marchive

Note de la rédaction

La PAC de juin 2003 est inacceptable pour la Confédération paysanne : non seulement elle instaure une concurrence insoutenable entre les agricultures des différents pays au niveau européen et mondial, mais en plus elle aboutira à brève échéance à la mort de la paysannerie. L'UE n'assure aucune gestion de fond de ses problèmes, mais elle entérine une PAC « flottante » dont le seul but est d'écouler à bas prix ses excédents dans le monde et, pour compenser les bas prix imposés aux agriculteurs, elle instaure un système de « bourse » aux primes, financée par l'impôt. La Confédération paysanne européenne réclame des prises de décisions durables et solidaires quant à la gestion de fond des problèmes agricoles en Europe : maîtrise de la production en fonction des besoins, prix rémunérateurs pour les paysans, arrêt des soutiens publics directs ou indirects à l'exportation, productions de meilleure qualité et respectant l'environnement.

1. GATT (General Agreement on Tariffs and Trade) : Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce. C'était l'organisme international qui gérait le commerce mondial des marchandises de 1947 à 1999. Remplacé depuis par l'Organisation mondiale du commerce.

Résumé : Aborder l'alimentation en consultation de médecine générale, c'est souvent le prétexte pour parler de difficultés complexes touchant à l'image de soi-même, au plaisir, à la culpabilité. Aider la personne à modifier certains comportements requiert écoute et disponibilité. Utiliser les ressources propres du patient et celles de son environnement reste indispensable.

En consultation

Martine Devries

Médecin généraliste

Est-ce légitime ?

Comment se fait-il que « La Médecine » ait quelque chose à dire sur l'alimentation ? Est-ce que ce n'est pas encore usurpation, recherche de pouvoir, dictature ? Actuellement, peut-être, mais le temps n'est pas si loin où ce qu'on mangeait pouvait vous empoisonner : qu'on pense aux toxifications alimentaires, à la typhoïde, au botulisme (1). Les progrès dans ce domaine viennent, réellement, des réglementations d'hygiène (2), pas vraiment des consultations chez le médecin généraliste. D'où une position ambiguë de celui-ci. En consultation, c'est souvent que j'aborde « l'alimentation » avec mes patient(e)s ; cela vient parfois très naturellement, « Docteur, mon cholestérol a monté, mais c'est parce que j'ai mangé de la poule... ».

« Docteur, vous ne pourriez pas me donner quelque chose pour digérer, je suis embêté en fin d'après-midi... ».

D'autre fois, j'ai besoin de « savoir » ce qu'il boit et alors je préfère commencer par ce qu'il mange, c'est plus facile d'enchaîner... ou de savoir ce qu'il mange, parce qu'elle est obèse, ou elle a une hypertension artérielle, un diabète, des triglycérides élevés, que sais-je encore ! Et alors, c'est incroyable ce que c'est difficile d'y comprendre quelque chose : « Juste une assiette, docteur, non, pas de dessert » « Pas d'entrée, non, pas de boissons sucrées ». « Docteur, je ne mange presque rien... » Pas la peine d'insister, je comprends que c'est domaine privé, jardin secret, défense d'entrer. Et je trouve ça normal. La médecine intrusive, normative et, en plus, changeante ! Donc ridicule ! Vous voulez des exemples ?

Une médecine péremptoire

En 1972, c'était une faute professionnelle de ne pas prescrire un régime sans sel à une femme

enceinte au dernier trimestre (3) ! Et la future mère était déjà mauvaise si elle ne s'y soumettait pas. Moi, je mangeais sans sel, bien sûr, mais curieusement, je m'étais pris d'un goût particulier pour la moutarde que je mettais partout ! Plusieurs années après, j'ai réalisé que c'était une adjonction de sel « spontanée », mais heureusement, ma fille était déjà née... Un autre exemple : dans ces années là, les bébés devaient avoir un régime diversifié dès deux mois, il fallait être un peu « retardée » pour allaitez plus de 6 semaines ; maintenant, l'OMS recommande une alimentation au sein exclusive jusque six mois. Ces deux exemples sont démonstratifs : probablement, c'est mieux maintenant pour la santé des mères et des bébés, mais le corps médical était aussi convaincu et péremptoire.

Des croyances différentes

La médecine a ses croyances, mais nos patients aussi ! La viande rouge est pour beaucoup, source et symbole de vigueur. Pour les écologistes, les céréales complètes représentent une alimentation saine et équilibrée. Faire « frire le poulet dans du beurre » était en Europe de l'Est le comble de l'abondance... Ces symboles ont eu leur raison d'être, mais ne sont plus toujours adaptés : le bœuf, dans les conditions d'élevage actuel est plus riche en matière grasse que le porc, les « enveloppes » des céréales complètes sont souvent contaminées par les pesticides... L'alimentation « saine » « équilibrée », n'existe pas, à chacun de faire au mieux, ou au moins mal selon ses croyances, et le médecin peut être là comme soutenant le patient qui souhaite modifier certaines choses. Il peut donner l'information sur « les dernières données de la science », conseiller la variété, mettre en garde contre les théories totalitaires en matière d'alimentation et rester modeste.



Un abord complexe

Entendre la demande du patient demande au médecin une attention, une ouverture, une tolérance... un peu fatigante, et des techniques aussi, qui s'apprennent. L'échelle de Prochachka, utilisée pour l'aide à l'arrêt du tabac, la thérapie orientée solution, utilisée pour le patient alcoolique peuvent être de bons outils.

Alors comment aborder l'alimentation ? D'abord me faire une idée de ce que la personne attend de moi, qui est différent souvent de ce qu'elle annonce : « Docteur, je voudrais perdre dix kilos » et si je me lance dans une exploration diététique : « Mais, docteur, je ne mange presque rien », le docteur peut être dérouté. C'est peut-être un signe de mécontentement de soi, de son mode de vie, du fait de ressembler à tel ou tel, et surtout à sa mère, une difficulté à affronter le temps qui passe, un découragement devant des difficultés conjugales, professionnelles. Ou simplement, la personne vient chercher une confirmation de ce qu'elle a appris, constaté, un encouragement à ce qu'elle a décidé. C'est chaque fois à découvrir. Et comme c'est la façon de se nourrir qui a été choisie comme approche, pour quelque chose de bien plus complexe, c'est à travers cela que je peux aborder, le plaisir, la détente, le partage.

Rester modeste

Tout cela pour nous inciter à rester modestes... garder cette possibilité, cette faveur que nous font les patients de nous introduire dans l'intimité de leur vie, les respecter, accepter de les prendre là où ils en sont : vous pourriez ne prendre de la glace que le dimanche ; mettre du vinaigre plutôt que de la mayonnaise sur les frites, ne pas acheter de mayonnaise, manger des frites seulement deux fois par semaine... négocier avec lui, pour qu'il négocie avec lui-même, ne pas le condamner, pour qu'il s'accepte et se pardonne, de ne pas être parfait. Encourager, rester positif, discuter menus et nouveautés, à l'occasion, et l'encourager à trouver des lieux pour le faire. Il y a des « cours de cuisine », malheureusement, ils sont ici connotés « populations en difficultés », ce n'est pas le cas dans toutes les villes. A Montréal, il y a des cours donnés par des chefs, français, mais aussi, des initiations à la cuisine asiatique, où on s'amuse ! Le club « Weight Watchers » est une ressource non négligeable : certes, il est payant, cher pour le budget de certains, mais les recommandations me semblent «

justes » et il s'appuie sur une dynamique de groupe qui semble convenir à certains. Il y a aussi, dans une ville voisine, un médecin nutritionniste qui est très raisonnable et propose des photos de différentes assiettes plus ou moins remplies, aux patients, pour réfléchir sur les choix, et c'est toujours très réjouissant.

Mes propositions à moi, lorsque j'en fais, vont dans le sens de : pas (moins) de frites, de mayonnaise, pas au goûter des enfants, ni de saucisson pour le goûter des petits... Les boissons sucrées, en cas de réjouissances, mais pas au quotidien ; peut-être n'acheter qu'un paquet de bonbons (de chocolat, de Mars, de glace...) et lorsqu'il est fini, attendre le prochain « plein » de courses pour renouveler... Préférer pour faire la cuisine à l'huile de maïs ou d'arachide plutôt que le beurre ou les matières grasses solides ; garder le beurre pour les tartines, « gratter » les tartines. Découvrir les légumes, choisir ceux qu'on aime, goûter ceux qu'on ne connaît pas, les cuisiner ou les assaisonner, sinon c'est lasant... Manger des produits de la mer, vous avez le droit de vous faire plaisir ! Cuisiner le poisson au four ou au court-bouillon. Aller faire les courses avec Maman, pour lui donner des idées...

Je n'aime pas faire des prescriptions alimentaires rigides : l'esprit humain est ainsi fait que bien souvent, s'il se donne des règles, ça lui donne immédiatement envie de les transgresser... et on sait maintenant aussi que lorsque l'organisme a un apport alimentaire fortement restreint, il modifie son fonctionnement comme s'il s'agissait d'une période de pénurie et se dispose pour faire des réserves !

Tout cela peut se passer dans un cabinet de médecin généraliste, mais pas toujours, pas à chaque fois, et il n'est pas le seul à intervenir dans ce domaine, heureusement. Le suivi de la personne dans la durée est un grand atout.



1. Liée jusque dans les années 70 aux conserves familiales dans certaines régions comme le Poitou.

2. Même si certaines vont contre le « goût », le plaisir et la convivialité : ainsi, dans certaines écoles, pour un anniversaire, on ne peut amener un gâteau fait à la maison : seuls les gâteaux sous cellophane, avec une date de péremption sont acceptés. Pouah !

3. Actuellement, c'est dangereux, donc criminel de mettre une femme enceinte au régime sans sel.

Résumé : En consultation, il est périlleux de parler de poids. Mieux vaut s'y préparer et il n'y a pas de recettes toutes faites. Deux récits *in vivo* révèlent un monologue stérile et un dialogue fécond.

Delicatessen

Anne-Marie Pabois

Médecin généraliste

Pour moi qui suis médecin, poser la question du poids, en consultation, est un exercice périlleux qui nécessite de prévoir du temps pour écouter et doser les questions en fonction du consultant. Ouvrir cette boîte de Pandore nécessite, à mon sens, d'être conscient et prêt à parer au danger auquel le médecin s'expose et expose le patient. Toucher au poids, c'est toucher à l'intime de l'autre, à l'image de soi, à l'estime de soi ayant survécu grâce à de fragiles compromis entre rêve et réalité, c'est soulever les scories anciennes de conflits familiaux occultées, voire méconnus. Non, ce n'est pas si simple, de parler de poids. J'aimerais bien avoir des recettes, moi qui n'ai que des trucs fruits de mon histoire et de ma pratique, mais c'est à la carte que ma patientèle se nourrit. La boîte de Pandore ? On verra alors : monologue épuisant ou dialogue fructueux, nul ne peut prévoir.

Julie : questions de poids

« Julie, que deviens-tu ? Et le collège, les profs, le restaurant scolaire, le sport... – Je viens pour un certif pour être monitrice cet été. Bien, je t'examine alors. Julie, aujourd'hui, veux-tu que nous parlions de poids ? Tu montes sur la balance ? Allez, dis-moi oui ou non, Julie : veux-tu te peser ? Veux-tu voir ton poids ? Est-ce que moi je peux le voir ? Veux-tu que je te le dise, oui ? Non ? Est-ce que je peux le noter ? Julie, dis-moi oui ou non. – Non, mesurez-moi, que je vois si j'ai gagné quelques centimètres. »

Dans ce monologue, l'adolescente rugueuse vient me voir, seule, poussée par sa mère ou par d'obscurs désirs. La question du poids est depuis toujours omniprésente, en devant de scène ou en arrière-plan, question conflictuelle remuant des histoires de famille où je suis impliquée sur trois générations : le grand père diabétique, la mère qui ne veut pas transmettre cet héritage et lutte perpétuellement contre ses rondeurs et celles de sa fille, et Julie qui, ayant toujours détesté

légumes et fruits, mais aimé grignoter devant télévision puis Internet, est en surpoids manifeste. Mais que faire et dire tant qu'elle ne fera pas le premier pas ?

Michel, la saveur de l'attente

« Alors, docteur, il va falloir resserrer les bouliers ? » Prenant la posture de l'accablement, dos rond, regard fixé au sol, Michel ajoute « Tout monte, les prix, la TA, le cholestérol, le poids. Je vais refaire des efforts, prendre la raquette et laisser la souris, mais pas question de toucher à mes gâteaux. [??] Il

me faut un paquet de petit Lu par jour. Ça me rappelle mon enfance. Vous arrivez à trouver un vrai Lu ? [un souvenir passe entre nous deux...] le vrai Lu ! D'abord un coin, vous vous souvenez, c'était comme ça aussi pour vous ? – Oui, on le choisissait après l'avoir tourné longuement dans ses mains, en salivant, un coin délicatement croqué et savouré – ce goût de lait – hum, longtemps en bouche – puis le deuxième coin comme à regret – tout aussi longtemps dégusté et le troisième – le quatrième déjà – mais, la dentelure, c'était une à une qu'on en croquait les dents – et vous aussi, vous gardiez le centre pour plus tard – oui, en le cachant de mes frères et sœurs – évidemment - un petit Lu, trésor renouvelé 2 fois l'an [...]



Et aujourd'hui, je le bouffe. Un paquet entier ! Bon, je recadre : un seul dégusté, le plaisir de faire durer. »

La saveur de son enfance retrouvée a redonné sens à sa façon de manger et son équilibre pondéral s'est rétabli progressivement.

Nos trucs, nos astuces, nos impasses

Si « bouffer » signifie rentrer sa colère, nous avons du pain sur la planche, avec les bouffées de colère, les bouffées de chaleur et autres bouffées délirantes qui ponctuent nos journées... En préparant ce dossier, en prenant acte de nos moyens dérisoires face à la mal-bouffe, certains d'entre nous se demandent si nous n'aurions pas, nous les généralistes, « raté le coche », manqué la transition. La guerre est finie, la disette est passée, il y a bien un problème alimentaire, mais il est ailleurs et par quel bout le prendre ? Nous voulons en même temps décrocher des normes, snober la réglette envoyée par notre ministre pour calculer les Indices de Masse Corporelle et pourtant, excusez du peu, remplir notre mission de « santé publique ». Sans doute, le calcul de l'IMC de Mme Dujardin ne lui en dira pas plus, ni à elle ni à son médecin, que ce que leurs sens – ou leur bon sens – suggéraient déjà. Après avoir quantifié le préjudice causé par cette délinquance alimentaire ou ces « comportements irrationnels », nous voilà bien avancés. Qu'avons-nous mesuré ? La capacité d'adaptation à la publicité, aux supermarchés, à la souffrance psychique, à la vie sédentaire, aux gènes familiaux ou autres nouvelles traditions obésogènes, et après ?

C'est avec des questions bien dociles que les patients nous abordent : « Docteur, quel est mon poids idéal ? » ou même : « Docteur, je voudrais faire un bilan pour voir si je suis apte à faire un régime... » Lorsque nos patients nous interpellent sur le terrain de la norme, nous savons la pauvreté et l'impuissance du discours normalisant, des yaka et des yfôkeu ; c'est d'ailleurs pour lutter contre ce qu'ils appellent la « médecine abrasive » que le GROS (Groupe de réflexion sur l'obésité et le surpoids (1) se targue de ne pas prescrire de régime restrictifs : la res-

triction, disent-ils, entraîne des troubles, et « les personnes qui ont perdu 20 % à 30 % de leur poids sont souvent des personnes qui n'ont pas consulté et ont opéré elles-même des changements de vie... ».

Faire parler des menus, du temps passé à préparer des repas, du choix des aliments selon l'activité physique permet parfois quelques suggestions. « Et si les jours de fromage, c'était les jours de footing ? » ou rappeler que l'estomac a besoin de vingt minutes pour transmettre la satiété et apaiser la tension de la faim. « Lui laissez-vous toujours le temps ? » Revenir au réel, c'est aussi faire briller les yeux des enfants en posant des questions « Qu'est-ce que tu aimes manger ? Et tu aides papa ou maman à préparer le repas ? » Parfois, c'est la mal-bouffe qui vient éclairer l'épuisement inexpliqué : « Vos triglycérides sont très élevées, c'est probablement la cause de votre fatigue : votre corps ne peut plus supporter tout ce flux ! »

Paradoxalement, c'est en s'écartant de la médecine qu'on est peut-être le plus juste ; donner envie, parler du plaisir de manger ou de préparer aussi – ce n'est pas du temps perdu ! –, penser à son corps et à ses besoins, savoir l'écouter... Tenir, de notre place, un simple discours de bon-sens contribue à lui redonner un peu de légitimité... Ce n'est plus de la médecine, mais c'est peut-être de santé qu'il s'agit enfin.

Bibliographie

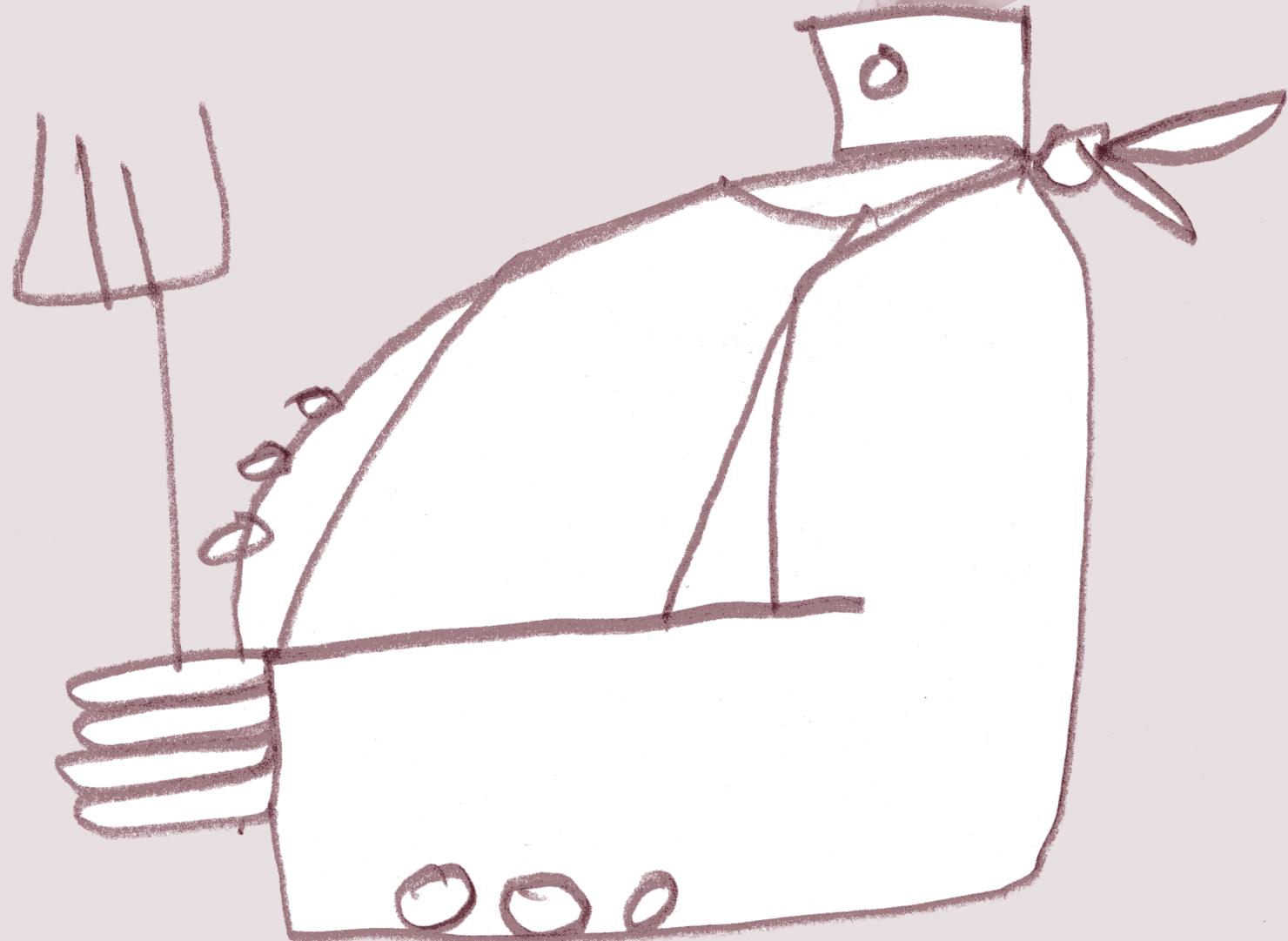
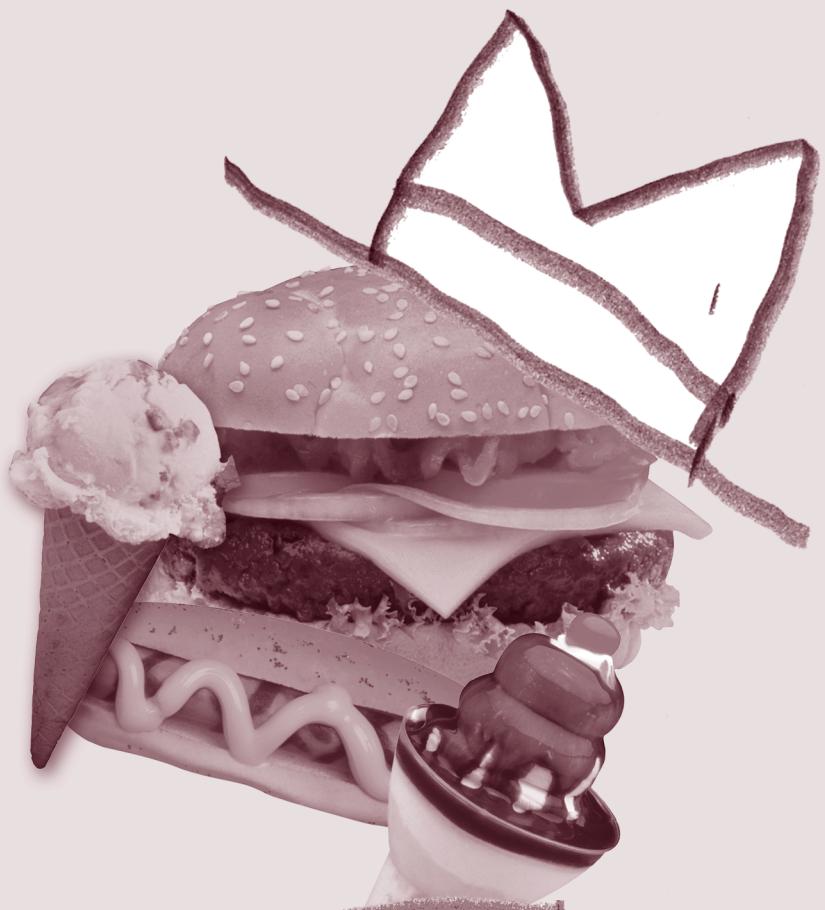
A table, les enfants ! Pour bien grandir, partager et surtout se faire plaisir : petit opuscule très joyeux du CIDIL, 42, rue de Châteaudun, 75009 Paris - <http://www.cidil.fr>.

1. Fondé par le Dr Wayseld, Zermati.

Geneviève
Barbier

Médecin généraliste

La société cancérigène,
Geneviève Barbier
et Armand Farrachi,
Ed. La Martinière, février 2004



EDITO

Le mouvement des chercheurs : une lutte exemplaire à généraliser

Les chercheurs du secteur public qui traversent une crise gravissime sont en train de donner une belle leçon d'efficacité et de justesse politique à toutes les professions inscrites dans des missions de service public et qui, pour des raisons souvent similaires, traversent des crises graves : des métiers de la culture à ceux de la justice en passant par l'éducation nationale, sans oublier pour ce qui nous concerne plus directement, les métiers du soin.

Le 10 décembre 2003, deux biologistes, Fernando Arenza et Alain Trautmann, évoquent lors d'une conversation téléphonique informelle, le grand malaise qui règne dans leur domaine professionnel de recherche en raison de la baisse du nombre de postes à l'Inserm¹ et lancent l'idée d'une pétition de protestation. Le 9 mars 2004, d'une fenêtre de la mairie de Paris, le même Alain Trautmann, devenu l'un des porte parole du collectif « Sauvons la Recherche ! », fort d'une pétition rassemblant plus de 290 000 signatures, officialise la démission en bloc de plus de trois mille responsables d'équipes de recherche pour ce qui est de leurs fonctions administratives.

Bien qu'il soit encore loin d'être le garant d'un succès pour l'avenir de la recherche publique, ce mouvement est d'ores et déjà une victoire politique. En 90 jours seulement, les chercheurs toutes disciplines confondues, « considérant de leur responsabilité d'agir collectivement contre une destruction programmée de l'appareil de recherche français » ont atteint au moins un objectif essentiel : permettre de poser politiquement, face au gouvernement, au vu et au su du citoyen, devenu éclairé grâce à leur mouvement, la question des enjeux de la recherche publique en France. Pour ce faire, ils ont utilisé à la perfection l'outil Internet avec un site modèle du genre (<http://recherche-en-danger.apinc.org>) qui a permis auprès du grand public : de découvrir l'ampleur de la crise, de suivre l'élargissement rapide de la protestation à partir du noyau initial très centré sur la biologie vers les autres sciences dures, puis les sciences humaines et aussi de participer aux très nombreux échanges sur les nécessaires modifications structurelles de la recherche publique.

Nous soignants soucieux de l'accessibilité et de la qualité des soins, en dépassant les particularismes de nos exercices professionnels, nous devrions inspirer largement et rapidement des chercheurs pour protester avec la population contre le projet en cours de privatisation généralisée de notre système de soins et faire enfin les propositions constructives nécessaires pour permettre l'indispensable évolution vers un système de santé assis sur des missions de service public. Il y a urgence.

Patrice Muller, médecin généraliste

¹ Informations tirées de l'article du journal *Le Monde*, « les 90 jours qui ont embrasé les labos » en date du 19 mars 2004.

Résumé : Le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie paru le 23 janvier 2004 est un texte signé par toutes les organisations qui y ont participé. Ces organisations ont, par ailleurs, leurs analyses propres du système et des objectifs propres quant à son évolution. Le gouvernement, lui, compte utiliser ce texte pour faire passer sa contre-réforme. Il sera intéressant de voir comment vont se positionner les organisations qui ont cosigné ce texte.

La question qui se pose à chacun d'entre nous, que nous soyons acteur du soin ou utilisateur de l'Assurance maladie, est de savoir ce que sera réellement la réforme du système de distribution des soins.

La méthode utilisée actuellement par le gouvernement peut apparaître comme soucieuse du dialogue social. C'est d'ailleurs son objectif de le faire croire. *Le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie* a été capable, en un temps très court, de faire un diagnostic de la situation et de tracer des pistes qui doivent permettre au gouvernement de conduire la réforme dans un consensus républicain exemplaire.

Le rapport du Haut Conseil : un leurre pour mieux privatiser la protection sociale

Nous pensons qu'il y a duperie à plusieurs niveaux.

Première duperie : Le rapport du Haut Conseil : un constat sur le fonctionnement du système de soins dont les éléments sont connus pour l'essentiel depuis longtemps, une affirmation unanime qu'il est possible de faire mieux et autrement, alors que certains membres du Haut Conseil s'opposent depuis toujours à toute transformation.

Le Haut Conseil souligne l'absence de coordination du système de soins, l'importance de consacrer des ressources collectives aux opérations de promotion de la santé et de prévention primaire, et l'importance de la consommation médicamenteuse et l'importance des sommes consacrés par l'industrie pharmaceutique à la promotion du médicament... Depuis des années, différents acteurs des champs sanitaires et sociaux ne cessent de mettre en exergue tous les dysfonctionnements, les inégalités, les aberrations du système de distribution des soins qui, rappelons-le, n'est pas un système de santé. Des propositions de transformations sont faites depuis longtemps, des changements de pratiques sont initiés depuis plus de quinze ans, des dispositifs pour lutter contre les inégalités, notamment dans l'accès aux soins, sont à l'œuvre dans la lutte contre l'exclusion, des nouvelles modalités de formation des soignants existent à la marge du système de soins parce que les gestionnaires, les décideurs politiques, l'administration refusent de donner du crédit et de la reconnaissance à ces transformations. Et d'un seul coup, ce qui n'était qu'expériences marginales devient le socle de propositions pour réformer l'Assurance maladie. On a de la peine à croire en la sincérité des rédacteurs de ce texte, d'autant plus que l'on retrouve parmi eux ceux-là même qui mobilisent tant d'énergie pour que rien ne change.

Texte complet du rapport :
[www.sante.gouv.fr/ass_maladie/
haut_conseil/ind_rapport.html](http://www.sante.gouv.fr/ass_maladie/haut_conseil/ind_rapport.html)

Ou peut-être que sous la baguette magique de monsieur Fragonard (1) une révélation se serait produite ? Les défenseurs d'une médecine libérale pure et dure se seraient convertis à une médecine plus socialisée avec un encadrement des honoraires, les actionnaires de l'hospitalisation privée accepteraient la diminution des profits, l'industrie du médicament accepterait d'être au service du bien être des populations. Nous n'y croyons pas.

Deuxième duperie : Le Haut Conseil, tout en réaffirmant les grands principes d'accès aux soins, de solidarité et d'amélioration de fonctionnement du système de soins, ouvre en fait la porte aux mesures préconisées dans le rapport Chadelat (2).

Celui-ci, demandé par le même gouvernement et remis il y a un an, préconisait clairement une approche de privatisation : baisse de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire avec report sur les couvertures complémentaires, co-gestion, co-régulation avec les organismes complémentaires.

Le Haut Conseil dans son rapport s'appuie sur une prévision d'augmentation linéaire des dépenses de soins pour justifier l'action sur plusieurs leviers, dont la baisse des remboursements, la « responsabilisation » des patients par le biais du « ticket modérateur », ce qui limite l'accès aux soins des ménages les plus modestes. Il envisage un ajustement des taux de remboursement tout en souhaitant épargner aux ménages les dépenses de soin les plus élevées : il s'agit là d'une distinction entre le gros risque qui serait bien pris en charge pour tous et le petit risque moins bien remboursé par l'Assurance maladie obligatoire ; cette distinction est dangereuse, car une prise en charge précoce pour des soins peu importants peut permettre d'éviter des soins lourds ; cette distinction aggrave les inégalités sociales de santé en retardant l'accès aux soins des personnes aux revenus les plus faibles. Certes, il préconise des mesures compensatoires pour les revenus les plus modestes, mais cette aide à l'achat ne compensera jamais la baisse de prise en charge

par le régime obligatoire : contrairement aux cotisations pour l'Assurance maladie obligatoire, le prix des complémentaires n'est pas proportionnel aux revenus (3), il dépend de l'âge et parfois de l'état de santé de l'assuré, le prix est libre et augmentera du fait du désengagement de l'Assurance maladie obligatoire (4).

Il propose l'introduction des mutuelles et des assurances privées dans la cogestion, corégulation qui modifiera complètement l'organisation du système de soins pour les patients et les soignants avec la mise en place de filières de soin : l'Assurance maladie se défaussant sur les complémentaires d'un rôle de contrôle qu'elle n'a jamais pu ou voulu jouer. Le contrôle par les complémentaires étant, par ailleurs, facilité par le suivi de consommation individuelle dont le Haut Conseil accepte le principe.

Troisième duperie :

En même temps que chacun, la main sur le cœur, vante les mérites de notre système de soins solidaire, le gouvernement prend des mesures qui renforcent les inégalités et qui montrent parfaitement le glissement vers le désengagement de l'Assurance maladie au profit d'un financement complémentaire via les mutuelles et l'assurance privée : la remise en cause de l'Aide médicale d'état aux étrangers sans papiers, l'augmentation du forfait hospitalier, la suppression de l'exonération du ticket modérateur pour les soins pré et postopératoires (4), la baisse du taux de remboursement de médicaments utiles. Ces mesures entraînent une discontinuité des soins, une mauvaise prise en charge des personnes malades et renforcent de manière considérable les inégalités d'accès aux soins ; il y a donc bien d'un côté un discours qui se veut garant des valeurs constitutionnelles de l'Assurance maladie et de l'autre des actes qui démontrent le contraire.

Nous savons pourtant que des transformations sont possibles pour aller vers un véritable système de santé.

Nous conduisons depuis suffisamment long-temps, à la marge du système, des pratiques nou-

velles pour le dire : il est possible de soigner différemment et mieux les personnes malades ; il est possible de se former mieux pour être plus compétent face aux réalités de l'évolution des maladies ; il est possible de coordonner l'action des acteurs du soin ; il n'y a pas d'amélioration de la qualité des soins sans une approche médico-psycho-sociale des personnes malades. On ne peut pas parler de qualité des soins si l'expérience acquise par les personnes malades n'est pas reconnue comme une expertise qui a sa place à côté de l'expertise des professionnels.

Nous devons agir sur la cause des maladies et non pas seulement sur leurs effets. La prévention, notamment en luttant contre toutes les nuisances qu'elles soient environnementales, au travail ou dans la vie sociale, est un élément essentiel pour diminuer le coût de la maladie. L'éducation des personnes est un enjeu d'avenir pour mieux lutter contre les maladies chroniques et invalidantes, encore faut-il accepter de mettre plus de participation et de démocratie dans notre système de santé.

Pour conduire ce changement vers une véritable Assurance santé, des ruptures importantes sont à effectuer.

Il faut rompre avec le modèle dominant du tout bio-médical, il faut sortir des dogmes de la médecine libérale sur la rémunération, la concurrence, l'exercice solitaire... Il faut repenser le rôle de l'hôpital dans une approche sanitaire et sociale, il faut inscrire toutes ces transformations dans une véritable politique de santé publique, qui doit faire l'objet d'un authentique débat public, il faut mettre la politique du médicament au service de la santé publique et non des intérêts de l'industrie pharmaceutique.

En conclusion

Le gouvernement connaît l'attachement des citoyens au système d'Assurance maladie obligatoire. Pour faire passer sa « contre-réforme » qui consiste en une diminution de la part prise en

charge par l'Assurance maladie obligatoire, il faut qu'il convainque l'opinion publique et une partie des syndicats de travailleurs de la gravité de la situation dans laquelle est l'Assurance maladie et de la nécessité pour la « sauver » de diminuer sa charge, c'est-à-dire de diminuer la part des dépenses qu'elle prend en charge.

Il faut aussi qu'il propose des « remèdes » et passe des alliances : c'est vers le monde mutualiste qu'il risque de se tourner pour faire passer la « potion » ; actuellement les mutuelles sont en position financière difficile du fait du désengagement progressif et unilatéral de l'Assurance maladie obligatoire ; le gouvernement va probablement leur demander de prendre en charge une part plus importante des dépenses en leur offrant en contrepartie la possibilité de contrôler les dépenses et en accordant une aide aux citoyens pour l'achat de complémentaires. Dans le sillage des mutuelles, les assurances privées auraient le même statut pour le plus grand bonheur de la Fédération française des sociétés d'assurances et du Medef. Il faut enfin que le gouvernement se concilie les professionnels du soin en négociant avec eux tarifs et conditions d'exercice. Dénoncer le leurre que constitue ce rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, proposer un autre système de santé plus en phase avec les aspirations des professionnels et les besoins de santé des populations, interpeller tous ceux : mutuelles, partis, syndicats, associations qui se prononcent pour une Assurance maladie solidaire, c'est ainsi que nous pouvons faire un front commun pour affirmer qu'une autre Assurance santé solidaire est possible.

1. Auteur du rapport.

2. *Pratiques* N° 23.

3. Sauf les mutuelles de fonctionnaires avec un montant plafonné.

4. Les assurances complémentaires ont augmenté le montant de leurs cotisations de 6 à 10 % cette année.

5. Ce que le Haut Conseil semble ignorer puisqu'il parle de cette exonération comme un des éléments entraînant une augmentation du taux de prise en charge par le régime de base.

Deux décrets sont parus cet automne qui définissent une nouvelle permanence des soins. Le premier décrit les modalités d'organisation, de participation des médecins à la permanence des soins, le second modifie l'article 77 du Code de déontologie pour une participation volontaire des médecins à la garde médicale. Depuis, progressivement, le système se met en place sous la responsabilité des préfets qui doivent mettre en forme les Codamups (Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires).

Le moins que l'on puisse dire, c'est qu'il existe une diversité dans la mise en œuvre. La régulation est soit répartie entre le centre 15 et les médecins libéraux, soit unifiée. L'organisation est variable entre la ville et la campagne. Nous voyons se développer en ville les maisons médicales de garde et à la campagne, il y a regroupement des secteurs de garde. Quant à la mobilisation et participation des médecins, elle est fluctuante !

La permanence des soins n'est pas simplement un problème d'organisation de l'offre de soins urgente, c'est tout à la fois l'organisation de la coopération entre acteurs de ville et de l'hôpital, c'est la définition des missions de santé des villes et départements, c'est l'éducation sanitaire des populations face à l'expression de la maladie et de ses symptômes, c'est la définition du coût que la société est prête à payer pour ce service public. Cela montre clairement ce que pourrait être aujourd'hui un système de santé publique au service des populations libéré des contraintes et principes de fonctionnement de la médecine libérale.

En ce qui concerne les gardes, nous pouvons d'ores et déjà avancer quelques principes directeurs :

- La mise en place d'un système de garde doit permettre aux médecins d'assurer, quelle que soit l'heure, les vraies urgences (type : asthme grave, œdème aigu du poumon) qui ont toujours fait partie des missions du médecin de garde : tout secteur de garde trop étendu rend la visite en urgence impossible ; toute interruption dans la permanence comme celle de 0 heure à 6 heures est une aberration, même si les appels sont peu fréquents. La seule exception pourrait être la possibilité pour les SAMU d'être rapidement présents sur place et suffisamment disponibles.
- La mise en place d'un système de garde ne doit pas se faire aux dépens de ceux qui sont les plus défavorisés : tout système de consultations d'urgences centralisé qui n'offrirait pas aux gens la possibilité de se déplacer (taxis, ambulances) pénaliserait ceux qui n'ont pas de moyens de transport ou d'entourage complaisant : personnes aux revenus les plus faibles ou les plus âgées.
- La question de la permanence des soins ne concerne pas que les soignants ou pire que les médecins, elle concerne tous les citoyens et doit être débattue dans les secteurs avec eux et leurs élus.
- La permanence des soins est une mission de service public, ceux qui l'effectuent ont droit à des conditions de travail et de repos correctes, ainsi qu'à une rémunération adaptée.

Il ne faut pas se cacher les implications financières des déplacements des patients quand ils sont justifiés, ni la problématique des zones à densité médicale trop faible, ni la difficile question du volontariat des médecins : le risque est de faire reposer dans certaines zones la permanence sur quelques épaules seulement.

Quelle permanence des soins souhaitons-nous ?

Noëlle Lasne

Médecin généraliste

La maladie clandestine

Je me souviens de cette patiente zaïroise qui a avait travaillé plusieurs années à Radio France comme femme de ménage. Elle gardait précieusement toutes ses fiches de paye dans un petit sac de tissu. Elle avait attendu cinq ans la réponse à sa demande d'asile, puis le verdict était tombé. Pas d'asile politique. Plus de droit au travail, plus de Sécurité sociale, plus de titre de séjour. Elle était séropositive et devint rapidement malade du Sida. Elle vivait depuis des années dans sa famille en banlieue parisienne. Ils avaient tous des papiers et jouissaient d'un logement social fourni par la mairie. C'était en 1994 et le ministre de l'Intérieur avait remis au goût du jour le « délit d'hébergement ». Tout étranger en situation irrégulière mettait son entourage en danger de commettre un délit s'il lui venait en aide, en particulier en l'hébergeant. Comme beaucoup d'étrangers en séjour irrégulier, Zahra était totalement dépendante de son entourage. Pour les soins médicaux, tout était en ordre grâce à l'Aide médicale gratuite, à laquelle elle avait droit, puisqu'elle était sans ressource. Elle était suivie régulièrement depuis plusieurs années dans le même hôpital. Sa famille, qui avait toléré sa présence bien que l'appartement soit de taille modeste, et toléré la maladie qui était pourtant, à cette époque et dans ce milieu, le plus souvent tenue secrète, ne toléra pas, en revanche, de se mettre en danger en continuant à l'héberger et la jeta dehors du jour au lendemain. Un mois plus tard, elle était morte.

Je me souviens de cet homme très grand, très doux et très patient venu consulter à MSF pour une masse thoracique qui ne lui causait aucune douleur et ressemblait à une malformation congénitale. Tous ses examens étaient normaux et il ne présentait aucun signe fonctionnel, mais pour en savoir plus, il aurait fallu ponctionner cette masse dans de bonnes conditions, c'est-à-dire en milieu hospitalier. Lui aussi était un demandeur d'asile débouté, mais il était en France depuis moins de trois ans et n'avait, à ce titre et à cette époque, droit qu'à l'Aide médicale hospitalière. Pour obtenir l'Aide médicale hospitalière, il fallait bien entendu être hospitalisé, ce qu'il avait peu de chances d'obtenir en déclarant aux urgences d'un hôpital être gêné par une masse d'origine inconnue. Je cherchais en vain une solution qui reculait au fur et à mesure que la maladie progressait. Lorsqu'il revint six mois plus tard avec quinze kilos de moins, j'acquis la conviction qu'il s'agissait d'une tuberculose cutanée, c'est-à-dire d'une maladie non contagieuse pour laquelle je ne pouvais avoir recours aux centres gratuits de prise en charge de la tuberculose... C'est finalement grâce à l'amitié... et à la complicité d'un chirurgien qui certifia que son état exigeait une hospitalisation d'urgence que la ponction fut réalisée. Huit semaines plus tard, on put identifier grâce aux cultures le bacille tuberculeux. S'ensuivit un traitement, la disparition de la masse thoracique et une guérison complète.

Médecins Sans Frontières

23, passage Dubail

75010 Paris

Tél. : 01 45 23 16 16

<http://www.paris.msf.org>

Je me souviens de cette jeune femme algérienne qui n'avait plus aucune famille dans son pays et accoucha, en France, d'un premier bébé qu'elle élevait dans la plus grande misère. Elle

vivait dans une famille française à laquelle elle servait de bonne à tout faire, en échange de quoi elle dormait par terre dans une sorte de réduit avec son bébé.

A la première bronchiolite, elle emmena son enfant sans hésiter à l'hôpital, puis se rendit un mois plus tard à MSF, terrorisée, avec un document lui enjoignant de régler sans délai à l'Assistance publique la somme de 18 000 francs correspondant à l'hospitalisation de son fils. Au bas de la lettre, il y avait un talon indiqué par des pointillés qu'elle devait détacher en le découplant proprement comme l'indiquait la petite paire de ciseaux qui y était dessinée et qu'elle devait agrafier à son chèque. Au verso figurait également, en caractères parfaitement illisibles, la liste des démarches qu'elle pouvait entamer dans un bureau d'aide sociale pour obtenir l'Aide médicale hospitalière. Mais ça, elle ne l'avait pas vu et, de toutes façons, les délais étaient dépassés. Malgré les explications que lui donna l'assistante sociale, Fatima resta terrorisée par cette sommation et autres commandements à payer qui suivirent. Lorsque le bébé eut à nouveau du mal à respirer, elle sauta dans un taxi sans réfléchir, mais au moment de donner l'adresse de l'hôpital pour enfants où elle s'était déjà rendue, elle eut peur et demanda simplement à être déposée aux urgences les plus proches. Le hasard fit qu'il n'y avait pas d'accueil pédiatrique dans cet hôpital là. Le bébé mourut une heure plus tard.

Je me souviens de ma rage à ne pas pouvoir soigner, de mon impuissance à éviter que la situation ne s'aggrave, je me souviens des copains, toujours les mêmes, auxquels on avait recours, des abcès incisés sur place comme si on était dans la brousse, de la salle d'attente pleine avant que l'on ait eu le temps de dire ouf, je me souviens de tous ceux qui ont attendu trop longtemps un diagnostic utile, des soins nécessaires, un geste pertinent, une intervention salvatrice. Je me souviens de tous les traitements que je n'ai pas pu mener à leur terme, alors que je travaillais dans une organisa-

tion riche, puissante, fonctionnant sur fonds privés et capable de financer des soins coûteux, je me souviens de l'angoisse et de l'épuisement qui me gagnaient avant que ne survienne la prochaine situation insoluble.

Voilà ce dont je me souviens en lisant les projets de décrets concernant l'accès à l'Aide médicale de l'Etat promis par le gouvernement, tentant de priver des milliers de personnes de soins médicaux, en les incitant aujourd'hui comme hier, à des comportements de fuite dictés par la peur, en ignorant leur besoin de soin lorsqu'il se présente, en rendant impossible l'exercice de leur droit. La Caisse nationale d'Assurance maladie a rendu un avis négatif sur ces textes d'application, qu'elle juge dangereux, mais également inapplicables. Il n'est même plus besoin, à vrai dire, de rendre les textes votés applicables. Le droit à l'aide médicale de cette population a été suffisamment limité et dénigré publiquement par nos gouvernements pour ne plus fonctionner normalement, en particulier pour les institutions soignantes, les pharmaciens, les laboratoires d'analyses, qui ne peuvent engager des frais dans un dispositif en passe de devenir obsolète. Pour ajouter à cette confusion entretenue, un groupe de travail parlementaire émet des hypothèses improbables sur « les recherches à poursuivre » en matière d'aide médicale, sous le regard bienveillant du ministre des Affaires sociales, pourtant aux commandes depuis le début de cette opération de sabotage intégral. Il est vrai qu'il est difficile de décréter officiellement le non-soin et d'écrire : les personnes résidant en France en séjour irrégulier n'ont plus aucun droit aux soins. Si toutefois elles en font la demande, on exigera d'elles des pièces impossibles à fournir. On enquêtera auprès de leurs hébergeants afin de dissuader ceux-ci d'apporter leur aide. On leur demandera de régler des sommes qu'elles ne peuvent payer. En dehors des situations d'urgence vitale, elles seront privées de médicaments et de soins.

Oui, ce doit être difficile à écrire.

Journées de Printemps du SMG et de la revue *Pratiques*

vendredi 7 mai après-midi au dimanche 9 mai midi
à Marly-le-Roi, en banlieue ouest de Paris
dans un cadre champêtre

Décrire le système de santé dans lequel nous, acteurs de santé, nous souhaitons travailler

Il ne suffit pas de dénoncer l'existant, il faut être capable de dire ce que nous voulons.

A partir de nos expériences, de notre connaissance de l'exercice professionnel, nous souhaitons proposer des transformations qui permettent de construire un nouveau système de santé. Pour cela, nous choisirons des thématiques qui mettent bien en valeur l'approche médicale, psychologique et sociale de la santé. Puis nous tenterons de définir ensemble les contours d'un système de santé où nous aimerais développer notre travail.

Entre utopie et réalité, il y a un espace accessible dès maintenant où il est possible de faire autrement. Nous sommes des acteurs de terrain qui chaque jour affrontons ces réalités. Cela nous donne suffisamment de légitimité pour oser dire ce que nous voulons. Plus nous serons nombreux, plus riches seront nos propositions.



Pour tous renseignements concernant le programme
et les possibilités d'hébergement, contacter :
Jocelyne Deville ou Marie-Odile Herter
tél. : 01 46 57 85 85 - fax : 01 46 57 08 60
e-mail : SyndMedGen@aol.com
<http://www.smg-pratiques.info>

Résumé : Dans les développements de l'appel lancé le 7 janvier 2004 du collectif « Sauvons la recherche », qui a réuni plusieurs dizaines de milliers de signatures de soutien, les chercheurs de divers organismes publics ont défilé dans la rue le 3 mars dernier. L'auteure analyse la place et les enjeux de la recherche publique et, en particulier, la place de la recherche en sciences humaines dans notre société.

L'image du chercheur

Chercher, de l'ancien français *circer, cercer*, c'est accomplir la figure du cercle. Le *chercheur* est celui qui tourne autour, le curieux invétéré. *L'Encyclopédie*, le *cycle*, le *cercle*, le *cirque* ont même origine. Les esprits frondeurs diront que le chercheur est celui qui tourne en rond. Chercheur, certes, mais trouvez ?

La scène de la science, comme la piste d'un cirque, est un espace de la preuve. Le clown doit prouver que ses poches sont vides : il n'a rien à cacher. A ce prix seul opère la magie. Les gradins l'entourent ; tous le voient, chacun constate. La scène circulaire, la pente des gradins sont exercices d'une démocratie du regard. Il en est de même du chercheur. Il se présente sans filet au cœur de l'espace public, seul responsable de ses cheminements intellectuels ; tenu de rendre compte de ses résultats à ses concitoyens dans la plus complète transparence.

Les chercheurs n'apprécient certes pas d'être comparés à des clowns, fussent-ils des clowns tristes. Leur maigre nombre – ils sont 100 000 dans la recherche publique – les affaiblit. Mais qui sont-ils ceux dont le métier n'existe que par la passion avec laquelle ils le pratiquent ?

Les têtes de file du mouvement « Sauvons la recherche » sont vigoureux, motivés, présents sur le terrain de la lutte et le spectacle a bien lieu : on s'enferme dans des cages, on charrie le cercueil de la recherche, on exhibe *l'homo scientificus* en voie de disparition, on sonne la trompette des morts. On brandit, poudré, le grand Pierrot de la fête.

La blouse blanche jetée par-dessus le manteau (il fait froid) garantit la pureté des intentions. Pour le grand public qui signe des pétitions de soutien, elle les rapproche inexorablement du bon docteur, celui qui les sauvera s'il ne l'a déjà fait. Les équipes de l'Inserm forment l'avant-garde : impossible pour la recherche médicale d'accepter le sacrifice de réductions budgétaires ou l'instabilité extrême du statut de jeune chercheur. Les politiques dévastatrices auront ici des conséquences immédiates, bien visibles. Elles feront resurgir les angoisses et peser sur chacun cette menace que le Téléthon, multipliant les hommages à la recherche, s'efforce d'alléger pour la quinzième année.

Les sciences humaines, elles, ont souvent eu à cœur, dans le passé, d'affirmer la prévalence de l'esprit sur les matérialités. Mal leur en a pris : ses chercheurs, aujourd'hui, se battent individuellement pour acheter les livres, obtenir un billet de chemin de fer, payer leur propre matériel informatique, transformer en bureau une pièce de leur appartement quand ils ne décident pas de louer chambre

Monique Sicard

Chercheur au CNRS en histoire et esthétique de l'image et du regard

ou studio. Leur position est délicate : se plaindre de sa condition quand tant d'autres vous envient, c'est perdre, au profit d'une efficacité productive, les seules choses qui comptent vraiment : la dignité, l'honorabilité. On ne rend pas impunément manifeste la matérialité d'un travail d'écriture qui se présente aux lecteurs citoyens comme pur exercice de la pensée. La dégringolade immédiate du piédestal symbolique en serait le coût. A la grande époque d'Alexandrie, une partie du Palais royal – le *mouseion* (le musée) – rassemblait une élite constituée d'artistes et de savants placés sous la responsabilité de Ptolémée 1^{er} et « entretenus aux dépens du public », c'est-à-dire, financés par les rois eux-mêmes et les mécènes. Cette vie tranquille assurée aux savants et artistes du Palais d'Alexandrie, n'était pas seulement une récompense, expliquera Diderot : elle constituait la « preuve des vertus des belles-lettres, des arts et de la science ». Cet Institut de recherche

consacré aux Muses accueillit jusqu'à cent chercheurs venus d'horizons divers. Ils trouvaient là, outre les aides matérielles, un environnement intellectuel stimulant. Ces protégés de l'Etat sans lesquels l'optique, l'hydraulique, l'astronomie, les mathématiques ou la botanique seraient restées dans la pénombre, réalisèrent, à l'époque, la quasi totalité des découvertes. Nous sommes pleinement redérvables de ces politiques de recherche : c'est au *mouseion* qu'Euclide définit sa géométrie.

De nos jours, il faut être soi-même bien cultivé pour accepter que l'Etat – les citoyens – financent des historiens, des géographes, des anthropologues, des sociologues, des historiens d'art... toutes personnes n'entrant pas dans une logique de production immédiate et surtout, quantifiable. Ce que l'on admet pour l'armée est plus difficile à justifier pour la culture. La culture est souvent





reçue comme un luxe, un jeu pour privilégiés : comment comprendre dès lors l'impérieuse nécessité de racines et référents collectifs sans lesquels les sociétés rapidement se désagrègeraient ? Il est fréquent d'entendre opposer les enseignements universitaires « utiles » (le commerce, l'économie, le journalisme et les médias, la publicité, mais aussi la biologie, la physique), aux domaines « inutiles » de l'archéologie, de l'anthropologie, de la sociologie, de l'histoire de l'art, de la littérature... Mais le dynamisme des sciences humaines, celui de leurs enseignements est, pour un pays, signe de vitalité. Traduisant l'intérêt porté à d'autres valeurs que celles impliquées dans les productions et les échanges de biens, il est facteur de prestige. A ce titre, il constitue l'un des éléments des politiques internationales.

Alors que les éducateurs des écoles, collèges et lycées, confrontés aux pressions des marchés internationaux, ont grand peine à maintenir la qualité de la transmission culturelle, où les citoyens eux-mêmes perdent pied par l'ignorance de ce qui les a précédé et dont ils sont héritiers, où l'absence de lecture tient lieu de culture, il devient de plus en plus difficile de « sauver la recherche ».

Les chercheurs en sciences humaines sont volontiers rangés sous le vocable « intellos » : ils sont ceux que le citoyen ne comprend plus. Leur propre attachement à des valeurs que d'aucuns estiment révolues, leur rejet de la chose technique, leur difficulté à penser le monde contemporain, sont en partie responsables de cette rupture. Il est un fait : le déclin de la recherche en sciences humaines date de

nombreuses années. Au mieux, si les chercheurs disposent de moyens intellectuels et matériels suffisants, si leur santé est bonne, ils prennent le large et s'aventurent en électrons libres, isolés de toute équipe. Ils deviennent alors ces « intellectuels » qui s'efforcent d'agir directement par leurs écrits et leurs paroles, au risque de narcissismes médiatiques. Ils délaisSENT alors les chemins du savoir.

Car la fonction officielle du chercheur d'Etat est précise : il est acteur de la construction des connaissances collectives. En ce sens, il doit produire des informations neuves, éclairer le présent, fût-ce par l'intermédiaire du passé ; diffuser ses travaux, œuvrer pour tous. Le délit de rétention, le secret, qui peuvent valoir pour un industriel ou un artiste, lui sont a priori interdit. Il travaille pour le bien commun, soit « pour le peuple et l'Etat ». A l'heure où le service public connaît de belles heures d'incompréhension, où l'incertitude du lendemain et les difficultés d'aujourd'hui tiennent lieu de toute culture, on comprend – même si cela est difficile à admettre – que les sciences humaines, inaptes à fournir des réponses immédiates, soient malmenées.

La situation rappelle celle de l'extrême fin du XIX^e siècle lorsque fut violemment dénoncée, par



ce que nous nommerions aujourd’hui une « droite extrême », la faillite de la science, « incapable d’élucider les origines de l’Homme et de tenir là ses promesses, inapte à résoudre la question de la misère née du développement industriel ».

Dans les représentations populaires contemporaines, le chercheur – en blouse blanche – prend volontiers la figure d’un personnage prométhéen apte au contact avec les dieux (les instances ministérielles), vole le pouvoir aux instances dirigeantes, s’empare des secrets du ciel (détenus par l’astronaute Haigneré), s’installe finalement en rebelle et marginal critique pour le bien des

hommes auxquels il croit offrir les outils d’une amélioration des conditions de vie. Ces sacrifices lui valent châtiments : coupes budgétaires et suppressions de postes. Ces derniers apparaissent trop facilement – hélas ! – comme de justes réponses à l’égoïsme généreux du chercheur, son isolement, son oubli paradoxal de l’autre par démesure de sa propre passion, ses quêtes insensées de l’absolu. Ce qui est en cause – là encore – est bien la faiblesse des politiques de la culture, de la santé, de l’éducation ; pour ne citer que quelques-uns des innombrables champs susceptibles de bénéficier des travaux de la recherche fondamentale, des savoir-faire des chercheurs.

Ce n'est pas une hypothèse, c'est une quasi-certitude, le virus arrive. Il sera là demain, au plus tard après-demain, mais vous n'y échapperez pas. Et ce n'est pas n'importe quel virus ! Un virus terrible, étrangement ressemblant à celui de la grippe espagnole. Le virus de la grippe espagnole, vous en souvenez ? Vingt millions de morts. Une belle épidémie. Bien sûr, on n'en connaît pas grand-chose de ce virus, on ne sait même pas s'il se transmet de l'homme à l'homme, mais qu'importe, nous sommes dans la médiatisation de la peur, alors tremblez ! Régulièrement, on nous annonce le prion-catastrophe ou le virus du génocide mondial. Avec le prion, tous ceux qui avaient mangé un steak se demandaient s'ils n'allaient pas devenir fou d'une minute à l'autre. Une apocalypse : la moitié de l'univers atteinte de tremble et l'autre partie enfermée dans de gigantesques asiles. Et puis, rien ou presque. On a abattu des millions de bovins devant le regard effaré de ceux qui mouraient de faim et qui n'avaient de toute façon pas l'espoir de survivre au-delà de la quarantaine.

L'an dernier, on nous a refait le coup avec le virus du SRAS, venu d'Asie. L'humanité allait périr d'insuffisance respiratoire en quelques semaines. On saluait le courage extraordinaire de ce Premier ministre qui se rendait dans le palace d'un pays où quelques habitants avaient été contaminés. Quelques mois après, le virus ne fait plus recette. Mais, heureusement arrive le virus aviaire et, de nouveau, les médias s'en donnent à cœur joie. Mettez-moi ça à la une et sur cinq colonnes. Il faut qu'ils tremblent.

Bref, de peur en peur, on alimente le sentiment d'insécurité et d'instabilité, on favorise le mythe du danger venu de l'étranger, on regarde dans la boule de cristal au lieu d'aborder les vrais problèmes. Car il n'est pas

nécessaire de faire de vaines supputations sur les risques hypothétiques d'un virus inconnu dont on ne sait même pas s'il est contaminant de l'homme à l'homme. Nous avons là, dès à présent, devant nous, de vrais virus, bien dévastateurs, qui détruisent des populations entières et ne préoccupent pas pour autant le monde médiatique. Le Sida, par exemple, a d'ores et déjà annoncé son triste bilan pour les années à venir. Mais là, pas de panique, on traîne, on regarde, on chiffre, on enregistre, on débat, on se lasse. Bien sûr, on a le traitement mais... Et puis, ces populations sont si lointaines, déjà si défavorisées, alors ! Un peu de plus ou un peu de moins.

Dans la catégorie des virus prédateurs, le Sida n'est pas seul. Il en existe des dizaines qui sévissent dans ces continents oubliés. Qu'il s'agisse de celui de la polio ou de celui de la rougeole, terriblement meurtrier chez les enfants dénutris. On pourrait parler aussi des parasites qui intéressent fort peu la recherche pharmacologique comme le paludisme, premier meurtrier du monde avec plusieurs millions de morts chaque année à son actif. Avez-vous lu un article dans les journaux sur ce cataclysme ? Ou encore la tuberculose dont on connaît parfaitement le traitement et qui tue toujours autant.

Alors, messieurs des médias, avant de nous faire peur avec vos virus-apocalypses, sachez que nous ne sommes pas dupes. Vous détournez l'attention des vrais problèmes, vous banalisez les vraies hécatombes, vous nous faites oublier notre responsabilité face à des populations malades que nous refusons de sauver par pur égoïsme économique. Un jour, les enfants de ces malades nous demanderont des comptes.

Le pire des virus est celui de l'accoutumance au malheur d'autrui. La pire infection est la peste émotionnelle.

Denis Labayle

Médecin gastro-entérologue hospitalier

La peste émotionnelle

Bertrand Riff*Médecin généraliste*

Je me sens de plus en plus en Afrique : ou bien l'exercice de la médecine s'africanise, ou bien mes yeux s'ouvrent, mais peut être que cela n'a jamais été autrement...

Le bakchich

De plus en plus il faut payer des suppléments pour se faire soigner. Ces suppléments sont officiels le plus souvent, certes, quoique. J'ai croisé un généraliste qui multipliait les consultations des patients CMU, la carte Vitale, c'est simple, on clique, mais la patientèle n'est pas dupe de ce médecin à bakchich socialisé. De même, un chirurgien-dentiste. Tous ces professionnels pensent qu'ils ne sont pas assez rémunérés et qu'il est bien normal de tirer un peu un peu de bakchich socialisé. Ou de l'art de se payer sur le mammouth. Difficile de trouver un spécialiste libéral aux tarifs Sécurité sociale, de se faire opérer sans sortir quelque sou, voir ramener le papier Q, bientôt la bouffe. A l'hôpital, les rendez-vous publics sont souvent tardifs, mais dans les consultations privées moyennant un bakchich officiel, légal, c'est possible dans la semaine.

Je vis en Afrique

avoir ses entrées. Cela simplifie et raccourcit les délais. Ainsi récemment, un patient nécessitait un avis neurologique, il avait déjà consulté dans un service de neurologie, j'appelle ce service qui me propose un rendez-vous dans six semaines : trop long ! Seule alternative, les urgences, si c'est urgent. Heureusement, j'ai un cousin en neurologie, je l'appelle et il me trouve un rendez-vous la semaine suivante. Je n'ai pas de cousin en cardiologie, c'est gênant, il va falloir en trouver un. Dans le privé, c'est tout pareil.

Si les gens meurent, c'est que quelque chose n'a pas été fait

Les morts de l'été sont morts parce que quelque chose n'avait pas été fait. Un Africain m'expliquait qu'en Afrique, la maladie s'installait, la mort arrivait, parce que quelque chose n'avait pas été fait, une protection, un rite. Manifestement en France, c'est ainsi, autant à l'échelon individuel que collectif. Quand quelqu'un meurt sans explication, on convoque les sages, soit une commission si l'événement est d'importance, soit un juge si elle est unique. Chacun de ces protagonistes décidera des offrandes et sacrifices qu'il faudra faire. Là, un directeur de la santé, ici, une somme à donner.

Pour pouvoir soigner, il faut être en relation à la cité, au village.

Pas de soins sans être en réseau, sans appartenir au collectif, sans être plusieurs. Fini l'individu roi, voici l'individu social comme référence nouvelle pour le médecin. Les médecins comme les sorciers ont des comptes à rendre, ils doivent s'articuler avec d'autres professions, d'autres compétences.

L'importance des cousins

De plus en plus, pour faire admettre un patient dans un service à l'hôpital, il faut

J'affiche de plus en plus mes attaches à une confrérie

De plus en plus, je vois apparaître l'affichage d'appartenance à une confrérie : membre d'une société savante ou un collège de généralistes enseignants. La confrérie apporte manifestement un plus, une garantie. Ce n'est pas moi que mes patients rencontrent, mais un moi rattaché à des collectifs. Ils rencontrent au gré des histoires G&T (1) ou la SFTG (2), ou l'école dispersée de santé, ou le SMG. La puissance de la parole en dépend, le généraliste solitaire a peu de chance d'être entendu à plus d'un kilomètre de son cabinet.

Voilà en vrac une série de banalités propres à rapprocher la France et l'Afrique dans un désir occidental d'universalisme. Mais les chaussures de nos ministres n'ont rien à envier à celles d'autres continents.

Quand l'Africain arrive en France, il trouve un système de santé présentant des similitudes avec le sien ! Ces similitudes ne sont pas toujours celles que l'on imagine. Il paraît que nos villages manquent de sorciers et que l'on s'attache à y remédier.

1. Généralistes et Toxicomanie 59/62.

2. Société française de thérapeutique du médecin généraliste



Patrice Muller

Médecin généraliste

C'est que ce dépense l'industrie pharmaceutique pour nous faire prescrire du médicament. On le savait déjà, mais le fait de lire ce scandale que nous dénonçons depuis des lustres dans le très officiel « Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie » paru le 23 janvier 2004 nous conforte dans nos propositions. Citons *in extenso* le passage accablant (1) dudit rapport :

« ... *l'information sur la prescription médicamenteuse reste massivement dominée par les industries du médicament. Cet état de fait est le résultat de deux phénomènes qui se cumulent.* »

D'un côté, l'insuffisance d'organisation et d'investissement de la part des institutions publiques : l'information mise à disposition par les différentes sources publiques (résumé des caractéristiques du produit, avis de la commission de la transparence, fiches de transparence, recommandations de l'Afssaps, etc.) est souvent ressentie par les praticiens comme complexe et difficile d'emploi. De même, il n'existe pas de base de données publique, disponible en ligne, sur support informatique, au moment de la prescription.

D'un autre côté, l'effort considérable des industries pharmaceutiques pour la promotion du médicament (évalué à plus de 20 000 € par praticien et par an), appuyé sur une connaissance fine du « profil » de chaque pres-

crieur et relayé par le nombre très important des visiteurs médicaux (24 000 selon l'Association des directeurs de la visite médicale). La Cour des comptes a attiré l'attention, à de nombreuses reprises, sur la nécessité de développer, dans ce domaine, une information indépendante. »

20 000 euros par médecin et par an !



de toutes les formes de publicités, parrainages, visites médicales et autres « soutiens financiers » de la part de l'industrie pharmaceutique, toujours très prévenante à l'égard du corps médical pour qu'ils prescrivent leurs produits sans vergogne ? A quand l'indispensable évaluation rigoureuse du service médical rendu pour chaque médicament et qui nous manque pour faire correctement notre métier ? La connaissance précise de la plus-value du service médical rendu d'une molécule par rapport à ses concurrentes nous permettrait pourtant de substantielles économies pour l'Assurance maladie. Cette information indépendante, comparative, que nous exigeons d'avoir, avant même la mise sur le marché des produits, incombe aux pouvoirs publics qui négligent scandaleusement ce domaine.

1. Cf. chapitre 2 : Qualité du système de soins, première partie : Le périmètre des biens et services et la qualité médicale des actes, section 5 : Les instruments effectifs de l'amélioration des pratiques, pages 87 et 88 de la version électronique du rapport. Consultable sur le site : www.sante-gouv.fr/ass_maladie/haut_conseil/ind_rapport.html.

Lorsque je demande si la petite Mounira, 20 mois, a un bon appétit, sa mère rayonne et me dit en souriant de bonheur : « Ah oui ! elle mange de tout, même les poivrons piquants de son père. »

Nous sommes nombreux, parents et médecins, à éprouver comme un vertige devant les nouveaux laits. Il y a toujours eu, en tout cas depuis 20 ou 30 ans, des nouveaux laits présentés comme super innovants et révolutionnaires et indispensables. Les laboratoires ne faisaient pas toujours dans la nuance, ni même dans la décence, mais ils se croyaient obligés de tenir des discours pseudoscientifiques. Ils éprouvaient le besoin de se justifier : c'est parce que l'organisme de bébé a telle particularité qu'il a besoin d'un supplément de taurine ou de caséine ou d'acides gras à chaîne moyenne. Bien sûr, dès cette époque, Nativa était promu comme « l'invention la plus importante depuis que Dieu créa la femme ». Mais globalement, c'était des mensonges « bon enfant », de la manipulation bricolante. Aujourd'hui, les firmes ne prennent même plus le temps de présenter leur lait ou de chercher à convaincre un peu. Elles sont très pressées, leurs concurrentes sont nombreuses et très pressées, ce qui leur interdit d'avoir des scrupules. Elles s'agitent toutes autour de nous en nous incitant à consommer leur produit qui doit d'abord nous attirer par son nom. Il y a ainsi des laits

hypoallergéniques qui vous posent implicitement la question : préférez-vous que votre enfant soit allergique ou qu'il ne le soit pas ? Et les laits anti-régurgitations qui disent : préférez-vous qu'il régurgite ou non ? Cela dépend de vous, de votre capacité à mettre quelques

euros de plus pour débarrasser votre enfant de ces manifestations désagréables. Et puis, il y a le lait X dans sa version confort. Et là, vraiment, on touche à l'inhumain et à l'irresponsable. Pourquoi des parents priveraient-ils leur enfant de confort ? Tout le monde sait que les bébés pleurent, ils ne dorment pas tout le temps, tout se passe comme s'ils n'avaient pas le confort maximal, le confort permanent. Or, ce confort dont ils manquent, il existe, il est dans les étagères des pharmacies et même des supermarchés. Et puis, pour les parents aussi, être réveillés la nuit, voir son enfant pleurer, ce n'est pas confortable. Et ce même produit, qui ne demande qu'à apporter le confort au bébé, apporterait du même coup le confort aux parents. Il faudrait être nul ou pauvre (ce qui revient au même dans l'esprit des « gagneurs ») pour se priver et priver son enfant d'une telle merveille de la technologie moderne.

Cette idéologie de gagneurs, de battants, de fonceurs, de la France qui gagne est insupportable à beaucoup d'entre nous. Ce mépris des pauvres et cette fascination pour les spéculateurs heurte ce qui reste de judéo-christiano-marxo-tiers-mondisme en nous.

Très souvent, des parents originaires d'Afrique du Nord me demandent : « Est ce qu'on peut lui faire goûter un peu de couscous ou de pois chiches, est-ce qu'on peut mettre un peu de coriandre ou de cumin (tabel ; kamoun) ? » Je perçois souvent cela comme : « Pourrons-nous quitter un peu cette logique du grand capital ? Moi, j'ai mangé du couscous avec des pois chiches et des épices, je l'ai fait comme mes parents et j'aimerais que mes enfants le fassent comme moi ». Et je me sens en harmonie totale avec cette petite révolte intime, j'ai souvent envie de leur dire : « Oui ! donnez-lui du couscous, mais aussi des poivrons aussi piquants que possible. »

Jean-Pierre Lellouche

Médecin pédiatre

Les poivrons piquants de l'anti-mondialisation

Collectif Europe et Médicament

Après deux années de procédure législative, les députés européens ont voté le 17 décembre dernier un texte de Règlement et de Directive qui, après adoption définitive par le Conseil des ministres, va désormais s'appliquer au médicament dans l'Europe élargie. Deux observations résument ces deux années de travail : poids du lobby des firmes pharmaceutiques et émergence de la société civile. Les résultats du Collectif Europe et Médicament sont à la mesure de ces deux constats : la pression des lobbies des firmes a conduit au vote de dispositions qui vont mettre en péril les systèmes de santé et de protection sociale de tous les pays de l'Union européenne ; dans le même temps, la visibilité des citoyens sur les médicaments s'est accrue.

Jugés du point de vue des quatre composantes du Collectif Europe et Médicament : associations de malades, organisations familiales et de consommateurs, organismes d'assurance maladie et organisations de professionnels de santé, voilà plus précisément ce que l'on

peut retenir de positif et de négatif dans les textes adoptés.

Les associations de malades apprécient que soit reconnue la possibilité d'utiliser des médicaments non encore autorisés pour des malades en impasse thérapeutique, dans le cadre d'un programme d'usage compassionnel. Mais elles

sont scandalisées par le rejet de toutes les dispositions qui auraient permis la réalisation de tels programmes : en l'état, les textes adoptés ne contraignent ni les Etats, ni les firmes à aider réellement les malades. Par ailleurs, le rejet de la possibilité pour les malades de signaler directement les effets indésirables aux autorités est également ressenti comme très négatif : les patients n'ont toujours pas de place reconnue en pharmacovigilance.

Les organisations familiales et de consommateurs se réjouissent du rejet massif des propositions initiales de la Commission européenne visant de fait à légaliser la publicité directe auprès du public pour les médicaments de prescription. Même si les projets actuels de la Commission sur l'information du public font craindre les pires dérives, la situation européenne n'est pas aussi dégradée, à ce stade, qu'aux Etats-Unis. Les consommateurs apprécient l'adoption de mesures en faveur d'un étiquetage informatif des médicaments, telles la mention de la dénomination commune (DCI) ou l'utilisation du braille.

Les organismes d'assurance maladie se sont trouvés confrontés à la puissance du lobby des firmes pharmaceutiques décidé à accroître le plus possible la durée d'exclusivité des médicaments princeps. Les moyens utilisés par ces firmes et ceux qui les servent ont été habiles :

Collectif Europe et Médicament
europepedumedicament@free.fr
et revue Prescrire
<http://www.prescrire.org>

modification de la définition du générique, création du concept non étayé de « biogénérique » pour interdire les copies, allongement scandaleusement injustifié de la durée de protection des données cliniques. Les appels à la raison lancés par les nouveaux Etats membres n'ont pas été entendus et les dispositions prises auront des conséquences financières majeures. Les organismes d'assurance maladie soulignent qu'elles seront encore plus graves si le principe du « prix unique européen » est adopté, et ils appellent à la plus grande vigilance.

Les professionnels de santé se réjouissent du maintien de la réévaluation des médicaments après cinq ans de commercialisation (et après dix ans pour raison de pharmacovigilance), alors que les firmes voulaient une autorisation de mise sur le marché (AMM) définitive. Les professionnels apprécient aussi le maintien des délais d'examen des AMM que les firmes voulaient raccourcir. Ils apprécient les avancées dans le domaine de la transparence des décisions des agences (centralisée ou nationales), mais ils regrettent que l'opacité quasi totale reste la règle en matière de pharmacovigilance. Les professionnels de santé déplorent fortement que la Commission et le Conseil se soient entêtés à refuser la comparaison des nouveaux médicaments aux anciens, privilégiant ainsi la dérive marchande des firmes qui pourront encore vendre des médicaments dont le véritable intérêt thérapeutique n'est pas connu.

Trois autres points sont à mettre au bénéfice de ces deux années de travail entre les membres du Collectif Europe et Médicament. Le premier concerne la connaissance acquise du fonctionnement des institutions européennes. Ce point est particulièrement important au moment où les décisions européennes s'imposent de plus en plus aux Etats de l'Union. Le deuxième bénéfice est le

fruit de ce travail en commun : la connaissance des uns et des autres, tant entre les différentes familles, consommateurs et organismes d'assurance maladie, malades et professionnels de santé, qu'entre les associations et les organisations des différents pays de l'Union. Cette expérience acquise, cette reconnaissance mutuelle est considérable au regard du fossé qui séparait il y a peu les différentes familles de la société civile face aux questions de santé. Le troisième bénéfice est la reconnaissance par les différentes instances européennes du travail accompli par le Collectif Europe et Médicament. Cette reconnaissance a été acquise à la fois par la rigueur de l'analyse, le sérieux des revendications et l'investissement des organisations. Un des meilleurs hommages à ce travail a été rendu par l'un des deux rapporteurs de ce projet de loi, Mme Françoise Grossetête (PPE) pourtant très proche des thèses des industriels, et qui a estimé récemment que « si le texte est aussi compliqué c'est qu'il y a des enjeux très forts et des lobbies puissants, qu'il s'agisse des laboratoires pharmaceutiques, des génériqueurs ou du Collectif Europe et Médicament (1) ».

Les instances politiques et industrielles s'étaient entendues pour débattre rapidement de ce projet de législation sur le médicament. En s'invitant à la table de négociations la société civile, représentée par le Collectif Europe et Médicament, a su imposer quelques-unes de ses orientations pour une plus grande prise en compte de la santé publique. Ses membres restent déterminés à agir dans les prochains débats européens, notamment sur le prix du médicament, la prescription en DCI et la publicité auprès des consommateurs.

1. In *Pharmaceutiques* n° 112 – décembre 2003.

Collectif Europe et Médicament : enjeux à venir

Cinq thèmes, représentant des enjeux majeurs de santé publique dans les mois et années à venir, ont été identifiés et retenus par le Collectif. Les quatre premiers sont presque imposés par l'agenda de la Commission européenne ou par les travaux du G10.

1. Prix des médicaments

Ce point ne faisait pas partie du projet législatif qui vient d'être adopté, mais la Commission européenne souhaite maintenant le traiter afin de parvenir à une « harmonisation » des prix sur l'ensemble du territoire. Le risque est évidemment que les prix soient alignés sur les prix les plus hauts, comme ceux pratiqués en Allemagne.

2. Valorisation de la DCI

Durant ces deux dernières années, le Collectif Europe et Médicament s'est battu en vain pour faire valoir l'intérêt d'une prescription en Dénomination Commune Internationale (DCI) et d'une utilisation par tous les acteurs de cette dénomination, seul moyen de connaître la vraie nature des médicaments. Beaucoup des membres de notre collectif considèrent que la prescription en DCI est le moyen le plus efficace de promouvoir les génériques, d'échapper au matraquage commercial des firmes pharmaceutiques et d'aller vers un usage plus rationnel des médicaments.

3. DTCA – Information et publicité

On peut se réjouir que le Collectif Europe et Médicament ait obtenu le maintien de l'interdiction pour la publicité directe auprès du public pour les médicaments de prescription. Cette victoire ne doit pas cacher que les firmes disposent de moyens détournés pour faire la promotion directe de leurs médicaments auprès des malades et des consommateurs : création de pseudo fondations ou instituts, entrisme dans les associations de malades, diffusion de pseudo informations sur les pathologies et leurs traitements, utilisation des « leaders d'opinion » du monde médical pour des annonces médiatiques sur maladies et symptômes, etc.

4. Application du Règlement et transposition de la Directive adoptés le 17 décembre dernier

Les articles du Règlement s'imposent dès leur publication à tous les Etats de l'Union, ceux de la Directive doivent être transposés dans les législations de chaque pays. Le suivi de ce processus exige de nous la plus grande vigilance afin que les dispositions défendues par notre Collectif pendant deux ans soient bien appliquées.

A surveiller particulièrement : l'accès à l'information détenue par les agences du médicament, nationales et européenne, et la représentation des patients dans ces instances.

5. Innovation et évaluation comparative

Ce dernier thème relève d'un choix délibéré de l'ensemble des membres actifs du Collectif Europe et Médicament. En exigeant que tous les nouveaux médicaments faisant une demande d'autorisation de mise sur le marché (AMM) soient soumis à l'obligation de se comparer au traitement de référence, le Collectif considère que l'on poserait là un principe qui accroîtrait significativement la sécurité et l'efficacité des médicaments et garantirait un meilleur contrôle des prix. Cette démarche transversale aura l'avantage d'irriguer et de conforter toutes les autres mesures favorables à la santé publique.

J'ai aperçu tout à l'heure, en allant quérir le patient suivant dans la salle d'attente, Noël, son grand frère et leur maman Chloé. Cela m'a fait plaisir, d'autant qu'aucun des trois n'avait l'air malade et que j'aime beaucoup philosopher avec Chloé. Nous avons traversé tant de tempêtes ensemble...

J'ai terminé ma consultation, un au revoir, une poignée de main, je me tourne vers la petite famille en souriant, « C'est à nous ». Noël se lève l'air grave, ainsi que sa maman, tandis que le grand frère reste scotché à sa game-boy et marmonne un « Bonjour » sur ordre maternel, sans lever les yeux de son petit écran.

Nous nous asseyons, moi derrière mon bureau, Noël en face de moi, Chloé sur le côté, un peu en retrait.

– Chloé : « Voilà je t'amène Noël parce que... il ne veut plus manger... bon, enfin, dit le toi Noël... pourquoi tu... »

– Noël : « Je veux plus manger parce que si je mange, je vais grandir... »

– Docteur : « Et grandir, c'est vieillir ? »

– Noël : « Oui, devenir vieux et... »

– Docteur : « Et quand on devient vieux, on finit par... »

– Noël : « Mourir ! »

– Chloé : « Là, tu vois bien, c'est compliqué, celui là, le petit, qui ne mange pas et le grand qui a un sacré coup de fourchette et quelques plis superflus, je sais plus quoi dire, ni quoi faire... »

Je propose à Noël de se peser et de se mesurer, ce qu'il fait de bon gré. Résultats des mesures, Noël a pris en un an deux kilos et cinq centimètres, à sept ans il est fin, mais pas maigre.

J'explique que les deux repas les plus importants chez un enfant, c'est le petit déjeuner et le goûter. Le p'tit déj pour mettre la machine en route le matin et le goûter pour se réconforter de sa longue journée d'école, le midi faut pas manger trop, sinon on dort en début d'après-midi, le soir c'est pas important parce que pour dormir, on n'a pas besoin de trop d'énergie. Justement, le p'tit déj et le goûter, ce sont les deux meilleurs repas de Noël. Chloé semble rassurée par les mesures et mon discours, Noël sourit puis reprend son air grave, je n'ai pas résolu le dilemme...

– Noël : « Si je mange pas beaucoup le soir, je grandis pas la nuit alors ! »

– Docteur : « Si, tu grandis quand même avec le repos et les petites réserves que tu as faites. Mais bon, ton problème c'est que tu veux pas grandir pour pas vieillir et pas mourir... »

J'explique que, y a peut-être des avantages à vieillir, d'ailleurs je le remercie pour le dessin qu'il m'a offert pour mon anniversaire. Puis, j'explique que c'est pas grave de mourir, parce que on ne meurt jamais tout à fait, surtout quand on a des enfants ; que lui-même est fait d'un petit bout de sa maman et d'un petit bout de son papa, qui sont eux-mêmes fait d'un petit bout de leur géniteurs, etc. Et que si on n'a pas d'enfants, on peut laisser un livre qu'on a écrit, un tableau ou un nom de rue et qu'en dernier ressort les molécules qui forment notre corps peuvent servir à faire pousser l'herbe et les arbres. Je lui prête pour finir quelques bouquins pour illustrer tout ça.

Chloé et Noël repartent en souriant.

Sylvie Cognard

Médecin généraliste

J'veux pas manger J'veux pas mourir

Résumé : Nous poursuivons la réflexion sur la fin de vie et l'euthanasie, entamée dans le numéro 23.

Evelyne De Wildeman

Infirmière libérale

Euthanasie De quoi parlons-nous ?

Les mots que nous utilisons les uns et les autres pour parler de la fin de la vie d'un être cher ou d'un patient sont lourdement chargés de nos émotions, de notre vécu, de notre éducation, et c'est à travers ces filtres que les mots parviennent à notre interlocuteur qui les reçoit à travers ses propres filtres. La communication est une discipline complexe et lorsqu'il s'agit d'un sujet aussi douloureux que la fin de la vie, elle devient vraiment un art difficile et à cela s'ajoute une confusion des termes employés, confusion entretenue par les médias et les partisans d'une loi sur l'euthanasie.

Dans un article intitulé « Histoire et définition d'un mot », le professeur Philippe Letellier (1), expose « les cinq actes susceptibles d'être employés chez un malade incurable parvenu au terme de sa vie :

- 1 – l'administration d'analgésiques à des doses progressives capables d'accélérer la mort ;
- 2 – la limitation ou le renoncement à des traitements actifs ou de réanimation ;
- 3 – l'arrêt des dispositifs de survie artificielle ;
- 4 – l'aide au suicide ou suicide assisté ;
- 5 – l'injection d'une substance létale. »

Mais lorsque que pour certains le soulagement de la douleur est une euthanasie passive, les soins palliatifs une aide à mourir et la dépendance une indignité, on se dit qu'il est urgent de se parler, mais surtout de s'assurer que nous parlons le même langage.

La proposition de Marie de Hennezel : « clarifier les termes et distinguer les pratiques » (2) me semble être un incontournable préalable à une réflexion sur la fin de vie.

1. *Histoire et définition d'un mot, L'euthanasie, aspects éthiques et humains*, Editions du Conseil de l'Europe, septembre 2003.

2. Rapport de la mission « Fin de vie et accompagnement », Marie de Hennezel, octobre 2003.

Résumé : L'annonce en mars 2003 d'un plan anti-cancer interpelle les soignants autant que les citoyens. A la recherche des causes qui permettraient de réduire l'incidence croissante du fléau est préférée une stratégie de renforcement des moyens de dépistage et de soins. Une autre approche serait possible dans une société devenue cancérigène, avec le développement d'outils spécifiques, au premier rang desquels un registre qui ne soit pas qu'un répertoire, mais la base d'une véritable épidémiologie autorisant une prévention.

Avons-nous un plan « anti » cancer ?

1^{re} partie : La fausse route

Préambule

Le cancer est devenu la cause principale de mortalité dans nos sociétés industrielles, responsable en France d'un décès sur trois chez l'homme et d'un sur quatre chez la femme. Avec 160 000 nouveaux cas en 1980 et 278 000 en 2000, l'augmentation a été de 63 % en vingt ans (rapport d'orientation sur le cancer rendu public le 16 janvier 2003). Au premier rang des augmentations est observée la croissance des cancers hormono-dépendants, sein et prostate (*Rev. Epidémiol. Santé Publique*, 2003-51, 3-30).

Le phénomène n'est donc pas récent, mais paraît subir un emballement. Une part seulement est due au vieillissement des populations, les adultes jeunes et même les enfants sont également concernés. La mortalité par cancer en France est environ 20 % plus élevée que dans le reste de l'Europe, y compris la mortalité prématuée avant cinquante ans. Les récentes *Annals of Oncology* en 2003 reconnaissent qu'en dépit des progrès du dépistage et des soins, la mortalité par cancer a progressé en Europe de 9 % depuis 1985.

On peut se féliciter de la prise de conscience politique proposant un nouveau « plan anti cancer » (annonce du plan national de lutte contre le cancer par le président Chirac le 24 mars 2003).

Mais l'émoi n'est pas nouveau... La première « déclaration de guerre mondiale contre le cancer » date de 1906 à la conférence internationale de Heidelberg et Francfort. Pour la France, c'est le radical-socialiste Doumergue qui mènera l'offensive, alors ministre de l'Instruction publique et futur président en 1924. Plus tard, une politique volontariste débouchait sur le développement des centres anticancéreux qui rendent les services connus de tous en matière de soins et de recherche.

La fausse route

Il se pourrait que les mesures du nouveau plan mises en application à grand renfort de publicité en 2004 ne soient pas à la hauteur de cet enjeu majeur de santé publique : comme par le passé, à la compréhension des causes et à la lutte pour l'éradication de celles-ci, on préfè-

Jacques Richaud

Praticien hospitalier

re accroître les seuls moyens de soins et de dépistage.

La prévention est bien évoquée et le souci des cancers professionnels et d'origine environnementale est énoncé, mais sans que les moyens de lutte soient véritablement définis. La lutte antitabac est mise en avant, qui par ses modalités même ne manque pas de poser de nombreuses questions.

Il se pourrait, hélas ! que le plan anti cancer annoncé, ses crédits et ses « cancéropoles », occultent les vrais questionnements que pose la « société du risque » qui voit le développement de ce fléau. Cette société devenue cancérigène ne s'interroge guère sur elle-même, il nous est demandé de l'accepter comme telle, normale et inévitable, au nom de la modernité et du libéralisme.

Bien sûr, les actions annoncées permettent d'espérer pour les cancers nouveaux dépistés et traités le bénéfice réel d'une prise en charge optimisée, avec au mieux une réduction sensible de la mortalité globale. Les moyens dédiés seront de cent millions d'euros pour 2003, devant atteindre sur cinq ans 640 millions d'euros en 2007 ; ce budget prévisionnel paraît modeste par rapport à d'autres postes budgétaires de l'Etat...

Lorsque les années à venir verront se continuer la croissance des nouveaux cas, il faudra bien avouer que ce fléau dont les causes véritables restent négligées échappe à tout contrôle. Ce plan « anti cancer » annoncé apparaîtra alors pour ce qu'il est : au mieux, un choix de santé publique inefficient, au pire, une imposture qui aura démontré que les actions entreprises n'étaient pas des actions « anti » cancer, mais des mesures d'accompagnement « avec » cancer. Les vrais questionnements auront été occultés, évitant la recherche des solutions les plus pertinentes.

En effet, une somme de travaux épars, mais déjà considérables, confirme que les facteurs environnementaux et parfois professionnels jouent un rôle très probable dans la croissance très inquiétante de ces pathologies observées en zones

urbaines, comme en zones industrielles ou en zones rurales.

La négligence de la prise en compte de ces facteurs interdit d'espérer que ce plan, même accompli et doté de moyens importants, parviendra à éviter la survenue d'une multitude de cas nouveaux qu'une autre démarche aurait pu tenter d'éviter.

Cette réflexion rejette un débat de fond sur l'appréciation d'une politique de santé publique réduite au soin, voire au dépistage, mais occultant tout problème sociétal survenu en amont des pathologies concernées.

Il est révélateur que la définition même de la prévention par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qualifie de « prévention primaire » des actes de dépistage d'une pathologie déjà avérée. Cette qualification impropre a participé à dissuader des générations d'acteurs de santé publique de porter leur regard en amont du déclenchement des pathologies. Il a été fort heureusement précisé dans notre code de Santé publique (article 1417-1) que la prévention primaire est « constituée par l'ensemble des mesures éducatives, prophylactiques, normatives destinées à la lutte contre l'apparition de la maladie ».

Il est périodiquement et justement dénoncé l'insuffisance de la prévention dans les actions de santé publique et l'insuffisance des moyens qui leur sont affectés. En cancérologie, comme ailleurs, on peut qualifier de leurre une action dite de santé publique, mais qui néglige cette dimension préventive essentielle.

Cette affirmation peut sembler trop facile, voire démagogique, aux spécialistes de la cancérologie qui savent le caractère complexe et multifactoriel probable du déclenchement de la plupart des cancers. C'est bien, en effet, cette difficulté qui décourage toute démarche explicative de cas isolés comme de cas regroupés.

Faute de posséder les outils et la méthodologie pour mener à bien les investigations épidémiologiques que la médecine a su produire dans

d'autres domaines, c'est la course aux thérapeutiques qui est encouragée, l'incitation au dépistage et la recherche fondamentale pour développer de nouveaux traitements. Mais il ne s'agit ici en rien de prévention véritable.

N'oublions pas non plus que si le cancer « coûte » selon certaines estimations 15 milliards d'euros, c'est aussi qu'il rapporte la même somme à ceux qui en vivent aux divers échelons de la chaîne du diagnostic jusqu'aux soins. A ce titre, il peut pour certains être considéré comme un secteur économique prometteur méritant bien des investissements !

Quelle interpellation pour les soignants ?

Il est attendu des soignants, dont certains naturellement bien intentionnés ont participé à l'élaboration du plan anti cancer annoncé, qu'ils adhèrent à une démarche politique de santé publique qui pourrait n'être, à terme, qu'une mystification et un détournement de moyens.

Il est probable que la quasi-totalité de la profession concernée se ralliera à la proposition faite. Le formatage de la pensée médicale vise, en effet, à faire de chaque médecin un recours pour la personne déjà malade et le dissuade de jouer le rôle d'un acteur social auprès de personnes menacées, mais encore saines, au sein de la collectivité. On peut dire que la médecine dans son ensemble ne prend pas en charge le social ni la santé, elle prend en charge la maladie !

Une autre attitude existe, minoritaire et rarement institutionnelle. Cette autre attitude subit le poids de la critique au sein même de la profession et parfois en dehors de celle-ci, pour être jugée uto-pique, malvenue, trop « politique » et dérangeante. Ces médecins plus « militants » que la moyenne ne renoncent pas à leur rôle de soignants, mais affirment ne pas vouloir être cantonnés dans celui-ci, espérant même l'extinction des pathologies qu'ils devaient prendre en charge.

L'affaire exemplaire des cancers provoqués par l'amiante a été caricaturalement révélatrice de la

défaillance d'une partie du corps médical. Si, de cette expérience exemplaire, nous ne savons pas tirer leçon pour l'avenir, nous nous exposerons à des silences compromettants semblables. L'enjeu est sociétal et moral, il concerne aussi la relation de confiance que nous attendons de ceux qui nous confient leur souffrance.

Un nouveau plan anti cancer est peut-être l'occasion pour la profession de repenser son attitude face à la demande politique : lorsqu'une profession tout entière est appelée à se mobiliser pour un objectif présenté comme une priorité de santé publique, elle ne peut bien entendu pas imaginer de se dérober. Encore faut-il que cette profession s'interroge sur la méthode et les objectifs et qu'elle partage la conviction de la cohérence de l'action entreprise au regard des objectifs annoncés, pour légitimer son adhésion.

Si une projection imaginaire dans un avenir raisonnable nous laisse craindre que l'action ne modifie pas la tendance, déjà très inquiétante, à la croissance du nombre de nouveaux cas de cancers, nous pourrons soupçonner au moins une imperfection de la méthode.

La médecine n'a sans doute pas pour mission de cautionner des politiques aléatoires ou désuètes, même si elle peut temporairement trouver subsides ou prestige à cette caution. L'objectif commun des politiques et des médecins devrait être de contribuer au mieux-vivre du plus grand nombre, nous sommes solidairement comptables de l'efficacité des actions entreprises dans ce but. Mais il y a une différence de positionnement entre les intermittents de la politique et les permanents de l'action sanitaire et sociale, qui est que les premiers ne sont généralement déjà plus en poste lorsque les seconds ont à tirer les leçons des actions passées. Face à quelque plan politique que ce soit, comme face à une nouvelle molécule présentée comme prometteuse, c'est pour le médecin la prudence qui s'impose pour ne pas devenir le promoteur obligé d'une action qui n'aurait peut-être pas dû entraîner son adhésion sans réserve.

Une autre réponse est-elle possible ?

Pour que le concept de prévention ait un sens dans cet enjeu de santé publique que représente le cancer, il est indispensable de connaître et comprendre, donc de rechercher, le rôle des facteurs expliquant la fréquence croissante de ces pathologies.

Le premier outil indispensable est bien la création d'un registre des cancers. Mais il se pourrait que cet outil, selon sa conception, s'avère aussi peu productif que le serait la simple comptabilisation des accidentés de la route ou des séropositifs pour le contrôle de ces autres fléaux !

C'est, en effet, en aval du registre que débute la prévention, rendue possible ou impossible en fonction de la qualité des données recueillies. Il faut accepter de « penser » le registre du cancer en fonction de sa finalité. On doit bien convenir du fait qu'un tel registre peut correspondre à deux logiques et deux finalités qui peuvent coexister mais aussi s'affronter :

1 – Dans la première logique, la plus facile à mettre en œuvre et pouvant trouver le soutien « désintéressé » de certaines firmes, le registre n'est qu'un répertoire, un recensement des cancers observés. On observe la fréquence et les variations de celle-ci selon les âges, les organes ou la géographie. Sont produites des courbes et des cartes figurant l'avancée du mal auquel il convient donc de consacrer des moyens de lutte eux aussi croissants.

Dans ce modèle n'est donc attendu qu'un usage purement « utilitariste », mais cette comptabilité ne permettra jamais d'enrayer la progression du mal. Il serait abusif de dire qu'un tel registre est constitué pour le bénéfice direct des patients concernés ou des populations encore saines. Les vrais utilisateurs et bénéficiaires du registre sont ailleurs. L'usage « utilitariste » évoqué n'est pas dérisoire ni méprisable, mais doit être clairement identifié : il est « utile » de mieux anticiper la demande croissante de soins ; « utile » d'investir de façon plus rationnelle pour le développement des outils diagnostiques ou thérapeutiques, en

particulier médicamenteux que ces pathologies exigent... Ah les « cancéropoles »... ! Il est « utile » que les firmes pharmaceutiques et biomédicales adaptent leur stratégie de développement à ce marché aux caractéristiques idéales, à la fois croissant et captif ! Le registre est pour tous ceux-là un véritable outil d'étude de marché, mais ne soyons pas dupes, le souci de ces investisseurs-là est plus tourné vers la rentabilité que vers le souhait de voir régresser la demande ! Au sein même des établissements de soin, la pression est forte pour privilégier l'inclusion des patients dans des « protocoles » qui forment, même en cas de thérapeutiques déjà validées, le champ d'expérimentation « *in vivo* » des firmes pharmaceutiques. La résistance éthique à certaines sollicitations est rendue plus encore difficile par « l'accompagnement financier » proposé temporairement par les laboratoires, en attente de la mise sur le marché à des prix enfin libérés comme le prévoit l'accord passé le 13 juin 2003 entre l'Etat et les représentants de l'industrie pharmaceutique.

2 – La seconde logique possible part du postulat que la meilleure action possible serait celle qui aboutirait, par son efficacité, à une réduction de la demande de soins. Ceci implique de formuler d'autres questionnements que ceux dans lesquels on tente de nous circonscrire : il s'agit de déterminer en quoi la société est globalement devenue cancérigène ? La nouvelle « pathogénèse » ronge l'ensemble de notre société civile, urbaine ou rurale, précaire ou nantie, imposant la recherche méthodique des facteurs possiblement en cause. Nous savons être submergés, imprégnés de milliers de substances créées par l'homme, répandues dans notre environnement, mais aussi constituantes de notre alimentation de plus en plus artificielle. Nous côtoyons chaque jour sans le savoir des centaines de variétés moléculaires jadis absentes de la nature et dont nous ignorons pour l'essentiel la dangerosité potentielle. La France reste, par exemple, le deuxième utilisateur mondial de pesticides, plus de 120 000 tonnes

par an et la dioxine est largement répandue par nos incinérateurs périurbains. Des toxiques déce-
lables dans notre sang ou accumulés dans nos
graisses sont déjà reconnus cancérogènes et
d'autres beaucoup plus nombreux sont de dan-
gerosité non évaluée.

Cette société devenue « cancérogène » est aussi
la « société du risque » au cœur d'un modèle de
développement libéral productiviste accepté par
le plus grand nombre. Ce modèle, dans ses effets
délétères évoqués, était aussi celui de l'univers
socialiste avant son effondrement, accumulant
lui aussi des records de pollution et de dangero-
sité industrielle. Nous nous comportons comme
si les pertes civiles du cancer n'étaient que le
« dégât collatéral » occulté de la société indus-
trielle. Ce risque n'épargne pas les chercheurs
scientifiques ou les soignants eux-mêmes dans
leurs laboratoires.

Face à ces constats et questionnements, une
autre attitude pourrait être de ne pas consentir au
caractère inéluctable des conditions créées par
l'homme et participant à une régression sans pré-
cédent de la santé globale des populations,
mesurée à l'incidence de la survenue des cancers.
On ne saurait sans cynisme accepter le constat et
considérer qu'il s'agit là du prix à payer pour sau-
vegarder un modèle de prospérité, par ailleurs
bien mal partagé !

Une telle approche est-elle réaliste ? Le défi est
de postuler qu'il soit possible de rechercher et de

comprendre les causes environnementales les
plus nocives et d'oeuvrer ensuite à l'éradication
de celles dont le caractère pathogène aura été
démontré ou suspecté sur des indices importants.

Conclusion

Les professionnels de la toxicologie savent la
démonstration difficile et la potentialisation pos-
sible de facteurs distincts qui, isolément, s'avére-
raient peu nocifs. Il est donc certainement néces-
saire de faire prévaloir souvent un certain principe
de précaution basé sur des présomptions fortes,
plutôt que l'exigence de preuves bien difficiles à
produire expérimentalement.

Sans méconnaître les travaux épars de plusieurs
équipes, en particulier au sein de l'INSERM, sur des
thématisques particulières, il semble nécessaire de
promouvoir un autre modèle universel de registre
du cancer, véritablement dédié à une épidémiolo-
gie débouchant sur des actions préventives ori-
entées vers la population encore saine ou exposée.
Un tel registre impose une méthodologie et des
précautions extrêmes qui feront l'objet de la
deuxième partie de ce travail.

Il apparaîtra que cette action ne pourra être
menée par les seuls médecins et qu'elle ne pour-
ra prétendre à une efficience qu'avec l'accompa-
gnement de mesures politiques et juridiques
dépassant largement le cadre étiqueté du plan
cancer qui nous est proposé.

(A suivre...)

Résumé : Dans les discours d'accueil des internes de l'Assistance Publique de Paris, faits par les directeurs successifs et les médecins chefs de service, au XIX^e siècle, l'accent est mis sur les qualités humaines qu'ils doivent développer auprès des malades. A cette époque, la formation de l'élite des médecins devient clinique, au contact des malades et des corps, et c'est un grand changement.

La pratique de l'humanité :

discours aux médecins en formation dans les hôpitaux de Paris au XIX^e siècle

2^e partie : Peut-on enseigner à être humain ?

Françoise Salaün

Historienne,
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

« Vous entrez dans les hôpitaux pour y acquérir de l'instruction, mais vous y entrez aussi pour donner des soins à des malades » (1). Ces propos, tenus aux élèves nommés au concours de l'internat des hôpitaux de Paris en 1834, soulignent les deux aspects essentiels de cette institution. Créé dans un contexte de refonte de l'enseignement médical, l'internat se présente comme un stage de formation pratique. Mais, dans un système hospitalier où les chefs de service n'assurent qu'une présence réduite, l'internat est aussi une fonction à part entière.

Pour l'administration parisienne (2), accueillir des médecins en apprentissage implique de leur enseigner les fondements de la médecine hospitalière. Les archives de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) conservent la série des discours (3) prononcés aux élèves externes et internes dans le cadre des concours de recrutement. Dans ces textes, médecins et administrateurs hospitaliers sensibilisent les élèves aux exigences morales de la pratique hospitalière et insistent sur la nature de leurs responsabilités : « Vos nouvelles fonctions vont avoir pour objet l'être le plus digne de l'attention d'un grand cœur ; cet être se nomme un malade » (4).

Un devoir d'humanité

Dans l'ensemble des qualités exigées d'un interne, deux registres cohabitent, celui du savoir et celui de l'humanité (5). « Ce n'est pas assez pour être un bon, un parfait interne que de posséder de solides connaissances [...] ; il faut encore qu'on soit doué d'un vif amour de l'humanité » (6). Les malades alités dans les salles communes des hôpitaux doivent trouver en l'interne « l'homme de bien, l'homme compatissant » et non seulement « l'homme éclairé » (7). Le directeur de l'Assistance Publique, représentant de la tradition charitable de l'hôpital chrétien, rappelle que rien ne sépare « l'intérêt de la science de celui de l'humanité » (8). Pourtant, dans une médecine anatomo-clinique qui tend à gommer la singularité du malade, le risque est grand pour ces médecins en formation de réduire l'individu à un simple cas clinique. Nombreux sont les discours qui demandent aux internes de ne jamais perdre de vue « le côté moral de [leurs] fonctions » (9) : « Vous ne verrez pas seulement dans les malades des objets d'étude, mais vous y verrez avant tout des

hommes, des hommes souffrants, au soulagement desquels vous devez toute votre attention » (10). Avertissement destiné à prévenir les dérives d'une science médicale oubliue de l'homme ?

Ce devoir d'humanité exigé des jeunes médecins recouvre tout un ensemble de qualités et de sentiments, comme la douceur (11), la charité (12), la bonté (13), la commisération (14), la compassion affectueuse (15)... Il est souvent associé aussi au devoir de consoler celui qui souffre (16). Définir le travail du médecin à l'hôpital comme un « ministère de consolation » (17), c'est affirmer que soigner un malade impose de prendre en compte sa fragilité et sa solitude face à la maladie. Impuissant à guérir, le médecin se doit d'accompagner par des « paroles consolantes ceux [...] contre les souffrances desquels sont venus échouer tous les efforts de notre art » (18). Ses malades, il doit les « aborder avec un sourire qui semble promettre la guérison prochaine et avec des paroles bienveillantes qui entretiennent l'espérance et relèvent le courage des malheureux » (19).

Enseignement et expérience

Les discours aux internes abondent de recommandations sur « les attentions et les égards que tout malade, quel qu'il soit, est en droit d'attendre » (20) d'eux. La plupart des propos restent à ce niveau très général, même quand leurs auteurs éprouvent parfois le besoin d'accumuler les formules : « Il est un groupe de qualités qu'il faut ambitionner, cultiver, retenir, aimer : le dévouement à ceux qui souffrent, le sentiment du devoir, le zèle, la douceur, la bonté ». Et l'auteur de conclure sur une qualité qui lui paraît résumer l'ensemble : « En un mot, soyez de braves gens ! Tout est là » (21). Tout semble là, en effet, mais quelle peut être la valeur éducative de ces injonctions morales ? D'autres discours s'attachent à développer des exemples précis pour enseigner aux internes à adopter le comportement juste auprès des malades. Parmi cette catégorie de conseils, force est de constater que certains consi-

dèrent moins l'intérêt des malades que celui des médecins. On recommande notamment aux internes de faire preuve de retenue, de « sage discrétion » (22) envers les malheureux. Car, s'ils doivent manifester compassion et bonté à leurs malades, ils doivent éviter la familiarité, pour obtenir respect et obéissance de leurs patients (23). Le travail des internes dans les services hospitaliers est considéré comme un moyen de « prendre l'habitude d'aborder [les] malades avec convenance » et d'acquérir « ce tact délicat si nécessaire au médecin dans ses relations avec toutes les classes de la société » (24).

Ce qui est appris dans les hôpitaux relève sans doute moins des leçons cliniques que de l'expérience acquise au lit du malade. L'enjeu de l'internat n'est pas d'imposer aux élèves « une tâche mécanique, un service purement matériel », mais « de [les] faire vivre au milieu des malades, de [les] habituer à être humains, assidus, laborieux, observateurs fidèles, en un mot de [les] forcer à devenir des médecins » (25). Au-delà de cette dernière formule pour le moins singulière, ce qui est dit là rappelle la valeur irremplaçable de l'expérience et, sans doute aussi, les limites de l'enseignement traditionnel dans l'apprentissage de manières d'être.

Peut-on vraiment enseigner à être humain ?

Pour nombre de médecins ou directeurs, les qualités qui font un bon praticien hospitalier ne sont pas de celles qui s'enseignent. L'un refuse de tracer des « règles de conduite » aux internes, estimant que « c'est dans son cœur que le médecin doit les trouver » (26). Un autre estime que la compassion est un sentiment naturel (27). Un autre encore considère que les « paroles d'encouragement, de consolation et d'espoir [...] ne se dictent pas, mais [...] montent naturellement du cœur aux lèvres » (28). Un médecin se refuse à donner des conseils de conduite aux internes sous peine de « faire injure à [leur] humanité » (29). Un autre enfin décide, délibérément, de ne pas aborder le sujet :

« Je ne vous parlerai pas de vos devoirs au lit du malade, vous les connaissez ». (30)

Pourquoi l'humanité des élèves est-elle considérée comme chose acquise ? Certains médecins estiment qu'en raison de leur jeune âge, les internes ont plus de facilité pour remplir leur « devoir [...] d'humanité envers ceux qui souffrent. Votre âge, enthousiaste de toutes les grandes choses, est compatissant pour toutes les infortunes (31). Mais, moins que cet argument de jeunesse, c'est surtout le choix de la carrière qui paraît attester des qualités humaines des internes. « Ce n'est pas à de jeunes cœurs, qu'un élan de généreuse sympathie pour la souffrance a lancé dans une carrière ingrate et pénible de médecin, qu'il est besoin de dire : soyez humains, compatissants envers les malades. Ces préceptes-là sont de ceux que l'on n'enseigne pas » (32). Faire le choix d'une carrière « ingrate et pénible » garantirait donc de la capacité à pratiquer la médecine avec humanité... Cet argument a d'autant plus de poids pour la carrière hospitalière, les internes se dédiant à la médecine des pauvres (33). Le directeur de l'Assistance Publique des années 1850 est convaincu que le choix des internes est motivé tout autant par « l'amour de la science » que par « celui de l'humanité » (34). Pas de doute pour lui qu'en entrant dans les hôpitaux, les jeunes médecins adhèrent aux objectifs d'une administration vouée au soulagement des pauvres.

« N'oubliez pas surtout le respect qu'on doit au malheur joint à la souffrance ; ce sont là les préceptes élémentaires de la morale et les véritables devoirs de l'humanité ; est-il donc nécessaire de vous les tracer ou de les rappeler ici ? Pour quiconque n'en éprouverait pas le sentiment instinctif, mes conseils seraient lettres closes ; celui-là serait indigne de notre profession ; pour celui qui les devine, toutes paroles seraient en pure perte, car elles n'ajouteraient rien à ce que lui dicte sa conscience » (35). On le voit dans ce discours : est

digne de porter le titre de médecin celui qui éprouve le « sentiment instinctif » de la morale et de l'humanité.

Dans le dernier tiers du xix^e siècle, les orateurs s'autorisent à faire directement appel aux traditions de l'internat, « traditions d'honneur [...], de dévouement et même de gloire » (36). « Vous parlerai-je du dévouement que l'Administration attend de vous ? Non, Messieurs, ce serait vous faire injure ; depuis longtemps, les mots internat et dévouement sont presque synonymes » (37), souligne l'un d'entre eux, mais ils sont nombreux à rapprocher ainsi internat, honneur et dévouement (38). Pour motiver les nouveaux internes, les auteurs de discours peuvent désormais s'appuyer sur la réputation solide de savoir et de dévouement (39) acquise par l'internat. « Si l'Assistance Publique vous place à un poste d'honneur, auprès de ses malades, c'est pour que vous leur donnez, sans compter, les soins qu'ils attendent de vous ; mais ici, je sens que je ne pourrais insister sans vous faire injure : le dévouement et l'abnégation n'ont jamais fait défaut dans le corps médical des hôpitaux de Paris » (40). Les jeunes médecins sont invités à prendre exemple sur leurs maîtres (41), anciens internes eux-mêmes, et qui incarnent les traditions du corps. « Vous verrez vos maîtres, prodigues de leur temps, de leur science, de leur dévouement, envers ces déshérités du sort ou de la fortune, leur apporter, avec les soins médicaux qui soulagent, le sourire bienveillant qui console et la parole vivifiante qui ranime. Imitez leur exemple ». (42)

La source étudiée ici présente bien évidemment un point de vue très particulier, celui du discours de cérémonie – prononcé dans un cadre convenu d'auto-célébration. Sans doute, les valeurs qui fondent le métier de médecin hospitalier ont-elles surtout été transmises dans le quotidien de la pratique clinique sur le mode du compagnonnage. Toutefois, dans ces discours, se dessine le portrait de l'interne idéal et, à travers lui, l'image du médecin hospitalier telle qu'elle se construit au début du xix^e siècle. Dans

une société qui reconnaît la valeur de l'utilité sociale, la profession de médecin hospitalier appelle le respect (43), car ses devoirs relèvent d'une obligation morale, dictée par l'honneur, l'humanité, la conscience (44). Le modèle proposé aux internes en début de leur carrière n'est autre que celui « du savant médecin au cœur charitable et vraiment hospitalier, c'est-à-dire de l'homme le plus digne du respect et de l'amour de ses semblables » (45).

-
1. Dr Michon, 26 décembre 1834.
 2. Le Conseil Général des Hospices de 1801 à 1848, puis, à partir de 1849, l'Assistance Publique à Paris.
 3. Nomination des élèves et distribution des prix, Archives AP-HP (680 Foss) ; la série couvre les années 1810-1884 ; sont indiqués pour chaque référence l'auteur et la date du discours.
 4. Dr Lancereaux, 27 décembre 1869.
 5. « C'est peu que d'être instruit, Messieurs, avant tout il faut être humain », Dr Piorry, 26 décembre 1828.
 6. Dr Bouillaud, 24 décembre 1832
 7. Pr Andral, 28 décembre 1830.
 8. Directeur de l'Administration, 27 décembre 1853.
 9. Dr Charles T.-Mauriac, 27 décembre 1862.
 10. Dr Gueneau de Mussy, 22 décembre 1827.
 11. « Ces fonctions [...], vous devez les exercer avec douceur et avec humanité pour les malheureux confiés à vos soins », Dr Woillez, 24 décembre 1855.
 12. « Dans vos fonctions, joignez toujours au sentiment de vos devoirs le noble sentiment d'une charitable humanité », Dr Bally, 16 décembre 1822.
 13. « Interrogez donc les malades avec bonté », Dr Pidoux, 22 décembre 1849.
 14. « Le sentiment d'affection commisération que sollicite le spectacle des souffrances du pauvre », Directeur de l'Administration, 26 décembre 1854.
 15. « Il en est une autre [règle] que l'humanité dicte à tous les nobles cœurs : c'est ce sentiment de compassion affectueuse qui nous porte à voir dans le pauvre souffrant un frère malheureux », Directeur de l'Administration, 22 décembre 1849.
 16. « Remplissez ces fonctions [...] avec une humanité toujours si consolante pour le malheureux », Dr Baron, 16 décembre 1824.
 17. Pr Andral, 28 décembre 1830.
 18. Dr Hervieux, 26 décembre 1857.
 19. Directeur de l'Administration, 29 décembre 1881.
 20. Dr Désormeaux, 10 janvier 1852.
 21. Dr Félix, 28 décembre 1882.
 22. « Accoutumez-vous, dès vos premiers pas dans la carrière, à cette sage discréption qui est une des qualités nécessaires au médecin », Dr Guersent, 31 décembre 1816.
 23. « Soyez bons, compatissants, affectueux pour eux [les malades] ; mais évitez la familiarité ; car, perdant forcément ainsi une partie de votre autorité, vous n'obtiendriez plus ni respect ni obéissance », Dr Lailler, 26 décembre 1854.
 24. Dr Gosselin, 27 décembre 1847.
 25. Dr Lerminier, 11 décembre 1811.
 26. Dr Désormeaux, 24 décembre 1855.
 27. « Il n'est aucun de vous qui puisse être insensible aux douleurs des malheureux qui viennent chercher les secours de la médecine au sein des hôpitaux. », Dr Guersent, 31 décembre 1816.
 28. Directeur de l'Administration, 26 décembre 1854.
 29. « Je croirais faire injure à votre humanité, si je vous donnais de longs conseils sur la conduite que vous devez [...] tenir », Dr Michon, 26 décembre 1834.
 30. Dr Brouardel, 28 décembre 1872.
 31. Dr Verneuil, 27 décembre 1856.
 32. Dr Cucco, 26 décembre 1854.
 33. « Vous avez fait preuve d'une louable ambition ; celle de donner particulièrement vos soins à cette classe de la société qui, pour être la plus malheureuse, n'est pas la moins intéressante », Dr Guerchois, 11 décembre 1811.
 34. « Ce n'est pas seulement l'amour de la science, mais en même temps celui de l'humanité qui vous anime quand vous vous disposez à franchir le seuil de nos hôpitaux, de ces asiles ouverts à tous les genres d'infortune », Directeur de l'Administration, 26 décembre 1857.
 35. Dr Sée, 27 décembre 1853.
 36. « Il n'est nullement besoin de vous parler de vos devoirs. N'avez-vous pas vivantes les traditions de l'Internat, traditions d'honneur [...], de dévouement, et même de gloire ? Qu'ai-je besoin de vous dire ces choses ! », Dr Férol, 27 décembre 1867.
 37. Dr Horteloup, 27 décembre 1869.
 38. « Est-il besoin de vous parler des devoirs qui vont vous incomber ? N'avez-vous pas pour vous diriger à cet égard ces traditions d'honneur et de dévouement qui sont demeurées vivantes dans l'internat ? », Dr Meunier, 26 décembre 1871.
 39. « Un corps si justement renommé par son savoir et son dévouement », Dr Maygrier, 27 décembre 1883.
 40. Dr Faisans, 27 décembre 1884.
 41. « Bientôt, Messieurs, [...] vos nouveaux devoirs dans les hôpitaux vont vous réclamer. Ces devoirs, il ne m'appartient pas encore de vous les retracer ; vous les connaissez, sans doute, et si, par hasard, vous aviez besoin de les apprendre, je vous dirais : Regardez les maîtres que nous vénérons tous ; c'est sur eux que vous devez prendre exemple », Dr Delens, 24 décembre 1873.
 42. Dr Moutard-Martin, 29 décembre 1881.
 43. « Un homme [...] n'a de prix qu'autant qu'il est utile ; et un homme n'est utile, qu'autant qu'il concourt à la conservation de ses semblables », Dr Pariset, 31 décembre 1818.
 44. « Vos devoirs dans les hôpitaux : ces devoirs sont sacrés ; songez bien que l'honneur, l'humanité, votre conscience vous les imposent », M. Lisfranc, 22 décembre 1827.
 45. Directeur de l'Administration, 26 décembre 1857.

Formindep

Le collectif Formindep « pour une formation médicale indépendante au service des seuls professionnels de santé et des patients », regroupe des professionnels de santé et des patients soucieux de favoriser une formation professionnelle indépendante, dégagée de toute influence d'organismes pouvant avoir d'autres finalités que l'intérêt seul des patients.

Les premières réactions consécutives à l'installation (1) des Conseils Nationaux de la Formation Médicale Continue chargés d'établir les critères de la nouvelle FMC obligatoire peuvent d'ores et déjà donner des motifs d'inquiétude. L'appel à « ne pas oublier l'industrie pharmaceutique (2) », est lancé dans la presse médicale. Depuis le ministre lui-même qui déclare « Tous les moyens concourent à la FMC. » (3), jusqu'au président du Conseil des médecins libéraux, Bernard Ortolan, pour qui « tout ce qui contribue à la FMC est bienvenu » (4). Ainsi pourra être agréée, par exemple, avec tous les « critères de rigueur et d'indépendance » requis, une soirée de FMC sur la « dysfonction érectile », où ne sera prononcé bien sûr que le nom de la molécule, mais où, dans la pièce à côté, la firme pourra étaler tous les échantillons et prospectus vantant son produit.

De qui se moque-t-on ?

Philippe Bonet, président de l'Unaformec, « regrette que l'on n'ait pas laissé assez de place aux associations de terrain. » (5), associations dont on sait, pour la plupart, la totale dépendance vis-à-vis de l'industrie pour leur financement voire pour le choix des thèmes de formation (6).

Bien sûr, quelques éliminés de la sélection ministérielle se font entendre : Isabelle de Beco, présidente de la SFTG, réclame que « dans un secteur aussi sensible que celui de la santé, ce conseil soit désireux et capable de donner les moyens aux médecins de se former, à distance de toute pression financière de l'industrie pharmaceutique » (7).

Il y a tout lieu de penser que l'action des firmes pour continuer à « renforcer leur action en direction de la FMC » (8) ne sera pas remise en question, bien au contraire.

Devant ce constat, nous renouvelons notre appel à une formation médicale indépendante, garantie fondamentale d'une qualité des soins au service des seuls patients. Nous redisons plus que jamais « non merci... » à des compromissions et hypocrisies qui, tout en portant atteinte à l'éthique et à la dignité des professionnels ainsi qu'à la qualité des soins, prennent le risque de

décrédibiliser les travaux de ces conseils. Nous demandons à chacun des membres de ces Conseils de déclarer personnellement et publiquement les conflits d'intérêt qui le lient à des structures susceptibles d'interférer dans ses choix et décisions au sein de ces conseils. Dans nombre de pays développés, ces déclarations préliminaires dès l'instauration de tels organismes sont la moindre des choses. Au lieu de cela, en France, les premières déclarations semblent faites pour rassurer les firmes.

Après de nombreuses années d'efforts, une vraie culture d'indépendance et de qualité commence enfin à se développer chez les professionnels de santé français. La « nouvelle » FMC saura-t-elle prendre ce train en marche ou choisira-t-elle de rester engluée dans ces archaïsmes et ces collaborations douteuses ?

Mesdames et Messieurs les Conseillers, à vous la parole.

1. J.O. n° 26 du 31 janvier 2004, page 2251 – Arrêté du 26 janvier 2004 portant nomination aux conseils nationaux de la formation médicale continue prévus aux articles L. 4133-3 et L. 6155-2 du code de la santé publique NOR: SANP0420311A.

2. Réquillart H., « Plaidoyer pour une FMC incitative – Qui financera les 300 millions de la FMC ? », *Impact Médecine*, n° 68, 27 février 2004, page 35.

3. Leduc P., Poindron P.-Y., Jean-François Mattei : « Ce que j'attends de la formation médicale continue » – *Concours Médical*, 25 février 2004, n° 07.

4. Benaderette S. ; Entretien avec Bernard Ortolan – « Tout ce qui contribue à la FMC est bienvenu » ; *Panorama du Médecin*, n° 4923, 26 février 2004, page 15.

5. Gattuso C., La nouvelle FMC « Un système souple et évolutif » explique le Dr Bonet ; *Quotidien du Médecin*, 10 février 2004.

6. Foucras P., « Histoire en cinq actes », *la Revue Prescrire* ; 2002 ; n° 224, pages 72-73.

7. Gattuso C., « Formation médicale continue – La SFTG critique la composition du Conseil national des libéraux », *Quotidien du Médecin*, 25 février 2004.

8. De Saint-Roman H., « Industrie pharmaceutique – GlaxoSmithKline souhaite renforcer ses relations avec les médecins », *Quotidien du Médecin*, 17 février 2004.

Le texte complet de cet appel peut être demandé à l'adresse suivante : P. Foucras, 32, rue de la Vigne, 59100 Roubaix
formindep@yahoo-groups.fr

Résumé : Pierre Coulbois, étudiant en médecine de 6^e année, a choisi, au 2^e trimestre 2003, de faire un stage à l'hôpital Augusta Victoria (qui constitue avec le Makassad, deux hôpitaux privés de Jérusalem-Est très renommés). Il y avait chez lui à la fois le désir de connaître le système de santé palestinien et de soutenir la cause palestinienne.

Même en étant sensibilisé aux questions de santé, il est difficile d'appréhender la réalité du système de santé palestinien. Quand on se rend en Palestine, il y a tellement d'autres informations à connaître.

Etudier et soigner en territoires occupés

La faculté de médecine (située à Abou Dis) a été créée il y a neuf ans, au moment d'Oslo. Il y a une quarantaine d'étudiants par promotion avec une proportion de trois quarts de filles. Les études sont très chères : une année coûte environ 8000 € ! Etre médecin est d'une telle reconnaissance sociale que les familles se débrouillent pour financer les études de leur enfant, en faisant appel à la solidarité familiale si bien, qu'en pratique, il n'y a aucun désistement pour raisons financières.

Les études se déroulent sur huit ans avec trois années de stage en hôpital (limité à la Cisjordanie, Gaza étant inaccessible). Le rythme des cours et des stages est intense : un seul jour de repos par semaine et très peu de vacances (une semaine après les examens de février et quelques jours fériés). Le niveau de la formation est similaire au nôtre avec un diplôme reconnu par l'Angleterre et les Etats-Unis (c'est en cours pour l'Union européenne). Jusqu'à maintenant, la fin de la 6^e année donnait lieu à un stage d'un mois en Angleterre, mais il a dû être annulé pour des raisons économiques. Cinq étudiants en moyenne par promotion terminent leurs études à l'étranger : Irak, Jordanie, Russie...

Pour être généraliste, il suffit de valider la 8^e année par un an de stages d'interne, non rémunérés, à l'hôpital. La formation de spécialiste requiert trois à quatre ans de stages, mais seule la formation au Makassad et à l'Augusta Victoria (limitée à une vingtaine de candidats) fournit un diplôme reconnu par la Jordanie, donc par l'Angleterre et les Etats-Unis (bientôt par l'UE). Les diplômes de spécialités obtenus dans les autres hôpitaux ne sont valables qu'en Palestine. Le salaire d'interne en spécialité est de 800 € par mois à Makassad et Victoria (moitié moins dans les hôpitaux gouvernementaux).

Le plus compliqué, et donc le plus dangereux pour un étudiant, est de se déplacer ! Il faut continuellement éviter de se faire contrôler par les soldats israéliens. Si les papiers ne sont

Daniel Coutant

Médecin généraliste

pas en règle, on se fait arrêter ce qui signifie qu'au mieux on se fait tabasser, au pire on va en prison pour une durée indéterminée ; si les papiers sont en règle, au mieux on passe normalement, au pire on se fait tabasser sans savoir pourquoi, on se fait humilier et en règle générale, il faut attendre un temps indéterminé.

Les premières années (il n'y a pas de stages hospitaliers), il suffit de louer un appartement à Abou Dis pour pouvoir se rendre à la faculté sans trop de difficultés (il n'y pas de checkpoints fixes). Les trois dernières années, tout se complique, l'étudiant peut se retrouver en stage à l'hôpital d'Hébron, de Naplouse... Il doit alors déménager à chaque fois pour éviter d'avoir des checkpoints à franchir. Pour se rendre à Makassad et à l'Augusta Victoria (Jérusalem-Est), où se déroule la majorité des stages, il faut une permission spéciale, permission qui est refusée si on a moins de 24 ans, si on est originaire de Gaza, si on a un membre de la proche qui a fait de la prison ou qui est mort en martyr. Une fois la permission obtenue, il faut la faire renouveler tous les mois ! La permission n'est pas non plus la garantie de pouvoir passer, tout dépend du bon vouloir du soldat. Résultats : un étudiant met au minimum une heure à faire un trajet ; il est pratiquement toujours en retard en stage et est contraint de manquer en moyenne un jour de stage par semaine. Les étudiants de Cisjordanie ne prennent le risque de rentrer dans leur ville qu'une fois par mois au maximum ; les étudiants de Gaza ne sont pas retournés voir leur famille depuis 3 ans !

Les médecins palestiniens

La faculté de médecine étant encore jeune, tous les médecins palestiniens déjà diplômés ont été formés à l'étranger : un tiers en Irak, Egypte, Jordanie ; un tiers en ex-URSS ; un tiers aux Etats-Unis et autres pays occidentaux. Un autre problème est l'absence de contrôle efficace des diplômes de spécialités par l'Autorité palestinienne ; assez souvent, les médecins rajoutent une spécialité sur leur plaque ; les médecins inscrits à

l'ordre des médecins sont en règle, mais tous ne sont pas encore inscrits.

Il y a un nombre suffisant de médecins, environ 6000, soit 1 pour 500 habitants (en France, 1 pour 300), mais avec une mauvaise répartition géographique ; seulement 1/3 travaille en milieu rural, dont 3/4 de généralistes. Un spécialiste gagne bien sa vie, environ 3700 €/mois. Un consultation de spécialiste coûte 10 € dans le privé ; une consultation de chef de service 25 €.

Le système de santé palestinien

Il est de bonne qualité, proche du modèle occidental et bien développé avec 70 hôpitaux et cliniques dont 20 centres hospitaliers multidisciplinaires (comprenant 8 CHU), 4500 lits environ soit 1 pour 700 habitants (en France : 1 lit pour 100). L'organisation des soins s'articule autour de quatre types de structure :

- des cliniques privées, au moins une par grande ville. Makassad et l'Augusta Victoria servant de référence. Leur coût est prohibitif pour la majorité des Palestiniens, seulement 10 % des familles disposent d'une assurance pour la prise en charge ;
- des hôpitaux gouvernementaux financés par l'Autorité palestinienne. Le prix des soins est réduit (environ 2-3 € pour une consultation aux urgences ; frais d'hospitalisation minimes). Une assurance spéciale (2-3 € par famille et par mois), mise en place depuis l'Intifada, permet maintenant un accès quasiment gratuit. Mais actuellement, les hôpitaux gouvernementaux souffrent de la situation économique catastrophique et le manque de moyens limite les prises en charge. Pour certains soins et examens, il faut alors transférer les patients vers une clinique privée proche, aux frais du patient (20-30 € pour un scanner par exemple) ;
- des centres médicaux gérés par l'UNRWA dans les camps de réfugiés. Les soins y sont gratuits, mais ils manquent de moyens humains et matériels. Par exemple, au camp d'Al-Amari à Ramallah (7000 réfugiés), les consultations sont

assurées par deux médecins généralistes assistés de huit infirmières. Il y a en moyenne 100 consultations par médecin et par jour, ce qui laisse seulement 5 minutes par patient ! Pour des investigations complémentaires, l'hôpital de référence est l'Augusta Victoria, où la prise en charge est quasiment gratuite pour les réfugiés (frais d'hospitalisation symbolique à 5 €), encore faut-il pouvoir s'y rendre ;

– un système de premier secours : les ambulances, réparties entre deux organismes le Croissant rouge palestinien et l'UPMRC (Union of Palestinian Medical Relief Comittees). C'était un système très efficace avant l'Intifada, avec des délais d'intervention identiques à ceux des pays européens, des Etats-Unis et d'Israël (8 minutes en moyenne). Maintenant, principalement à cause des checkpoints, la circulation des ambulances est devenue très compliquée ; les ambulances ne peuvent fonctionner qu'à 20 % de leurs capacités. Le délai de prise en charge n'est plus évaluable. Même en règle, avec un laissez-passer, le franchissement des checkpoints est toujours aléatoire. On recense ainsi 584 refus d'accès, 215 attaques (106 ambulances endommagées, 27 détruites), 15 tués parmi le personnel, 275 blessés et 80 arrêtés.

Les checkpoints perturbent gravement la prise en charge médicale. 33 % des patients nécessitant des soins d'urgence se sont vus refuser le passage, 21 % des femmes nécessitant des soins mère-bébé, 46 % des malades sous chimiothérapie, 44 % des malades sous dialyse rénale, 15 % des enfants devant se faire vacciner. 83 malades sont morts au checkpoint, 39 femmes ont dû y accoucher (4 bébés sont mort-nés, 3 sont morts sur place). 75 % de la population rurale n'a plus accès aux structures de santé.

Les différentes structures arrivent tant bien que mal à maintenir les stocks de matériel et de médicaments. En règle générale, il n'y a pas de carence importante en médicaments, mais la situation est difficile à gérer et se fait au jour le jour. La production palestinienne, qui représente 45 % des

médicaments a chuté de 40 %, les importations de médicaments (25 % d'Israël et 30 % des pays étrangers) subissent des difficultés d'acheminement, la distribution interne est aussi très compliquée puisque toute la production se fait à Ramallah, et l'accès aux pharmacies n'est possible que lors des leviers de couvre-feux. A Bethléem, lors de « l'opération rempart », le directeur d'une clinique privée s'est fait abattre en allant, pourtant muni d'une autorisation, se réapprovisionner à la pharmacie centrale. A ces difficultés s'ajoutent encore les destructions de matériel par l'armée israélienne, les coupures d'électricité, les tirs, les bombardements... Les hôpitaux ont ainsi dû réduire leur activité de 50 % environ.

Les rapports universitaires et médicaux avec Israël

Au niveau universitaire, il n'y a aucune relation officielle. Les contacts relèvent de rares initiatives personnelles. A l'Augusta Victoria, il y a un staff mensuel en pédiatrie avec une équipe pédiatrique de Jérusalem-Ouest ; la rencontre est médicale, mais l'objectif est d'améliorer les rapports israélo-palestiniens. Les échanges sur le plan médical entre Israéliens et Palestiniens sont donc quasi inexistants. Il est inconcevable pour un Palestinien de discuter sans faire état de ses convictions personnelles sur le conflit et trop peu d'Israéliens comprennent ce que vivent les Palestiniens, ce qui rend leur analyse de la situation décalée par rapport à la réalité.

Sur le plan médical, il n'y a aucun échange entre les hôpitaux israéliens et les hôpitaux palestiniens : un transfert de malade en Israël est impossible en raison de l'importance des frais d'hospitalisation. Si les moyens du malade le permettent, le transfert se fait plutôt vers d'autres pays (Jordanie, Europe...) sachant que, depuis l'Intifada, l'armée israélienne s'est opposée au départ de plus de 90 patients palestiniens dont l'état nécessitait une prise en charge à l'étranger.



CAMPAGNES SOLIDAIRES

Mensuel de la Confédération Paysanne

AGIR, COMPRENDRE, DÉBATTRE : UNE AUTRE FAÇON DE VOIR L'INFORMATION

Campagnes solidaires est le mensuel de la Confédération paysanne, engagé avec les paysans et les acteurs du mouvement social dans l'émergence d'autres mondes possibles. C'est un point de ralliement pour ceux qui veulent comprendre les réalités de la vie et des luttes paysannes dans le monde et ici en Europe. C'est aussi un espace pour ceux qui veulent s'exprimer sur ces réalités et la manière d'agir sur elles. Informer, c'est contribuer au débat sur des sujets de société tels les OGM, la sécurité alimentaire, la mondialisation...

Campagnes solidaires, notre, votre journal, tente chaque mois de restituer les résistances et les espoirs de ces luttes. Nous avons besoin de vous pour continuer ce combat.

TARIFS :

Annuel (11 numéros) : 33

Soutien, collectivité et étranger : 46

Bulletin d'abonnement à retourner sous enveloppe timbrée avec votre chèque à l'ordre de MÉDIA PAYS



Nom _____ **Prénom** _____

Adresse _____

Code postal _____ **Ville** _____

Téléphone _____ **Profession** _____

Campagnes solidaires – 104, rue Robespierre – 93170 BAGNOLET

Tél : 01 43 62 82 82 – Fax : 01 49 72 05 01

campsol@confederationpaysanne.fr

« Je reviens de la contrée indifférente aux pensées, aux paroles, aux sons. Et cette contrée ressemble aux nids des serpents. Et cette contrée est pleine du bruit des pas de ceux qui, pendant qu'ils t'embrassent, tissent dans leur tête la future corde de ta pendaison. » Forough Farrokhzad (1).

Patrick Dubreil

Médecin généraliste

Le vent, le froid, la tempête. La violence épouvantable des talibans. La frénésie sécuritaire, la brutalité des douaniers. Le bruit, la guerre partout sur la planète et nulle part dans nos consciences télévisuelles. La mort à grande échelle, les noyés des eaux cruelles, les génocides des peuplades d'individus en exil, course folle d'une humanité détruite par une autre humanité... Scène de pendaison d'une Afghane et cri de l'amant qui se perd dans le néant... Brouettes de mer qui emportent ses cadavres. Sirènes hurlantes des hélicoptères des gardes-côtes ; rescapés hagards, yeux effrayés ; tribunal australien qui s'en-glue dans son administration pénitentiaire. Steppe désertique, paysans ignorants ; déchirements des familles séparées. Silence de l'attente, train qui surgit dans un tonnerre étourdisant, cris d'horreur, jambes déchiquetées... Passeur assassiné par un passeur, dépouillé de son portable d'où sort soudain le joli chant d'une petite fille slave qui rêve de promenades dans la forêt. Infirmière française de la Croix-Rouge articulant un mauvais anglais. Prostitution organisée à la petite semaine dans les vide-ordures des périphéries des villes.

Mais aussi poésie de la parole chantée... et pleurée... nostalgie des temps heureux malgré tout, malgré la haine, le mensonge et la violence ; espoirs farouches en un avenir moins cruel, dans une Europe qu'on dit, paraît-il, des « Droits de l'homme ».... Mais... saurons-nous ?

Trop de barrières existent dans notre monde, trop de barbelés, de griffures, de sang, de douleurs. Pas assez d'autres choses plus humaines. Mais l'inhumanité est aussi l'humanité. Alors quoi faire ? Comprendre, rien que comprendre, même la pire inhumanité, pour garder notre lucidité et ne pas oublier que cela peut se reproduire et que nous n'en voulons plus de la torture et de la guerre permanente... que nous voulons porter un regard aimant. « Le monde est fatigué de la haine », dit Gandhi.

Voilà ce qui nous est présenté, ce qui nous représente, espèce humaine : les images sont terrifiantes sur cette scène de théâtre, miroir de notre réalité, de nos peurs, de nos asservissements, de nos actes manqués, de notre faiblesse, de nos espoirs, de notre grandeur ...

Le théâtre d'Ariane Mnouchkine nous donne un coup de poing dans la gueule. Nous sortons titubant, avec pleins de questions. Sommes-nous de ceux-là, les exilés, les bourreaux, les gens perdus ? Avons-nous fui, nous aussi, un jour ? « Sommes-nous la sécheresse ?

Le dernier caravansérail au Théâtre du Soleil

soleil@theatre-du-soleil.fr
site : www.theatre-du-soleil.fr
Location : individuel :
01 43 74 24 08 ;
collectivités : 01 43 74 88 50.
Prix des places : 23 euros (individuels) ; 17 euros (collectivités) ;
étudiants 14 euros (sauf samedi soir et dimanche) ; 10 euros
(groupes scolaires).

Sommes-nous la romance ? Sommes-nous la noblesse ? Sommes-nous les eaux troubles ? Sommes-nous le souvenir ? Sommes-nous ? » (2).

Plusieurs semaines après le spectacle « Le dernier caravansérail », les visages de l'épouvante et d'autres images fortes reviennent dans nos mémoires comme des flashes fulgurants. Comment comprendre l'étranger, l'homme, la femme ? Comment vivre quand la violence détruit tout ? Comment s'élever ?

La dernière scène : une brise légère, la douceur, le soleil, une plage, dans un pays meilleur, enfin ! Les peurs du voyage infernal se dissipent peu à peu

dans le roulis des vagues qui bercent les âmes. Une invitation au vrai voyage, fait de partages, de connaissances, d'authenticité, de dons, de paroles douces et de rires intimes, timides et fraternels. Et cette formidable envolée des personnages en fin de rideau, comme une pulsion de vie dans nos cœurs, nos applaudissements comme seule approbation, nos larmes comme unique beauté. Et une seule envie pour le futur : donner.

1. Poète iranienne, née en 1934 à Téhéran. *Saison froide*, trad. Valérie et Kéramat Movallali, Ed. Arfuyen 1991 Paris.

2. Alain Bashung, Jean Fauque.

Communiqué de presse du Syndicat de la médecine générale

Halte à la délation

Le Syndicat de la médecine générale appelle ses adhérents et sympathisants à rejoindre le mouvement de protestation contre l'avant-projet de loi intitulé « prévention de la délinquance » actuellement en cours d'élaboration au ministère de l'Intérieur et tout particulièrement contre l'article 11 de ce projet :

« Tout professionnel qui intervient au bénéfice d'une personne présentant des difficultés sociales, éducatives ou matérielles, est tenu d'en informer le maire de la commune de résidence (...). Les professionnels visés au premier alinéa doivent se communiquer réciproquement ainsi qu'au maire, (...) tous renseignements et documents nécessaires à l'accomplissement de leur mission. (...) L'autorité ayant pouvoir disciplinaire peut agir dans les conditions prévues par les règlements professionnels ou administratifs en cas de méconnaissance, par le professionnel, de cette obligation d'information. »

Nous rejoignons l'analyse qu'en fait le Syndicat national des médecins de protection maternelle et infantile : « Le projet d'article 11, en rendant obligatoire, sous peines de sanctions, le signalement au maire de toute personne en difficulté matérielle sociale ou éducative, constitue une atteinte grave aux dispositions du secret professionnel qui garantit pour les usagers le droit à la confidentialité des informations confiées et qui permet aux professionnels d'exercer aux mieux leurs missions. »

Nous sommes, en tant que médecins généralistes, particulièrement concernés dans le cadre du travail de prévention et d'accompagnement mené en réseau avec les autres acteurs sociaux et médico-sociaux dans le respect du secret professionnel.

Pour mettre en œuvre la dimension sociale du soin, nous avons besoin que le secret professionnel de nos partenaires sociaux soit reconnu ; l'adoption de cette obligation de signalement faite à tout professionnel social, médico-social ou éducatif rendrait toute collaboration avec eux impossible pour nous médecins.

**Syndicat national
des médecins de protection
maternelle et infantile
(SNMPMI)**
65-67, rue d'Amsterdam,
75008 Paris
Tél. : 01 40 23 04 10
Fax : 01 40 23 03 12

Nous avons lu pour vous

Clarisse Fabre-Eric Fassin, *Liberté égalité sexualité/Actualité politique des questions sexuelles*, Editions Belfond

Clarisse Fabre, journaliste, rencontre Eric Fassin, sociologue spécialisé des questions de sexualité. Cinq champs de réflexion, le PACS, parité et discrimination, violence sexuée et violence sexuelle, prostitution, pornographie. Une réflexion sur l'épouvantail américain en guise de préambule. Ce livre, écrit comme un entretien, se lit facilement. Eric Fassin propose sur les cinq thèmes cités un décalage du regard en même temps qu'une analyse du discours politique et intellectuel. C'est un livre qui nous donne le sentiment après lecture d'être moins con.

Bertrand Riff

Denis Labayle, *Parfum d'ébène*, Editions Julliard, Paris 2002, 20 €

Denis Labayle, le collaborateur régulier à notre revue, auteur en 2002 du très prémonitoire *Tempête sur l'hôpital* (1) vient de faire paraître son deuxième roman. La vie de Damien, personnage principal du livre, bascule le jour où il saisit l'opportunité d'être fonctionnaire dans l'ambassade française d'un pays d'Afrique équatoriale où son père est décédé vingt ans plus tôt, dans des circonstances mystérieuses. Au contact de ce pays nouveau, Damien, dans la recherche de ce père disparu, au fil de ses rencontres humaines, se découvre et découvre cette Afrique noire aux multiples dimensions. Loin des stéréotypes, c'est la complexité des faits et gens qui est abordée. Sur fond de cette quête de soi, Denis Labayle arrive à nous faire percevoir, incarnées dans les différents personnages du livre, les réalités d'un pays où se croisent les difficultés économiques et sanitaires, mais aussi la splendeur des atmosphères qui catalysent la transformation du héros.

Patrice Muller

1. Editions du Seuil, coll. L'épreuve des faits, Paris 2002.

**Jean-Pierre Barou et Sylvie Crossman, *Les clés de la santé indigène*,
Editions Balland, Paris, 2004**

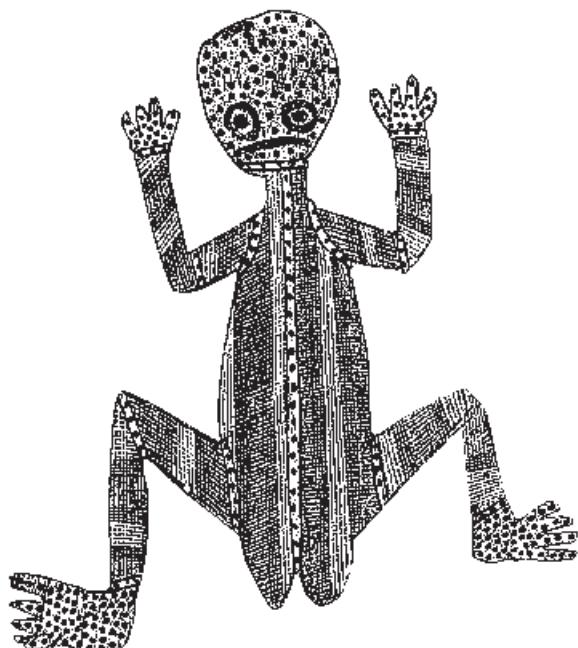
Jean-Pierre Barou et Sylvie Crossman, qui furent les éditeurs de notre revue *Pratiques*, sortent un livre somme de leurs efforts de nombreuses années pour lancer des ponts entre les arts premiers des sociétés indigènes, leurs dimensions thérapeutiques et notre propre civilisation occidentalisée avec sa médecine biotechnologique, ses succès et limites. Nous parcourons dans cet ouvrage le monde, des Aborigènes d'Australie aux Indiens Navajo en passant par les moines tibétains, les Inuits et les Polynésiens. Chez tous, nos auteurs retrouvent cette quête thérapeutique visant à rétablir une harmonie originelle rompue de la personne malade. Au cœur des dispositifs de soins – des cérémonies des peintures de sable dans le hogan navajo au mandala tibétain – on retrouve dans ces sociétés, l'Art. Citons nos auteurs : « Car l'art seul est capable de dédoubler le monde, voire de rivaliser avec lui. Mais il est aussi le seul langage qui puisse s'adresser au corps dans toute son épaisseur, perceptive et conceptuelle. » Sans aucune dimension d'esthétisme, cette langue artistique est aussi efficace parce que connue et partagée par l'ensemble de la communauté culturelle concernée. Nous sommes loin de notre société occidentale, avec d'un côté ses artistes patentés et de l'autre les consommateurs d'arts appliqués et besogneux que nous sommes devenus. Le matériau commun à toutes ces médecines, les leurs et la

nôtre ? Le corps avec toutes ses capacités émotionnelles et raisonnantes. Quels liens à faire avec notre médecine, qui s'appuie essentiellement sur des analyses physiopathologiques des maladies, pour que nous prenions pleinement en compte la globalité de la personne et de son environnement physique et psychologique dans le traitement des souffrances. Les auteurs s'appuient sur les avancées de la neurophysiologie et de l'immunologie qui mettent en avant les plasticités de ces fonctions physiologiques. Notre appareil neurosensoriel et notre système immunologique seraient le substratum de ces méthodes empiriques acquises au fil du temps par ces cultures qui placent toutes la guérison de la personne malade autour de l'approche d'un corps qui souffre et réagit à la fois « dans sa chair », mais aussi par ses émotions.

Patrice Muller

Mick Kubarkku, *Esprits Wardbukkarawardbukkarra*, pigments naturels sur écorce d'eucalyptus, 76 x 45 cm, vers 1979, collection Djomi Museum, Maningrida, Australie.

Ce détail, d'une peinture sur écorce qui relève du style dit « aux rayons X », peut donner une idée de ce qu'est, pour un Aborigène, le corps arc-en-ciel, une fois « nettoyé » de ses organes.



Geneviève Barbier et Armand Farrachi, *La société cancérigène, Lutte-t-on vraiment contre le cancer*, Editions La Martinière, février 2004

Geneviève est médecin, notre amie, membre du syndicat. Lors des journées du SMG à Toulouse, au printemps 2002, déjà, elle nous avait dit que se contenter du rôle du tabac pour expliquer les cancers était une réduction fantastique.

Son livre, écrit avec Armand Farrachi, nous en apporte une véritable démonstration qui nous convainc. Elle conforte notre position syndicale contenue dans notre charte, concernant la recherche des véritables causes des maladies. Et surtout, plutôt que la culpabilisation individuelle (si vous n'aviez pas fumé...), elle démontre ce que nous supposions : la responsabilité sociétale. Ce livre nous permet de sortir des croyances « le cancer a toujours existé », pour aborder les faits : le cancer existe peu dans les sociétés primitives, mais les populations déplacées rejoignent en une ou deux générations le taux de cancer des pays d'accueil, inquiétant, non ! Cela nous amène directement à l'origine environnementale et de nous énumérer une liste exhaustive d'agents cancérogènes contenus dans l'air, l'eau, les aliments... que nous inhalons et mangeons. L'exemple de l'amiant est loin d'être isolé et la responsabilité des industriels et des politiques dans la reconnaissance de ces cancérogènes est engagée. « Le cancer est en constante augmentation depuis 1960 et l'OMS a prévu une augmentation de 50 % dans les vingt prochaines années. » Les auteurs nous posent alors la question « Pourquoi un tel massacre et, en même temps, une telle défaite dans la lutte... contre ce fléau des temps modernes ? »

Le raisonnement devient encore plus probant

lorsqu'ils évoquent les cancers chez les enfants ou les animaux, peu suspects d'être des fumeurs de tabac, et en constante augmentation.

Le plan Chirac-cancer est aussi abordé dans le livre. Ce plan, dont la volonté unique est de faire payer les fumeurs pour financer l'augmentation du coût des traitements. En effet, ne reconnaissant que peu d'autres causes, on se contente d'augmenter les moyens de soigner, c'est-à-dire qu'on se contente de dire qu'il faut limiter les morts. J'emprunte la phrase suivante aux auteurs : « Si, par miracle, il devenait aussi facile de guérir les cancers que les rhumes de cerveau, y aurait-il encore une bonne raison de se priver de produits cancérogènes, qui rendent tant de services ? En d'autres termes, pourquoi prévenir lorsqu'on sait si bien soigner ? »

Et la dernière partie de nous expliquer que ces thérapeutiques lourdes, coûteuses, pas toujours bien évaluées, sont génératrices d'emplois, de profit pour certaines entreprises (industrie pharmaceutique, industrie des technologies...). N'oublions pas, comme nous le rappellent les auteurs, que « le prix des médicaments anti cancéreux a augmenté de 500 % en dix ans, alors que l'innovation thérapeutique n'a pas toujours été au rendez-vous ».

En conclusion, un livre de réflexion politique à lire par tous, soignants, citoyens, politiques et gestionnaires, afin que nous nous mettions en face de notre responsabilité sociétale, pour nous et pour les générations futures.

Christian Bonnaud

Marie-Rose Faure, décédée au mois de février 2004

Professeur de philosophie au lycée de Vernon, docteur en histoire des sciences et épistémologie, titulaire des Palmes académiques, correspondante de l’Institut de France pour la Fondation Claude Monet à Giverny, Marie-Rose Faure était responsable des services éducatifs du musée Marmottan et du musée Claude Monet à Giverny.

Auteur d’études sur Zola, Monet, les jardins de Giverny et l’impressionnisme, sur les relations entre la recherche scientifique et les domaines artistiques, sur les sciences du vivant, Marie-Rose Faure avait écrit pour *Pratiques* un article sur l’espace hospitalier du malade.

Esprit éclectique, curieux, ouvert, à la croisée de la philosophie et de l’histoire des sciences, Marie-Rose Faure installait un regard original sur le monde des objets, se jouant des mots et des choses, de la science et de l’art. Elle enchantait ses auditeurs par la simple et précise évocation des gestes des peintres impressionnistes captant la lumière sur la toile, par celle d’un voyageur naturaliste manipulant ses crayons de couleur au début du xix^e siècle. Elle voyait en Giverny, qu’elle faisait visiter avec passion, un « jardin à l’envers » : l’étang aux nymphéas, déjà, aurait été conçu comme une toile achevée. Monet n’avait-il pas géré ici l’ombre plus que la lumière ? N’avait-il pas voulu ces branches de saules pleureurs à l’instar du tracé vertical d’une brosse sur la toile ? Heureux sûrement furent les élèves, petits et grands, qui bénéficièrent d’un tel guide.

Citons ces très belles phrases conclusives du texte qu’elle nous avait donné pour le numéro 24 du mois de janvier 2003 de notre revue : « A plat dos sur le lit, le regard au niveau du bord de la fenêtre, les yeux cherchent un lointain où se jouent les nuages. Mais proche, dans le jardin bordant le bâtiment, des ombres sans pieds se traînent, ce soir-là, d’une oscillation irrégulière. Une longue, une brève et des lampions bleutés dansent, irisés comme des opales. C’est l’heure du retour des malades, tirant leur perfusion. »

Monique Sicard

Courrier des lecteurs

L'assistanat ?

Un mot utilisé largement par la droite, honni par la gauche.

Les réformes du système de protection sociale annoncées par le gouvernement constituent une menace, elles vont dans le sens des directives imposées par l'AGCS, l'intrusion du système marchand dans le secteur public. Il s'agit donc de la protéger, ce qui nécessite, à travers les luttes sociales, une mobilisation générale de la population. Mais cela n'est pas suffisant : il faut aussi une mobilisation des « consciences » pour développer une « responsabilisation citoyenne » face à une hyperconsommation médicale. Que cela signifie-t-il en ce qui concerne l'usager de la santé ? Est-il en droit d'exiger des soins alors qu'ils ne sont pas indiqués, d'exiger des examens complémentaires alors qu'ils sont inutiles et coûteux : « Docteur, j'ai mal à la tête, je veux un scanner ! », d'exiger des services alors qu'il peut s'en passer : « Docteur, je dois aller en consultation, faites-moi une prescription de VSL, j'y ai droit ! » ?

« J'ai payé des cotisations sociales toute ma vie, j'ai droit à tout, j'exige tout et cela gratuitement ! » J'appelle cela une mentalité d'assisté, entretenue par le système du tiers-payant : il me paraît nécessaire que l'usager participe financièrement à toute consommation de soin, ne serait-ce qu'en payant un euro symbolique.

Notre système de protection sociale repose sur le principe de solidarité. Le principe de responsabilité, aussi bien au niveau individuel que collectif, en est le corollaire.

Jean-Hugues Audouy

Quelques réponses de la rédaction

La question du pouvoir et de la délibération

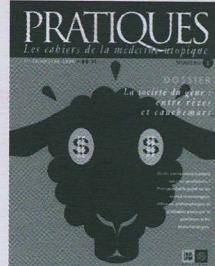
Premièrement : oui, il y a des gens qui exagèrent, mais sont-ils les plus nombreux ? Non. Deuxièmement : parmi les abuseurs, la plupart sont ignorants dans leurs demandes de soins et de techniques. Ils baignent dans la mystification assez généralisée des pouvoirs de la médecine et de ses limites. Modifier ce type d'attitude ne passe pas par le ticket modérateur symbolique... Il y a une autre symbolique cruellement inexistante à l'heure actuelle : lorsque le patient entre dans le cabinet, il est en fait le financement/employeur du bon docteur qui s'énerve à juste raison quand on lui demande un scanner. Les procédures délibératives et décisionnaires à tous les niveaux de notre système de soins, et en particulier à la base, sont les seules antidotes aux dérives décrites par l'auteur de la lettre.

Patrice Muller

L'offre éffrénée des soins

... on pourrait éclairer ce problème de « l'assistanat » de façon plus ample : c'est à rapprocher d'un système qui ne sollicite pas les citoyens dans le débat sur la santé, sur les choix à faire tant sur la santé et que sur le type des soins. L'offre éffrénée des soins pour faire tourner la machine médicale appelle une demande éffrénée. Ceux qu'on appelle assistés sont souvent les « pauvres » ou « moyen-pauvres » : ils demandent de façon moins habile que les « nantis » qui ont regardé sur Internet, qui ont des « mutuelles » en béton...

Elisabeth Maurel-Arrighi



n° 1 : La société du gène



n° 2 : La souffrance psychique



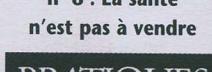
n° 3 : Penser la violence



n° 4 : Santé et environnement



n° 5 : La santé au travail



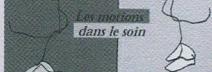
n° 6 : Sexe et médecine



n° 7 : La responsabilité du médecin



n° 8 : La santé n'est pas à vendre



n° 16 : Les émotions dans le soin (retrage du dossier)



n° 10 : Folle psychiatrie



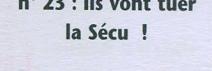
n° 11 : Choisir sa vie, choisir sa mort



n° 20 : La santé des femmes : tout reste à faire



n° 13 : La médecine et l'argent



n° 14-15 : Profession : infirmière



n° 23 : Ils vont tuer la Sécu !



n° 17 : Des remèdes pour la Sécu



n° 18 : Quels savoir pour soigner ?



n° 19 : La vieillesse, une maladie ?



n° 21 : Le médicament, une marchandise pas comme les autres

n° 24 : Le métier de médecin généraliste

- Une revue indépendante avec un dossier et des rubriques
- Un souci de la protection sociale
- Un ancrage dans la pratique
- Une analyse du cadre de l'exercice professionnel
- Une reconnaissance de l'articulation du relationnel et du social

prochain numéro : n° 26 : L'exil et l'accueil

A B O N N E Z - V O U S A P R A T I Q U E S

Vous lisez *Pratiques* parfois, souvent, toujours. *Pratiques* vous surprend, vous stimule, vous réconforte.

Vous avez besoin d'une revue qui aide à discerner les enjeux actuels de la société et de la médecine.

Vous souhaitez ancrer votre pratique dans une réflexion qui allie l'individuel et le collectif, qui s'appuie sur les sciences humaines et se préoccupe de l'évolution de notre société.

Pratiques a besoin de vous !

Vous lisez *Pratiques* de temps en temps : abonnez-vous !

Vous êtes abonné : faites abonner vos amis. Faites connaître *Pratiques* : donnez-nous les coordonnées de lecteurs potentiels auprès de qui nous pourrions promouvoir la revue.

Merci et à bientôt,

La rédaction

Pratiques, revue sans publicité, ne vit que par ses abonnés.

B U L L E T I N D ' A B O N N E M E N T

<input type="checkbox"/> Abonnement un an	42,70 euros
<input type="checkbox"/> Abonnement deux ans	76,20 euros
<input type="checkbox"/> Abonnement jeune médecin (étudiant, remplaçant, installé de moins de trois ans et demandeur d'emploi)	30,50 euros
<input type="checkbox"/> Abonnement à durée libre par prélèvements automatiques (joindre RIB + autorisation de prélèvement)	10,50 euros/ trimestre
<input type="checkbox"/> Commande à l'unité (12,20 € + 1,50 € de frais d'envoi) : - nombre d'exemplaires : - intitulé du numéro :	13,70 euros/n°
<input type="checkbox"/> Commande à l'unité numéro double 14/15 (16,80 € + 1,50 €)	18,30 euros

nom _____

prénom _____

adresse _____

téléphone _____

fax _____

e-mail _____

profession _____

Chèque à l'ordre de *Pratiques* à envoyer :
52, rue Gallieni - 92240 Malakoff - France

Tél. : 01 46 57 85 85 • fax : 01 46 57 08 60

e-mail : pratiques@aol.com

site : <http://www.smg-pratiques.info>

Un reçu vous sera adressé à réception de votre règlement

PRATIQUES

PRATIQUES n° 25

Les cahiers de la médecine utopique
Revue trimestrielle

Rédaction et abonnements :

tél. : 01 46 57 85 85 • fax. : 01 46 57 08 60
e-mail : pratiques@aol.com ;
site internet : <http://www.smg-pratiques.info>
52, rue Gallieni, 92240 Malakoff • France

Directeur de la publication : Marie Kayser

Rédactrice en chef : Martine Devries

Secrétaire de rédaction : Marie-Odile Herter

Secrétariat, relations presse : Jocelyne Deville, Marie-Odile Herter

Responsable de diffusion : Dominique Tavé

Comité de rédaction : Geneviève Barbier ; Christian Bonnaud ; Jean-Luc Boussard ; Martine Devries ; Patrick Dubreil ; Françoise Ducos ; Monique Fontaine ; Hélène Girard ; Catherine Jung ; Marie

Kayser ;

Sylvie Lagabrielle ; Evelyne Malaterre ; Elisabeth Maurel-Arighi ; Didier Ménard ; Anne-Marie Pabois ; Elisabeth Pénide ; Anne Perraut-Soliveres ; Christiane Vollaire.

Correspondants : Denis Labayle ; Noëlle Lasne ; Jean-Pierre Lellouche ; Monique Sicard.

Dessins : Serdu / Serge Duhayon

Couverture et illustration page 4 : Eloi Valat.

Imprimerie : J'Imprim, 26, rue Drouet-Peupion, 92240 Malakoff, tél. : 01 47 36 21 41
e-mail : j.imprime@wanadoo.fr

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2004
commission paritaire n° 67150A5

ISSN 1161-3726

Publié avec le concours du
Centre National du Livre

La revue *Pratiques* reçoit volontiers les courriers, textes et travaux d'auteurs se rapportant aux thèmes de réflexion abordés dans les numéros. La revue n'est pas responsable des manuscrits qui lui sont adressés. Les textes et travaux qui ne sont pas retenus sont restitués sur simple demande.

Les titres, sous-titres, résumés et dessins sont de la responsabilité de la rédaction.

BULLETIN D'ABONNEMENT

PRATIQUES

Les cahiers de la médecine utopique