

La performance du vivant

Je suis médecin. Je soigne des personnes malades. J'en vois mourir quelques unes. J'en vois d'autres souffrir, interminablement. J'écoute. J'examine. Je cherche. Je tâtonne. Je me perds. J'avance dans l'obscurité de la parole humaine. Je doute.

Pourtant, je prescris. Je donne des consignes. J'indique des marches à suivre. J'établis des calendriers. Je surveille la croissance des nourrissons. Je dépiste. Je vaccine. Quelquefois, je protège. Et surtout, j'hésite. Rien. Rien de ce que je fais ne ressemble à une performance. En trente ans de médecine, je n'ai jamais accompli la moindre performance.

Je ne suis pas trapéziste. Je ne fais pas de triple salto sur la glace. Je ne suis pas conductrice de formule un. Je ne suis pas en compétition. Au contraire, j'interroge ceux qui en savent plus que moi. J'ai besoin de leurs réponses. Je tiens des dossiers. Des dossiers papiers. Des dossiers informatiques. Des dossiers qui racontent des histoires. Des histoires qui n'en finissent plus, qui se répètent et se confondent, avec lesquelles je vis et dont je suis construite. Je m'y perds, mais je m'y retrouve.

J'essaie de me tenir informée. Je me recycle. Je ne reçois pas de visiteurs médicaux, parce que je refuse que l'on vienne me vendre des médicaments à domicile. Je ne suis pas un débouché commercial. Quand on me propose de me payer à la performance, je pense d'abord qu'il s'agit d'une erreur. On m'a confondue avec un trader, un banquier ou un footballeur.

Et puis, c'est l'obscénité de ces mots qui me saute aux yeux. Ces mots me salissent. Ces mots me défigurent. Ces mots m'empêchent de soigner. Si je peux encore aujourd'hui accueillir et rechercher des signes, prendre le temps d'établir avec mes patients non des règles standards, mais des priorités singulières, c'est parce que le soin relève de l'intime. Le soin n'est pas l'addition d'une série d'injonctions gestionnaires, morales, politiques, que je serais chargée de mettre en œuvre. Le soin s'adresse à des personnes malades ou fragiles qui sont le plus souvent en arrêt de travail par nécessité, au chômage ou en grande difficulté, pour la plupart dans un espace de non performance absolue qui est le cœur de mon métier, qui requiert à lui seul toute mon attention et toute ma pertinence. L'exercice médical consiste à donner de la liberté au vivant et non à le mettre sous contrôle. Sans cet espace de liberté, il n'y a pas de soin. Comment pourra-t-on m'évaluer sur ce que je ne fais pas, sur ce que je ne suis pas ?

À quand le paiement à la performance des instituteurs qui pourront faire la preuve que 50 % des enfants savent épeler les dix premières lettres de l'alphabet ?

À quand le paiement à la performance pour les éducateurs qui pourront présenter en fin d'année un quota d'enfants handicapés capables de bien se tenir en toutes circonstances ?

À quand le paiement à la performance des journalistes, des intellectuels et des artistes qui produiront en série des œuvres ou des analyses politiquement correctes ?

À quand la prime aux travailleurs sociaux qui auront repéré un maximum de fraudeurs parmi les bénéficiaires du RSA ?

À quand la prime à l'analphabétisme politique et à la vulgarité sociale, à quand la mise au pas de tout ce qui est vivant et libre ?

Je récuse les conventions obscènes qui aliéneraient ma liberté et mon intégrité de médecin praticien.

Je refuse la prime à la performance du vivant.

Noëlle Lasne, médecin

Entre attention à l'intime, respect de l'environnement, indépendance face au lobby agroalimentaire : la nutrition comme une autre manière d'envisager le soin.

10 Eloi Valat, dessinateur

1. L'intime et le lien

12 Isabelle Darnis

Une tête et un ventre au carré
Y a-t-il une diététique derrière les chiffres et les aliments mis en colonnes des rations alimentaires ?

14 Danièle Stordeer

De très vieux condiments...

Johanna Martin

La cuisine des internautes

15 Paul Ariès

Pour une restauration responsable
Quel impact des choix alimentaires dans le débat des questions environnementales ?

18 Léna Ferri

Cuisine *versus* Technique culinaire
Le BTS Diet aborde la manière de cuisiner à sa manière, désignée sous le nom de « techniques culinaires ».

20 Paul Aries

La haine du gras
Retour sur la genèse de cet anathème culinaire...

21 Isabelle Canil

La cuisine
Marion T.
Journée d'une apprentie en pâtisserie

22 Entretien avec Marion M.

De la cuisine
Entre création et hiérarchie, un témoignage vécu du travail en cuisine.

23 Léo B.

L'envie de cuisiner

Léo S.

Cuisinier, le métier que je veux faire

24 Jacques Paul

Se restaurer...
La restauration dans une structure d'accueil sociale et éducative, vécue par un acteur du terrain.

25 Jonathan Zaffiran

Sodexo, l'hôpital du futur
Une barquette en plastique avec de la cuisine d'assemblage, et en face un patient à l'hôpital...

26 Noémie Molites

Souvenirs de cantine

Claire Martin-Lucy

De mère en fille

27 Chandra Covindassamy

Et les reste !

Des questions posées par le statut des restes alimentaires suscitent un dialogue.

30 Alain Caillé

Les repas comme un don

Quand la mode de la cuisine est, elle aussi, contaminée par le néomanagement.

2. Ne plus tout avaler

32 Paul Scheffer

To be or not lobbies ?
Quelle indépendance des professionnels dans le champ de l'alimentation ?

Et quels enjeux ?

A propos des protéines

36 Sylvain Duval

Diète méditerranéenne et santé

Françoise Ducos

Cholestérol et traitement fétiche

37 Sylvain Duval

Le grand méchant cholestérol

Le Bon, le Mauvais et les Truands : introduction à la controverse actuelle autour du cholestérol.

40 Léna Ferri et François Pot

Quel esprit critique avec le BTS Diet ?

Le BTS diététique, une formation, une conformation ou une déformation ?

La question se pose !

41 Thierry Souccar

Le beurre et l'argent du beurre...

« Les produits laitiers, nos amis pour la vie » ? C'est peut-être vite dit !

43 Didier Ménard

La colo et la balance

44 Martine Lalande

On sait déjà

45 Isabelle Robard

Etat des lois de l'information publique
Dix ans après la loi du droit des malades, où en est-on dans le domaine de l'alimentation ?

48 Pierre Volovitch

La pub télé, les aliments et les enfants
Une étude montre l'inégalité des consommateurs face à la pression exercée par la publicité sur les enfants.

49 Sylvie Simon

Les bonbons face aux caisses

50 Paul Scheffer

La misère et l'estomac
Des études essaient de prendre en compte pour la première fois les inégalités sociales dans les questions alimentaires.

52 Madeleine Charru

Du champ à l'assiette... et de l'assiette aux champs
Des agronomes qui prônent une agriculture et une alimentation durables.

53 Isabelle Meiffren

D'où vient Aftertes2050 ?

Paul Scheffer

Quel rôle pour l'expertise citoyenne ?
La législation a changé récemment sur la place donnée aux associations citoyennes, en défaveur de ces dernières...

3. Ce qui bouillonne sous le couvercle

56 Florian Saffer

Du temps pour mieux choisir
Il y a ce que l'on mange, mais il y a aussi la manière avec laquelle on s'alimente, et le temps qu'on y consacre.

- 58 Séverine Sénéchal**
Accompagner pour changer
Aperçu d'un cheminement d'une diététicienne exerçant en libéral.
- 60 Sébastien Goudin**
L'École des papilles
Est-il possible d'encourager l'esprit critique des élèves face au marketing des firmes agroalimentaires ?
- 61 Michelle Le Barzic**
Démédicaliser l'alimentation
La diététique, comme d'autres domaines, connaît une forte médicalisation, et en paye aussi les conséquences.
- 63 Emma Belissa**
Diabète : un réseau qui innove
Face au poids du diabète, un réseau de soins indépendant et novateur.
- 64 Yveline Frilay**
Avec SOPHIA, la fin des réseaux de santé ?
- 65 Rabia Shih**
Jeûne et diabète : des recettes
Jeûner quand on est diabétique n'est pas impossible, si l'on est bien conseillé.
- Le plaisir d'améliorer la relation de soins au travers de la nutrition.*
- 66 Sylvie Simon**
La cuisine pour sortir
Anne Perraut Soliveres
Du cœur au ventre
- 68 Martine Lalande**
Manger, parler, se soigner
Evelyne Malaterre
Prescrire un régime de saveur
- 69 Elisabeth Maurel-Arrighi**
Les cornichons de la grossesse
Elisabeth Pénide
Histoires de goût
- 70 Mireille Brouillet**
L'appétissante
Yveline Frilay
« Voiture, voiture »
- 71 Mathieu Colloghan**
Une certaine politique du ventre
Savouer l'utopie d'un quartier plus solidaire au restaurant ? C'est tous les jours depuis treize ans à la Rôtisserie !

- 72 Coline Kasperet**
Slow Food, lentement mais sûrement
Court bilan d'étape du mouvement Slow-Food en France.
- 73 Raphaëlle Collet**
Des problèmes de poids
Quel rapport au patient en diététique actuellement, et quelle formation pour cela au-delà du BTS ?

- 73 Morgane Baridon**
Du changement à l'hôpital ?
De nouvelles idées en diététique peuvent faire leur chemin (pas toujours aisément) au sein de l'hôpital.

MAGAZINE

4 Courrier des lecteurs

5 Nouvelles de la diffusion

6 IDÉES

Un autre monde cherche à s'inventer

Alain Caillé prend appui sur les travaux du MAUSS pour proposer la notion de « convivialisme ».

76 FORMATION

Anne Legresy

Prête-moi ta plume

Qu'en est-il de la formation des soignants, quand les textes qui la régissent font prévaloir les connaissances théoriques ?

78 ACTU

Marie Kayser

Lettre au directeur de la CPAM

79 REGARD CLINIQUE

Ateliers Claude Chassagny

Orthophoniste... c'est un métier ?

Les orthophonistes se mobilisent contre le projet d'une formation à deux vitesses.

80 ECONOMIE

Lucien Farhi

Un cas d'école

Dexia, première banque européenne d'envergure à être démantelée : cas isolé ou annonciateur de suites plus considérables ?

82 PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Jessica Guibert

Que veulent vraiment les jeunes médecins généralistes ?

Résultats d'une étude menée par l'ISNAR-IMG.

84 COUP DE GUEULE

Denis Labayle

Démographie médicale : déshabiller l'Afrique

L'absence de politique de santé publique dans les pays riches s'accompagne du « pillage des cerveaux » des pays pauvres.

86 FORMATION

Jean-Pierre Lellouche

Environnement et santé

A la fin de leurs études, la plupart des médecins savent peu de choses sur les risques sanitaires liés à l'environnement.

88 ENVIRONNEMENT

Yveline Frilay

Fukushima, une chance ! (1^{re} partie)

Après Fukushima, l'importance de la pollution liée à Tchernobyl est encore niée. Fukushima servira-t-il de leçon au monde ?

90 NOUS AVONS LU POUR VOUS

Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir : *Anthropologie d'un service de cancérologie pédiatrique* de Marie Bonnet, *La reine Alice* de Lydia Flem, *Menaces sur nos neurones* de Marie Grossman et Roger Lenglet, *On agite un enfant* de Yann Diener et *Maison de santé, une urgence citoyenne* de Dominique Dépinoy

■ **En réaction à l'article d'Emmanuelle Bordes
« Nouvelles identités soignantes », sur la difficulté à
changer les mentalités dans un système rigide
et cloisonné, paru dans *Pratiques* n° 54, page 59.**

... J'éprouve une sorte de malaise en lisant ce témoignage, quelque chose de difficile à formuler... car il pose le problème de la reconnaissance des compétences infirmières, mais également celui de l'identité professionnelle : est-on toujours soignant lorsque l'on fait un travail de coordination, de gestion, de mise en lien, tout ce que vous voulez... Un boulanger qui ne fait plus de pain, mais s'occupe de la qualité du blé moissonné est-il toujours boulanger ? Ne devient-il pas technicien, spécialiste en production céréalière ?

Bref, la reconnaissance ultime pour un infirmier serait-il de ne plus l'être ? Dans ce cas, il me semble que l'on change de métier...

... J'avoue être un peu perplexe devant cette évolution ; l'ouverture à l'université doit-elle promettre, à terme, de ne plus approcher un lit d'hôpital ?

Voilà, c'est dit ; je pense que certains vont hurler, c'est normal. Mais j'avais envie de le dire. —

Didier Morisot

C'est exactement ce que je crains avec l'université, qu'elle détourne les étudiants de l'univers du soin, de sa trivialité, qu'ils n'arrivent jamais à y pénétrer et restent, de ce fait, à la porte des bénéfiques, tant le prix à payer est d'une toute autre nature qu'intellectuelle. Alors, pourquoi y suis-je allée moi-même ? Ce serait sans doute trop long d'évoquer toutes les raisons, mais j'ai tellement cru que je n'étais pas faite pour l'hôpital, je trouvais ce travail tellement difficile, tellement éprouvant émotionnellement que j'ai cherché à comprendre à l'université comment faire pour y arriver sans trop souffrir et que j'ai aimé ça. Mais tu as raison, ce n'est plus le même métier, je dirais même que toutes les « spécialisations » servent à s'éloigner de ce qui est si difficile. J'ai abusé de tous les savoirs à ma portée pour contrer l'évolution technocratique que tu dénonces. Je peux dire a posteriori que j'ai eu une très belle (bien qu'éprouvante) carrière d'empêcheuse de déprimer en rond et de contre-pouvoir. C'est le terrain qui m'a mobilisée toutes ces années, qui m'a donné l'envie et la force de résister au rouleau compresseur. J'étais alimentée par la détestation du non sens et de l'inéquité qui prévalent en ces lieux de souffrance, par une conscience aiguë du mal-être des patients, par une empathie quasi pathologique... C'est à comprendre ça que m'a servi l'université, grâce à la rencontre avec tous ces autres que soignants qui m'ont éclairée sur ce que la proximité m'empêchait de voir. —

Anne Perraut Soliveres

Didier Morisot, je suis très intéressée par tes réflexions sur le métier. Tu parles de changement radical du métier (tel que tu ne voudrais pas qu'il change ?). Et finalement, tu récusés l'évolution vers le technicien qu'induraient les enseignements new look, là où des médecins patentés forment des infirmières telles qu'ils en ont besoin. Tu te sens peut-être un peu brontosauve, dans cette évolution « éthérée » ? C'est comme en médecine où, de plus en plus, le malade est peu examiné, où les mains ne sont plus vecteurs de diagnostic, où « la médecine sans malades » serait l'idéal... Envoyée à l'hôpital pour avoir un diagnostic étiologique à tes maux, tu en sors gros Jean comme devant : pas de diagnostic ou bien un diagnostic élaboré sur dossier dans lequel tu dois te couler en rognant tout ce qui infirme le diagnostic ainsi préfabriqué. C'est ainsi que de plus en plus fréquent se révèle le syndrome des sœurs de Cendrillon. Tu parlais d'infirmières qui touchaient les malades, qui étaient en contact avec les malades ? Je parle de médecins qui... (bis) : de nouvelles règles de métier pour une nouvelle génération de malades ? Nouveaux médecins nouvelles infirmières qui jugent archaïque cette ancienne façon d'utiliser ses sens ? Croyez-vous ? Didier, nous sommes des brontosauves... —

Anne-Marie Pabois

Bande annonce de
l'INTEGRAL

Sur vos écrans à partir de février



L'abonnement INTEGRAL : le trois en un

→ Vos 4 numéros trimestriels de 96 pages, en format papier : pour lire à loisir, avec, en plus, le plaisir de posséder un bel objet !

→ Ces mêmes numéros, en version électronique (pdf) : la possibilité de travailler vos lectures, en extraire des tirés à part, les communiquer à vos amis, les disposer dans vos locaux professionnels...

→ Et maintenant, l'accès à 15 années d'archives de *Pratiques*, plus de 2 000 articles indexés, la possibilité de télécharger, un an durant, les articles de votre choix : le rêve !

→ Finies les recherches fastidieuses, les dates oubliées, les références introuvables ! Vous documenter dans votre revue préférée devient un plaisir : laissez-vous guider par mots clés ou par noms d'auteurs. Travaillez directement sur écran ou imprimez les articles choisis.

Autres nouveautés :

Visitez notre site www.pratiques.fr et découvrez-y nos autres nouveautés :

- l'achat par pack de dix articles à choisir dans les archives
- le téléchargement des numéros achetés directement sur le site
- l'abonnement électronique pour les résidents à l'étranger

Comment vous abonner à l'INTEGRAL ?

Si vous n'êtes pas abonné(e) à *Pratiques*, rendez vous sur le site à la rubrique S'ABONNER.

Pour ceux d'entre vous dont l'abonnement est en cours, mais qui souhaitez bénéficier dès maintenant de l'INTEGRAL, faites-le nous savoir (en envoyant un mail à revuepratiques@free.fr), nous vous ferons alors parvenir un complément de facture ainsi que vos mot de passe et login.

Vous aurez ainsi accès aux archives jusqu'au terme de votre abonnement. A l'échéance de ce dernier, le choix de l'INTEGRAL vous assurera cet accès pour la durée souscrite (un an, en général).

Un autre monde cherche à s'inventer

Au-delà de l'indignation et face aux haines et folies meurtrières du monde, Alain Caillé prend appui sur les travaux du MAUSS pour proposer la notion de « convivialisme ».

Alain Caillé,
sociologue et
économiste,
professeur émérite
à l'université de
Nanterre,
fondateur de la revue
du MAUSS
(mouvement anti
utilitariste dans les
sciences sociales)
www.revuedumauss.com

Dans les années 70-80, le paysage intellectuel a changé du tout au tout. La répartition des rôles entre les disciplines en sciences humaines, sociales, économiques, philosophiques et politiques a basculé vers une vision économiciste de la société. Jusqu'aux années 70, les économistes limitaient l'usage de la notion d'homo economicus, rationnel, qui ne cherche que son propre intérêt, à leur discipline pour expliquer ce qui se passe dans le monde du marché sans se pencher sur les autres domaines.

Deux grands changements ont eu lieu après : d'une part, les économistes ont commencé à penser que cela peut s'appliquer à tout : à l'amour, aux croyances, etc.

D'autre part, la grande surprise, c'est que les autres disciplines leur ont donné très largement raison. Du côté libéral, avec Raymond Boudon, champion de l'individualisme méthodologique, on pense que toute la vie sociale doit être expliquée par les choix rationnels des individus. Mais également du côté néomarxiste avec Pierre Bourdieu, qui s'appuie sur le postulat que l'intérêt de classe explique tout. En philosophie, dans la Théorie de la justice, Rawls essaie de penser ce que sont des institutions justes qui seraient, pour lui, choisies par des hommes rationnels, c'est-à-dire des sujets économiques. La philosophie sociale bascule dans un registre complètement économiciste. Cette révolution intellectuelle a précédé de quinze ans, la légitimation à l'avance, la mondialisation, c'est-à-dire l'universalisation du marché à toutes les sphères de l'existence.

Le pari du MAUSS

Le MAUSS naît en 1981, à partir d'une surprise, face à cette évolution des idées, et se fait le porteur d'une perspective anti-utilitariste, soucieuse de proposer une autre vision. Marcel Mauss, neveu et successeur d'Emile Durkheim, dans son *Essai sur le don* en 1925, rassemble le savoir ethnologique de son temps et donne à voir le mode d'organisation des sociétés premières. Ces sociétés archaïques ne reposent pas sur le marché, sur le donnant-donnant ou sur le contrat, mais sur la triple obligation de donner, recevoir et rendre.

Autrement dit, sur l'obligation de rivaliser de générosité. Le don est un combat, c'est une forme de guerre. Ce don est agonistique. Mais cette guerre par le don est un moyen de faire la paix, de transformer les ennemis en alliés. Depuis trente ans, le MAUSS approfondit le volet de la critique de l'économisme, mais s'attache aussi à développer le côté positif : qu'est-ce qui subsiste et doit subsister de l'univers du don dans la société moderne ? Comprenons en effet que porter le regard sur les sociétés archaïques ne signifie nullement qu'on s'inscrit dans une vision ou dans des aspirations passéistes. Au contraire. Rappelons que Marcel Mauss était un socialiste convaincu, bras droit de Jaurès.

S'opposer sans se massacrer (Marcel Mauss)

L'organisation de toutes les sociétés archaïques, à partir de la logique du don et de la triple obligation du donner, recevoir et rendre, répond à la question politique première. C'est la réciprocité des dons, dans une mise en scène permanente ritualisée qui permet d'éviter de se massacrer, d'éviter la guerre, la mise à mort de boucs-émissaires, ou l'instauration de hiérarchies plus ou moins rigides qui enferment chacun à sa place. On voit bien que cette logique du don, basée sur la réversibilité et la réciprocité est de même nature que celle qui

**La guerre par
le don est un
moyen de faire
la paix, de
transformer
les ennemis en
alliés.**

permet de faire vivre la démocratie, toujours menacée de sombrer dans la guerre générale des intérêts individuels à court terme ou dans la monopolisation du pouvoir et de la richesse par une oligarchie.

La croissance ne fait pas le bonheur

L'adhésion à la démocratie d'aujourd'hui a reposé sur la perspective d'une forte croissance, ininterrompue, comme pendant les trente glorieuses où la progression du PIB atteignait 4 à 5 % par an, participant à l'amélioration des conditions de vie. La croissance a fonctionné comme une sorte de bouc-émissaire à l'envers, non pas une victime désignée que l'on rend responsable de tous les maux, mais comme une « boucle émissaire », un espace de projection non de la haine mais de l'espérance où l'on met tous ses espoirs dans une croissance à venir, corrélée à la recherche du bonheur.

Or aujourd'hui, il y a de moins en moins de croissance et il n'y a plus de corrélation entre croissance et bonheur. La question est donc de savoir si on peut se passer de la croissance ou s'il faut la faire revenir alors qu'elle devient insoutenable écologiquement. Si elle ne revient pas, ne peut-on chercher le bonheur dans autre chose que la croissance ? Il faut trouver un autre fondement à la démocratie que celui de l'économie.

Pour John Stuart Mill, l'état stationnaire est le plus heureux pour l'humanité. Mais il faut ajouter, pour ne pas tomber dans le sacrifice, la mortification, que l'état stationnaire peut être dynamique, au sens que le PIB n'augmente pas, mais où il y a des inventions techniques, un énorme accroissement de l'inventivité culturelle, sociale et politique. A certains égards, cela apparaît plus facile que de passer sa vie à accroître la production économique. Pour penser cette évolution, nous sommes obligés d'accepter une mutation de la philosophie politique héritée des grandes doctrines : socialisme, communisme, anarchisme et néo libéralisme. Ces quatre doctrines, aussi opposées soient elles, ont en commun un soubassement utilitariste, une idéologie économiciste : la certitude que les grands problèmes de l'humanité ne seront résolus que par le toujours plus économique. C'est avec cette certitude que nous devons prendre des distances, car elle ne suffit plus.

Conjurer l'illimitation et la démesure

S'opposer sans se massacrer, c'est la question de fond de l'humanité. Le défi de toutes les morales et de toutes les religions est de limiter le désir de toute puissance des hommes, leur désir insatiable du toujours plus. Selon les Grecs, ceux que les Dieux voulaient perdre, ils les faisaient entrer et s'abîmer dans la démesure. Dans l'*ubris*. C'est elle qui déclenche des haines inexpiables. En termes laïcs, Durkheim pensait que les besoins ne peuvent être satisfaits que s'ils sont limités, et limités par quelque puissance morale légitime. A défaut, les hommes basculent dans ce qu'il appelait l'anomie, la perte de toutes règles, une variante de l'*ubris*.

Aujourd'hui, cette démesure est devenue la religion du capitalisme moderne. L'illimitation a été exacerbée à compter des années 80, multipliant les inégalités. Dans les années 70, les cent patrons les mieux payés gagnaient quarante fois plus que leurs employés. Depuis 2010, ils gagnent 1 000 fois plus... Si l'on regarde les principes économiques des États-Unis en 1970, à la lueur de la réalité inégalitaire d'aujourd'hui, on pourrait croire qu'on était dans un pays communiste... Cette dynamique inégalitaire est à la fois cause et effet de la stagnation de la croissance économique en Occident, car les quatre cinquièmes de la croissance sont spéculatifs, et alimentent une véritable sortie

de la démocratie par la corruption, la toute puissance de l'hyperfinance, les mafias, le crime généralisé, provoquant des tensions mondiales terrifiantes et la dévastation de la planète.

Commune humanité et commune socialité

Le problème central aujourd'hui est de revenir à une commune humanité et à une commune socialité en s'attaquant immédiatement à la question de la démesure.

Principe de commune humanité : l'affirmation de l'unité du genre humain, que l'égalité dignité et valeur en droit des être humains est première par rapport à toutes les différences biologiques, culturelles, économiques, religieuses, etc. aussi inévitables ou légitimes qu'elles puissent être.

Principe de commune socialité : les sujets humains ne sont pas d'abord et pas seulement des individus, mais sont avant tout des êtres sociaux. Ce sont leurs relations avec d'autres être sociaux qui constituent leur véritable richesse.

Ce que j'appelle le convivialisme doit donc être le souci de la dignité des hommes et la préservation de ce qui leur permet de faire société.

La traduction politique de cette idée directrice est l'affirmation qu'aucun être humain n'a de titre à posséder une richesse qui dépasse un seuil jugé excessif par le sens de la décence commune. Et que symétriquement, aucun être humain ne doit se voir réduit à l'extrême pauvreté, condamné à l'abjection de la misère.

Convivialisme ou barbarie

Le défi de l'humanité est de trouver une réponse pérenne à la question de savoir comment vivre ensemble en s'opposant sans se massacrer. En surmontant ses haines et ses folies meurtrières. Ce défi qui est celui du « convivialisme » passe par la redéfinition d'un idéal civilisationnel. Nous n'avons plus le choix, il nous faut maintenant le réaliser pleinement ou disparaître. Convivialisme ou barbarie. Civilisation (pour de bon) ou disparition.

Le convivialisme, au contraire des totalitarismes d'hier et du totalitarisme à l'envers d'aujourd'hui, reconnaît et accueille comme tels les dons de la nature comme ceux des cultures passées. La seule alternative est de faire confiance à l'esprit du don et de la démocratie en choisissant de s'engager résolument dans la voie de la construction d'une démocratie universalisable, choisie pour elle-même, et non, en premier lieu, pour favoriser un enrichissement matériel individuel sans limite.

Le défi de toutes les morales et de toutes les religions est de limiter le désir de toute puissance des hommes, leur désir insatiable du toujours plus.

.../...

.../... Une démocratie qui repose sur la priorité accordée à la question de savoir comment bien vivre ensemble et sauver la Nature. Cette préoccupation écologique est indispensable à la survie du monde.

Construire cette démocratie suppose trois conditions principales :

- lutte délibérée contre la démesure, source de toutes les corruptions, qui mette hors la loi tant l'extrême richesse que l'extrême pauvreté. Ceci suppose que soient instaurés conjointement, selon les conditions locales, un revenu maximum et un revenu minimum et que soit systématiquement découragée la déconnexion entre la finance spéculative et rentière et l'économie réelle.
- La redéfinition des Etats-nations dans une perspective transnationale et transculturelle qui prenne comme principe régulateur l'objectif de favoriser le maximum de pluralisme culturel qui soit compatible avec leur maintien. Ou encore celui de viser la plus grande compatibilité possible, dans chaque communauté politique, entre droit à l'enracinement et droit au déracinement, entre l'égalité de droit des diverses cultures et leurs inégalités de fait.
- La conquête par la société civile associationniste, locale, régionale, nationale ou transnationale de

sa pleine autonomie et de sa souveraineté politique. Libéralisme et socialisme ont été les champions, respectivement, du Marché et de l'Etat. Le convivialisme parle au nom de la Société elle-même, telle que représentée, mise en forme et en actes par l'efflorescence des associations.

Quel pourrait être le déclencheur ? L'étincelle qui nous permettrait de relier les multiples luttes, les multiples expériences, les multiples théorisations qui se font jour partout au travers de la planète, mais sans réussir jusqu'ici à suffisamment converger pour peser de manière effective sur le cours du monde ? Très probablement la conjonction d'un désastre économique social et écologique et d'un sentiment d'indignation irrépressible. Mais la difficulté, énorme, sera alors d'éviter que la catastrophe ne débouche sur des régressions archaïques et fascisantes ou sur des fuites en avant, millénaristes ou révolutionnaristes.

Pour cela, il faudra qu'un grand nombre d'hommes et de femmes se soient dé-convaincus qu'une politique de civilisation (Morin) et de dialectisation démocratique de la haine est possible. La seule possible en réalité. Et qu'elle suppose que soient enfin dépassées, dans l'histoire humaine, les logiques de vengeance et de ressentiment. Tel est le véritable défi qui nous attend. ■

L'alimentation entre intime et intox

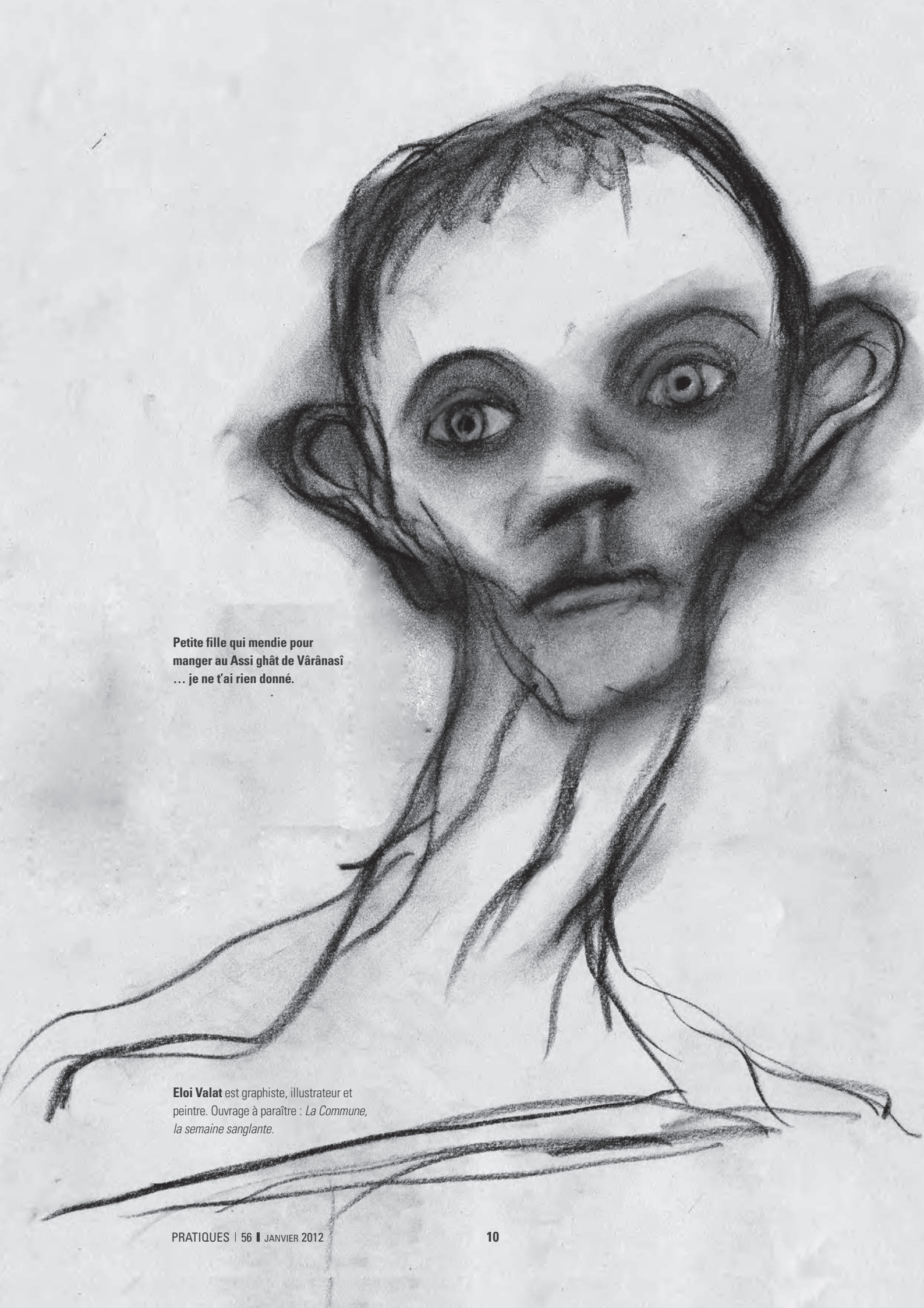
« Hold-up dans nos assiettes », tel était le titre du numéro 25 que *Pratiques* avait consacré à l'alimentation. Sept ans plus tard, la revue remet le couvert avec les témoignages cette fois-ci de diététiciens, reflet d'une certaine dynamique d'organisation autour de nouvelles valeurs au sein de la diététique et de la nutrition. Ce numéro est issu de la rencontre de la toute jeune nouvelle Association de diététique et de nutrition critiques et la revue.

Manger reste un besoin vital, dont les enjeux recourent une multitude d'aspects allant de la relation des plus personnelles aux visions technocratiques de production, et à l'influence du marché colossal des produits alimentaires. On y retrouve les pratiques de soin liées à la nourriture, avec les différentes manières d'envisager ce que l'on met au fond de l'assiette : simples produits se résumant à un coût ? Quantités de nutriments dans les rations alimentaires ?

Le numéro se propose d'essayer de rafraîchir les regards et de faire part de pistes d'explorations en croisant les expériences. De l'analyse critique des stratégies d'influence diverses dans le domaine alimentaire au souci de la relation à la nourriture et aux pratiques innovantes de soin. Il s'inscrit également dans la continuité des numéros précédents concernant la formation des professionnels de santé, infirmiers et médecins, en donnant des éclairages sur certaines carences et débats au sein de la formation actuelle des diététiciens.

Certaines des pistes abordées dans le présent numéro pourront être l'occasion de questionner et revisiter certaines pratiques de soin et connaissances, comme en ce qui concerne la controverse actuelle autour de la théorie du cholestérol ou du caractère quasi sacré des produits laitiers relayé par les autorités sanitaires en France. Ces pages pourront aussi faire état d'une certaine convergence d'idées encourageante : des recherches visant à déterminer le potentiel préventif et curatif des prises en charge basées sur le mode de vie (alimentation, exercice physique, gestion du stress...) obtiennent des résultats dignes d'intérêt. De plus, les types d'alimentation préconisés recourent les préoccupations d'ordre environnemental abordées ici, sont à moindre coût, et favorisent l'autonomie des patients. L'alimentation reste assez marginalisée dans la formation et la réflexion des professionnels de santé, ce numéro entend à sa manière lui redonner une place et stimuler les échanges à son sujet.

BR
EF
S
S
D
O
S
D



**Petite fille qui mendie pour
manger au Assi ghât de Vârânasi
... je ne t'ai rien donné.**

Eloi Valat est graphiste, illustrateur et
peintre. Ouvrage à paraître : *La Commune,
la semaine sanglante.*

L'intime et le lien

En inventant des codes sociaux complexes, l'être humain a transformé l'acte intime et individuel de manger en l'incluant dans des systèmes de partage et de lien.

Mais l'essor du savoir scientifique dévoyé dans une conception mécaniste rabat la nutrition sur la quantification des apports.

Cette même conception quantifiante, en collusion avec la recherche d'un profit maximal à court terme, conduit à une agriculture très polluante. La même logique productiviste de moindre coût conduit, dans les cuisines, à des conditions de travail très éprouvantes pour les salariés et à la diffusion d'une alimentation industrielle.

Cependant, le plaisir indissociable de l'acte de manger fonde une autre diététique prenant en compte la relation.

La dimension irréductible de partage et de lien exprimée par des jeunes se destinant à être cuisiniers apparaît aussi dans les nombreux sites Internet où s'échangent activement recettes et commentaires.

Enfin, l'engouement actuel pour les livres, revues, émissions télévisées et stages de cuisine témoigne des contradictions et ambiguïtés dans l'acte de cuisiner : soumission à un modèle, adéquation à un mode de vie consumériste et à une idéologie de la compétition ou bien réappropriation personnelle et partage créatif de cette activité. ■

Une tête et un ventre au carré

La diététique consiste-t-elle à recommander et à faire appliquer des régimes au gramme près ? Où est-ce avant tout une façon d'être au monde, d'être en lien, peut-être un « art de vivre » ?

Isabelle Darnis,
diététicienne, coordinatrice
de programme de prévention
et clinicienne en cabinet
pédiatrique

L'approche psychologique de la relation à la nourriture est bien souvent ignorée du grand public. C'est pourtant dans une relation intime mère nourricière-enfant et au cours de la petite enfance que s'organisent les comportements alimentaires et notre relation à la nourriture pour la vie durant. Cette relation précoce influence les comportements alimentaires amenant l'enfant à être confronté à des mécanismes et des schémas qui lui mènent parfois la vie dure, dans laquelle la question des limites est tout aussi essentielle que celle du plaisir. On pourrait préciser qu'elle dépend aussi de l'alimentation de la mère au cours de la grossesse, de la tolérance vis-à-vis des pleurs du nourrisson ou de l'interprétation qui en est faite. J'évoquerai juste les premiers temps de la vie, où selon les recommandations actuelles, le bébé est nourri à la demande. Toutefois, les apprentissages, les heures de repas et les codes sociaux vont progressivement prendre le relais. Le nourrisson va faire

l'expérience de la frustration et surmonter le manque. Ces processus et réponses doivent être fournies « ni trop tôt, ni trop tard ». Si elles sont défaillantes, elles peuvent laisser les traces d'une souffrance d'un trop ou d'un pas assez (mère-nourriture sans distance, envahissante ou mère-nourriture trop absente). Dans un jeu rythmique d'absence/présence, la mère-nourriture disparaît, puis réapparaît. Dans ces périodes, le bébé peut rêver « l'objet disparu » et tant désiré. Au moment du nourrissage, va naître alors chez le nourrisson un sentiment de sécurité et d'apaisement, tout autant que de

Au moment du nourrissage va naître chez le nourrisson un sentiment de sécurité et d'apaisement, tout autant que de plaisir.

plaisir. La prise du repas est un appel à se remplir, à se sentir bien. « Je veux retrouver la sécurité d'un « plein » qui me soit donné de l'extérieur », nous dit Jean-Lucien Jacquemet¹. Il s'agit d'une expérience fonctionnelle autant qu'émotionnelle. Une relation au plaisir des sens nourrit de multiples points de contacts visuels, olfactifs, gustatifs et émotionnels. Nourrir n'est pas remplir, la relation compte tout autant. D'autres éléments sont aussi importants, comme le climat dans lequel s'effectue la fonction nourricière. D'une ambiance détendue à un stress

intense, les facteurs influant sur ce climat impliquent évidemment l'état psychique de la maman, mais aussi l'environnement familial. La mère, soutenue du père, de la famille, trouve donc à son rythme la bonne distance et assure au bébé la capacité à différer une prise alimentaire, tissant un lien à la nourriture sécurisante et stable. La patience, la douceur et la certitude des parents concernant les bénéfices de l'attente assureront progressivement la mise en place de repères et d'un rythme de vie équilibrant pour l'enfant. C'est le temps de la socialisation.

Manger c'est aussi partager un moment, des mets, des mots, des émotions. C'est prendre sa place dans un cadre social : les repas sont l'occasion de partager ses valeurs, sa culture. C'est peut-être se souhaiter bon appétit, prendre son temps, prendre du plaisir à être ensemble, échanger. Le repas n'est-il une mise en bouche tout autant qu'une mise en mots ? Le psychanalyste Pierre Fédida a écrit, à propos des patients souffrant de perturbations alimentaires, « que l'enjeu du travail psychothérapeutique consistait – j'ajoute : quand cela est possible ! – à passer des mets aux mots ». Autrement dit, il s'agit de traduire par la parole cela même qui se trouve en général mangé, absorbé, avalé, ravalé par ces patients. Parce que le repas, c'est aussi parfois le lieu de tous les conflits, des pires tensions ou bras de fer, où plus personne ne se parle. La télévision peut alors faire régner le silence à table et impose la loi du « tais-toi et mange ». Au cours du colloque de 2006, Le poids des mots, « Comment communiquer pour prévenir et prendre en charge ? » Nathalie Dumet, psychologue clinicienne, précise à propos de l'enfant obèse « qu'il s'agit de manger pour ne pas penser, mais aussi pour ne pas sentir, ressentir les affres du désarroi ou du mal-être, les affres de la solitude, du vide, de l'absence, de l'agressivité aussi, laquelle se trouve dévoyée/déplacée sur l'objet-aliment ».

Permettre au patient une mise en lien de ses émotions et des ressentis de son corps serait lui assurer la mise en lumière de son fonctionnement vis-à-vis de la nourriture, avec l'autre, la fratrie et la famille. Plus que des protocoles, il est utile d'envisager des processus qui respectent le rythme du patient. La difficulté réside aussi dans le fait de l'aider et de ne pas

faire à la place. Le cadre thérapeutique en lieu et place symbolique des deux parents mère (don) et père (limite). Rejouer la mère « nourricière », suffisamment bonne, selon Donald Winnicott et accepter d'être le mauvais objet, le tiers séparateur, parfois.

Ma pratique de soignante suppose plutôt un éclairage et une réflexion avec le patient sur ces signaux de la relation conflictuelle à la nourriture, au corps, qui remonte parfois à l'enfance ou à l'adolescence. D'ailleurs, si les principes diététiques sont bien connus et si la science nous a ouvert les portes de la connaissance, les comportements humains restent quant à eux ambivalents et teintés de l'histoire de vie. L'éducation thérapeutique des pathologies chroniques pourrait aussi être une réponse. Ce pourrait être un projet autour de l'estime de soi et d'une prise de conscience pour le patient de là où il en est, dans son cheminement. C'est aussi, un équilibre familial à trouver : inscrire chaque membre dans le système familial : la place de l'enfant, de la mère, du père, du couple. La parole doit être, pour l'enfant, contenante et rassurante. La parole doit savoir donner, mais aussi poser des limites. Accompagner l'enfant, c'est lui permettre une autonomie de pensée vis-à-vis de ses parents. Alors comment faire ? Que dire ? Il n'existe pas de réponse unique ou univoque. Il y a la parole qui libère et l'alliance thérapeutique qui sécurise. Le lien, c'est-à-dire la relation, certes professionnelle, mais qui n'en est pas moins une rencontre avec l'autre, autant que faire se peut une rencontre placée sous le signe de l'authentique et de l'empathie. « La parole et le lien »² : car la parole n'est rien sans le lien ; sans le lien, la parole a peu de chance d'être investie, entendue, métabolisée, tout au plus incorporée.

Les professionnels de la nutrition permettent-ils cette mise en lien, cette mise en mots ? Ils ont plus souvent recours à des réponses normatives ou des fiches techniques types. Ils envisagent le suivi diététique comme un protocole qui ne reflète par la dimension humaine et la réalité de la personne dans sa relation singulière à la nourriture. Il y a aussi les objets d'usage courant en nutrition, calculatrice, blouse blanche, enquête. La diététique consiste encore aujourd'hui à donner des régimes alimentaires, calculer, peser et donner des réponses standard. Autant d'éléments à la fois techniques et inutiles qui me semblent être des freins à la relation aussi bien dans un cadre de soin qu'auprès de groupes d'individus. Ces stigmates sont les empreintes de la biochimie alimentaire, nécessaire mais décon-

nectée des émotions et des affects qui accompagnent la relation à la nourriture, à la mère nourricière d'abord, puis à la famille et à l'environnement. Et parce que nos comportements alimentaires peuvent être sourds à la raison et succomber à la nourriture, à la bonne chair, qui nourrit, régale, apaise parfois. Il est pertinent de tenir compte de ces éléments affectifs, parfois inconscients chez le patient.

Aujourd'hui, l'information nutritionnelle est devenue complexe, dense et parfois même trompeuse. Il n'est pas facile de manger simplement, naturellement et selon ses instincts. D'ailleurs, nous ne semblons plus manger par instinct, mais selon des principes scientifiques, de société, selon une méthode ou quelconque professionnel à la mode. Comme si la réponse allait venir de l'extérieur, de ceux qui savent mieux que moi. Manger est un acte naturel devenu pourtant, pour un certain nombre, laborieux. Il faut le dire, les incitations à consommer ne manquent pas. Les informations, quant à elles, manquent, tellement de clarté et parfois d'indépendance, qu'il est difficile de se frayer un chemin. Même en tant que professionnel de la nutrition, il n'est pas simple de conseiller sans faire appel à ses schémas ou idéologie personnels. Je crois même qu'il n'est pas possible, en la matière, à moins d'un certain travail sur ses représentations, de faire preuve de neutralité.

Entre des protocoles déshumanisés, une logique économique incitant toujours à consommer plus, comment se nourrir selon ses instincts ? Comment ne pas confondre la faim et l'envie de manger ? Comment distinguer le besoin de remplir un vide et la sensation de faim ? Dans un cadre de prévention ou dans une pratique de soin, ne serait-il pas plus efficace d'amener l'individu à retrouver son état d'instinct ? L'accompagner à retrouver en lui la compétence du bébé qui sait s'arrêter spontanément. L'aider aussi à se dégager des schémas maternels, familiaux ou sociétaux encombrants. Mais aussi favoriser l'expression des évènements douloureux qui n'ont pu être digérés. ■

-
- 1. Jean-Lucien Jacquemet, kinésithérapeute, est intervenu auprès de quelques autistes dans une démarche thérapeutique. Devenu secrétaire d'un centre d'étude de l'Environnement, il accompagne des adultes dans leur évolution personnelle et professionnelle, en se fondant sur une approche originale de l'expression artistique, vocale, gestuelle et scénique.
- 2. René Kaës, *La Parole et le lien. Processus associatifs dans les groupes*, Ed. Dunod, 1996

Manger est un acte naturel devenu pourtant, pour un certain nombre, laborieux.

De très vieux condiments...

I **Danièle Stordeur**, archéologue

Les condiments, ajoutés aux aliments, les parfument et les relèvent. Depuis le sel jusqu'aux épices et aux herbes odorantes, les condiments c'est le raffinement. Et pourtant cela fait longtemps qu'on les recherche. Longtemps ? Mais depuis quand ? Pauvres archéologues, ils voudraient bien répondre, mais voilà : les condiments ont l'art de leur échapper, ils se conservent très rarement. C'est pourquoi, quand une équipe de préhistoriens en ont trouvé des traces, vieilles de 15 000 ans, cette minuscule découverte leur a paru énorme... Minuscule, elle l'était. Mais sa portée était grande, jamais personne n'avait trouvé intacte, ou presque, une préparation culinaire aussi ancienne. Car il avait fallu des circonstances bien particulières pour qu'elle subsiste, qu'elle soit repérée, qu'elle soit comprise. Imaginez, vers 10 500 avant nous, un petit village d'agriculteurs. Qui cultivent, pour la première fois dans l'Histoire, du blé, de l'orge, du seigle et des lentilles. Des agriculteurs débutants au sens propre du mot. Une maison brûle. Si fort, si brusquement, que les habitants fuient en laissant tout sur place. Le toit s'effondre sur la cuisine, et sa masse recouvre et protège tout ce qu'elle contenait. Des meules et des plateaux en pierre, des bassins, un petit foyer, des bols et... de la nourriture, prête à être consommée sans doute. La nourriture ? Quelques petites boulettes carbonisées par l'incendie et, grâce à lui, intactes au point de voir encore les traces des doigts qui les avaient pétries. Faites d'un mélange de céréales et de moutarde. Et voici le condiment : de la moutarde (*brassica spe*) ! Et ce n'est pas tout. Un peu plus loin, on trouve des graines de câprier, du « poivre des moines » (*bitex agnus-castus*) et même une sorte de menthe au parfum de thym (*zizophora*). Le luxe. Le tout préservé grâce à l'incendie. Mais il a fallu aussi que des apprentis archéologues et des paysans de l'Euphrate, qui fouillaient avec eux, soient assez attentifs et habiles pour dégager ces très petites bouchées sans les abîmer. Il a fallu qu'un botaniste (il s'appelle George Willcox) soit présent et, qu'intrigué, il les prélève, les observe et les identifie.

Et c'est ainsi que se raconte parfois l'Histoire, avec de modestes trouvailles qui parfois vous montent au nez. —

La cuisine des internautes

I **Johanna Martin**

Chéri, qu'est ce qu'on mange ce soir ?
Maman, j'ai faim...
Evidemment, dans le frigo, rien à l'horizon...
Que va-t-on pouvoir manger ce soir... ? Vite, vite une idée.
Il fait froid dehors, et si on cuisinait un bon plat qui nous réchauffe ?
Les amis débarquent à l'improviste ?
Des idées pour un buffet, un barbecue ?
Comment fait-on la mayo déjà ?

Attends, je regarde sur Marmiton...
Alors, dans mon frigo, j'ai bien quelque-chose... Je tape les différents ingrédients que j'ai dans le frigo sur le moteur de recherche de Marmiton, si je veux une entrée, un plat, un dessert... et voilà une sélection de différents plats que je peux préparer facilement. Je vérifie les notes des internautes et leurs éventuels commentaires. J'imprime ou je mets l'ordi à portée de main dans la cuisine et je m'y mets. Je peux aussi choisir des thèmes ou catégories de repas (Halloween, Noël, Chandeleur... recettes de poisson, viande,

minceur). La plupart des sites propose différents dossiers, de belles photos appétissantes et des vidéos d'apprentissage de certaines techniques.

Une sélection de sites :
www.marmiton.org, www.cuisineaz.com
www.cuisine.journaldesfemmes.com,
www.recettesdecuisine.net

Le choix ne manque pas pour épater la galerie ou se faire plaisir tout simplement.

Bien sûr, il y a toujours les vieux livres de recettes qu'on aime bien regarder et où l'on note les trucs et astuces de nos grands-mères et mères ou pères. Mais tout ça reste, je pense, complémentaire. L'avantage de ces sites accessibles à tous est que c'est rapide, complet, et actualisé par les commentaires des autres internautes et cuistots en herbe. Les émissions de télévision comme « Master chef » ou « Un dîner presque parfait », ou encore « Top chef » ont démocratisé la cuisine et incité bon nombre de personnes qui n'osaient pas se lancer à tenter l'aventure culinaire.

Bon appétit. —

Pour une alimentation responsable

L'alimentation n'est pas qu'une question de choix visant la santé individuelle. Au-delà des ses aspects plus sociaux touchant à la convivialité, elle implique aussi des conséquences engageant notre environnement.

On débat largement des politiques agricoles, mais moins des politiques alimentaires. Les gauches anti-productivistes et les écologistes antilibéraux engagent pourtant avec raison une remunicipalisation de la restauration scolaire afin d'inventer d'autres politiques alimentaires que celles que voudraient nous imposer le FMI, l'OMC et les autres grandes institutions mondiales au nom de l'hygiénisme et du « réalisme ». Ce combat est celui qu'il faut frayer face aux délires des puissants. La table moderne se caractérise par sa déstructuration : on mange de plus en plus n'importe quoi, n'importe où, n'importe comment, n'importe quand et avec n'importe qui (au regard des tables anciennes)... Cette déstructuration de la table n'est pas accidentelle : elle a été la condition pour développer une agriculture productiviste. Nous ne pourrions revenir à une alimentation écologiquement et socialement responsable que si nous (re)symbolisons et (re)ritualisons nos façons de manger. Cette table plus responsable écologiquement et socialement sera également plus goûteuse. Une vie comprend environ 100 000 repas (sans compter les apéritifs, cocktails, goûters, grignotage). L'alimentation hors foyer en représente 50 %. La restauration collective (restauration scolaire, d'entreprise, hospitalière, pénitentiaire, etc.) représente environ la moitié de ces 50 % : les pouvoirs publics disposent donc d'un bon levier. L'alternative est entre des politiques alimentaires responsables qu'il nous faut inventer et une fuite en avant technoscientifique vers une séparation progressive de l'agriculture et de l'alimentation avec, par exemple, après les OGM, l'introduction massive de nano-aliments (comme l'utilisation de nano-capsules pulvérisées sur les grains de café et qui éclatent lorsqu'on verse de l'eau chaude afin de libérer leur substance), ou d'aliments industriels (comme la création de viande artificielle à partir des techniques utilisées pour la création de peau artificielle comme le recommandent des experts...). Nous ne pourrions choisir des politiques responsables si nous oublions le reste du monde. La FAO estime certes que l'on est passé d'une consommation moyenne mondiale de 2 358 kilocalories

par jour et par personne en 1965 à 2 803 kilocalories en 1998, mais cette surconsommation calorique concerne bien sûr les pays riches et émergents. Les autres nations s'enfoncent en revanche dans une malnutrition chronique. On rappellera aussi que si 28 millions de paysans sont équipés de tracteurs, 250 millions utilisent la traction animale et un milliard travaillent avec la seule force musculaire. La vraie question est de savoir si l'on veut nourrir sept milliards d'humains avec quelques centaines de milliers d'agro-managers ou avec un milliard et demi de petits paysans.

Paul Ariès,
directeur du *Sarkophage*,
journal d'analyse politique.
Auteur de *La simplicité
volontaire contre le mythe
de l'abondance*,
éd. La Découverte, 2011.

Une alimentation écologiquement responsable devrait tendre vers huit grands objectifs :

Une alimentation moins carnée

La viande pèse très lourd en gaz à effet de serre (GES). Elle représente 50 % de l'impact de l'alimentation et environ 10 % de l'impact environnemental global de l'ensemble des biens de consommation. Son apport en nutriments est en revanche infiniment plus faible. Un Belge consomme en moyenne 270 g de viande par jour (recommandation santé sont de 75-100 g par jour). Toutes les viandes n'ont pas cependant le même bilan carbone : il faut préférer le poulet au porc, le porc au mouton, le mouton au bœuf, le bœuf au veau.

Une alimentation relocalisée

Les pays anglo-américains utilisent désormais la notion de kilomètre-alimentaire (*Food miles*). Elle est reconnue officiellement par le gouvernement britannique, presque ignorée en France. L'idée est simple : il s'agit de

mesurer la distance que parcourt la nourriture entre l'endroit d'où elle provient et le lieu de sa consommation. Le problème est plus complexe avec les produits industriels (cuisine d'assemblage), car il faut alors tenir compte de l'ensemble des composants qui font un produit. Les fabricants de champagne ont décidé de réduire le poids de la bouteille pour compenser ce kilomé-

**Nous ne
pourrions choisir
des politiques
responsables
si nous oublions
le reste du
monde.**

.../...

.../... trage et limiter au maximum – compte tenu des contraintes techniques – les émissions de CO₂. Le gouvernement anglais a décidé de réduire les importations alimentaires de 30 % d'ici à 2020. L'administration américaine a classé l'alimentation problème de sécurité nationale depuis que la CIA a établi que les produits alimentaires font en moyenne 1 700 km. La chaîne alimentaire consomme donc vingt fois plus de calories qu'elle n'en apporte. En Angleterre, le transport d'une laitue consomme 127 calories pour une calorie de salade ; en France, nous consommons 97 calories de pétrole par calorie d'asperge chilienne, et 66 calories d'essence pour une calorie de carotte africaine. Une bouteille de vin sud-américain transportée en avion représente 5 kg de CO₂ de plus qu'une bouteille locale. Songeons que l'agneau de Nouvelle-Zélande parcourt 18 000 km, le steak d'Argentine 12 000 km et que le pot de yaourt (à travers chacun de ses composants) plus de 5 000 km. Les choix sont souvent complexes, car mieux vaut du point de vue environnemental manger du bœuf local que du poulet importé. On estime que les Canadiens, en consommant des produits alimentaires locaux, économiseraient 40 kg de production de gaz à effet de serre par an.

Une alimentation saisonnée

L'alimentation représente 30 % environ de l'empreinte écologique d'un Européen. L'alimentation a donc une responsabilité considérable dans ce domaine. Un des grands leviers sur lequel l'industrie hôtelière peut agir est le retour à des aliments de saison. Cet effort pourrait être développé en particulier dans l'alimentation collective car, avec ses 3,7 milliards de repas servis chaque année, elle constitue un facteur clef pour transformer les processus industriels. Un aliment importé hors saison par avion consomme en moyenne pour son transport dix à vingt fois plus de pétrole que le même fruit produit localement et acheté en saison : 1 kg de fraises d'hiver peut nécessiter l'équivalent de 5 litres de gasoil pour arriver jusque dans un restaurant.

Une alimentation écologiquement responsable doit donc se doter d'un cahier des charges privilégiant une alimentation de saison avec un système informatif pour les produits hors-saison.

Une alimentation avec des produits frais

Les produits congelés sont très gourmands en énergie tant pour leur fabrication que pour leur conservation. La surgélation consomme 40 % d'énergie en plus que la préparation de conserves. Un produit surgelé équivaut à consommer un produit (fruit ou légume) cultivé sous serre chauffée

avec un transport par avion sur une distance de 4 000 à 8 000 km. Les plats préparés demandent également beaucoup d'énergie pour être fabriqués, conservés et sont souvent sur-emballés. L'utilisation de produits frais aurait en outre deux autres avantages : un avantage organoleptique et un avantage macroéconomique en termes d'emploi et de système de qualifications, puisque l'alimentation traditionnelle est pourvoyeuse de plus d'emplois et en outre d'emplois plus qualifiés. Une alimentation écologiquement responsable doit donc se doter d'un cahier des charges privilégiant une alimentation avec des produits frais avec indication d'un logo pour ce type de produits. Un débat a longtemps divisé la profession sur le fait de savoir si le terme de restaurant (comme celui de boulangerie) devait être protégé et réservé, dans ce cas, à l'utilisateur de produits frais.

Une alimentation sans gaspillage

Le PNUE (Programme des Nations Unies pour l'Environnement) a établi que plus du tiers de l'agriculture mondiale est gaspillée. Les études donnent des chiffres bien supérieurs pour les Etats-Unis et l'Angleterre (45 %). Ces pertes concernent la production, la distribution et la consommation.

Une alimentation moins gourmande en eau

L'eau douce va être le plus grand problème de l'humanité au XXI^e siècle. La quantité disponible par humain ne cesse de chuter : 1950 : 16 800 m³ par personne ; 2000 : 6 800 m³ ; 2025 : 4 800 m³. L'OMS estime que trois milliards d'humains auront moins de 1 700 m³ (seuil alerte). Cette évolution n'a rien de naturelle. Elle est liée à nos modes de vie. La population mondiale a été multipliée par trois en cent ans. La consommation d'eau par personne a été multipliée par sept. Un Occidental consomme chaque jour cent fois son poids d'eau. Un Nord-américain consomme deux fois plus d'eau qu'un Européen. Le type d'alimentation a une responsabilité particulière dans ce gaspillage. Il faut changer le régime alimentaire pour changer l'agriculture. L'alimentation notamment collective peut être là-encore un bon levier.

Une alimentation issue de l'agriculture biologique

L'alimentation bio est foncièrement moins émettrice de CO₂ en raison de son type d'agriculture. Encore faut-il que cette agriculture « bio » ne soit pas celle d'une bio-industrie parcourant des milliers de km ou utilisée dans le cadre d'une alimentation désaisonnalisée ou avec des produits prêts-à-l'emploi. Une alimentation écologiquement responsable devra se méfier des fausses bonnes solutions : on peut citer l'exemple du tofu (matière première importée et responsable de déforestations importantes) ou celui du quorn (alimentation obtenue par fermentation

Une bouteille de vin sud-américain transportée en avion représente 5 kg de CO₂ de plus qu'une bouteille locale.

pour créer un champignon riche en protéines en ajoutant du sucre, des vitamines et des sels minéraux), « aliment » résultant d'un procédé industriel tout autant émetteur de GES que la viande qu'il est pourtant censé remplacer. Une alimentation écologiquement responsable doit donc se doter d'un cahier des charges privilégiant une alimentation de type « bio-local » avec mention des différents labels existants.

Une alimentation bio-diversifiée

Il a fallu des dizaines de millions d'années pour constituer la biodiversité.

Cette biodiversité diminue de façon très rapide puisqu'on estime que d'ici 2050, 15 à 37 % des espèces animales et végétales auront disparu. Nous sommes donc entrés dans la sixième grande phase d'extinction des espèces, la cinquième ayant concerné la disparition des dinosaures et de 50 % des espèces alors existantes, ceci il y a 65 millions d'années. Cette biodiversité permet de mieux manger (adaptation aux variations climatiques et diversité organoleptique/gustative). On estime qu'il existe entre 300 000 et 500 000 espèces de plantes dont 30 000 comestibles. L'humanité sait en cultiver 7 000. L'agriculture moderne n'a cessé de réduire ce pool génétique. L'industrie française n'utilise plus que trois grosses variétés de pommes de terre contre soixante-dix au Pérou.

Les spécialistes estiment que 95 % des variétés de choux, 91 % des variétés de maïs, 94 % des variétés de petits pois, 81 % des variétés de tomates ont déjà disparu...

La situation de l'élevage est aussi catastrophique : sur 500 000 espèces (oiseaux/mammifères), l'agriculture industrielle en utilise une trentaine parmi lesquelles la moitié (vache, cochon, mouton, poulet, canard, cheval) assure 90 % de la production mondiale. On a donc perdu 90 % de la diversité animale au cours du XX^e siècle : 41 % des 1 500 races restantes devraient disparaître dans les vingt ans. Les pays du Sud sont beaucoup plus sages et gour-

mands. Ainsi l'Asie continue à élever cent cinquante races différentes de porcs alors que les Etats-Unis se contentent de quarante races différentes. Une alimentation locale et de saison doit aussi être une alimentation biologiquement diversifiée. On peut donner en exemple le programme des sentinelles créées par le mouvement Slow food.

Conclusion

Ce choix nécessaire d'une alimentation écologiquement responsable suppose de faire retour sur la dimension symbolique et rituelle de la table, pour que l'alimentation puisse offrir des produits à forte valeur ajoutée culturelle et non énergétique. Ce choix deviendra possible le jour où l'alimentation saura rappeler au consommateur que, par exemple, manger chinois ce n'est pas manger du riz avec des baguettes, mais que chaque aliment possède, de par sa forme, sa consistance, son mode de cuisson, une dimension symbolique. Un repas amoureux chinois doit par exemple offrir des produits de forme arrondie. Un repas d'anniversaire chinois doit contenir des mets allongés en promesse de longévité. Faut-il rappeler que les Egyptiens antiques avaient un seul hiéroglyphe pour dire manger et parler ? Que nous leur devons notamment le pain et le vin comme aliments symboliques ? Faut-il rappeler qu'en grec ancien le même mot « *daï* » veut dire manger et partager ? Que nous devons à cette symbolique les termes de copain ou compagnon (celui avec qui je partage le pain) et celui d'ami (celui avec qui je partage le sel, c'est-à-dire l'esprit sain en vieil araméen) ? Faut-il rappeler que nous devons à la Rome antique le mariage de la table et du plaisir ? Quitte en effet à partager un mets autant qu'il soit bon au goût, mais aussi à l'âme ! Une alimentation écologiquement et socialement responsable n'a-t-elle pas meilleur goût (dans la tête) ? Ce n'est pas par hasard que la table des pays pauvres est la plus riche culturellement alors que celle des pays riches est la plus pauvre dans ce domaine. ■

Faut-il rappeler que les Egyptiens antiques avaient un seul hiéroglyphe pour dire manger et parler ?

Cuisine *versus* Techniques culinaires

Léna Ferri, Peu le savent, mais pendant le BTS Diététicienne, l'une des matières enseignées se nomme « techniques culinaires », présente à l'examen final. Une demi-journée par semaine y est consacrée où nous réalisons les recettes décrites dans le référentiel du programme en tenant compte de tout un ensemble de mesures et de précautions d'hygiènes alimentaires.

Lors de ses consultations, un diététicien sera amené à donner des conseils pratiques, choix d'aliments et types de préparations notamment. Avoir réalisé soi-même une certaine palette de recettes permet de mieux se rendre compte de ce

que cela implique en terme de temps, de savoirs pratiques, de coûts également, vu qu'il arrive qu'une fiche estimant le coût des préparations soit remplie, ce qui peut s'avérer utile pour affiner les conseils exprimés.

Mais attention, il ne s'agit pas de cuisine traditionnelle, mais de « techniques culinaires », ce qui n'est pas la même chose ! Ce qui frappe le plus, ce sont les différences de pratiques concernant l'hygiène, qui doivent correspondre aux normes strictes des procédures dites HACCP pour *Hazard Analysis Critical Control Points*. Nous portons une blouse, une charlotte et parfois même des gants, les légumes qui seront consommés crus doivent être trempés dans une eau contenant une dose précise d'eau de Javel,

les œufs doivent être passés à l'eau avant d'être utilisés, quand nous n'utilisons pas des préparations d'œuf liquide (jaune et blanc séparés ou ensemble, au choix !), ce qui garantit le respect des dites normes. Il est vrai que le diététicien amené à travailler en restauration collective ou en milieu hospitalier devra veiller à la mise en application de ces règles rigoureuses. Mais cette culture de l'hygiène ne laisse aucune place d'un autre côté à toutes sortes d'activités liées à la cuisine : les ateliers de cuisine donnés en maison de retraite ou ailleurs, les gâteaux maison hypothétiquement vecteurs de bactéries déconseillés dans les écoles

au profit de leur version industrielle contenant des additifs pourtant néfastes... Cette tendance à « l'aseptisé » ne va-t-elle pas trop loin ? Nous craignons tellement l'intoxication alimentaire qu'on nous conseille de manger des aliments industriels de mauvaise qualité pour éviter tout risque. Or le risque zéro n'existe pas, ni dans sa cuisine, ni dans une usine. Prendre des précautions d'hygiène est indispensable, mais l'exigence en matière de qualité de produit devrait l'être tout autant.

Ce cours de « techniques culinaires » est malgré tout utile : certains élèves n'ont quasiment jamais cuisiné avant d'arriver en classe de BTS. Ce cours aide à se familiariser avec la cuisine, se perfectionner à l'occasion, s'épanouir parfois. En effet, la formation du BTS est lourde, ce cours permet du coup de relâcher un peu la pression. Confectionner des mets, travailler des produits nécessitent la participation active de l'élève, ce qui change des autres matières classiques où nous absorbons passivement une grande quantité d'informations. Les recettes de cuisine seront néanmoins apprises par cœur et exécutées conformément aux consignes de base. Ce cours apporte malgré tout une certaine convivialité, car c'est un moment d'échange entre les élèves : il se termine autour d'une table par la dégustation des plats confectionnés par chacun, entraînant ainsi les commentaires des uns et des autres sur leurs différentes préparations.

Domage par contre qu'on ne nous fasse pas découvrir d'autres aliments, plus en cohérence avec ce qu'on nous apprend par ailleurs, comme les lentilles corail, le quinoa, le sarrasin, le tofu par exemple, et qu'on découvre souvent en arpentant les magasins bios, mais nous n'étions pas encouragés à y aller, ce qui est malheureux dans la mesure où je gage que la majorité des étudiants n'y ont jamais mis les pieds. De plus, les recettes enseignées au BTS sont d'une banalité déconcertante (blanquette, riz au lait, la fameuse béchamel...) La cuisine est abordée d'une façon très scolaire, ingrédients communs, recettes classiques. Guère de place n'est laissée à la créativité et à l'amusement, quel dommage de ne voir que le côté technique de la cuisine. ■

Nous craignons
tellement
l'intoxication
alimentaire qu'on
nous conseille
de manger des
aliments
industriels de
mauvaise qualité
pour éviter
tout risque.



La haine du gras

D'où provient la suspicion acerbe assez généralisée projetée sur le gras ? Quelques propositions généalogiques pour replacer son histoire et nos visions le concernant...

Paul Ariès, La haine du gras n'est pas un phénomène politique, théoricien de la décroissance

naturel. Elle mérite donc des recherches interdisciplinaires tant elle devient un symptôme du caractère pathologique de notre société. Deux indices : plus d'un Américain sur trois considère que le gras est une toxine,

plus d'une Française sur trois suit un régime alimentaire en dehors de toute pathologie... Comment a-t-on pu faire de cet aliment des Dieux de l'Antiquité un poison ? Comment peut-on « bien manger » si on oublie que le gras est le support du goût ? De nombreux chercheurs nord-américains tentent de comprendre depuis des années cette diabolisation du gras, comme symptôme de notre modernité historique. On sait déjà que cette haine du gras apparaît en Angleterre au moment de la réforme religieuse. Pour le dire simplement : les catholiques romains aimaient le gras, tout comme les Français, donc les réformés insulaires vont devoir détester le gras : « Historiquement parlant, les origines de cette réaction peuvent remonter à l'Angleterre du XVII^e siècle, quand la gourmandise et la luxure, le couple infernal, étaient

des péchés mortels. La gourmandise ne consistait pas seulement à trop manger, mais à consommer trop de nourritures riches en graisses (...) Il y a quatre cents ans, la cuisine riche était quasiment interdite en Grande-Bretagne parce que c'était la cuisine préférée des Français, des Italiens et des catholiques et était perçue comme une menace pour le protestantisme anglais »¹. La haine du gras fut donc la forme que prit la déclaration d'indépendance à la fois religieuse (protestantisme) et nationale (insularité). Ce mécanisme est bien connu des politologues : on se définit toujours par opposition à son (ses) adversaire(s). On sait aussi que cette haine du gras accompagne celle de la sexualité. Linda Murray-Berzok a pu établir l'importance de ce lien, notamment dans la littérature populaire anglaise. Une femme mangeant « gras », une femme obèse, serait aussi nécessairement une femme avide de sexualité, une femme incapable de se contrôler, bref une femme dominée par ses pulsions. (...) Cette disqualification morale des personnes obèses concerne aussi aujourd'hui les enfants et les hommes. On a même vu se constituer aux Etats-Unis une association des personnes obèses souffrant de discriminations, notamment au travail, en raison de leur embonpoint. Murray-Berzok a donc raison de noter que la minceur a été idéalisée pour réprimer le désir sexuel féminin... à contrario de l'ensemble des autres cultures où des

formes opulentes ont toujours été symboles de séduction, de réussite sociale, etc. La femme parfaite française du XIX^e siècle est encore la femme-fruit peinte par Renoir. Le signe de la réussite est le petit bourgeois bedonnant... signe qu'il a su « capitaliser »... La haine du gras est donc aussi un enjeu social et un enjeu de pouvoir. Murray-Berzok note que « Dans la culture américaine, on a toujours enseigné aux femmes à nier la faim et le désir de nourriture et de sexe, mais dans le même temps et contradictoirement, on leur demande de donner de la nourriture et du plaisir sexuel aux autres ! » Certaines féministes pensent que cette contradiction est la cause du taux élevé de troubles du désir sexuel et alimentaire chez les femmes. La mondialisation de cette phobie du gras serait donc à mettre en relation avec la domination d'un modèle culturel anglo-américain... et partant, du capitalisme. Domination insidieuse : toutes les enquêtes sociologiques réalisées montrent que confrontés à de simples silhouettes en papier corrélées à des jugements de valeur, les personnes jugent toujours les personnes obèses moins dignes de confiance, plus volages : « la « maigre » était jugée comme sexuellement monogame, alors que la « grosse » était considérée comme ayant des meurs légères. S'abandonner à la nourriture riche en graisses signifiait automatiquement et immédiatement s'abandonner dans le domaine sexuel » (Murray-Berzok). Domination sociale : on sait en effet qu'on peut diagnostiquer l'obésité en fonction de la classe sociale. La haine du gras est donc une forme du mépris des puissants envers les faibles, une forme de racisme de classe qui viendrait conforter le sexisme et parfois le racisme. *Le New York Times* pouvait écrire en 1992 : « Les riches maigrissent, les pauvres vivent grâce aux frites ». Murray-Berzok en conclut : « la répulsion vis-à-vis de la graisse a aussi une connotation de classe. Tout comme la manie de la minceur est un phénomène des classes supérieures et les troubles alimentaires se produisent principalement chez les femmes de cette catégorie, de même les gens prennent du poids au fur et à mesure qu'ils descendent l'échelle socio-économique ». La maxime de la modernité alimentaire (manger pour avoir la forme sans les formes) n'est-elle pas celle d'une société de « killers », d'un monde qui justement ne fait plus société ? ■

1. Linda Murray-Berzok, « Une question de moralité », in « Malaise, honte, plaisir », revue *Sloow*, 1994, page 24.

La minceur a été idéalisée pour réprimer le désir sexuel féminin.

La haine du gras fut donc la forme que prit la déclaration d'indépendance à la fois religieuse (protestantisme) et nationale (insularité). Ce mécanisme est bien connu des politologues : on se définit toujours par opposition à son (ses) adversaire(s). On sait aussi que cette haine du gras accompagne celle de la sexualité. Linda Murray-Berzok a pu établir l'importance de ce lien, notamment dans la littérature populaire anglaise. Une femme mangeant « gras », une femme obèse, serait aussi nécessairement une femme avide de sexualité, une femme incapable de se contrôler, bref une femme dominée par ses pulsions. (...) Cette disqualification morale des personnes obèses concerne aussi aujourd'hui les enfants et les hommes. On a même vu se constituer aux Etats-Unis une association des personnes obèses souffrant de discriminations, notamment au travail, en raison de leur embonpoint. Murray-Berzok a donc raison de noter que la minceur a été idéalisée pour réprimer le désir sexuel féminin... à contrario de l'ensemble des autres cultures où des

La cuisine

■ **Isabelle Canil**, orthophoniste

Savez-vous quoi ? Je déteste faire la cuisine. Et je déteste les rayons alimentation des magasins. Il y fait froid. Je trouve que c'est moche, les barquettes, les yaourts, la bidoche saignante...

A la rigueur, j'accepte de voir les salades, et les fruits de toutes les couleurs, et le pain. Et aussi les jambons entiers et les saucissons. Qui sentent bon et qui sont jolis. Et les fromages. Pourtant ça pue, un fromage... Comme quoi rien n'est très objectif dans ce que je dis... Mais le fromage, j'aime ça. Un fromage, un saucisson, un fruit, on le mange tel quel. Il n'y a rien à faire : à peine un épluchage, pas de préparation, pas de cuisson. Un bout de pain suffit.

Je déteste faire les courses, je déteste faire la cuisine, et pourtant j'adore manger avec famille ou amis ! J'adore que quelqu'un fasse à manger pour moi et je lui en suis toujours reconnaissante.

Un repas, c'est tellement au-delà de ce qu'il y a dans l'assiette ! Même si techniquement et culinairement, ça laisse à désirer, un repas c'est avant tout plusieurs autour d'une table, qui se retrouvent et qui se causent. Alors pour moi, la cuisine (bien que je déteste la faire), c'est quand même une des belles métaphores de ce que j'aime dans la vie : se retrouver, se parler, se rencontrer.

« La cuisine », c'est aussi le nom dévolu à la pièce de la maison où l'on mange.

Et c'est une pièce que j'adore. Chez nous, c'est là qu'on reçoit les arrivants en priorité. On passe rarement « au salon ». La cuisine est notre pièce à vivre. Je la trouve et je la veux belle.

Comment puis-je aimer autant ma cuisine (la pièce de ma maison), tant aimer manger avec d'autres, et tant rechigner à la faire...? Mystère... qui désole ma mère ! —

Journée d'une apprentie en pâtisserie

■ **Marianne T.**, apprentie en pâtisserie

Samedi 5 h 53 : Je franchis « l'entrée des artistes » (ici, je dis l'entrée des artistes pour désigner l'entrée du personnel) d'une pâtisserie parisienne très renommée. J'ouvre mon casier, sors la blouse qui se déplie dans un nuage de farine. Vite, j'enfile le pantalon, le tablier.

6 h 00 : Je salue mes collègues, Jean, Boubou, Satokosan qui me répondent. Je dis bonjour au chef, qui jette un regard à l'horloge du labo, me dévisage à peine et se remet sans rien dire sur sa pièce montée de macarons.

8 h 00 : Les trois cent cinquante carrés de pâte ont été abaissés, détaillés, piqués, placés, foncés dans les trois cent cinquante moules préalablement lavés, séchés, beurrés. Les tartes ont été garnies, les fruits coupés, les bacs nettoyés, les pesées de la crème pâtissière sont prêtes. Je mets le lait à chauffer, et tout à coup : « Va ramener la brioch q'ya o surgèle. » « Oui, Chef. ». Je m'exécute. J'arrive enfin à tirer le « bac Brioch » du bas de la pile de bacs entassés à l'intérieur du surgélateur industriel, mes doigts brûlent au contact avec la plaque à -28° C et restent collés. Je les passerai sous l'eau froide une fois que j'aurai amené les douze kilos de brioch à l'autre bout du labo, sur la table du Chef. Ne surtout pas oublier le lait sur le feu : s'il déborde, j'aurai le droit de peler et couper les quinze kilos de coings en fin de journée. Et puis tant pis si je saute encore un repas, couscous en conserve, par boîtes de deux kilos à déglutir debout ou assis sur le plan de travail ou encore dans le vestiaire/réfectoire. Le soleil, je le verrai après-demain, mon jour de repos. Ça m'apprendra à être plus rapide. Je ne vais pas assez vite, je ne suis pas encore assez rentable pour cette boutique qui vend pourtant si cher ses pâtisseries. Heureusement, il y a Satoko, qui d'une voix tendre m'encourage, et me conseille de me chronométrer.

18 h 00 : Je remplis ma feuille de présence : « Arrivée : 6 h 00, sortie : 14 h 00 », je coche la case « pause repas d'une heure prise », je signe.

C'est ce qui est marqué sur mon contrat d'apprentissage à 800 euros par mois. Il ne faudrait pas que l'inspecteur du travail soit perdu avec tellement d'horaires différents, m'a-t-on fait comprendre... Demain, mon but sera d'avoir fini les trois cent cinquante fonds de tarte en vingt minutes. —

De la cuisine

Cuisiner pour les autres : un art, un plaisir, une exploitation, du stress ? Création collective ou hiérarchie insupportable ?

Entretien avec
Marion M.,
qui travaille en cuisine
dans un restaurant à Paris

Propos recueillis par
Martine Lalande

Marion : « La condition la plus compliquée n'est pas physique, c'est la condition morale. Physiquement, on est debout, près des fours, il fait chaud, on peut s'habituer. Mais on est sous pression. Il faut être super organisé, carré, rapide, ne pas faire de chichis et en même temps, on te demande d'être attentif, d'être créatif, de tout retenir... Alors qu'en cuisine, pour se faire vraiment plaisir, il faut pouvoir faire des essais, tenter des choses. »

En théorie, le travail en cuisine est collectif. « Mais la hiérarchie est très présente et pesante, les chefs se permettent de faire des réflexions auxquelles on ne doit pas répondre et en aucun cas leur en adresser. La condition de femme implique également certaines difficultés. Être un peu jolie est à double tranchant : au départ, on va être cool avec toi, on te drague, on t'aide, on rigole... Mais quand ils comprennent que tu n'es pas disponible, ou que tu ne réponds pas à leurs avances, cela peut vite tourner court : on va te faire des réflexions peu amènes sur ton physique, ta façon d'être, de travailler... Genre vraiment bout de viande quoi... A une période, je n'étais pas au top, et on m'a dit, pour expliquer l'attitude à adopter : "On est tes supérieurs, si on te fait une remarque, arrête de montrer que ça ne te plaît pas. On sait que tu es une femme donc que tu n'a pas de couilles, mais montre qu'il peut t'en pousser." Charmant... »

« On te vend la cuisine comme un art, de la créativité, un domaine où tu vas être reconnu. En fait... ce dont on rêve, c'est d'avoir le temps de créer. Cela arrive surtout quand on est chef. Mais heureusement on trouve des endroits où, comme là où je travaille, on peut proposer et créer des choses bien avant. En tant que "chef de partie"¹ j'ai pour mission de proposer un "menu musicien"² (une entrée ou un dessert) chaque fois qu'il y a un concert. Seule obligation : rentrer dans un certain budget. C'est l'occasion de laisser libre cours à l'invention, de créer des plats. C'est ce que je préfère dans mon travail. »

« On sait que ce sont des rythmes difficiles, mais c'est en le vivant qu'on réalise comme c'est lourd. On est payé trente-neuf heures, le plus souvent on en fait soixante à soixante-quinze. Contre cinq semaines et demie de vacances. A l'inspection du travail, quand tu dis que tu travailles dans la restauration, ils comprennent. Il arrive aussi que cela marche dans l'équipe. Une fois, à la haute saison, c'était dur, l'équipe se serrait les coudes : on s'aidait, on se soutenait dans l'adversité. Mais ce n'est pas constant. Tu peux un jour être aidé, on va t'expliquer, te soutenir et un autre on va t'enfoncer ou ne plus te parler. Alors tu vas couper tes carottes. »

« C'est le propre d'une équipe. Il faut réussir à composer avec ça, c'est ce qui est intéressant, ce sont des relations humaines. Mais parfois, tu sens que tu n'es pas humain, tu es juste une machine. C'est même un compliment : « tu es une machine ! », quand tu as fait ton travail bien et vite, comme un robot... On peut passer de très bons moments, quand on a une bonne équipe et qu'on est de bonne humeur, même avec beaucoup de travail. A la fin, on est vidés mais contents. Les gens ont trouvé ça bon ! »

« On te vend une reconnaissance. Mais quand tu es en bas de l'échelle, tu es reconnu parce que tu es bosseur, tu ne vois pas le client et il ne te voit pas. La reconnaissance financière par le pourboire n'est pas automatique, bien souvent elle est réservée au personnel de salle, même si de plus en plus, on trouve des maisons qui partagent avec la cuisine. Quant à la reconnaissance du client, elle n'est qu'indirecte, via les serveurs. Seul le chef passe entre les tables. J'aimerais bien aller voir les gens et demander si la petite note de cannelle ajoutée leur a plu, est-ce qu'ils s'attendaient à ça ? Il n'y a que moi qui peux la poser, cette question. » ■

■
1. Le chef de partie s'occupe d'une partie du repas, par exemple les entrées, ou les desserts, ou les deux.

2. Ce restaurant est adossé à une salle de concert.

Ce dont on rêve,
c'est d'avoir le
temps de créer.
Cela arrive
surtout quand
on est chef.

L'envie de cuisiner

■ **Léo B.**, lycéen en 1^{re} technologique en hôtellerie, restauration

Le menton posé sur la table de la cuisine je regardais, de mes grands yeux ébahis, plonger les petites mains de maman dans ce grand récipient rempli de farci... Le mélanger, lui donner toute sa texture, sa saveur, et seulement avec les mains. Et celles de mamie qui travaillaient la pâte des oreillettes !

Ici, anniversaire, rentrée, diplôme, tout se fête au restaurant, et dans un très bon restaurant. Et attention pas de « steak-frites » ni menu enfant ! S'il faut manger un tartare de canard ou une infusion de céleri avec foie gras poché, les enfants mangent comme les grands. Et tout ça donne forcément l'envie de cuisiner.

Travailler, consacrer son temps à tirer toutes les saveurs possibles d'un aliment. Un aliment tout simple. Le marier à d'autres, l'assaisonner, sans jamais oublier de le goûter, le mettre en place. Éveiller la curiosité grâce à des goûts, des textures recueillies aux quatre coins du monde, et donc voyager, faire voyager. La cuisine, c'est tout ça.

Le métier de cuisinier, c'est un métier de rencontres autour d'un fourneau, de rencontres autour d'une table, c'est donner aux gens le temps de manger, en se posant, en se parlant.

Et dans un monde où les cultures culinaires sont masquées par la malbouffe et où bien manger semble devenir une affaire de riches, l'idée d'une cuisine accessible à tous me motive : apprendre ce talent de donner du plaisir, faire partager des savoir-faire, s'enrichir de toutes les rencontres possibles et de voyages inimaginables, voilà ce qui m'a donné envie de me lancer dans l'aventure de la cuisine avec un grand C. —

Cuisiner, le métier que je veux faire

■ **Léo S.**, lycéen

Depuis l'âge de 10 ans, je veux être cuisinier. Pourquoi ce métier ? Sûrement parce que j'ai toujours bien mangé à la maison, sûrement aussi parce que préparer le repas était un moment où on était tous ensemble, ma sœur, ma mère et moi, chacun, chacune faisait quelques chose d'important pour réussir ensemble un bon plat.

Aujourd'hui, j'ai 15 ans, je suis en seconde générale, mais après le bac, je ferai une école de cuisine. J'ai toujours envie d'apprendre la cuisine, ça me plaît d'essayer de nouvelles recettes, les réussir et avoir le plaisir de les faire découvrir ; j'attends toujours avec impatience les impressions « sur mes créations ». En plus, c'est un métier qui me permettra de voyager, de rencontrer d'autres cuisiniers de cultures différentes. J'ai compris que c'est un métier difficile avec beaucoup d'horaires, mais moi la cuisine, c'est ma vocation ! —

Se restaurer...

La restauration au quotidien dans une structure d'accueil sociale et éducative, vue et vécue par un acteur du terrain.

Jacques Paul, Apprendre à manger

cuisinier, pâtissier, dans une unité éducative de la protection judiciaire de la jeunesse

Les jeunes de 14 à 18 ans, placés au sein de notre structure par décision de justice, sont souvent issus de milieux défavorisés. Compte tenu de leurs problématiques individuelles (rupture familiale, maltraitance, délinquance, placements divers), ils sont exclus de l'enseignement traditionnel. Ces mômes, totalement déstructurés, ont perdu (ou n'ont jamais eu) la notion d'un repas pris en commun, autour d'une table, à heures régulières. Le fait de manger en respectant un tant soit peu un régime alimentaire équilibré, ne veut rien dire pour eux.

La malbouffe fait partie de leur quotidien au point que la notion d'un repas sans ketchup et sans Coca-cola leur est profondément insupportable. Certains jeunes mangent tout et n'importe quoi, quelle que soit l'heure, largement aidés par la médiatisation de la bouffe toute prête vantée par le matraquage publicitaire des multinationales (plats préparés, sodas, boissons énergisantes, sucreries). En ce qui concerne les filles, elles sont souvent touchées par la boulimie ou l'anorexie.

En tant que responsables de l'alimentation, nous sommes contraints de réapprendre aux jeunes à se structurer et à retrouver les règles élémentaires de base pour bien s'alimenter. Cela consiste en une découverte des saveurs, des textures, des équilibres, à leur faire découvrir d'autres

goûts afin de les sortir du régime patates nouilles...

Quelques stratégies :

D'abord être présent à table avec eux !

Fractionner le repas (entrée, plat principal, fromage, dessert), sinon les repas sont expédiés en dix minutes.

Les inciter fermement à goûter tous les plats.

Faire des choix de menus judicieux, en les sollicitant, en privilégiant les mélanges pour préserver les équilibres nutritionnels (salades composées, potages, viandes en sauce, viandes grillées, purées de légumes, poissons, laitages, fruits).

Faire accepter les principes du collectif avec la notion de partage et d'échange autour d'une table. Certains repas sont orageux, d'autres homériques

et donnent la possibilité d'échanges sur les différences alimentaires et culturelles en fonction des origines de chacun.

Insister également sur les horaires et la nécessité de régularité de prise des repas : notion devenue abstraite pour des mômes qui ont souvent connu les fugues et l'errance.

C'est un travail de longue haleine, sans cesse à recommencer...

Ateliers et découverte des métiers

Il s'agit de les remotiver et les réorienter au travers d'ateliers divers pour leur faire découvrir les différentes facettes des métiers et du monde du travail avec ses réalités et ses contraintes.

Notre action se décompose en plusieurs étapes :

- Les amener à retrouver l'estime de soi et la confiance pour affronter le regard de l'autre. Etre inscrit dans des ateliers est un facteur socialisant, cela impose une discipline (se lever à l'heure... respecter des horaires...)
- Se mettre en tenue et respecter les règles usuelles et les normes du travail.
- Réaliser des choses en atelier en respectant les consignes de préparation.

Plusieurs ateliers leur sont proposés : bois, mosaïque, sport (il faut qu'ils se défoulent...), jardin, culture, couture...

Dans l'atelier pâtisserie, ils sont amenés à confectionner des pâtisseries simples, mais appétissantes, qui seront dégustées par tout le monde à quatre heures. Dans l'atelier resto, ils réalisent des repas servis par d'autres jeunes à de vrais clients... Encadrés par un professionnel, ils préparent, créent, décoorent et dressent les assiettes. Le fait de revêtir une veste blanche, un tablier, une chemise blanche, un nœud papillon et le petit gilet change tout ! Ce ne sont plus les mêmes.

Lors de la réalisation de buffets institutionnels (préfecture, biennales, etc.), ils assurent le service, en tenue, dans le respect des règles d'hygiène, ce qui représente un véritable défi pour ces jeunes désignés à la vindicte populaire ! Mais quelle satisfaction quand, souriants et contents d'eux, ils sont félicités officiellement par le préfet, le conseil général, les magistrats qui les ont jugés... les policiers qui les ont arrêtés... voire par la « bonne société » de la ville.... ■

La malbouffe fait partie de leur quotidien au point que la notion de repas sans ketchup et sans Coca-cola leur est profondément insupportable.

Sodexho, l'hôpital du futur

Aux soins palliatifs, à l'hôpital de la Timone à Marseille, le médecin s'attèle méticuleusement à adapter les doses de chimie nécessaires à l'homéostasie du mourant, la psychologue récite sa litanie, avec un sourire gêné, ils font leur devoir. La fenêtre de la chambre est bien trop haute pour s'imaginer autre part que dans une boîte. 11 h 45, l'heure du repas, motus à la télévision, celle-ci reste allumée, la télécommande n'est plus là, on redresse le mourant, on remet en place son oreiller, ses draps ne sentent pas la lessive, ils sentent l'hôpital comme le sol et les murs, on approche la tablette, une barquette est posée, Sodexho, la vie en Sodexho, la mort en Sodexho... Ils y avaient mis du cœur, ils ont voulu réintégrer ce mourant, cet échec de la médecine moderne, en l'accompagnant dans une démarche humaine ; encore une médicalisation supplémentaire de l'existence, encore un drame.

Les études ont pourtant montré des choses, le directeur a pourtant souhaité un hôpital de pointe et des services d'exceptions, la famille est pourtant soulagée par cette prise en charge pluridisciplinaire...

Mais alors pourquoi, ce mourant me regarde-t-il comme cela ? Je ne suis pas responsable de la nourriture de l'hôpital, ce n'est pas moi qui ai décidé qu'il fallait manger seul et à 11 h 45. Il y a encore quelques années, il y avait de vraies assiettes, des vrais couverts, une nourriture qui venait de l'hôpital, c'était de la restauration collective, mais elle arrivait chaude, une odeur de nourriture se dégageait dans les couloirs, on touchait deux mots sur l'humeur du cuisinier et son obsession à préparer du riz en sauce chaque mardi midi.

Et oui, maintenant, c'est barquette en plastique, aussi stérile que l'hôpital (stérile : « sans vie, ou sans possibilité de donner la vie »), standardisé, normé, réglementé, aseptisé, rationalisé, uniformisé. Des experts se sont penchés sur la question et ont décidé, sur leur balance standardisée et rigoureusement étalonnée, qu'il devait être rentable... bénéfique... avantageux... convenable, de prescrire un tel mode alimentaire.

Mais enfin pas de quoi s'étonner, le monde entier tourne comme cela, tout répond à des cahiers des

charges stricts. C'est sécurisant et valorisant même, parfois, de respecter les directives – le fameux complexe d'Eichmann, et les bénéfiques secondaires que retirent les fonctionnaires zélés, toujours d'actualité... J'ai appris – on m'a appris – tellement de choses, quelques lois de la nature, quelques recettes de cuisine, mais surtout implicitement, ma place et mes combats. Ma philanthropie a les limites qu'on lui autorise.

La vie ressemble à ces barquettes Sodexho, standardisée, stérile, plus de symbolique, plus de rituel, plus de partage, plus d'échange. Mais au moins nos chiffres de santé sont conservés, au moins on reste avec la meilleure médecine du monde, au moins notre espérance de vie tient la route. Je crois qu'ils ont raison, tout le monde rêve de mourir vieux et seul à l'hôpital en mangeant une barquette Sodexho, ce n'est qu'une longue suite d'événements qui nous y prépare, plateau-repas surgelé face à la télévision, ultramoderne solitude.

Sodexho par son caractère exemplaire a un air de déjà vu, je ne parle pas de soleil vert, quoique ! Devrais-je m'étonner ? L'hôpital a fini par intégrer comme le reste avant lui l'effroyable histoire moderne, un homme, une voiture, une télé, des pilules et maintenant une barquette Sodexho...

Mais, aujourd'hui, lui en face de moi, Sodexho et une sorte de déclic, une prise de conscience puissante et soudaine, aujourd'hui, il a compris, mais aujourd'hui pour lui, il est trop tard, aujourd'hui il ne verra pas « ses frères, ses sœurs et ses chats et le bord de la mer ».

Je ne finirai pas ce jour sans conclure, par le trop, en reconnaissant et affirmant notre iatrogenèse clinique, et me battre avec Illich pour la grande Démédicalisation, et conclure, par le pas assez, en osant surtout amener mes casseroles et mes assiettes et emplir l'hôpital d'odeur, de safran, de cannelle et de curcuma, en osant la nappe à carreaux sur la pelouse étriquée et surtout conclure contre tout ce qu'on m'a appris, en restant attentif et effronté. ■

Jonathan Zaffiran,
médecin généraliste,
membre du
Massilia Santé System
<http://massiliasantesystem.com>

La vie ressemble à
ces barquettes
Sodexho,
standardisée,
stérile...

Souvenirs de cantine

■ **Noémie Molites**

Petite, à l'école maternelle, je redoutais le moment de la cantine. La cantinière arrivait avec son chariot où trônaient des barquettes en plastique blanc. Elle les déposait sur la table, arrachait le plastique transparent et le service pouvait commencer. Je me souviens très bien d'un midi où les choux de Bruxelles étaient au menu du jour. La maîtresse, postée derrière moi, ayant vu que je n'avais pas touché mes choux de Bruxelles me demanda de prendre une toute petite bouchée « juste pour goûter ». Ce que je fis sans trop de réticence. Je me remémore alors cette phrase : « Maintenant que tu en as pris une bouchée, tu peux finir ! », et jusqu'au dernier chou de Bruxelles, elle ne m'a pas quitté des yeux. Depuis, je n'en ai jamais remangé...

A l'école primaire, quand j'ai changé d'établissement, je me souviens d'une grande baie vitrée dans la cour de récréation qui donnait directement sur la cantine. On voyait les cantinières s'affairer pour préparer la purée de carotte et les entrées. Nous étions tous agglutinés devant la vitre, en attendant que la cantine ouvre ses portes. Chacun se servait, son plateau devant lui. Deux choix d'entrée, deux desserts et autant vous dire que nous n'étions pas déçus du plat principal, dont nous avons suivis toute la préparation et qui nous avait mis en appétit.

Passer des barquettes en plastique blanc, sorties de nulle part, aux carottes que l'on voyait se faire déshabiller par l'épluche légume, savoir comment se concoctait ce qui se trouvait dans nos assiettes. C'est tout plein de petites choses, de souvenirs qui ont contribué à me réconcilier au plaisir de manger à la cantine. ■

De mère en fille

■ **Claire Martin-Lucy**, infirmière

Ma mère était une cantinière hors pair : deux générations d'habitants de Dordives (petit village dans la Gâtinais) se souviennent encore de Madame Martin qui leur faisait manger de tout, même des épinards frais et de la bonne viande hachée au dernier moment par le boucher, cuisinée et servie de suite. Ce n'est plus possible maintenant, avec des normes draconiennes en matière d'hygiène. Les enfants dans les cantines scolaires « mangent des conserves et des surgelés » et les commerçants du coin ont fermé boutique.

Dans la famille, la cuisine se transmet de mère en fille. Nous avons eu tous le même livre : *Recettes faciles* de Françoise Bernard, l'habitude de manger les fruits et les légumes du jardin et de saison.

Il en est autrement pour Johanna, ma fille de 30 ans qui, comme beaucoup de jeunes, est connectée en permanence sur des sites Internet. ■

Et les restes !

Des questions posées par le statut des restes pourraient-elles éclairer certains points de ce dossier sur l'alimentation ? Quelques réflexions.

Dans des sociétés où la consommation est un des enjeux, voire l'enjeu majeur, la suppression par la destruction des restes est considérée par beaucoup comme la norme. Qui n'a pas eu connaissance de la pratique d'incinération des restes alimentaires laissés par les touristes nantis dans des pays où une portion notable de la population souffre de malnutrition ? Dans des pays économiquement développés, les restes alimentaires non vendus sont rendus impropres à la consommation, par exemple en les aspergeant d'eau de Javel.

Ces pratiques de destruction ont, bien sûr, un versant choquant si l'on prend en compte les différences des conditions de vie des uns et des autres, mais un autre aspect mérite d'être mentionné. Ces destructions, toujours cachées, peuvent conduire à l'idée selon laquelle il n'y a pas de restes, ou même qu'il n'y en a jamais eu, voire que la notion de restes n'existe pas. C'est du moins l'impression qui se dégage lorsqu'on fréquente les médias dits de masse et on peut même se demander si la croyance illusoire selon laquelle on pourrait se nourrir sans laisser de restes n'aurait pas un rapport avec une certaine augmentation des troubles du comportement alimentaire, en venant accréditer l'idée selon laquelle la quantité de nourriture ingérée ne serait réglée que par la contenance d'un sac imaginaire.

Il existe des civilisations où la question des restes, ou plutôt la notion même de reste, loin d'être un impensé, est au contraire au cœur des questions toujours très complexes auxquelles l'être humain est confronté lorsqu'il s'agit de manger.

Tel est le cas, mais ce n'est sans doute pas le seul, de la culture indienne brahmanique hantée par la question de la pureté et par conséquent de la souillure. Rites et sacrifices ont pour fonction de border cette question incessante. Une nourriture souillée souillerait celui qui la mange. La conclusion, en apparence paradoxale, à laquelle l'élaboration complexe et rigoureuse des textes védiques conduit, pourrait s'énoncer très schématiquement ainsi : pour échapper à la souillure, l'être humain ne saurait manger que des restes des sacrifices ou des offrandes faits aux dieux. C'est-à-dire que seulement peut être mangé ce qui aurait pu être une offrande selon un rapport métonymique. Bien évidemment, cette conception est adéquate au système des castes selon lequel les moins purs peuvent manger les restes des plus purs. Mais

comme tout système, il n'est pas exempt de contradictions sources de problèmes logiques, par exemple un disciple peut manger les restes de son gourou, mais le gourou lui-même mange, d'une certaine façon, les restes de son disciple puisque ce dernier pourvoit à la subsistance du maître... Si on accepte de mettre de côté une position de jugement, l'intérêt de ce mode de rapport est de mettre la notion de reste au cœur de l'échange.

Deux abords radicalement différents de la notion de reste, dans un cas c'est l'existence même d'un reste qui permet de se nourrir, alors que dans l'autre le reste est quasiment un impensé sous-tendant l'imagination d'une nourriture sans restes.

En préparant ce texte, j'avais en tête d'une part la réalité du gaspillage alimentaire à l'échelle de la planète : actuellement, un quart de la nourriture produite serait jetée sans avoir été consommée. Et d'autre part le fait qu'à une époque, pas si reculée que cela, disons il y a un peu plus de cinq décennies, il existait un certain interdit à jeter de la nourriture et un tabou quasi absolu à jeter du pain (qui était consommé le cas échéant sous forme de pain perdu, de chapelure, de croûtons, de pudding...). Sur ce dernier point, mon propos n'est pas d'alimenter une nostalgie ni de susciter des explications (la guerre et le rationnement et aussi le mode de vie rural encore proche pour beaucoup), mais de mettre en évidence le statut différent des restes à une époque où tous les foyers, loin de là, ne disposaient pas de réfrigérateur.

La question de la place des restes conduirait donc à opposer deux conceptions du rapport à la nourriture, l'une « archaïque » prenant en compte les restes et l'autre « moderne » les détruisant. Mais alors que je cherchais des éléments de documentation sur Internet, j'ai eu la surprise de découvrir, en entrant dans la machine : « restes », des sites très actifs consacrés précisément à l'utilisation des restes alimentaires. Dans ces sites, on trouve des conseils sur les façons de conserver dans de bonnes conditions d'hygiène les restes alimentaires et surtout, si l'on inscrit les restes dont on dispose, des recettes sont proposées pour les

Chandra Covindassamy,
psychiatre, psychanalyste

**Actuellement,
un quart de
la nourriture
produite serait
jetée sans
avoir été
consommée.**

.../...

.../... accommoder. Certains sites plus spécialisés proposent des recettes conformes à des prescriptions religieuses.

En poussant un peu plus avant la recherche à partir de l'entrée « restes alimentaires », un site destiné spécifiquement aux gestionnaires de collectivités explique comment, dans ce contexte-ci, le simple don de nourriture non consommée engage gravement la responsabilité de celui qui donne.

Dès lors une autre problématique se fait jour : le statut des restes est très différent selon qu'il s'agit de restes domestiques qu'il est licite d'accueillir pour son usage personnel ou de restes de nourriture faisant l'objet d'un échange commercial. La ligne de partage entre ces deux statuts des restes se fait selon l'implication même potentielle

Sources :

Charles Malamoud, « Observations sur la notion de "reste" dans le brahmanisme » in *Cuire le Monde*, éditions La Découverte, Paris, 1989.
Georges Bataille, *La Part Maudite*, éditions de Minuit, Paris, 1967.
Les glaneurs et la glaneuse, réalisation Agnès Varda, 2000.

Ce texte a suscité de la part du comité de lecture de nombreuses réactions qui ne peuvent pas être reproduites ici faute de place. Malgré tout, voici des extraits de trois d'entre elles résumant bien la teneur des échanges ; en remerciant tous les intervenants.

C. C.

• **Jean-Pierre. Lellouche**

Cet article sur les restes m'évoque le fait de ne pas faire de restes et de finir son assiette.

Mes parents exigeaient de nous que nous finissions nos assiettes et en tant que parent, j'ai toujours exigé (ou incité ou souhaité fortement) que mes enfants finissent leur assiette.

Je suis peut-être très rétro, mais il me semble que l'enfant et les parents doivent avoir une idée approximative de ce qui sera mangé. L'assiette est donc remplie en fonction de cette évaluation approximative intuitive.

On peut bien sûr des fois se tromper un peu, mais globalement, l'idée générale est que l'assiette doit contenir ce qui sera mangé. Il y a là comme une pédagogie répétée de la différence entre désir et besoin. Je crois d'autre part qu'il existe un lien entre cette « discipline » et la prévention des pratiques addictives.

L'enfant roi décide au moment où il mange de manger beaucoup ou peu, il surprend son entourage, il est le maître. Dans le rite qui consiste à prévoir ce qui va être mangé, l'enfant perd sa « royauté » sur ce plan, pour le bien de tous.

de l'argent dans la mise en circulation de la nourriture en question.

En d'autres termes, les restes domestiques peuvent constituer les ingrédients d'un autre plat selon l'interventivité ou le talent de la ou du cuisinier(e).

Alors que les restes, et donc la nourriture, venant directement d'un échange monétaire ont le statut de marchandise devant donc générer du profit. Dans cette logique, les excédents ne générant aucun profit ne peuvent qu'être détruits.

Ces deux statuts du reste correspondent assez bien à la distinction opérée par Karl Marx dans ses textes de jeunesse, puis par Georges Bataille entre « économie générale » qui prend en compte l'ensemble des modalités des relations entre les êtres humains et l'« économie restreinte » dans laquelle seuls sont pris en compte les échanges impliquant de l'argent. ■

Sur Internet :

Gaspillage alimentaire : www.ecoconso.be › Alimentation
Reste frigo : de très nombreux sites pour accommoder les restes.
Le point de vue de gestionnaires de collectivités : gestionnaires.actifforum.com

• **Frédéric Launay**

J'ai eu exactement la même éducation pour des raisons « morales » qui reposaient sur plusieurs principes :

1 On prend de tout, un peu, même quand on n'aime pas parce que tout ce qui est cuisiné est comestible et que le goût s'éduque.

2 On finit son assiette parce qu'on doit faire honneur à ceux qui l'ont préparé (et l'on finit son pain aussi !) Les repas étaient (et sont toujours) intégrés dans une logique communautaire qui impose un équilibre entre désirs et goûts personnels, partage collectif et codes relationnels de respects mutuels, ainsi que dans un environnement écologique de renouvellement cyclique. Les restes et leur utilisation sont donc le résultat de ces multiples influences qui font que selon les contextes, je me ressers alors que je n'ai plus faim ou je me prive alors que je crève la dalle !

• **Pierre Volovitch**

Calicoufettes

Quand ma grand-mère reconstituait un plat à partir de ce qui était resté dans les casseroles des repas précédents – évidemment pas à partir de ce qui était resté dans nos assiettes, puisque, par injonction incontournable, il ne restait rien dans nos assiettes – donc quand elle avait reconstitué un plat avec des « restes », nous mangions des « Calicoufettes »¹. Et c'était très bon.

A partir du papier de Chandra sur « les restes », et de vos réponses, riches et nombreuses, je vais tenter de vous mitonner des « Calicouffettes ».

Les ingrédients pour commencer.

- Je prends deux passages de Chandra :
« Mettre en évidence le statut différent des restes à une époque où tous les foyers, loin de là, ne disposaient pas de réfrigérateur. »
« Dès lors une autre problématique se fait jour : le statut des restes est très différent selon qu'il s'agit de restes domestiques qu'il est licite d'accommoder pour son usage personnel ou de restes de nourriture faisant l'objet d'un échange commercial. La ligne de partage entre ces deux statuts des restes se fait selon l'implication même potentielle de l'argent dans la mise en circulation de la nourriture en question. »
- J'ajoute une touche de Jean-Pierre :
« Il me semble que l'enfant et les parents doivent avoir une idée approximative de ce qui sera mangé. L'assiette est donc remplie en fonction de cette évaluation approximative intuitive. On peut bien sûr des fois se tromper un peu, mais globalement l'idée générale est que l'assiette doit contenir ce qui sera mangé. Il y a là comme une pédagogie répétée de la différence entre désir et besoin. »
- Deux doses de Frédéric :
« On finit son assiette parce qu'on doit faire honneur à ceux qui l'ont préparé. »
« Les repas étaient (et sont toujours) intégrés dans une logique communautaire qui impose un équilibre entre désirs et goûts personnels, partage collectif et codes relationnels de respects mutuels. »

Aux ingrédients récupérés, j'ajoute un liant. Le liant de ma grand-mère, c'était souvent du gruyère râpé. Moi ce sera un souvenir.

J'étais prof de sciences économiques et sociales. En seconde, on faisait un cours sur la consommation. Consommation individuelle, consommation collective, avec un petit détour sur les consommations familiales. Ce que l'on consomme non pas seul, en individu, mais dans le groupe familial. Et comme exemple, je donnais les repas. L'heure du repas, la composition du repas, ce n'est pas chacun qui décide, mais le groupe familial. Mais voilà qu'un jour, je sens une réticence dans la classe. Ce que je dis ne passe pas.

Bon OK, le repas de midi, c'est du collectif (self d'entreprise ou self scolaire), mais le matin et le soir, c'est bien familial ?

Dans les yeux des élèves, ça continue de dire NON. Le petit-déjeuner ? Rapide tour de classe. Vu les horaires des uns et des autres, le petit-déjeuner, c'est chacun derrière son bol en ordre dispersé.

Bon, mais le repas du soir ? Le repas du soir, c'est « en famille » ? Non ?

On a fait le compte. Ceux qui prenaient le repas du soir « en famille », c'était moins de la moitié de la classe.

Chez les autres, c'était le frigo – celui de Chandra.

Un plat tout préparé, acheté tout préparé – encore Chandra et l'implication de l'argent, mais là l'argent s'est glissé dans le groupe familial.

Et alors si ce que je mange, c'est un plat préparé, la quantité du plat, c'est l'industriel qui l'a décidé – et donc exit « l'idée approximative de ce qui sera mangé » des parents de chez Jean-Pierre.

Et celui (celle) qui a « préparé le repas » est totalement invisible. Comment imaginer le travail de celui qui a préparé quand on fait réchauffer une barquette au micro-ondes ? Alors exit aussi « l'honneur » évoqué par Frédéric.

Et alors les restes que l'on jette, c'est le « trop » que l'industriel a mis pour satisfaire le plus grand nombre. Ça ne fait injure à aucun travail repéré². C'est chacun à son tour – il n'y a plus d'horaire commun.

Ce que je décris pour le repas du soir « éclaté » à la maison est évidemment encore plus vrai au self de l'entreprise ou de l'école : quantité standardisée, invisibilité de celui qui a préparé. Choix individuel, même si je prends mon repas en commun car le self propose un choix.

Mes « Calicouffettes » sont prêtes. A vous de déguster. J'espère qu'il n'y aura pas de restes.

■

1. Je n'ai retrouvé « Calicouffettes » dans aucun dictionnaire. C'est un mot purement familial ? Ça m'étonnerait. Quelqu'un connaît ?
2. Un souvenir me revient. Nous venons d'avoir notre premier bébé. Avec le bébé, on a eu de la pub pour des « petits pots ». Et la pub nous explique que le « petit pot » c'est mieux, car si le bébé refuse le « petit pot », la maman ne pourra pas se sentir atteinte par un refus de quelque chose qu'elle aurait fait avec amour pour son bébé... Pas d'affect dans le repas. C'est plus simple pour jeter.

Les repas comme un don

Alain Caillé aborde la mode de la cuisine au regard des paradoxes du don entre partage et compétition. La cuisine serait-elle une réponse au besoin de se retrouver ensemble dans une société parcellisée ?

Alain Caillé, sociologue et directeur de la revue du MAUSS
www.revuedumauss.com

Le fait de manger ensemble, la commensalité, est une expression du don en actes. Pour le Mouvement anti-utilitariste dans les sciences sociales (MAUSS), le don est une des expressions les plus communes et les plus profondes du lien social, c'est un des piliers sur lequel reposent notre capacité et notre plaisir à vivre ensemble¹. La sociologie s'est peu intéressée à l'espace de la cuisine ces dernières années, à l'exception de quelques travaux comme ceux de Jean-Claude Kaufmann qui, dans *Casseroles, amour et crises*, montre comment la table peut être aussi une scène à travers laquelle de multiples facettes d'une grande intimité peuvent se faire jour. Cependant, l'importance du don dans la cuisine n'est pas assez prise en considération selon moi. Faire à manger chaque jour, pour soi et ses proches, choisir le menu, le réaliser, est une activité quotidienne, parfois fastidieuse, d'une part considérable de la population. Le repas revêt encore en France, par certains aspects, un caractère de rituel, où l'on peut sentir que la table, et ce que l'on y partage, reflète en un sens le fait de faire alliance. On peut se rappeler ici que « partager le pain » est la définition étymologique de « compagnon », que le mot grec « agape » signifie à la fois repas et amour et que maintes sociétés ont célébré leurs dieux par des sacrifices de nourriture.

Chacun pour soi en troupeau

Comment analyser l'hypermédiatisation de la cuisine sur un mode compétitif et de jugement comme le proposent les multiples émissions télévisuelles ?

Que devient cette pratique du don grâce à la préparation et au partage des repas, dans un climat général du chacun pour soi en troupeau, sorte d'égoïsme grégaire ? A l'heure du neomanagement, on peut se demander ce qu'il est en train d'advenir de cet espace de commensalité encore prégnant en France. On pourrait caractériser ce neomanagement comme l'expression de ce que j'appelle un « totalitarisme à l'envers ». Ou, encore, un « parcellitarisme ». Alors que dans les totalitarismes du XX^e siècle, tout individu devait se

fondre en entier dans le corps social, le neomanagement exige, lui, que les individus soient atomisés et que ce qui est commun soit parcellisé... En quelque sorte, celui qui ne s'intéressait qu'à lui hier pouvait être considéré comme asocial. Celui qui prête encore de la valeur au bien commun aujourd'hui, ferait preuve d'idéalisme d'un autre temps.

Retrouver de l'épaisseur

Le retour d'une certaine mode de la cuisine peut aussi être le reflet d'un très grand repli sur les valeurs de la famille ou des bandes, dans une société émietée, parcellisée. On cherche à retrouver de l'épaisseur, manger ensemble est la formule historique de la convivialité. En même temps, cela se fait sous des formes qui reproduisent l'idéologie dominante, celle du *benchmarking* : il faut se comparer, évaluer. On retrouve toutes ces nouvelles formes de gestion qui consistent à tuer les rivaux, comme dans cette émission télévisée « Le maillon faible ». A l'université aussi, il faut aujourd'hui sans cesse rédiger des projets pour faire partie de labex, les laboratoires d'excellence, ce qui aboutit à ce que les universités paient des cabinets d'expertise en novlangue pour mener ces projets à bien et dont la question officielle est devenue « qui allez-vous tuer ? ». C'est la guerre de tous contre tous, mais cette forme est insupportable.

Ces valeurs sont à ce point répandues et dominantes que nous baignons dedans à longueur de journée. Nous en sommes imprégnés, à un degré plus ou moins élevé. La question est donc de savoir comment se battre aussi contre cette partie de soi qui adhère et participe à ce qui l'entoure, la conditionne.

Face à cette sorte de mise en boîte dans laquelle nous plonge le neomanagement, la commensalité de la préparation et du partage des repas fait à sa manière office d'espace de résistance silencieuse, au quotidien... Sauf à rebasculer, là aussi, dans la compétition culinaire. ■

1. Cf. l'article où l'auteur développe la notion de don dans la rubrique Idées de ce numéro.

Ne plus tout avaler

Tout le monde mange, et ce trois fois par jour. En conséquence, les intérêts économiques en jeu sont forcément colossaux pour les entreprises qui occupent le marché de l'alimentaire. Comme dans d'autres domaines, les multinationales de l'agroalimentaire deviennent de plus en plus grandes et de moins en moins nombreuses, et développent tout à un faisceau de stratégies pour influencer le secteur selon leurs intérêts qui consistent à vendre leurs produits, quels qu'ils soient.

Outre la publicité bien connue, cela se traduit par une influence subtile, mais efficace, de la recherche fondamentale en nutrition, des journaux scientifiques qui la diffusent, des leaders d'opinion dans le domaine de l'alimentation, ce qui rappelle fort ce que l'on peut trouver dans le champ du médicament avec l'industrie pharmaceutique.

Les professionnels de santé, diététiciens, nutritionnistes, médecins sont-ils formés et informés pour pouvoir identifier et déjouer ces jeux de pouvoir et d'influence? Rien n'est moins sûr, pour le moment en tout cas.

Les controverses autour des produits laitiers et du cholestérol illustrent les débats qui traversent actuellement le champ de la nutrition et qui, en lien avec certains projets prospectifs en agriculture, tentent d'imaginer nos futurs modèles de production et de consommation, à la manière d'Afterres 2050. ■

To be or not lobbies ?

Quelle est l'influence du lobby agroalimentaire sur le système de santé français ? La formation des diététiciens et médecins les prépare-t-elle à y faire face ? Et quels enjeux entre alimentation et santé aujourd'hui ?

Paul Scheffer, L'affaire du Médiateur® continue de considérablement ébranler le système de santé français. Celui-ci était présenté comme « un modèle pour le monde » comme le rappelle le rapport des professeurs Debré et Even commandé par les autorités. Ce rapport conclut lui sur « la faillite totale » de l'AFSSAPS, l'agence de régulation du médicament, en détaillant au passage les différentes stratégies d'influence de l'industrie du médicament pour arriver à maximiser ses ventes : son emprise de plus en plus forte sur la recherche fondamentale en amont et sur les journaux médicaux de référence médiatisant ces recherches, sur les décisions politiques ensuite par le biais du lobbying auprès des politiques ou des conflits d'intérêts liant les leaders d'opinion et les experts siégeant dans les comités décisionnels majeurs... L'étendue des problèmes, depuis longtemps analysés par différents chercheurs critiques sans que ces derniers soient entendus ou pris au sérieux, est aujourd'hui officielle pour ce qui concerne la médecine, mais qu'en est-il de l'alimentation ?

Petit tour du « propriétaire »...

On retrouve malheureusement à peu près les mêmes éléments dans ce domaine. L'ouvrage de l'universitaire Marion Nestle *Food Politics* qui analyse de manière détaillée l'influence de l'industrie agroalimentaire sur le système de santé américain est certainement le meilleur guide en la matière, d'ailleurs salué entre autres par le *New England Journal of Medicine* ou le *Lancet*.

En recherche fondamentale, l'influence de la source de financement sur les résultats des études est du même ordre qu'en médecine : leur conclusion est quatre fois plus susceptible d'être en faveur des sponsors privés comparée à celle d'études similaires indépendantes¹. Ce qui n'arrange rien quand la plupart des États se

désengagent de plus en plus du financement de la recherche publique pour encourager les partenariats public-privé.

Une des stratégies préférées des industriels est la création de confusion dans la communauté scientifique sur des sujets où ils sont en difficulté, dans

la lignée des industriels du tabac qui ont été les pionniers en la matière. L'épidémiologue David Michaels a fait une étude très intéressante du phénomène général dans son ouvrage *Doubt is their product*. Le cas des produits laitiers abordé dans ce numéro par l'article de Thierry Souccar en est un bon exemple : alors qu'un certain nombre d'études établit un lien entre le diabète de type I, certains types de cancer, la sclérose en plaque, l'ostéoporose et la consommation des populations qui consomment habituellement plus de deux portions par jour de produits laitiers (soit environ 500 ml de lait), alors que des scientifiques du domaine de tout premier plan comme Walter Willett qui dirige le département nutrition d'Harvard, l'une des équipes les plus réputées au monde dans le domaine, déclare publiquement qu'« en l'état des connaissances, il est irresponsable de faire la promotion des laitages »², les autorités, les industriels et la majorité des professionnels de la santé et de l'alimentation sont toujours convaincus que les produits laitiers sont « nos amis pour la vie » et ne désirent guère en savoir davantage le plus souvent malheureusement (lire Morgane Baridon dans ce numéro). Mais on retrouve cela pour bien d'autres groupes d'aliments, et pour le sel également. Le lanceur d'alerte Pierre Meneton de l'Inserm a montré que le consensus de la nocivité de l'excès de sel était établi et confirmé par la communauté scientifique internationale depuis une quarantaine d'années³, mais le lobby du sel est arrivé malgré tout à créer et entretenir un semblant de controverse pour empêcher ou du moins retarder des réglementations qui lui seraient défavorables. Pierre Meneton a d'ailleurs essuyé les foudres de l'industrie du sel qui a fait pression sur sa hiérarchie et a intenté au chercheur un « procès-bâillon », après qu'il eut affirmé publiquement que l'industrie du sel désinformait les professionnels de santé et le public. Manque de pot pour les industriels pour une fois, Pierre Meneton a gagné son procès en 2007 ! Mais comme le dit Pierre Meneton lui-même au rendu de son verdict, il est quand même bien déplorable que cela soit un individu seul qui doive monter au créneau alors qu'il existe un ministère et de multiples agences payées par nos impôts dont ce serait normalement le boulot.

A ce propos, on retrouve les mêmes problèmes de

Le lobby du sel est arrivé à créer et entretenir un semblant de controverse pour empêcher ou du moins retarder des réglementations qui lui seraient défavorables.

conflits d'intérêts à l'ANSES, anciennement AFSSA, l'agence publique en charge de l'alimentation. Thierry Souccar a évoqué dans son article les liens des membres du comité nutrition avec l'industrie laitière par exemple. On retrouve aussi dans le domaine de l'alimentation un ensemble de leaders d'opinion très proches des industriels et/ou des agences de communications trustant l'espace médiatique, en toute indépendance bien sûr selon eux... Enfin pour finir, la plupart des industriels de l'agroalimentaire exerce un lobbying féroce sur les élus qui n'y voient bien souvent rien à redire malheureusement, et ce à tous les échelons, locaux, nationaux, au Sénat ou à l'Assemblée Nationale où les alcooliers ou l'industrie du sucre savent se faire entendre des personnes qui comptent... et qui sont pour cette dernière majoritairement des médecins d'ailleurs !⁴ C'est le cas aussi à l'international, à Bruxelles ou à l'OMS. Petit exemple : en mai 2002, l'OMS publiait un rapport qui recommandait de limiter à 10 % la quantité de calories tirées quotidiennement du sucre ajouté dans les aliments transformés et les boissons, afin d'enrayer l'épidémie d'obésité. La Sugar Association, l'organisation mondiale du sucre, a tout fait pour empêcher la publication dudit rapport, jusqu'à menacer le directeur général de l'OMS de faire pression sur le Congrès américain pour que ce dernier supprime sa subvention annuelle de 406 millions de dollars. Le 5 janvier 2003, le directeur général de l'OMS recevait une lettre, émanant cette fois du conseiller du secrétaire d'Etat américain à la Santé, qui mettait en question la qualité scientifique du rapport...

(Dé)formation des professionnels de santé

Et les diététiciens, s'indignent-ils de la situation ? Pas vraiment malheureusement, pour l'instant en tout cas... Il faut dire qu'au niveau de leur formation, pas grand-chose ne les y encourage dans la majorité des cas (lire les articles de François Pot, Léna Ferri, Morgane Baridon et Raphaëlle Collet). La pression des examens et la quantité des connaissances à apprendre excluent de fait pratiquement toute possibilité d'interrogation critique dans la tête de la plupart des étudiants, qui apprennent à se baser sur les recommandations des organismes publics, point barre. Pour ainsi dire aucun cours durant les deux années d'étude, et même quasiment aucune journée d'étude ensuite, n'abordera avec eux la question des biais dans la recherche scientifique, du poids du lobby agroalimentaire, des problèmes de conflits d'intérêts... Ce qui fait qu'ils n'en connaissent bien souvent même pas la définition, même après plusieurs années d'exercice pour certains comme j'ai pu le

constater lors des entretiens que j'ai menés avec certains d'entre eux pour mes recherches en cours.

Par contre, ils auront sans doute l'occasion d'entendre des intervenants extérieurs comme ceux de *Matin Céréales* venant présenter au sein des établissements de formation l'intérêt des céréales au petit-déjeuner, logique vu qu'il s'agit en fait d'un organisme issu de Nestlé, Kellogg's et compagnie, sous un vernis « d'études scientifiques » pour la plupart financées par les industriels et farcies de biais... La majorité des étudiants n'y voit que du feu, d'autant plus facilement que c'est une diététicienne qui vient présenter le *power point*, et sans se douter que ce qu'on leur montre a été mis au point entre autres par des diplômés en communication en amont, et qu'il s'agit tout bonnement d'une banale opération marketing de plus, comme la diététicienne en charge de la présentation a bien voulu me le

confier plus tard, lorsque j'ai pu la retrouver après quelques années pour l'interviewer à ce sujet. Lors du BTS de diététique que j'ai moi-même suivi, j'avais proposé de faire venir Thierry Souccar au lycée pour que nous puissions avoir un débat contradictoire avec lui sur les produits laitiers avec les élèves, on m'a répondu que les élèves étaient trop jeunes, la priorité des encadrants de la formation étant de ne prendre aucun risque qui puisse menacer la réussite aux examens où on attend, il est vrai, plutôt les « bonnes réponses aux bonnes questions ».

A mon sens, il ne faudrait pas croire cependant qu'il suffirait de rallonger les études bien trop courtes des diététiciens pour que cela s'arrange d'un coup de baguette magique, vu que la formation devrait passer de deux à trois ans prochainement. Les médecins ont un cursus quatre fois plus long que celui des diététiciens, il n'empêche qu'un des rapports de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), qui a fait parler d'elle au cours de l'affaire Médiateur® par ses analyses sans concession, a montré que les médecins généralistes sont pour la plupart dans l'incapacité de faire la part des choses entre une information fiable et scientifique, et la promotion publicitaire⁵. Il s'agirait de vraiment repenser le contenu du cursus en intégrant un réel module de sciences humaines comprenant au moins les outils rudimentaires que la sociologie critique exercée dans le domaine est largement en mesure d'apporter dès à présent.

Et la formation des médecins ? Leur formation ne prête guère attention à l'alimentation : la médecine moderne, ayant réellement commencé à pouvoir soulager, voire guérir depuis l'avènement des

.../...

La plupart des industriels de l'agroalimentaire exerce un lobbying féroce sur les élus.

.../... médicaments modernes, antibiotiques et autres, comme le rappellent Debré et Even dans leur rapport, s'est détournée depuis longtemps de l'alimentation aux profits des pilules. Le professeur Campbell rappelle que les autorités américaines ont plusieurs fois noté que « les programmes [en matière de nutrition] sont tout à fait insuffisants pour répondre aux demandes actuelles et futures de la profession médicales », avec en moyenne vingt et une heures de formation en nutrition au cours des quatre premières années de formation ⁶. Comme l'écrivait William Kassler, à l'époque président de l'Association américaine des étudiants en médecine : « Presque tout ce qui est relié à la nutrition est intégré dans d'autres cours du programme. La biochimie, la physiologie et la pharmacologie sont en général les cours qui comprennent des éléments de nutrition. Trop souvent dans ces cours, la nutrition n'est qu'effleurée, tandis que l'accent est mis sur la matière principale. Il est tout à fait possible de terminer un tel cours sans même réaliser que la nutrition n'a pas été couverte. La nutrition enseignée par ceux dont l'intérêt et l'expertise visent autre chose ne vaut rien » ⁶.

L'alimentation, une médecine d'avenir ?

Peut-être en effet n'y a-t-il rien ou pas grand chose à attendre des changements d'habitudes alimentaires en terme de prévention et de traitement des maladies les plus meurtrières ou invalidantes ? C'est en tout cas l'idée que partage actuellement l'essentiel de la communauté des professionnels de santé me semble-t-il. Mais que nous disent les dernières décennies de recherche sérieuse les plus encourageantes à ce sujet à mon sens aujourd'hui ? Parmi la grande masse des modes alimentaires, je suis de l'avis qu'il serait de la toute première importance que les professionnels de santé, médecins, nutritionnistes, diététiciens s'informent, outre les travaux du docteur Michel de Lorgeril autour de la diète méditerranéenne (lire l'article de Sylvain Duval), des recherches menées par et autour des médecins Caldwell Esselstyn, John McDougall, Dean Ornish et le professeur Colin T. Campbell. Ces chercheurs réputés pour la plupart dans leur domaine d'exercice sont peu à peu arrivés à la conclusion, chacun de leur côté, par leurs propres recherches et pratiques cliniques pour certains, épidémiologiques pour d'autres, qu'un changement de mode alimentaire basé sur les végétaux et les céréales complètes d'une part, et excluant ou réduisant fortement les produits d'origine animale et les produits transformés d'autre part, pouvait stopper et même faire régresser un nombre élevé de pathologies modernes : maladies cardiaques, diabète de type II, certains types de cancer (sein et prostate notamment), obésité, et certaines maladies auto-immunes, agissant ainsi sur un large spectre, pour reprendre le titre d'un

livre récent du docteur Ornish ⁷.

En fait, les résultats des études de ces médecins et professeurs, et les expériences de changement de mode alimentaire réalisées auprès d'eux par des milliers de personnes depuis plusieurs décennies maintenant, sont si encourageants, renversants même, que cela semble trop beau pour être vrai. Pourtant, il serait vraiment du plus grand intérêt que les professionnels de santé s'intéressent à leurs travaux. Ces chercheurs ont mené un nombre conséquent d'études publiées dans les journaux médicaux comme celle du docteur Ornish dans le journal médical *JAMA* en 1998, et bien d'autres depuis ⁷, ou celle du chirurgien Esselstyn dans le *J. Family Practice* en 1995 où les résultats traduisent une régression des maladies cardiovasculaires notamment ⁸. L'étude d'Esselstyn porte sur dix-huit personnes. Pendant les huit ans qui ont précédé le programme d'étude, ces personnes avaient été victimes de quarante-neuf problèmes vasculaires, au moins une d'entre elles était même condamnée selon son médecin à brève échéance. Dans les onze années suivantes, pas un seul des patients ayant suivi le régime sans interruption n'a eu de problème coronarien, et dans 70 % des cas, les artères encrassées se sont assainies avec un décaissage de 7 % en moyenne au cours des cinq premières années de l'étude, ce qui a été considéré à l'époque comme les meilleurs résultats rapportés à ce jour, réussissant là où ni les médicaments ni la chirurgie n'avaient obtenu de succès. A noter pour être précis qu'Esselstyn n'écartait pas une faible médication anticholestérol dans son étude, mais il attribue ses bons résultats principalement au changement de mode alimentaire, ce que confirment les études et expériences humaines conduites en parallèle par ses collègues qui se passaient pour leur part de ces médicaments ⁶. Il y eut aussi le cas de John Crowe, un médecin dans la quarantaine travaillant à la Cleveland clinic tout comme Esselstyn qui, sans aucun signe avant coureur, se trouva menacé d'infarctus. Ce médecin eut recours à Esselstyn, et suivit son régime. Après trente-deux mois, sans médicament d'aucune sorte, son problème cardiaque a été inversé ⁶. Bill Clinton lui aussi, après avoir subi un pontage en 2010 dit suivre désormais ce mode alimentaire, qu'il se sent mieux, qu'il a perdu du poids, et qu'il se pourrait que la médecine du futur suive cette voie dans un avenir proche ⁷. Si même Clinton le dit !

Ce dernier a d'ailleurs vite pris contact avec le docteur Ornish dont les travaux et démarches qui sont peut-être encore plus remarquables que ceux de ses collègues. En effet ce dernier, après avoir pris note que ses études aux résultats pourtant impressionnants, publiées dans les meilleures journaux médicaux, ne suffisaient pas à faire réellement évoluer la communauté scientifique, chercha des

alliés auprès d'acteurs majeurs du système ayant un intérêt à effectuer des bénéfices grâce aux économies réalisés par les patients suivant son mode alimentaire, à savoir les mutuelles. Il mit en évidence que près de 80 % des patients susceptibles de subir une angioplastie ou une intervention chirurgicale cardiaque pouvaient plutôt suivre ses recommandations, et la première mutuelle à s'intéresser à son programme économisa 30 000 dollars par patient dès la première année, de quoi motiver les copains du secteur ! Assez rapidement, plusieurs dizaines de compagnies se mirent à rembourser leurs clients suivant les conseils d'Ornish. L'une d'entre elle déclara que ses coûts de santé globaux avaient été réduits de 50 % la première année et de 20 à 30 % les années suivantes. Fort de ses résultats spectaculaires touchant au porte-monnaie, Ornish a ensuite proposé la même chose au système public de remboursement des soins Medicare. Après un long processus, un panel d'experts a tranché en 2005 que les preuves scientifiques étaient suffisantes pour que Medicare couvre le programme d'Ornish visant à faire régresser les maladies cardiovasculaires⁷. C'est la première fois que Medicare accepte de couvrir un programme de médecine intégrative portant sur les changements de style de vie.

Une des critiques majeures faites à ce changement de mode alimentaire, c'est que les patients seraient incapables de suivre un tel changement de leurs habitudes de vie, pourtant d'après Ornish ou Esselstyn, la plupart y arrivent très bien, et témoignent au contraire d'un regain de vitalité et d'autonomie, souvent corrélé au fait que les résultats du changement de mode alimentaire commencent à se faire sentir rapidement, dès la troisième semaine bien souvent. Ce qui m'impressionne aussi, c'est que ce simple mode alimentaire intègre à lui seul les critiques émergentes sur les produits laitiers (lire Souccar), sur les problèmes environnementaux en induisant une diminution des produits animaux (lire Ariès), arrive à faire baisser le cholestérol (même si c'est sans doute il est vrai un faux problème, lire Duval), réalise d'importantes économies : le coût des cancers,

des maladies cardiovasculaires et de l'obésité atteint 15 milliards d'euros par an en France⁹, tout en permettant de réduire considérablement les effets secondaires, et les accidents mortels liés aux médicaments, qui représentent la cinquième cause de mortalité aux Etats-Unis en 2002¹⁰...

Campbell et Esselstyn ont fini par déranger et ont été placardisés alors qu'ils étaient au faîte de leur carrière et notoriété. On peut comprendre que les enjeux à l'œuvre sont colossaux : s'il s'avère qu'ils ont malgré tout raison, ce ne sont pas seulement une grande partie de l'industrie agroalimentaire et pharmaceutique qui est menacée, mais également un certain pouvoir médical qui se verrait mis de côté à mesure que les personnes reprendraient leur destin en main et leur autonomie. « Que l'alimentation soit ton premier médecin », un vieil adage qu'il serait bienvenu de remettre au goût du jour, pour la santé de chacun, et peut-être même pour le corps social dans son ensemble ? ■

- 1. Lesser LI, Ebbeling CB, Gozner M, Wypij D, Ludwig DS (2007) *Relationship between Funding Source and Conclusion among Nutrition-Related Scientific Articles*. PLoS Med 4(1): e5. doi:10.1371/journal.pmed.0040005.
- 2. Souccar T. (2008), *Lait, mensonges et propagande*, Thierry Souccar Editions.
- 3. Meneton P. (2009), *Le sel : un tueur caché*, Paris, Favre.
- 4. Nouzille V., Constanty H. (2006), *Députés sous influence*, Paris, Fayard
- 5. www.formindep.org/Le-rapport-de-l-IGAS-sur-l-var_recherche=igas
- 6. Campbell C. (2008), *Le rapport Campbell*, Outremont, Ariane.
- 7. Ornish D. (2008), *The spectrum*, New-York, Ballantine Books.
- 8. Ornish D, Scherwitz LW, Billings JH, et al. "Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease", *JAMA* 280 (1998): 2001-2007. Esselstyn CB, Ellis SG, Medentrop SV, et al. "A strategy to arrest and reverse coronary artery disease: a 5-year longitudinal study of a single physician's practice." *J. Family Practise* 41 (1995): 560-568
- 9. Fassin D. Hauray B. (sous dir.) (2010), *Santé publique, l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, p. 185.
- 10. Anderson RN (2002), Deaths: leading causes for 2000, *National*

A propos des protéines

Il est de plus en plus question de réduire la part des protéines d'origine animale de nos assiettes, tant pour des questions de santé que pour répondre aux problèmes d'environnement, comme l'a abordé Paul Ariès dans ce numéro. En même temps, les protéines restent fermement associées aux produits animaux dans l'imaginaire du grand public, et bien souvent des professionnels de l'alimentation également dont la formation ne les pousse pas beaucoup à investiguer le lien entre alimentation, santé, et défis environnementaux. Pourtant, on peut obtenir des protéines tout à fait adéquates en associant céréales de préférence complètes (et bio... ce qui comprend aussi le quinoa ou le sarrasin par exemple) et légumineuses (lentilles, pois cassés, pois chiches, haricots secs, soja...). Différentes populations les ont d'ailleurs associés intelligemment de manière empirique, comme dans le couscous (semoule et pois chiches) ou le dal indien (lentille et riz...). ■

Paul Scheffer

Diète méditerranéenne et santé

■ **Sylvain Duval**, administrateur de l'ADNC, www.adnc.asso

Le mode de vie méditerranéen est un des rares à avoir démontré des effets salvateurs sur la santé cardiovasculaire, ainsi que sur d'autres pathologies fréquentes.

Le cardiologue et chercheur au CNRS Michel de Lorgeril a appliqué, avec d'autres chercheurs, ce mode alimentaire à des cardiaques français avec une différence de mortalité considérable par rapport au groupe témoin au cours de la renommée « Etude de Lyon » (Lyon Heart Study, *Lancet*, 1994). L'étude fut mise à l'épreuve par des épidémiologistes, quelques années plus tard, qui confirmèrent la validité de ces résultats frappants.

Par quoi se caractérise succinctement un mode de vie méditerranéen ?

Une alimentation méditerranéenne comporte fruits et légumes frais, des plantes sauvages, pain et céréales complètes, haricots secs (et légumes secs), noix, beaucoup de poissons, peu de viande rouge, petit gibier et volailles (nourris de manière non industrielle), peu de produits laitiers (plutôt des produits fermentés, de chèvre et de brebis), un peu de vin (si le patient en buvait avant son infarctus), huiles d'olive et/ou de colza.

C'est un modèle nutritionnel global, pas seulement un régime à suivre temporairement. Son but n'est pas de faire varier le cholestérol. Et pourtant, il s'avère hautement protecteur en prévention primaire et en réadaptation cardiaque.

Depuis l'étude de Lyon, d'autres équipes de chercheurs ont confirmé ces résultats remarquables. La diète méditerranéenne est ainsi préconisée par la revue *Prescrire* et est l'un des seuls changements de mode de vie, qui inclut également activité physique et gestion du stress, à être aussi solidement étayé par de nombreuses publications robustes, comme en fait état le récent livre de Michel de Lorgeril (décembre 2011) *Prévenir l'infarctus et l'accident vasculaire cérébral*, qui est aussi l'auteur invité du chapitre « Prévention nutritionnelle de l'infarctus » du *textbook* de la Société européenne de cardiologie. ■

Cholestérol et traitement fétiche

■ **Françoise Ducos**, musicienne

Anatole, mon mari, 50 ans, a du mauvais cholestérol, néanmoins il mange raisonnablement et fait du sport, de plus il est non fumeur. Je lui conseille de ne pas négocier son traitement, car je prends la médecine au sérieux ! Son médecin trouve aussi des antécédents familiaux de cholestérol sans doute liés à une alimentation trop riche de cette époque d'après-guerre. Même sans risque majeur, il semble normal de prendre des statines, il finit donc par accepter son traitement à contrecœur. Au bout de quelques mois des effets secondaires apparaissent... des douleurs musculaires qui l'empêchent de pratiquer son sport favori. Il décide alors de lui-même de se mettre à un régime : d'arrêter la tartine de beurre matinale pour la remplacer par un yaourt au soja, de préférer le poulet aux viandes plus grasses et de supprimer en grande partie le fromage. Ses chiffres de cholestérol se normalisent. Je n'en reviens pas et réalise à quel point ce médicament n'est pas forcément indispensable. Son médecin généraliste accepte donc sans difficultés de renoncer au traitement fétiche. ■

Le grand méchant cholestérol

Avant je disais « Le cholestérol et les graisses saturées sont mauvais ». Puis les analyses critiques faites par des professionnels courageux m'ont apporté de nouvelles données. Alors ouvrons la discussion.

Confusion sur le cholestérol

Quand on parle de cholestérol, il y a une source de confusion majeure. Certains parlent du cholestérol alimentaire (ChA) et d'autres du cholestérol sanguin (ChS). Clarifions cela : toutes les études montrent que la consommation de ChA n'est pas (ou très peu) reliée au ChS. Nous sommes des animaux dont le foie peut sécréter plus ou moins de bile et qui sait gérer les excès de cholestérol. Pour être précis, seule une petite partie de la population semblerait réagir à un excès de ChA. On les appellerait alors « répondeurs ».

La majeure partie de notre cholestérol est fabriquée par nos cellules (entre 60 à 80 % selon les sources et sûrement selon les régimes alimentaires). Pour faire simple : une personne qui ne mange pas du tout de cholestérol le fabrique à 100 %. Voilà pourquoi le ChA ne peut pas tellement influencer notre niveau de ChS. On dit que la sécrétion du ChS est régulée.

Le cholestérol est une molécule indispensable

Indispensable car il sert à différents niveaux : membranaire, hormonal, musculaire et neuronal. Le métabolisme du cholestérol est à la base de la fabrication de nombreuses autres molécules : dolichol (glycosylation), ubiquinone (co-enzyme Q10 de la chaîne respiratoire mitochondriale) et farésyl (maturation des protéines).

Il n'y a pas de « mauvais » cholestérol

Dire qu'il y a un « mauvais » cholestérol est un abus de langage grossier. Il n'existe qu'une seule molécule de cholestérol. Et ce n'est pas un point anecdotique, à balayer en disant « Là il joue sur les mots ». Ceux qui jouent sur les mots, et sur la peur, sont vendeurs de médicaments ou de margarines.

Un autre point à éclaircir : nous n'avons pas de cholestérol flottant librement dans le sang. Il est transporté, avec les graisses (triglycérides et phospholipides), par des protéines (dont le LDL et le HDL). Les LDL sont les livreurs de cholestérol aux cellules qui en ont besoin. Les HDL sont les recycleurs, qui ramènent le cholestérol en trop vers le foie, pour être éliminé par la bile. Les deux types

de protéines sont indispensables au fonctionnement du corps. Seul l'esprit humain les classe en « gentil » et « méchant », selon la théorie lipidique, discutable.

Et la publicité qui parle tous les jours d'un « mauvais » cholestérol ne peut qu'induire le public en erreur et finir par banaliser un abus de langage voulu par les fabricants de margarines aux phytostérols et de médicaments anti-cholestérol.

Le cholestérol ne bouche pas les artères

La plaque d'athérome est constituée d'une partie rigide (fibres de collagène, calcium, cellules musculaires lisses) qui représente 70 % du volume de la plaque. La partie lipidique (environ 30 %), fragile et instable, contient des leucocytes (macrophages et lymphocytes T), des cellules musculaires lisses et des cristaux de cholestérol oxydé.

Au final, le cholestérol n'occupe que 10 % de la plaque. Il est donc faux de dire qu'il bouche les artères. De plus, le cholestérol n'est pas à l'origine de la formation d'un thrombus (caillot obstructif). L'endothélium étant imperméable aux lipoprotéines, il y a seulement des hypothèses (dysfonction endothéliale, infiltration lipidique), reposant sur des théories, sans mécanisme bien démontré, qui accusent le LDL (ou LDL oxydé, pour la version récente).

L'histoire de la phobie du cholestérol, puis des graisses animales

À la crainte médiatisée du gras et du cholestérol, on peut proposer un point d'origine. L'homme qui a changé le monde se nomme Ancel Keys. Dans les années 1950, il a une idée préconçue : le cholestérol est l'ennemi. Mais face aux faits expérimentaux, il change d'avis. Son nouvel ennemi sera le gras. Pour prouver son idée, il mène une observation scientifique à travers le monde : sa célèbre étude des 7 Pays¹.

L'étude des 7 pays est une mauvaise étude

Cette étude comporte un biais majeur. Choisir uniquement les cas qui arrangent l'hypothèse est une erreur de méthodologie si grave que je ne comprends pas que cette étude soit aussi souvent citée

.../...

.../... et rarement critiquée, sauf par le THINCS (le Réseau international des Cholesterol-Sceptiques). Selon moi, cela montre à quel point les « experts » du cholestérol sont aveugles à la méthodologie scientifique, tellement ils sont obnubilés par leur dogme. Avoir des idées préconçues est compréhensible, même en science. C'est pour cela que la science expérimentale s'est dotée de procédures, d'une méthodologie, de protocoles qui permettent d'éviter que les a priori ne déforment les résultats et leur interprétation.

L'étude des 7 Pays reste une étude d'observation, avec de nombreux facteurs de confusion. Comparer des bûcherons finlandais et des pêcheurs japonais est une gymnastique intellectuelle incroyable ! Ont-ils le même climat, la même société, le même niveau de stress, les mêmes gênes, la même consommation d'alcool, de légumes ou de fruits ? Evidemment non. Et déduire que c'est le gras saturé (parmi des centaines de facteurs) qui est le coupable nécessite un niveau de croyance formidable. Il fallait vraiment avoir une foi solide en une idée préconçue pour arriver à une telle conclusion.

Association et causalité

Dès 1662, les bases de l'épidémiologie ont été jetées par un marchand qui analysa les registres de mortalité de Londres. Ce dénommé John Graunt avait déjà réalisé le danger qu'il y a à confondre une association statistique avec une relation de causalité. Cette distinction essentielle à la compréhension des études d'observation.

Les études épidémiologiques ont une valeur hypothétique indispensable. Mais parfois je frémis quand je lis que « les facteurs de confusion ont été contrôlés dans notre étude ». En effet, comment contrôler des facteurs qu'on ne connaît pas ?

Le cholestérol est un facteur de risque cardiovasculaire, associé statistiquement (dans certaines études, citées par les labos, mais pas dans toutes) à un risque plus élevé. Mais ce n'est pas valable dans toutes les populations, à tous les âges. De plus, il ne faut pas se focaliser que sur le risque cardiovasculaire. La prévalence de cancer, de neuropathies ou du déclin cognitif doit aussi être prise en compte.

La nutrition est une science difficile

C'est un autre point majeur à clarifier. Il est très difficile de faire de bonnes études dans le domaine de la nutrition. Pourquoi ? Parce que si vous supprimez une composante du régime (du gras, par exemple), alors vous devez augmenter autre chose (les sucres ou glucides) ou alors vous diminuez les calories ingérées, ce qui introduit un changement. Plusieurs études rigoureuses ont montré que si on substitue des Acides Gras Poly-Insaturés (AGPI) par des AG Saturés (AGS), on augmente le niveau

de ChS. Mais cela ne présage rien des maladies cardiovasculaires, des cancers ou de la mortalité totale.

Les acides gras saturés (AGS) sont-ils nocifs ?

Pour déclarer que les AGS sont nocifs, il faut aller plus loin que dire « ils augmentent le cholestérol ». Augmenter la cholestérolémie est un critère biologique, pas un critère clinique. Or, beaucoup d'études ont indiqué que les AGS sont dangereux uniquement sur la mention qu'ils augmentent le ChS. Ce qui intéresse le patient, c'est de savoir s'il vivra mieux, plus longtemps ou en meilleure santé. Et je pense que le patient est peu sensible à sa façon de mourir : attaque cardiaque ou cancer, AVC ou démence, je doute que quiconque veuille faire ce choix. Le seul critère intéressant doit être la durée de vie, donc la Mortalité Toutes Causes (MTC).

Des études n'utilisent pas des critères cliniques pertinents

Or, de nombreuses études actuelles ont oublié ce simple bon sens. La simple mention du mot « hypocholestérolémiant » permet à n'importe quel médicament de faire les gros titres comme un « sauveur de l'humanité ». Voilà ce qui explique pourquoi on a pu mettre sur le marché des médicaments qui ont augmenté la mortalité, sur la seule base qu'ils baissaient le « mauvais » cholestérol (clofibrate, cériestatine) ou augmentaient le « bon » (torcetrapib). Cela a permis de tester les statines sur toutes les catégories de patients, transformés en cobayes au nom d'une chasse au cholestérol. Notre pays du « French Paradoxe » a-t-il besoin de sept millions de prescriptions de statines coûteuses, aux effets secondaires sous-estimés ?

J'aimerais insister sur ce point essentiel : une étude bien faite doit utiliser un critère clinique pertinent, comme résultat primaire. Baisser la tension artérielle ou baisser la cholestérolémie ne doit pas être substitué à « sauver des vies »². Comme objectifs secondaires, cela ne me dérange pas qu'une étude utilise des critères moins pertinents. Mais le marketing du laboratoire pharmaceutique ne doit pas l'emporter sur la santé des patients.

J'aimerais d'ailleurs que les études sur les hypolipémiants mesurent le syndrome de mort subite, qui tue un patient sur deux, lors d'une attaque cardiaque. Mais sur ce point, le silence est total (sauf pour l'étude 4D, essai négatif)³.

Une petite revue d'études diététiques

Des études ont testé un changement de régime visant à réduire le ChS selon l'hypothèse lipidique : « Baisser le ChS pourrait éviter des maladies cardiaques, donc sauver des vies ».

Certaines études n'étaient pas en « double insu », ni « randomisées ». Parmi elles, seule la moitié était

positive. Certaines études ont montré une augmentation de la Mortalité Toutes Causes (MTC), même si le ChS était abaissé.

Il est scandaleux que de nombreux articles et thèses citent la Finnish Mental Hospital Study, qui n'a respecté aucune règle de base d'une étude clinique et qui désigne le cholestérol comme coupable.

Il y a peu d'études fiables qui montrent que baisser le ChS permet de sauver des vies. Souvent, la MTC n'est pas modifiée significativement ou elle est augmentée. Il est inutile, voire dangereux, de baisser le ChS avec un régime ou avec un médicament.

La communauté scientifique fonctionne mal

L'esprit humain n'aime pas ce qui est négatif. Il préfère les avancées thérapeutiques et les bonnes études positives. Cela permet des gros titres (médiats), des publications (revues médicales prestigieuses), des profits éventuels (industries) ou de la renommée et des financements (scientifiques). Dans le contexte actuel, les mentalités commencent à évoluer. L'idée qu'une santé publique doit s'établir sur des bases dépourvues de conflits d'intérêt avance. Cela passe par des changements, qui vont perturber les habitudes et les petits arrangements entre amis. Mais cet assainissement est nécessaire, voire vital.

Cet article n'a pas l'espace nécessaire pour exposer tout ce que j'ai découvert, pour analyser chaque étude publiée, en termes de représentativité des patients, de méthodologie de l'essai ou de réduction de la MTC. C'est une invitation à la discussion, mais de nombreux livres sur ce sujet existent. Le Dr Michel De Lorgeril a réalisé une analyse détaillée de vingt et une études cliniques portant sur les statines, remettant en cause les études contradictoires. Il montre que la prescription de statines repose sur un marketing permettant d'obtenir une balance bénéfice/risque trop favorable, sur une population per protocole (c'est-à-dire triée, considérée comme « idéale » pour le protocole, et non française dans ce cas).

Si ce n'est pas le cholestérol, c'est quoi ?

Le stress est un tueur ignoré⁴, car on le considère comme un facteur incontournable de notre société. Mais nous devons nous battre pour améliorer nos conditions de vie au travail, pour avoir plus de temps avec notre famille et nos amis, et pour manger, sans stress, sans mauvaise nouvelle.

La pollution est une autre piste à étudier : les pesticides, la pollution en ville, l'accumulation de produits dans l'air intérieur de nos maisons, les cosmétiques, les médicaments, les perturbateurs endocriniens présents dans notre alimentation et les emballages, les molécules ajoutées au cours de la fabrication des aliments industriels et qu'on retrouve dans notre nourriture.

La nutrition est une science réductionniste

Il y a aussi un facteur que beaucoup oublient : nous ne connaissons quasiment rien sur notre corps, les médicaments ou les aliments. Malgré l'immensité de nos connaissances, chaque jour des milliers d'études découvrent de nouvelles molécules, des propriétés innovantes à des substances déjà connues ou une interaction que nul ne soupçonnait ou qui était jugée impossible. Ainsi nul ne peut décrire avec précision l'effet d'une pomme et d'un café dans notre corps. Nous ignorons l'effet d'un cocktail de molécules (ou de plusieurs médicaments pris simultanément) à l'intérieur de notre intestin, au contact d'autres aliments ou de notre flore intestinale (ou microbiote).

Il serait temps de commencer à être humble. Vouloir imposer à toute une population des consignes de santé publique, en prescrivant des anti-cholestérols à sept millions de Français, en changeant leur alimentation sur des bases biologiques faibles, ou fausses, me paraît de la plus grande imprudence ! Remettre en cause notre patrimoine alimentaire traditionnel et ne rien dire face aux excès de l'industrie fait montre d'un parti pris inquiétant. Pourtant, la piste du régime méditerranéen est encourageante⁵. C'est le seul modèle alimentaire global qui a montré des bénéfices nets en termes de prévention. ■

1. Keys A. *Coronary heart disease in seven countries*. Circulation 1970;41 (suppl 1):1-211.
2. « Evaluer les bénéfices d'un traitement », Revue *Prescrire*, Janvier 2008, Tome 28, N° 291, pages 69-70.
3. Michel De Lorgeril, *Cholestérol, mensonges et propagande*, Thierry Souccar Editions, page 262.
4. Jean-Paul Bounhoure, *Stress, dépression et pathologie cardiovasculaire*, Masson, 2010
5. « Continuer à privilégier le régime méditerranéen », Revue *Prescrire*, 2006 ; 26 (270) : 194-199 (27 références).

Quel esprit critique avec le BTS Diet ?

Léna Ferri et **François Pot**, diététiciens diplômés d'état

L'issue du BTS était évidente : devenir diététicien ! La voie était toute tracée. Mais c'est bien là le problème, et comme la plupart des étudiants du BTS, nous étions voués à porter nos œillères jusqu'à ce que...

La première école de diététique apparaît dans les années 50. Sur le site de l'AFDN (Association Française des Diététiciens et Nutritionnistes), on peut y lire que la formation initiale française a peu évolué en un demi-siècle. Effectivement, le programme du BTS créé en 1951 a été réactualisé une seule fois en 1987 et celui de l'option diététique des IUT, créées en 1966, a été réactualisé deux fois en 1998 et en 2005.

Cette profession, que nous avons choisie, touche au social et à la santé, et aider et accompagner des personnes malades ou simplement mal dans leur corps représentent souvent la motivation principale de notre profession. En deux ans de formation, le programme est très chargé. Ces études demandent des élèves très scolaires, capables de suivre les cours sans poser de questions. Après tout, il y a un programme à boucler et pas de temps à perdre ! Et lorsqu'un élève pose une question polémique en dehors des clous, il se voit généralement répondre que pour obtenir son diplôme, il doit se limiter au cours et que, pour le reste, il verra plus tard. Pendant deux ans, on nous apprend une seule façon de voir les choses.

Bien sûr, cela amène inéluctablement à une pensée uniformisée chez les nouveaux diplômés, pensée s'entretenant d'elle-même, puisque tous les diététiciens possèdent la même, telle une vérité irréfutable.

Il devient ainsi compliqué de remettre en cause sa formation...

Cependant, l'édifice peut se fissurer quand, par l'intermédiaire de différents facteurs (livres, revues, documentaires ou rencontres), on se rend compte que tout n'est pas aussi simple qu'on a bien voulu nous le laisser penser. Des contradictions apparaissent peu à peu, trop de contradictions... On se retrouve alors face à un dilemme, soit on décide de renoncer à démêler cet imbroglio

et on se contente de ce qu'on a appris (après tout, notre formation est irréfutable, on nous l'a suffisamment laissé comprendre pendant deux ans !), soit on décide de progresser en ouvrant son esprit et en essayant de faire son chemin parmi les différentes informations à notre disposition.

On découvre alors les différentes influences qui entrent en jeu : lobbies de l'industrie agroalimentaire, collusion avec le monde politique qui pourrait expliquer le manque de volonté ou la mollesse décisionnelle sur certains sujets de santé publique comme l'obésité, les additifs, le bisphénol A ou les acides gras trans...

A partir de là, nous commençons à mettre en doute notre formation. En effet, nous n'avons jamais pris le temps, en cours, de traiter des sujets d'actualité liés à la diététique, qu'il s'agisse d'un sujet polémique ou non. Aucune lecture ne nous a été conseillée pour simplement découvrir d'autres points de vue... Les épreuves de l'examen final sont même notées par mot-clés d'une certaine manière, ce qui renforce certainement la sélection de ceux qui seront limités aux cours. Pourquoi nous a-t-on fait apprendre cette vision

si simplifiée des choses ? On se rend alors compte que nous avons évolué dans une bulle hermétique, infantilisante...

Nous tenons à préciser que nous ne dénigrons pas cette formation qui, malgré tout, a fait de nous ce que nous sommes aujourd'hui, mais il serait pour nous judicieux de la réactualiser, en encourageant une pédagogie critique qui sache replacer la diététique au sein des intérêts économiques et politiques qui la traversent, et permettre à ses étudiants d'être plus en mesure de les décrypter et de se positionner pour défendre l'intérêt des malades avant tout. Il nous semble également primordial, aujourd'hui où de nombreuses pathologies croissent rapidement en lien avec l'alimentation, que les diététiciens prennent véritablement leur place au sein du système de santé pour informer, tant au niveau des consommateurs que des politiques. Mais nous pensons cela inefficace si les diététiciens ne se reposent que paresseusement sur leurs acquis sans développer leur esprit critique. ■

Pendant deux ans, on apprend une seule façon de voir les choses.

Le beurre et l'argent du beurre

L'information sur les laitages et la santé en France est verrouillée par l'industrie laitière. En jeu : les milliards d'euros issus de la surconsommation alimentée par des messages fallacieux sur la santé osseuse.

Conflits d'intérêt massifs et répétés jusqu'au plus haut niveau des institutions, information biaisée ou dévoyée, censure, dénigrement ou intimidation... Ce n'est pas une série télévisée américaine, mais les agissements de l'industrie laitière en France. Cette industrie réalise dans notre pays un chiffre d'affaires de 24 milliards d'euros. Une partie de cet argent est réinvesti dans un marketing particulièrement agressif : avec 521 millions d'euros en 2009, l'industrie laitière est le premier investisseur publicitaire dans l'alimentation. Mais il faut rajouter à ce chiffre la gamme très créative d'outils de propagande relayés par le corps médical, les pouvoirs publics, et même l'Education nationale. Le message ne change pas : mangeons chaque jour trois à quatre laitages pour avoir des os solides.

L'idée qu'il faudrait consommer chaque jour une grande quantité de laitages pour prévenir l'ostéoporose est en soi absurde, puisque cette maladie n'existait pas avant l'introduction de l'élevage, n'existe pas là où l'on ne consomme pas de laitages et ne recule pas avec une consommation plus élevée ! Il s'agit au contraire d'une maladie de civilisation caractérisée par un mode de vie sédentaire, dans lequel les laitages occupent une part importante, comme l'excès de protéines animales, de céréales et de sel.

Les laitages ont été introduits très tardivement dans l'histoire de l'évolution, puisqu'ils apparaissent seulement au néolithique avec l'élevage. L'espèce humaine n'en a donc jamais consommé pendant sept millions d'années et continue pour l'essentiel à les ignorer : 10 000 ans après leur introduction, les laitages ne sont consommés régulièrement que par un quart des habitants de la planète.

C'est ainsi que tout a commencé...

L'idée bizarre de faire d'un aliment si marginal une arme quasi-magique contre les fractures osseuses est née dans les années 1920, aux Etats-Unis. On croyait alors que le calcium décidait en grande partie de la santé osseuse (c'est faux). Les besoins journaliers minimums en calcium avaient été correctement estimés par les chercheurs amé-

ricains autour de 450 mg. L'alimentation en fournissait 750 mg en moyenne. Si les apports moyens en calcium de la population américaine étaient donc supérieurs aux besoins, les apports en protéines étaient, eux, très largement supérieurs aux besoins, du fait d'une surconsommation de viande. Or on avait dès cette époque identifié un des ressorts de l'équilibre acido-basique du corps : un excès de protéines animales (acidifiantes) oblige le corps à puiser dans les réserves alcalines de calcium osseux, d'où une fuite de calcium. Comment compenser ? On aurait pu décourager la consommation de viande et encourager celle de fruits et légumes, car ces aliments renferment des sels de potassium alcalins. Les nutritionnistes ont choisi une autre voie : la promotion de la surconsommation de calcium ! Les progrès de la conservation permettant d'amener du lait de vache au cœur même des villes, il devenait naturel d'encourager la population américaine à manger du lait, du yaourt, du fromage ou des crèmes glacées plus que de nécessaire afin de surconsommer du calcium dans les proportions de la surconsommation de viande.

Ce mouvement va se renforcer après la deuxième guerre, alors que l'objectif premier du Plan Marshall est de reconstruire l'agriculture européenne pour nourrir les populations. L'élevage et les laitages y jouent un rôle central. Le 18 septembre 1954, Pierre Mendès-France, président du Conseil, annonce qu'il sera bientôt servi chaque jour aux écoliers et aux militaires un verre de lait avec du sucre, de quoi les rendre « studieux, solides, forts et vigoureux ». Sous la pression du lobby laitier, les laitages deviennent un groupe alimentaire à part entière et depuis 2001, le Programme National Nutrition Santé (PNNS) s'est aligné sur le message de l'industrie laitière pour conseiller lui aussi trois à quatre portions de laitages par jour pour prévenir les fractures.

Science dévoyée

En quatre-vingts ans de publication scientifique, des dizaines d'études indépendantes ont tenté

Thierry Souccar, directeur de la rédaction de *lanutrition.fr*, membre de l'American College of Nutrition

Les nutritionnistes ont choisi une autre voie : la promotion de la surconsommation de calcium !

Thierry Souccar est l'auteur de *Lait, mensonges et propagande*, Thierry Souccar Editions.

.../...

.../... d'apporter la preuve que le calcium prévient les fractures de l'ostéoporose, en vain^{2,3}. Des dizaines d'études épidémiologiques et cliniques ont été menées pour savoir si les laitages préviennent ces mêmes fractures. Toutes ont répondu négativement^{4,5,6,7,8}. L'affaire est donc entendue, au moins sur le plan scientifique.

Comment dès lors peut-on continuer à faire croire que les laitages sont efficaces et baser des recommandations nutritionnelles sur des croyances fallacieuses ?

Ce tour de passe-passe est exécuté grâce à l'intrusion d'un « marqueur intermédiaire », la mesure de la densité osseuse. Ce sont les laboratoires pharmaceutiques qui, dans les années 1990, ont réussi à imposer la mesure de la densité osseuse comme critère de choix de la santé osseuse, un peu comme le niveau de cholestérol dans le sang s'est imposé abusivement comme juge de paix du risque cardiovasculaire.

Incapable de démontrer quoi que ce soit côté fractures, l'industrie laitière a vu de suite l'intérêt de la densité osseuse, car une consommation élevée de laitages augmente transitivement cette densité osseuse. Il lui a dès lors suffi de financer de petites études d'intervention au cours desquelles après avoir avalé des laitages, des adolescentes ou des femmes ménopausées ont vu leur densité osseuse à certains sites varier à la marge, pour accrédi-ter de manière subliminale l'efficacité des laitages. Mais la densité osseuse prédit-elle le risque de fractures ? On sait aujourd'hui que ce n'est pas le cas⁹. Pour estimer ce risque, l'OMS utilise d'ailleurs un outil de dépistage des fractures d'ostéoporose (appelé FRAX) qui ne prend pas en compte la densité minérale osseuse.

Caisse de résonance

Pour diffuser ses études sur la densité osseuse et étouffer la petite voix des études négatives sur les fractures, l'industrie laitière a mis les moyens. Objectif : établir des liens étroits avec médecins, journalistes et relais d'opinion. En France, la Fédération nationale des producteurs de lait, la Fédération nationale des coopératives laitières et la Fédération nationale des industries laitières ont créé une structure *ad hoc*, le Centre national interprofessionnel de l'économie laitière (CNIEL). Le CNIEL a accouché en 1981 d'une autre structure, le CIDIL (Centre interprofessionnel de documentation et d'information laitières). Le CIDIL contribue selon sa propre profession de foi « au développement de la consommation du lait et des produits laitiers, par des programmes de promotion collective ». Le CIDIL porte la bonne parole laitière aux médecins et au grand public. Aux médecins, en finançant des numéros spéciaux de

la presse médicale pour rappeler l'intérêt du calcium laitier. Ou en montant des conférences. Enfin, au début des années 1990 a été créé le Centre de recherche et d'information nutritionnelles (CERIN) qui se présente comme « un organisme scientifique dont la mission est de favoriser le développement et la diffusion des connaissances sur les relations entre alimentation et santé ». Il s'agit en réalité d'une autre structure de propagande, qui finance des colloques et des brochures à la gloire des laitages pour le grand public.

Corps médical sous influence

L'industrie laitière contribue au financement de structures acquises à la cause des industriels comme l'Institut français pour la nutrition (IFN) où se recrutent les médecins et chercheurs qui porteront la bonne parole. Elle finance également des « sociétés savantes » stratégiques et médiatisées, comme la Société française de pédiatrie (SFP) ou le Groupement de recherche et d'information sur l'ostéoporose (GRIO). Par exemple, la SFP reçoit un financement du Syndicat des aliments de l'enfance, une organisation créée par Blédina, Candia, Lactalis, Laiterie de Montaigu, Laits Materna, Mead Johnson, Milupa/Nutricia, Nestlé, Régilait, Sodilac, etc. Coïncidence ? Ces sociétés savantes donnent volontiers leur caution médicale aux messages en faveur des trois à quatre laitages par jour.

Dans un éditorial publié en novembre 2008 dans les *Archives de Pédiatrie*, plusieurs membres de la Société française de pédiatrie défendaient ainsi la consommation massive de lait de vache comme moyen d'améliorer la santé des plus jeunes et des moins jeunes, accusant ceux qui professaient autrement de mettre la santé des enfants en danger. Cet éditorial, qui occultait soigneusement les données bibliographiques indépendantes, a été largement diffusé par l'industrie laitière comme preuve de l'engagement des médecins en faveur des laitages. Les *Archives de Pédiatrie*, qui sont administrées par la SFP, ont reçu de ma part en réponse le 25 novembre 2008 une mise au point résumant les données de la littérature scientifique sur les laitages et la santé. Le 13 décembre, le journal m'a répondu qu'il ne pouvait publier le texte en l'état. Motif : le « manuscrit est beaucoup trop long avec beaucoup trop de références » pour une lettre aux *Archives de Pédiatrie*. Qu'à cela ne tienne, le 29 janvier 2009, une nouvelle mouture de l'article a été soumise à la rédaction non plus en « courrier », mais sous la forme d'un article de synthèse. Cette fois, les contraintes de longueur étaient respectées et rien en théorie ne s'opposait à sa publication. Mais le 2 mars, le directeur de la rédaction, me répondait ceci : « Quelles que soient les qualités de votre réflexion (*sic*) sur le sujet concerné, notre vocation n'est pas de publier le genre de

Mais la densité osseuse prédit-elle le risque de fractures ? On sait aujourd'hui que ce n'est pas le cas.

document que vous nous soumettez. Je suis donc au regret de vous informer (re-sic) que votre manuscrit ne peut être publié dans les *Archives de Pédiatrie*. » La « vocation » des *Archives de Pédiatrie* serait-elle de ne publier que des articles qui flattent leurs sponsors ?

Conflits d'intérêt

Au fil des années, l'industrie laitière a enrôlé un nombre considérable de médecins et de chercheurs dans des comités scientifiques bidon, des études scientifiques complaisantes, des colloques de circonstance. Ces liens sont rarement portés à la connaissance du public. Il a fallu attendre 2004 et la parution au Seuil de *Santé, mensonges et propagande*, le document que j'ai écrit avec Isabelle Robard, pour commencer de prendre la mesure du phénomène, avec vingt des vingt-neuf experts du comité de nutrition humaine de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments ayant des liens avec l'industrie laitière à l'époque. Le directeur scientifique de l'AFSSA était membre du conseil scientifique de Danone. Quant aux apports conseillés en calcium de 2001, qui mettent l'accent sur l'intérêt des laitages, ils ont été rédigés par un scientifique membre à l'époque de l'Institut Candia. Cette information n'a pas été portée à la connaissance du public.

Les *Archives de pédiatrie*, qui publiaient en 2008 l'éditorial musclé des pédiatres pro-laitiers, se sont bien gardées de faire état des liens qui unissaient les auteurs médecins aux industriels. L'auteur principal de l'éditorial est membre de l'Institut Danone. Un autre professeur co-signataire, préside l'Institut Danone. Un autre encore est conseil scientifique de Syndifrais, l'intersyndicale des producteurs de produits laitiers. Un autre cosignataire, également membre de l'afssa, a des liens avec plusieurs fabricants de laits artificiels : Nestlé, Mead-Johnson et Nutricia. D'autres encore inter-

viennent régulièrement dans des conférences payées par l'industrie.

Le principal responsable du Programme national nutrition santé est resté longtemps parallèlement membre du conseil scientifique de Candia. Après que cette information ait été publiée dans *Santé mensonges et propagande*, ce médecin s'est démis de ses fonctions chez l'industriel. Mais on le retrouve aujourd'hui... comme membre de l'Institut Danone, avec soixante dix-sept autres confrères, tous très médiatisés. Leurs interventions dans la presse, souvent en faveur des laitages, ne s'accompagnent jamais du rappel des liens qui les unissent à un industriel.

Dénigrement et intimidations

L'industrie laitière veille au grain. Si les études favorables sur la densité osseuse sont mises en avant, les oiseaux de mauvais augure se font clouer le bec. La plupart des émissions radio et télévisées auxquelles Isabelle Robard et moi-même avons été invités sur le thème des laitages ont été annulées, parfois quelques heures avant le passage en studio, ou nos propos ont été censurés après enregistrement. Y compris dans l'audiovisuel public. Lorsque j'ai pu prendre la parole, les journalistes de la presse écrite ou audiovisuelle qui m'avaient invité ont été soumis à une pression insupportable des annonceurs ou de médecins téléguidés par l'industrie. Aux Etats-Unis, mon ami le Pr Walter Willett, qui dirige à Harvard la plus importante unité de recherche en nutrition au monde et tient sur les laitages le même discours, a bien accès aux médias, mais pas à la plupart des colloques financés sur fonds privés.

Cependant, tous les médias ne se laissent pas intimider. L'industrie laitière utilise donc une autre stra-

L'industrie laitière utilise donc une autre stratégie : discréditer le discours des scientifiques indépendants.

.../...

La colo et la balance

■ **Didier Ménard**, médecin généraliste

Réunion à la Maison de la Santé à Saint-Denis. Thème du jour : l'obésité des enfants. L'intérêt de la Maison de la Santé, c'est de mettre autour de la table, pour construire l'action, l'ensemble des acteurs concernés par la problématique. Ce jour-là, il y a beaucoup de docteurs, mais il y a aussi la responsable des colonies de vacances de la ville dans le cadre du service de l'enfance. Chacun donne son avis sur « l'état des lieux », sur le pourquoi et le comment. C'est alors que cette responsable des colonies de vacances nous dit en une phrase l'essentiel. Dans chaque lieu de colo, il y a une balance et cela depuis fort longtemps : avant, on pesait les enfants au début de la colo et ensuite à la fin pour avoir le plaisir et la fierté de dire aux parents qu'ils avaient bien profité de leur séjour, car ils avaient grossi ; aujourd'hui, on pèse à nouveau les enfants et on est tout aussi fier d'annoncer à certains parents que les enfants ont maigri. ■

.../...

tégie : discréditer le discours des scientifiques indépendants en faisant passer ceux qui ne pensent pas comme elle pour des extrémistes dangereux et/ou des charlatans. Pour cela ont été inventés des « éléments de langage » comme : « anti-lait » et « pseudo-scientifique ». Ces éléments de langage sont réutilisés par les amis de l'industrie laitière. Le terme « anti-lait » se retrouve dans plusieurs présentations récentes, dont une délivrée au début de l'été 2011 par le responsable d'un Institut de Lille, qui reçoit pour ses recherches un financement de Danone. Encore une coïncidence. On le retrouve aussi dans un long article en faveur des laitages publié au printemps par un magazine de gastronomie, qui donnait la parole à un médecin membre de l'Institut Danone. Leurs liens avec l'industrie laitière restent inconnus du public.

A partir du début des années 2000, j'ai publié plusieurs articles faisant état d'un risque accru de cancer de la prostate avec une consommation élevée de laitages. Ces articles ont créé un émoi compré-

hensible dans l'industrie laitière. La réaction ne s'est pas fait attendre. Dans un document officiel de 2003 censé faire référence sur les relations entre alimentation et cancer, le PNNS et son directeur (alors membre de l'Institut Candia) écrivaient qu'on ne peut « en aucun cas mettre en accusation le lait et les produits laitiers en termes de risque de cancer ». Prétendre le contraire, serait, selon le PNNS, propager des « idées fausses pseudo-scientifiques » qu'il est particulièrement important de « battre en brèche. »

Mais il faut parfois savoir garder sa langue dans sa poche. En mars 2006, ce médecin apparaissait (on l'imagine, malgré lui) comme cosignataire d'une étude dans laquelle un risque accru de cancer de la prostate était observé chez les hommes qui consommaient le plus de laitages et de calcium par rapport à ceux qui en consommaient le moins. Ce n'était ni la première, ni la dernière.

Entre 1999 et 2007, la consommation de laitages a baissé de 12 % en France. ■



1. Sherman H.C., Calcium requirement of maintenance in man, *J Biol Chem* 1920; 44:21-27.
2. Seeman E., Evidence that calcium supplements reduce fracture risk is lacking, *Clin J Am Soc Nephrol*, 2010 Jan;5 Suppl 1:S3-11. Review.
3. Roux C, Bischoff-Ferrari HA, Papapoulos SE, de Papp AE, West JA, Bouillon R., New insights into the role of vitamin D and calcium in osteoporosis management: an expert roundtable discussion, *Curr Med Res Opin*. 2008 May;24(5):1363-70.
4. Cumming RG, Cummings SR, Nevitt MC, Scott J, Ensrud KE, Vogt TM, Fox K., Calcium intake and fracture risk: results from the study of osteoporotic fractures, *Am J Epidemiol*, 1997 May
5. Kanis JA et al., The use of calcium in the management of osteoporosis, *Bone* 1999;24:279-90.
6. Weinsier RL, Krumdieck CL., Dairy foods and bone health: examination of the evidence, *Am J Clin Nutr*, 2000 Sep;72(3):681-9.
7. Kanis JA et al., A meta-analysis of milk intake and fracture risk : low utility for case-finding, *Osteoporosis Int*, 2005;16(7):799-804.
8. Bischoff-Ferrari HA et al., Calcium intake and hip fracture risk in men and women: a meta-analysis of prospective cohort studies and randomized controlled trials, *Am J Clin Nutr*, 2007 Dec;86(6):1780-90.
9. Viguet-Carrin S., The role of collagen in bone strength, *Osteoporosis Int*, 2006;17:319-336.

On sait déjà

■ **Martine Lalande**, médecin généraliste

Deux petits garçons rondouillards et souriants dans la salle d'attente. Arrivés dans mon bureau, ils déclarent : « On sait qu'on est obèses ». Ah bon ? Puis ils se mesurent et se pèsent joyeusement. Vous êtes grands pour votre âge ! (8 et 11 ans) « C'est leur origine serbe » dit gentiment leur père, qui a noté que je prononçais « itch » la fin de leur nom (qui s'écrit « ic »). Et vous faites du sport ? « On a arrêté le judo, cette année on fait de la natation ». Félicitations. Puisqu'il faut parler bouffe, on y va : un gros petit-déjeuner, de l'eau plutôt que du coca, des fruits au goûter, pas au Mac Do tous les jours, est-ce que c'est bon à la cantine ? « On sait tout ça ». Bon, mes collègues font partie d'un réseau qui permet de voir une diététicienne. « On a déjà fait, on n'a pas envie de parler de régime ». Alors on change de sujet, je ne sais pas comment ça vient : tiens, on n'est pas morts le 11 novembre 2011... « Non, la fin du monde c'est le 24 décembre, Nostradamus et la Pythie l'ont dit, c'est une histoire de planètes... » Le plus grand est savant, il a sauté une classe, mais, sourire en coin, il n'y croit pas. Le plus simple finalement, ce serait de ne pas prendre de poids, vous allez grandir beaucoup encore. « C'est toujours ce qu'on nous dit ». Essayons les couleurs : et si vous mangiez rouge, vert, jaune, pas trop de blanc... Mine réjouie du plus jeune : « Vert et rouge, ça fait marron, la couleur du chocolat ! » ■

État des lois de l'information publique

Quelles sont les évolutions de la législation française en matière d'alimentation et d'encadrement des conflits d'intérêts dans le domaine de santé ?

L'information nutritionnelle organisée par l'Etat est un phénomène récent. C'est à la sortie des premiers ANC (apports nutritionnels conseillés) parus en 2000, sous l'égide de l'AFSSA (devenue en juillet 2010 l'ANSES, Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail), que l'Agence française de sécurité sanitaire sous triple tutelle ministérielle va émettre les premières recommandations nutritionnelles. Ces ANC doublés du lancement du PNNS (programme national nutrition santé) par les pouvoirs publics français, feront que désormais l'Etat se mêle officiellement d'alimentation. L'information nutritionnelle provient de trois sources essentielles, démontrant des liens très étroits entre industrie et recommandations. Pourtant, le législateur a essayé de juguler la problématique des conflits d'intérêts. Comme toujours en France, c'est à chaque grave crise sanitaire que les réformes se sont faites. L'affaire du Médiateur® n'échappe pas à cette règle et entraîne des conséquences en matière d'information nutritionnelle.

L'information nutritionnelle : entre science et propagande

Les français ne savent plus où donner de la tête, recevant au moins trois types d'informations nutritionnelles : l'information en provenance des industriels, du PNNS/ou programmes d'Etat et des agences gouvernementales.

Quand l'industrie communique par des comités scientifiques

Concrètement, chaque grande filière alimentaire est organisée avec un comité scientifique généralement constitué sous forme d'association Loi 1901 qui lui est rattachée. Il nous aura fallu plus de trois ans d'enquête (*Santé, mensonges et propagande*, Thierry Souccar et Isabelle Robard, Ed Seuil) pour analyser toutes les ramifications entre industrie agroalimentaire et sachants/scientifiques. La diversité dans ce domaine est immense : du Centre d'Information des Viandes (CIV), en passant par le comité scientifique du centre d'information des charcuteries (CIC), ou celui du pain, le Comité national pour la promotion de l'œuf, le CEDUS (Centre d'Etudes et de Documentations du Sucre)...

Il est donc très important pour le consommateur de pouvoir déceler d'où vient l'information, car elle sera nécessairement élogieuse lorsqu'elle émane des industriels. Les enjeux sont d'autant plus importants que le chiffre d'affaires de l'industrie agroalimentaire est en 2009 de 139 milliards d'euros. Toujours 1^{er} secteur économique devant l'industrie automobile, 1^{er} exportateur mondial avec une force de frappe économique trois fois supérieure à celle de l'industrie pharmaceutique (40 milliards d'euros).

Le PNNS et le PNA

Nous avons expliqué que lors du lancement du 1^{er} PNNS en 2001, son patron déclarait de nombreux liens avec différentes filières de l'agroalimentaire. Reconduit dans ses fonctions, il est actuellement patron du 3^e PNNS et siège au Haut Conseil de la santé publique dans la commission « prévention, éducation et promotion de la santé ».

A ce PNNS s'est ajouté un plan obésité, puis le vote en 2010 d'un programme gouvernemental quinquennal relatif à la santé et à la nutrition formalisé par le Code de la santé publique et également, un programme national pour l'alimentation dans le Code rural. Bref, l'Etat ne s'est jamais autant mêlé de la santé et de la nutrition des Français. Le Programme national pour l'alimentation présenté par le gouvernement en septembre 2010, sous le slogan « Bien manger c'est l'affaire de tous », programme interministériel piloté par le ministère de l'Agriculture, est présenté sur un portail public. Pour autant, on notera que parmi les liens avec des institutions diverses comme le ministère de la Santé, des liens sont établis avec la Maison du Lait (CNIEL), le site des produits laitiers relevant du CNIEL et, un lien avec l'Observatoire CNIEL des habitudes alimentaires (OCHA).

On remarque donc que là encore les programmes d'Etat sont en lien avec les industriels.

L'information en provenance des agences gouvernementales : de l'AFSSA à l'ANSES

C'est suite à l'affaire du sang contaminé et du célèbre « responsable mais pas coupable » que

Isabelle Robard,
docteur en droit,
chargée d'enseignement
en Faculté de droit

On remarque donc que là encore les programmes d'Etat sont en lien avec les industriels.

.../...

.../... L'Agence du médicament sera créée en 1993. Son directeur général rappellera en 1996 que « la neutralité et l'impartialité du service public sont, en matière de santé publique plus encore que dans les autres domaines, des garanties indispensables pour l'exercice des missions de service public ».

Suite à l'affaire de la « vache folle », l'Agence du médicament sera scindée en deux agences : AFS-SAPS et AFSSA. Le mot d'ordre de la loi de 1998 : « ... Il faut que l'Agence de sécurité sanitaire des aliments soit un centre d'expertise indépendant... Mais il faut essentiellement qu'elle acquière, auprès de l'opinion, une crédibilité qui ne pourra lui être assurée que par son indépendance par rapport

au pouvoir politique et au pouvoir économique » selon les propos du sénateur Charles Descours. Pour autant, qu'est-il advenu de ces belles intentions ?

En 2004, nous avons analysé que, sur la totalité des experts, 64 % affichaient des liens, après avoir eu des difficultés pour obtenir les déclarations d'intérêts qui n'étaient pas visibles sur Internet à l'époque. L'AFSSA détenait un comité de vingt-neuf experts nutrition au moment de notre enquête et nous avons noté un seul expert indépendant, vingt ayant des liens avec l'industrie laitière et dix-neuf avec l'industrie céréalière.

Aujourd'hui, l'AFSSA devenue ANSES comporte le même type d'organisation avec des comités d'experts spécialisés, dont celui qui nous intéresse tout particulière-

ment, le Comité experts nutrition humaine. Vingt-trois membres composent ce comité. Sur vingt-trois, deux ne déclarent aucun lien. Quatorze membres sur vingt-trois ont des liens avec un groupe leader de l'industrie agroalimentaire (comportant des branches comme l'eau, le lait ou la biscuiterie), soit plus de la moitié. Sur ces quatorze membres, un détient des actions, un autre est membre associé de l'Institut scientifique de ce géant de l'agroalimentaire et six sont simples membres du même institut.

Paravents juridiques aux conflits d'intérêts : de 1993 à la réforme liée à l'affaire du Médiateur®

Les déclarations d'intérêts

Lors de la création de l'Agence du médicament (AFSSAPS) en 1993, son premier directeur général, M. Didier Tabuteau, demandera, alors que la loi n'a encore rien prévu à ce sujet, à l'industrie de déclarer ses liens, ce qui provoquera de vives réactions. Un système de déclaration d'intérêts sera mis factuellement en place, système consacré par une loi en 1998 qui s'appliquera donc aux deux agences sanitaires : AFSSA et AFSSAPS, système pérennisé et accentué aujourd'hui pour

toutes les agences. Difficilement accessibles au début, ces déclarations sont désormais en ligne sur les sites Internet des agences et organismes respectifs, tel le Haut comité de santé publique. L'obligation consiste à déclarer ses liens directs et indirects sur les cinq dernières années pour soi et les membres de sa famille. Nous avons noté à l'époque de notre enquête, menée à partir de 2000, que certains experts ne déclaraient pas leurs liens et entraient en fonction tout de même. Et nous écrivions « pas de déclaration, pas de fonction ». Nous évoquions aussi l'absence de sanction en cas de fausses déclarations. Le projet de loi n° 3714 relatif au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé déposé en août 2011 apporte deux améliorations sur ces points. Désormais, l'expert doit remplir sa déclaration avant d'intervenir et, d'autre part, des sanctions pénales sont prévues à hauteur de 30 000 euros d'amende si la déclaration n'est pas remplie ou modifiée ou mensongère, permettant ainsi de pallier l'autre insuffisance que nous avons notée : ne refaire une déclaration qu'en cas de changement de liens. Or, il y avait fort à parier que très peu d'experts fassent des modifications en cours de mandat, leur nomination étant faite pour trois ans. Egalement, la condamnation pénale peut être publiée. A ce nouvel arsenal, allant dans le sens d'une plus grande transparence, notons que les séances des commissions peuvent être rendues publiques et enregistrées avec mise en ligne Internet.

La loi droits des malades : exprimer ses liens publiquement

Cette loi du 4 mars 2002 marque une vraie révolution dans le droit de la santé et parle de « démocratie sanitaire », signifiant que le système de santé est censé se mettre en place dans la transparence et dans l'intérêt suprême des Français.

Comblant ainsi un retard important vis-à-vis de nos partenaires européens, ce texte consacra enfin l'accès direct au dossier médical. Comment se fait-il que, dans un Etat de droit, le Français puisse accéder à son dossier médical, mais ne puisse pas accéder à une information objective en matière nutritionnelle susceptible d'avoir des conséquences sur sa santé ?

Or, cette loi de 2002 va aller encore plus loin que celle de 1998, en prévoyant que désormais les sachants, lorsqu'ils s'expriment par écrit ou oralement en public, doivent indiquer s'ils ont des liens avec les laboratoires produisant le produit de santé concerné, des sanctions disciplinaires étant prévues, tandis qu'un décret du 25 mars 2007 en précise les modalités pratiques.

Ce décret élargit l'application de cette obligation aux membres des conseils et des commissions de toutes les agences et instituts et directions institu-

Comment se fait-il que, dans un Etat de droit, le Français puisse accéder à son dossier médical, mais ne puisse pas accéder à une information objective en matière nutritionnelle ?

tionnelles touchant à la santé et aux personnes qui leur apportent concours ou collaborent aux travaux de ces organismes, même s'ils ne sont pas professionnels de santé.

Pourtant, cette nouvelle règle juridico-éthique présente des lacunes manifestes que j'avais déjà dénoncées. Elle ne prévoit pas de sanctions pénales, mais uniquement des sanctions disciplinaires ; elle ne concerne que les professions de santé réglementées. Or, de nombreux experts et sachants ne sont pas médecins ou paramédicaux. Enfin, et c'est une lacune lourde de conséquences pour notre sujet, elle ne vise que les produits de santé. Or, selon la définition juridique du produit de santé, les aliments, les produits agroalimentaires et les compléments alimentaires n'entrent pas dans cette catégorie juridique de produits. En conséquence, cette obligation ne peut pas s'appliquer pour tout le secteur agroalimentaire.

J'avais eu l'occasion de solliciter un rendez-vous ministériel auprès de la ministre de la Santé par lettre du 30 septembre 2008 pour lui faire part « d'une impossibilité concrète d'applicabilité » de cette loi dans le secteur alimentaire.

Le dernier projet de loi prévoit que les laboratoires doivent rendre publiques toutes les conventions passées avec les professionnels de santé, les associations de tels professionnels, les étudiants en médecine, les sociétés savantes... Grand progrès mais qui, là encore, ne touche pas le secteur agroalimentaire.

La prise illégale d'intérêt : une infraction pénale applicable en matière de santé publique

Hormis les sanctions disciplinaires, la prise illégale d'intérêts, réprimée par le Code pénal, est punie de cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende. Elle se définit en l'espèce comme le fait de prendre part à une délibération alors que le sachant ou l'expert aurait un intérêt direct ou indirect à l'objet de la délibération. En réalité,

Le dernier projet de loi prévoit que les laboratoires doivent rendre publiques toutes les conventions passées avec les professionnels de santé...

concrètement, l'expert doit se retirer, si, sur le thème abordé par le comité, il y a pour lui conflits d'intérêts. Les pouvoirs publics ne s'y sont pas trompés, et l'ont réaffirmé dans le dernier projet de loi déclaré d'urgence suite à l'affaire du Médiateur®.

Conclusion

Lancé en 2000, l'objectif affiché du PNNS était de « réduire à l'horizon de 2005 de 20 % la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les adultes », obésité formant le cortège

de nombreuses pathologies. Selon l'enquête OBEPI, en 2009, 31,9 % des français adultes de plus de 18 ans sont en surpoids et 14,5 % sont obèses tandis qu'entre 2006 et 2009, on note une augmentation de 10,7 % de la prévalence de l'obésité.

Il faudra également bien comprendre, et ce point n'est pas abordé dans la nouvelle réforme, que l'expertise française ne peut être franco-française car, sur de nombreux sujets comme par exemple l'index glycémique, les plus grands experts ne se situent pas en France, mais à l'étranger. Pour autant, les experts étrangers ne sont pas entendus pas les agences. Point non abordé dans la réforme : la course aux publications scientifiques dont les recherches sont financées par les industriels.

De même, nous demandions dès 2004 que les avis minoritaires soient portés à la connaissance du public, écrivant que les avis minoritaires d'aujourd'hui peuvent être la réalité scientifique de demain. C'est chose faite avec la réforme indiquant que « l'agence rend publics l'ordre du jour, les comptes rendus, assortis des détails et explications des votes, y compris les opinions minoritaires, à l'exclusion de toute information présentant un caractère de confidentialité industrielle ou commerciale ou relevant du secret médical... ».

Reste à voir comment se feront les mesures d'application avec les décrets, en espérant que « les confidentialités commerciales », par le poids des lobbies, ne prendront pas le dessus sur la transparence due aux Français. ■

La pub télé, les aliments et les enfants

L'UFC-Que choisir a publié en décembre 2010 une intéressante étude « Marketing télévisé pour les produits alimentaires destinés aux enfants : analyse des engagements des professionnels et impact sur les comportements alimentaires »¹.

Pierre Volovitch, économiste
En 2006, l'UFC-Que Choisir publiait une première enquête : 89 % des spots publicitaires intégrés aux programmes « pour enfants » portaient sur des produits gras salés ou sucrés. Dans la même enquête, un sondage montrait que les longues séquences de publicité sur une chaîne de télé, ou tunnels publicitaires, avaient un impact sur le contenu des placards familiaux. Pourtant alertés par la montée de l'obésité chez les enfants, les pouvoirs publics ont privilégié « l'autorégulation » (à savoir des « engagements volontaires » pris sous la seule responsabilité des professionnels de l'agro-alimentaire) à des mesures d'encadrement réglementaire du marketing à destination des enfants. En février 2009, les ministres de la Santé et de la Culture signaient une « charte » élaborée par les professionnels. Quel bilan près de deux ans plus tard ?

Les engagements de bonnes pratiques de communication publicitaire offrent un faible niveau de protection.

Les enquêtes disponibles montrent une progression régulière du surpoids et de l'obésité chez les adultes en France. Elles montrent également qu'après une longue période de très forte progression, on assisterait à une stabilisation de l'obésité à un niveau élevé pour la moyenne des enfants,

et à une poursuite de la progression pour les populations défavorisées. Faut-il rappeler que les enfants actuellement en surpoids ou en situation d'obésité sont annonceurs, pour les prochaines générations d'adultes, d'un nombre encore plus important non seulement de personnes en surpoids ou obèses, mais aussi de personnes affectées à des degrés divers des nombreuses pathologies accompagnant l'obésité (diabète, maladies cardiovasculaires, maladies articulaires...) ? Au-delà des souffrances humaines, faut-il également redire que la Caisse Nationale d'Assurance Maladie a calculé que les personnes obèses dépensent 27 % de plus en soins de ville et 39 % de plus en pharmacie que les autres assurés ?

L'échec de l'autorégulation
Les engagements des professionnels décrits dans la charte signée en 2009 portaient sur quatre grands axes :

- Des bonnes pratiques de communication publicitaire.
- Une forte diminution des investissements publicitaires.
- Différentes mesures dont le but affiché était de présenter une offre de meilleure qualité nutritionnelle.
- Un engagement d'élaborer et de diffuser des programmes de sensibilisation destinés à promouvoir l'équilibre nutritionnel.

Les engagements de bonnes pratiques de communication publicitaire offrent un faible niveau de protection. Ils ne contiennent en particulier aucune recommandation sur la qualité nutritionnelle des aliments.

S'il y a bien eu en 2008 une baisse des dépenses publicitaires en particulier des « écrans jeunesse » (moins 24 % entre 2004 et 2008), celle-ci a été très ponctuelle et limitée à l'année 2008. En 2009, ainsi qu'en 2010, les dépenses publicitaires ont repris leur progression.

Reste à vérifier comment a évolué le marketing des aliments spécifiquement pour enfants, en termes de qualité nutritionnelle, de plages horaires et de volume.

Un impact encore plus néfaste sur les enfants

Les plages horaires choisies pour l'enquête de l'UFC-Que choisir sont celles pendant lesquelles on trouve un nombre significatif d'enfants de 4 à 10 ans devant les écrans. Que les programmes regardés soient, ou non, étiquetés « pour enfants ».

L'enquête montre qu'un grand nombre d'annonceurs ont fortement réduit la diffusion de leurs produits au cœur des programmes « enfants ». Mais, dans le même temps, on constate un report des publicités alimentaires destinées aux enfants vers les créneaux horaires « tout public » (et qui sont regardés par un nombre d'enfants encore plus grand). De fait, 93 % des spots alimentaires destinés aux enfants occupent désormais les tranches horaires tout public.

L'analyse des caractéristiques nutritionnelles des produits montre que sur l'ensemble de la journée, 80 % des publicités alimentaires destinées

aux enfants portent sur des produits gras ou sucrés. Si l'on compare les résultats de 2010 à l'analyse de 2007, on constate certes une progression des produits ayant un intérêt nutritionnel qui passent de 13 % à 20 %. Pour autant cette légère amélioration est loin de modifier le déséquilibre flagrant des produits promus.

Quel lien entre la pression médiatique s'exerçant sur les enfants et l'augmentation de la consommation des produits les plus déséquilibrés ?

L'enquête de l'UFC-Que choisir comporte un sondage en face à face et un relevé de produits consommés (680 interviews en face à face auprès de 340 familles).

En 2010, les petits déjeuners sont majoritairement déséquilibrés. Le petit-déjeuner traditionnel à base de pain est devenu largement minoritaire. Il a fait place à des céréales généralement trop sucrées, qui sont également les produits alimentaires les plus présents dans les publicités diffusées dans les créneaux enfants.

Au goûter, la part de produits trop riches progresse considérablement, passant de 51 % à 64 %, notamment du fait de la forte progression des biscuits dans leurs versions les plus sucrées, des viennoiseries et des gâteaux.

Seule amélioration constatée : des boissons plus « light ». En 2010, les boissons de bonne qualité nutritionnelle sont très majoritaires.

La confirmation du lien entre marketing et alimentation déséquilibrée

L'UFC-Que choisir a voulu vérifier si l'on retrouvait, comme en 2006, un lien entre l'exposition aux publicités et la qualité nutritionnelle des produits consommés par les enfants.

Ce sont les enfants qui sont le plus longtemps exposés au marketing publicitaires (les plus « téléphages » dans l'enquête) dont les préférences alimentaires sont les plus fortement influencées par la télévision.

Qu'en est-il des relations parents-enfants pour ces enfants « téléphages » ? Les parents de ces enfants sont peu sensibilisés aux principes de lutte contre l'obésité. Il s'agit de familles dans lesquelles les enfants réclament régulièrement à leurs parents d'acheter des aliments ou des boissons. Et dans lesquelles les parents, jugeant qu'il est difficile de résister, cèdent plus souvent à leurs demandes.

L'étude de 2010 confirme à nouveau le lien entre exposition au marketing télévisé et habitudes alimentaires. Cet impact s'exerce plus particulièrement sur les catégories socioprofessionnelles moins favorisées et des parents ayant un plus faible niveau d'études. Cela tend à montrer une inégalité des consommateurs face à la pression exercée par la publicité sur les enfants. ■

1. Voir l'intégralité de l'étude :

<http://www.quechoisir.org/media/fichiers/etudes/etude-marketing-televise-pour-les-produits-alimentaires-a-destination-des-enfants>

Les bonbons face aux caisses

| Sylvie Simon, kinésithérapeute

Récemment, j'ai été très étonnée et agacée de constater dans une grande surface de banlieue du 93 les étalages très importants de bonbons, face aux caisses. Des bonbons de toutes les formes et de toutes les couleurs et en nombre plus important que dans d'autres magasins.

Pourtant, dans un rapport de 2004, l'AFSSA (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments) recommande la suppression pour les enfants de l'exposition des sucreries au niveau des caisses des grandes surfaces.

La question qu'on peut se poser, bien sûr, est donc : soit cette grande enseigne n'a eu aucune information sur la lutte contre l'obésité des enfants menée en France, et notamment le taux d'obésité plus important dans le 93. Soit elle est tout à fait informée, mais la direction s'en fiche royalement et, bien au contraire, a compris que pour les parents qui ont peu de moyens financiers, pour satisfaire leurs enfants, dans notre grande société de consommation, ils peuvent au moins leur vendre beaucoup de bonbons. ■

La misère et l'estomac

Paul Scheffer, 3,5 euros par jour sont nécessaires au minimum pour arriver à se nourrir convenablement en prenant comme critère ceux du Programme National de Nutrition et Santé (PNNS). Il faut savoir cependant que ce seuil a été calculé par des ordinateurs ayant toutes les informations pour optimiser leurs choix, autant dire que les personnes concernées par de telles démarches doivent certainement dépenser bien plus ; or, toujours selon Nicole Darmon, déjà cinq à six millions de personnes en France consacrent cette somme ou moins à leur alimentation ¹.

La socio-anthropologue Christine César a mené une étude de plus d'un an concernant l'alimentation de familles en grande précarité, qui donne certains éclairages sur cette situation ². Jusqu'alors, les personnes ayant recours à l'aide alimentaire n'avaient pas été prises en compte par les études alimentaires. Avec en moyenne 2,60 euros par jour consacrés à la nourriture, les choix alimentaires privilégient les aliments gras et sucrés, ces derniers étant des apports caloriques peu chers, mais peu recommandables pour la santé : la qualité des produits et des graisses en question laissant à désirer. Ces personnes présentent ainsi des problèmes d'hypertension, de surpoids ou d'obésité, mais aussi de scorbut, d'anémie et de carence en folates. L'étude de Christine César montre également que souvent ces personnes n'arrivent pas à manger à leur faim.

La chercheuse souligne la souffrance psychique marquée qu'elle a pu rencontrer auprès de ces familles, avec un recours fréquent aux médicaments psychotropes pour tenir le coup. Elle insiste

aussi sur le fait qu'il ne s'agit pas pour elle d'erreurs nutritionnelles, leurs choix s'avèrent au contraire tout à fait rationnels pour arriver à être « calé » à moindre frais. Elle invite ainsi les professionnels de santé, encore souvent porteurs de cette vision, à ne pas culpabiliser ces personnes lors de leurs interventions.

Pour Christine César, il s'agirait de faire en sorte que les conditions de vie économique de ces familles soient soutenues, par l'emploi de chèvres fruits et légumes par exemple, qui sont sans doute un minimum quand on a en plus à l'esprit que les prix des denrées de base ont augmenté de près de 25 % entre 1998 et 2011 ³.

La lutte contre les inégalités économiques commence seulement en France à être considérée comme un vecteur d'amélioration de la santé publique, inscrite dorénavant dans différents plans d'Etat : le deuxième volet du PNNS notamment ⁴. Malgré cela, le sociologue et anthropologue Didier Fassin rappelle que « les inégalités sociales de santé présentent deux caractéristiques majeures : elles sont plus élevées que dans la plupart des pays européens et elles ont tendances à s'aggraver. ⁴ » ■

- 1. Documentaire vidéo « Alertes dans nos assiettes », de Philippe Borrel, Christophe Labbé et Olivia Recasens.
- 2. César C., Étude Abena 2004-2005 : www.inpes.sante.fr/slh/articles/396/05.htm
- 3. Emission *Place Publique*, France 3, 6 décembre 2011.
- 4. Pierre Arwidson pour le chapitre « Prévention », et Didier Fassin pour le chapitre « Les inégalités de santé », dans *Santé publique – L'état des savoirs*, Fassin D., Hauray B. (sous dir.), La découverte, Inserm, 2010.



Du champ à l'assiette... et de l'assiette aux champs

Le contenu de notre assiette a un impact important sur l'organisation du système agricole et alimentaire. Contraintes environnementales et préoccupations de santé publique n'apparaissent pas antagonistes à quelques « recommandations » près...

Madeleine Charru, Une approche globale et quantifiée
directrice de pour ouvrir le débat : avec 80 % des terres
l'association Solagro agricoles (hors exportation) utilisés pour
www.solagro.org nourrir les animaux qui produisent la

viande et le lait que nous consommons, 60 000 hectares par an retirés de l'usage agricole pour construire routes, maisons et parkings... disposerons-nous des surfaces nécessaires pour nourrir plus de 70 millions d'habitants, le bétail, fournir énergie et matériaux tout en préservant la fertilité des sols, la qualité des eaux, la biodiversité, le climat ?

C'est pour répondre à cette question ou du moins poser les termes du débat que Solagro (voir encadré) travaille à la construction d'un scénario agricole et alimentaire durable, crédible, et quantifié physiquement pour la France : Afterres2050¹.

Premiers résultats : une conduite pour moitié en agriculture biologique et pour moitié en agriculture intégrée² répond aux exigences environnementales (à l'exception des émissions de gaz à effet de serre qu'il s'avère difficile de diviser par quatre), peut nourrir la France et quelques voisins... en évitant de déstructurer d'autres agricultures du monde. Mais notre assiette et le paysage agricole sont bien différents.

Alimentation : un nécessaire changement de régime

L'application des principes de sobriété et d'efficacité que nous partageons avec le scénario négawatt nous conduisent à proposer :

- La division par deux des pertes de produits consommables qui sont aujourd'hui de 190 kilos par personne et par an dont 110 kilos « à l'assiette » ou « à la cuisine », soit sous la responsabilité du consommateur final.
- La réduction à 10 % des 70 % de surconsommation observés, par rapport aux besoins, pour les protéines et des 50 % observés pour le sucre.
- La satisfaction des besoins en protéines avec un tiers de protéines animales (viande et lait) et

deux tiers de protéines végétales, soit l'inverse de la situation actuelle, ce qui revient à diviser par deux notre consommation de viande et de lait.

Qu'en pensent les spécialistes ?

Nos recherches bibliographiques indiquent que, si les besoins de 75 à 120 mg par kilo et par jour de protéines doivent être satisfaits, rien ne s'oppose à la substitution partielle de protéines animales par des protéines végétales. La division par deux de la consommation de viande permet, a priori, de préserver les apports en acides aminés et autres nutriments essentiels, ainsi que les habitudes culturelles. La question du lait est plus difficile à trancher, en effet les ANC (apports nutritionnels conseillés) en calcium sont de 900 mg par jour pour un adulte et un régime sans produits laitiers ne peut pas en fournir plus de 500 mg. 400 mg devraient donc être fournis par le lait.

De nombreuses controverses existent sur le niveau fixé des apports en calcium (lire l'article de Thierry Souccar). Plusieurs travaux précisent qu'un régime moins riche en protéines animales nécessite un apport moindre en calcium du fait des « fuites » évitées.

Dans l'attente de certitudes, nous avons fixé l'apport du calcium par le lait à 200 mg par jour et par personne, soit un à deux produits laitiers par jour plutôt que les trois très médiatement recommandés par le PNNS³.

En jeu, 5 à 8 millions d'hectares « libérés » pour d'autres productions et, sauf avis contraire, un meilleur équilibre nutritionnel. ■

1. Démarche soutenue par la Fondation Ch.L. Mayer pour le progrès de l'homme (FPH).
2. L'agriculture intégrée s'appuie sur les mêmes piliers que l'agriculture biologique, mais s'autorise l'utilisation d'azote minéral pour ne pas limiter les rendements et les produits phyto-sanitaires (en dernier recours) pour éviter la perte de récolte.
3. Programme National Nutrition Santé.

D'où vient Afterres2050 ?

Isabelle Meiffren, www.solago.org Afterres2050 consolide une des convictions fondatrices de Solagro : l'agriculture peut et doit être à la fois écologique et productive. En 1981, une poignée d'agronomes, d'énergéticiens et d'agriculteurs tout frais sortis des utopies post soixante-huitardes cherchent des alternatives à un productivisme conquérant qui veut nourrir le monde, intensément, à grands renforts de chimie, d'énergie, puis d'OGM et fondent une association.

Choc et contre choc pétrolier, crise des déchets, des pollutions, de la biodiversité, du climat : d'un siècle à l'autre, ces trente dernières années furent tout sauf tranquilles ! Trente années durant lesquelles Solagro a proposé, expérimenté, démontré et fait savoir en toute indépendance qu'il existe d'autres modèles énergétiques et agricoles à déployer. Aujourd'hui, une centaine d'adhérents, un conseil d'administration engagé et une équipe pluridisciplinaire d'une vingtaine d'ingénieurs, font vivre le projet.

Notre quotidien ? Des études, des programmes de recherche, des travaux prospectifs. Nous accompagnons des agriculteurs, des territoires, des collectivités à mener à leur terme des projets concrets pour bien garder les pieds sur terre et rester pragmatiques.

Solagro, c'est aussi la passion du débat et la satisfaction de participer à des groupes de travail – nationaux et européens – où l'on cherche, d'une directive à un texte de loi, à sortir des impasses dans lesquelles nous sommes.

La construction d'Afterres2050 relève de cette ambition. Scénario d'une transition alimentaire qui partage les fondamentaux du scénario de transition énergétique négaWatt, il nous amène sur des terrains nouveaux que nous n'imaginions pas « polémiques » comme la définition de nos besoins nutritionnels ! Nous souhaitons donc engager le débat avec des nutritionnistes, des sociologues, des citoyens... tous ceux qui se sentent concernés par ce que nous mangerons en 2050 dans une bienveillante attention à la terre qui nous supporte. —

Quel rôle pour l'expertise citoyenne ?

Paul Scheffer, doctorant contractuel enseignant à Paris 8, président de l'ADNC www.adnc.asso.fr
Le Réseau Environnement Santé (RES) et un ensemble d'associations se sont fendus d'une lettre ouverte ¹, il y a quelques mois, à la ministre de l'Environnement pour protester contre la nouvelle législation qui limite le pouvoir de participation des associations au processus de décision : « Pour pouvoir participer aux instances officielles, consultatives ou décisionnelles, une association agréée devra désormais compter au moins 2 000 adhérents répartis dans au moins six régions. Quant aux associations d'utilité publique, elles devraient exercer leur action sur la moitié des régions au moins, et disposer d'un minimum de 5 000 donateurs, pour pouvoir se faire entendre. De plus, l'Etat s'octroie le droit de vérifier les conditions de financement des associations pour s'assurer « de leur indépendance » » nous dit le RES. De nombreuses associations ont joué un rôle essentiel de lanceur d'alertes environnementales, comme Inf'OGM, Générations Futures, le RES. Ces mesures apparaissent d'autant plus à contre-courant de l'intérêt général que la thèse soutenue récemment de la sociologue Régine Boutrais, qui travaille à l'ANSES, montre de manière fort détaillée justement le rôle clé joué par l'expertise citoyenne dans ce domaine ².

Le RES a obtenu récemment une belle victoire avec le retrait du Bisphénol A, il reste aussi très mobilisé sur la question des pesticides. Il rappelle que les dernières études ont mis en évidence « une nette supériorité des produits bio sur au moins deux critères : la teneur des fruits et légumes en polyphénols et autres antioxydants, et la teneur du lait en

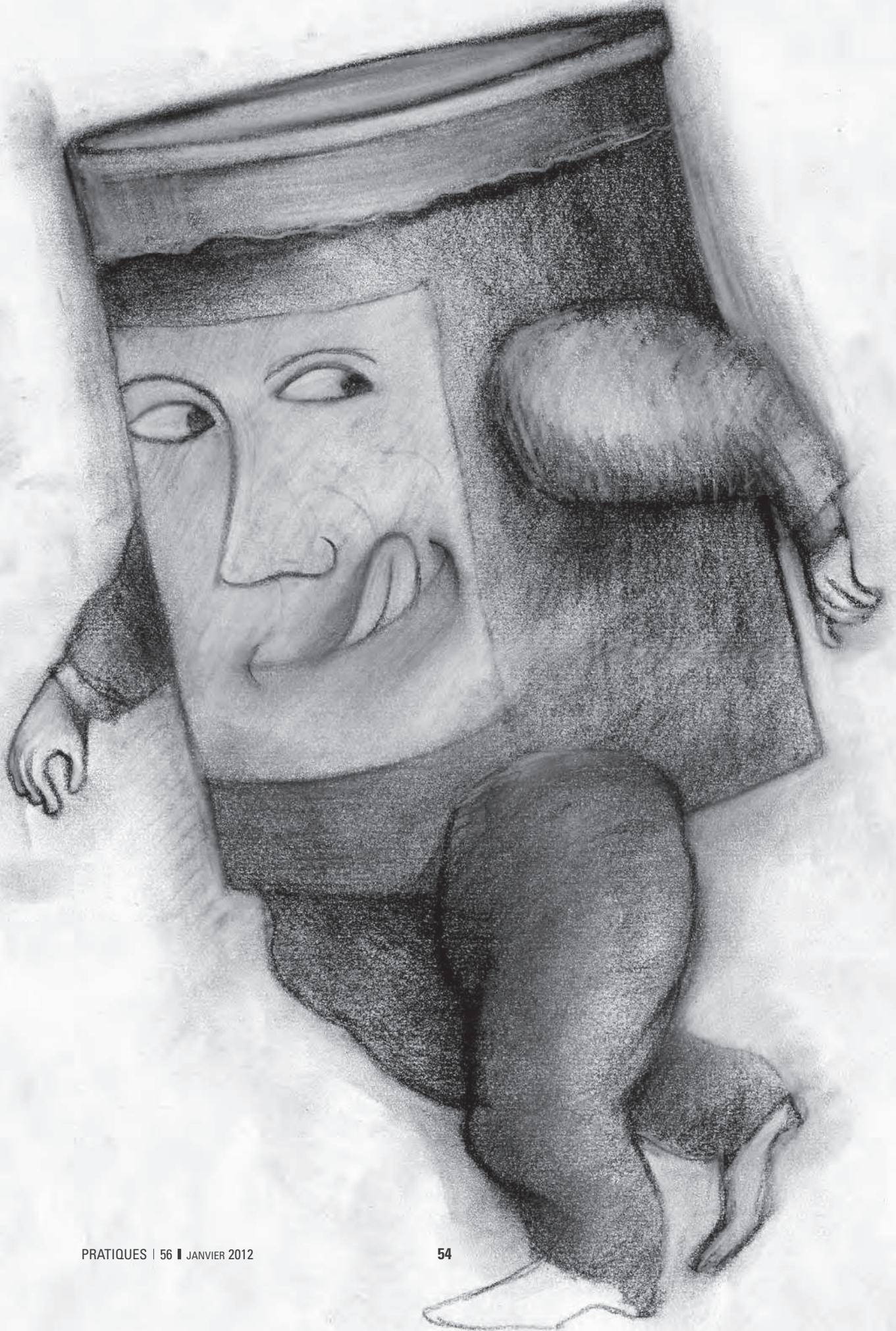
acides gras oméga 3 (+ 68 % d'oméga 3 dans les produits bio par rapport aux conventionnels selon la moyenne des onze études comparatives publiées depuis 2003) » ³. Les produits bios contiennent moins de résidus de pesticides, un aliment sur dix est concerné, contre un sur deux en conventionnel. Ces résidus ne sont pas anodins pour le RES : « Une méta-analyse publiée au Canada a conclu que sur deux cent sept publications scientifiques mettant l'exposition aux pesticides et diverses pathologies (cancer, neurotoxicité, problèmes de reproduction, génotoxicité, problèmes dermatologiques), cent soixante-treize concluaient à une corrélation positive entre l'exposition et l'incidence de ces maladies ». Sans compter les effets des insecticides, très utilisés en France, sur le système nerveux encore récemment rapportés dans des études publiées en avril dernier dans le *Environmental Health Perspectives* : « des effets qui apparaissent même à très faibles doses, notamment après l'exposition de la mère pendant la grossesse ou des enfants en bas âge ».

Il semblerait que le gouvernement soit toujours adepte de la méthode visant à casser le thermomètre au lieu d'essayer de remédier à la température... —

1. <http://reseau-environnement-sante.fr/2011/07/21/actions-en-cours/representativite-des-associations-environnementales-le-gouvernement-meprise-nos-actions-et-nos-expertises/>

2. Régine Boutrais, « Dynamiques associatives et santé environnementale : Vers un nouveau mode de développement ? », Thèse de sociologie, Université Paris Dauphine, soutenue en novembre 2011.

3. Tribune du RES dans *Le Monde* (19 juillet 2011).



Ce qui bouillonne sous le couvercle

DOSSIER

Face à une formation carencée et formée, certains diététiciens ou psychologues se forment eux-mêmes autrement, par le biais de rencontres, de lectures, de participations à des collectifs, et font évoluer leurs idées et leurs manières d'exercer.

Certains d'entre eux apportent ici leurs témoignages de pratiques de soins différentes, faisant place à d'autres valeurs ou aspects que ceux mis en avant au cours de leur formation. Ceci s'exprime à travers une conscience des effets pervers de la médicalisation qui concerne aussi le domaine de l'alimentation, mais avec un souci plus global des personnes, de l'importance de la place du temps, par exemple dans les questions alimentaires, ou un certain sens du questionnement du rapport à soi, à la manière de concevoir la relation soignant-soigné, et de s'adresser à l'autre dans le soin... À côté des protocoles de soin se dessinent ici des pratiques réincorporant davantage une manière de prendre soin.

D'autres initiatives répondent également à la dimension plus sociale des problématiques alimentaires, car il est dit qu'on ne discute pas des goûts et des couleurs, mais il est au contraire fortement recommandé de le faire quand il s'agit des goûts et des colères ! —

Du temps pour mieux choisir

Pour les patients en surpoids, il s'agit de réduire l'apport énergétique des repas et d'améliorer leur qualité. Mais à côté du « quoi manger », il semble intéressant de s'interroger sur le « comment manger ».

Florian Saffer, Le présent article a pour vocation de mettre diététicien en avant des solutions simples permettant à nos patients de normaliser leur rapport au temps afin de leur donner la possibilité de s'alimenter dans de bonnes conditions.

Le temps du manger

Dans leur ouvrage *Manger Français, Européens et Américains face à l'alimentation*¹, les sociologues Claude Fischler et Estelle Masson soulignent les principales différences entre le modèle alimentaire français et le modèle anglo-saxon. Il est aujourd'hui admis que le modèle alimentaire français est plutôt protecteur contre le surpoids, alors que le modèle anglo-saxon le favorise. Rappelons que ce modèle français est caractérisé par une rythmicité des prises alimentaires (les repas sont pris à heures régulières) et par un véritable temps de repas (les Français consacrent en moyenne 125 minutes par jour pour se nourrir, soit deux fois plus de temps que les Américains ou les Canadiens).

Des travaux de science du comportement alimentaire vont également dans le même sens : plus le temps de repas est court, plus le risque d'ingérer trop de calories est élevé.

Selon une étude publiée dans le *British Medical Journal*, manger rapidement et jusqu'à être repu triple le risque de devenir un jour en surpoids².

Idéalement, les repas principaux devraient dépasser les vingt minutes. En effet, le rassasiement, qui correspond à la disparition progressive de la faim, est un processus faisant intervenir différents mécanismes (hormonaux, mécaniques...) qui ne sont pas instantanés.

Ce conseil simple permet dans de beaucoup de cas de réduire l'apport énergétique des repas, ce qui facilite fortement la perte de poids.

Lors de mes consultations, je m'intéresse également à la consistance des aliments consommés par mes patients ; en effet, la texture des aliments influence fortement la durée d'un repas. Les ali-

ments à texture molle ou liquide (brioche, pain de mie, yaourt à boire...) sont d'ailleurs souvent sélectionnés afin de répondre dans cette logique de gain de temps. Je peux illustrer cette notion avec l'exemple de la collation chez l'enfant. Pour beaucoup le pain, le chocolat et le fruit d'antan ont laissé leur place à des compotes en gourde et des brioches qui peuvent être avalés en quelques secondes.

Il paraît donc logique que les professionnels de santé ne se focalisent pas uniquement sur la qualité nutritionnelle et sur la densité calorique de l'aliment. En effet, les jus de fruits et autres compotes en gourde peuvent présenter des intérêts indéniables (densité calorique basse, vitamine C, polyphénols...), alors que leur mode de consommation est peu propice au respect des sensations alimentaires.

Les solutions proposées aux patients peuvent consister à les inviter à choisir davantage d'aliments de base demandant un effort de mastication (pain complet, fruit frais, chocolat...).

Le temps de l'écoute

Comme beaucoup de cliniciens, je fais régulièrement le constat que beaucoup de patients en surpoids ont parfois de sérieuses difficultés à différencier la faim (le besoin physiologique de manger) de la simple envie de manger. Cette discrimination impose d'être disponible afin d'être à l'écoute de son corps ; en effet, la faim est facilement reconnaissable dans la mesure où elle est associée à des sensations désagréables facilement identifiables (petit creux, gargouillement...).

Des conseils invitant le patient à prendre le temps de se détendre et de s'écouter avant de manger sont parfois d'une efficacité redoutable. Ils permettent au patient en surpoids de s'interroger sur ses motivations à manger (faim, habitude, envies...), ce qui leur permet de redonner du sens à leur comportement.

Le temps de la dégustation

Il est clairement admis que le fait de manger avec des perturbateurs (télévisions, radio...) peut entraîner

Selon une étude publiée dans le *British Medical Journal*, manger rapidement et jusqu'à être repu triple le risque de devenir un jour en surpoids.

ner une augmentation importante de la prise alimentaire (de 15 à 20 %).

Le fait de porter son attention de manière soutenue sur les sensations gustatives (textures, saveurs, aspects hédoniques...) paraît également pertinent.

Cette attitude de « pleine conscience » qui s'oppose au pilotage automatique redonne également au patient la possibilité de faire des choix (ne pas se resservir, prendre des quantités adaptées...).

Prenons exemple de la consommation d'aliments caloriques (chocolat, pâtisseries...). Le plaisir à manger ces aliments décroît proportionnellement à la quantité consommée. On parle d'alliesthésie négative. Apprendre à observer cette baisse de plaisir laisse la possibilité de s'arrêter de manger.

Le temps pour soi

Parmi les facteurs conduisant à surmanger, le stress et les émotions désagréables sont fréquemment incriminés. Pour certains, le stress est à l'origine de grignotages répétitifs, pour d'autres ces émotions peuvent être le facteur déclenchant de véritables pertes de contrôle (hyperphagie boulimique).

Parmi les facteurs nourrissant ce stress, le rapport au temps est encore en cause.

Le stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face³. Lorsque ce déséquilibre est perçu par l'organisme, tout s'accélère : le cerveau se met à penser à vitesse grand V afin de trouver une solution, le corps se met en mouvement, certains gestes stéréotypés se mettent en place (se ronger les ongles, se toucher les cheveux...).

Cette accélération ne solutionne souvent rien et, dans beaucoup de cas, aucune solution n'émerge vraiment, ce qui amplifie le sentiment d'impuissance et donc le stress perçu.

Apprendre à sortir de ce rapport au temps peut se faire par de simples mesures comme la ritualisation de petites pauses réparties sur la journée (cinq minutes toutes les quatre-vingt-dix minutes de travail, par exemple).

Je peux également observer dans ma pratique que beaucoup de femmes actives enchaînent de véritables journées « marathon » : la journée de travail précède une seconde journée dédiée aux tâches ménagères ou encore aux enfants. L'instauration d'une véritable pause de quinze à vingt minutes entre ces deux journées et bien souvent suffisante pour réduire l'impulsivité alimentaire de fin de journée.

Du temps pour se consacrer à l'essentiel

Lors d'un travail sur le rapport au temps, il m'arrive fréquemment d'inviter mes patients à tenir un journal consistant à consigner par écrit leurs acti-

vités quotidiennes et en leur décernant une appréciation (note entre 0 et 10) en fonction de leur potentiel de plaisir et de sens⁴.

Le but de ce travail d'auto-observation est d'amener le patient à discriminer les activités méritant un véritable investissement des automatismes comportementaux chronophages.

La réduction des activités superflues peut, par exemple, se traduire par une limitation de l'usage de l'ordinateur et du téléphone portable le week-end et en soirée.

Le temps dégagé laissera la possibilité au patient d'investir ce temps pour des activités plus congruente avec ses valeurs et ses besoins (prendre le temps de cuisiner équilibré, passer du temps en famille, faire du sport ou simplement se reposer...).

Pour conclure, la prise en charge nutritionnelle d'un patient en surpoids se résume souvent à des conseils nutritionnels sur le choix des aliments visant à réduire l'apport calorique de la ration. Or l'expérience de terrain nous montre que pour beaucoup de mangeurs, la surconsommation calorique n'est pas uniquement causée par un manque de connaissances nutritionnelles, mais plutôt par un mode de vie dans lequel tout va très vite. Il paraît donc pertinent d'apprendre à nos patients à se donner la possibilité de ralentir afin d'observer leurs besoins et ceci dans le but de faire des choix bons pour eux.

Il semble également important que ces conseils ne soient pas imposés comme une énième injonction (« il faut prendre le temps de souffler »), mais présentés comme une possibilité, une alternative.

Selon moi, la diététique ne devrait pas être une science « qui impose des règles », mais une science humaine permettant à chacun d'avancer vers une alimentation allant dans le sens du bien-être physique, social et psychologique, et tout cela avec douceur, respect et bienveillance. Gardons toujours à l'esprit que le mot « diététique » vient du grec « diaita » qui signifie « art de vivre ». ■

Parmi les facteurs conduisant à surmanger, le stress et les émotions désagréables sont fréquemment incriminés.

1. Claude Fischler Estelle Masson, *Manger Français, Européens et Américains face à l'alimentation*, Edition Odile Jacob, 2008.
2. Maruyama, K., S. Sato, T. Ohira, K. Maeda, H. Noda, Y. Kubota et al. «The joint impact on being overweight of self reported behaviours of eating quickly and eating until full: cross sectional survey », *British Medical Journal*, 21 octobre 2008.
3. Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au Travail – OSHA, 2002.
4. Cet exercice est issu du livre du psychologue et philosophe Tal Ben Shahar, *L'apprentissage du bonheur, Principes, préceptes et rituels pour être heureux du psychologue*, Edition Belfond, 2007.

Accompagner pour changer

Les carences en connaissances psychologiques dans la formation de diététicien sont reconnues. Chacun essaie donc d'acquérir des techniques pour aider au mieux ses patients à changer leurs habitudes durablement.

Séverine Sénéchal, diététicienne libérale, Amiens

En 2002, quelques semaines avant mon entrée en BTS diététique, je découvre l'approche du Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids (G.R.O.S.), à travers un livre (*Maigrir sans régime* de J.-P. Zermati). Ce nouveau point de vue me permet de suivre avec un regard critique les cours sur le traitement diététique du surpoids et de l'obésité enseigné en BTS. Et, après l'obtention de mon diplôme, je suis la formation du G.R.O.S., puis je m'installe en libéral fin 2005. Les premières années, je m'attache surtout à questionner les patients sur leur comportement alimentaire, cherchant à identifier les idées reçues qui peuvent entraver l'écoute et le respect de leurs sensations alimentaires. Mes questions sont essentiellement fermées (à choix multiples), car mon objectif est de faire un état des lieux, une expertise de leurs difficultés actuelles, conformément à l'attente que j'imagine de mes patients. Cette façon de travailler, différente de ce que les patients s'imaginent en venant voir une diététicienne (« qu'elle me dise précisément quels aliments je dois manger, à quel moment et en quelle quantité ») déroute assez souvent les patients. Avec les patients les plus réticents, que je cherche à convaincre, les consultations peuvent dépasser largement le temps imparti. D'autre part, je me sens trop responsable de ce que vivent les patients, j'ai le sentiment que je dois avoir une solution à leur proposer dans toute situation. Avec l'expérience, je m'aperçois que certains patients adaptent leur comportement en fonction des attentes des personnes de leur entourage : ils peuvent réussir à perdre du poids lorsqu'ils sont suivis par quelqu'un (pour satisfaire l'attente de la diététicienne par exemple), mais en reprennent dès l'arrêt du suivi, parce qu'ils se sentent obligés de finir le plat pour faire plaisir à leur mère, ou de manger tout ce que leur conjoint(e) a servi dans leur assiette... Je regrette que ce mécanisme de fonctionnement psychologique n'ait pas été étudié lors de mes études, car je me suis sentie démunie face à de telles situations.

Durant mes études diététiques, le végétarisme et le végétalisme ont été à peine abordés.

Lacune de formation ou désinformation nationale ?

En 2008, une patiente végétalienne ayant pratiqué du sport à haut niveau me contacte pour une consultation dans le but de s'assurer que son alimentation couvre ses besoins. Je commence donc à faire des recherches sur Internet, et quelle surprise pour moi de constater qu'il existe un rapport officiel de l'Association Américaine de Diététique (ADA) confirmant que « les alimentations végétariennes (y compris végétaliennes) bien conçues sont bonnes pour la santé, adéquates sur le plan nutritionnel et peuvent être bénéfiques pour la prévention et le traitement de certaines maladies. Les alimentations végétariennes bien conçues sont appropriées à tous les âges de la vie, y compris pendant la grossesse, l'allaitement, la petite enfance, l'enfance et l'adolescence, ainsi que pour les sportifs »¹. Ce rapport détaille les nutriments nécessitant une attention particulière. Durant mes études diététiques, le végétarisme et le végétalisme ont été à peine abordés (juste évoqués lors d'un cours de biochimie sur les acides aminés essentiels). Jusque-là, j'ignorais totalement que cette alimentation était compatible avec la santé, et je découvre alors qu'il n'existe aucun nutriment d'origine animale qui soit indispensable à la santé humaine (puisque la vitamine B12 est synthétisée uniquement par des bactéries). Non seulement l'alimentation végétarienne était largement ignorée dans mes études, mais elle était également difficilement applicable, puisque dans nos rations, on nous imposait un rapport protéines animales/protéines végétales > 1 (et il va sans dire que consommer en excès des produits laitiers ou des œufs n'est certainement pas judicieux pour la santé). L'idée d'une alimentation contenant beaucoup plus de végétaux est pourtant de plus en plus d'actualité, notamment pour des raisons environnementales (« Lundi sans viande » au Québec, « Jeudi végétarien » de Gand en Belgique...).

Cette découverte du poids des lobbies dans les recommandations alimentaires françaises m'a fait rallier l'Association de Diététique et Nutrition Critiques (ADNC).

Questionner et écouter plutôt qu'affirmer

Au fil des années de pratique libérale, je ressens un besoin croissant de rendre les patients acteurs de leurs choix, auteurs de leurs décisions de changement, une nécessité de mieux répartir les responsabilités dans la relation. En 2011, je participe à une formation à la relation d'aide (approche centrée sur la personne) qui fait beaucoup évoluer ma pratique. En effet, lorsqu'un patient m'expose une situation problématique, spontanément je lui propose une (ou plusieurs) solution(s). Or certains patients trouvent sans cesse une objection à chaque solution proposée. En aidant le patient à chercher lui-même ses propres solutions, non seulement il arrive qu'il propose des idées auxquelles je n'aurais pas pensé, mais il réalise également mieux les efforts qu'il serait prêt à faire pour mettre en pratique une solution qu'il a proposée. Cette approche différente a nécessité une importante réflexion sur les changements que je souhaitais apporter à mes habitudes de travail. J'ai totalement revu les questions que je pose lors de la première consultation, qui sont à présent beaucoup plus ouvertes. Je trouve que la principale difficulté de cette approche est l'idée incontournable de « prendre le temps ». Prendre le temps... quelle idée saugrenue à une époque où les seuls critères d'évaluation semblent être devenus la rapidité et la rentabilité ! Prendre le temps d'écouter le patient, tout en le préparant aux étapes nécessaires (Êtes-vous prêt à changer vos habitudes durablement ? Êtes-vous prêt à prendre le temps de le faire ?) Prendre le temps de demander au patient à quels critères il souhaite se fier pour évaluer son évolution vers son objectif (sa balance, ses vêtements, ses crans de ceinture, son souffle... lorsque la problématique est de perdre du poids). Prendre le temps de poser des questions pour recueillir la vision précise du patient sur tous les sujets qu'il amène (Vous venez de parler de manger équilibré, que faut-il manger pour que ce soit « équilibré » ?). Ce qui m'amène parfois à découvrir des idées très rigides, des règles très strictes... qui pourront être progressivement remises en question, en suggérant l'idée qu'il est possible de douter, en posant d'autres questions qui mettront peut-être en évidence des contradictions, ou des contraintes matérielles qui rendent presque impossible le respect de ces règles trop rigides. Il est vrai que je n'ose pas toujours questionner (de peur d'être indiscret, de peur d'accentuer le mal-être ressenti par le patient quand il évoque une situation désagréable, voire douloureuse). En même temps,

lui poser ces questions est une marque de mon intérêt et de ma considération pour ce qu'il pense, ressent... De plus, les réponses apportent des informations indispensables pour comprendre la complexité de la situation, et mettent à jour l'existence de facteurs ou contraintes que j'ignorais (expériences antérieures, schémas éducatifs...), dont je dois tenir compte pour aider réellement.

Lors de la première consultation, je sens aussi parfois qu'une approche trop peu directive ne convient pas, que la personne a besoin de repères alimentaires, d'un cadre rassurant, qui n'est une étape, bien utile lorsqu'elle n'arrive plus à manger certains aliments en quantité raisonnable (pas du tout de chocolat ou la tablette entière !). Lors du deuxième entretien, les quantités sont choisies avec elle, en tenant compte pour le mieux de ses différents besoins (faim, convivialité, contraintes de temps...).

Si certains patients ne savent plus quoi faire, n'ont plus d'idées sur ce qu'ils pourraient modifier dans leurs habitudes, et comptent sur moi pour découvrir de nouvelles pistes, d'autres ont des idées et ont simplement besoin de se sentir accompagnés pour oser les appliquer... si je leur en laisse l'opportunité en leur posant des questions ouvertes.

Je remarque aussi que les patients ont souvent l'idée qu'il existerait un modèle alimentaire universel, donc j'ai affiché en salle d'attente un texte (dont le titre est « Apprend-on à nager en une seule leçon ? ») les invitant à la patience et à un autre regard sur leur cheminement alimentaire.

De mon côté, j'ai enfin accepté l'idée de ne pas pouvoir aider tout le monde, abandonné l'idée que « si j'étais davantage formée, plus expérimentée, je pourrais aider toutes les personnes qui viennent me consulter, sans exception ». D'ailleurs, un jour, à la fin d'une première consultation, une jeune femme m'a dit : « Vous me demandez de réfléchir, je ne veux pas ! ».

Cela dit, j'ai encore une bonne marge pour progresser, m'entraîner à prendre le temps de poser des questions pour amener chaque patient à trouver lui-même ses réponses, comprendre par lui-même son fonctionnement, plutôt qu'en lui donnant encore trop souvent mes explications sur un mode affirmatif. ■

■

1. www.alimentation-responsable.com/node/29
2. Il est vivement recommandé aux végétaliens de s'assurer un apport suffisant en vitamine B12, par une supplémentation ou la consommation d'aliments enrichis en vitamine B12 (qui sont encore rares en France).

**Prendre le temps...
quelle idée saugrenue
à une époque où
les seuls critères
d'évaluation semblent
être devenus
la rapidité et
la rentabilité !**

L'Ecole des papilles

Projet créatif de prévention de l'obésité, l'Ecole des Papilles développe les savoir-faire et les connaissances des enfants sur l'alimentation, tout en renforçant leur esprit critique vis-à-vis des publicités.

Sébastien Goudin, diététicien et membre de l'association ABCdiététique
www.abcdietetique.fr

Aujourd'hui, huit personnes sur dix considèrent être bien informées sur l'alimentation. La principale source de ces connaissances : les médias¹. Ils nous bombardent d'informations que nous apprenons même quand elles sont contradictoires. D'un côté, des messages sur l'alimentation et ma santé recommandent de manger des fruits et légumes, de ne pas manger trop gras, trop sucré, trop salé... De l'autre, 70 % des publicités alimentaires vantent l'intérêt de consommer des produits gras et sucrés².

Ceci nous aide à comprendre les raccourcis souvent utilisés par les enfants pour définir l'équilibre alimentaire : « Manger équilibré, c'est manger des fruits et des légumes et ne pas manger des aliments qui font grossir comme les bonbons et les frites ». Mais qui n'aime pas les bonbons, ou les frites ? Quels liens les enfants peuvent-ils faire entre ce qu'ils savent et ce qu'ils font ? Comment adapter notre comportement alimentaire à notre savoir nutritionnel ? Comment faire le tri dans cette masse d'informations ?

Plaisir de manger et équilibre alimentaire

Initié en 2004 dans le Rhône, le projet « l'Ecole des Papilles³ » est une tentative de réponse. A travers l'objectif de prévenir la prévalence de l'obésité des enfants du cycle, nous replaçons l'alimentation dans une réalité de vie. Nous montrons aux enfants qu'il est possible de concilier plaisir de manger et équilibre alimentaire en considérant la convivialité, le partage et la pratique culinaire comme des piliers de cet équilibre. Enfin, nous développons leur esprit critique vis-à-vis des publicités alimentaires pour leur permettre de se démarquer de leur influence.

Avec l'agrément pédagogique de l'Education nationale, nous travaillons de manière ludique sur les savoir-faire, savoirs et savoir-être. Les enfants sont suivis pendant deux ans en demi-classe pour faciliter la prise de parole et l'implication. En 1^{re} année, nous engageons des « détectives » pour enquêter sur le plaisir de manger et l'équilibre alimentaire. Le but : cuisiner un buffet équilibré et délicieux pour les parents. Pour la 2^e année, les élèves sont

des publicitaires et font la promotion du goûter équilibré. Le but : inviter les parents à venir découvrir une « vente privée » autour d'un goûter équilibré. Nous pensons que dans une famille où l'enfant a sa place, il peut être agent de changement : nous incitons régulièrement les enfants à échanger avec leurs parents sur les thématiques du projet. Nous savons aussi que les parents restent décisionnaires quant à l'alimentation de leur enfant, et nous profitons du temps festif pour échanger avec eux.

L'implication de l'équipe pédagogique est déterminante dans la réussite du projet. Les enseignants des deux années concernées sont volontaires. Les séances sont co-construites avec eux à partir des objectifs du projet. L'infirmière scolaire est invitée à participer aux séances pour s'approprier les contenus et les reproduire.

Une évolution des comportements

Une évaluation du processus et des résultats a été réalisée en 2008. On observe un écart significatif dans l'évolution des connaissances sur l'équilibre alimentaire et la publicité (32 % déclarent que la publicité influence leur choix en début d'année contre 89 % en fin de projet). Les comportements évoluent : parmi les 67 % d'enfants connaissant la règle du goûter équilibré, 79 % l'appliquent. Les enseignants apprécient la « continuité sur les deux années avec un travail en demi-groupe qui permet à chaque enfant d'exister ». Quant aux parents, ils sont 48 % à penser que ce projet peut avoir une influence sur leur alimentation en fin de 1^{re} année et 61 % en clôture de projet. Ils sont nombreux à se déplacer au temps festif qui clôt le programme (59 %).

Pour pérenniser le programme, nous espérons que le dispositif pourra être diffusé et expérimenté plus largement aux acteurs de l'éducation nutritionnelle. ■

1. Baromètre santé nutrition 2008.

2. Impact des publicités télé alimentaires sur des 6/12 ans de région parisienne, 2002.

3. Financier : ARS Rhône Alpes.

Démédicaliser l'alimentation

Au xx^e siècle, l'équilibre alimentaire est passé sous le contrôle de La Science et ses experts. Le peuple des mangeurs s'en porte-t-il mieux ?

Les chiffres de l'obésité et ses conséquences sur la santé

En France, l'étude ObEpi observe tous les trois ans la prévalence de l'obésité. En 2009, 14,5 % des adultes de plus de 18 ans et 3,5 % des enfants de 3 à 17 ans sont obèses. Une tendance lourde qui s'accroît avec le temps. Seulement 8,5 % des adultes étaient obèses en 1997. En extrapolant les courbes, les experts prévoient 30 % d'obèses en Europe en 2020, le taux actuel aux Etats-Unis. L'obésité ne se limite plus à l'Occident et se développe dans les pays en voie de développement, chez les enfants comme chez les adultes.

« Demain, tous gros ? » titrait le magazine *Terra Eco* en février 2011. Un site Internet de santé annonce « Une progression galopante en France et dans le monde » de l'obésité. L'hyperbole catastrophiste est la règle pour évoquer l'obésité, une aubaine pour les politiciens en quête de slogans porteurs. Le Syndrome d'Apnée du Sommeil, le diabète de type 2, les accidents cardio-vasculaires, certains cancers et les problèmes rhumatologiques en sont les complications bien connues. Elle constitue par ailleurs un réel handicap social. Rivée au préjugé universel selon lequel les obèses seraient responsables de leur état par leurs excès alimentaires, la stigmatisation entrave leur réussite professionnelle et affective, favorise leur paupérisation et provoque des difficultés psychologiques. Des réponses chirurgicales pallient l'impuissance médicale. Inscrite parmi les maladies par l'OMS en 1991, l'obésité coûte cher à la collectivité par une consommation médicale accrue. Qui pourrait contester qu'elle soit un réel problème de santé publique ?

Depuis la médicalisation systématique du poids et de l'alimentation, les obèses sont de plus en plus nombreux et de plus en plus gros ; ils le deviennent de plus en plus tôt et en sont de plus en plus malades. Des troubles du comportement alimentaire torturent les mangeurs de tous poids¹. Malgré ou à cause de cette médicalisation ?

Des réalités humaines déniées par les normes

L'obésité est définie « comme un excès de masse grasse entraînant des inconvénients pour la santé² », qui se mesure avec l'Indice de Masse Corporelle calculé par la formule de Quételet : Poids (kg)/Taille (m)²

= IMC kg/m². Depuis la dernière classification de l'OMS, un individu est obèse lorsque son IMC atteint le seuil de 30 kg/m², en surpoids s'il se situe entre 25 et 30, de poids normal entre 18 et 25 et maigre à moins de 18 kg/m². Au xx^e siècle, la modernité technologique a modifié la balance énergétique globale en augmentant simultanément la disponibilité alimentaire et la sédentarité des individus. Une élévation du poids moyen des mangeurs devait logiquement résulter de cette augmentation des apports contemporaine d'une réduction des dépenses. Or, les normes de l'OMS excluent les rondeurs d'un Maillol ou d'un Renoir valorisées au siècle précédent. Par ailleurs, les valeurs de ces normes sont fixes alors que, mathématiquement, elles devraient augmenter au fur et à mesure de l'inflation du taux d'obésité. Appliquées sans distinction de sexe, d'âge ou de culture, ces normes ne traduisent-elles pas le déni de la diversité morphologique interindividuelle naturelle et celui « de la réalité selon laquelle la modernité alimentaire conduit le mangeur à peser plus lourd que ses prédécesseurs³ » ?

La précision mathématique de l'IMC fait oublier que la corpulence d'un individu, obèse ou non, n'est autre que son corps vécu, lequel constitue « l'incarnation » de [sa] personne, [...] le lieu où naissent [ses] sensations et [ses] émotions [...] le moyen par lequel [il peut] démontrer quelle sorte d'être moraux [il est]⁴. N'est-ce pas cette réalité subjective vécue au quotidien, individuelle, concrète, gorgée d'affects, d'histoire, d'émotions et de désirs, où s'ancre l'identité tout entière, ineffable, immuable et évolutive à la fois qui se trouve déniée par les chiffres statistiques des modèles théoriques ?

Pour l'homme, manger est plus que se nourrir, c'est « un acte complexe qui implique l'homme et la société dans toutes ses dimensions⁵ ». L'approche

.../...

Bibliographie

Michelle Le Barzic a exercé pendant plus de trente ans dans un hôpital parisien spécialisé dans la prise en charge de l'obésité.

1998, *La meilleure façon de manger*, Editions Odile Jacob

2004, *Les déterminants psychologiques de l'obésité, Traité de Médecine de l'Obésité*, Flammarion.

2010, *Les aspects psychologiques de l'obésité*, EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Endocrinologie-Nutrition.

.../...

diététique et nutritionnelle de l'alimentation opère un déni supplémentaire, celui de la complexité de la fonction alimentaire humaine, vitale et adaptative, qui obéit à une triple finalité, nutritive, hédonique et symbolique, dont la synergie harmonieuse est nécessaire à l'équilibre alimentaire et psychologique. Première tâche de l'homme pour assurer la survie de l'espèce, premiers contacts avec le monde extra-utérin pendant la période nourricière, la fonction alimentaire vitale et adaptative de l'omnivore humain est intimement amarrée à son humanisation et sa socialisation. L'équilibre alimentaire et psychologique repose sur la synergie harmonieuse de ses trois finalités, nutritive, hédonique et symbolique.

La médicalisation des phénomènes existentiels : un contresens épistémologique

Depuis 1997, tout individu en bonne santé dont l'IMC atteint le seuil fatidique établi par l'OMS est décrété officiellement « malade » en vertu des « risques statistiques de complications somatiques » associés à sa corpulence, même si un risque de 30 % implique 70 % de sujets épargnés par le risque. Un degré supplémentaire de déni n'est-il pas franchi lorsqu'une maladie n'est définie que par des critères pondéraux ?

Médicaliser un phénomène consiste à lui appliquer les principes théoriques et pratiques de la science médicale, qui décompose le vivant en objets partiels. La glycémie ou la vitamine D peuvent se mesurer. Mais le corps ne se

réduit pas à un indice de corpulence ni l'alimentation humaine à la valeur calorique des aliments. Ultime déni issu des précédents : l'application de la grille de lecture et des pratiques médicales, inappropriées voire dangereuses⁶ à ces réalités existentielles complexes dotées d'une homéostasie propre. La nourriture n'est pas un objet pathogène, et la fonction alimentaire humaine ne se manipule pas comme un thermostat pour régler la dose des calories et nutriments en fonctions de la corpulence recommandée par l'OMS. Pétris de déterminants psychologiques conscients et inconscients, foncièrement irrationnels, ces phénomènes n'appartiennent pas au champ logique du médical, rationnel et linéaire. Ils exigent un changement de registre logique. Celui de la psychologie clinique, spécifique des réalités existentielles individuelles, est plus

apte à rendre compte du point de vue du mangeur sur son corps et sa nourriture.

La science démontre aujourd'hui que l'obésité est une réalité complexe résultant de la conjonction de nombreux facteurs interactifs. Mais la société persiste dans l'erreur épistémologique qui la conduit à lui appliquer la grille de lecture et les normes de corpulence médicales, d'où découlent des réponses aussi aberrantes que le Médiator® ! Calculer un IMC, prescrire un régime restrictif et donner des conseils comportementaux est à la portée de tous, médecin ou non. Le florissant commerce de l'amaigrissement en atteste.

Espérant pallier leur défaut de formation psychologique, les médecins et les diététiciens se tournent vers le comportementalisme qui aggrave le contresens épistémologique en leur donnant l'illusion d'une compétence en psychologie. La qualification pour la prise en charge des problèmes de poids exige une spécialisation approfondie incluant l'étude des complexités de la fonction alimentaire humaine, l'identité corporelle et leurs retentissements psychologiques, qui n'existe pas aujourd'hui.

Conclusion/Réfléchir autrement ?

Ignorant l'ampleur de leur ignorance, les fondateurs de la Nutrition Médicale ont imposé à « un problème complexe, une solution simple, directe et fautive⁷ » qui contribue à aggraver l'obésité. Il appartient à leurs successeurs de purger les mentalités des idées fausses qui leur ont été inoculées. « Reconnaître l'ignorance devient ainsi l'autre versant de l'obligation de savoir.⁸ » ■

1. Le Barzic M., Pouillon M., *La meilleure façon de manger*, O. Jacob, 1998.

2. AFERO Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement de l'obésité, *Cah Nut Diét*, 1998, 33, Suppl 1, 5.

3. Le Barzic M. « Troubles du comportement alimentaire ou comportement troublé ? » *Femmes et Nutrition*, Colloque du CERIN, 2000.

4. Marzano Parisoli M.M., *Penser le corps*, PUF 2002.

5. Aries P., *La fin des mangeurs*, Desclée de Brouwer, 1997.

6. Évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement, *Rapport d'expertise collective*, ANSES, 2010.

7. Skrabaneck P., McCormick J., *Idées folles idées fausses en médecine*, O. Jacob, 1997.

8. Jonas H., *Le principe responsabilité. Une éthique pour la civilisation technologique* (1979), Le Cerf, 1990.

La fonction
alimentaire humaine
ne se manipule pas
comme un
thermostat.

Diabète : un réseau qui innove

Quand des professionnels se rassemblent autour d'un projet pluridisciplinaire, innovant et indépendant, les patients peuvent mieux s'occuper de leur santé.

Le diabète, maladie silencieuse et asymptomatique, n'en est pas moins difficile à vivre au quotidien. La maladie chronique qu'est le diabète conduit le patient à faire face à des difficultés et dilemmes réguliers dans ses choix : manger comme tout le monde ou non ? Mettre des chaussures élégantes et sans risque pour ses pieds, prendre des traitements médicamenteux sans guérir... Dans une volonté de prise en charge coordonnée, pluridisciplinaire et ambulatoire, l'association Paris Diabète est née en 2000. Fondée à l'initiative de médecins hospitaliers et d'acteurs de santé médicaux et paramédicaux libéraux, l'association s'est donnée comme mission de créer un réseau de santé ville-hôpital pour « améliorer la prise en charge des patients diabétiques en développant une détection précoce des troubles, des interventions graduées et innovantes et le développement de l'éducation thérapeutique individuelle et collective ».

Le réseau Paris Diabète fonctionne maintenant depuis huit ans. Il permet aux patients d'accéder notamment à des prestations médicales et paramédicales ne figurant pas à la nomenclature, jusqu'ici non remboursées par la Sécurité sociale. Pour garder son indépendance, et éviter des conflits d'intérêts, le réseau ne fait pas appel à des financements de laboratoires pharmaceutiques, son financement est assuré par des fonds publics (Agence Régionale de Santé, Caisse Primaire d'assurance Maladie, Fond National de Prévention, d'Education et d'Information pour la Santé). Par ailleurs, ceci pose la question de la pérennité du réseau. Reconnu dans ses actions pour son efficacité, le financement n'en est pas moins précaire et soumis à des baisses régulières, alors que le nombre de patients bénéficiant des services du réseau est en constante augmentation (plus de 2500 patients adhérents à la date de rédaction du présent article).

Comment fonctionne ce réseau ?

Côté patients, le réseau offre une prise en charge pluridisciplinaire avec un médecin traitant, restant le pivot de cette prise en charge et le référent pour le patient. Le patient peut bénéficier, en

fonction de ses besoins, d'une prise en charge individuelle avec des consultations diététiques, un bilan podologique annuel, de bilans et suivis infirmiers, de bilans et suivis éducatifs pharmaciens. Il existe également la possibilité de participer à des ateliers d'éducation thérapeutique de groupe (ETP) sur quatre sujets : « adapter son alimentation à son diabète », « prendre soin de ses pieds sans danger », « comprendre, se surveiller, s'organiser avec son traitement », « choisir et pratiquer une activité physique au quotidien ».

Côté professionnels, le réseau Paris Diabète, c'est aujourd'hui près de 1 500 professionnels de santé, libéraux pour la majorité. Le réseau Paris Diabète tient à faciliter les échanges, grâce notamment à l'organisation de rencontres interprofessionnelles. Ainsi, par exemple, les podologues seront sensibilisés à la diététique du diabète, et cela est essentiel car quand ils prennent en charge les patients pour des soins, ils entendent bien souvent parler de la nourriture et des difficultés face au « régime ». De même, lors de la consultation diététique, il n'est pas rare que le patient évoque ses difficultés face aux traitements. Ces rencontres permettent de développer une véritable complémentarité dans la prise en charge du patient par la connaissance des pratiques des autres soignants, dans des domaines différents. Cette approche crée une dynamique d'équipe, alors que nous, libéraux, pourrions être dans une forme de pratique fragmentée et d'isolement.

Le réseau a mis en place depuis 2004 des ateliers d'éducation thérapeutique. Cette discipline, encore peu connue, demande d'être vécue par les professionnels pour mieux en comprendre les effets sur les patients. Dans ce but, le réseau organise là aussi une approche originale pour faire « vivre l'éducation thérapeutique ». Les professionnels sont invités à participer à un atelier collectif. Les médecins, les podologues, les diététiciens, les infirmières, les pharmaciens, les éducateurs sportifs peuvent ainsi circuler sur les différentes thématiques proposées aux patients par le réseau, expérimenter l'approche éducative

Lors de la consultation diététique, il n'est pas rare que le patient évoque ses difficultés face aux traitements.

.../...

.../...

et les outils développés par les professionnels éducateurs.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) exige une formation, mais elle nécessite également un accompagnement. Il n'est pas si simple de changer ses pratiques, or pratiquer l'ETP est à l'opposé de la médecine prescriptive que l'on nous enseigne lors de nos études. Dans une volonté de qualité, le réseau a permis de former des professionnels de santé à l'ETP. En effet, à deux exceptions près, la grande majorité des professionnels du réseau n'étaient pas formés. Puis la mise en place de « permanences de l'éducation thérapeutique » animées par des experts a permis l'entraînement aux pratiques et ainsi un accompagnement des professionnels.

Les professionnels, dans leur volonté de suivi coordonné, ont développé de nombreux outils inédits : supports de bilan et de suivi dans chaque discipline (médecine, diététique, podologie, infirmier, pharmacien, éducation sportive). Les besoins des patients et la nécessité d'approche concrète ont conduit au développement d'outils d'éducation du patient proprement dits : une valise d'outils pédagogique « diététique », une valise « traitement » et une valise « pied », comprenant l'ensemble des référentiels, méthodes, supports et outils nécessaires à

l'animation d'ateliers et à l'éducation individuelle. Ces valises sont le fruit du travail de professionnels très investis dans la prise en charge des patients. Grâce à ce travail de collaboration entre professionnel et interprofessionnelle, les outils créés sont aujourd'hui reconnus dans leur utilité et leur pertinence.

Le parcours de Claude illustre l'apport du réseau. Ce patient arrive en 2008 sur les conseils d'un ami, avec des signes très préoccupants : chiffres de son taux de sucre très élevés, ordonnance lourde de trois médicaments, surpoids du côté d'une obésité grave, sédentarité. La première réunion avec sa femme l'amène à rencontrer la diététicienne. Il lui demande un rendez-vous pour « essayer ». De là, il participe aux ateliers sur les traitements, ainsi qu'à ceux sur l'activité physique, et sur la podologie. Deux ans plus tard, Claude a vu les chiffres de son diabète se normaliser, le traitement s'alléger, il a repris de l'exercice. Ce qui a conduit à cette réussite, d'après Claude, c'est la rencontre « tout à fait inhabituelle de professionnels ayant compris mes difficultés, n'étant à aucun moment dans la morale ou la menace de l'insuline, me proposant une approche pluridisciplinaire très facilitante et des ateliers très riches en échanges ». Claude est un patient parmi tant d'autre qui nous conforte dans l'approche qui est la nôtre. —

Avec SOPHIA, la fin des réseaux de santé ?

La nouvelle convention médicale introduit le paiement à la performance et des nouveaux modes de rémunération.

Yveline Frilay, Le patient diabétique devient une source de rémunération pour le médecin traitant, s'il fait adhérer son patient au programme SOPHIA, organisé sous l'égide de l'Assurance maladie. Dans ce cas, le médecin perçoit la valeur d'un C (23 €), un autre C pour l'évaluation et un C lors du renouvellement, soit 46 € par an, sans rien faire. Et tout cela pourquoi ? Pour qu'une infirmière de la CPAM téléphone au patient afin de l'intimer à réaliser ses examens (dosage de l'hémoglobine glyquée trimestrielle, réaliser un fond d'œil, un électrocardiogramme par an.)

Dans un réseau, au contraire, la prise en charge est personnalisée, individuelle ou en groupe, à l'écoute du patient, progressive, en fonction du besoin du moment, en connaissance des conditions socioéconomiques, entre professionnels qui se connaissent et communiquent. Comment une infirmière

au téléphone peut-elle parler de diététique, de soins des pieds, de vérifier si les chaussures sont adaptées ?

Le réseau Paris Diabète, qui refuse un financement des laboratoires pharmaceutiques, fait face aujourd'hui à une diminution du budget et à l'augmentation du nombre de patients. Il a décidé de ne plus rémunérer les fiches d'évaluation annuelle des patients inclus dans le réseau si le patient n'utilise pas au moins une prestation du réseau dans l'année (diététique, podologique, séances d'éducation thérapeutique).

Le réseau sera-t-il menacé avec la généralisation de SOPHIA ? Que feront les médecins ? Privilégier les finances du médecin ou la santé du patient ? Un nouveau conflit d'intérêt. —

Jeûne et diabète : des recettes

Le jeûne, qui existe dans différentes religions, est difficile à faire quand on a du diabète, à cause du risque d'hypoglycémie lié aux médicaments, et de la composition des repas traditionnels. On peut proposer des recettes.

Jeûner quand on a du diabète ?

Etre diabétique et jeûner, est-ce raisonnable ? Non, disent les médecins, qui s'appuient sur les responsables religieux pour dire que les textes interdisent de mettre sa vie en danger. Les patients diabétiques jeûnent parfois quand même, car la religion compte plus que leur diabète, qu'ils ne se sentent pas malades, et que les traditions font partie de la vie sociale. Et ils arrivent en hypoglycémie, déshydratés ou avec un diabète déséquilibré. Des études, à Casablanca et à Paris, ont montré que, bien conseillées, les personnes diabétiques peuvent jeûner, à condition de modifier le traitement et de répartir l'alimentation. Rabia Shih : « Depuis longtemps, les internes venaient me demander comment faire pour ceux qui souhaitent faire le jeûne du ramadan. Je me suis formée à la Pitié Salpêtrière et, avec le docteur Khiter, nous avons mis au point un fascicule avec des conseils sur la façon d'adapter son traitement et de manger pendant les périodes de jeûne. Le meilleur médicament pour jeûner est l'insuline, une injection basale et trois injections d'insuline rapide aux repas. On peut l'utiliser juste pour le jeûne et reprendre les comprimés après. Mais on ne peut pas jeûner dans tous les cas. Au début du livret, il y a les contre-indications au jeûne, dont "jeûne déconseillé par votre médecin". »

L'idée des recettes

Les repas après le jeûne sont souvent très gras et très sucrés. Ce sont aussi des repas pauvres en fibres. Rabia Shih a mis au point des recettes : « Ce sont des recettes traditionnelles. Je les ai essayées moi-même, alléger c'est bien, mais il faut que cela ait du goût. On diminue les graisses et on majore les épices. On ajoute des légumes. Certains plats ne peuvent pas être modifiés, comme les fritures... on peut en manger, mais pas tous les soirs. Les recettes sont équilibrées, on ne fait pas un plat spécial pour celui qui est diabétique. Les patients disent qu'ils les cuisinent pour toute la famille, même les

enfants. Je ne fais pas de calculs très compliqués. Pour certaines recettes, j'ai préféré vérifier les calories, sinon je fais intuitivement. » Entretien avec **Rabia Shih**, diététicienne à l'hôpital Delafontaine, Saint-Denis.

Pas seulement pour le ramadan

Le jeûne existe aussi dans d'autres religions, le livret contient des recettes de différents pays. « J'aime faire la cuisine, j'ai toujours été attirée par les recettes de toutes les ethnies. Les catholiques font le carême, ils ne mangent pas de viande, il y a deux jours vrais de jeûne, avec des collations. Dans le judaïsme, il y a huit jours de jeûne dont deux de vingt-cinq heures. Avec une injection d'insuline basale bien dosée, on ne risque pas l'hypoglycémie. Le ramadan, c'est trente jours consécutifs. Pour ce livret, j'ai vu l'aumônière catholique et l'imam de l'hôpital, et j'ai échangé par mail avec un rabbin de Villiers-le-bel. On a mis aussi des recettes africaines, et des recettes turques. Certains hindouistes ne mangent pas de viande le lundi et le jeudi, ce qui n'est pas gênant pour la santé. Il y a aussi des recettes végétariennes. »

Propos recueillis par
Martine Lalande

Des conseils à la carte

« L'idéal est de faire des consultations personnalisées, avec les recettes des patients et leurs rythmes. On varie selon les cultures et les familles. Dans les foyers de travailleurs, une personne fait la cuisine pour tout le monde. C'est difficile de demander à celui qui cuisine de modifier la recette, et ce n'est pas toujours le même. Il faut les rencontrer. »

Exemples de recettes : Pot au feu de noix de Saint-Jacques, Filet de merlu et ses légumes du soleil et semoule, Chili végétarien, Couscous aux légumes, Hachis parmentier au chou-fleur, Escargot fourré façon brick, Aubergines farcies, Yassa de poulet au riz et gombos, Salade de carottes au yaourt, Soupe à l'orge et au lait, Falafels, Laktes de pommes de terre, Soupe aux raviolis de bœuf et poulet...

La cuisine pour sortir

Propos recueillis par **Sylvie Simon**, médecin généraliste

L'association Santé Bien-Etre, située aux Francs-Moisins à Saint-Denis, propose à ses habitants des ateliers cuisine et des ateliers « bien-être ensemble » une fois par mois. Maria, habitante aux Francs-Moisins, raconte ce qu'elle a surtout apprécié dans ces ateliers :

« J'ai découvert les ateliers cuisine grâce aux médiatrices de l'association, elles sont venues à la sortie de l'école nous proposer d'y participer. Je viens aux ateliers depuis un an, nous sommes en général une dizaine. Je dois dire que j'ai beaucoup appris, surtout des recettes de cuisine avec beaucoup moins de matière grasse, très bien pour le diabète, aussi à doser les quantités, de pâtes par exemple. Elles ont pu aussi adapter nos recettes pour faire des plats plus légers. Mais surtout, avant j'étais confinée à la maison, aux ateliers je me suis fait des amis dans le quartier, des amies de toutes nationalités. Dans les ateliers bien-être, on prépare tous un plat ensemble, il y a ensuite des discussions, souvent un intervenant de santé vient nous expliquer des problèmes de santé que l'on peut rencontrer. Autour d'un plat, on apprend à vivre ensemble. Ces ateliers, c'est une grande ouverture pour la cité et je suis contente qu'ils existent dans mon quartier. » ■

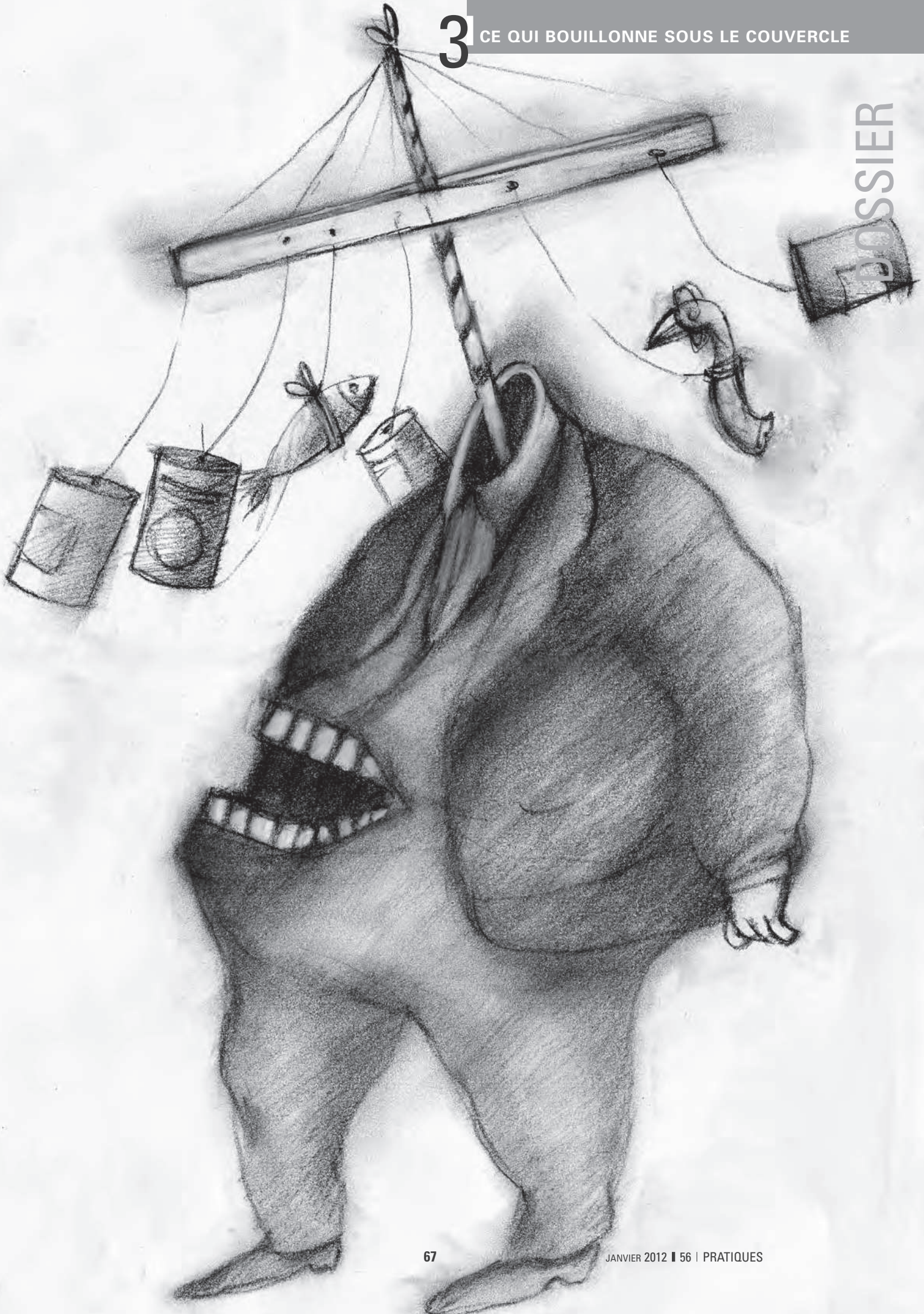
Du cœur au ventre

Anne Perraut Soliveres, cadre supérieur infirmier à la retraite, praticien chercheur

19 h 30, l'heure de la relève. L'équipe de nuit arrive dans le service de réanimation. Chaque infirmière dépose un grand sac dans un coin de l'office où se déroulent les transmissions. Premier café. A peine l'équipe de jour partie, Tran, le réanimateur, vient voir qui est là ce soir « Qu'est-ce qu'on mange ? » Deuxième café et évocation du menu. Ce soir, comme chaque soir, chacun a préparé sa spécialité du moment. Toutes les cuisines du monde se fréquentent, et nous partageons scrupuleusement les recettes des plats qui font l'unanimité. Plutôt relevés, les repas se préparent entre deux tours de soins, entre les urgences, faisant patienter nos estomacs qui ne pourront être satisfaits qu'avec la première accalmie, pas avant plusieurs heures. Je ciselle les échalotes pendant que Chantal pilonne le combava avec le gros sel pour le rougail (elle a amené son pilon, moi mes couteaux). L'odeur qui émane de son pilon est sublime et vient agréablement se substituer aux miasmes hospitalières, dont on plaisante, même (surtout) à table... Michelle a apporté les saucisses déjà prêtes et nous mettons le riz à cuire au micro-ondes (seul moyen de cuisson autorisé). Le repas est un moment fort de la nuit que nous prévoyons chaque jour pour le lendemain, voire pour la semaine suivante, de crainte d'avoir à absorber la nourriture froide et rebutante proposée par l'hôpital. Dès que le service le permet, les alèses (propres) garnissent la table et le couvert est mis. Les rires fusent, les plaisanteries n'ont d'autre limite que l'imagination (débordante) des soignants du service auxquels se rajoutent souvent l'interne et le médecin de garde, le laborantin, tous ceux qui vont passer la nuit à l'hôpital.

De quoi parle-t-on entre deux blagues ? De nouveaux plats, de ceux qu'on a déjà goûtés, de ceux qu'on va expérimenter, du prochain anniversaire où l'on va mettre les petits plats dans les grands... J'ai toujours éprouvé un plaisir particulier à mitonner la cuisine de ma région ou des plats plus exotiques (dont je laissais une large part à la maison pour les enfants qui s'indignaient systématiquement : « Encore pour l'hôpital !... »)

C'est cette perspective du repas en commun qui nous permettait de tenir, ce plaisir que nous devons attendre parfois jusque très tard, ce moment festif et créatif autour de la table où les informations essentielles concernant les patients, les aléas de la vie des uns et des autres, alternaient avec les récits de compositions de plats, entrecoupés de blagues pas toujours du meilleur goût et de fous rires irrépressibles. Cela a illuminé ma vie de travail. ■



Manger, parler, se soigner

I **Martine Lalande**, médecin généraliste

Ma nounou du Liban me nourrit chaque semaine. Elle habite un appartement HLM en bordure d'une cité difficile où je fais mes visites à vélo. A la fin de la tournée, je m'assieds dans sa cuisine et elle me régale pendant que je fais sa « psychothérapie ». Cela a commencé il y a vingt ans, quand elle gardait mon fils (pas de crèche ni école maternelle le samedi). A l'arrivée, elle lui demandait : « Que veux-tu manger à midi ? » et il répondait invariablement : « viande hachée, frites et ketchup ». Moi, au retour, elle me faisait les plats de son pays, épinards et gombos frais arrivés du Liban, multiples entrées, pâtisseries fondantes et légères, café à la cardamome. Puis mon fils a grandi, elle n'avait pas besoin de moi, sachant très bien seule soigner ses huit enfants, qui sont devenus adultes. Jusqu'en 2000 où un accident de voiture lui a brisé le genou et le moral. Ne pouvant plus marcher ni espérer trouver un travail, elle m'a rappelée et, naturellement, invitée à manger. Depuis, nous avons repris le rythme du repas hebdomadaire, où l'on prescrit peu, on parle beaucoup, on se rassérène mutuellement, on échange des nouvelles et on pose ses soucis. Souvent, je repars avec des boîtes en plastique pleines de restes délicieux « pour mon fils ». Je lui apporte du pain, du miel et des fleurs, nous échangeons des cadeaux d'anniversaire ou de retour de vacances et des cartes postales. Il me semble qu'elle ne va pas trop mal, même s'il y a des péripéties (multiples douleurs et périodes de déprime). Je réponds aux questions des membres de la famille parfois présents, je prends des nouvelles du quartier et des événements au Liban. La vie passe, les drames sont affrontés ensemble, les plaisirs partagés. Le repas permet cet échange qui aide à faire face aux douleurs et à la vie. —

Prescrire un régime de saveur

I **Evelyne Malaterre**, médecin généraliste

Dans nos consultations, il est toujours question de bouffe.

Tout commence dans la salle d'attente... où des enfants patientent avec leurs biscuits, boissons sucrées... au lieu de dévorer un livre ou une BD !

Cela me permet souvent d'aborder la question de leur alimentation, leur goûter, leur mode de garde parfois : seuls devant la télé, avec un paquet de chips ou de cacahouètes ?

Les adultes, eux, ont un sandwich/casse-croute entre midi et deux... Et il m'est difficile de ne pas interroger : « Mais vous mangez souvent comme ça ? »

Après, pendant la consultation, les gens abordent leurs problèmes de poids, de régime amaigrissants, avec déjà un régime qu'ils ont démarré et pour lequel ils me demandent un avis.

Ça va de l'ananas « qui détruit les graisses » au régime hyper protidique, avec des sachets insipides, en général fort chers, type régime Dukan et depuis peu, le régime Nestlé, coach et livraison à domicile pour des programmes bikini, détox et autres...

Aborder le poids, c'est aussi aborder l'image du corps. La question de la cellulite revient souvent chez les femmes et j'ai plaisir à leur rappeler que la cellulite est un caractère sexuel secondaire chez la femme, donc tout à fait normal.

Il y a aussi la femme enceinte. Je me souviendrai toujours d'une femme qui un jour m'a dit : « Il me tardait d'accoucher tellement j'en avais assez de ne pas manger ce que je voulais ! Je ne mangeais pas de fromage à cause de la listériose, pas de poisson à cause du mercure, pas d'huîtres à cause de l'hépatite A, pas de légumes crus à cause de la toxoplasmose... » Quel gâchis !

Je suis révoltée par ces nouvelles façons de manger n'importe où, n'importe quoi et n'importe quand, par cette malbouffe qui fait des surchargés pondéraux.

Il faut bien sûr parler régime chez les diabétiques, les patients qui ont trop de cholestérol ou présentent des maladies inflammatoires... des régimes qui tiennent compte de certains apports limités en sucres, matières grasses, lait, gluten... mais qui sont aussi réfléchis, équilibrés, bons et donc probablement mieux acceptés.

Je voudrais qu'on retrouve les vrais repas préparés, conviviaux, temps de plaisir, plein de saveurs – notre culture, quoi – même si se mêle au poisson un peu de mercure, aux légumes des pesticides, au poulet un peu de dioxine, puisqu'on ne peut pas trop faire autrement... —

Les cornichons de la grossesse

Elisabeth Maurel-Arrighi, médecin généraliste

Les femmes enceintes qui se sentent isolées, par les difficultés de l'exil ou par de vieux manques d'affection maternelle souffrent, me semble-t-il, davantage des nausées du début de grossesse. Cela peut aller jusqu'à des vomissements permanents qui sont très angoissants, comme si l'acte basique de se nourrir leur était impossible, voire interdit, les mettant, elles et leur enfant, dans une sensation de danger vital.

Je crois qu'il ne faut pas banaliser ces symptômes et proposer une vraie réponse soignante. Celle des médicaments, allopathiques, homéopathiques, acupuncture, sans hésiter, lors des vomissements incoercibles, de prescrire des neuroleptiques comme le Largactil® en goutte et des inhibiteurs de la pompe à protons vues les œsophagites et gastrites souvent associées. Mais surtout, il me semble nécessaire de proposer l'aide de la parole et de l'écoute. Deux questions me semblent précieuses : « Dans votre pays, que donne-t-on à manger aux femmes enceintes ? », « Quand vous étiez petite, qu'est-ce que vous aimiez manger ? ». Alors elles peuvent prendre appui sur des souvenirs positifs, malgré leurs angoisses actuelles et anciennes. Et là arrivent toutes sortes de recettes, auxquelles je n'aurais jamais pensé, comme les cornichons marinés qui ont été d'un grand secours pour une patiente polonaise. Ensuite, il me paraît utile de voir avec les femmes qui sont trop incommodées par les odeurs de cuisine qui peut préparer pour elles des repas qui leur fassent plaisir, leur mari, leur mère, des amies si elles sont là. Parfois, les patientes parlent de situations d'extrême solitude, où seule l'écoute du soignant atteste de la légitimité du besoin d'être entendue et comprise. De même, les mères des femmes enceintes ont parfois besoin d'être encouragées à soutenir leurs filles adultes, et à leur préparer à manger, quand elles-mêmes elles n'ont pas été aidées par leur propre mère. Quand on prend le temps de soulever le couvercle de la marmite des nausées, montent les odeurs des vieilles peurs, des vieux chagrins, et aussi des moments joyeux d'autrefois. Aux soignants d'être présents, et d'offrir aux femmes de se reconnecter avec des sensations réconfortantes. Parfois la simple purée-jambon de l'enfance est le seul plat qui peut passer. —

Histoire de goût

Elisabeth Pévide, médecin généraliste

Madame C. est originaire de l'Inde du Sud. Assistante maternelle, elle reçoit depuis presque dix ans chaque année trois enfants de quelques mois à trois ans à son domicile pour arrondir les fins de mois quand son mari ne gagne qu'un SMIC.

J'ai vu chez elle des enfants de toutes les couleurs : toujours calmes dans cette odeur particulière d'épices indiennes... Un enfant d'origine africaine revient régulièrement les mercredis à la cantine de Tata C. : samossas, tandoris, etc. Chez Madame C., les enfants mangent ! A la maison, les parents se plaignent de leur « anorexie » alors que chez « tata » avec un peu de coriandre, de cumin, de gingembre, sans exagération, les enfants adorent !

Alors Madame C. a appris aux parents à cuisiner indien : quelques recettes simples, certes ! Malgaches, Rwandais, Togolais, et même Alsaciens s'y sont mis... —

L'appétissante

■ **Mireille Brouillet**, médecin généraliste

« J'ai plusieurs fois entendu des patientes un peu enrôbées me dire : « C'est que, moi, Docteur, je suis appétissante ! » avec de la pétillance dans le regard, comme pour désamorcer toute tentative de ma part de parler régime... La première fois, j'ai mis un temps d'arrêt pour comprendre ce qu'elles me disaient. Etre appétissante, pour elle, c'est avoir de l'appétit et du plaisir à manger, et en plus « tout me profite ». Je pense que c'est un usage catalan. ■

« Voiture, voiture »

■ **Yveline Frilay**, médecin généraliste

Marcel habitait à la périphérie du quartier. Avec sa jambe qui traînait, il lui était difficile de venir par les transports en commun jusqu'au cabinet, aller jusqu'à chez lui prenait un temps certain. Il fallait y aller à un moment où il n'y avait pas d'embouteillage, cela devenait de plus en plus difficile. La visite prenait du temps, malgré ses grosses difficultés d'élocution après son accident vasculaire, pas question de lui raconter des bobards, il comprenait tout. Au début, la conversation était difficile, je posais les questions pour avoir des réponses « oui ou non », il faisait des phrases, où se mêlait souvent « voiture, voiture », quand il n'arrivait pas à dire ce qu'il voulait, c'était M..., le mot de Cambronne et il écrivait ou dessinait. Ces palilalies rendaient interminables la visite à domicile, et pourtant il avait besoin de surveillance, d'écoute. Son amie qui l'aidait préférait être présente pour la « traduction ». Rapidement, je m'aperçus que je ne pouvais y aller l'après-midi, je proposai le soir, sans majoration tarifaire, il était ravi de me montrer ses talents culinaires. Pendant que le repas finissait de cuire, je l'examinais, ensuite nous passions à table à trois, je découvris le fin cuisinier qu'il était, jamais la même chose, un repas complet avec l'entrée ou le potage, légumes, viande ou poisson, fromage et dessert. Il se faisait un plaisir d'aller lui-même au marché acheter les produits frais, régulièrement il trouvait un voisin pour l'aider sur le chemin du retour. C'était pour moi le meilleur repas de la semaine, en toute convivialité, nous pouvions discuter de ses plaintes, de ses années passées, de ses plaisirs, et en plus était cultivé, il aimait la musique classique et les chanteurs à texte. Il était très cultivé cet ancien déménageur, aller le voir n'était pas un calvaire, c'était devenu un rite agréable jusqu'au jour où l'infirmière ferma boutique, le kiné partit en province. Aucune aide à domicile ne voulait se rendre dans ce quartier, il dut être placé. ■

Une certaine politique du ventre

Une présentation concise d'un projet politique, social et culturel en forme de restaurant triple A (Associatif Alternatif, Autogestionnaire).

Le quartier Sainte-Marthe se love dans une partie du « Belleville historique » qui a échappé à l'équarrissage urbanistique des années Pompidou (cette rénovation urbaine et spéculative des années 1970, quand le nord-est parisien fut noyé sous le béton pour faire place à quelques cités HLM et, surtout, à des « logements intermédiaires » haut standing). La rue Sainte-Marthe fait aujourd'hui office de ligne de front entre le rayonnement de la bourgeoisie branchée (Oberkampf-Saint Maur) du nouveau Paris et le bas-Belleville populaire jeune des cités voisines qui « tiennent les murs », habitants de la rue souvent immigrés, vivant dans des immeubles insalubres, des appartements ne dépassant jamais le deux pièces ou dans les « cités sensibles » voisines où les livreurs de pizzas refusent de rentrer. C'est le quartier de La Rôtisserie, un petit restaurant de quartier et projet atypique mêlant pratiques autogestionnaires, autonomie, expérimentations et intégration sociale, solidarités internationales et travail culturel.

Derrière une devanture rétro en bois fatiguée, une petite salle carrelée accueille six tables et des bancs sur lesquels peuvent venir s'entasser presque quarante personnes (avec beaucoup de motivation). Au mur, des affiches de concerts, de découverte du Yoga et de manifs. Le service, la cuisine et la gestion quotidienne du lieu le midi sont assurés par sept salariés sur un principe d'autonomisation : ils décident entre eux des aménagements de leur temps de travail, des périodes de formation, de la composition des équipes, des menus, etc. Le restaurant se remplit tous les midis des voisins et de personnes travaillant dans le quartier. Les prix ont été fixés volontairement le plus bas possible¹ pour garantir l'accès au plus grand nombre d'habitants du quartier.

Le soir, le service et la cuisine sont assurés par des associations qui conservent la recette pour soutenir leur projet (jusqu'à plusieurs centaines d'euros par soirée), ce qui pousse à apprendre à travailler ensemble sous la pression du coup de feu et découvrir le rapport particulier qu'entraîne le fait de nourrir quelqu'un.

Participer au restaurant ne nécessite pas de répondre à un trop grand nombre de conditions : avoir un projet collectif, respecter le matériel et les locaux, la limitation des prix et l'ouverture à tout public.

Durant ces treize années associatives, des centaines de projets sont passés par le restaurant avec, en moyenne, une centaine d'associations par an (cent vingt cette année). Autant de projets qui ont ainsi été soutenus ou intégralement financés : des solidarités internationales aux actions sociales ou culturelles en passant par le soutien à des luttes syndicales et politiques, y compris par l'ADNC qui coordonne ce numéro de *Pratiques* !

A la marge, les associations impliquées se rencontrent régulièrement, échangent. Des militants associatifs migrent aussi d'une association à l'autre. Le restaurant devient ainsi une plate-forme d'échange entre associations.

Quand le lieu n'est ni la cantine de quartier du midi, ni le restaurant associatif du soir, il est encore utilisé, durant les quelques heures disponibles, comme lieu de réunion pour les associations, d'accueil pour de l'aide juridique ou pour une AMAP.

Si certains usagers de la Rôtisserie viennent y manger motivés par l'objet de l'association tenant le restaurant ce soir-là, une autre partie vient, elle, pour l'aspect convivial et économe du lieu. Le succès de la dimension propagandesque de l'opération est donc inégal.

Le fait de (re)faire de la restauration un lieu d'expérimentation politique, d'exploration de nouvelles pratiques sociales sans dogme, sans avoir l'air d'y toucher, avec des investissements et des engagements différents mais qui, ensemble, composent un sujet cohérent, tient dans un petit restaurant de quartier, vivant et fragile, de 26 m² pour « penser globalement, agir localement ». Et vous pouvez venir y manger. Votre ventre y fera de la politique. ■

■
1. Plats entre 4 et 5,50 euros, menu jusqu'à 10 euros. Pas de surgelés. Fruits et légumes presque uniquement bio.

Mathieu Colloghan,
membre de l'association
La Rôtisserie.
www.larotisserie.org

La Rôtisserie,
4 rue Sainte-Marthe,
75010 Paris
Tél. : 01 40 03 08 30.

Slow Food, lentement mais sûrement

Coline Kasperet, étudiante en Master 2 à la Sorbonne-Nouvelle, Paris II

« Slow Food », ce n'est pas manger lentement. Ou pas seulement. Adhérer aux principes du mouvement Slow Food – créé en 1989 par Carlo Petrini, journaliste, sociologue et critique gastronomique italien, et soutenu par des personnalités comme Marion Nestle (lire l'article de Paul Scheffer) – signifie tout d'abord comprendre que l'on est ce que l'on mange et prendre conscience de son pouvoir en tant que consommateur. Carlo Petrini prône une nourriture « bonne, propre et juste ». Bonne au goût, propre pour l'environnement, juste pour le producteur. L'éducation aux saveurs trop souvent oubliées, l'agriculture biologique et à petite échelle, le commerce équitable, le respect de la biodiversité, sont autant de thématiques qui guident les partisans du mouvement. Les fast-foods, la malbouffe, la mauvaise répartition des denrées alimentaires pourtant produites en excès, sont autant de choses que Slow Food s'efforce de contrer. Mais comment sensibiliser la population à ces thématiques ? Pour Slow Food, la première étape est de se réconcilier avec l'art de la table : manger, ce n'est pas engouffrer, c'est faire preuve de convivialité autour d'un plat, partager des recettes et des savoir-faire pour prendre conscience que se nourrir, l'activité humaine la plus importante selon Carlo Petrini, mérite qu'on y consacre du temps, tant dans le choix des produits que dans la préparation des repas.

En France, Slow Food est encore assez peu connu. L'association nationale Slow Food France créée en 2003 a finalement été dissolue lors d'une assemblée générale en juin dernier. Jean Lhérier, ex-président de l'association, affirme cependant qu'il s'agit simplement d'un changement d'organisation qui n'affectera en rien la progression du mouvement, bien au contraire. Les « conviviums » français resteront actifs, et leurs projets seront dorénavant orchestrés par le siège de Slow Food International, en Italie. Le terme « convivium » désigne ici un groupe rattaché à Slow Food, qui mène des actions au niveau local. En France, c'est le convivium de Tours qui est

aujourd'hui le plus actif, organisant divers événements et ateliers éducatifs de sensibilisation, notamment pour les enfants qui, informés dès leur plus jeune âge, pourront continuer à faire changer les choses dans les années à venir. C'est également à Tours qu'a eu lieu en novembre 2011 une biennale européenne du goût, où l'on peut déguster des produits traditionnels, mais surtout participer à des ateliers et des conférences sur l'importance de se diriger vers une consommation plus responsable.

Si le mouvement Slow Food progresse, il ne fait pas pour autant l'unanimité. La France est devenue, suivant l'exemple des États-Unis, un pays adepte de la « fast life », comme la majorité des pays dits « développés ». Certains restent insensibles aux problèmes que soulève le mouvement, considérant ce genre de préoccupations pour « bobo-écologistes » tout sauf digne d'intérêt. Le mouvement Slow Food n'affiche pourtant aucune volonté élitiste ou bourgeoise, puisqu'il œuvre bien au contraire pour que tous aient accès à une alimentation de qualité.

On aurait pu penser que la France serait plus sensible à ce mouvement qu'un pays comme les États-Unis, et pourtant. Le mouvement Slow Food a pris bien plus d'ampleur aux États-Unis, malgré une culture de la « fast life » encore plus ancrée outre-Atlantique. Le surpoids et l'obésité y constituent un véritable problème de santé publique, d'où l'initiative « Let's Move! » initiée par Michelle Obama pour encourager les jeunes à manger sainement et faire plus de sport. D'autre part, des études scientifiques de plus en plus nombreuses révèlent un lien solide entre alimentation et cancers¹. Beaucoup de consommateurs réalisent enfin qu'il est temps d'arrêter d'empoisonner leurs corps. Revenir à une alimentation plus « slow », c'est aspirer à la santé. La France attendra-t-elle d'atteindre un niveau d'obésité et de maladie critique pour réagir ? ■

1. Cf. la récente étude de l'ANSES menée par le professeur Irène Margaritis, qui indique qu'un tiers des cancers est d'origine alimentaire, en accord avec les données du Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC).

Des problèmes de poids

En pratique, des personnes perdues par des recommandations strictes, faisant de l'alimentation une corvée, un refuge, une catastrophe... Restaurer le lien à l'alimentation est le plus fréquemment un travail de longue haleine et demanderait un suivi conduit avec la plus grande attention, car touchant à des dimensions multiples et souvent intimes des personnes. Malheureusement, de nombreux parcours de perte de poids me paraissent encore bien loin d'une telle qualité de soins...

D'une part, les données brutes données par les experts de l'alimentation aux patients ne permettent pas à ces derniers de réellement maîtriser leur alimentation lorsque les professionnels adoptent une logique de transmission de savoirs de type vertical, ce qui arrive encore fréquemment. Ceci est sans doute principalement corrélé au temps consacré à la consultation : pour percevoir toutes les influences sur l'alimentation et que la confiance s'installe, les vingt minutes prises par les médecins nutritionnistes ne peuvent suffire à mon sens, surtout lorsque les quarante-cinq minutes recommandées pour la réalisation d'un Bilan Éducatif Partagé, l'entretien initial de référence dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient selon l'INPES¹, s'avèrent elles-mêmes souvent insuffisantes... Le caractère ouvert ou fermé des questions est important. Cela se recoupe, il est certain que faire répondre par oui ou par non est moins chronophage... Mais à mon avis ce n'est pas l'unique raison de cette pratique : un diplôme universitaire, soit cent heures de formation pour devenir médecin nutritionniste, ne permet pas d'avoir une vision des problèmes spécifiques à l'alimentation pour tendre vers une approche plus globale, en intégrant les problématiques singulières à l'alimentation, en termes de rythmes de vie, d'affectivité, d'expérience concernant la préparation alimentaire et les produits disponibles notamment. La prescription d'un médicament est nettement plus payante. Un patient opéré d'une chirurgie de l'obésité peut se faire renouveler son traitement contre le diabète par son médecin nutritionniste sans que celui-ci ne prête guère attention à sa reprise pondérale, malgré l'acte chirurgical réalisé !

Le facteur argent sous-jacent est également plus que présent dans la filière universitaire de la nutrition. Représentée par quelques masters en France, celle-ci oriente les futurs professionnels vers la recherche. Ce sont les stages qui permettront aux étudiants de rassembler leurs connaissances pour former une pratique professionnelle digne de leur spécialisation. Le stage de M2 doit être rémunéré. Dans les centres hospitaliers, ces fonds sont souvent d'origine privée. Les étudiants travaillent sur des sujets donnés par les tuteurs, et on peut concevoir une influence des financeurs sur l'orientation des travaux de recherche. Il y a une différence de poids entre les diplômés, il y a ceux qui après un stage surpayé pour de grandes filières bénéficient d'un salaire à 2 500 euros, et ceux qui ont financé leur billet d'avion pour effectuer un stage en ONG sans espoir d'embauche. Ce système de financement dirige les diplômés d'université vers les mêmes prestataires de produits ou de services qui alimentent de nombreux problèmes de santé.

Raphaëlle Collet,
diététicienne en libéral

Les étudiants travaillent sur des sujets donnés par les tuteurs, et on peut concevoir une influence des financeurs sur l'orientation des travaux de recherche.

Notre sens critique, aiguisé par nos pratiques et un réel apprentissage pour savoir identifier les sources d'informations indépendantes et critiques, devrait être encouragé et stimulé tout au long de notre carrière. Un espace de liberté de parole, d'échange d'opinions cherchant à questionner nos pratiques de professionnels de l'alimentation à la manière de *Pratiques* pour la médecine pourraient permettre d'élever notre approche en mutualisant le meilleur de nos expériences, dans ce domaine si vaste qu'est l'alimentation. Et pour qu'*in fine*, chacun sache se nourrir de la manière la plus judicieuse possible avec les informations qui le concernent, et profiter en pleine santé de cet immense plaisir individuel et partagé qui est de manger. ■

■
1. L'éducation thérapeutique du patient en 15 questions/réponses, INPES.

Du changement à l'hôpital ?

Morgane Baridon, J'exerce ma profession dans un centre diététicienne médical depuis plusieurs mois. C'est grâce à la lecture de quelques supports bien référencés, notamment *Lait Mensonges et Propagande* de Thierry Souccar, que j'ai découvert une réalité scientifique sur les produits laitiers qui n'avait jamais été évoquée durant mon BTS de diététique. D'abord incrédule puis scandalisée par tant de manipulations décryptées dans ces travaux, j'en ai fait part à mes collègues diététiciennes. Au nombre de cinq, aucune d'entre elles n'était au fait de ces données scientifiques actuelles sur ce groupe d'aliments. La majorité s'est pourtant montrée réfractaire au fait de remettre en question les produits laitiers, leur consommation dans ce centre étant fortement prônée par le corps médical, comme c'est le cas ailleurs sans doute.

Le doute n'est pas toujours chose facile à vivre, car si nous ne pouvons pas avoir confiance dans les plus hautes instances sanitaires, à qui pouvons-nous nous fier ?

Les produits laitiers se sont imposés à nous comme d'incroyables alliés santé, par le biais de nos autorités de santé, des industries et des médias, qui entonnent sur ce sujet le même refrain en cœur, inlassablement. Je n'ai pu accepter de telles règles de conduite au sein d'un centre médical ayant un service nutrition bien réputé, et j'ai donc décidé d'en discuter avec ma cadre de santé. Celle-ci a fait suivre le message et cela a conduit à ce que la controverse des produits laitiers soit un thème abordé lors de la prochaine réunion du Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN). J'ignore ce qui adviendra suite à cela, mais il est certain que la simple discussion de ce sujet ne peut être que bénéfique, en espérant qu'elle puisse encourager les débats et contribuer à libérer la parole au sein de l'équipe de soin et, pourquoi pas, mener à des initiatives innovantes voire courageuses si besoin, dans l'intérêt des patients.

Il faudrait se donner les moyens de changer les choses lorsque cela s'avère nécessaire, et pour cela les professionnels de l'alimentation devraient se tenir au courant des actualités et controverses concernant la recherche de leur domaine, en sachant discerner l'intérêt et les valeurs portées par les différentes sources d'informations en présence. Il est assez bouleversant de prendre conscience que des médecins, nutritionnistes et diététiciens, à qui nous donnons notre confiance en matière de nutrition et de santé puissent être manipulés, mais n'est-ce pas l'une des leçons essentielles à retenir de l'affaire Médiator® ? Il est pourtant aujourd'hui toujours aussi difficile d'être entendu lorsque l'on va à l'encontre des recommandations officielles, et de ce qui est pris et répété comme seules références valables par la majorité de la profession, sans réel débat la plupart du temps.

Il est vrai que le doute n'est pas toujours chose facile à vivre, car si nous ne pouvons pas avoir confiance dans les plus hautes instances sanitaires, à qui pouvons-nous nous fier ? Tant d'informations/désinformations arrivent à semer le trouble, et cela nécessite ensuite un certain temps pour aiguïser son discernement et arriver à mieux trier le bon grain de l'ivraie. En tant que diététicienne, l'affaire des laitages m'a particulièrement secouée et je me suis rendu compte qu'il est difficile ne serait-ce que de mettre en question des repères si solidement ancrés dans les esprits. Mais selon moi, nous nous devons, en tant que professionnels, de mettre nos conceptions à l'épreuve, sachant que notre domaine d'exercice est sujet à diverses influences pouvant s'écarter bien loin de l'intérêt des malades. Et j'ai le sentiment que les choses peuvent changer, et nous le devons aussi à ceux qui travaillent, cherchent, analysent et délivrent des informations indépendantes et de manière critique. Il faudrait encourager ce chemin vers plus un savoir plus juste afin que professionnels et grand public puissent bénéficier de conseils plus avisés.

L'arrivée de l'alimentation industrielle ainsi que de diverses pollutions chimiques depuis les années 50 jouent sans doute un rôle non négligeable dans un nombre important de pathologies très répandues. Si certaines recherches peuvent permettre aujourd'hui de pallier certains de ces troubles, nous devrions en connaître les clefs et les utiliser à bon escient. Et ne pas attendre que les autorités nous disent ce que nous devons penser et faire. ■

L'arrivée de l'alimentation industrielle ainsi que de diverses pollutions chimiques depuis les années 50 jouent sans doute un rôle non négligeable dans un nombre important de pathologies très répandues. Si certaines recherches peuvent permettre aujourd'hui de pallier certains de ces troubles, nous devrions en connaître les clefs et les utiliser à bon escient. Et ne pas attendre que les autorités nous disent ce que nous devons penser et faire. ■



magazine

Prête-moi ta plume

Qu'en est-il aujourd'hui du cursus de formation des soignants, alors que les textes qui la régissent font prévaloir les connaissances théoriques ?

■ Anne Legresy, pédopsychiatre hospitalier

Cognitivismes, pharmacologie, comportementalisme... il n'est plus de mise de s'en référer au monde de la psychodynamique (l'enseignement de Freud à l'origine) du transfert et de la réflexion. Les jeunes infirmier(e)s sont à la recherche de protocoles et ont perdu « le temps de penser », il leur est demandé d'évaluer, de comptabiliser leurs actes... Leur enseignement se revendique universitaire (didactique), alors que nous avons bénéficié de la transmission d'un savoir sous la forme du compagnonnage (avec des transmissions orales, une réflexion partagée à propos de la clinique...). Le rôle des infirmiers est primordial, ce sont eux qui partagent le quotidien des patients, alors que le médecin, de plus en plus spécialisé et moins disponible, ne leur dédie que quelques heures par jour.

La pluridisciplinarité caractérise mes différentes formations. J'ai commencé par la psychagénésie à la Pitié-Salpêtrière en 1970, puis des études d'éducatrice spécialisée en 1973 avec un mémoire sur : « Qui est l'éducateur ? Son rôle dans une équipe de neuropsychiatrie infantile ». Cette formation alliait un enseignement théorique privilégiant l'importance de la psychopathologie et un stage de neuf mois dans le service du professeur Duché, où j'ai eu l'opportunité d'assister aux « présentations de cas » et j'ai été encadrée par une éducatrice attachée à beaucoup échanger sur la clinique. Puis j'ai fait médecine, de 1972 à 1979, avec un enseignement théorique de qualité et de nombreux stages où j'ai bénéficié de l'enseignement « au chevet du malade » transmis, à l'époque, par des praticiens de haut niveau¹.

Mon expérience de patiente m'a aussi enseigné. Le sens étymologique du mot patient est celui qui éprouve, souffre, attend. La souffrance peut apparaître dans un contexte brutal comme en 1970 lors d'un accident qui a totalement « écrasé » mon membre supérieur gauche et m'en a fait perdre définitivement l'usage. C'est alors que j'ai connu Christelle.

Christelle

En mars 1970, elle était infirmière et moi patiente dans un service de « chirurgie du dur ».

Le bras gauche écrasé, je l'ai côtoyée tous les jours, pendant plusieurs semaines. Elle connaissait son métier, Christelle : elle « raccommoait » mon corps avec discrétion et méticulosité. Avec elle, il y avait aussi des sourires pleins de sentiments, un bouquet de jonquilles qu'elle m'avait apporté un matin et quelques confidences échan-

gées. Christelle avait un savoir-faire « technique » et pointu, allié à la passion de « prendre soin ».

Il peut s'agir d'une souffrance chronique, celle qui vous accompagne pendant de longues années, comme les séquelles d'un polytraumatisme et leurs conséquences fonctionnelles pesantes au quotidien, ou une pathologie cancéreuse...

En août 1993, j'ai été prise en charge au pavillon « cancer du sein » à l'hôpital Léon Bérard : « en urgence » la tumeur évoluait depuis quatre ans. J'y ai rencontré de nombreux spécialistes (chirurgien, cancérologue, oncologue, radiothérapeute et, 24 h/24, de nombreuses infirmières). Toutes, sauf une, m'ont soutenue par leur regard, leur sourire, les mots accompagnant leurs gestes techniques. Soigner le cancer, c'est aussi aider le patient à se battre contre cette maladie si dévoratrice d'énergie.

Ainsi, j'ai abordé le métier de pédopsychiatre avec la conviction que soigner n'est pas seulement dispenser des gestes techniques dont le caractère « pointu » est important pour le pronostic vital et fonctionnel. Mais, surtout, « prendre soin », c'est-à-dire accorder à tout patient une attention chaleureuse, où le regard, le timbre de la voix, les petits mots qui accompagnent les gestes du soignant comptent tant. Comme la réflexion en équipe pluridisciplinaire autour du soin, loin de se résumer à la transmission des consignes.

Aujourd'hui, comment apprend-on son métier de soignant ?

La primauté des « canons universitaires » et le mode de sélection pour accéder à ces formations, dispensées dans des amphithéâtres et non plus au chevet du patient méprisent les qualités humaines et pratiques qu'exige la fonction de soignant... Cela s'observe autant dans le cursus de formation des infirmier(e)s que dans celui des médecins.

Gérard, infirmier au CHS depuis de nombreuses années, travaille à la Source depuis 2004. Il s'intéresse à la formation des étudiant(e)s :

On demande de plus en plus aux infirmiers de secteur psychiatrique de remplir des tâches administratives ainsi que de quantifier et planifier leurs actes : est-ce possible sur un entretien, une activité, ou un jeu collectif qui va servir à l'observation du patient ?

Aujourd'hui, nos bureaux sont envahis par des protocoles, des notes de service ou d'informations, souvent obsolètes, que l'infirmier devra pourtant lire tout en sachant que demain elles n'auront plus cours. Tous ces temps passés à écrire, lire, recopier, parfois sur plusieurs supports sont des temps dont ne bénéficie pas le patient. Dans la formation Licence, Master, Doctorat (LMD), la psychiatrie, déjà délaissée depuis plusieurs années, est encore mise à mal. Peut-on, avec cinq ou dix semaines de stages, parfois en première année, dans un Centre Médical Psychologique (CMP), un hôpital de jour, un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), pour les plus chanceux un Centre Hospitalier Spécialisé (CHS), ceci sans aucune approche des pathologies et des traitements psy, faire un choix professionnel après ses études ? Ces jeunes professionnels arrivent souvent avec des réflexes de travail acquis en soins généraux et, lors des relèves ou des transmissions écrites, semblent être plus préoccupés par le somatique que par le psychique. A vouloir mettre des mots sur le comportement, ils en oublient les maux du patient.

Nicole, infirmière psychiatrique depuis le début de sa carrière, a travaillé en CMP de 1993 au 30 juin 2011, jour où elle « gagne » sa retraite. Selon elle, deux impératifs sont actuellement menacés par les nouvelles normes du fonctionnement hospitalier : la nécessité de travailler en équipe pluridisciplinaire et en partenariat avec les autres acteurs intervenant auprès des enfants et des adolescents et celle de toujours rester à l'écoute.

Le monde hospitalier est peuplé de nombreux soignants que le médecin est désigné pour orchestrer. Depuis un an, un ouragan est survenu, balayant la partition... A la place de celle-ci se sont installés les protocoles, les catégorisations, et surtout l'importance majeure des chiffres qu'il convient d'aligner, les plus nombreux possibles, pour rester en bonne place dans le « concours vers la T2A »... Plus de diagnostic, seulement un code, plus de temps pour penser...

Les problèmes de transmission

La transmission orale existe depuis l'Antiquité, les médecins ont transmis leur savoir à ceux qui étaient à leurs côtés. Elle s'est perpétuée jusqu'au XX^e siècle, les médecins enseignaient par l'intermédiaire de conversations au chevet du malade, à propos de situations cliniques. Elle reste très présente lors des relèves, quelle que soit la spécialité

du service hospitalier, et est confrontée à de nombreux obstacles, réalisant souvent, en psychiatrie, un « brouhaha », où tout le monde parle en même temps et où personne n'écoute...

La transmission informatisée est une obligation pour médecins et infirmier(e)s depuis 2009 au sein du CHS, elle le sera très bientôt dans les CMP. Quant à l'informatisation du circuit du médicament, prétendue avoir été conçue pour diminuer le nombre d'erreurs au niveau de la prescription et de la distribution des médicaments... en pratique, la majorité des infirmiers et des internes la manie avec aisance. Mais les « bugs » sont très fréquents. Quant aux observations, le médecin, sommé de « gagner du temps », a dû renoncer aux descriptions cliniques détaillées qui figuraient dans le « dossier papier ».

C'est une obligation aussi pour les infirmier(e)s, psychologues et autres paramédicaux (éducateurs spécialisés, psychomotriciens...) de faire des « transmissions ciblées ». Même les infirmier(e)s les plus habiles en informatique sont souvent en difficulté pour décrire leurs observations, car en dehors des paramètres somatiques, les troubles observés chez les patients (angoisse, dépression, agitation...) n'existent pas dans le listing des cibles à détailler.

Il reste encore quelques infirmier(e)s et quelques médecins de la « vieille école » qui, au milieu de la bureaucratisation imposée de leur travail, trouvent le temps de converser avec les étudiant(e)s autour de la clinique. Mais l'ampleur de la « réunionnite » est envahissante. La dimension subjective du patient est laissée de côté, les apports de la psychanalyse (transfert, contre-transfert...) sont balayés au profit de l'intérêt pour le moléculaire, le cognitivisme et le comportementalisme. Les effets sur le soin des processus de certification et de standardisation s'expriment en termes de délitement du travail en équipe, d'abrasion de la notion de « collectif » et d'oubli de la dimension relationnelle, où la créativité et la personnalisation étaient les moteurs du soin. ■

- 1. Les psychiatres qui ont été mes maîtres de stage sont Guy Baillon fondateur de l'Accueil psychiatrique aux urgences de l'hôpital de Bondy, Yves Buin à l'hôpital de jour pour enfants de Gennevilliers, Hélène Chaigneau inaugurant le cours du certificat de psychiatrie par l'importance majeure du « savoir écouter »...

Lettre au directeur de la CPAM

■ Marie Kayser, médecin généraliste

Monsieur le Directeur de la Caisse Primaire
d'Assurance Maladie,

La présentation du paiement à la performance¹ dans la nouvelle convention médicale est habile : « compléter la rémunération pour valoriser la qualité des pratiques et l'efficacité ». Quel médecin pourrait se dire contre une amélioration de sa pratique et quel patient ne souhaiterait pas avoir un médecin « plus compétent » ? Mais plusieurs questions se posent.

Les critères retenus vont-ils entraîner une amélioration des pratiques médicales ?

Certains d'entre eux sont discutables (vaccination anti grippale, mammographies...) Certes, il est toujours possible d'essayer de les faire évoluer vers d'autres plus pertinents, mais l'organisme payeur peut aussi les faire évoluer en y intégrant des éléments plus comptables : transports, indemnités journalières... qui sont déjà des objectifs collectifs dit de « maîtrise médicalisée » pour l'ensemble de la profession médicale.

Dans les pays, tels l'Angleterre, où ces primes existent, « il semble que les résultats en termes d'amélioration des pratiques soient modestes »² et en lien avec le mode d'organisation : utilisation de la « prime au frottis » pour payer des auxiliaires de santé qui contactent les femmes ne venant pas spontanément... En France, même si des modes de travail plus collectifs et pluridisciplinaires se mettent en place, on n'en est pas là.

Que va-t-il se passer entre le médecin et son patient ?

Cette prime risque d'empoisonner l'acte de soigner par un conflit d'intérêts entre un malade qui n'obéirait pas aux critères requis et un médecin qui voudrait atteindre les objectifs imposés par l'organisme payeur. Le risque étant la sélection des patients et le rejet de ceux qui ne sont pas « observants ». Certes, on peut objecter que nous

continuerons de proposer ce qui nous semblera médicalement intéressant et de respecter les choix du patient, mais c'est penser que nous ne sommes pas influençables... et si tel était le cas, cela ôterait toute pertinence à l'hypothèse de l'influence de cette prime sur les pratiques...

Quelles répercussions sur notre qualité de vie de médecin généraliste ?

Sommes-nous si différents de nos patients dont nous constatons la souffrance morale en lien avec l'individualisation des tâches, les méthodes d'évaluation basées sur des critères de performance et la casse des collectifs de travail ? Certes, étant payés à l'acte, nous sommes déjà payés au rendement et nous en voyons assez souvent les dégâts au sein des cabinets de groupe. Comment cela va-t-il se passer demain quand des médecins aux pratiques similaires auront des primes différentes en fonction de critères qu'il sera bien long et difficile de comprendre ???

Derrière tous ces risques, il y a celui, majeur, d'une évolution vers des contractualisations individuelles entre médecins et complémentaires santé avec démantèlement du système solidaire de l'Assurance maladie.

Pour toutes ces raisons, Monsieur le Directeur, je rejoins celles et ceux qui boycottent cette prime à la performance³ et qui se mobilisent pour la construction d'un système de santé accessible à tous les citoyens sans discrimination, pour une approche globale des patients intégrant la complexité des situations de vie, pour un travail en pluridisciplinarité et en réseau, pour avoir les outils et le temps rémunéré pour des actions de santé publique, pour une formation médicale indépendante adaptée aux besoins de santé de la population et basée sur l'évaluation collective des pratiques, pour pouvoir choisir d'autres modes de rémunération : salariat, forfaits, capitation... ■

1. Le paiement à la performance va s'ajouter au paiement à l'acte. Les généralistes recevront, sauf opposition de leur part, une prime variable basée sur des objectifs portant, à ce jour, sur l'organisation du cabinet : dossier de synthèse, télétransmission... le suivi des pathologies chroniques (examens et résultats obtenus dans le diabète, « normalisation » des hypertension artérielles...), des actes dits de « prévention » : (vaccination antigrippale, mammographies...), les prescriptions (génériques...).

2. Rapport IGAS <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000596/0000.pdf>

3. Appel du SMG au boycott de la prime à la performance : <http://www.smg-pratiques.info/Appel-au-boycott-de-la-prime-a-la,599.html>

Pétition de médecins généralistes : <http://www.petitionenligne.fr/petition/refus-du-paiement-a-la-performance-p4p/1911>

Orthophoniste... c'est un métier ?

Les orthophonistes se mobilisent¹ contre le projet d'une formation à deux vitesses : master 1 « formation généraliste en orthophonie » et master 2 pour « une nouvelle profession d'orthophoniste praticien » pour les patients atteints de pathologie organique.

Ateliers Claude Chassagny, association de formation et recherche sur le langage
www.acchassagny.org

« ... Les Ateliers Claude Chassagny se saisissent de cet incroyable non-sens pour faire entendre la voix de l'orthophonie, métier formidable et méconnu.

Parce que le langage est le centre de la vie humaine, une personne qui souffre au niveau du langage, quel que soit son symptôme particulier, en ressent les difficultés dans l'ensemble de sa vie, dans la construction et la perception de son identité, dans son rapport aux autres et au monde. La complexité et la difficulté d'une prise en charge orthophonique ne dépendent pas du symptôme présenté. Comment alors oser prétendre qu'une spécialisation est requise pour les pathologies neurologiques et ORL (c'est-à-dire celles pour lesquelles on pourrait invoquer une cause organique), mais que les pathologies dont l'origine est moins objectivable et forcément multifactorielle se satisferaient d'une compétence moindre, alors qu'elles demandent un traitement nécessairement singulier ?

Selon la loi, toute rencontre avec un orthophoniste commence par un bilan – bilan orthophonique évidemment – duquel sont issus le diagnostic – orthophonique – et les modalités thérapeutiques. Comment « trier » les patients ? Qui orientera les patients vers un orthophoniste diplômé Master 1 ou vers un orthophoniste muni d'un Master 2 ? Qui osera annoncer un délai d'attente de deux ans à cet assuré social d'une région sous-équipée qui demande un rendez-vous pour sa fille traumatisée crânienne ? Les orthophonistes sont tous déjà des praticiens, et des praticiens généralistes ! Au cours de sa journée de travail, l'orthophoniste reçoit – indifféremment mais sans indifférence – une personne âgée souffrant de pertes de mémoire, une fillette de 4 ans et demi qui n'a pas encore dit son premier mot, un professeur multipliant les arrêts de travail pour aphonie... un jeune homme dont le bégaiement est si violent qu'il ne peut plus téléphoner pour répondre à une proposition d'embauche, un jeune adulte sortant de l'hôpital avec une ordonnance de rééducation orthophonique pour séquelles d'accident vasculaire cérébral, un enfant qui n'arrive pas à

apprendre à lire et écrire après deux années de CP, un bébé accompagné de ses parents désemparés par l'annonce d'un diagnostic de surdité... un très vieux monsieur muré dans le silence par l'aphasie, une comédienne qui vient de subir une laryngectomie totale, un collégien à deux doigts de la déscolarisation...

Quel est le point commun entre ces personnes qui se croisent dans la salle d'attente d'un orthophoniste ? Une pathologie du langage, c'est-à-dire un empêchement de parole ou d'écoute, à l'oral ou à l'écrit. L'origine des troubles de langage est multiple, souvent elle demeure mystérieuse, les moyens que l'orthophoniste met en œuvre pour soulager son patient sont tout aussi multiples. La seule constante, c'est le langage, avec les quelques évidences qui le fondent, trop souvent « oubliées » : pour parler, il faut être au moins deux, deux qui aient assez de désir pour s'adresser à l'autre et pour écouter l'autre. L'orthophoniste, pour son patient, est ce deuxième, lui proposant dans un cadre thérapeutique défini des situations langagières infiniment variées et complexes, mettant en œuvre conjointement leurs compétences psychiques et somatiques.

Quelle insulte ce serait de considérer que les personnes touchées dans leur corps par une pathologie entravant leur appropriation du langage ou leur maniement de la langue demandent plus (ou moins) de savoir-faire que ceux dont le trouble est lié à une cause invisible !

Mépris ou cynisme ? Peut-être les ministres ont-ils parfaitement identifié les dangereux praticiens que sont les orthophonistes qui, refusant d'asservir le langage à des considérations gestionnaires, prétendent accorder la même valeur unique, singulière à chaque parole de chaque citoyen, sans discrimination physique, psychique, économique, géographique, linguistique, politique. » ■

■
1. Cet article est constitué d'extraits du communiqué de presse du 3 décembre 2011 des Ateliers Claude Chassagny acchassagny.free.fr/pj/031211communiquedepresse.pdf

Un cas d'école

Dexia est la première banque européenne d'envergure à être démantelée, suite à la crise financière que nous traversons depuis plus de trois ans. Cas isolé ou annonciateur de suites plus considérables ? L'avenir le dira.

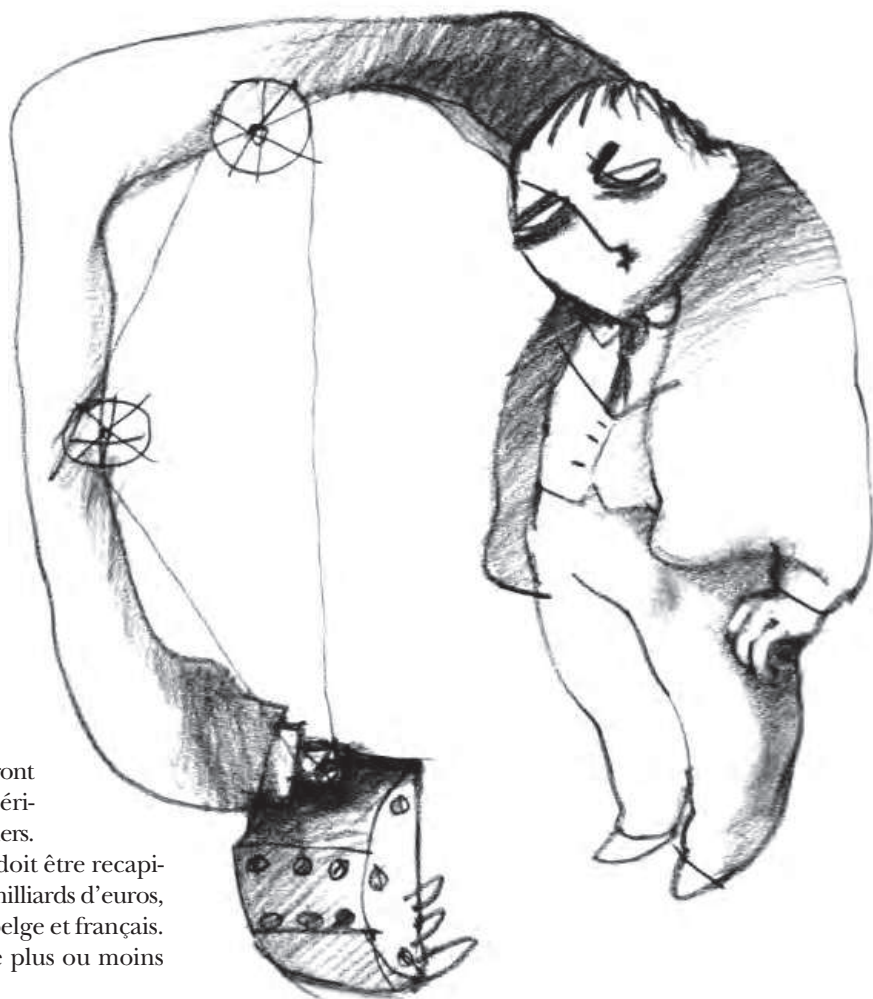
■ **Lucien Farhi**, contrôleur de gestion

Cette banque franco-belge est issue du mariage, en 1996, d'une banque française – le Crédit Local de France (CLF) – et d'une banque belge – le Crédit Communal de Belgique. Mais qu'est-ce que le CLF ? A l'origine, un simple département de la Caisse des dépôts, spécialisé dans le crédit aux collectivités locales, gérant par la suite un établissement public, la Caisse d'aide à l'équipement des collectivités locales, chargée de favoriser les émissions obligataires¹ des dites collectivités qui bénéficiaient de la sorte du triple A de la Caisse des dépôts. Le temps passant, les ambitions personnelles de ses responsables aidant – ambitions chaudement et équitablement entretenues par les gouvernements successifs, tant de droite que de gauche –, ledit département est successivement filialisé en 1987 avec création du CLF, introduit en Bourse en 1991, puis privatisé en 1993.

Là commence l'aventure. Le métier d'une banque consiste à transformer une ressource financière à court terme en prêts à moyen et long terme. Dexia n'étant pas, à l'origine, une banque de dépôts, est handicapée par la faiblesse structurelle de son volet ressources. S'ensuit une recherche tous azimuts de disponibilités à travers des alliances, des acquisitions d'institutions financières, débouchant sur des diversifications hasardeuses. Au passage, et au mépris de l'intérêt de ses clients, Dexia place auprès de son fonds de commerce d'origine, les collectivités locales, des prêts dits structurés, dont certains à taux variables, qui plombent lourdement leurs finances. Politique sanctionnée en 2008 : la banque est entraînée du fait, entre autres, de sa filiale américaine FSA, dans le maelström des prêts « subprimes »², les mêmes qui causeront la faillite des caisses d'épargne américaines puis la mort de Lehman brothers. Dexia y perd ses fonds propres et doit être recapitalisée d'urgence à hauteur de 6,4 milliards d'euros, apportés par les pouvoirs publics belge et français. Entre 2008 et 2011, Dexia liquide plus ou moins

à perte une partie de son actif de participations, obligations et prêts plus ou moins « pourris », mais la crise de la dette dite « souveraine » – celle des Etats – lui assène le coup de grâce : les marchés ne lui pardonnent pas un bilan alourdi de bons du Trésor grec et autres pays en difficulté, et lui refusent les ressources indispensables pour refinancer ses prêts à long terme. Elle ne peut plus remplir sa fonction de banquier. Belges et Français se résignent, en octobre 2011, à la démanteler. La seule chose certaine est que les contribuables ne reverront plus les 6,4 milliards d'euros apportés en 2008, l'action de Dexia étant, depuis, passée de 9,90 à 1.

Le montage retenu équivaut, en faisant abstraction des structures juridiques sous-jacentes, à partager Dexia en trois parties : une banque de détail détenue par la Belgique et nationalisée ; une banque



des collectivités locales françaises alliant la Caisse des dépôts à la Banque postale et, enfin, une « badbank », nom réservé dans le jargon aux structures de « défaillance » destinées à loger des actifs douteux, que l'on espère liquider à petite vitesse au moindre coût. C'est dans cette structure que l'on retrouve les reliquats des subprimes et autres participations dangereuses, mais aussi les dettes souveraines des pays mis sous surveillance, etc.

On peut se demander pourquoi les pouvoirs publics des deux pays se sont précipités dès 2009 au secours de cette banque, privée, après tout ? Deux raisons essentielles auront sans doute joué : côté belge, le désir de protéger les déposants, essentiellement belges, de cette entité. Côté français, celui de préserver une structure de prêts aux collectivités (Dexia, à ce moment, détient 40 % de ce marché). Dans leur naïveté, feinte ou calculée, les pouvoirs publics des deux pays s'imaginent que la recapitalisation de Dexia, faisant abstraction d'un actif lesté de non-valeurs et d'un passif lourdement tributaire des marchés, pouvait suffire à sauver l'institution.

Le coût de cet aller-retour du public au privé ne sera connu que d'ici quelques années, le temps de clôturer les comptes de la badbank, de dédommager quelques petites communes piégées par les prêts structurés, faire face aux procès intentés par de plus importantes, sans parler de la purge des garanties hors bilan accordées par Dexia. En principe, en dehors d'une recapitalisation minimale à consentir pour la nouvelle banque des collectivités locales, les engagements de la France sont limités à une garantie portant sur une quarantaine de milliards d'euros sur l'ensemble badbank et collectivités locales. On pourra comparer avantageusement aux 16 milliards déjà mis à la charge du contribuable français par l'aventure similaire du Crédit lyonnais, il y a quelques années.

Notons que tout le monde n'y aura pas perdu au passage : dans l'intervalle, Dexia aura distribué de généreux dividendes à ses actionnaires, de confortables bonus à ses cadres, des stock options à ses

dirigeants... L'équipe responsable du désastre et remerciée en 2009 jouit d'honorables retraites. Les dirigeants nommés depuis, en dépit de la situation désespérée de leur entreprise, se sont fait voter des émoluments dépassant ceux de leurs prédécesseurs, par des conseils d'administration où siègent en parfaite harmonie des représentants de l'État et du patronat.

Alors, Dexia, cas particulier ou prémonitoire d'autres désastres ? Au minimum, cas d'école. On peut y observer, en effet, comme à la loupe grossissante, les méfaits d'un système financier détourné de sa fonction et soumis au règne des « affaires », la mise à mal du postulat idéologique d'une gestion privée vertueuse opposée à une administration publique dispendieuse. Quelques dizaines de milliards d'euros pour le coût d'un billet A/R sur la Caisse des dépôts, cela fait cher du voyage... et de la leçon. ■

Avec toute ma reconnaissance à Jean-Paul Blin, Jacques Vercueil et Jean Hauchecorne pour les corrections et compléments d'information apportés à cet article.

-
- 1. L'émission d'obligations par les collectivités locales – l'équivalent de l'émission de bons du Trésor par l'État – est une technique leur permettant de financer leurs investissements à coût inférieur à celui occasionné par des emprunts bancaires.
- 2. Subprimes : prêts immobiliers hypothécaires, consentis en connaissance de cause par les banques à une clientèle à revenus insuffisants pour faire face à leurs échéances. Les banques pensaient se rattraper en revendant, en cas de non remboursement de ces prêts, les immeubles hypothéqués avec, en prime, de gras bénéfices, grâce à la hausse des prix de l'immobilier. La conjoncture s'étant retournée, les prix de l'immobilier ont baissé, entraînant la faillite de nombreuses banques, devenues incapables à leur tour de rembourser leurs propres prêteurs ou déposants. Par ailleurs, plusieurs d'entre les banques, à la recherche de liquidités, avaient revendu à des investisseurs tout ou partie de leurs portefeuilles desdits prêts (c'est ce que l'on appelle la titrisation), en fournissant à ces investisseurs, entraînant du coup la faillite de ces dernières. FSA, filiale Dexia, est l'une de ces sociétés spécialisées, impliquée dans le désastre des subprimes et cause de milliards de dollars de pertes pour sa maison mère. ■

Que veulent vraiment les jeunes médecins généralistes ?

Une étude réalisée par l'ISNAR-IMG (Intersyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes en Médecine Générale) tente de répondre à cette vaste question ¹.

■ **Jessica Guibert**, interne en médecine générale

On entend de-ci de-là beaucoup d'affirmations péremptoires et contradictoires sur ce que seraient les souhaits des jeunes médecins généralistes pour leur exercice futur. Et oh, surprise ! Les résultats de cette étude remettent en question des représentations pourtant bien enracinées...

Quelques clichés à oublier...

« Les étudiants en médecine choisissent la médecine générale par défaut. »

84,2 % des internes ayant répondu déclarent avoir volontairement choisi la médecine générale lors des Épreuves Classantes Nationales.

« Les jeunes médecins généralistes se fichent complètement de la continuité des soins et des autres professionnels de santé. »

Près de 90 % des internes ayant répondu estiment indispensable d'avoir à proximité de leur lieu d'exercice : un laboratoire d'analyses médicales (94,6 %), une pharmacie (94,5 %), des paramédicaux libéraux (IDE, kinésithérapeute, orthophoniste, etc.) (92,7 %), un cabinet de radiologie avec échographie (89 %).

90,8 % des internes répondent qu'ils accepteraient d'organiser leur temps de travail avec les autres professionnels du secteur dans lequel ils exerceraient.

78,3 % des internes estiment que la réalisation de gardes en ambulatoire fait partie du métier de médecin généraliste et 78,6 % ont l'intention d'en effectuer.

« Les jeunes médecins généralistes ne veulent absolument pas s'installer en zone déficitaire, quelles que soient les incitations proposées. »

Seuls 12,2 % des internes affirment que, quelle que soit l'aide proposée, rien ne les inciterait à s'installer en zone déficitaire.

Pour 69,5 % des internes, une aide logistique et financière à la création d'une maison de santé pluriprofessionnelle ou d'un cabinet de groupe correspondrait à leurs attentes. La deuxième mesure plébiscitée par les internes (60,5 %) est la mise en place d'avantages fiscaux (il était explicité dans le questionnaire : « diminution des charges à payer à l'Etat ou aux collectivités territoriales »). Et enfin,

la présence d'une crèche, d'une garderie ou d'une école à proximité de leur lieu d'exercice est une mesure facilitant l'installation en zone déficitaire pour 51,9 % des internes.

« Les jeunes médecins généralistes tiennent farouchement au paiement à l'acte. »

Une diversification de la rémunération est largement souhaitée chez les internes : 78 % des internes ayant répondu souhaitent sortir du paiement à l'acte exclusif, avec 22 % des internes envisageant une rémunération par salaire. 56 % souhaitent une rémunération mixte.

Parmi les nouveaux modes de rémunération, ce sont avant tout les forfaits qui sont souhaités par les internes (47,5 %), puis la capitation (38,6 %) et en dernier lieu la rémunération à la performance (13,8 %).

« L'enseignement en médecine générale ne concernera toujours qu'une minorité des médecins généralistes. »

Parmi les internes ayant répondu, 71,4 % souhaiteraient être maîtres de stage plus tard.

Quelques souhaits d'exercice évidents mais qui méritent d'être soulignés...

L'informatisation

Près de 95 % des internes souhaitent travailler sur un système informatisé.

Le secrétariat

86,6 % des internes estiment qu'un secrétariat doit absolument être présent dans la structure dans laquelle ils exerceraient.

Le refus du poids de l'administratif

Les internes sont très majoritairement favorables à des outils leur permettant de dégager plus de temps médical (90 %), comme l'utilisation de formulaires administratifs électroniques, l'embauche de personnel administratif, les coopérations interprofessionnelles.

Quelques clichés qui n'en sont pas...

« Les jeunes médecins généralistes veulent moins travailler, surtout les femmes ! »

Parmi les internes ayant répondu, la moyenne

d'heures de travail maximum par jour est de 9,24 heures. La moyenne du temps de travail hebdomadaire est de 41,2 heures par semaine pour les femmes et de 46,6 heures pour les hommes. Cette différence entre les moyennes (près de cinq heures et demies par semaine) est significative.

« Les jeunes médecins généralistes ne veulent pas s'installer. »

Plus de la moitié des internes (55 %) déclarent qu'ils exerceront en tant que remplaçants à la fin de leur internat. Seuls 16,1 % des internes souhaitent s'installer après leur internat.

Une vérité qui malheureusement n'est pas un cliché...

« Les jeunes médecins généralistes veulent garder le monopole de la prescription. »

Seulement 29,7 % des internes ayant répondu à l'enquête seraient favorables à la délégation du renouvellement d'ordonnance d'un patient atteint de pathologie chronique à un professionnel paramédical dans le cadre d'un protocole de coopération.



A quoi ressemble le médecin généraliste rêvé par les jeunes médecins généralistes ?

Il, ou plutôt elle (72,3 % de femmes ont répondu à cette étude) a véritablement choisi d'être médecin généraliste. Elle a d'abord fait des remplacements pendant plusieurs années avant de s'installer enfin, ce qui n'a pas été sans difficultés.

Elle s'est installée en zone déficitaire, mais seulement là où les services de proximité ont été maintenus, et avec les aides financières et structurelles des collectivités locales. Elle exerce en lien étroit

avec les acteurs de l'offre de soins sur un territoire, par exemple dans le cadre d'une maison de santé pluriprofessionnelle. Cela lui permet d'ailleurs d'embaucher une secrétaire, et donc de limiter au maximum son travail administratif, puisque ce qu'elle souhaite, c'est soigner. Elle travaille avec des dossiers informatiques, en réseau avec les professionnels de santé du territoire, dont l'hôpital.

Elle se préoccupe de la continuité des soins, en participant au service de gardes ambulatoires organisé collectivement avec les autres professionnels de santé.

Elle travaille un peu plus de quarante heures par semaine, ce qui lui permet d'avoir une vie à peu près équilibrée, et donc de mieux soigner. Elle est rémunérée avec un mode de paiement mixte, comportant une partie fixe et une partie variable selon les actes qu'elle effectue, et ceci avec les avantages sociaux du salariat : indemnisation au titre des Accidents du travail/Maladies Professionnelles, délai de carence de trois (ou quatre) jours, congé maternité.

Elle est maître de stage et reçoit des stagiaires, internes et externes, pour transmettre son expérience et son amour pour la médecine générale.

Malgré les biais que peut comporter cette étude (recueil des données par l'ISNAR-IMG, réponses fermées ou explications orientées, etc.), ses résultats sont assez marqués pour bien nous renseigner sur les souhaits des internes en médecine générale. Mais pourquoi les résultats de cette étude ne sont-ils pas transformés en revendications clamées haut et fort ?

Les syndicats d'internes et de jeunes médecins pourraient peut-être, pour une fois, abandonner leur mollesse habituelle afin de militer clairement pour les maisons de santé pluriprofessionnelles, pour la sortie du paiement à l'acte, et lutter contre le paiement à la performance imposé par la nouvelle convention médicale ?

Quant aux syndicats de médecins représentatifs, quelle légitimité ont-ils à négocier l'avenir de la médecine générale alors qu'ils sont majoritairement composés de médecins de plus de 50 ans, amoureux du libéral et du paiement à l'acte ? Pourquoi refusent-ils la simple présence des syndicats de jeunes médecins aux négociations conventionnelles ?

Quand entendrons-nous dans ces négociations des prises de position fortes des jeunes médecins pour l'organisation des soins de proximité de demain ? ■

1. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale réalisée par l'ISNAR-IMG du 2 juillet 2010 au 1^{er} janvier 2011, www.isnar-img.com/node/6

Démographie médicale : déshabiller l'Afrique ?

L'absence de politique de santé publique dans les pays riches s'accompagne du « pillage des cerveaux » des pays pauvres.

Denis Labayle, médecin et écrivain
auteur de *Noirs en Blanc*, Editions Dialogues, janvier 2012.

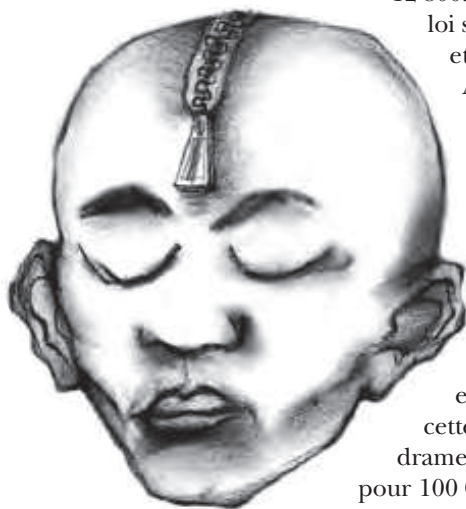
Le ministre de la Santé vient de l'annoncer : le *numerus clausus*, qui fixe le nombre de médecins à former par année, va être augmenté. On a envie de dire : enfin ! Mais en passant de 7 400 places en 2010 à près de 8 000 en 2012, on peut se demander si l'effort sera suffisant pour corriger les erreurs dramatiques de planification faites par le passé. En 2012, nous nous rapprocherons seulement du taux de 1977 (8 671 étudiants en médecine). On ne corrigera pas l'incroyable déficit des années 1990 (3 500 postes offerts en 92/93). Sans oublier que les rares études démographiques réalisées à ce jour n'ont pas tenu compte du vieillissement de la population.

Or, dès les années 1990, pour colmater les brèches de notre système médical en faillite, nous avons fait appel à un nombre croissant de médecins étrangers. Une solution-pansement, telle que les « chiffrocrates » de la santé publique les adorent, estimant de façon assez simpliste qu'« un médecin égale un médecin », quelle que soit sa formation et sa spécialité. Et si le nouveau praticien venu coûte moins cher, c'est tout bénéfique. Hélas ! En médecine, un n'égale pas un, surtout quand la formation médicale devient totalement hétérogène. Il a fallu souvent mettre à niveau ceux qui venaient de loin, ce qui a justifié, en échange, des contrats injustes et sous-payés.

Mais le plus grave de cette politique est le vol des cerveaux (que certains appellent « immigration choisie »), aggravant cyniquement la désertification médicale des pays d'origine. Des pays qui sont déjà les plus démunis en structure sanitaire. On évalue à 135 000 le nombre de médecins et infirmiers africains travaillant hors de leur frontière. Le Center for Global Development a publié récemment l'une des premières études sur ce phénomène. Et l'on découvre que plus de la moitié des médecins nés au Sénégal n'y exercent pas, 46 % des étudiants en médecine formés au Cameroun ont émigré, 40 % en Algérie. Près de 30 % pour l'ensemble des pays africains sub-sahariens.

Si la France est la première destination des médecins venus d'Afrique, elle n'est pas la seule, loin de là. L'Angleterre en compte 15 200 et les Etats-Unis 12 800. Quant à l'Allemagne, elle a modifié en juillet 2011 sa loi sur l'immigration pour attirer encore plus d'ingénieurs et de médecins étrangers. Le président du Sénégal, Abdoulaye Wade, s'insurgeait récemment contre le concept d'immigration choisie, une façon « de piller les élites des pays en voie de développement. » Un pillage bien organisé, puisque la formation de ces médecins est le plus souvent assurée par le pays d'origine et profite aux pays riches.

Ainsi, une grande partie des pays aisés, confrontés au vieillissement de leur population et en manque de médecins, pratique cette politique hypocrite, que l'on peut qualifier sans excès de néo-colonialisme, car elle se préoccupe fort peu des conséquences locales. Or cette fuite des cerveaux à laquelle nous contribuons est un drame pour l'Afrique. On estime le taux de médecins à 380 pour 100 000 habitants en France contre... 14 pour 100 000 en



Afrique. Chaque médecin qui manque là-bas aggrave le vide médical. Et plus ce vide s'aggrave, plus la tentation est grande pour les soignants d'émigrer. A quoi cela sert-il d'envoyer des ONG faire des soins là-bas pendant que nous gardons leurs médecins ? Des soins souvent mal suivis, au coup par coup, sans impact sur l'avenir médical du pays, rarement formateurs et qui nous donnent bonne conscience. Ces mêmes pays riches se plaindront ensuite de voir débarquer chez eux des patients africains désespérés, en quête de soins, de « mauvais malades » qui n'ont ni sécurité sociale ni moyen financier pour payer.

On rétorquera que les pouvoirs locaux, souvent corrompus, détournent l'argent, ne mettent pas la santé publique au centre de leurs préoccupations, même quand le pays regorge de richesses. Des pouvoirs dictatoriaux que nous soutenons parfois depuis des décennies.

Ne serait-il pas temps d'inverser la machine ? De troquer le système actuel « exploitation économique et charité » par un système « échange-justice » ?

En commençant par résoudre d'urgence nos problèmes d'effectifs médicaux. Et, ensuite, de permettre à nos collègues africains d'exercer chez eux dans de meilleures conditions. Dans ce domaine, il y a beaucoup à faire. Collaboration technique, collaboration de formation. Les jumelages inter-hospitaliers sont des initiatives positives, car elles créent des liens entre les équipes d'ici et de là-bas, mais soyons honnêtes, ces actions sont totalement insuffisantes. Trop rares, pas assez adaptées aux besoins, pas assez contrôlées, pas assez organisées, pas assez soutenues par les pouvoirs publics. Alors, oui, il faut renforcer ces initiatives institutionnelles, car elles participent à la prise de conscience de l'injustice silencieuse dont nous nous faisons complices.

Même si, on le sait, les vraies solutions sont à une autre échelle, et dépendent d'une autre politique : mettre un terme à notre exploitation des ressources économiques et humaines de ces pays, obtenue grâce à la complicité des régimes en place, dans le cadre d'une corruption bien partagée. Comment expliquer autrement que des pays très riches, parfois très très riches en ressources naturelles, se révèlent incapable de payer correctement leur personnel de santé. « S'ils nous payaient comme leurs députés », me disait avec humour un ami africain, « nous retournerions immédiatement au pays. »

Et si l'on changeait un jour de politique ! Si on jouait la carte d'un partenariat gagnant-gagnant avec l'Afrique ? Une sorte de plan Marshall. Ce plan qui, après la guerre, a sorti l'Europe de sa misère, tout en profitant à l'Amérique. Au lieu de pleurer sur l'invasion chinoise en Afrique, les pays d'Europe auraient tout intérêt à envisager un nouveau contrat avec ce continent. Un contrat où chacun trouverait son compte. Et en mettant en priorité la santé au sein de cette politique, car un pays ne peut avoir d'essor économique si sa population ne peut se soigner. ■

La deuxième édition des Journées de Nutrition Critique (JNC), qui portera sur le thème « Formation, esprit critiques, et place du politique », aura eu lieu les 16 et 17 mars 2012 à l'université Paris 8 à Saint-Denis, amphi X.

« L'Association de Diététique et Nutrition Critiques souhaite pour son deuxième colloque questionner ce qu'il en est aujourd'hui en ce qui concerne le domaine de l'alimentation, à l'heure où la formation des diététiciens est susceptible de passer de deux ans à trois ans et dont le contenu peut être refondu à cette occasion. Les sciences humaines auront-elles vraiment leur place dans le prochain référentiel de compétences ? Est-il question d'une place réservée à l'apprentissage d'outils fondamentaux de la sociologie critique qui pourrait permettre aux futurs diététiciens de mieux repérer et déjouer les influences d'ordre économique interférant avec les intérêts de santé publique, et de mieux identifier les différents rapports de force d'ordre politique qui conditionnent étroitement leur champ d'exercice, encore bien souvent à leur insu ? L'affaire du Médiateur® a soulevé la nécessité de débattre de la place des pédagogies encourageant l'esprit critique dans les formations des professionnels de santé, la transformation encourus des études de diététique présente une opportunité d'intégrer des éléments possibles dans ce sens dans le futur cursus que ce colloque entend discuter. » ■

Environnement et santé

A la fin de leurs études, les médecins, dans leur grande majorité, ne savent que très peu de choses sur les risques sanitaires liés à l'environnement.

Jean-Pierre Lellouche, pédiatre

L'environnement joue un rôle important dans la santé. On s'attendrait à ce que les médecins soient des experts dans ce domaine. Il n'en est rien. A la fin de leurs études, les médecins, dans leur grande majorité, ne savent que très peu de choses dans ce domaine.

Pourquoi les facultés de médecine sont-elles si peu concernées par les questions d'environnement ? Pourquoi les étudiants en médecine ne prennent-ils pas conscience que leur formation est très imparfaitement adaptée aux besoins sanitaires de la population ?

Je voudrais proposer quelques pistes et hypothèses en restant au plus près de ma propre expérience d'ancien étudiant et de médecin. Je voudrais vous inviter à réagir, à contester certaines de mes affirmations, à enrichir et nuancer celles qui vous semblent mériter de l'être.

L'idéal type

Un individu en pleine santé attrape une maladie. Il était sain, il devient malade. La transition entre ces deux états est nette et indiscutable. Il présente des signes francs de maladie.

La maladie est considérée comme une malchance, un mauvais coup du sort que rien ne laissait prévoir. Le médecin diagnostique la maladie, prescrit un traitement qui entraîne une guérison spectaculaire. Le passage de la maladie à la santé retrouvée est net et sans ambiguïté.

Dans ce type de maladie, tout le monde est pleinement satisfait : le malade qui est guéri, le médecin qui a bien fait son travail, les laboratoires pharmaceutiques qui ont produit et commercialisé le médicament.

Un élément concourt à la popularité de cet idéal type. Beaucoup de maladies sont bénignes et se terminent par une guérison complète. Guérison spontanée souvent, mais guérison aidée ou parfois même dont on pense qu'elle est aidée, par le recours à la médecine et aux médicaments. Les enfants notamment, dans leurs premières années, font de très nombreuses maladies rhinopharyngées qui obéissent à ce schéma. A l'inverse, les maladies graves laissant des séquelles sont, heureusement, plus rares.

Quelques différences entre pneumonie et asbestose

La pneumonie à pneumocoques est une maladie qui s'installe rapidement. Un individu sain devient,

en quelques heures, malade. L'asbestose s'installe de façon lente et progressive.

Dans la pneumonie, le médecin est sollicité dans un climat d'urgence, il doit faire le diagnostic rapidement et mettre en route un traitement. L'asbestose s'installe comme une fatalité attendue.

Alors que la pneumonie se termine par une guérison complète, l'asbestose ne se termine pas bien.

L'affaire du Distilbène®

Le Distilbène® a été très largement utilisé pendant des années pour éviter les avortements spontanés. Très vite, une étude en double aveugle très bien menée n'a montré aucune efficacité de ce produit. Malgré cela, il a continué à être utilisé de nombreuses années. Lorsqu'il a été démontré qu'il entraînait des cancers, il a été retiré aux États-Unis, mais a continué à être commercialisé et prescrit en France.

On a par ailleurs découvert qu'il pouvait entraîner des malformations, non seulement chez les enfants dont les mères avaient reçu ce produit, mais aussi chez leurs petits-enfants, autrement dit à la deuxième génération.

Tous ces éléments, cancérogénèse, tératogénèse, étude en double aveugle dont on ne tient pas compte, font que cette histoire fournit nombre d'éléments susceptibles de faire réfléchir. On s'attendrait donc à ce qu'elle soit enseignée par les gynécologues, les endocrinologues, les cancérologues et quelques autres. Or les étudiants n'ont sur ce sujet qu'une connaissance très superficielle. On ne cherche pas à les mettre en situation de se dire : « D'autres avant moi ont fait des bêtises par ignorance, par paresse intellectuelle, par naïveté en croyant les dires des laboratoires pharmaceutiques, je ferai tout ce que je pourrai pour me former et m'informer... »

Pourquoi cela n'est-il que très peu enseigné ? De nombreuses raisons existent, je ne les citerai pas toutes, mais j'aimerais faire quelques hypothèses. Les médecins dans leur ensemble considèrent les laboratoires comme des partenaires respectables. Si les étudiants apprennent que tel laboratoire a menti gravement dans telle situation, ils peuvent se demander si d'autres laboratoires ne mentent pas dans d'autres situations. Ils peuvent alors se demander s'il est normal que les laboratoires sponsorisent les colloques, congrès et revues médicales...

Le Distilbène® a été très largement utilisé, mais ce ne sont pas les grands patrons hospitaliers qui l'ont préconisé. Les enseignants d'aujourd'hui ne se sentent pas concernés par un médicament qu'eux-mêmes ne prescrivent pas et que leurs aînés avaient très peu prescrit et très peu conseillé. Le Distilbène® a été très utilisé, mais dans le cadre d'un bricolage fortement recommandé par les laboratoires. De même que le Médiator® n'a pas été recommandé par les grands diabétologues, mais qu'il a été utilisé comme coupe-faim dans le cadre d'un bricolage dont il n'est pas impossible de penser qu'il satisfaisait les laboratoires Servier.

Intermède

A ce stade, il serait possible de conclure. Il est facile de comprendre pourquoi les maladies se rapprochant le plus de la maladie idéale type sont privilégiées. Celles qui guérissent de façon spectaculaire grâce aux médecins et au médicament, qui répondent au mieux aux attentes de tous les partenaires.

Réciproquement, il est facile de comprendre pourquoi les maladies, qui sont en partie liées à des choix économiques et font apparaître le champ social comme conflictuel, sont dérangeantes.

La santé ne doit pas seulement être considérée comme un état subissant des attaques de facteurs isolés (pneumocoque, amiante, Distilbène®...) Il existe de nombreux facteurs pathogènes qui agissent en synergie, qui sont de plus soumis aux influences des états émotionnels et psychologiques, et tout cela dépend de facteurs génétiques et se remanie au fil du temps.

De cette complexité, il ressort que tout ne peut pas être prévu, tout ne peut pas être maîtrisé. La médecine devrait être le champ de l'humilité, de la patience, de l'interrogation inquiète, de la surveillance, de l'évaluation, de la réorientation en cas d'erreurs.

Autant dire que le tempo qui devrait être celui de la médecine n'est pas du tout celui de la politique. Pour le dire autrement, des médecins qui s'interrogeraient sur les interactions complexes entre psychisme, génétique et environnement, des médecins qui s'intéresseraient à la qualité de l'air et de l'eau, à la non toxicité des jouets et qui demanderaient aux pouvoirs publics de s'y intéresser, et de démontrer qu'ils sont compétents et qu'ils obtiennent des résultats. Ces médecins-là seraient des empêcheurs de « somnoler ». Ces

médecins seraient insupportables. Et l'on comprend que depuis des décennies, en France et ailleurs, on s'emploie à éviter une telle éventualité.

Les perturbateurs endocriniens, les interactions et la complexité

Beaucoup d'études montrent une augmentation importante de certaines malformations génitales et des cancers du testicule. On note dans de nombreux pays un appauvrissement très marqué du sperme avec diminution de la quantité et de la mobilité des spermatozoïdes.

Quand on apprend qu'il y a parmi les phtalates : le Di 2 ethyl hexyle phtalate, le Di iso nonyl, le Di iso décyle, le Benzyl butyle, le Di butyle et quelques autres dont le Di cyclo hexyle et Di noctyle, que l'un se trouve dans les rideaux de douche, l'autre dans les gants et les emballages alimentaires, d'autres dans les jouets, on se dit que le monde est fou et irresponsable.

Que peut faire un enseignant en médecine devant cette folie ?

Il ne peut pas produire beaucoup de preuves et de publications, car il y en a peu. Ce n'est pas une question prioritaire.

D'autre part, et surtout quand un enseignant dit : « La pneumonie se présente comme ceci et se soigne comme cela », il délivre un savoir « utile ». L'étudiant acquiert un savoir une compétence et il y a du bonheur dans la transmission du savoir pour celui qui le transmet et pour celui qui le reçoit.

En revanche, lorsque l'enseignant apprend à l'étudiant que le monde est fou depuis longtemps et qu'il va le rester encore durablement, lorsqu'il lui apprend que sa génération à lui a vu la situation se dégrader, on ne peut pas dire qu'il transmette l'espoir et l'optimisme.

L'industrie pharmaceutique laboure méthodiquement les esprits pour y implanter fortement l'idée que la maladie est une malchance qui a une solution technique et médicamenteuse. Les pouvoirs publics, incapables de penser et d'organiser la santé publique, incapables même de prendre conscience qu'il serait de leur devoir de le faire, assistent sans rien y comprendre au déferlement des phtalates, à l'augmentation de fréquence du diabète de l'enfant. Ils ne sont pas concernés.

On comprend que, chaque fois qu'ils ont le choix, les enseignants et les étudiants se racontent sans jamais se lasser l'histoire de la belle pneumonie et du beau médicament charmant... ■

Fukushima, une chance ! ^{1^{re} partie}

Alors qu'un nouvel accident nucléaire majeur survient à Fukushima, l'importance de la pollution liée à celui de Tchernobyl est encore niée. Fukushima servira-t-il au moins de leçon au monde ?

IYveline Frilay, médecin généraliste

Comment imaginer qu'un tel incident provienne du Japon, pays à la pointe de la technologie ? Tchernobyl était explicable : une conjugaison de causes peut être avancée, dont l'économie du pays. L'incendie dura du 26 avril au 9 mai 1986. La partie supérieure du cœur du réacteur à l'air libre a facilité la diffusion du nuage radioactif : 12 milliards de milliards de becquerels, 30 000 fois la quantité annuelle de toutes les installations mondiales rejetée dans l'environnement, malgré 5 000 tonnes de matériaux déversés par hélicoptère sur le réacteur. Jusque mi-mai, les éléments volatiles (iode 131, césium 134 et 137) de période radioactive de huit jours, deux ans, et trente ans se déversent sur l'Europe. La version officielle est que la France ¹ est épargnée : le nuage constitué d'éléments à demi-vie courte, se serait appauvri en chemin ! L'information repose sur un seul homme : le Dr Pellerin qui siège dans toutes les commissions nationales ² et internationales ³. Discours isolé en Europe, fallait-il le croire ?

Le nuage de Tchernobyl

La météo, la géographie, les modes de vie de la population expliquent les risques sanitaires français. Les feuilles interceptent les particules radioactives en suspension dans l'air : légumes à feuilles, salades, épinards, poireaux, herbes sont les plus touchés. Les herbivores contaminent la chaîne alimentaire : produits laitiers (lait de chèvre, de brebis), viandes, surtout dans les trois premiers mois. Mais il faut aussi compter avec le stock durable de césium 137 dans le sol : en forêt, l'activité reste élevée dans les champignons, les baies, le gibier.

Communiquer seulement sur l'iode 131 dont la demi-vie est de huit jours est un mensonge par omission. L'activité du Césium 137 est dix fois supérieure, d'autant qu'il pleut ⁴ et que les zones sont montagneuses (Alpes) ou forestières : le feuillage des arbres capte facilement les poussières radioactives de l'air. En 2010, la contamination des produits agricoles a nettement diminué : 10 à 30 fois plus faible qu'en 1987, 1 000 à 10 000 fois plus faible qu'en mai 1986, elle baisse lentement au cours du temps. Les eaux de rivière ne seraient pas atteintes de manière durable ? Quelles recommandations pour les femmes enceintes et leurs nouveaux nés, alors que le Césium 137 passe dans le lait maternel ?

Faute de mesures en 1986, la CRIIAD ⁵, association à but non lucratif créée après Tchernobyl, défend le droit à l'information sur la radioactivité et le nucléaire, à la protection contre les dangers des rayonnements ionisants. C'est aussi un laboratoire qui fait des mesures, qui a pu fournir des informations fiables sur les risques nucléaires liés au nuage japonais.

Les conséquences de Tchernobyl sur la santé des Français

Quelle que soit notre région d'exercice, nous observons un surcroît de pathologies thyroïdiennes : cancers, thyroïdite, dysthyroïdie, goitre multi hétéronodulaires, nodules de plus en plus gros, d'évolution très rapide. Pathologies autrefois plus fréquentes chez les femmes, dont le sexe ratio tend à se rapprocher de 1, entre 18 et 50 ans. Les statistiques de 2001 ⁶ confirment l'augmentation du nombre de cancers de la thyroïde depuis vingt ans, mais d'habiles arguments innocentent Tchernobyl. L'augmentation de l'incidence dépend du lieu de séjour au moment du passage du nuage et des habitudes alimentaires. Si l'augmentation de ces pathologies était liée au développement de l'échographie, l'augmentation se ferait en plateau, or l'incidence des cancers thyroïdiens progresse : en 1975, 1,5/100 000 habitants, 2,5 en 1985, 4,5 en 1995, 10,6 en 2005, soit sept fois plus.

Selon l'IRSN ⁷, le cancer thyroïdien de l'adulte est induit par des facteurs multiples. Sur leur site, toutes les études répertoriées sur le nucléaire et les cancers sont mises en doute : « demande à être confirmée », « existence de biais », sans argumentation. La France nie le risque du cancer thyroïdien lié à vingt ans de surexposition radioactive, pourtant il est connu qu'après exposition aux jeunes âges, ce risque continue à s'exprimer. De même pour l'IRSN, le risque de leucémies radio-induites chez les liquidateurs de Tchernobyl n'est pas démontré. D'après une étude de 1998 [Littlefield], le risque serait surestimé. De son côté, Gluzman [2005] parle de sous-estimation liée à la définition du statut de liquidateur, la difficulté du suivi de populations de très grande taille, les incertitudes sur les doses individuelles, la validité des diagnostics... L'augmentation des lymphomes en Basse-Normandie est-elle liée aux pesticides ou à la centrale ? ⁸

Effets du césium 137 sur la santé

Quand on dose la vitamine D, on remarque que les carences ne touchent plus seulement les personnes de plus de 65 ans, mais tous les âges. Quel est le rôle de la diminution de la couche d'ozone ? Une autre piste doit être soulevée : des troubles du métabolisme de la vitamine D sont observés lors de la contamination par de faibles doses de césium 137, augmentant les risques osseux de fracture. L'exposition chronique au césium 137 durant la grossesse perturberait le métabolisme de la vitamine D. Il est d'ailleurs recommandé depuis 1997 de prescrire de la vitamine D aux femmes enceintes, suite à des observations de troubles osseux chez les nouveaux-nés.

Vingt ans après Tchernobyl, il y a toujours du césium 137 dans l'alimentation, ingéré et assimilé comme son homologue et compétiteur naturel, le potassium. Dans l'organisme, il se concentre dans le muscle, plus encore chez l'enfant. Le césium 137 augmenterait l'incidence des pathologies cardiovasculaires, une étude récente mettant en évidence une association entre carence en vitamine D et ces pathologies⁹. A faible dose, il induit une augmentation des cancers de la thyroïde, des malformations congénitales, des troubles neurologiques. A quand des études de santé publique en France ? —

A suivre, deuxième partie à paraître dans *Pratiques* n° 57.

-
- 1. Jacques Chirac Premier Ministre, Alain Juppé, ministre de la Santé.
- 2. Entre 1960 et 1995, Président du Comité national d'experts médicaux en cas de sinistre nucléaire, Membre du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France, de la Commission des installations nucléaires de base (CINB), de la Commission interministérielle des radioéléments artificiels (CIREA), du Conseil supérieur de sûreté nucléaire, du Conseil national de la métrologie (CNM), Commissaire du Gouvernement à l'Assemblée nationale, au Sénat et au Conseil d'État pour tous les textes réglementaires relatifs à la protection contre les rayonnements et la radioactivité, Expert auprès des Tribunaux, Missions gouvernementales d'inspection des centres d'expérimentation de Reggane (Algérie) en 1960 et de Mururoa (Polynésie française) en 1978 et en 1982.
- 3. Entre 1959 et 1995, Membre puis chef de la délégation française à l'UNSCEAR (*United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiations*) de l'ONU, Membre de la Commission internationale de protection radiologique (CIPR III). Expert et consultant de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Mission auprès du gouvernement de la République populaire de Chine (1984), Expert et consultant des Fédérations de Croix-Rouge et Croissant-Rouge : Missions en Biélorussie, Russie, Ukraine, Sibérie, mer de Barents, Kazakhstan, Membre de la Commission franco-allemande de sûreté nucléaire de 1958 à 1994. Membre du Comité Scientifique et Technique d'Euratom de 1983 à 1995.
- 4. Il y a eu de fortes pluies entre le 2 et le 4 mai entre la Moselle et la Corse, régions les plus touchées.
- 5. Commission de Recherche et d'Information Indépendantes sur la Radioactivité.
- 6. *BEH* n° 21, 2001.
- 7. Institut de Sûreté Nucléaire.
- 8. Troussard X., Duchenet V., Cornet E., Mouchel D., Malet M., Epidémiologie des hémopathies malignes en Basse-Normandie, www.em-consulte.com/showarticlefile/218977/main.pdf
- 9. Bandazhevskaya, G. S., V. B. Nesterenko, V. I. Babenko, T. V. Yerkovich, and Y. I. Bandazhevsky. 2004. Relationship between cesium (137Cs) load, cardiovascular symptoms, and source of food in 'Chernobyl' children – preliminary observations after intake of oral apple pectin. *Swiss Med Wkly* 134:725-9.





Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir.

Entre deux fictions

— Marie Bonnet, *Anthropologie d'un service de cancérologie pédiatrique. De la parole au choix*, Ed. L'Harmattan, 2011

Marie Bonnet est psychanalyste et anthropologue, avec en outre une expérience de la direction d'hôpitaux. Elle a collaboré au n° 49 de *Pratiques* sur « La place du patient ». Cet ouvrage est la synthèse d'un travail de terrain de trois ans, en « immersion et observation participante », comme elle le qualifie elle-même, en service d'oncopédiatrie. Dans ce contexte, il ne révèle pas seulement les ambivalences du dispositif de soins dans la perspective médicale, mais aussi celles du dispositif d'observation dans la perspective des sciences humaines. Ambivalences qui apparaissent déjà à Claude Lévi-Strauss lorsqu'il fondait l'anthropologie contemporaine, mais aussi à Marie-Christine Pouchelle, collaboratrice et souvent inspiratrice de la revue *Pratiques*, lorsque sa recherche d'anthropologue l'immerge dans le régime hospitalier.

Quelle « neutralité scientifique » adopter, en tant que spécialiste des sciences humaines, face à des situations par définition génératrices non seulement d'émotions, mais de représentations ? Et comment faire pour que ces représentations ne soient ni falsifiantes en termes de recherche, ni surtout pathogènes en termes de soin ? L'ouvrage, dans cette intention pratique, s'adresse explicitement à un large public, qui comprend aussi bien les professionnels de la santé, que ceux des sciences humaines, et bien sûr aussi les patients et leurs familles. Ce sont donc ces représentations que l'ouvrage interroge continûment, et en particulier celles qu'on peut se faire de ce qu'est un « enfant » : elles induiront la place qu'on donnera à sa parole en tant que patient. Et sur ce point, il est intéressant que le facteur déclenchant de cette recherche n'ait été ni celui de l'anthropologie, ni celui de la psychologie, mais celui du droit. C'est en examinant, en tant que directrice d'hôpital, les textes juridiques qui assignent sa place au patient dans le régime hospitalier et dans le système de santé en général, que l'auteur a saisi les premières pistes de son travail. Et en

particulier à partir de la question, juridique par excellence, du consentement au traitement.

La question centrale de l'ouvrage est bien celle-ci : que signifie consentir pour un enfant, aussi bien juridiquement mineur qu'intellectuellement non encore mature ? Se référant aux travaux du sociologue Gérard Neyrand, elle mentionne ce troublant basculement des représentations qu'on se fait de l'enfant, qui le font passer de la fiction du bébé tube-digestif à la fiction inverse de l'enfant-cerveau. D'un pur objet de soin à un sujet supposé déjà adulte. Et elle montre ainsi comment la participation aux choix thérapeutiques, relevant de la seconde représentation, fait peser, sur l'enfant patient comme sur ses parents, le poids d'une responsabilité difficilement soutenable, et qu'il est en tout cas nécessaire d'interroger.

Ainsi, le « double bind », l'injonction paradoxale dont l'enfant-patient est l'objet lorsqu'on le fait, au nom d'un modèle d'autonomie, participer à un choix thérapeutique dont il ne maîtrise ni les tenants ni les aboutissants, oblige-t-il aussi à réfléchir la dimension culpabilisante de ce modèle pour les adultes : comment prétendre décider de ce sur quoi l'on n'a pas de prise ?

Où serait donc la place pour la parole de l'enfant ? Le livre ne résout pas la question. Mais il ouvre, sciemment ou non, des pistes pour la réfléchir. Et pour penser en particulier la façon dont elle peut différer aussi bien de la parole médicale que de la parole familiale. Certains exemples de blogs ouverts par les parents font une large place à d'autres fictions (celle de l'enfant-ange ou princesse), qui ne paraissent pas à même de soutenir la soif d'authenticité que révèle la maladie.

Mais une place plus constructive est faite à la ritualisation des soins, ou à la représentation du « bonhomme-douleur », qui permet non seulement une expression salutaire, mais une véritable conjuration de cet « effroi » qu'insuffle la proximité du risque de mort. —

Christiane Voltaire



Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir.

— Lydia Flem, *La reine Alice*, La librairie du 21^e siècle, Seuil, 2011

Ce « roman » récemment paru aux éditions du Seuil est en fait le récit d'un itinéraire, d'une traversée périlleuse : celle de la maladie cancéreuse de l'auteur Lydia Flem, romancière mais aussi psychanalyste.

Sa position est singulière : ce n'est pas si fréquent qu'un psychanalyste quitte une attitude de neutralité, même bienveillante (pouvant quelquefois confiner au retrait défensif abrité derrière la théorie), pour s'impliquer en s'exposant personnellement.

On peut penser également à Pierre Cazenave, psychiatre psychanalyste également atteint d'un cancer pendant une quinzaine d'années. Ses idées, intuitions et pratiques cliniques sont développées dans le *Livre de Pierre* de Louise Lambrichs¹.

Tout autre est le propos de Lydia Flem qui nous raconte son parcours thérapeutique avec le parti pris du conte merveilleux à la Lewis Carroll. La maladie fait de l'ex bien portante une patiente passive, impuissante, ballottée qui, telle Alice, a « traversé le miroir » et perdu tous ses repères antérieurs.

Le risque évident est bien celui de la dépression, de la régression et de la souffrance psychique surajoutées à celle du corps ce qui peut rendre très aléatoire le retour à la « bien portance » et faire de la convalescence quelque chose de compliqué et d'incertain.

Victime, elle l'est, certes !

- D'abord de l'omnipotence de certains soignants qui, telle la Reine Rouge, considèrent que les malades ne sont que des maladies et donc à ce titre appartiennent à la médecine.
- De leur inconstance, telle la doctoresse Loukoum qui répète avec constance : « Je reviens » et avec la même constance ne revient jamais.
- De leurs défenses, tel le Roi Blanc radiothérapeute obsessionnel qui, réfugié derrière les problèmes techniques, fait comme s'il n'entendait pas le questionnement de sa patiente.
- De l'égoïsme de certains patients, tel son voisin écrivain qui ne parle que de lui et lui dénie la moindre parcelle d'existence.

Mais à l'intérieur de l'institution soignante vont et viennent une myriade de bonnes créatures : la licorne qui lui offre un appareil photo, le ver à soie qui lui conseille « de tenir tête sans s'entêter », mais aussi le lapin blanc, la fée Praline et Cherubino Balbozar, tous porteurs de douceurs : friandises et bons mots apaisants.

Ainsi, progressivement, Alice, de simple pion sur l'échiquier de l'institution soignante devient la Reine Alice, ce qui signifie qu'elle s'est requinquée, qu'elle a regagné une certaine vitalité, en tous cas une autonomie de déplacement sur l'échiquier de sa propre vie.

La fatigue et l'excitation anxieuse (liées à la maladie, aux traitements et à l'hospitalisation) entravent la créativité littéraire de l'auteur : son stylo est en panne ou introuvable.

C'est la photographie de compositions d'objets présents, on pourrait dire de « micro installations » dans l'univers rétréci de sa chambre d'hôpital – qui va être le support premier de sa renaissance à la vie, c'est-à-dire au désir et à la créativité issues de l'enfance.

Que nous enseigne Alice ? D'abord que nous avons tous en nous des trésors prodigieux mais inconnus, cachés, acquis depuis l'enfance, certes grâce à nos relations primordiales, mais aussi grâce à nos lectures, notre formation artistique et culturelle ou notre fréquentation de la nature. Dans l'adversité, la lecture de Sénèque ou d'Épictète peut se révéler très douce. Un médecin prescrit d'ailleurs à Alice une page de Proust à lire tous les soirs ! Culture, mais aussi humour : Lydia Flem écrit que « le trait d'esprit est la dernière limite avant le gouffre ».

Les urgences hospitalières sont par elle rebaptisées LAV, c'est-à-dire labyrinthe des agitations vaines. *La reine Alice* est un conte philosophique oscillant sans cesse entre stoïcisme et recherche d'hédonisme. C'est donc une philosophie Épicurienne du temps présent, du « Carpe diem » partagé avec amis et semblables – dans laquelle elle « s'applique à l'insouciance et à la futilité », elle cultive sa part indestructible de créativité héritée de l'enfance, sa « partie enfant » toujours prête à revivre pour peu qu'on en accepte la résurgence.

Le 20 mai dernier, l'auteur Lydia Flem est venue à Caen échanger avec ses lecteurs, mais aussi avec des patients, des médecins et des soignants. La rencontre se passait au Centre François Baclesse, qui est le Centre régional de Lutte contre le cancer. Dans la contrée, on dit pudiquement Baclesse ou C.A.C (Centre Anti Cancéreux)... J'étais particulièrement ému de gagner l'amphithéâtre où avait lieu la réunion, pénétrant pour ce faire dans les entrailles de ce Léviathan moderne, cette usine à soigner qui voit (et a vu) défiler tant de patients. Je n'étais pas rentré dans ce bâtiment depuis dix-sept ans, depuis le jour du décès de ma mère... Une amie m'accompagne. .../...



Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir.

.../...

Elle a été opérée elle aussi d'un cancer du sein il y a trois ans.

En écoutant s'exprimer Lydia Flem, chaleureuse, fine et subtile, je pensais aussi à Élisabeth Gilles² et à Marie-Dominique Arrighi³, toutes deux disparues... Elles avaient témoigné par écrit de leur maladie... comme Lydia Flem, mais de façon très différente.

– La première (fille d'Irène Nemirowski) fait acte de grande littérature dans la lignée de sa mère. Dans une petite pièce de théâtre, véritable brûlot intitulé *Le crabe sur la banquette arrière*, elle stigmatise la maladresse de ses proches et des différents soignants. C'est un chef d'œuvre Ionescien où l'humour toujours décalé fait apparaître que le malade tient le rôle principal d'une pièce de théâtre qui se joue sans sa participation. Elle décide d'en rire et si possible d'en faire rire les autres. Pari tenu !

– La seconde, journaliste, a tenu un blog très fréquenté où elle fait une narration quasi quotidienne de son parcours thérapeutique : « le K2 » deuxième cancer, mais aussi vertigineux sommet himalayen quasi impossible à gravir. Elle se veut « patiente éclairée » et invite les soignants à monter la barre pour respecter leurs propres engagements.

Il faudrait conseiller (pourquoi pas imposer?) la lecture de ces quatre livres à tout médecin, à tout soignant (en herbe ou confirmé), à tout décideur administratif œuvrant dans le domaine de la santé.

Ces quatre livres sont écrits par des femmes ; outre leur grande valeur littéraire, trois d'entre eux se rejoignent par une certaine idée de l'humour avec des facettes tendres chez Lydia Flem, plus réalistes chez Marie-Dominique Arrighi, voire féroces chez Élisabeth Gilles.

L'humour, l'enfance, la culture, l'art et la nature sont des supports qui nous permettent d'élaborer les difficultés de la vie. Philosopher, c'est apprendre à vivre ?... —

Alain Quesney, pédiatre

Bibliographie

1. Louise L. Lambrichs, *Le Livre de Pierre*, Seuil, 2011, Nouvelle édition.
2. Élisabeth Gilles, *Le crabe sur la banquette arrière*, Mercure de France, 1994 (Folio 2790).
3. Marie-Dominique Arrighi, *K, Histoires de crabe*, Bleu autour/Libération, 2010.

Voir aussi « L'éclaireuse du crabe », interview de Marie-Dominique Arrighi dans la revue *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique* d'avril 2010.

Une société du toxique et de dévotés

— Marie Grossman et Roger Lenglet, *Menaces sur nos neurones, Alzheimer, Parkinson*, Acte Sud, 2011

N'entamez pas le premier chapitre de ce livre avant de vous endormir, vous risquez le cauchemar, avec l'énumération de tous ces neurotoxiques que nous côtoyons quotidiennement : aluminium, plomb, mercure, cadmium, fluor, phtalates, pesticides, médicaments, ondes électromagnétiques, et la description épidémiologique de la pandémie des maladies neurologiques qui nous terrorisent : maladie d'Alzheimer, Parkinson, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, épilepsie, autisme, tumeurs cérébrales, troubles psychiatriques. Qui plus est, les deux premières citées ne sont plus l'apanage des séniors.

A lire par ceux qui possèdent une bouche pleine d'amalgames dentaires et ceux qui doivent bénéficier prochainement de soins avant de se rendre chez le dentiste. A recommander aux femmes enceintes avant de débiter la grossesse. Nous pouvons être inquiets quand la recherche s'intéresse à sortir de nouveaux médicaments pour traiter des pathologies que la société a créées elle-même au lieu de se préoccuper des causes. Nous apprenons qu'il n'y a plus de formation de « toxicologie ». Nous déplorons encore ici, la défaillance de la santé publique en France.

En France et à L'OMS où la France apporte sa contribution,

les conflits d'intérêts y sont particulièrement décrits et argumentés : le train Alzheimer, la vaccination H1N1, les ondes électromagnétiques, on comprendra mieux pourquoi même après le scandale du Médiator®, la loi sur la pharmacovigilance française restera insuffisante. Notre président Nicolas Sarkozy et son entourage ne sont pas épargnés : « faire de l'argent avec les cerveaux malades ».

Après la lecture de cet ouvrage bien documenté, le débat est ouvert : Citoyens, soyez vigilants avec votre environnement, investissez-vous dans les associations où les lanceurs d'alerte sont présents, dans les conseils de quartiers où vous pouvez interroger les politiques et agir. Médecins, interrogez-vous lorsque, dans le bassin de vie, vous soupçonnez une épidémie de maladie neurologique (ou une autre). A quand des réunions au sein de bassin de vie de médecins généralistes pour parler des problèmes de santé publique avec des médecins de santé publique ?

Un livre qui devrait plaire aux lecteurs de *Pratiques*, cité en exemple pour son indépendance et ses lanceurs d'alerte, au côtés de *Prescrire* et du Formindep. —

Yveline Frilay



Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir.

— Yann Diener, *On agite un enfant. L'Etat, les psychothérapeutes et les psychotropes*, La Fabrique, 2011.

C'est un petit livre à la couverture bleue, qui tient dans la poche de mon imperméable, et dont je peux relire par-ci par-là une page ou l'autre dans le métro toulousain, qui prend beaucoup moins de temps que le métro parisien.

Son auteur, Yann Diener, est psychanalyste. Il dénonce les dérives non pas de la psychanalyse qu'il a à cœur de défendre, mais celles de tout un langage qui se généralise et se banalise de plus en plus, lui faisant perdre son sens. Il l'affadit, la falsifie, pervertit son originalité, sa spécificité : « Les notions de "tiers" et de "symbolique" par exemple, ont été tordues jusqu'à s'inverser. Leur sens a été essoré et retourné, normalisé » p. 47. C'est la novlangue psychanalytique, issue de la langue-médico-sociale (LMS). A force de vouloir faire rentrer la psychanalyse dans un cadre thérapeutique, régi par des injonctions de bonne pratique, dans la ligne d'une démarche qualité, on s'aperçoit qu'on l'a perdue en route, la psychanalyse.

Alors on se paye de mots et on parle par exemple de psychothérapie à tendance analytique, ce qui est bien pratique, consensuel et de bon aloi, mais entretient un flou que Yann Diener a le mérite de secouer. Il dénonce la confusion, entretenue aussi par des psychanalystes qui ont cru qu'ils pouvaient ménager la chèvre et le chou, c'est-à-dire les discours dominants et la psychanalyse. Mais celle-ci se trouve en danger d'être mangée, comme le chou, et elle risque bien de désertir de plus en plus notre potager culturel : « En cédant sur les mots, de nombreux analystes ont cédé sur la chose », écrit-il p. 49.

Toute cette langue à l'œuvre pour édulcorer, tempérer la psychanalyse et ce qu'elle porte en elle de profondément subversif, d'original et d'unique, la ronge aussi de l'intérieur : « ... il n'y a plus que les enveloppes des mots de psychanalyse... il ne s'agit plus de psychanalyse » p. 51.

Et c'est là que je lis ce livre avec gravité. Nous n'avons rien à gagner à galvauder la psychanalyse, mais beaucoup à perdre, en la perdant, elle.

Yann Diener nous parle des CMPP, Centres médico-psychopédagogiques, de leur origine et de leur vocation généraliste. « C'est un lieu qui n'est pas spécialisé dans un symptôme particulier », parce que tous les symptômes que peut présenter un enfant méritent une égale attention.

Les CMPP se sont multipliés à partir de 1963, souvent à l'initiative de psychanalystes. Ils sont menacés, comme l'est la psychanalyse, parce qu'écouter un enfant en créant pour lui des conditions nécessaires à sa parole est une pratique désuète et « vieux-jeu », p. 31. Yann Diener nous dit que la plupart des praticiens considèrent « que le symptôme de l'enfant dit quelque chose de la

structure familiale, qu'il peut représenter "la vérité du couple familial" (Lacan). » p. 24.

Mais de plus en plus, il faut que la parole se courbe aux exigences du temps économique.

Ainsi, « l'enfant agité est devenu une étiquette pratique pour l'école, pour les médecins comme pour les parents, lorsqu'ils ont besoin de croire à un traitement opératoire et rapide. » p. 82.

Pourtant, « on sait que nombre d'enfants passeront par des moments d'agitation particulièrement vive, dans certains contextes, entre autre le classique divorce des parents (ou le non-divorce qui peut rendre encore plus dingue un enfant). En fonction dont lui sont énoncées les raisons de la séparation, un enfant peut passer des heures à élaborer une stratégie qui pourrait empêcher la séparation de ses parents ; cela lui "prend la tête" au point qu'il ne peut pas réfléchir aux problèmes qu'il a à résoudre en classe, et ça l'agite. » p. 78.

Yann Diener dévoile et met à jour des tours de passe-passe, véritables manipulations du langage : ainsi, dans le même temps que certains s'emploient à raboter la psychanalyse, d'autres, ou les mêmes, érigent aussi des pseudo-pathologies en nouvelles vraies maladies, qui forcément nécessitent un médicament approprié. C'est ainsi qu'hyperactivité et TDAH deviennent des mots de tous les jours, avec cet autre comme corollaire : Ritaline®.

La langue-médico-sociale a opéré des glissements sémantiques habiles pour que les pratiques des institutions de soins s'ajustent aux diktats des pouvoirs publics. On ne parle plus de sujet, mais d'usager, on ne parle plus de symptôme, mais de trouble ou de handicap.

Que les nouveaux mots envahissent ainsi les discours compliquent considérablement la tâche des enfants qui viennent dans les CMPP, explique Yann Diener : « traversés eux-mêmes par cette langue qui banalise le conflit jusqu'à le rendre inaudible, ils vont devoir redoubler d'efforts pour se faire entendre. Ils vont devoir s'agiter un peu plus, le symptôme devra redoubler d'invention pour faire entendre la vérité dont il est le représentant. » p. 46.

Alors, qu'est-ce qu'on gagne ?

Ce livre me laisse une impression d'honnêteté et de rigueur. Il me semble qu'il peut contribuer à calmer nos agitations. Je suis contente aussi qu'il soit écrit dans une langue toujours accessible. Il est plein de petites notes à la fin, numérotées de 1 à 118, que par paresse j'ai négligées pendant ma lecture, et que je vais maintenant picorer. Je recommande la numéro 33 ! —

Isabelle Canil



Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir.

— Dominique Dépinoy, *Maison de santé, une urgence citoyenne*, Editions de santé.

L'impression ressentie à la lecture du livre du Docteur Dominique Dépinoy, c'est qu'il y a, aujourd'hui, une opportunité à saisir pour répondre aux enjeux soulevés à propos de l'offre de soins de premier recours. L'ouvrage, bien documenté, fait le point des changements en cours ou souhaités en médecine générale, mais surtout il interpelle la profession, les élus et tous les acteurs soucieux d'une accessibilité à des soins de qualité pour tous (Agences régionales de santé, organismes de sécurité sociale, mutuelles...).

Le préambule dresse deux scénarii possibles. Dans le premier, le « virage des soins de premier recours », les maisons de santé et les pratiques pluri-professionnelles qui les caractérisent font partie du paysage sanitaire ; la médecine générale est sortie grandie de ces transformations... Dans le second cas, « en dehors de quelques exemples réussis mis en exergue, l'absence de cadre et les résistances diverses des acteurs ont étouffé beaucoup de projets. Beaucoup de structures présentées comme des maisons de santé se sont trouvées vides une fois construites par des municipalités, faute d'une vraie concertation avec les professionnels de santé... »

Il ne faudrait pourtant pas que devant l'ampleur de la tâche, on se résigne à un « entre deux »... avec des murs réunissant des professionnels « sans contenu » réellement nouveau pour répondre aux besoins en prévention, en éducation thérapeutique, à la formation, à la coordination, à la permanence des soins...

Dominique Dépinoy souligne à juste titre que les idées qui gravitent autour du concept de maison de santé ne sont pas tout à fait nouvelles, ce qui l'est c'est la mise en place d'un cadre politique (loi HPST), bien relayé par les ARS et des élus qui ont compris qu'ils devaient s'intéresser à la santé (et ne plus considérer que « la santé, c'est l'affaire des médecins et de la Sécurité sociale ! »). Le premier scénario doit l'emporter.

De leur côté, les professionnels ont à appréhender les changements attendus (cesser de travailler chacun dans son coin, communiquer entre eux, avoir des activités de soins mais aussi de prévention, de formation...), bien sûr à condition d'en avoir les moyens dans la durée. Pour les professionnels sollicités par un maire pour réfléchir à un projet de maison de santé, c'est presque répondre à un défi : il faudrait faire vite alors qu'il y a tout à faire, et d'abord assumer le quotidien. Pour cela, les professionnels ont besoin d'une aide sous forme d'accompagnement, d'appui conseil... pour apprendre à se connaître, puis bâtir un projet de santé et se poser en interlocuteur des élus, des financeurs... et concrétiser le projet de maison de santé.

L'expérience de l'accompagnement des acteurs de maisons et pôles de santé, c'est justement ce que transmet D. Dépinoy dans son livre, un livre vivement conseillé aux professionnels de santé, aux élus, à tous ceux qui se posent des questions sur les maisons de santé. —

Daniel Coutant

Numéros disponibles

Numéros à 12,20 € (sauf le numéro double 14/15) + 1,50 € de frais de traitement

- | | | |
|---|---|---|
| N° 1 : La société du gène | N° 11 : Choisir sa vie, choisir sa mort | N° 21 : Le médicament, une marchandise pas comme les autres |
| N° 2 : La souffrance psychique (<i>épuisé</i>)* | N° 12 : L'information et le patient | N° 22 : La santé, un enjeu public |
| N° 3 : Penser la violence | N° 13 : La médecine et l'argent | N° 23 : Ils vont tuer la Sécu ! |
| N° 4 : Santé et environnement | N° 14/15 : Profession infirmière (prix 16,80 €) | N° 24 : Le métier de médecin généraliste |
| N° 5 : La santé au travail | N° 16 : Les émotions dans le soin (<i>épuisé</i>)* | N° 25 : Hold-up sur nos assiettes |
| N° 6 : Sexe et médecine | N° 17 : Des remèdes pour la Sécu (<i>épuisé</i>)* | N° 26 : L'exil et l'accueil en médecine |
| N° 7 : La responsabilité du médecin | N° 18 : Quels savoirs pour soigner ? | N° 27 : Faire autrement pour soigner (<i>épuisé</i>)* |
| N° 8 : La santé n'est pas à vendre | N° 19 : La vieillesse, une maladie ? (<i>épuisé</i>)* | |
| N° 9 : L'hôpital en crise | N° 20 : La santé des femmes | |
| N° 10 : Folle psychiatrie | | |

Numéros à 14 € du 28 au 39, 16 € du 39 au 42 et à partir du numéro 43 : 16,50 € + 1,50 € de frais de traitement

- | | | |
|---|--|---|
| N° 28 : Les pouvoirs en médecine | N° 37/38 : Des normes pour quoi faire ? (<i>épuisé</i>)* | N° 42 : Les couples infernaux en médecine |
| N° 29 : Réforme de la Sécu : guide pratique de la résistance | No 39 : Comment payer ceux qui nous soignent ? | N° 43 : Réécrire le soin, un pari toujours actuel |
| N° 30 : Les sens au cœur du soin | N° 40 : Les brancardiers de la République | N° 44 : Parler et (se) soigner |
| N° 31 : Justice et médecine | N° 41 : Redonner le goût du collectif | N° 45 : Le confort au cœur du soin |
| N° 32 : Le temps de la parole | | N° 46 : L'humanitaire est-il porteur de solidarité ? (<i>épuisé</i>)* |
| N° 33 : L'envie de guérir | | N° 47 : La violence faite au travail (<i>épuisé</i>)* |
| N° 34 : Autour de la mort, des rites à penser | | |
| N° 35 : Espaces, mouvements et territoire du soin | | |
| N° 36 : La place de sciences humaines dans le soin (<i>épuisé</i>)* | | |



N° 48 : L'enfermement - 16,50 €



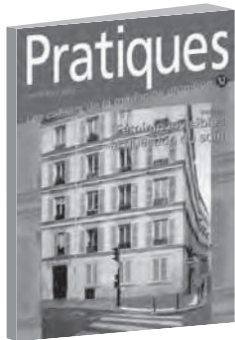
N° 49 : La place du patient - 16,50 €



N° 50 : Mettre au monde - 16,50 €



N° 51 : Que fabriquent les images ? - 16,50 €



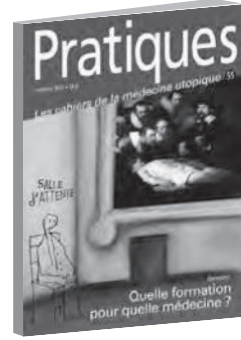
N° 52 : Féminin invisible : la question du soin - 16,50 €



N° 53 : Résister pour soigner - 16,50 €



N° 54 : Infirmières, la fin d'un mythe - 16,50 €



N° 55 : Quelle formation pour quelle médecine ? - 16,50 €

* Il est possible d'acheter les numéros 2, 16, 17, 19, 27, 36, 37-38, 46 et 47 épuisés sous forme de fichier .pdf via notre site : www.pratiques.fr/-acheter-des-numeros.html

Nom Prénom

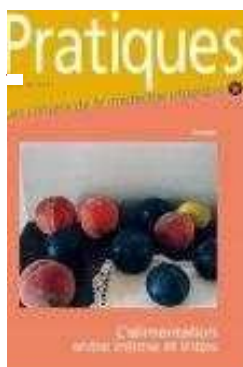
Profession

Adresse

Code postal Ville

Tél. Fax

E-mail



Chère abonnée, cher abonné,

Vous disposez ici de la version électronique de votre abonnement à Pratiques.

Deux conseils, pour vous en faciliter l'usage.

1) Dans cette version, les articles sont indexés par thème.

Vous trouverez à la page suivante un sommaire-index des mots-clés utilisés, indiquant, pour chacun de ces mots-clés, les N° de page des articles dont ce mot-clé caractérise un des thèmes principaux.

Pour vous rendre facilement à cette page, il vous suffit de cliquer sur le N° de page.

Pour revenir au sommaire-index, tapez 98 dans le marque pages de la barre des tâches. Vous pouvez aussi cliquer sur l'icône « Signet », située juste au-dessous de l'icône « Page », à gauche, en haut, sous la barre des tâches : elle vous conduira à la mention : « Index page 98 », qui vous y dirigera immédiatement.

En laissant continuellement affiché ce signet sur la partie gauche de votre écran, vous pouvez commodément passer du sommaire-index à l'article désiré, et réciproquement.

Alternativement, tapez dans le moteur de recherche de votre lecteur de pdf le début du mot clé figurant au sommaire index page 98, précédé de la marque de paragraphe §. D'occurrence en occurrence, vous vous déplacerez ainsi d'un article au suivant, pour ce même mot clé.

2) Vous souhaitez extraire un article pour l'envoyer à un correspondant : téléchargez un logiciel gratuit de fractionnement de votre revue pdf. Ces logiciels vous fournissent sur le champ une copie de votre fichier fragmentée en autant de fichiers séparés que de pages. Vous n'avez plus qu'à choisir celle(s) que vous souhaitez joindre à votre envoi.

Un bon logiciel pour cet usage est "Split and Merge" dont il existe une version en français. Il vous permet aussi bien de fractionner à votre guise votre fichier que d'en fusionner les pages que vous désignerez.

Téléchargez le logiciel pdfsam basic 2.2.1 à l'adresse suivante: http://www.pdfsam.org/?page_id=32

Réglages, choisissez la langue (french).

Pour extraire un article :

- Choisir le Module Fusion
- Cliquer sur Ajouter, et choisir le fichier pdf dont vous souhaitez extraire un article.
- Choisir « Sélection de pages » parmi les onglets du menu, en haut, à droite.
- Double-cliquer dans la case du dessous et indiquer les N° de page du début et de fin de l'article, séparés par un tiret.
- Fichier à créer : Choisir un dossier et nommer votre fichier à extraire.
- Décocher Remplacer le fichier existant
- Cliquer sur Exécuter et retrouvez le fichier extrait dans le dossier que vous aurez choisi.

Bonne lecture !

Sommaire index des mots clés

Mot clé	page
Agriculture, agriculture biologique	15 52 72
Alimentation, troubles de l'alimentation, obésité	27 48
Aménagement du territoire , Décentralisation, Soignants/territoires	84
Anthropologie	6 27
Assurance maladie, Sécurité sociale	78
Citoyenneté	71
Collectif	27
Concurrence, Marché, Privatisation	80
Consensus, conflit, dissensus	40 74
Contre-pouvoir	53 72
Démographie médicale	82 84
Diététique	12 18 25
Don	6 30
Droits des patients, information	45
Ecole, éducation	60
Ecoute, empathie, Relation soignant soigné	65
Environnement, Pollution, santé environnementale	15 52 53 86 88

Ethique	32 40 41 74
Evaluation	78
Expert, expertise	52 53
Femme, Condition féminine, Droit des femmes	22
Formation initiale, Formation continue	18 32 37 40 60 73 76 86
Gouvernement, politique, démocratie, Etat	64 80 88
Hiérarchie, Rapports médecins infirmières	22
Hôpital de jour	74
Indépendance	32 41 45 53
Inégalités, Exclusion sociale	48 50
Langage	79
Luttes sociales, contestation	71
Management, productivité, intéressement	30
Manipulation	41 48
Marché	27 48
Médecin généraliste, médecine générale	78 82

Médicament, firmes pharmaceutiques	65
Nutrition, diététique	15 20 30 32 37 40 41 45 50 52 56 58 60 61 63 65 73 74
Orthophoniste	79
Patient	25 56 58
Pays en voie de développement, Sous développement, Relations Nord-Sud	84
Politique de la santé	50
Pouvoir médical	63
Pratique médicale	37 56 58 73 76
Prendre soin	63 64 76
Prévention	65
Professionnels de santé	50 73
Psychologue	61
Publicité	60
Qualité des soins, technicité	12 25 61

Réseau de soins, réseau de santé	63 64
Résistance	71
Ressenti, émotion	12 25 56 58
Santé publique	37 84 88
Sciences humaines	6 12 18 20 30 61
Société	15 20 45 71 72
Transmission, transgénérationnelle	76
Travail, Conditions de travail	22
Usagers, associations d'usagers	63
Valeur	18 20 72
Lanceurs d'alerte	52

Pratiques

Janvier 2012 • 18 €

Les cahiers de la médecine utopique 56

dossier



L'alimentation
entre intime et intox

Pratiques

Les cahiers de la médecine utopique

Une revue pour comprendre et agir

Depuis ses débuts, en 1976, *Pratiques*, les cahiers de la médecine utopique s'efforce de repérer, décrypter, analyser les différentes dynamiques à l'œuvre dans le soin et la santé.

Ses colonnes sont ouvertes aux acteurs de la santé, aux professionnels et chercheurs des sciences humaines, aux usagers, les invitant à partager leurs expériences, leur réflexion, leurs points de vue inédits. Elle s'adresse à tout public.

La médecine et son objet – la maladie – sont au carrefour du social, du politique, de l'art, de la philosophie, de l'anthropologie...

Les lieux de soins sont parmi les rares espaces où l'individu peut encore, aujourd'hui, être entendu, tisser des liens et prendre conscience de l'impact des dysfonctionnements de la société sur sa santé.

Certaines avancées techniques fulgurantes bouleversent le soin, sans que leurs effets aient été ni anticipés ni pensés. *Pratiques* interroge cette médecine des organes et l'invite à consacrer la même énergie à améliorer la prise en compte du sujet qu'à relever des défis technologiques.

Pratiques analyse les mécanismes qui conduisent aujourd'hui à des dysfonctionnements : scientisme, bureaucratisation, augmentation des inégalités sociales de santé et recul de l'accès au soin.

Pratiques, qui dès 1977 avait dénoncé les risques liés au Médiateur®... reste vigilante face aux agissements des industries pharmaceutiques et biomédicales, qui imposent leurs produits et machines selon la seule logique mercantile, face à des autorités sanitaires empêtrées dans les conflits d'intérêt.

Pratiques commente les décisions politiques en matière de soin et soutient celles qui allient le débat contradictoire public, l'indépendance d'expression et le souci de l'intérêt général.

Plus que jamais :

- l'espace du soin doit rester un espace de liberté et de subversion,
- la fonction de soignant consiste à se poster en sentinelle à l'écoute du sujet souffrant dans son environnement
- mieux comprendre ce que nous faisons ensemble, soignants et soignés, permet de mieux agir sur le plan humain, comme sur le plan scientifique.

Forte de ces convictions, la revue *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique* veut mener une réflexion critique ambitieuse, indépendante et constructive. ■

Toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, de la présente publication, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite (article L. 122-4 du Code de la propriété intellectuelle) et constitue une contrefaçon.

L'autorisation de reproduire, dans une autre publication (livre ou périodique) un article paru dans la présente publication doit être obtenue auprès de l'éditeur (Les Éditions des cahiers de la médecine utopique, adresse ci-dessus).

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre Français d'exploitation du droit de Copie (CFC) – 20 rue des Grands Augustins –

75006 Paris – Tél. 01 44 07 47 70 – Fax 01 46 34 67 19.

Janvier 2012

L'alimentation entre intime et intox

Pratiques, les cahiers de la médecine utopique est édité par Les éditions des cahiers de la médecine utopique, dont la présidente est Anne Perraut Soliveres.

Directrice de la publication : **Elisabeth Maurel-Arrighi**

Directrice de la rédaction : **Anne Perraut Soliveres**

DOSSIER

Rédacteurs en chef : **Sylvie Cognard, Martine Lalande,**

Rédaction : **Chandra Covindassamy, Sylvie Simon**

Pôle philo et sciences humaines : **Christiane Vollaire**

Pilote du dossier : **Paul Scheffer**

MAGAZINE

Rubrique *Actu* : **Marie Kayser**

Rubrique *Santé mentale* : **Eric Bogaert**

Rubrique *Santé au travail* : **Noëlle Lasne**

Comité de lecture : **Christian Bonnaud, Jean-Luc Boussard, Mireille Brouillet, Bernard Coadou, Martine Devries, Patrick Dubreil, Françoise Ducos, Monique Fontaine, Yveline Frilay, Jean-Louis Gross, Christian Jouanolou, Sylvie Lagabrielle, Guillaume Lecarpentier, Philippe Lorrain, Evelyne Malaterre, Claire Martin, Didier Ménard, Didier Morisot, Dominique Pelegrin, Magali Pétier, Yolande Rousseau, Cécile Supiot, Pierre Volovitch**

Responsable du site : **Lucien Farhi**

Photo de couverture : **Patrick Faigenbaum**

Né à Paris en 1954, Patrick Faigenbaum y vit et y travaille. Il enseigne la photographie à l'École Nationale Supérieure des Beaux Arts depuis 2001. Son œuvre est habitée, depuis ses débuts de photographe en 1973, par la représentation de la figure humaine. Ses principales expositions depuis 1980 se sont déroulées à Paris, Marseille, Rochechouart, Nîmes, Tours et Grenoble, mais aussi en Allemagne, aux Pays-Bas, en Italie, à New York, Chicago et Toronto. Pour son actualité récente, il expose, en 2011-2012 au Centre d'Art Le Point du Jour de Cherbourg et au Musée de la Vie romantique à Paris (en cours). En 2012, il exposera à la Vancouver Art Gallery (Vancouver) sous l'invitation de Jeff Wall et Katheleen Bartels.

Dernières publications : Patrick Faigenbaum, *Santulussurgiu*, Textes de Jean-François Chevrier et Guy Tosatto Ed. Xavier Barral, Paris, 2008.

Patrick Faigenbaum, *Paris-Proche et Lointain 1972-2011*, Textes de Jean-François Chevrier et de Daniel Marchesseau, Ed. Paris Musées, 2011.

Conception graphique : **Safia Ounouh, Eloi Valat**

Secrétaires de rédaction : **Marie-Odile Herter**

Secrétariat, relations presse, diffusion : **Marie-Odile Herter,**

Lola Martel

Gestion : **Lucien Farhi**

Imprimerie : **Imprimerie Chirat**

744, rue Saint-Colombe, 42540 Saint-Just La Pendue

tél. 04 77 63 25 44 – e-mail : pao@imp-chirat.fr

Revue trimestrielle

Rédaction et abonnements :

tél. 01 46 57 85 85 – fax 01 46 57 08 60

e-mail : revuepratiques@free.fr – www.pratiques.fr

52, rue Gallieni, 92240 Malakoff – France

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2012

Commission paritaire n° 1015G83786

ISSN 1161-3726 – ISBN 978-2-919249-05-3