

CAHIER

MANGER CONJUGUÉ



Question Santé / Vincent Lebrun

Regards croisés sur l'alimentation et la santé

Santé et alimentation, peut-on imaginer thème plus trivial ? Les colonnes des magazines regorgent de rubriques dévoilant les secrets du cholestérol et les recettes de sveltesse synonymes de santé et bonheur. Bonheur ? Nous ne sommes qu'à la troisième ligne de ce cahier et déjà se rompt la digue qui canalisait notre sujet. Il faudra en prendre notre parti : à moins de s'enfermer avec entêtement dans le physiologique et le biochimique, il n'est pas possible de parler « santé et alimentation » sans voir débouler le social, le psychologique, le politique...

Soucieux d'éviter l'indigestion à nos lecteurs, nous avons donc sélectionné quelques axes de réflexion qui nous permettront d'appréhender à la fois la pertinence mais aussi les limites des approches dominantes : la médecine et ses avatars n'ont pas le monopole du savoir ici, et à l'oublier, s'enferment dans un discours stérile et inefficace. Tout qui aura un jour voulu maîtriser son alimentation ou celle d'autrui le sait d'expérience !

Nous commencerons par relater différentes actions menées en maisons médicales dans le champ de l'alimentation. Elles illustrent des conceptions différentes, tant dans l'approche du sujet que dans son développement avec les usagers.

Programme d'action sur le lien entre santé et alimentation auprès des usagers des maisons médicales liégeoises page 25

Christine Lachaussée, diététicienne, Christian Legrève, animateur de l'Intergroupe liégeois des maisons médicales et Marie-Christine Miermans, chercheuse au STES-APES de l'université de Liège, travaillant actuellement à mi-temps dans une jeune maison médicale liégeoise

Bien manger et bien bouger, c'est bon pour la santé ! page 35

Annick Clijsters, Sophie Fievet, travailleurs sociaux, maison médicale Norman Bethune

Le travail de diététicienne page 37

Virginie Devos, diététicienne aux maisons médicales Botanique, Nord, la Clé et Essegem, Joëlle Hansoul, infirmière à la maison médicale à Forest, Anne Van der Borgh, diététicienne au centre de santé de Linkebeek

Réseau santé diabète-Marolles page 39

Judith Hassoun, sociologue, coordinatrice du Réseau santé diabète

Les problèmes de santé liés à l'alimentation ramènent inmanquablement à la question de l'éducation des enfants à une alimentation saine. Le professeur Jourdan (France) s'attache à montrer le rôle de première importance que devrait y jouer la communauté éducative, école et milieu familial, tandis que les auteurs suivants (Belgique) décrivent, pour le premier, une action menée par des organismes parastataux et le second un travail subventionné par l'État mettant largement en mouvement le tissu associatif.

Quelle éducation nutritionnelle à l'école ? page 44

Didier Jourdan, professeur, Institut universitaire de formation des maîtres d'Auvergne, Clermont-Ferrand

Bidon futé à l'école page 49

Carole Feulien, graduée en relation publiques, assistante Cellule marketing-information-communication et Infor Santé à l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes



Un bilan des « Midis à l'école » page 51
Cristine Deliens, coordinatrice Coordination Education & Santé asbl

Le politique ne demeure pas en reste. Confrontés à la fois aux enjeux de santé publique, aux coûts des maladies associées à certains comportements alimentaires et à leur responsabilité en matière de sécurité alimentaire, les Etats européens instaurent l'un après l'autre des plans nationaux « Nutrition et Santé ».

Un Plan national Nutrition et Santé pour la Belgique page 61
Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Bethune

L'obésité est une des cibles prioritaires des campagnes pour une alimentation saine. Les deux contributions suivantes proposent de prendre du recul par rapport à une approche trop médico-centrée et pour tout dire stigmatisante de l'obésité.

Un instinct de survie ? page 66
Carine Maillard, journaliste

La construction de l'obésité page 69
Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Bethune

A ce point de notre exploration, il est devenu évident que les dimensions sociales et culturelles de l'alimentation occupent une place prépondérante dans notre alimentation. Voyons cela de plus près.

Alimentation et société page 73
Jacques Barou, ethno-sociologue au Centre national de la recherche scientifique, conseil formation

Des aliments et des hommes.

Entre science et idéologie, définir ses propres repères page 77
Véronique Pardo, anthropologue, unité mixte de recherche, Centre national de la recherche scientifique « Techniques et culture »

Modernité alimentaire : un voyage sans cartes ? page 83
Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Bethune

Une donnée inattendue vient de surgir : la peur. Partant de l'analyse d'une peur précise, celle qui se focalise sur les organismes génétiquement modifiés, OGM, nous élargirons la réflexion à la question de la sécurité alimentaire puis à la place que peuvent y prendre les usagers, pour plonger ensuite dans son ressort anthropo-sociologique.

OGM un peu, beaucoup... pas du tout page 89
Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Bethune

**Peur alimentaire et sécurité alimentaire,
un couple qui ne parle pas la même langue** page 93
Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Bethune

**L'avis des citoyens au sujet de la sécurité alimentaire
Un partenariat entre l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire,
le service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et
Environnement et la Fondation Roi Baudouin** page 101
Communiqué de la Fondation Roi Baudouin, avril 2005

Quand les crises alimentaires réveillent les utopies page 104
*Claude Fischler, chercheur au Centre national de la recherche scientifique à l'Ecole des
hautes études en Sciences sociales*

Au terme de ce cahier nous apparaît maintenant la complexité du phénomène alimentaire. La majeure partie des réflexions que vous avez lues parle de notre société d'abondance, une société occidentale démocratique et où les carences et les faims d'antan ont disparu pour faire place au « trop ». Il est pourtant des situations où, sans quitter cette société, la problématique se pose en termes de manque ou de rapports de pouvoir et prend une dimension éthique ou de philosophie politique.

**Résistances à considérer l'alimentation et l'hydratation artificielle
comme traitement médical en fin de vie** page 119
*Kathelyne Hargot, psychologue, unité résidentielle de soins palliatifs Saint-François,
(Namur), équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs de la clinique
Sainte-Elisabeth (CMSE)*

Alimentation et précarité page 124
Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Bethune

**Les multiples tranchants de l'arme nourricière.
Quelques enjeux de la circulation des flux alimentaires** page 126
Christiane Vollaire, infirmière, enseignante en philosophie

Conclusion page 130



Programme d'action sur le lien entre santé et alimentation auprès des usagers des maisons médicales liégeoises

.....

Comment stimuler la prise en compte, par la population inscrite en maison médicale, des liens entre l'alimentation et la santé, dans la perspective d'un meilleur état de santé. C'est à ce défi que les maisons médicales liégeoises se sont attaquées.

.....

Les équipes, accaparées au quotidien par la demande curative individuelle, doivent être poussées à envisager les questions de santé dans leur dimension collective, et sous l'angle des déterminants de santé, en dehors et avant l'apparition d'un problème individuel de santé. A chacune de ces occasions, l'importance de l'alimentation, par exemple dans les pathologies liées au risque, se manifeste. Le thème de l'alimentation revient très régulièrement dans les demandes des collectifs d'usagers qui sentent l'urgence de ces questions et la nécessité de les traiter sur un terrain collectif. L'offre curative classique seule ne semble pas pouvoir répondre à l'importance du problème. Elle reste financièrement peu accessible, et, là où elle existe, le recours n'est pas à la hauteur du besoin.

Fin 2003, un groupe de travail a donc décidé de se construire une connaissance du problème avant de définir une action. Après quelques rencontres préliminaires, il a mené une enquête auprès des dix-huit équipes, pour cerner les besoins et les représentations des professionnels dans ce domaine. Le groupe de travail voulait aussi leur soumettre l'hypothèse d'une approche dans un cadre communautaire.

Neuf équipes ont répondu, représentant 19.096 patients inscrits, sur les 30.000 environ que compte l'Intergroupe liégeois des maisons médicales.

La compétence ressentie en matière d'éducation nutritionnelle est variable selon les équipes, selon les secteurs et les personnes. Elle est globalement faible.

Toutes les équipes se déclarent, en principe, intéressées par le programme, même celles qui n'envisagent aucun investissement, parce que leurs priorités sont ailleurs.

On voit donc s'exprimer une attente par rapport à ce programme. Cette attente nécessite d'être explorée, notamment à la lumière de propositions formulées plus concrètement.

Christine Lachaussée, diététicienne,
Christian Legrève, animateur de l'Intergroupe liégeois des maisons médicales et
Marie-Christine Miermans, chercheuse au STES-APES de l'université de Liège, travaillant actuellement à mi-temps dans une jeune maison médicale liégeoise.

Genèse du projet

Les usagers des maisons médicales sont, en grande partie, des personnes fragilisées. Au quotidien, les équipes constatent combien leurs patients cultivent des habitudes alimentaires qui peuvent être source de problèmes de santé. Mais, bien souvent, la demande immédiate, et même le besoin qui nous apparaît comme principal sont autres, pressants.

Mots clés : alimentation, maisons médicales, santé communautaire.

Programme d'action sur le lien entre santé et alimentation auprès des usagers des maisons médicales liégeoises

Le groupe a fait le constat de la mauvaise qualité des données disponibles sur les indicateurs dans ce domaine. Les chiffres sont très lacunaires, et contradictoires entre eux et avec les prévalences générales connues. L'encodage ou la notation, mais aussi l'exploitation sont globalement inefficients et non fiables.

Une équipe de deux rédacteurs et une relectrice a été mise en place. Ce noyau a soumis les versions successives du projet à un comité de rédaction composé de trois soignants et d'un représentant des usagers. Enfin, avant sa finalisation définitive, les équipes et les usagers ont été invités à le critiquer. Huit équipes et deux comités d'usagers ont pu participer à cette appropriation qui a confirmé le soutien aux lignes de force du programme.

Problématique

Le manque d'attention porté par les populations fragilisées à la qualité des habitudes alimentaires est la problématique à laquelle nous souhaitons répondre.

L'alimentation est sans conteste un déterminant de santé. Les habitudes alimentaires actuelles, trop riches en sucre et/ou en graisses et déficitaires en fibres alimentaires, ... ont pour conséquence une augmentation des maladies chroniques.

Les habitudes modernes ont modifié le comportement alimentaire. Nos repas ont diminué en nombre et ne sont plus pris à heure fixe. Des études démontrent pourtant que les personnes qui prennent un mauvais déjeuner ou qui n'en prennent pas sont plus fatiguées, moins attentives et leur rendement général durant l'avant-midi est moins bon que celui de ceux qui ont bien déjeuné. De plus, il arrive fréquemment que l'on mange sans avoir faim : pour compenser un manque d'affection, tuer l'ennui, tromper une angoisse ou simplement par solitude. Les dimensions de plaisir, de convivialité, de socialisation sont absentes des habitudes alimentaires « modernes ».

Notre société est particulièrement « médiatisée ». C'est à grands renforts de spots publici-

taires et autres clips vidéo que la population est invitée à consommer des produits alimentaires riches en graisses, sucres.

Les populations fragilisées sont particulièrement consommatrices des vecteurs de cette communication, manquent de ressources pour analyser ses messages, et sont, par ailleurs, particulièrement touchées par l'altération du lien social propre à atténuer leurs effets. Le souci d'une vie saine, la forme physique, la recherche d'un meilleur cadre de vie, la qualité de vie en général, sont les préoccupations de la classe moyenne, qui y consacre ses ressources financières et son temps, alors que les familles défavorisées recherchent dans un mode de consommation de masse la reconnaissance sociale que la publicité leur promet.

Au vu de tous ces éléments, il apparaît clairement que les comportements alimentaires sont influencés par une multitude de facteurs et que la « connaissance » des règles et des principes d'une alimentation équilibrée n'est pas suffisante pour changer les comportements. C'est pourquoi, il est essentiel de baser son approche préventive sur une démarche participative qui tient compte des facteurs favorisant de tels comportements alimentaires. Cette approche est un moyen, parmi d'autres, d'épanouissement et de bien-être, qui participera à la réussite et à l'adaptation sociale de l'utilisateur et de sa famille tout en valorisant leur capital santé.

L'obésité, le diabète de type II, les hyperlipémies, ... apparaissent comme un enjeu très important pour la santé publique. Au cours des dix dernières années, l'obésité, par exemple, a augmenté de 10 à 15 % en Europe et de 75 % dans le monde, où plus d'un milliard de personnes ont un excès pondéral. A cause de ce problème, les enfants actuels pourraient avoir une espérance de vie plus courte que leurs parents. Le coût de ces pathologies est en grande partie imputable aux complications, qui pourraient être évitées ou retardées par un contrôle du poids, de la glycémie et d'autres facteurs de risques cardiovasculaires. Les pouvoirs publics se saisissent du problème, comme le montrent les récentes initiatives des ministres de la Santé au niveau fédéral (plan national « Nutrition et Santé pour la Belgique ») et communautaire (« promotion de la santé à l'école »).



Pour être efficace, l'éducation nutritionnelle des usagers doit être assurée par une équipe pluridisciplinaire, non seulement motivée mais également formée à la diététique et à l'éducation nutritionnelle dans le cadre de l'amélioration de la qualité de soins en proposant un consensus professionnel.

Changement attendu : la prise en compte, par la population inscrite en maison médicale, des liens entre l'alimentation et la santé, dans la perspective d'un meilleur état de santé.

Processus

Le programme articule étroitement deux volets, l'un sanitaire et l'autre communautaire.

Le volet sanitaire consiste en une approche du problème par le point de vue des soignants, en utilisant leurs ressources, leurs outils, leurs concepts et leurs analyses.

Le volet communautaire consiste à soutenir le développement de dynamiques participatives collectives auprès des patients autour du thème de l'alimentation.

Le programme s'adresse donc tant aux équipes qu'aux usagers des maisons médicales, l'approche communautaire donnant un cadre plus large à l'action sanitaire. Chaque volet, même s'il est centré sur un de ces publics, n'a de sens que s'il implique l'autre, de manière à dépasser les barrières culturelles à l'œuvre dans l'approche thérapeutique individuelle de l'éducation nutritionnelle. Cette articulation se développe en trois phases :

- bilan de la connaissance des besoins de la population par les professionnels, des ressources dans l'équipe, et des ressources communautaires, avec la participation des usagers ;
sensibilisation et mobilisation des publics cible par une action de type événementiel ;
mise en place d'un cadre communautaire dans chaque maison médicale.
- mise en place d'outils d'amélioration de la connaissance des besoins ;
mise en place d'actions de formation, au niveau commun à l'Intergroupe ;
réalisation d'actions communautaires con-

certées avec les usagers et les partenaires dans chaque maison médicale participante.

- pérennisation de l'action communautaire dans chaque équipe ;
pérennisation de la structure de formation des soignants ;
extension de l'action à d'autres maisons médicales à l'Intergroupe ;
bilan de la connaissance des besoins ;
modélisation de l'action.

Demande

● Des équipes

L'enquête préliminaire a permis de mieux cerner la demande des équipes. Les équipes sont conscientes de l'importance de travailler de manière proactive sur la question de l'alimentation et attendent une proposition qui leur permettrait d'augmenter les compétences individuelles et la connaissance qu'elles ont de l'importance du problème au sein de leur patientèle, en évitant les impasses de la seule remédiation individuelle.

● Des usagers

Les usagers savent « dans l'absolu » que l'alimentation chez nous est déséquilibrée. Ils ont du mal à se motiver à agir et se retranchent derrière des a priori sur le coût et le manque d'attrait d'une alimentation saine. Ils ont une connaissance très superficielle des principes à acquérir.

Chez les usagers atteints d'une pathologie liée à l'alimentation on peut faire l'hypothèse, à vérifier, que le lien direct entre les problèmes de santé et des mauvaises pratiques alimentaires n'est pas fait. Les patients ont du mal à admettre leur responsabilité sur leur santé, et attendent du système de soins qu'il pallie, par les médicaments, à ces problèmes.

● Des comités d'usagers

Ils sont souvent constitués de personnes globalement plus conscientes que les autres de ce genre de problématique. Ils sont persuadés que l'information dans un cadre collectif peut

Programme d'action sur le lien entre santé et alimentation auprès des usagers des maisons médicales liégeoises

agir efficacement sur les habitudes alimentaires. Ils revendiquent de se saisir de cette problématique pour nourrir leur propre développement.

Stratégies et méthodes

L'analyse préliminaire du groupe de travail fait apparaître

- le manque de compétences ressenti par les soignants ;
- la dimension culturelle des habitudes alimentaires, des moteurs et des freins pour les modifier ;
- l'absence d'un cadre pour une approche collective au sein de chaque maison médicale ;
- la mauvaise qualité des données de santé disponibles pour les usagers pris individuellement.

Voulant rencontrer les difficultés exprimées par les équipes, le programme articule la formation continuée des soignants, appuyée sur l'étude des besoins et l'amélioration de la qualité des données, avec une démarche communautaire assurant la participation des usagers.

L'approche communautaire intègre un critère transgénérationnel. On veillera à soutenir le développement de véritables dynamiques collectives naturelles, dans lesquelles les enfants, les adultes, les jeunes et les personnes âgées se rencontrent, s'interpellent et s'épaulent.

Il s'agit aussi d'augmenter les échanges et les concertations entre usagers, avec les soignants, les partenaires et les autres acteurs de terrain sur les questions d'alimentation.

Dans une première phase, le programme s'attachera, d'une part, à faire un état de la situation dans chaque équipe (données existantes, compétences, attentes) et, d'autre part, à la mise en place d'un cadre structurel pour les actions communautaires.

En effet, les équipes sont inégalement engagées dans la collaboration avec les partenaires et les usagers envisagés collectivement.

Cette étape sert aussi à susciter l'intérêt des équipes, des usagers et des partenaires pour le programme, et à diffuser une image concrète de ses principes, en vue de leur engagement formel dans le programme.

Auprès des soignants, ce processus d'appropriation se fera, notamment, à travers des formations de base intersectorielles, éventuellement dans le cadre des équipes. Elles s'accompagneront d'une démarche proactive de sensibilisation à l'utilisation de l'outil informatique pour le pilotage de projets locaux.

Lors de la deuxième phase, sur la base des besoins identifiés de façon plus précise, des formations spécifiques seront organisées à destination des différents secteurs professionnels.

Elles auront lieu en parallèle et en lien avec des activités participatives, récréatives et didactiques choisies, préparées et assurées, cette fois, en collaboration avec les usagers.

Dans le même temps, on veillera au développement, dans chaque équipe, des outils de recueil de données sanitaires.

Enfin, en troisième phase, au terme d'une évaluation des moteurs et des freins lors de la mise en place des différentes actions, le programme sera étendu aux maisons médicales liégeoises qui n'ont pas participé aux deux premières phases.

On soutiendra une démarche de pérennisation des actions et des cadres communautaires, et la dimension alimentation sera intégrée aux structures de formation continuée existant à l'Intergroupe liégeois.

Ce sera aussi le moment de revenir sur les données recueillies, et d'en évaluer la qualité, et le caractère systématique.

Au terme de cette dernière phase, on veillera à modéliser le programme pour soutenir son implantation ultérieure dans d'autres intergroupes et d'autres institutions intéressées.

Pertinence

L'articulation entre le travail individuel des soignants et les dynamiques communautaires nous semble être une innovation dans le champ de la promotion de la santé en Belgique. Ce côté innovant nous prive d'une documentation récente sur des expériences similaires, validées dans notre contexte. Notre recherche documentaire se poursuit, tournée essentiellement vers le Québec. Néanmoins, on peut, par l'ana-



lyse, faire des hypothèses sur les bénéfices de cette stratégie.

L'articulation entre volets sanitaire et communautaire permet d'ajouter le développement du pouvoir d'agir des soignants et des usagers à l'acquisition de connaissances, ce qui multiplie le bénéfice de chacune des démarches.

L'intégration des démarches thérapeutiques individuelles dans un cadre collectif devrait faciliter et motiver l'accès au traitement et le suivi, tant du point de vue du patient que du soignant. Elle devrait donc rendre les actions curatives plus efficaces, et accessibles.

L'ensemble du programme fournit un cadre à un travail de prévention plus classique qui, autrement, est voué à l'inefficacité, voir la contre productivité.

Le cadre communautaire mis en place pourra être exploité pour d'autres actions, et l'autonomie et la participation développée avec les usagers trouvera d'autres bénéfices.

L'amélioration de la qualité des données de santé recueillies pourra être exploitée dans le cadre du pilotage de l'action de l'équipe, et dans le cadre de recherches plus larges en santé publique.

Description des activités

● Année 1

- Mise en place de la structure porteuse du projet au sein de l'Intergroupe liégeois : équipe permanente, relais dans chaque équipe, comité de pilotage ;
- Afin de lancer le programme, et de sensibiliser les équipes et les usagers en donnant une image concrète des principes du programme, l'équipe permanente proposera à chaque maison médicale l'organisation tournante de la semaine des saveurs. Il s'agit d'une série d'activités, une par jour, différente, à des heures variables et pour des publics différents : un petit déjeuner, un goûter enfant, une soupe de midi, un repas du soir convivial, un en-cas de midi.

L'équipe permanente de l'Intergroupe liégeois assure cette animation et propose d'investir, avec tout le matériel et les supports nécessaires, un lieu où la rencontre avec les usagers peut se faire. Concrètement, neuf

Qu'est-ce qu'il faut faire entre deux repas ?...

...Beeen ...

...à part manger ...

JIMPE ©

équipes se sont déclarées intéressées, qui pourraient accueillir chacune une édition de la semaine de l'alimentation. Dans le cadre de cette semaine sont aussi proposés des lieux et des outils d'expression des attentes des usagers et de connaissance et d'échanges au sujet de leurs habitudes alimentaires ;

- L'accueil de cette intervention dans une maison médicale suppose que l'on puisse contacter en priorité les patients atteints de pathologies liées à l'alimentation ;
- L'organisation de la semaine de l'alimentation nécessite aussi d'investir un cadre communautaire (locaux, autres institutions, habitants non inscrits, ...). Ce cadre sera celui de concertations pour l'élaboration de la suite du programme ;
- Enfin, il sera nécessaire d'organiser une première rencontre de formation/sensibilisation intersectorielle en équipe, point de départ à l'élaboration de la demande future en formation ;
- Dans chaque équipe sera organisée, autour du programme, une sensibilisation à l'utilisation du recueil de données pour le pilotage des activités.

● Année 2

- Structuration du pilotage au sein de chaque maison médicale participante : constitution d'un groupe permanent avec des usagers et

Programme d'action sur le lien entre santé et alimentation auprès des usagers des maisons médicales liégeoises

des partenaires locaux qui élaborera, organisera et évaluera la suite des animations communautaires en concertation ;

- Mise en place, dans chaque équipe, d'outils pour améliorer le recueil des données qui concernent le programme. Ces outils sont principalement méthodologiques, les outils techniques étant déjà en place ;
- Organisations de formations sectorielles construites sur la base des manques relevés dans la première phase. Elles seront proposées aux médecins, aux kinésithérapeutes, aux infirmières et aux accueillant(e)s, afin qu'ils puissent intégrer les principes de l'éducation nutritionnelle dans leur pratique courante.

● Année 3

- Les groupes d'usagers devront se structurer à leur rythme, investir des lieux permanents, trouver des ressources de fonctionnement en dehors du programme et définir des objectifs et des modalités d'action ;
- Mise en place, dans les structures permanentes de l'Intergroupe liégeois, de modules de formation centrés sur l'alimentation ;
- Bilan comparatif, dans chaque équipe sur la qualité des données existantes, et pérennisation des outils et démarches d'évaluation systématique ;
- L'action sera proposée aux équipes de l'Intergroupe liégeois qui n'auront pas participé jusque là ;
- Bilan du programme, analyse des freins, des moteurs, des solutions et des résultats. Modélisation en vue de l'implantation dans d'autres cadres.

Évaluation

Le dispositif sert à évaluer, non seulement l'impact de chacun des volets, sanitaire et communautaire, mais aussi que la mise en œuvre de l'ensemble du programme, avec ses deux volets imbriqués, produit des effets qu'on peut appréhender dans le champ sanitaire et dans le champ communautaire, auprès des soignants, des équipes, des usagers et des patients atteints de pathologies liées à l'alimentation. Il importe donc d'organiser l'évaluation de manière à pouvoir croiser indicateurs de résultat et indi-

cateurs de processus, dans chacun des champs, auprès de chacun des publics, afin de mettre en évidence cette articulation.

Les évaluations sont assurées par trois sources : l'équipe permanente attachée au projet, le comité de pilotage, une personne ressource en évaluation.

L'évaluation doit apporter des informations pour mieux connaître les participants au programme tant du côté des usagers que des équipes des maisons médicales. Elle doit aussi permettre d'identifier les facteurs qui font obstacle à la mobilisation et à l'implication des acteurs dans les deux axes sanitaire et communautaire du programme.

Evaluation des résultats :

- Mesure du risque cardiovasculaire global ;
- Evaluation de la qualité de vie des usagers par la méthode COOP CHart ;
- Evaluation de l'activité de soins auprès des patients atteints de pathologies liées à l'alimentation ;
- Evaluation des acquisitions par les participants et les formateurs des formations sectorielles.

Programme de la semaine des goûts et des couleurs

● Les objectifs

1. Mettre en évidence le lien entre manger, besoins du corps et plaisir ;
2. Organiser des expériences de pratiques du « manger » conviviales et transposables dans le quotidien ;
3. Susciter la réflexion sur la dimension politique des questions d'alimentation ;
4. Favoriser la rencontre entre les différents publics identifiés (équipes, usagers, patients atteints de pathologies liées à l'alimentation, enfants, adultes, personnes seules, communautés nationales, ...) ;
5. Créer des situations qui positionnent usagers et professionnels comme alliés ;
6. Favoriser l'expression et l'échange d'une culture individuelle et collective autour du « manger » ;



7. Renforcer l'identification de la maison médicale comme un lieu d'échanges collectifs autour du lien entre manger, besoins du corps et plaisir ;
8. Identifier les possibilités de dynamiques avec les usagers et les partenaires dans la perspective de la deuxième année.

● La liste des activités proposées

Ces activités sont présentées comme des pistes à sélectionner, développer, enrichir, prolonger.

1. Buffet-surprise : repas en commun. Plusieurs formules ; pour un groupe important, avec un-e animateur-trice.
2. À la soupe ! : préparation en commun de potages. Plusieurs formules pour un groupe de dix à quinze personnes.
3. Éveil sensoriel : animation individuelle brève et interactive sur les sensations liées au goût. Peut s'organiser sur des lieux de passage (salle d'attente, par exemple). Facilement déplaçable.
4. Echanges de talents culinaires : différents dispositifs conviviaux pour favoriser la transmission conviviale des recettes, trucs et secrets de la cuisine.
5. Petit quatre heures : différents dispositifs.
6. Petit déjeuner : différents dispositifs.
7. Apéro : expérimentation d'un apéro détente, convivial, préparé soi-même en commun dans le souci de la qualité.
8. Trajet d'une pomme : animation collective trente minutes pour un à quatre groupes de quatre à cinq personnes. Un-e animateur-trice.

A partir de quatre pommes emballées :

- 1 bio produite en Belgique, vendue en vrac ;
- 1 fruitnet en vrac (culture intégrée distribuées par Delhaize©) ;
- 1 traditionnelle produite en Belgique (emballées par six) ;
- 1 produite au bout de la terre (emballées par six).

Pendant dix minutes, le(s) groupe(s) retracent le trajet de la pomme depuis le début de la production jusqu'à sa consommation, en expliquant les modes de production et d'acheminement de la pomme jusqu'au consommateur.

Il est demandé de distinguer les enjeux et

conséquences parmi les critères suivants : mode de production, qualité du produit ; environnement ; socio-économique. Envisager de fournir des sources d'infos. Mise en commun des trajets en parallèle. Observations-conclusions.

9. Saveurs du monde : animation permanente. Pas d'animateur, mais nécessité de disposer d'une personne ressource éventuelle, à initier (accueillant-e, par exemple).

A partir d'un panneau présentant trois régions du monde et trois situations liées à l'alimentation (critères économiques-socio-environnementaux).

La culture d'organismes génétiquement modifiés (OGM) aux Etats-Unis, l'exportation des poulets congelés européens vers l'Afrique, la culture intensive du riz au Sri Lanka.

La consigne est de tirer au sort un enjeu/risque/conséquence et de retrouver sur les panneaux, l'élément d'information qui y est lié. Si on tire un carton blanc, on doit y inscrire un enjeu/risque/conséquence.

10. Domino des saisons : animation permanente à destination des enfants de 8/12 ans. Pas d'animateur, mais éventuellement une personne-ressource. Faire suivre les dominos en mettant en lien un légume/sa saison, un légume/son prix de saison, un légume/une région, un légume/son prix hors saison.
11. Marché fermier : organisation d'un marché dans le quartier, occasion de rencontre avec des petits producteurs, découverte de produits de saison, artisanaux et fermiers. Organisation lourde, mais objectif très concret susceptible de mobiliser un groupe pendant plusieurs semaines.
12. Visite à la ferme : rencontre d'un paysan et échanges sur son savoir-faire, ... Découverte de la ferme, « chantier semaille » suivi d'une nouvelle visite trois mois plus tard pour voir où les plantations en sont... à organiser longtemps à l'avance.
13. Jeûne collectif : proposition de participer à un jeûne de trois jours, avec échange d'impressions chaque jour. Tout le monde sur un pied d'égalité dans une situation nouvelle. Pour un groupe avec un-e animateur-trice participant-e très motivé-e.
14. Coin lecture : animation permanente. Mise à disposition, pour lecture sur place, d'un lot de livres pour adultes et enfants sur le

Programme d'action sur le lien entre santé et alimentation auprès des usagers
des maisons médicales liégeoises

- thème de l'alimentation.
15. Contes : après-midi ou soirée consacrée aux contes en lien avec l'alimentation. Pour public familial, avec un-e conteur-se.
 16. Shopping : plusieurs formules pour une animation collective conviviale sur les pratiques d'achat.
 17. Déjà fait ou encore frais : une activité de découverte ludique pour comparer prix, confort, agrément et saveur de quelques classiques du « tout prêt » face à leur équivalent « maison ». Pour un à quatre groupes de trois ou quatre personnes assez mobilisées. Demande un peu de temps, voire deux rencontres successives.
 18. Dégustation de vin : une animation attractive pour explorer les ressources du goût et de l'odorat en plaçant tout le monde sur un pied d'égalité face à un expert. Prudence quand même !
 19. Parfums et saveurs : jeu de découverte pour explorer les ressources du goût et de l'odorat. Possible avec des enfants. Moins dangereux.
 20. Cabaret qui se mange : activité pour une soirée avec une cinquantaine de personnes au moins. Possibilité de le penser comme un spectacle (sans participation) ou comme un « atelier » (on amène les chansons qu'on a trouvées). Fourni avec un pianiste accompagnateur tout-terrain. Contrainte du coût. Variante : vidéo existant d'une recette mise en chanson rigolote à essayer en chantant. Résultat : un excellent dessert.
 21. Casse-croûte : on prépare ensemble, entre parents, des casse-croûte attrayants pour toute la famille, afin de remplacer les sandwiches du commerce.
 22. Des mots qui se mangent : animation permanente : grands panneaux reproduisant des expressions en lien avec l'alimentation. Variante : possibilité de dessiner ou peindre ou laisser un commentaire, en permanence (sans animateur-trice) ou en atelier (support d'animation). Facile à installer dans plusieurs lieux en même temps, avec la possibilité de garder des traces.
 23. RCV : mise à profit de la semaine pour stimuler l'utilisation du programme de mesure du risque cardiovasculaire global. Information aux gens de passage, poussés à demander à leur médecin de faire le calcul. Information à tous les médecins et mise à disposition d'un dispositif de retour d'information au patient.
 24. Les herbes : mise en œuvre collective d'un jardin aromatique d'intérieur.
 25. Cueillettes : animation collective conviviale pour un groupe d'une quinzaine de personnes, avec un-e expert-e cueilleur-se. Demande du temps et un investissement assez grand du groupe. Contrainte de la période.
 26. Manger avec les yeux : activité collective de préparation de repas dont la principale logique est l'aspect : la texture, la couleur et la présentation des composantes
 27. Variétés de pommes : animation ou visite de découverte sur les variétés locales de pommes existantes et disparues
 28. Groupe de parole de parents sur l'alimentation des enfants : activité pour un groupe motivé de douze personnes avec un animateur-trice à ne pas prendre à la légère.
 29. Guerre aux softs : activité permanente. « Mise en scène » ludique et créative de la teneur en sucre. Comptoir d'échange avec l'équivalent-prix en fruits ou jus de fruit à presser soi-même. Atelier de « dégustation » de softs en aveugle.
 30. Atelier pain : fabrication collective de pain.

Janvier 2006

Elles sont comme ça les pommes. Elles se ressemblent et pourtant... Y'a les *grosses piquettes* qui sont petites (si, si) et sûres, les *golden* sucrées, les *Jacques Lebel* bonnes à cuire, les *cox orange* délicieuses à croquer, les *pommes d'août* qui arrivent tôt dans la saison, celles de *noël* qu'on va garder au frais jusqu'en mars ou avril...

Tant de goûts et une telle diversité de couleur, un peu comme...

A Berleur, la semaine se construit comme l'alimentation d'une journée. Lundi petit déjeuner. Mardi : soupe de midi préparée et mangée ensemble. Mercredi : goûter des enfants. Jeudi : ciné-débat avec « Le mariage de Murielle » et grignotages alternatifs. Et vendredi : souper et



fête orientale. Un tableau de participation aux tâches invite ceux qui le souhaitent à rejoindre les travailleurs sur l'organisation. L'équipe s'implique pour informer les patients lors de leur passage à la maison médicale. La décoration de la salle d'attente sert de déclencheur « pour en parler... ». Pour accueillir les patients à la fête, chacun quittera son costume quotidien de soignant pour revêtir celui d'une autre culture. Les aspects *rencontre interculturelle* et *convivialité* sont un choix de l'équipe qui a décidé d'utiliser la semaine pour travailler un problème récurrent vécu au sein de la maison médicale : les réactions et attitudes racistes entre patients et parfois envers les membres de l'équipe.

La Passerelle crée des ponts vers les patients et le réseau. L'association l'Impatient et ses partenaires sont les maçons privilégiés de la semaine. Des ateliers cuisine (simple et saine, interculturelle), un cabaret qui se mange, un débat et la réalisation d'une soupe, permettront de rassembler des publics différents et d'animer les lieux et projets des partenaires avec les savoirs de chacun. Des animations sont prévues chaque jour dans la salle d'attente. L'accueil se fait le relais actif de l'invitation et de l'information, et l'ensemble des soignants se mobilise pour des invitations personnalisées. Le journal des patients est consacré à la semaine.

Dans le chaudron Tilleurien vont se succéder cinq soupes d'origines différentes (Rwanda, Maroc, ...). Chaque matin, deux personnes sont invitées à préparer *leur* soupe qui sera dégustée par tous dans la salle d'attente. Les après-midi, de la bibliothèque à la salle paroissiale en passant par la salle d'attente, un souffle alimentaire va parcourir Tilleur. Et le samedi ? Ce sont les soignants et les patients qui vont parcourir Tilleur pour une promenade guidée à la découverte de la nature dans la commune.

L'œuvre collective du Laveu... Depuis le mois de juin, des rencontres mensuelles ont rassemblé (au total) une vingtaine de patients. Chacun ayant apporté ses goûts, ses couleurs, le groupe a réalisé une composition en trois activités, dosage subtil des diverses envies. Mais ce n'est pas tout ! L'équipe et le réseau ont également travaillé en ateliers. Résultat : un ciné-débat

avec « Super Size me », une visite à la ferme et une suite d'activités (courses, ateliers cuisine) conduisant à un grand repas de fête pour les cinq ans de la maison médicale. La première édition d'un journal, réalisé aussi en collaboration avec quelques patients, présente, invite, et sera diffusée à l'ensemble des usagers de la maison médicale et des associations partenaires.

Germe de collaborations à plus long terme, la semaine de Cap Santé s'est construite en lien avec les associations du réseau. Les activités se dérouleront d'ailleurs dans les locaux voisins de la Croix Rouge. Par ailleurs, la petite équipe de Cap Santé se coupe en quatre pour accueillir ses patients. Pour mettre l'ambiance en début de semaine : apéro plaisir (sans déplaisirs) ! La soupe réalisée ensemble, c'est pour rencontrer les adultes. Les enfants seront rassemblés autour de jeux et d'un goûter. Le vendredi, l'équipe remerciera ses partenaires à l'occasion d'une dégustation de vins.

Février 2006

On l'a dit : les semaines se suivent et ne se ressemblent pas ! Jetons un oeil dans les jumelles de Cronos pour y voir comment s'y préparent les semaines de la Légia, l'Atoll, Ougrée, Bulle d'Air et Solidarité... à la recherche des espaces « liens » entre patients/soignants.

A la Légia, le démarrage s'est fait comme avec un moteur diesel. Sans (sa)voir vers où on va, ce n'est pas évident de se mobiliser. Petit à petit, la magie de la construction a opéré : de propositions en choix (avec l'équipe et le réseau), l'organisation concrète se révèle rassembleuse. Et le mélange des ingrédients est complet : l'équipe soutient les animations proposées par les partenaires dans leur lieu, ceux-ci viennent animer des temps de rencontre à la maison médicale. La maison médicale renforce l'accueil autour de distribution de fruits et jus et propose des échanges autour d'une soupe. Et pour finir, elle sort de ses murs pour accueillir ses patients autour d'un repas multiculturel préparé par certains d'entre eux...

Un constat déjà : pour concerner les patients, il faut plus qu'un simple papier...

Programme d'action sur le lien entre santé et alimentation auprès des usagers des maisons médicales liégeoises

A partir d'activités choisies en équipe, l'Atoll ouvre le jeu à des partenaires associatifs, dont la nouvelle venue de l'Intergroupe liégeois, Médecine pour le Peuple. L'organisation de la semaine a déjà suggéré le troc d'animations « prévention » avec le planning familial et la création d'un groupe de patients dans le quartier nord.

Repas chaque jour, en forme toujours ! Ça pourrait être le slogan de cette semaine où les patients seront invités du lundi au vendredi à partager un repas commun (du petit déj' au souper). On devrait y voir ces dames qui se rencontrent à l'Atoll depuis plusieurs mois autour d'un épineux problème : qu'est-ce que bien manger ?

A Ougrée, l'important, c'est le patient. Alors les activités se succèdent où chacun est invité à passer, manger, papoter, penser, cuisiner... et au bout de la semaine, on espère avoir rencontré un maximum de patients différents. La salle d'attente est trop petite pour accueillir tout le monde ? Qu'à cela ne tienne. Le cabinet kiné est grand et accueillant. Sauf le vendredi soir, on ira prendre l'apéro à la Maison des Jeunes. Et ce soir-là, p'têt' bien qu'on chantera et que les patients mèneront la danse...

A Bulle d'air, la semaine c'est à la fin du mois. On ne sait pas encore tout, mais ce qu'on veut, c'est que la semaine puisse renforcer et révéler le dynamisme de l'associatif disonnais à ses habitants. Ateliers cuisine (pour petits et grands), échanges de recettes, repas communs, groupe de parole,... sont déjà au programme. Parallèlement, un groupe des patients s'est constitué depuis peu autour d'un lieu de rencontre et d'échanges sur des sujets choisis ensemble. Voudra-t-il prendre place au cœur de cette semaine ?

Pour la suite, l'équipe s'appuiera sur l'expression des patients pour envisager un projet permanent.

Solidarité ne renie pas son nom ! Dès les premiers contacts, le réseau et le comité des usagers ont dit OUI ! Côté « comité », de nouvelles personnes souhaitent rejoindre les sympathisants

actifs de la première heure. Côté « réseau », c'est la collaboration maximale. La recette ? « Y'a qu'à demander et on a des réponses positives ! C'est surprenant et enthousiasmant ». Le dénominateur commun de tous ces gens, c'est la recherche des ressources de chacun et pour cela l'envie de « partir de la base et de faire des petites choses réussies ».

Le ver de la participation serait-il dans le fruit des maisons médicales ? Évidemment ! et il n'a pas attendu la *semaine Apple* pour s'y trouver. Cependant, on dirait que dans la pomme, le ver se sent bien et est prêt à proliférer...

D'ici l'printemps, vous aurez tou-te-s vécu dans les semaines, des moments sympa, chouettes, intenses, interpellants,...





Bien manger et bien bouger, c'est bon pour la santé !

.....
A petite échelle, des moyens simples et « parlant » permettent aux usagers de s'approprier l'information.

Dans le cadre d'un travail en réseau, les travailleurs sociaux de la maison médicale en collaboration avec différents partenaires organisent des animations santé, bien-être.

Depuis de nombreuses années, ces projets sont le fruit d'une cogitation entre travailleurs sociaux de secteurs et de disciplines différents (assistante sociale d'école, infirmière promotion de la santé à l'école- PSE, animateur de maisons de quartier...) et les habitants. Ce groupe évolue en fonction de la motivation et de la disponibilité des travailleurs. Les habitants que nous touchons sont membres d'une association dans le quartier ou y habitent. Les animations que nous proposons partent des préoccupations des habitants. Elles sont concrètes, visuelles et ludiques (on sent, on touche, on goûte...) car elles s'adressent à un public souvent peu ou pas scolarisé. Elles sont conçues pour favoriser la participation durant l'animation mais aussi après (dans la famille, dans l'association, dans le quartier...).

Ce que nous avons en commun dans le réseau : un territoire, une population, une volonté d'apporter des informations et des outils aux habitants pour :

- développer la confiance en soi, l'estime de soi ;
- les aider à faire des choix en matière de comportement de santé ;
- les amener à être plus actif dans leur famille, leur association, leur quartier, leur commune...

Cette année nous avons organisé trois ateliers pour illustrer le thème « Bien manger et bien bouger c'est bon pour la santé ! ».

● Atelier 1 : L'alimentation équilibrée et les maladies pouvant résulter d'une alimentation non adaptée

Ensemble, nous avons construit une pyramide alimentaire en rappelant le rôle de chaque famille et la quantité d'aliments à consommer par jour.

Quel étonnement de la plupart en voyant la petite quantité d'huile/graisse à consommer par jour.

Ensuite, nous avons abordé différentes maladies : que risquons-nous si on mange trop gras, trop sucré, trop salé, trop peu de fibres, de légumes, de fruits, de produits laitiers.

Nous avons imaginé des moyens très visuels pour expliquer le cholestérol, par exemple un tuyau transparent dans lequel on fait passer de l'eau colorée rouge (sang) = artère en bonne santé. Un autre tuyau transparent avec des plaques de mousse = plaques de cholestérol dans lequel on essayait de faire passer l'eau colorée. Le sang ne passe pas bien, le cœur doit pomper plus...

● Atelier 2 : les équivalences alimentaires et les différents modes de cuisson

Un petit jeu pour deviner la quantité de morceaux de sucre et de cuillères à soupe d'huile dans différents aliments présentés.

Incroyable mais vrai !

- 1 gaufre au sucre contient 13 sucres + 1,5 cuillère à soupe d'huile ;
- 100 gr de cacahuètes contient 2 sucres + 8 cuillères à soupe d'huile ;
- 1 mitraillette contient 38 sucres + 14 cuillères à soupe d'huile.

A partir de différents ustensiles de cuisine, présentation de différents modes de cuisson qui permettent de cuisiner en utilisant moins d'huile, moins de graisse : cuisson à la vapeur, en papillote, grillade...

*Annick Clijsters,
 Sophie Fievet,
 travailleurs sociaux, maison médicale Norman
 Bethune.*

Mots clefs : alimentation, maison médicale, éducation à la santé, promotion de la santé.

● **Atelier 3 : index de masse corporelle et les activités physiques**

Possibilité pour chacun de calculer son index de masse corporelle en se pesant et se mesurant sur place. A notre grande surprise, pratiquement tous les participants ont voulu se peser, se mesurer et ce dans le respect de tous et dans la bonne humeur. Pour finir, quelques petits exercices en musique pour découvrir le plaisir de bouger et pour faire le lien concrètement entre l'énergie absorbée et l'énergie dépensée. Pour éliminer un paquet de chips de 100 gr = 559 calories, il faut faire une heure de stepper allure normale.

Une petite évaluation orale s'est déroulée à la fin de chaque séance, suivie d'une évaluation écrite envoyée aux animateurs des groupes, portant sur l'adaptation des outils, contenu théorique, exercices pratiques ainsi que sur le suivi dans les différentes associations. Et pour l'année prochaine ? Quelles sont vos attentes, vos préoccupations ? (à suivre...) ●



Pour éliminer 8 gr de chips, on vous propose de monter et descendre d'un banc pendant cinq minutes. Quinze minutes d'exercices « c'est dur, j'ai chaud, ça fait du bien... ». On termine en citant ensemble les bienfaits de l'activité physique en remettant à chaque participant une liste d'adresses reprenant les cours de gymnastique dans le quartier et en leur proposant un rendez-vous pour une marche santé à Molenbeek.



Le travail de diététicienne

.....

Souvent considéré comme le gendarme d'une « loi alimentaire » avec ses interdits et ses obligations, le diététicien est au contraire à l'écoute et au service du patient et de sa santé. Trois témoignages.

.....

Au jour le jour

Virginie Devos

Je consulte dans quatre maisons médicales, où je rencontre surtout des personnes, adultes et enfants, obèses ou en surpoids, parfois avec un diabète ou une dyslipidémie (excès de graisses, cholestérol ou autre, dans le sang). Parfois, j'y suis confrontée à un problème de langue. Certaines consultations se déroulent en anglais, et il arrive qu'un membre de la famille serve d'interprète pour le turc et l'arabe.

Le premier contact consiste en un bilan alimentaire du patient qui aboutit à une proposition de plan alimentaire adapté à son mode de vie et à ses éventuelles pathologies. J'explique comment varier les repas, je donne des conseils spécifiques aux pathologies, par exemple une liste d'aliments conseillés et déconseillés. Lors des consultations suivantes, je suis l'évolution du poids, je demande au patient comment évoluent ses symptômes et comment il arrive à appliquer mes conseils. J'adapte ceux-ci si cela s'avère nécessaire.

La maison médicale de Schaerbeek a créé des groupes pour femmes diabétiques, avec l'aide d'interprètes turcs et marocains. L'équipe qui anime les groupes comporte une kinésithérapeute, une accueillante, un infirmier et une diététicienne. Nous y abordons l'alimentation des diabétiques, le petit déjeuner, les repas chauds, le diabétique en voyage et bientôt nous traiterons des édulcorants, des produits lights, des index glycémiques. Les participantes à ces groupes sont intéressées par les sujets mais aussi contentes de la convivialité apportée par

les réunions.

A la demande de la maison médicale de Jette, nous organisons des cours de cuisine adaptée au diabète et des activités physiques en groupe (marche). Chaque saison, nous proposons un module de deux rencontres. A la première rencontre, je propose des ingrédients adaptés au budget des participants en insistant sur les fruits et légumes de saison. En petits groupes, ils choisissent une recette classique afin de la refaire facilement chez eux, que j'adapte ensuite avec eux au diabète, en expliquant l'intérêt de ces adaptations. A la seconde rencontre, nous cuisinons et dégustons ensemble une entrée, un plat et un dessert. J'en profite pour donner des conseils spécifiques au diabète et des variantes aux recettes.

Dans la maison médicale de Schaerbeek, les médecins se préoccupent de la malnutrition et de la dénutrition des personnes âgées. Un projet devrait démarrer d'ici peu. Nous proposerons aux personnes âgées une consultation diététique gratuite qui pourra se faire à leur domicile. J'y ferai un bilan de l'alimentation du patient, en tenant compte de ses possibilités personnelles (capacité de cuisiner, finances, ...) et donnerai quelques conseils. Si nécessaire et si le patient le souhaite, je lui proposerai d'autres consultations.

Pour un bisou

Joëlle Hansoul

A la maison médicale à Forest, un volet diététique a été mis en place dans le cadre des consultations infirmières. Nous avons établi un certain nombre de tâches : suivi alimentaire, éducation à l'utilisation de l'appareil de glycémie et du stylo à injection pour les diabétiques, conseils en matière d'hygiène alimentaire.

Mon objectif est de créer une relation de confiance. Le patient n'est pas rangé dans une catégorie « diabétique » et soumis à un régime type. Nous travaillons ensemble, selon ses goûts, pour arriver progressivement à une alimentation équilibrée. C'est particulièrement important pour les personnes âgées, qui devraient continuer à bien se nourrir selon leurs préférences

Virginie Devos, diététicienne aux maisons médicales de Botanique, Nord, la Clé et Essegheem, Joëlle Hansoul, infirmière à la maison médicale à Forest, Anne Van der Borgh, diététicienne au centre de santé de Linkebeek.

Mots clés : alimentation, maisons médicales.

en maintenant la qualité de vie. Il faut aussi tenir compte de l'importance des coutumes alimentaires ou des difficultés de langues.

Je reçois les patients sur rendez-vous fixé par le médecin à l'issue d'une consultation, mais souvent ils ne se présentent pas. Peut-être faut-il que la démarche émane du patient, aussi ai-je demandé aux médecins de laisser le patient prendre lui-même son rendez-vous.

Autre résistance, la peur du régime (« on ne pourra plus rien manger »), souvent renforcée par les réflexions de l'entourage. Certaines personnes n'osent plus rien consommer et du coup se nourrissent très mal.

Mais je ne rencontre pas que des obstacles. Un jour, sortant de la consultation, une personne m'a embrassée avec un grand sourire aux lèvres... c'était gagné !

Une diététicienne intégrée en maison médicale

Anne Van der Borgh

A Linkebeek, la diététicienne fait partie de l'équipe de la maison médicale, elle rencontre les patients sur prescription du médecin. Son rôle en première ligne est d'élaborer, avec le patient, un programme alimentaire « sur mesure », adapté à ses besoins, à son rythme, à ses capacités de changements, à son entourage, à ses habitudes, à ses croyances concernant les aliments. Nos objectifs sont d'améliorer l'état de santé, de prévenir les complications, de diminuer les risques d'évolution vers une situation « dramatique » tout en permettant au patient de préserver sa qualité de vie et son plaisir de manger.

Nous avons la possibilité de ne pas travailler dans l'urgence, comme c'est le cas en milieu hospitalier. Nous pouvons prendre le temps. Le temps pour que le patient puisse formuler ce qu'il attend de la diététicienne. Le temps pour l'amener à expliquer ce qu'il mange, où, avec qui, quand, combien, pourquoi...

En parlant de ses habitudes, il réalise souvent qu'il pourrait faire « autrement », ou « mieux ». Au fil des entretiens, il décide lui-même des changements qu'il peut apporter.

La diététicienne est parfois perçue comme une thérapeute qui va instaurer des interdits, supprimer de l'alimentation « tout ce qui est bon » et instaurer un carême permanent. Il est vrai que dire « des bonbons, donc deux fois bon, ce n'est pas bon » n'a pas beaucoup de sens. Peu de gens croient encore à l'enfer ou au purgatoire, aurions-nous pris le relais : « Ah ! vous mangez des frites, vous buvez du vin, vous donnez des biscuits aux enfants, vous fréquentez les fast food, vous ne surveillez pas votre taux de cholestérol... Vous n'irez pas en enfer, pire, vous souffrirez et puis mourrez de maladies cardio-vasculaires, voire de cancers. Et de votre faute ».

Ce sont moins les agents de santé que les lobbies super puissants de l'industrie pharmaceutique et de l'agroalimentaire qui nous communiquent ces messages. Leurs techniques de persuasion des ministres, médecins, diététiciens et autres soignants sont particulièrement sournoises et efficaces. Au début de l'année scolaire 2004, plusieurs ministres, interpellés par les nutritionnistes et diététiciens, avaient accepté de faire interdire la distribution (lucrative pour les écoles, les limonadiers et biscuitiers) de boissons sucrées et de sucreries dans les écoles de la Communauté française. Fi donc ! le volte-face fut rapide. Il ne fallait pas décider trop vite, ni diaboliser ces produits. Nos ministres décidèrent donc qu'il ne fallait pas décider mais construire un dossier pédagogique à l'attention des enseignants. Quelle cohérence et quelle crédibilité peuvent avoir cette procédure ? « Chers enfants, les colas, limonades, candy-bars, viennoiseries... sont mauvais pour la santé. Vous trouverez les distributeurs à l'entrée de la cour de récréation et du réfectoire ».

Le matraquage publicitaire (et son langage culpabilisant, guerrier, dramatisant, flatteur...) ne permet plus de faire le tri entre magie ou diablerie et réalité.

Les patients s'imposent souvent des contraintes qui n'ont aucune raison d'être mais qui coûtent bien plus cher qu'une consultation. Il est donc important de susciter les demandes d'informations chez les patients et puis seulement de donner des explications réalistes, étayées par des données indépendantes des firmes, dans un langage accessible, simple mais pas simpliste. ●



Réseau santé diabète-Marolles

.....

La prise en charge du patient diabétique est complexe. Pour être efficace, elle nécessite la participation du patient et de son entourage, un suivi pluridisciplinaire et une action éducative élargie à la santé dans son ensemble, inscrite dans la vie quotidienne.

De plus, le mode de vie (l'alimentation, l'exercice physique...) influence l'apparition et l'évolution du diabète. Plusieurs acteurs issus de sphères différentes – médicale, sociale, psychologique, environnementale... – sont nécessaires pour proposer des changements de modes de vie et assurer une prévention efficace auprès des publics à risque. Ces partenaires doivent être en lien les uns avec les autres.

.....

Le quartier des Marolles détient déjà ce potentiel d'acteurs. Diverses associations de types différents (voir la liste des partenaires en fin d'article) concernés par cette problématique ont créé un réseau.

L'objectif du Réseau est d'améliorer la prévention et la prise en charge du diabète de type II. Pour atteindre cet objectif, le réseau se donne les buts suivants :

- Intégrer la diététique dans la prise en charge et la prévention ;
- Améliorer la pratique des professionnels ;
- Mieux informer les patients.

● Intégrer la diététique dans la prévention et la prise en charge du diabète

Des consultations

La diététique est une dimension indispensable à la prise en charge du diabète. Toutefois, les consultations sont souvent peu accessibles ou peu adaptées aux patients du quartier des Marolles : les consultations à l'hôpital sont peu nombreuses et insuffisamment personnalisées et les consultations en cabinet privé sont trop onéreuses pour bien des patients en situation précaire. La création du Réseau a permis d'engager une diététicienne. Depuis le premier mars 2004, plus de 230 patients de cinq centres de santé du réseau ont déjà bénéficié gratuitement de ces consultations.

Une permanence

Le Réseau santé diabète n'a pas pour seul objectif d'améliorer la prise en charge mais aussi celui d'améliorer la prévention. Les habitants qui souhaitent observer un régime équilibré ou qui se posent des questions sur l'alimentation sont nombreux. Pour répondre à ces questions, une permanence diététique ouverte à tous s'est donc mise en place à l'Entr'aide des Marolles.

Des animations « alimentation »

Chaque année, la diététicienne du Réseau réalise une quinzaine d'animations sur l'alimentation, préparées et réalisées avec un membre de l'association où l'animation est proposée.

Un soutien aux « activités cuisine » des associations

La diététicienne du Réseau aide les animatrices qui organisent des activités cuisine, petit-déjeuner, repas de quartier, à préparer et animer ces groupes (aide au choix de la recette, réponses aux questions des participants).

● Amélioration des pratiques professionnelles

Mieux travailler en mutualisant les compétences, en apprenant de l'expérience des uns et des autres, en s'échangeant des outils, c'est cela « faire réseau ». Pour soutenir cette dynamique, deux outils ont été construits pour mieux connaître les « forces en présence » :

- Le « répertoire des ressources du Réseau » dans le domaine du diabète, de l'alimenta-

Judith Hassoun, sociologue, coordinatrice du Réseau santé-diabète.

Extrait de la brochure de la Commission communautaire française Les Réseaux santé, 2005-2006.

tion, du fonctionnement du corps. Il s'agit de connaître les animations dont les membres du réseau sont prêts à parler, voire à refaire dans une autre association ; de répertorier les outils, ouvrages, locaux que les membres du Réseau veulent bien prêter, d'informer sur les adresses utiles et les personnes ressources que l'on peut contacter... ;

- Le « répertoire cuisine » répertorie les « ateliers cuisine » du Réseau, les personnes ressources, les recettes déjà faites dans les ateliers et à propos desquelles les animatrices peuvent donner leurs expériences.

Le groupe de travail « alimentation et diabète »

Comment les repas de quartier organisés dans les Marolles peuvent-ils intégrer une dimension diététique tout en gardant un caractère festif ? Comment amener les habitants à modifier le contenu de leur pique-nique lors de sorties organisées ? Quelles activités proposer pour montrer l'importance de prendre un petit-déjeuner le matin ? Pour travailler sur ces questions et créer de nouvelles synergies, un groupe de travail s'est mis en place, réunissant une dizaine de professionnels travaillant dans plusieurs maisons médicales, un restaurant social, une agence immobilière sociale, un centre d'alphabétisation.

Une formation à l'animation

Il ne suffit pas de donner des informations. Il faut savoir trouver des mots simples qui puissent être compris par un public souvent peu alphabétisé. Il faut aussi amener les habitants à participer, se questionner, trouver des solutions, s'échanger leurs connaissances. C'est pourquoi le Réseau santé diabète a organisé une formation portant sur des techniques d'animations et des outils pédagogiques sur le diabète, adaptés à un public peu alphabétisé.

Une formation « cuisine et santé »

Une formation menée par un cuisinier a été organisée à destination des animatrices des ateliers cuisine et des organisateurs de repas de quartier pour leur donner des « trucs et astuces » quant à la présentation des recettes diététiques, la décoration des plats et de la table, des recettes faciles et autres idées pour sensibiliser les

enfants à manger davantage de légumes et de fruits, etc.

Des conférences

Des conférences sur les thèmes « Le diabète : explications, traitement et prévention » et « Ramadan et diabète ».

Des collaborations

La mise en place d'une collaboration avec les services de diabétologie des hôpitaux du centre ville. Améliorer la prise en charge du patient diabétique, c'est améliorer la collaboration entre médecins généralistes et médecins spécialistes. Cette amélioration de la communication passe bien souvent par une meilleure connaissance réciproque des différents acteurs et structures dans lesquelles ils travaillent : en 2005, le Réseau santé diabète a organisé des rencontres avec les services de diabétologie de l'hôpital Saint-Pierre, de l'hôpital César de Paepe et de l'hôpital Saint-Jean.

Mais ce n'est pas uniquement au niveau strictement médical que le patient devra être mieux suivi, c'est aussi au niveau de toutes les activités qu'il peut mener et qui pourront l'aider à mieux équilibrer son diabète : faire de l'exercice physique, avoir une meilleure alimentation (en participant par exemple à des ateliers cuisine). Mieux connaître les activités existantes dans le quartier pour mieux informer les patients, permet d'assurer ce lien : depuis le premier semestre 2005, l'Agenda Santé est distribué au sein des services de diabétologie des hôpitaux du centre ville.

● Amélioration de l'information du patient

Un agenda des activités

L'Agenda Santé a été réfléchi pour que l'information puisse réellement être entendue par des habitants peu ou pas alphabétisés : il est un support à une information donnée d'abord oralement. Ainsi, le professionnel informe un habitant d'une activité, coche celle-ci sur l'agenda, qu'il laisse ensuite à son interlocuteur. Mais l'information est également transmise par les habitants eux-mêmes, « de bouche à oreille ». Ainsi, des membres du Réseau informent plus longuement certains habitants, particulièrement impliqués dans la vie du quartier, des activités proposés par l'agenda afin qu'ils puissent à leur



tour relayer l'information à leur entourage.

Une campagne de sensibilisation au diabète (du 7 au 25 juin 2004)

Cette campagne a été organisée dans cinq associations médicales du réseau : des tests de glycémie ont été proposés aux patients de plus de quarante-cinq ans, des informations ont été données en salle d'attente avec l'appui de supports visuels, deux animations ont été réalisées. Mais pour que les patients soient sensibilisés, il fallait d'abord que les équipes soient motivées et mobilisées, via différents biais : l'organisation d'une conférence sur le diabète, un travail sur les objectifs de la campagne, la répartition du travail au sein de chaque équipe pour réaliser des tests de glycémie, l'évaluation de la campagne.

Au total, plus de quatre-vingt tests de glycémie ont été réalisés et plus d'une centaine de patients ont reçu une information sur le diabète. Mais c'est au niveau de la sensibilisation des professionnels que cette campagne a eu le plus d'effet : elle a permis de les motiver ou de les re-motiver à travailler sur le diabète en prenant davantage en compte l'aspect multidimensionnel de cette maladie. Elle a permis à des équipes de travailler davantage ensemble. Elle a conduit à des interrogations et des remises en question indispensables à l'amélioration de la pratique professionnelle. Enfin, elle a amené des pistes quant aux actions futures à mener en réseau.

● **Quelques difficultés...**

Les contraintes de temps des professionnels

Le manque de temps, ce serait là une des limites principales au fonctionnement en réseau. Un réseau demande du temps. Pour se connaître mutuellement, améliorer ses connaissances, réfléchir ensemble à la pertinence d'un projet commun, transmettre ses savoirs. Mais ce réseau, s'il « prend » du temps au démarrage, en fera gagner à moyen terme en permettant aux professionnels de mutualiser leurs compétences, d'apprendre des expériences des autres, de se former...

Les limites liées au fonctionnement interne des équipes

Il ne suffit pas que l'information soit diffusée. Encore faut-il qu'elle parvienne à l'ensemble

des membres de chaque association si l'on veut que la prise en charge du diabète soit intégrée. L'efficacité de la transmission d'une information au sein d'une équipe est fonction du mode de fonctionnement de celle-ci (forte ou faible collaboration entre les membres, hiérarchisation et répartition des rôles, forte ou faible implication des individus dans la structure...). Le réseau est confronté à des modes de fonctionnement qu'il met en évidence mais qui le dépassent.

● **Et des d'avancées...**

La diététique : des patients mieux suivis, des professionnels plus sensibilisés

Plus de 230 patients ont consulté la diététicienne du Réseau. Ces consultations ont aidé les patients à équilibrer leur diabète, à perdre du poids (jusqu'à vingt-cinq kilos) lorsque c'était nécessaire, souvent, elles leur ont également apporté un soutien moral et les ont amené à être plus actifs dans la prise en charge de leur pathologie. Ces consultations ont aussi permis aux professionnels de santé de se rendre d'autant plus compte de l'importance de la prise en charge multidimensionnelle du diabète.

Une prise en charge plus intégrée du diabète

Le Réseau a permis de re-motiver les équipes à travailler sur le diabète dans une approche intégrée. A côté de la prise en charge strictement médicale, deux autres dimensions essentielles de la prévention et du traitement du diabète sont prises en compte : la diététique et l'exercice physique. De nouveaux projets intégrant ces trois dimensions sont mis en place par différentes associations du Réseau : cours individualisé de gymnastique donné par une kinésithérapeute à des patients diabétiques suivis également par un médecin et la diététicienne ; projet de prévention pour un groupe de femmes, intégrant animations sur le diabète et l'alimentation, cours de cuisine et cours de gymnastique ; animations sur l'alimentation pour des femmes suivant un cours de gymnastique et de relaxation ; cycle d'activités « santé » pour les femmes d'un groupe d'alphabétisation intégrant animation sur l'alimentation, cours de cuisine et cours de gymnastique douce, préparation de plats et desserts allégés dans le cadre de « promenades vertes » ou de repas de quartier,

organisation d'une journée santé avec un atelier cuisine, un repas équilibré, une conférence sur le diabète.

Une plus grande collaboration entre associations

Grâce à la mise en place de groupes de travail et de projets communs, à l'organisation de conférences, de réunions plénières, de temps conviviaux, à la construction d'outils permettant de mieux connaître les « forces en présence », le Réseau a permis à des professionnels d'un même quartier d'organiser de nouvelles activités ensemble, d'échanger leurs connaissances, de confronter leurs pratiques, et de mutualiser leurs compétences.

Des professionnels et des patients mieux informés : le succès de l'agenda

Au mois de septembre 2005, l'Agenda Santé a été diffusé à plus de quatre cent cinquante exemplaires dans les associations du quartier mais également les pharmacies et les services de diabétologie des hôpitaux (hôpital Saint-Pierre, hôpital César de Paepé et hôpital Saint-Jean). Mieux informés des activités existantes dans le quartier, les professionnels peuvent mieux informer les habitants. La diététicienne du Réseau, en rencontrant de nombreux habitants lors d'animations ou de consultations dans les associations du Réseau, joue également un rôle d'information important. Les habitants sont plus nombreux à se rendre aux activités proposées. Mieux, ils sont aussi plus nombreux à « se mélanger », aller à des activités dans des associations qu'ils ne connaissaient pas, ce qui donne un nouveau dynamisme aux activités et enrichit les échanges par un brassage culturel et parfois social.

● **Privilégier le travail en équipe**

Un préalable essentiel à une approche plus intégrée du diabète est la collaboration entre intervenants d'une même équipe : le médecin d'une maison médicale devrait informer son patient des activités organisées par l'éducatrice pour la santé ; l'animateur d'un restaurant social devrait travailler avec la cuisinière pour que, dans la mesure du possible, il y ait une cohérence entre ce qui est dit dans une animation et les repas servis aux habitants, etc. Le Réseau devra donc privilégier des actions où tous les

membres d'une même équipe pourront se compléter les uns les autres. Toutefois, travailler en équipe nécessite parfois de modifier des fonctionnements institutionnels, ce qui demande du temps, un questionnement sur sa propre pratique professionnelle et sur les mécanismes internes de l'association.

● **Renforcer et développer les collaborations**

Il est essentiel que le Réseau « fasse encore plus réseau » : des partenariats entre associations sont à soutenir, et notamment entre associations issues de secteurs différents. Une forte collaboration entre associations permet aux professionnels d'améliorer leurs pratiques et aux publics de « se mélanger », de connaître de nouvelles activités, de nouveaux habitants et animateurs. Mieux informés, moins « dépendants » d'une seule association, les habitants n'auraient-ils pas ainsi davantage de pouvoir ? Pour soutenir cette dynamique, le Réseau devra continuer à rassembler et faire travailler ses membres lors de rencontres, groupes de travail, mise en place d'actions communes dans le quartier, etc.

Si les collaborations sont à renforcer, des collaborations nouvelles sont à impulser, notamment avec des professionnels qui jouent un rôle essentiel dans la vie des patients diabétiques : les aides à domicile et les infirmières qui se rendent à domicile. Mais c'est aussi avec les professionnels qui permettent un environnement favorable à la prévention du diabète qu'il faut davantage travailler, notamment les épiciers et les animateurs sportifs.

● **Poursuivre et amplifier les consultations en diététique**

Ces consultations pourraient être élargies aux patients non diabétiques mais médicalement à risque de développer un diabète. De plus, les consultations sont parfois à compléter par une « mise en pratique » : bien des patientes souhaitent que la diététicienne vienne à domicile leur montrer comment alléger tel plat qu'elles ont l'habitude de cuisiner. Ces visites sont importantes pour des patientes peu ou pas alphabétisées, qui ne savent pas lire les recommandations écrites par la diététicienne et ne peuvent retenir oralement l'ensemble de ses conseils.



● Renforcer les collaborations avec les hôpitaux du centre-ville

Le travail de collaboration entre le Réseau santé diabète et les hôpitaux devra se poursuivre. C'est là un travail qui demande du temps pour se connaître et consolider les ponts entre médecins spécialistes et généralistes, entre activités « curatives » et « préventives ». Un langage commun et cohérent devra s'établir pour une meilleure information « sur » le patient (dossier médical partagé) mais également « à destination » du patient (cohérence entre les conseils donnés au patient à l'hôpital et en ville).

● Intégrer davantage les habitants au travail en réseau

Le Réseau santé diabète est aujourd'hui assez solide pour intégrer davantage les habitants à son fonctionnement. En effet, après deux ans de vie du réseau, les différents professionnels (infirmiers, assistants sociaux, médecins, cuisiniers, animateurs...) ont renforcé leurs collaborations, et les habitants connaissent mieux l'existence du Réseau et des activités des différentes associations membres. Le Réseau santé diabète a pour perspective de travailler en plus forte collaboration directe avec les habitants : les ressources des habitants du quartier (les habitants qui connaissent des recettes de cuisine équilibrées, ceux qui sont prêts à aider des diabétiques invalides...) seront mieux identifiés, les connaissances des habitants notamment sur l'alimentation seront davantage mises en valeur, l'Agenda Santé sera diffusé plus largement par les habitants eux-mêmes, les outils d'animations seront construits plus fréquemment directement avec les habitants, les habitants seront systématiquement invités aux assemblées plénières du Réseau, etc.

Conclusion

Le Réseau santé diabète a amélioré la prévention et la prise en charge du diabète dans une approche réellement pluridisciplinaire. L'engagement d'une coordinatrice et d'une diététicienne a permis d'intégrer la diététique dans la prise en charge et la prévention du dia-

bète, d'améliorer la pratique des professionnelles et de donner une meilleure information aux habitants sur le diabète et les activités de prévention présentes dans le quartier.

Avec le Réseau, de nouveaux partenariats ont débuté, de nouvelles activités se sont développées, adaptées aux missions et aux réalités institutionnelles des associations.

Les assemblées plénières et les temps conviviaux ont permis de rester cohérent et d'apprendre à se connaître et d'échanger sur la multitude des initiatives prises.

Le Réseau santé diabète a enclenché une nouvelle dynamique qu'il faut poursuivre. Car le travail en réseau demande du temps. ●

Réseau santé diabète – Marolles
c/o Maison médicale des Marolles (promoteur)
120 rue Blaes, 1000 Bruxelles
Téléphone : 02-511-31-54
Fax : 02-502-44-54
E-mail : reseau.diabete@laposte.net
Personnes de contact : Judith Hassoun (coordinatrice) et Nora Rian (diététicienne).

Partenaires

Centre de santé du Miroir asbl, 67 rue du Miroir, 1000 Bruxelles.
CARIA, Centre d'accueil, de recherche, d'information et d'animation asbl, 135 rue Haute, 1000 Bruxelles.
Comité de la Samaritaine asbl, 41/6 rue de la Samaritaine, 1000 Bruxelles.
Entr'Aide des Marolles asbl, 169 rue des Tanneurs, 1000 Bruxelles.
Le Nouveau 150 asbl, 150 rue Haute, 1000 Bruxelles.
Les Amis de la Petite Maison asbl – Vrienden van het Huizeke VZW, 23 place du Jeu de Balle, 1000 Bruxelles.
Maison médicale Enseignement asbl, 52 rue de l'Enseignement, 1000 Bruxelles.
Maison médicale des Riches-Clares asbl, 41 rue des riches Claires, 1000 Bruxelles.
Maison médicale Santé Plurielle asbl, 110 rue de la Victoire, 1060 Bruxelles.

Quelle éducation nutritionnelle à l'école ?

Didier Jourdan,
professeur,
Institut
universitaire de
formation des
maîtres
d'Auvergne,
Clermont-
Ferrand.

Extrait de la
revue la Santé de
l'homme n°374
de novembre
2004.

.....
L'éducation nutritionnelle en milieu scolaire vise à permettre à l'enfant ou au jeune d'acquérir des compétences pour prendre en main sa propre santé. Pour Didier Jourdan, elle doit être prioritairement dispensée par les enseignants eux-mêmes, soutenus par les infirmières et les médecins scolaires ainsi que par les partenaires de l'école dans le domaine de la santé. De plus, elle ne peut prendre tout son sens qu'insérée dans une démarche globale d'éducation à la santé.
.....

L'éducation nutritionnelle d'une personne se développe au sein de différents milieux, d'abord et surtout familial mais aussi associatif, sportif ou scolaire, sans oublier la contribution des médias, notamment la télévision. L'éducation nutritionnelle en milieu scolaire se doit donc non d'être pensée seule, mais en articulation avec ce qui est dispensé dans les autres lieux de vie et de développement de l'enfant ou de l'adolescent.

Didier Jourdan se base sur la situation en France qui diffère par certains aspects de la situation belge. Cela n'altère en rien la validité générale de sa réflexion.

intervention ne peut que respecter la « règle du jeu de l'école », tenir compte à la fois des missions assignées à notre système éducatif et des valeurs qui le fondent. Ces « règles du jeu », au premier rang desquelles la distinction entre sphère privée et sphère publique, constituent le contrat entre l'école et la nation.

Soyons clairs, l'éducation nutritionnelle est d'abord familiale, elle prend place au cœur du « donné » social et culturel transmis par les parents à leur enfant. Force est de constater que ce qui est transmis diffère significativement d'une famille à l'autre et relève bien évidemment du domaine privé. Le rôle de l'école ne peut donc être en aucune manière de proposer une vision univoque de la nutrition, de transmettre une approche unique du « bien manger »¹. Son registre est bien celui du « public », c'est-à-dire de ce qui concerne le « vivre ensemble » de la communauté humaine que nous formons ici et maintenant. Il n'existe pas une seule bonne façon universellement reconnue de se nourrir, d'envisager son rapport aux aliments ou à l'acte social que constitue le fait de prendre part à un repas. Ainsi lorsqu'il s'agit d'élaborer un discours destiné aux élèves, la réflexion doit-elle porter sur la référence à des données scientifiques pertinentes mais aussi sur la question des limites du champ d'intervention scolaire. À défaut d'une telle réflexion, le risque est grand d'être contre-productif. Ce ne sont pas les enfants qui préparent les repas et, si notre discours est perçu comme une stigmatisation de modes d'alimentation familiaux jugés peu adaptés, l'enfant est mis en situation d'injonction paradoxale, c'est-à-dire coincé entre le marteau (scolaire) et l'enclume (familiale).

Mots clefs : alimentation, éducation à la santé, école, enfants.

Le milieu scolaire : des « règles du jeu » spécifiques

Le système éducatif français présente des caractéristiques telles qu'il n'est pas possible de mettre en place n'importe quelle démarche d'éducation nutritionnelle à l'école. Quand bien même les données épidémiologiques, en particulier celles relatives à l'augmentation de la part de la population en situation de surpoids ou d'obésité, seraient-elles alarmantes, toute

Donner les moyens de faire des choix éclairés et responsables

L'enjeu pour tous les acteurs de l'éducation nutritionnelle en milieu scolaire est donc d'articuler des objectifs de santé publique généraux à la mission de l'école. La circulaire n° 98-237 du 24 novembre 1998, précise qu'« à l'opposé d'un conditionnement, l'éducation à la santé vise à aider chaque jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix,



d'adopter des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement. Elle permet aussi de préparer les jeunes à exercer leur citoyenneté avec responsabilité, dans une société où les questions de santé constituent une préoccupation majeure. Ni simple discours sur la santé, ni seulement apport d'informations, elle a pour objectif le développement de compétences ». Ces éléments permettent de situer la légitimité de l'éducation nutritionnelle non pas en référence aux problèmes de santé mais en termes de construction de compétences visant à permettre à la personne de faire des choix éclairés et responsables. Prenons l'exemple de régimes alimentaires qui laissent une large place à la consommation de sodas, et le grignotage de produits riches en sucres simples. Se nourrir de cette façon est légal dans notre pays, boire des sodas en mangeant des barres chocolatées relève de la liberté individuelle. S'il est légitime que l'école délivre une éducation dans ce domaine, ce n'est pas au titre d'un interdit légal (comme c'est le cas pour les drogues illicites par exemple) mais au nom d'une idée de l'homme et du citoyen. Il s'agit de donner les moyens à la personne de prendre soin d'elle-même, d'exercer sa responsabilité envers sa propre santé. Pour cela, c'est bien la capacité à choisir ses modes d'alimentation qui est en jeu.

Pour qu'un tel choix soit possible, il est nécessaire d'avoir la maîtrise de connaissances : connaissances de soi et de ses besoins, connaissances nutritionnelles, etc. Mais ce n'est pas suffisant, il est indispensable d'être en capacité de choisir, de mettre à distance la pression des stéréotypes ou de la publicité. C'est bien le rôle de l'école que de mettre en œuvre des activités - qui visent à donner des connaissances scientifiques, développer l'estime de soi ou la capacité à résister à l'emprise des médias, des pairs par exemple - permettant aux élèves de s'approprier les moyens de construire leur propre liberté au cœur de la cité comme personne et comme citoyen... c'est-à-dire d'éduquer à la citoyenneté.

De nombreux programmes d'éducation nutritionnelle développés en milieu scolaire sont pertinents au plan pédagogique, ils permettent aux élèves de s'approprier des savoirs et des savoir-faire relatifs à l'équilibre alimentaire. Néanmoins, ils ne laissent que peu ou pas de

place au développement des compétences sociales à défaut desquelles il est difficile d'acquérir le moindre pouvoir sur sa propre santé. Ainsi, ces approches gagneraient-elles à être intégrées à un projet éducatif plus vaste incluant notamment : 1) un travail sur l'image de soi, la perception du corps, l'estime de soi - tant on connaît le lien entre trouble du comportement alimentaire et construction de l'image de soi ! - ; et 2) des activités visant à développer un regard critique vis-à-vis des stéréotypes médiatiques de la minceur extrême, des publicités relatives aux produits alimentaires...

Un travail éducatif concernant tous les membres de la communauté éducative

S'il est de nombreuses structures qui contribuent à son éducation, l'enfant (comme fille ou fils, élève, membre d'une association sportive ou culturelle, etc.) est unique. La question de la cohérence entre toutes les contributions à son éducation ne peut être éludée. Cette question se pose tant au sein de l'établissement scolaire (par exemple entre ce qui est proposé dans le cadre de la restauration et ce qui est prôné en cours) qu'entre l'établissement et ses partenaires. Les textes appellent à une telle prise en compte de l'éducation à la santé au cœur du projet éducatif : « *L'éducation à la santé prend appui sur la transmission de savoirs et de connaissances et passe par l'organisation du cadre de vie à l'école et des activités éducatives* ». En effet, au-delà des activités spécifiquement centrées sur la nutrition, l'éducation à la santé ne peut prendre tout son sens que dans la mesure où elle s'insère dans une démarche plus vaste de promotion de la santé au sein de l'école, du collège ou du lycée. Hors d'un réel investissement en matière de vie collective dans l'établissement, d'accueil des élèves, de relation aux parents et aux partenaires, de présence de services sociaux et de santé, d'adaptation de la restauration scolaire, les activités pédagogiques en éducation nutritionnelle risquent de sonner bien faux aux oreilles des enfants et des adolescents !

Néanmoins, il n'est pas facile d'entrer dans une telle dynamique tant les obstacles sont nombreux. Pour autant, jusqu'à quand va-t-on

Quelle éducation nutritionnelle à l'école ?

continuer à mettre en œuvre des interventions exclusivement basées sur les savoirs diététiques par des « spécialistes » extérieurs à l'école sous le prétexte qu'elles sont les moins coûteuses, les plus faciles à évaluer et que l'école n'est pas immédiatement capable de développer des projets d'éducation à la santé ? L'enjeu est celui de la mobilisation de tous, d'un cheminement collectif respectueux des différents acteurs. Il n'est en fait pas d'autre alternative crédible, les données issues de la bibliographie montrant clairement la faible efficacité, voire l'inefficacité, des interventions ponctuelles.

Une nécessaire formalisation des projets

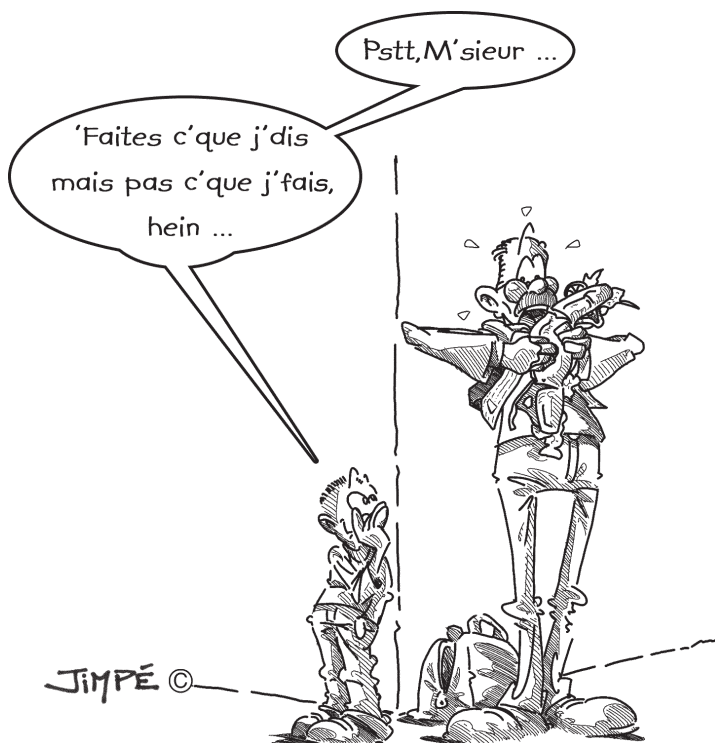
Si l'on veut que l'éducation nutritionnelle ne soit plus seulement le fruit de l'action militante de quelques-uns, il est indispensable que la politique éducative dans le domaine de la santé soit contractualisée, c'est-à-dire qu'elle fasse l'objet d'un document de référence décrivant les objectifs du travail et précisant le rôle de chacun des acteurs. Le projet d'établissement

pour le second degré, ou d'école pour le premier, peut constituer le lieu de l'expression de cette politique. De plus, depuis le début des années quatre-vingt-dix, les établissements et les bassins de formation disposent d'un autre outil, le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté, dont la finalité est explicitement de fédérer les actions de prévention, de mobiliser les acteurs de la communauté éducative et de renforcer les partenariats².

Le rôle spécifique des enseignants

Si l'éducation à la santé concerne tous les acteurs de la communauté éducative, chacun n'a pas pour autant le même rôle. Comme le souligne le rapport des inspections générales, c'est sur l'équipe éducative, et en particulier les enseignants dans le cadre de leurs cours, que doit s'appuyer le dispositif d'éducation à la santé et non sur une intervention directe de « spécialistes » extérieurs. Il ne s'agit évidemment pas d'appeler à bannir les interventions mais plutôt de souligner qu'elles ne peuvent constituer le cœur du projet. De par leurs missions et leurs compétences éducatives, ce sont les enseignants qui sont appelés à mettre en œuvre, dans leurs classes, l'éducation nutritionnelle. Cependant, du fait de la complexité des questions scientifiques et éthiques posées, ils doivent être conseillés et soutenus par des professionnels de santé. La présence, aux côtés des enseignants, au sein même des établissements des professionnels de santé que sont les médecins et les infirmiers de l'Éducation nationale est le gage d'un partenariat réel qui a fait ses preuves.

Promouvoir le développement de l'éducation nutritionnelle ne peut passer par la multiplication des interventions par des partenaires extérieurs car il n'est pas réaliste d'imaginer que cela soit possible dans les 70.000 écoles, collèges et lycées que compte notre pays. La seule voie crédible consiste à s'appuyer sur les 894.000 enseignants du primaire et du secondaire, de leur permettre de devenir eux-mêmes acteurs. Le rôle des spécialistes de la nutrition issus du monde de la santé est ici déterminant. Ces derniers sont experts, conseil-





lers au service du projet pour lequel les actions éducatives seront essentiellement le fait des parents et des enseignants. Dans bien des cas, ils sont à l'origine de la mobilisation collective et contribuent à l'accompagnement du projet à long terme.

Il est indéniable que dans ce domaine aussi les obstacles sont nombreux : manque de formation des partenaires au conseil méthodologique, connaissance insuffisante du système éducatif, associations financées sur la base des interventions auprès des élèves... Seule une mobilisation convergeant vers la construction de réseaux durables de professionnels compétents au service des projets des établissements peut permettre de les dépasser.

L'école primaire, lieu privilégié d'éducation nutritionnelle

L'approche de l'éducation nutritionnelle est bien évidemment différente selon l'âge des enfants, néanmoins il importe de s'interroger sur les niveaux les plus pertinents. En effet, même si l'accent est mis sur l'éducation à la santé dans les programmes de l'école primaire, l'idée selon laquelle c'est à ce niveau que la prévention est le plus efficace est encore peu partagée. Dans notre pays, les interventions dans le second degré sont souvent privilégiées. Elles interviennent à un moment de la vie des individus où ceux-ci sont fortement polarisés sur l'intégration au groupe des pairs et sont le plus sujet au rejet des messages préventifs. Il ne s'agit pas de dire qu'il ne faille pas conduire des actions en direction des collégiens et des lycéens mais simplement d'inviter à ne pas négliger l'intérêt d'un travail auprès d'enfants plus jeunes. Les enseignants du primaire (maternelle et élémentaire) ayant en charge l'intégralité des domaines de l'éducation scolaire de l'enfant, il est plus facile pour eux de prendre en compte la santé de l'enfant dans sa globalité. Des programmes visant à leur fournir des outils et à accompagner les projets prennent aisément leur place dans les écoles. Ces spécificités font de l'école primaire un lieu privilégié mais non unique de l'éducation nutritionnelle. Les programmes d'éducation nutritionnelle peuvent d'ores et déjà s'appuyer

sur les pratiques actuelles des enseignants : une étude récente montre que plus de 80 % des élèves de cycle 3 (CE2, CM1, CM2) déclarent avoir eu des informations relatives à l'alimentation en classe au cours de l'année scolaire.

L'éducation nutritionnelle est bien l'affaire de tous, la mobilisation des acteurs et l'articulation cohérente des interventions constituent des enjeux décisifs. En ce qui concerne le système éducatif, deux grands défis sont à relever.

Le premier consiste à permettre à tous les enseignants d'identifier la nature de leur participation à l'éducation à la santé des élèves et à leur donner les moyens d'une contribution adaptée. Plusieurs Instituts universitaires de formation des maîtres³ y travaillent depuis de nombreuses années et proposent des formations pertinentes⁴. Pour autant, bien du chemin reste à parcourir dans ce domaine et il est indispensable que les initiatives, souvent fragiles, soient fermement soutenues. En ce qui concerne la formation initiale, l'enjeu est d'autant plus considérable que près de la moitié du corps enseignant sera renouvelé d'ici à 2012.

Le second défi concerne les partenaires de l'école issus du milieu associatif, du monde de l'assurance maladie, des services de l'État ou des collectivités locales. Il s'agit ici de permettre l'émergence en nombre suffisant d'experts, de conseillers techniques au service des projets, compétents à la fois dans les domaines de la santé publique et de l'éducation, dotés d'une réelle connaissance de l'institution scolaire et de ses acteurs. De telles personnes ressources sont d'ores et déjà présentes sur le terrain et effectuent un travail considérable, elles restent néanmoins insuffisamment reconnues et trop peu nombreuses. ●

Notes

(1) Dans son chapitre *principes*, le Programme national nutrition santé (PNNS) insiste sur le fait que le choix alimentaire relève de la liberté individuelle et que l'acte alimentaire a une forte charge culturelle, sociale, affective. Ces deux éléments sont très importants mais il convient aussi de rappeler que tout acte d'éducation est nécessairement normatif : il n'est pas d'éducation sans « visée ». Si bien que la question

n'est aucunement de choisir entre transmettre un mode d'emploi définitif et universel du « bien manger » et s'abstenir d'intervenir sous prétexte de respect des différences culturelles ou familiales ! Il s'agit de mettre en perspective des choix éducatifs en référence à la mission de l'école, d'articuler apprentissage des règles du « vivre ensemble » et respect des spécificités individuelles, c'est-à-dire éduquer à la liberté...

(2) CESC : Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté, circulaire 98-108 du 1er juillet 1998.

(3) Structures ayant pour mission la formation initiale et continue des enseignants des premier et second degrés.

(4) On trouvera des exemples précis dans l'ouvrage suivant : Jourdan D. (sous la dir.). *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*. Presses universitaires du Sud, 2004.

Bidon futé à l'école

.....

L'obésité semble être le « mal du siècle » de ce début de troisième millénaire. La carie quant à elle continue de faire des dégâts chez certains enfants. Au-delà des excès alimentaires, les boissons sucrées ont leur part de responsabilité dans les problèmes de santé. Elles augmentent les apports caloriques et attaquent les dents. Toute boisson autre que de l'eau pure n'est plus une boisson mais un aliment liquide ! Beaucoup d'enfants ne boivent même plus un seul verre d'eau... Dans leur esprit, l'eau du robinet n'est pas faite pour être consommée. C'est la publicité et le marketing qui dirigent leur consommation. Un beau gâchis quand on sait qu'en termes de qualité, nous disposons d'une des meilleures eaux de distribution et que celle-ci coûte 150 à 600 fois moins cher que l'eau en bouteille !

.....

C'est sur cette réflexion qu'a débuté en 2002 la campagne « Robinet-fontaine », initiée par la Maison de l'eau et de la vie (MEV), la Région de Bruxelles-Capitale et l'Intercommunale bruxelloise de distribution d'eau (IBDE). Le but de la campagne était de promouvoir la consommation d'eau de distribution comme eau de boisson. Une centaine de robinets-fontaines avaient d'ailleurs été installés dans les établissements de Bruxelles¹.

L'IBDE remet ça avec sa nouvelle campagne « Bidon futé ». Depuis le début de l'année, la société propose l'eau gratuitement aux écoles de la région de Bruxelles, à raison d'un litre par enfant et par jour. Par cette action, l'IBDE

souhaite sensibiliser les enfants à la valeur de l'eau et à sa bonne utilisation, mais aussi les inviter à participer activement à la protection de leur santé en buvant de l'eau plutôt que des boissons sucrées, et enfin, éveiller chez eux une réflexion sur la quantité de déchets produite par les emballages des boissons sucrées. En septembre, une campagne de distribution de gourdes dans les écoles primaires bruxelloises a commencé. Plus de 76.000 gourdes ont été demandées à ce jour. En plus de cela, l'IBDE propose un accompagnement pédagogique à 30 écoles parmi les 368 qui ont répondu à l'appel. En parallèle, la Fondation pour la santé dentaire avait lancé en 2004 la campagne « Sourire pour tous », conjointement à l'action Denti-Pass² qui a permis à quinze mille enfants de familles précarisées de bénéficier gratuitement de soins dentaires. La campagne visait à donner des conseils à travers différents supports. Un kit pédagogique avait été envoyé à toutes les classes de première et deuxième années afin de permettre aux enseignants de travailler la thématique de la santé dentaire à long terme. Aujourd'hui, la Fondation pour la santé dentaire continue sur sa lancée en proposant aux écoles un projet passionnant. Découvrons-le ensemble...

L'eau comme boisson à l'école

Entre janvier 2004 et juin 2005, l'équipe de « Sourire pour tous » a rencontré 76 écoles primaires en « discrimination positive » pour leur proposer des expériences-pilotes d'une durée d'un mois et en faire ensuite une évaluation.

Quand on sait qu'une canette de cola par jour pendant un an équivaut à plus de 2500 morceaux de sucre (16 kg !), et qu'à cela s'ajoutent souvent des céréales sucrées le matin, un encas comme du chocolat à 10 heures, un goûter de type gaufre ou crème, on peut facilement imaginer la quantité de sucre consommée par certains enfants. L'école étant un endroit où l'enfant passe une grande partie de son temps, il est inutile de souligner l'importance d'y mener un projet qui permettra peut-être de changer ses habitudes quotidiennes, et par conséquent de lui épargner de futurs problèmes de santé.

MANGER



CONJUGUÉ

Carole Feulien,
graduée en relation publiques, assistante Cellule marketing-information-communication et Infor Santé à l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes.

Article paru dans Education Santé, n° 207, décembre 2005.

(1) Sylvie Bourguignon,
« L'eau du robinet, ça nous plaît », Education Santé n°178, avril 2003, pp.6 à 9.

(2) Myriam Marchand,
« Sourire, un privilège ? », Education Santé n°188, mars 2004, pp.2 à 3.

Mots clés : alimentation, éducation à la santé, école.

Le projet consiste à proposer aux élèves de primaire d'observer leurs habitudes de consommation de boissons. Au moment de la collation, l'enseignant rassemble ce qui est bu en classe. Ils en analysent ensemble les différents composants, la teneur en sucre, l'acidité... Cela promet des exercices de calculs bien intéressants... Ensuite, l'enseignant propose aux enfants de relever un défi : pendant un mois, ils s'engagent à boire de l'eau, rien que de l'eau à l'école. Ils pourront disposer d'une bouteille près d'eux et boire en classe, sans que cela perturbe les autres. Lorsque la bouteille sera vide, ils devront pouvoir la remplir aisément.

carafes d'eau à disposition au réfectoire, installer un robinet-fontaine dans l'école, aller expliquer son expérience dans une autre classe... Cela peut être aussi l'occasion d'analyser le fonctionnement du marketing ou de la publicité. Celle-ci nous dit ce qu'il est bon de boire, ce dont nous avons besoin, mais est-ce vrai, est-ce faux ? Qui nous délivre ces messages et pourquoi ?

La brochure de « Sourire pour tous » donne des pistes pour démarrer le projet en classe, et met d'autres outils à disposition : un tableau reprenant la teneur en sucre de différentes boissons sucrées, un autre comparant le prix des déchets occasionnés par chaque type d'emballage de boisson, des conseils pour consommer l'eau du robinet, mais aussi des sources d'information sur le sujet et des exemples d'exercices à faire en classe. ●



Dans ce cadre, la Fondation pour la santé dentaire a donc décidé d'offrir à chaque enfant une petite bouteille d'eau de 33 ou 50 cl dont on peut personnaliser l'étiquette dans un atelier artistique. Chaque élève est alors inclus dans le projet car on remarque que souvent, l'un des moteurs de celui-ci est l'effet de groupe. Le mois écoulé, il faut évaluer l'action. De cette évaluation naîtront d'éventuelles nouvelles mesures, des suggestions, comme mettre des

IBDE, rue aux Laines 70, 1000 Bruxelles. Tél. : 02 518 88 97. Fax : 02 518 83 04. Courriel : <ibde@ibde.be>. La brochure peut être commandée par courriel à : <info@sourirepourtous.be>, ou en écrivant à : Fondation pour la santé dentaire, avenue de Fré 191, 1180 Bruxelles. Le site <http://www.sourirepourtous.be> fourmille d'informations utiles sous forme de dossiers pédagogiques.



Un bilan des « Midis à l'école »

.....

Certains éducateurs ou animateurs en matière de santé parlent d'alimentation en prônant le « bon » et en rejetant le « mauvais » ou encore en prescrivant les « bons comportements » alimentaires à adopter à l'école ou à la maison. Cette approche est aujourd'hui obsolète car les déterminants des comportements alimentaires sont beaucoup plus complexes à aborder.

.....

Le programme « Midis à l'école » a fait le pari d'une approche non prescriptive de l'alimentation, préférant susciter la curiosité des élèves sur la question des repas et le contexte de ces moments importants de la vie à l'école, associés aux moments de récréation qui les jouxtent.

Le deuxième élément fort du programme est d'instaurer un processus de changement qui met les élèves au centre en les faisant concepteurs et acteurs des actions mises en place avec l'aide de l'enseignant et des partenaires éventuels.

Un troisième élément est d'articuler l'action ou le projet construit par la classe pour améliorer les midis avec les besoins de santé des élèves, les priorités de l'école et les objectifs d'apprentissage de la classe plutôt que d'en faire une action événementielle ponctuelle.

Le quatrième élément est d'éduquer à faire des choix sains en matière d'alimentation et entraîner les élèves à exercer cette capacité en tant que consommateurs (en s'adaptant à l'âge) pour être acteurs de leur propre santé.

La cinquième ligne de force est d'inviter les adultes de l'école (direction, enseignants, éducateurs, cuisinières... et pouvoir organisateur) ainsi que les parents, leurs représentants, les acteurs de santé à se retrouver comme partenaires éducatifs sur cette question de l'alimentation et de la vie à l'école en encourageant le dialogue pour favoriser la santé des élèves à l'école comme à la maison. Les structures participatives de l'école (conseil de participation et conseil d'élèves) sont sollicitées pour cette concertation.

Cristine Deliens,
coordinatrice
Coordination
Education &
Santé asbl.

Article paru dans
Education Santé,
n° 201, mai 2005.

Les lignes de force du programme

L'information sur l'équilibre alimentaire est une chose importante, certes, mais manger, c'est encore autre chose ! La nourriture est liée à une série d'événements et de relations tout au long de la vie, elle scande le rythme des journées, les fêtes, les rencontres... et les changements ne se font pas en un coup de cuillère à pot ! De plus en plus, il est question d'aborder davantage la question de l'image et de l'estime de soi, les comportements de consommateur et l'accessibilité des aliments et des boissons saines pour donner aux enfants et aux jeunes l'occasion d'acquérir et d'exercer des compétences en matière de santé.

Améliorer l'alimentation à l'école, un effort de politique publique saine, un premier pas de politique nutritionnelle

Le programme quinquennal « Midis à l'école » a été subsidié par la Communauté française de Belgique dans le cadre de ses programmes de promotion de la santé de février 1999 à septembre 2004 et ce, après deux années scolaires et demi d'expériences pilotes intitulées « L'Art des Midis », les « Midis à l'école » et « En route pour des midis à l'école plus agréables » ayant démarré en septembre 1996.

Les enquêtes menées par un organisme de consommateurs et les réponses aux question-

naires bilan « A propos des midis » complétés par les écoles ont démontré, en effet, la nécessité d'améliorer la situation des repas scolaires.

Les objectifs et les stratégies du programme

Le premier objectif du programme était d'encourager la construction de projets locaux – de classe ou d'école – en vue d'améliorer la vie et la santé des élèves sur les temps de midis. Il visait à la fois la dimension des repas (dans et autour de l'assiette) et la dimension des récréations (aspects environnementaux et relationnels).

Le deuxième objectif était d'expérimenter dans et au départ d'écoles maternelles et primaires en Communauté française, des stratégies participatives, communautaires et intersectorielles pour encourager les changements et renforcer les acteurs et les partenaires dans leurs démarches de promotion de la santé.

Trois stratégies ont été mises en place pour soutenir la mobilisation des écoles : l'appropriation, l'accompagnement et la diffusion.

● L'appropriation

La spécificité de la démarche réside dans la proposition faite aux écoles et aux partenaires éducatifs de construire le changement de manière tout à fait participative et ajustée selon les besoins de chaque école ; en effet, aucune liste d'activités-type ni de prescriptions nutritionnelles n'ont été proposées comme solutions toutes faites pour améliorer les midis à l'école. Bien au contraire, la démarche proposée a été la suivante :

- la réalisation d'un bilan pour l'école sur les repas et les récréations de midi par le biais d'un questionnaire pour démarrer la réflexion des adultes éducateurs. Près de cinq cents écoles ont complété et renvoyé ce questionnaire depuis mars 1999 ;
- un travail d'expression des élèves sur la vie à midi à l'école et sur leurs propositions pour améliorer les repas et les récréations ;
- la concertation et l'échange de points de vue des personnes concernées par l'alimentation dans l'école comme préalable au développement d'actions pour étoffer la connaissance

des situations à modifier, les impliquer dans la décision et le projet pour ainsi augmenter les possibilités de changement et leur faisabilité pour le bien-être et la santé des élèves ;

- la mise à l'agenda du sujet des « Midis à l'école » dans les réunions de conseils de participation, de conseils d'élèves, des associations de parents, des actuels centres de promotion de la santé à l'école (Promotion santé à l'école PSE - Inspection médicale scolaire IMS) et centres psycho-médicaux sociaux ainsi qu'au niveau des communes, des pouvoirs organisateurs et des autorités locales.

● L'accompagnement

L'asbl Coordination Education & Santé a proposé des accompagnements à plusieurs niveaux.

L'accompagnement sur le terrain

Il se déclinait à trois niveaux.

Au niveau des classes en projet, sous forme d'animations pour faire émerger les priorités des élèves pour améliorer les midis, dans le cadre d'animations par une diététicienne sur l'équilibre alimentaire ou la découverte des saveurs, ou encore dans le cadre d'interventions pour promouvoir un climat relationnel ou des conditions environnementales plus favorables à la santé dans les cours de récréation ou les réfectoires.

Au niveau des écoles, sous forme de visites-rencontres pour animer des concertations d'acteurs dans l'école en soutien de projet, en communiquant les principes d'une démarche en promotion de la santé. Elles ont servi également à ce que les acteurs présents valorisent les actions déjà accomplies dans l'école et s'approprient le choix des priorités fait par le Conseil de participation lors de l'adhésion à la charte afin de tisser de la cohérence et des partenariats internes.

Cette forme d'accompagnement systématique a constitué avec la diffusion de la charte *A l'école d'une alimentation saine*, une part essentielle de l'opération « A table les cartables ». Une visite gratuite d'une diététicienne proposée par l'asbl Euralisa (asbl liquidée en 2004, faute de subsides) complétait ce soutien aux écoles adhérentes. Fort peu ont souhaité cette intervention, craignant à tort une forme de contrôle



qui pénaliserait l'offre alimentaire de l'école. Au niveau local, dans l'animation ou la participation à des concertations avec des partenaires éducatifs et de santé : association de parents, associations, Inspection médicale scolaire (puis Promotion santé à l'école – PSE) - centre psycho-médico-social (PMS), échevinats... Mais également par l'organisation conjointe avec les centres locaux de promotion de la santé (CLPS) de réunions de coordination, que ce soit pour le programme « Midis à l'école » ou pour l'opération « A table les cartables ». Ces réunions ont servi à préciser des modalités d'action et de collaboration ; par exemple, lors d'une intervention dans l'école, la Coordination prévenait le CLPS mais aussi l'inspection médicale scolaire et le centre psycho-médico-social de la visite ou de l'animation et encourageait systématiquement les directions d'école à inviter les partenaires locaux. La préparation de ces visites de personnes ressources a servi souvent à informer les écoles des partenaires susceptibles de les aider dans leur projet et des rôles de chacun.

L'accompagnement méthodologique

Au niveau communautaire, il s'agissait de diffuser la démarche et de faire connaître le programme par une politique de plaidoyer auprès des acteurs de différents secteurs en dehors de l'école et par la diffusion systématique des outils auprès des acteurs éducatifs, de santé et auprès des partenaires potentiels. Avec l'opération « A table les cartables », la tâche s'est élargie car il s'agissait de faire le lien entre les deux initiatives ministérielles.

Au niveau individuel, à leur initiative, des acteurs éducatifs, institutionnels, associatifs et privés ont pris contact avec la Coordination Education & Santé souhaitant participer à une amélioration des midis et de l'offre alimentaire à l'école fondamentale. Les demandes sont traitées dans le but de renforcer la capacité des personnes – quelle que soit leur fonction en lien avec l'école – d'agir en promotion de la santé, de les aider à creuser leur projet d'action et à trouver eux-mêmes les réponses.

● La diffusion

Les écoles et leurs différentes implantations, les communes, les associations de parents, les acteurs de l'éducation et les acteurs de la santé

scolaire, les responsables à différents niveaux concernés par le sujet ont reçu les différents outils de manière systématique dans le but que chacun soit informé de la démarche et puisse agir en soutien des écoles dans un objectif de promotion de la santé.

De manière générale, cette large diffusion a contribué à diffuser le concept de promotion de la santé et ses principes auprès du public en lien avec les écoles ou impliqué dans des pratiques liées à l'alimentation ou à l'accueil des enfants. Par l'envoi des outils, la participation à des événements, l'information, des publics très variés ont été touchés : les parents, les élèves, les enseignants, les restaurateurs, les diététiciennes, le personnel de cuisine, les encadrants et les responsables de l'accueil, les pouvoirs organisateurs, les bourgmestres et échevins, les CPAS, les travailleurs médico-sociaux de l'Office de la naissance et de l'enfance, etc.

Des outils pour réfléchir, des outils pour agir ensemble

Ces outils ont été conçus dans l'idée de susciter l'appropriation des démarches, le travail intersectoriel et le partenariat, la participation et l'expression des élèves, le dialogue entre les parents et les acteurs de l'école autour de la question de l'alimentation ; ils s'inscrivent, dans une pédagogie participative cherchant à mêler des propositions ludiques pour à la fois promouvoir la santé et atteindre des objectifs d'apprentissage et d'exercice des compétences. Ces outils de sensibilisation sont destinés soit aux enseignants, animateurs et aux parents, ou encore aux restaurateurs, aux acteurs promotion de la santé à l'école et centre psycho-médico-social, aux élèves...

- Le journal « Midis à l'école » élaboré à partir des textes et des dessins des élèves mettait en évidence la diversité des situations et des propositions pour améliorer les repas ou les récréations tout en communiquant à toutes les écoles la démarche proposée pour se lancer dans la dynamique.
- Le feuillet et l'affiche « Les midis pour le plaisir - En parler pour changer » visent à encourager l'expression et la prise en compte des avis des élèves et des personnes concer-



nées par les midis, l'idée étant de dégager dans chaque école des priorités d'actions qui soient ajustées aux besoins locaux.

- La brochure « Manger, plaisir et santé » a été réalisée pour sensibiliser les adultes qui, de près ou de loin, partagent la responsabilité des repas des enfants et de leur santé dans les écoles ou dans les collectivités. Elle cherche à renforcer le rôle éducatif des adultes de la famille et de ceux qui interviennent dans l'école au niveau des menus, de la cuisine ou de la surveillance des repas. Un envoi spécifique visait les conseils de participation des écoles et le personnel responsable des repas à l'école
- Le questionnaire bilan « A propos des midis », diffusé dès mars 1999 sert aux écoles pour faire un bilan de leur situation « midis » et pour définir des priorités de changement en matière de récréation et de repas scolaire.
- Le journal « Midis à l'école » n° 2 est le fruit des échanges avec les classes inscrites et d'une réflexion menée à partir des expériences et des demandes du terrain. Il propose des articles écrits par les classes et des supports, des ressources pour imaginer et con-

struire son propre projet « midis », faciliter l'expression des élèves sur leurs midis, et développe une série de pistes pour aborder l'un ou l'autre aspect des midis (manger, jouer, réfectoire, cour, consommation et environnement, activités...).

- Les fiches outils : « J'écris à la manière d'un journaliste », « Le monde des saveurs », « Récolter la parole des élèves à propos des midis », « Explorer le monde des saveurs à l'école ». Chacun de ces outils a été diffusé à plusieurs milliers d'exemplaires.
- La cassette vidéo Arts d'écoles - Explorations artistiques et pédagogiques autour du thème « nourritures, corps et santé » relate des expériences menées dans une quinzaine d'écoles et associations partenaires. Elle constitue un outil de sensibilisation et de formation pour des intervenants éducatifs et des animateurs « santé » valorisant l'approche artistique, créative et participative de ces thèmes de promotion de la santé avec les élèves du fondamental et du premier degré secondaire.
- L'affiche de la charte « A l'école d'une alimentation saine » et la brochure du même nom présentent aux acteurs éducatifs les thématiques prioritaires pour établir et développer des projets éducatifs et de santé pour améliorer l'alimentation à l'école avec des conseils de participation, des élèves et des partenaires locaux. Elle les invite à adhérer à la charte et à mener des actions entre 2002 et 2004.
- Co-édition d'un feuillet « parents » diffusant la charte ainsi qu'une pyramide alimentaire et des conseils utiles pour équilibrer l'alimentation familiale et favoriser des choix pour une alimentation saine à l'école.
- Contribution et édition du cahier technique « Pour une alimentation santé à l'école fondamentale – Bases pour l'établissement d'un cahier des charges » diffusé par l'asbl Euralisa. Elaboré à l'intention des restaurateurs, des autorités locales et des personnes en charge de la fabrication des repas scolaires, ce cahier technique visant à améliorer l'équilibre alimentaire et l'hygiène des repas à l'école rejoignait de fait un des objectifs de départ du programme.
- Le jeu test-santé sur l'alimentation à destination des cinquième et sixième primaires et



du premier cycle du secondaire. Cet outil a été conçu pour susciter une interpellation de l'élève et pour favoriser le dialogue entre les adultes éducateurs et le groupe classe sur les habitudes alimentaires. Il vise à encourager la capacité des élèves à faire des choix favorables à leur santé de manière autonome, ludique et non prescriptive.

- Le répertoire « Des livres à déguster », sélection de livres de jeunesse sur le thème de l'alimentation, des repas, des goûts pour aborder de manière ludique des aspects parfois trop scolaires de la consommation alimentaire.

Impact du programme « Midis à l'école »

La diffusion massive des outils produits dans le cadre de ce programme ainsi que les nombreux échos faits dans la presse et les médias spécialisés (santé, éducation, famille...) ont largement contribué à la mobilisation des acteurs en lien avec l'école. L'articulation avec l'opération « A table les cartables » a également contribué à élargir le public sensibilisé sur la question des repas et de l'alimentation en ouvrant aussi le thème à d'autres aspects de la consommation alimentaire : la découverte des saveurs et des goûts ; l'équilibre alimentaire (repas chauds, pique-niques, collations et boissons) ; la publicité, le marketing et la vente ; une restauration de qualité à coûts maîtrisés ; le respect de l'hygiène ; le lieu et le cadre des repas.

Un tiers des écoles adhérentes étaient des écoles « midis », ce qui laisse entendre qu'une sensibilisation continuée à la promotion de la santé peut entraîner des effets mobilisateurs sur un plus long terme.

Plusieurs autres initiatives locales ou communautaires ont renforcé d'ailleurs ces deux projets en offrant souvent le support de proximité (outils, visites, animations...) dont certaines écoles avaient besoin : citons par exemple l'asbl Tournesol, l'Observatoire de santé du Hainaut, la Province de Namur, le Centre de recherche et d'information des organisations de consommateurs - CRIOC, l'Agence de promotion pour une agriculture wallonne de qualité (APAQ-W

ex-ORPAH), Oxfam-magasins du monde et leurs campagnes pour les produits du commerce équitable, les fermes d'animation et les fermes pédagogiques, etc.

● Participation des acteurs éducatifs

Nombreux sont les membres des équipes pédagogiques des écoles ou autres acteurs éducatifs ou de santé qui ont pris contact avec la Coordination en tant que partenaires potentiels dans des projets. Ils ont souvent du mal à manifester ou à faire accepter leur bonne volonté auprès de l'école pour soutenir d'une manière ou d'une autre des démarches pour améliorer les midis. Les contacts entrepris notamment par les parents, le personnel d'encadrement et de service, les cuisinier(e)s, traiteurs ou restaurateurs, les centres de santé à l'école (Promotion santé à l'école - PSE, ex-Inspection médicale scolaire - IMS), témoignent de cette mobilisation.

Dans le cadre des « Midis à l'école », 1.687 personnes ont pris contact avec la Coordination que ce soit dans une recherche d'outils, d'informations, de conseils méthodologiques ou pour être acteurs à leur tour.

Sur 1.131 personnes dont le rôle potentiel en lien avec l'école et les midis à l'école est identifié, 169 sont des parents, des membres d'association de parents ou de conseils de participation. Un nombre équivalent (n=174) représente des personnels de centres de santé à l'école (PSE-IMS, PMS).

Un grand nombre d'élèves et d'enseignants du supérieur (n=311) ont aussi été sensibilisés au programme « Midis » que ce soit dans l'intention de réaliser des stages sur le terrain ou pour mener des actions en classe.

Les parents par contre sont souvent les « parents pauvres » (c'est le cas de l'écrire !) de ces partenariats alors qu'ils sont sans doute les premiers concernés comme premiers éducateurs de leurs enfants, la famille étant le premier lieu où se forment les habitudes alimentaires. Bien évidemment, la nourriture est une pratique fort liée aux relations et à l'organisation familiales, au contexte affectif et au bien-être psychologique de chacun. L'éducation à de saines habitudes alimentaires est donc nettement plus complexe à aborder dans la famille que dans le milieu scolaire ; la complémentarité d'actions

éducatives en partenariat école-famille prend dès lors toute sa valeur car elles peuvent se renforcer mutuellement, rendant possible un véritable projet de promotion d'une alimentation saine et équilibrée à l'école comme à la maison.

● Participation des élèves

Côté élèves, leur participation dans la conception du projet-santé constitue toujours le défi le plus difficile à mettre en pratique par les enseignants, les directions ou les associations de parents et les centres de santé à l'école. Dans le cadre de l'opération « A table les cartables » par exemple, l'évaluation a montré que dans une école sur quatre seulement, les élèves ont participé à l'état des lieux, base pour construire un projet de promotion de la santé répondant aux besoins. Par contre, ils étaient acteurs à chaque fois dans la réalisation d'actions valorisant un mode de consommation saine (petit déjeuner, collation, petit magasin) ou encore dans la préparation de plats lors d'ateliers cuisine ou lors d'animations.

● Participation des partenaires

Si de nombreux acteurs de la société civile, du secteur de la santé, de la restauration, de l'éducation se sont intéressés à la question des midis, le partenariat avec l'école n'est pas toujours acquis : il exige de part et d'autre du temps, de la bonne volonté, de l'écoute, la reconnaissance en tant qu'interlocuteur et avant tout, la relégation d'intérêt particulier ou d'enjeux commerciaux au profit de l'intérêt collectif : la santé des élèves et des conditions environnementales et éducatives favorisant de leur part des choix positifs en matière de santé.

Au niveau des cabinets ministériels

L'expérience démontre toute la richesse mais aussi toute la difficulté du travail intersectoriel tant prôné par la philosophie de promotion de la santé ainsi que le temps et l'assiduité nécessaires pour mener à bien des projets conformes à des objectifs premiers de promotion de la santé que ce soit dans le milieu associatif ou au niveau des cabinets ministériels ; les enjeux de chacun des secteurs sont respectables mais la priorité – dans le cadre d'une politique de santé,

que ce soit au niveau communal, provincial, communautaire ou fédéral – doit aller à la santé collective des élèves et aux principes de promotion de la santé, ce qui entraîne des choix de stratégies parfois difficilement compatibles : résultats visibles et immédiats, importance des chiffres ou des répercussions médiatiques au détriment des démarches durables, ponctualité des aides versus démarches d'appropriation, visibilité institutionnelle ou politique et cohérence des actions... La participation à la définition de politiques publiques saines et le travail intersectoriel doivent rester des défis intéressants à relever pour les acteurs du secteur malgré les difficultés « de langage ».

Au niveau local

La collaboration avec les CLPS et les acteurs communaux ou provinciaux s'est concrétisée en réunions de coordination et d'échanges d'information sur les mobilisations locales, en transmission par zone de CLPS, de données « midis » / « charte » à propos des écoles et des acteurs sensibilisés, ou encore en diffusion d'outils pour les publics des CLPS et en séances de formation/information à destination des publics d'intervenants locaux organisées conjointement.

Au niveau de la Communauté française

Des actions en partenariat ou des interventions se sont concrétisées par la participation de la Coordination Education & Santé à différents événements de type formatif ou informatif : interventions dans des écoles supérieures de diététique et promotion de la santé, dans des centres universitaires ou lors de journées de formation (Cerise - Centre d'éducation relative aux interactions santé et environnement, université catholique de Louvain, Association belge de diététiciens et de licenciés en nutrition de langue française, ...), auprès des fédérations d'associations de parents, tenue de stand pendant les cinq journées annuelles du salon de l'Education à Namur, présentation lors des formations à l'attention des PSE, PMS et acteurs locaux, participation lors de la première Conférence locale à Liège, animations d'ateliers et présentation d'exposés sur des thèmes en lien avec le projet, collaboration à la création et aux travaux de l'asbl Euralisa entre 1998 et 2003.



Au niveau international

En septembre 2000, le programme « Midis à l'école » a été retenu parmi les trois lauréats du concours européen de Promotion de la santé, et a été présenté à Lyon à cette occasion devant une assemblée européenne. Il a également été recensé dans les pratiques retenues sous le nom « des trésors méconnus » du Réseau francophone international pour la promotion de la santé - Refips en 2002. Depuis 2002, la Coordination a participé intensivement au nom de la Communauté française aux réunions et travaux du groupe *Nutrition en milieu scolaire* du Conseil de l'Europe pour la préparation et le suivi du colloque du Conseil de l'Europe à Strasbourg en novembre 2003 ainsi qu'à la coordination de la participation de la Communauté française à celui-ci, avec notamment une association de parents d'une école bruxelloise mobilisée sur la question de l'alimentation.

Monitoring et évaluation du programme

● Mobilisation des écoles : évolution

Les deux premières années du projet pilote ont servi à faire connaître l'initiative ministérielle et la démarche. Cette dynamique a été relancée régulièrement et certainement renforcée par l'action d'autres acteurs de promotion santé et la médiatisation sur la question alimentaire.

Les fluctuations dans la mobilisation de nouvelles écoles peuvent être mises en lien avec différentes diffusions d'outils et de documents émanant des autorités ministérielles ainsi que des événements fortement médiatisés en lien direct avec la santé à l'école et la promotion de la santé : la mise en place du décret « Missions » et des structures participatives telle que le conseil de participation.

La Coordination a maintenu ses démarches de sensibilisation des écoles et des partenaires potentiels notamment par des courriers lors des rentrées scolaires, la diffusion de nouveaux outils, le journal « Midis à l'école », l'enquête continuée via le questionnaire-bilan « A propos des midis », les articles dans la presse tout public et la presse spécialisée de différents secteurs...

Les initiatives et le soutien ministériels au cours des deux législatures ont contribué à faire accepter et reconnaître par l'école et les acteurs de l'enseignement et de la santé, l'importance de l'alimentation et de la santé à l'école mais aussi à diffuser une démarche de promotion de la santé impliquant les différents acteurs en commençant par les élèves.

● Mobilisation locale

Les différentes actions de diffusion et d'information aux acteurs locaux, visent toujours les mêmes principes, à savoir : encourager les partenariats avec l'école et le soutien aux acteurs éducatifs, faciliter la communication à l'échelon local et tisser de la cohérence entre les différentes initiatives favorables à la promotion de la santé à l'école.

● Priorités et actions de changements

Les résultats de cette mobilisation peuvent être évalués sur base des questionnaires renvoyés par quatre cent cinquante écoles entre 1999 et 2003. Cette information permet d'estimer de manière plus précise les priorités de changement pour les écoles et d'autre part, elle permet une appréciation sur la nature des changements entrepris.

En matière de repas, les priorités pointent principalement (34 %) la nécessité d'améliorer le cadre des repas, à savoir l'infrastructure, le bruit, les espaces pour manger, l'équipement des réfectoires. De manière tout aussi importante, plus d'une école sur quatre dénonce le besoin d'augmenter l'encadrement des repas par des personnes compétentes (formation à l'appui), rémunérées correctement, en privilégiant l'accompagnement éducatif de ces moments pour les classes maternelles chez qui les habitudes alimentaires se forment ainsi en collectivité. Nombreuses sont les écoles qui ne sont pas équipées d'un réfectoire suffisamment spacieux, lumineux, insonorisé et permettant d'organiser les repas scolaires selon les critères de l'école et des critères santé favorisant l'autonomie des élèves, les formules de repas chaud ou tartines, la circulation dans les lieux, l'accès à l'eau de boisson...

Ces deux facteurs – le cadre et l'encadrement – sont déterminants du climat relationnel, de

l'ambiance et de la convivialité des repas ainsi que de l'organisation des services. Pendant la période du programme « Midis à l'école », les pouvoirs organisateurs et les acteurs éducatifs ont été sensibilisés par les nombreux débats et mesures politiques amenés par les mouvements familiaux, les organismes actifs en matière d'accueil de l'enfant notamment le secteur de l'accueil extrascolaire, soulignant l'importance des temps libres et de la qualité de l'accueil pour le bien-être de l'enfant.

Quant au contenu des repas eux-mêmes, une école sur dix souhaite des changements en matière de qualité et d'équilibre nutritionnel ; 7 % des écoles mettent comme priorité d'offrir des repas chauds.

En matière de récréation, les écoles signalent des priorités allant dans le même sens : pour 45 % il s'agit d'améliorer l'encadrement avec des éducateurs par exemple (comme en secondaire) mais aussi les espaces (31 %) et les possibilités pour permettre aux enfants de bouger et de choisir comment occuper leur temps libre récréatif (41 %).

● **Changements « Midis »**

45,5 % des écoles sur les quatre cent cinquante ayant renvoyé leur questionnaire pendant la période du programme, déclarent avoir réalisé des changements concernant les repas et l'alimentation à l'école ; 42,4 % déclarent avoir fait des changements en ce qui concerne les récréations.

Ces changements portent principalement sur l'offre et le contenu des repas en matière d'équilibre nutritionnel et de qualité (38 %), sur l'organisation des repas (nombre de services, durée (21 %)). Les changements concernent aussi le cadre (infrastructure, équipement...) des repas (38 %) et l'encadrement, en moins grande importance (13 %), bien qu'ils constituaient une priorité de départ, car ces changements nécessitent des budgets parfois importants.

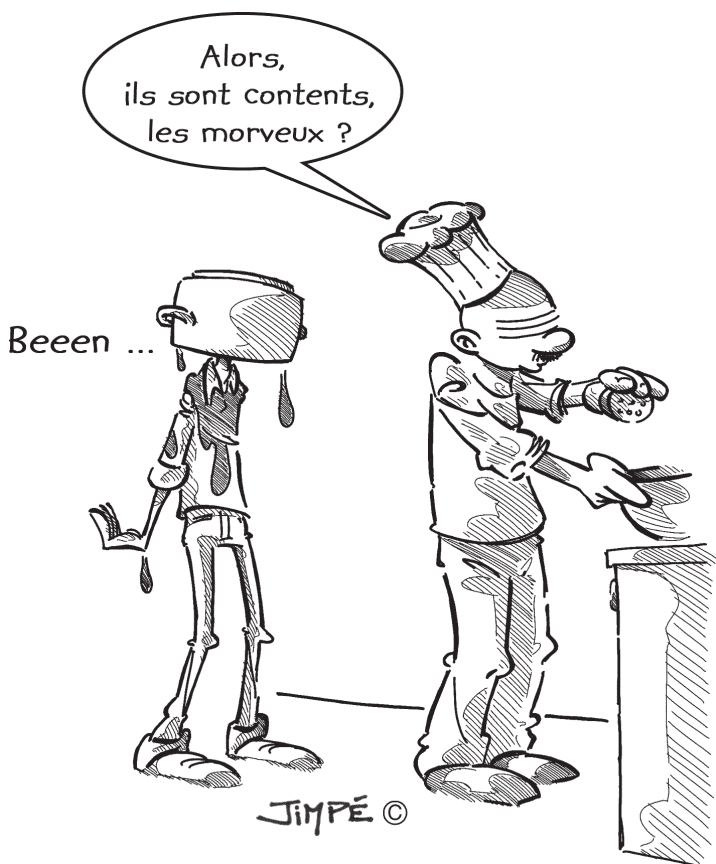
Les changements réalisés pour améliorer les temps de récréation portent sur ces mêmes catégories, avec en premier lieu les possibilités de jeux, le cadre et l'organisation (28 %).

Une école sur cinq a amélioré l'encadrement des récrés et a de ce fait élargi les activités de détente pour les élèves. Les mesures prises pour sécuriser les aires de jeux qui ont vu le jour pendant la période du programme ont parfois facilité ces entreprises de changement et leur soutien par les pouvoirs organisateurs étant donné le caractère légal contraignant.

Conclusions

Le défi reste souvent la motivation des adultes pour un travail constructif autour d'un objectif commun : la santé des élèves. Le programme a démontré la nécessité de soutenir les écoles pour la mise en place de projets santé sur l'alimentation. Un moyen fort est l'intervention d'une personne ressource extérieure (secteur santé ou éducatif) pour animer la concertation entre adultes.

Celle-ci permet notamment de créer ou dynamiser des liens entre les différents acteurs de l'école : pouvoirs locaux, acteurs éducatifs (parents, enseignants de différents degrés, direction...), professionnels de la santé scolaire (PSE, PMS) et de la promotion de la santé





(CLPS, intervenants locaux, provinciaux...), personnes en charge des repas dans l'école et même parfois restaurateurs locaux.

Par ces concertations, un processus d'analyse et d'action collective se met en route ou se renforce, partant des acquis, des besoins (exprimés, supposés, investigués), des projets d'action envisagés tout en laissant les acteurs s'approprier le processus plutôt qu'en dictant des solutions. La difficulté subsiste d'inscrire la mobilisation des écoles dans une perspective de continuité et non pas d'actions ponctuelles et de tisser des liens entre les projets réalisés ou en cours dans les différents degrés d'enseignement.

L'expérimentation de démarches de promotion de la santé permettra sans doute aux acteurs de l'école de mieux percevoir les liens entre les missions de l'enseignement et l'approche de la promotion de la santé, favorisant ainsi l'intégration de cette philosophie dans les différentes actions de l'école, que ce soit pour amener les élèves à construire des savoirs et exercer des compétences ou encore pour renforcer le lien entre la famille et l'école, ou pour vivre à l'école en bonne santé tout simplement.

Quels enseignements pour le futur Plan national Nutrition et Santé belge ?

Ce programme conforte plusieurs éléments pointés comme essentiels pour améliorer l'alimentation, l'activité physique et la santé des élèves en général.

Nécessité d'une approche globale et multiple des moments de repas à l'école ; la volonté d'agir pour améliorer la nutrition ne peut faire l'impasse sur le cadre des repas scolaires : il est urgent de donner aux écoles des différents réseaux les moyens d'équiper un espace approprié qui soit convivial et permette la prise des repas des élèves dans un environnement favorable à la santé.

Nécessité d'un encadrement des repas, de qualité, en nombre suffisant et formé sur le plan éducatif et de la promotion de la santé. L'école accueille en effet un nombre bien plus grand d'enfants sur le temps de midi que du temps de la définition des normes d'encadrement et du temps de la construction de la plupart des

bâtiments scolaires. D'autre part, ces moments de repas et récréation ont une valeur éducative incontestée en tant que « temps libre », temps de repas et temps de repos pour l'enfant ; ce sont aussi des lieux et des moments de socialisation importants ou se forment les goûts, les dégoûts et des habitudes alimentaires (qui ne s'en souvient pas ?) parfois différentes de la maison.

La question du contexte et de l'environnement nutritionnel passe donc avant la transmission des savoirs sur l'équilibre alimentaire. Les enfants mangent un repas avec des voisins de table, dégustent des saveurs qu'ils apprécient avec leurs cinq sens avant de réfléchir aux groupes alimentaires et d'être conscients des besoins nutritionnels qu'ils satisfont de la sorte. L'ambiance est primordiale et conditionne sans doute une grande part des comportements alimentaires. La publicité conditionne une autre grande partie de ces comportements et l'éducation des jeunes consommateurs (influençant les dépenses des ménages !) dans le cadre scolaire doit se faire selon des critères de promotion de la santé avant tout critère d'intérêt commercial.

Un autre enseignement de ce programme serait de dépasser l'activisme « santé » sur la thématique alimentation pour mener de véritables actions de promotion de la santé c'est-à-dire :

- en prenant le temps de construire avec la participation des élèves des projets qui soient éducatifs et amènent l'élève à construire ses savoirs en matière de santé et de nutrition (et non pas à les ingurgiter !) ;
- en permettant aux élèves et aux adultes éducateurs qui les accompagnent, de s'exercer – à l'école notamment – à faire des choix alimentaires plus favorables à la santé ;
- en impliquant les personnes concernées par les repas et l'alimentation à l'école dans un objectif collectif de santé des élèves avant tout ;
- en construisant un partenariat éducatif fort avec les parents autour de la santé des enfants et de leur développement en tant que citoyens responsables, solidaires, consommateurs critiques et actifs, etc. Les parents représentent un capital de mobilisation sous-estimé par les écoles et les pouvoirs organisateurs en tant que moteurs et partenaires d'actions pour améliorer les repas et l'alimentation à l'école

tout comme le contexte des repas. Les relais parentaux et familiaux sont nombreux et traitent fréquemment de la question de l'alimentation et du bien-être de l'enfant depuis longtemps. Les associations de parents, comités ou groupes de parents sont prêts à se constituer en partenaires de l'école et à jouer leur rôle premier en matière d'éducation et de santé. Ils peuvent, par leurs compétences diverses (rarement sollicitées !), leur bonne volonté, leur disponibilité éventuelle, appuyer les démarches de santé et d'amélioration de la situation nutritionnelle (alimentation, exercice physique, consommation...) que ce soit en cherchant des ressources, en explorant la question et les alternatives, en mettant sur pied une réflexion avec les enseignants, en organisant ou soutenant des actions dans l'école. Avec l'information et le soutien nécessaires, ils peuvent compléter et relayer l'éducation nutritionnelle à la maison dans la mesure de leurs moyens en temps et en ressources. Ils méritent d'être soutenus en tant qu'éducateurs et adultes pour renforcer leur rôle d'éducateurs.

Si dans le programme « Midis » le lien était fait entre le moment de manger et le moment de jouer, une politique nutritionnelle au niveau des communautés devrait intégrer de manière active le soutien à l'exercice et l'activité physique que ce soit à l'école ou à la maison. Facteur de santé mais aussi de socialisation, les activités sportives et de détente active répondent à un besoin du corps également pour se maintenir en bonne santé. Les programmes actuels de prévention de désordres nutritionnels devraient davantage lier ces aspects. Les actions de promotion de la santé complètent cette approche préventive par une dimension participative forte et l'implication des acteurs concernés, mais aussi en mettant l'accent sur la dimension « estime et image positive de soi » et sur tous les autres aspects liés à l'acte de manger, au repas, au climat relationnel et au contexte environnemental. ●

Coordination Education & Santé - Cordes asbl.
Tél : 02.538.23.73 ; <cordes@beon.be>.



Un Plan national Nutrition et Santé pour la Belgique

.....

Le rôle de l'alimentation sur la santé et la maladie est de mieux en mieux connu et constitue un enjeu de santé publique. D'autre part, les gouvernements ont une responsabilité à prendre dans la sécurité de la chaîne alimentaire. Enfin, l'action préventive par le biais d'un régime alimentaire équilibré peut avoir un impact considérable sur les budgets de l'assurance-maladie. Ces trois bonnes raisons ont incité la Belgique, à l'instar de différents Etats de l'Europe, à mettre sur pied un Plan Santé et Nutrition.

.....

Au niveau mondial, l'Organisation mondiale de la santé a lancé une « stratégie globale sur l'alimentation, l'activité physique et la santé » dans le but de prévenir les maladies non-transmissibles liées à une alimentation inappropriée et à un manque d'activité physique, à savoir l'obésité, les maladies cardio-vasculaires et le diabète de type II.

Au niveau de l'Union européenne, dans le cadre du programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique, la direction générale Sanco a décidé de créer un nouveau réseau d'autorités nationales compétentes en matière de santé alimentaire publique et d'activité physique. Il s'agit du réseau NAP (Nutrition et activité physique). L'Europe estime indispensable de tenir compte des disparités entre les Etats membres car les habitudes alimentaires et le mode de vie sont typiques de chaque pays, voire de chaque région. En décembre 2005, la Commission européenne a rendu public le livre vert pour la prévention des surcharges pondérales qui lance de premières pistes de réflexion sur le sujet.

L'obésité et le surpoids

Notre alimentation est devenue plus riche en graisses et en calories alors que nous nous dépensons beaucoup moins dans notre activité professionnelle ou dans nos loisirs. Ce déséquilibre conduit à la mise en réserve de l'énergie non utilisée sous la forme de tissu adipeux avec pour résultat une prise de poids, souvent excessive. Les facteurs génétiques, psychosociaux et environnementaux influencent également la prise de poids mais sont plus difficiles à modifier, c'est pourquoi les Plans Santé et Nutrition visent plus particulièrement le rôle de l'alimentation et de l'activité physique sur l'obésité et le surpoids.

L'obésité peut être évaluée via l'indice de masse corporelle ou IMC, qui correspond à un simple calcul : $IMC = \text{poids en kg} / \text{taille en mètre au carré}$.

Un individu dont le poids est normal possède un indice de masse corporelle entre 18.5 kg/m² et 24.9 kg/m².

A partir d'un indice de masse corporelle de 25kg/m², on parle d'excès de poids (pré-obèse : IMC 25-29,9 kg/m²).

Au-delà d'un indice de masse corporelle 30 kg/m², on parle d'obésité :

- indice de masse corporelle 30-34,9 kg/m² : obèses de classe I ;
- indice de masse corporelle 35-39,9 kg/m² : obèses de classe II ;
- indice de masse corporelle 40 kg/m² et plus : obèses de classe III.

L'Organisation mondiale de la santé considère qu'à partir d'un indice de masse corporelle de 30 kg/m², le risque de co-morbidité est élevé. Au-delà de 40 kg/m², le risque est très élevé.

Pour l'année 2002, on estime que 12 % de la population belge est obèse et que 32 % de la population présente une surcharge pondérale. En Europe, une personne sur deux présenterait un indice de masse corporelle supérieur à 25. D'après l'Organisation mondiale de la santé, le nombre d'obèses dans le monde dépassait les trois cents millions en l'an 2000.

*Axel Hoffman,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Bethune.*

L'obésité et le surpoids touchent également les plus jeunes, et ce dès la petite enfance. Aujourd'hui en France et en Belgique, 19 % des enfants entre neuf et douze ans sont considérés comme en surpoids ou obèses. Selon une étude française réalisée sur des enfants de dix mois à huit ans, 10 % d'entre eux seraient obèses. En Belgique, on estime à 10 % le nombre d'adolescents touchés par l'obésité. Ces chiffres sont en augmentation constante dans toute l'Europe.

Si l'obésité apparaît avant la puberté, le risque de persistance à l'âge adulte est de 20 à 50 %. Ce risque s'élève à 50 voire 70 % si l'obésité survient après la puberté. C'est pourquoi il est primordial d'agir dès l'enfance. A plus brève échéance, diverses pathologies peuvent apparaître chez l'enfant obèse, comme une augmentation de la pression artérielle et du cholestérol. Des cas de diabète très précoce de type II ont été décrits aux Etats-Unis, chez des adolescents présentant une obésité sévère. Des troubles endocriniens sont également constatés (puberté précoce, aménorrhée).

En 2000, le coût médical des principales pathologies associées à l'obésité – diabète, hypertension, dyslipidémies, maladies coronaires – s'élevait à six cents millions d'euros en Belgique, soit près de 6 % du budget de l'INAMI. Les dépenses INAMI pour les statines, molécules utilisées afin de faire baisser le taux de cholestérol, étaient de 38.123.780 d'euros en 1997. Ces chiffres ont plus que triplé en six ans : les dépenses s'élevaient ainsi à 167.488.312 d'euros en 2003.

Les conséquences de l'obésité doivent également être envisagées en terme de coûts pour la société et pour les individus. L'obésité est souvent liée à une augmentation du nombre d'arrêts de travail, de mises en invalidité et à une diminution de la qualité de vie. En Belgique, on constate que l'absentéisme et les accidents de travail augmentent avec l'indice de masse corporelle : le taux d'accidents est de 54 % plus élevé chez les employés qui présentent un indice de masse corporelle supérieur à 40 par rapport à ceux qui ont un IMC normal, et le taux d'absentéisme est de 58 % supérieur.

Conséquences de l'obésité et du surpoids

- hypertension artérielle
- troubles lipidiques, hypercholestérolémie et dislipidémies
- diabète de type II
- résistance à l'insuline et intolérance au glucose
- hyperinsulinémie
- maladies coronariennes, angine de poitrine, décompensation cardiaque
- accidents vasculaires cérébraux
- lithiase de la vésicule biliaire, cholecystite, cholelithiase
- goutte
- maladies ostéoarticulaires
- apnée obstructive et problèmes respiratoires
- certains types de cancer
- complications au cours de la grossesse
- problèmes urinaires (incontinence)
- lithiases urinaires
- troubles psychologiques (dépression, troubles de l'alimentation, image corporelle, perte d'estime de soi)

L'importance des pathologies associées à l'excès de poids justifie la lutte contre l'obésité.

En Belgique, quarante mille personnes décèdent annuellement des conséquences de déficiences cardiovasculaires, ce qui représente 45 % des décès et la première cause de décès chez les hommes. Chez les femmes, les affections cérébro-vasculaires et l'insuffisance cardiaque arrivent en tête. Des 27.945 décès de femmes survenus en 2000, en Région flamande, 41 % étaient attribuables aux maladies cardiovasculaires.

Une étude menée par la *British Heart Foundation* en 2000 montre que 44 % des décès sont liés à des maladies cardio-vasculaires en Europe. Cela représente 38 % des décès chez les femmes et 47 % des décès chez les hommes.

Le diabète est une affection chronique au cours de laquelle l'organisme ne produit pas suffisam-



ment d'insuline ou n'est pas suffisamment sensible à l'insuline, l'hormone qui permet la pénétration du glucose dans les cellules qui transforment ce glucose en énergie. Chez le diabétique, le glucose s'accumule dans le sang et y exerce des effets pathogènes. Le diabète est une maladie fréquente dont la complication majeure est le risque vasculaire.

En Belgique, environ 500.000 personnes souffrent de diabète de type II, mais on estime qu'un diabétique sur deux s'ignore. Plus de dix millions de diabétiques de type II ont été diagnostiqués en Europe, soit une prévalence de 4 % de la population totale. Fin 2001, l'épidémie touchait déjà plus de 150 millions de personnes dans le monde. Selon la Fédération internationale du diabète (FID) : « *L'épidémie mondiale de diabète pourrait affecter 300 millions de personnes d'ici vingt-cinq ans* ».

Des plans « Nutrition et Santé »

Des plans ont déjà été réalisés dans certains Etats membres de l'Union européenne. La France a lancé un « Plan national Nutrition et Santé » 2001 - 2005 avec l'objectif de réduire la tension artérielle des français, de faire baisser de 5 % leur cholestérolémie et de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité. Les lignes directrices du Plan sont : augmenter la consommation de fruits et légumes, de produits laitiers et de leurs dérivés ; réduire les apports lipidiques totaux ; augmenter la consommation de sucres complexes à assimilation lente ainsi que l'activité physique ; réduire l'apport d'alcool.

En Belgique, beaucoup de mesures ont déjà été prises. Un des objectifs du Plan belge sera d'orchestrer ces mesures, de les réaliser à l'échelon national et d'éviter les redondances. Certaines mesures déjà prises au sein des hôpitaux seront renforcées : gestion des services (composition des repas, nombre de diététiciens, etc.), meilleure prise en charge du patient lors de l'admission (consultation par un médecin, un diététicien, un psychologue, un cardiologue et/ou un diabétologue, en fonction des cas),

meilleur suivi par les professionnels de la santé, meilleure diffusion de l'information via ces professionnels, augmentation de la formation de ces professionnels, meilleure prise en charge psychologique, etc.

L'Autorité fédérale pourra intervenir de manière active au niveau européen, de manière à ce que des mesures soient prises en ce qui concerne l'étiquetage des aliments, la lisibilité des étiquettes, leur contenu et la compréhension des messages diffusés dans l'étiquetage. Elle pourra également influencer sur les informations diffusées par les producteurs au sujet de leurs produits.

Une grande enquête de consommation alimentaire a été lancée afin de mieux connaître les habitudes alimentaires et le niveau d'activité physique de la population de Belgique. Les données récoltées auront pour but de dresser un bilan des groupes qui présentent un risque potentiel de développer des pathologies liées à des carences ou à une surconsommation de certains nutriments et d'établir des recommandations en terme d'aliments, et non plus en terme de nutriments, de manière à offrir à tout



un chacun des informations simples et pratiques sur le meilleur moyen de s'alimenter de manière adaptée.

Par leurs compétences au niveau de l'enseignement, les Communautés joueront un rôle essentiel dans l'éducation à la santé et à une meilleure alimentation : modification des programmes scolaires, composition des repas servis en restauration scolaire, etc. Elles auront également un rôle d'éducation via la publicité.

Le Plan associe aussi les associations de consommateurs (CRIOC, Test Achats, etc.), l'industrie alimentaire (FEVIA), le secteur de la restauration (fast-food, cantines, etc.), le secteur la distribution (Fédération belge des entreprises de distribution - FEDIS), etc.

S'inspirant des objectifs élaborés par les autres Etats membres et par l'Organisation mondiale de la santé, la Belgique développera une stratégie adaptée à sa population, déterminée par un groupe d'experts sur bases de données scientifiques et d'études réalisées au niveau de la population du pays et des régions. Elle établira des recommandations de santé publique afin de diminuer les facteurs de risques de maladies, de promouvoir les facteurs de protection de la santé et d'étudier les moyens à disposition pour les atteindre.

Mis en route le 24 mai 2004 lors de la conférence inter-ministérielle de la Santé, le Plan s'appuiera sur une enquête sur les habitudes alimentaires de la population de Belgique. Le texte final du Plan vient d'être publié en mars 2006 et les mesures préconisées seront mises en oeuvre mi-2006.

Il identifie six objectifs :

- favoriser l'adéquation entre apports et dépenses énergétiques, notamment en augmentant l'activité physique quotidienne : une demi-heure par jour pour les adultes, une heure pour les enfants ;
- augmenter la consommation de fruits et légumes, avec un minimum combiné de quatre cents grammes par jour ;
- limiter la consommation de graisses ;
- porter à 50 % de notre régime la ration de sucres complexes (légumes et céréales) ;
- diminuer la consommation de sel, et le remplacer par du sel iodé ;

- boire chaque jour un minimum d'un litre et demi d'eau.

Ces objectifs rejoignent les recommandations connues de longue date. L'intérêt du Plan sera de les promouvoir et de favoriser leur mise en application. Parmi les projets, des chèques sport devraient permettre à quinze mille jeunes de pratiquer le sport sans souci financier et une étude sur l'efficacité d'un doublement des heures de sport à l'école vient d'être lancée par la Communauté française.

Par ailleurs, les sénateurs Philippe Mahoux et Jean Cornil veulent aller plus loin que le Plan et ont déposé en mars 2006 un projet de résolution pour lutter contre l'obésité. Parmi les mesures préconisées, la résolution invite à un « dialogue entre l'INAMI et les différents acteurs de la santé », à réglementer les publicités pour les produits « miraculeux » destinés à faire perdre du poids, à lutter contre la stigmatisation des obèses et à adapter le cursus universitaire des médecins.

Toujours plus de la même chose ?

A l'instar de la lutte contre le tabac et la drogue, la guerre à l'obésité désigne un ennemi mal-faisant à abattre toutes affaires cessantes. Ces trois-là seraient-ils l'axe du mal, l'équivalent santé de la triade Irak-Iran-Corée chère à G.W.Bush ?

Discours difficile que celui que nous tenons ici, propre à susciter des réactions primaires. Car si au nom de l'humanité on nous pardonnera de prendre la défense des obèses, on sera moins clément si nous nous en prenons à la lutte contre l'obésité. Coupons donc court aux amalgames : bien sur, l'obésité est un facteur de risque de maladies et il est bon d'en réduire l'incidence. Les mesures préconisées sont donc bienvenues. Mais elles semblent relever de la même monomanie guerrière qui a déjà baigné les initiatives dans le champ de la drogue et du tabac. Heureusement ici, il n'est pas question de judiciaire les gros, ni de légiférer... bien que l'idée de ne plus rembourser certains soins de santé aux obèses rebelles ne paraisse pas honteuse à tout le monde. Les assurances privées ne les



découragent-elles pas déjà à coup de surcharges exorbitantes, quand elles ne les excluent pas d'office de certains contrats ?

Les axes du Plan Nutrition et Santé constituent en fait une hygiène de vie que, dans l'état actuel des connaissances scientifiques, tous peuvent appliquer avec bénéfice. Le Plan se présente néanmoins comme une arme dirigée contre l'obésité. Soit.

Alors que l'obésité est multifactorielle, seule la dimension médicale est retenue. « Trop difficile d'agir sur les autres paramètres ». Soit. Le Plan donne ainsi l'impression d'une vaste mise en scène destinée à donner une solennité nouvelle à des principes rabâchés depuis des dizaines d'années sans succès. On peut espérer que des initiatives originales (comme les chèques-sport) donneront consistance au discours. Il n'en reste pas moins que le Plan balaie toute action sur les dimensions non médicales de l'obésité, notamment les dimensions socio-économiques. Qui alors, en dehors de l'Etat, a la capacité d'agir à ces niveaux ?

On remarquera aussi que les études sociologiques (dont nous vous parlons à différents endroits de ce cahier) montrent une prévalence croissante de l'obésité dans les couches les plus défavorisées de la population. Ces couches cumulent les difficultés sociales et économiques, ont moins accès à l'information, disposent de moins de pouvoir d'achat permettant de choisir un type d'alimentation ou de pratiquer une activité physique, sont les principales victimes des difficultés de l'enseignement censé leur apporter les moyens de diriger leur vie et leurs choix et sont déjà largement stigmatisées. La mise en application du Plan tiendra-t-elle compte de ces paramètres¹ ?

La prévention de l'obésité ne peut continuer à s'appuyer sur des fondations médicales réduites à des préceptes alimentaires. Elle doit être pensée et agie dans le cadre des politiques sociales, de la ville, du travail, du logement et de l'enseignement. Elle ne peut continuer à désigner un ennemi mais se poser en termes de « Comment favoriser le développement de pratiques appropriées à des individus donnés dans une société et à moment donné ? ». ●

(1) Incidemment, on remarquera que l'embonpoint était jusqu'il y a peu une distinction des classes supérieures, situation qui vient de s'inverser au cours du dernier demi-siècle : n'est-on pas, fantasmatiquement, en train de viser les pauvres en visant les obèses ? Depuis le départ de Louis Michel, il n'y a plus de gros au Gouvernement.

Un instinct de survie ?

Carine Maillard,
journaliste.

Article paru dans
Education Santé,
n° 191, juin 2004.

.....

S'il est un domaine où les mentalités évoluent, c'est bien celui de l'obésité. Récemment reconnue comme une maladie, sa dimension psychologique est peu à peu prise en compte.

.....

Le discours tenu encore aujourd'hui, jusque dans le corps médical, consiste à fustiger les obèses, à les culpabiliser de manger trop et à les accuser de ne pas être capables de corriger leurs mauvaises habitudes alimentaires.

Heureusement, une dimension essentielle de l'obésité commence à être reconnue : la dimension psychologique, très pesante, sans mauvais jeu de mots, sur les obèses. Elle est présente tant dans le processus de prise de poids que dans le vécu de l'obésité au quotidien et même après la perte de poids.

Comme l'explique Elda Guzmàn, psychologue à la clinique des Clairs Vallons, un centre médical pédiatrique brabançon qui prend en charge les enfants obèses, la nourriture revêt un caractère symbolique fort de plaisir : « Beaucoup de gens considèrent qu'un enfant qui mange beaucoup est un enfant heureux, comblé. Ces personnes ne veulent donc pas revoir cette valeur et manger moins. De plus, elles refusent tout changement qui pourrait diminuer ce plaisir, comme une alimentation plus équilibrée ».

Chacun sait que les enfants veulent d'abord satisfaire leur plaisir, notamment par la nourriture : les sucreries donnent plus de plaisir que les légumes, hélas... « Donc les parents doivent mettre des barrières, frustrer. Or, si les parents trouvent triste de dire non, l'enfant va vivre mal toute frustration. Il n'aura pas de limites et croira qu'il peut avoir tout ce dont il a envie, sans se poser de questions. Aussi, notre travail consiste à lui faire comprendre qu'il doit aussi

penser à l'avenir et aux conséquences. De même, nous prouvons aux parents que c'est positif pour l'enfant de ne pas recevoir tout ce qu'il veut ».

Autre élément qui revient, la démission de certains parents face aux caprices de leurs enfants : « Les parents craquent de plus en plus. Nous sommes dans une période de grands chamboulements : travail des deux parents, stress, tiraillements, fatigue... Souvent nous voyons des parents dépassés parce qu'ils ont mal commencé l'éducation de leur enfant, sont trop fatigués pour affronter ses cris et ses pleurs face à un refus, finissent par céder et laissent l'enfant devenir un enfant roi qui n'accepte pas que la vie soit aussi faite de frustrations. Ensuite, ces enfants ne veulent pas grandir et deviennent des adolescents qui restent dans ce schéma plus « enfant » de la satisfaction du plaisir immédiat, notamment par la nourriture ».

Gaver l'enfant pour combler le manque des parents

Le rôle des parents peut aussi être beaucoup plus insidieux. « Je vois parfois des parents qui donnent à leur enfant des sucreries, des gaufres à longueur de journée. Il faut dès lors se poser la question de savoir pourquoi ils sont contents de voir leur enfant manger en permanence. Donc s'interroger sur leur propre fragilité en tant qu'adultes. Beaucoup de parents d'enfants obèses ou en surpoids, et surtout des mamans, vivent avec une grande anxiété, voire dépression face à une réalité difficile ou des traumatismes très importants. Il s'agit de parents qui n'ont pas affronté leur fragilité, la cachent mais s'écroulent parfois devant leurs enfants ; ceux-là attendent inconsciemment beaucoup de l'enfant, qu'il porte avec eux leur tristesse. Dans des cas de grande obésité, je constate souvent que les parents traînent derrière eux un passé très lourd, avec des deuils qui n'ont pas été faits, des chagrins très importants auxquels ils ne font pas face, contre lesquels ils luttent, et l'enfant prend trop de place comme consolateur ».

C'est le cas aussi des parents qui ne voient de raison de vivre que dans leurs enfants. « Certains vont laisser passer, implicitement,

Mots clefs : alimentation, enfance, psychologie.



vers l'enfant des messages contradictoires, comme 'tu dois maigrir, mais tu ne peux pas me blesser en refusant de manger ce que je te prépare avec amour', ou 'tu dois grandir, mais surtout ne me quitte pas, je pourrais déprimer'. Les parents vont donc donner à leur enfant un rôle qui n'est pas le sien, il peut même devenir leur confident. C'est l'enfant pris en otage ou l'enfant bouclier ».

S'autonomiser, pour se détacher

Les enfants sont des êtres à part entière et progressivement, ils doivent acquérir leur autonomie par l'éducation. Or, de telles attitudes des parents compromettent ce processus et l'enfant joue un rôle trop lourd dans la famille et se demande souvent ce qui arriverait s'il n'était pas là...

Ce refus des parents de voir les enfants leur échapper peut prendre deux formes opposées : « soit c'est l'hyper-protection, avec un enfant qui ne peut rien expérimenter, se sent bon à rien ; soit c'est la négligence, l'enfant s'occupant seul, se nourrissant seul, regardant la télévision de longues heures, et qui va perdre confiance en lui, croyant qu'il ne mérite pas l'intérêt de ses parents. Dans les deux cas, ces enfants ne sont pas aidés à vivre des expériences, à être curieux et prendre confiance ».

Face à ce manque de confiance, l'enfant aura donc tendance à rester dans un schéma qu'il connaît, parce qu'il s'y sent sécurisé. Il va éviter les activités à l'extérieur et les parents ne vont pas l'y encourager, le laissant dans un monde d'enfant avec ses avantages. « L'enfant va régresser, ne va pas trop se tracasser, va éviter les conflits de relations puisqu'il n'a pas de relations sociales, ne va pas risquer d'être mauvais en musique ou en sport puisqu'il ne pratique pas. Bref, il ne va plus rien investir, et les parents non plus. Il va trouver un réconfort dans le fait de rester un éternel enfant avec moins de tensions liées au monde de l'adulte ou de l'adolescent, avec la sexualisation, les chagrins d'amour. Il postpose, évite, s'amuse avec des plaisirs très immédiats, en masquant au fond de lui-même une grande insécurité, une grande souffrance ».

L'enfant obèse trouve les plaisirs immédiats

dans la nourriture. Certains, nous confie Elda Guzmán, avouent que le fait de manger beaucoup, à un moment donné, les coupe de tout : ils ne pensent plus à la souffrance de leur mère, se sentent apaisés. Leurs kilos en trop sont comme un rempart qui les protège de tout.

Altruisme et auto-violence

Dans des familles où l'autonomie est refusée aux enfants ou dans lesquelles ils sont impliqués dans un rôle qui n'est pas le leur, des frères et sœurs peuvent réagir différemment. Certains vont rejeter cette famille, d'autres se prouver leur valeur par exemple en brillant en classe. Et puis il y a ceux qui vont se consoler par la nourriture. Alors peut-on prévoir l'attitude d'un enfant ? Probablement pas, mais les spécialistes ont constaté des traits de caractère récurrents chez les enfants obèses : « Je constate qu'ils pensent beaucoup à l'autre, sont très généreux. Même en famille, ils subissent, s'occupent des autres, les font rire. Ce qui est frappant aussi, c'est qu'ils ne cherchent pas à identifier leurs affects, leurs idées, leurs émotions, leurs opinions. C'est donc difficile pour eux de s'occuper d'eux-mêmes. De plus, ils ont souvent une estime très basse d'eux-mêmes.

Je me souviens d'un enfant qui me disait que lorsqu'il mangeait, il se remplissait comme un sac poubelle. Dans sa logique, pourquoi s'occuper de son corps ? Son corps ne vaut pas grand chose, donc il ne vaut pas grand chose... Ce sont aussi des enfants très peu agressifs vers l'extérieur. Pourtant, nous avons tous une agressivité, parfois, à exprimer... Toute la tension, la colère qu'ils ressentent et ne sortent pas, ils vont les calmer en mangeant. Donc, inconsciemment, ils la retournent contre eux. Et puis ils se dénigrent, pensent qu'ils ne valent rien. C'est le cercle vicieux : ils se remplissent encore plus parce qu'ils craquent ».

Choisir le moment pour maigrir

L'aspect psychologique va aussi jouer au moment de chercher une solution pour perdre ce poids qui peut faire si mal. Et l'enfant a besoin de beaucoup d'aide... « C'est difficile

de se faire du mal : un régime, même s'il ne prône pas les restrictions drastiques, est une grande frustration. Il faut être dans un état psychologique optimal pour être courageux. Pour peu qu'il soit fatigué physiquement ou émotionnellement, l'enfant éprouvera beaucoup de difficulté. Aussi, avant de se lancer dans un régime alimentaire, il doit d'abord trouver d'autres sources de plaisir, s'y investir pour augmenter sa confiance en lui, établir des relations avec les autres, se donner des chances de se sentir mieux dans sa peau, être plus en paix au niveau de ses émotions, s'apprécier un peu plus lui-même et se dire 'maintenant je suis plus fort et j'y vais doucement'. Les parents doivent l'y aider en le poussant à se socialiser, à pratiquer des activités pour lesquelles il a des aptitudes, à lui laisser un espace individuel où il arrive à avoir une relation positive avec les autres. Quand il aura plus confiance en lui, il sera capable d'entamer un régime pour perdre du poids ».

Parallèlement, les parents doivent accepter de changer le mode de fonctionnement de la famille. Malheureusement, bon nombre d'entre eux considèrent encore que l'obésité de leur enfant est son problème personnel et qu'il doit s'en sortir seul. « Je suis régulièrement confrontée à un rejet des parents qui n'ont pas envie de remettre en question leur façon de manger à la maison ou leur manière de considérer l'enfant. Or, s'ils ne veulent pas revoir leur attitude, l'enfant qui a perdu du poids ici risque d'en reprendre dès son retour à la maison ».

Perdre une carapace protectrice

Si l'enfant parvient à maigrir, curieusement, il n'en sera pas nécessairement plus heureux... Car les kilos en trop peuvent constituer un rempart contre les sentiments de frustration, de tristesse, d'angoisse. Et perdre ce rempart, c'est être plus fragile. « Les enfants qui commencent à perdre du poids me parlent de l'instabilité que cela provoque, parce qu'ils perdent leurs défenses », confirme Elda Guzmàn. « Ensuite, quand le corps perd de nombreux kilos, il n'est pas nécessairement plus beau. Ces enfants doivent donc gérer la frustration de ne pas atteindre le corps idéal qu'ils imaginaient. Enfin, ils peuvent devenir différents en famille,

manger moins, ce qui provoquera des changements dans la relation parents-enfant, voire provoquer des conflits.

Certains parents avouent en effet avoir du mal à accepter que leur enfant refuse d'être resservi. L'enfant qui perd du poids va aussi commencer à attirer les regards. Du coup, il va prendre plus d'autonomie, va commencer à sortir plus, et les parents vont peut-être ne pas aimer. Ils vont voir que leur enfant, en étant plus autonome, non seulement leur échappe, mais qu'il apporte un peu plus de problèmes, avec les flirts, les sorties, etc. Voyant toutes les tensions que ces changements peuvent induire, l'enfant peut être bloqué dans son évolution . »

Curieusement, les enfants obèses ont une relation très paradoxale avec la nourriture : ils l'aiment parce qu'elle leur fait du bien, leur donne un sentiment de protection, et en même temps ils la détestent car elle induit un sentiment de culpabilité très fort. Faut-il dès lors réconcilier les jeunes avec la nourriture ?

« Il est vrai que je vois des enfants qui ne goûtent pas ce qu'ils mangent : ils mâchent à peine et avalent sans apprécier le goût. Je crois effectivement qu'il faut les réconcilier avec la nourriture et le plaisir qu'elle peut leur procurer. Mais d'abord, il faut les déculpabiliser, les aider à comprendre pourquoi ils mangent autant. Les enfants sont accusés d'être incapables de se contrôler, ils subissent une pression énorme de l'entourage, ils se méprennent. Il s'agit donc de leur donner une lecture plus simple sur ce qui les pousse à manger autant, de leur faire comprendre qu'ils ne sont pas responsables de quelque chose qui s'est construit autour d'eux ».

Pour conclure, Elda Guzmàn explique : « L'obésité n'est pas une réalité dépourvue de sens, elle représente une tentative d'adaptation du jeune à une situation relationnelle complexe. Elle va donc l'aider à maintenir l'équilibre familial (en rassurant la mère sur le fait qu'elle est une bonne mère, en rassemblant le couple, en détournant l'attention des sources de tension...) et individuel par l'acte de manger ». L'obésité peut dès lors être considérée comme un moyen de survie de l'enfant, face à une situation qu'il ne peut changer seul. Qui dira encore que les gros sont gros parce qu'ils le veulent ? ●



La construction de l'obésité

.....

Réalité physique, l'obésité est aussi une construction sociale qui pose question. Pourquoi l'obésité se distribue-t-elle de façon différenciée dans l'échelle sociale ? Quelles transformations des pratiques de consommation pourraient expliquer le développement de l'obésité ? Comment changer les habitudes alimentaires (dans un projet préventif et thérapeutique) ?

.....

produits exotiques (épices, oranges...). Dans ce contexte, la grosseur n'est pas une valeur positive pour l'aristocratie.

La phase 2, dite phase de transition, voit régresser les maladies infectieuses et de carence et apparaître les maladies dégénératives. Au plan alimentaire, l'amélioration des espèces, le progrès des techniques, l'acclimatation des produits venus du Nouveau Monde et l'organisation par l'Etat permettent la constitution de stocks et la programmation de la redistribution ce qui gomme les effets des fluctuations climatiques et des différences des sols. La distinction sociale s'opère sur l'esthétisation des goûts, axe sur lequel se développera la gastronomie. La figure du gros commence à devenir un signe de distinction sociale et caractérise l'aristocrate et le bourgeois.

Durant la phase 3, dite phase d'installation des maladies dégénératives, la population s'accroît fortement ; les maladies infectieuses et de carence sont maîtrisées, l'abondance alimentaire est assurée ; la minceur devient un signe de distinction sociale.

Certains auteurs ajoutent une phase 4 dite d'apprivoisement des maladies dégénératives, caractérisée par l'allongement de l'espérance de vie et, au plan alimentaire, par une médicalisation de l'alimentation quotidienne : par exemple consommation préventive de calcium et vitamine D pour prévenir l'ostéoporose. A la figure de la minceur est désormais associée l'idée de bonne santé.

Et même une cinquième phase dite des sociopathies, où apparaissent morts civiles violentes et suicides, SIDA (considéré comme sociopathie dans le sens où sa transmission relève de la rencontre sexuelle, mécanisme où la part du social est centrale). Au plan alimentaire, cette phase est celle des troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie) et des craintes et peurs alimentaires. L'obésité serait rangée parmi les sociopathies comme signe de l'affaiblissement des normes sociales (gastro-anomie).

Ainsi l'évolution de l'image de l'obèse est d'abord déterminée par des paramètres socio-économiques évoluant dans le temps.

Axel Hoffman,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Bethune.

L'image du « gros » à travers l'histoire

L'image du gros n'a pas toujours été négative. Le modèle de la transition démographique et épidémiologique permet une lecture historique de la problématique de l'alimentation et de l'image de l'obèse. Il décrit un déroulement historique en plusieurs phases.

La première est le temps des épidémies et des famines, où maladies infectieuses, parasitaires et de carence sont les principales causes de mortalité. La disponibilité alimentaire est marquée par une forte dépendance à l'égard des biotopes (climat et caractéristiques des sols). La différenciation sociale s'opère sur la mise en scène de l'abondance et la surconsommation des

Mots clefs : alimentation, santé publique.

(1) En ce qui concerne les enfants, le lien entre obésité et classe sociale était moins net, mais des travaux de la fin des années 90 confirment l'apparition assez récente d'une surreprésentation des adolescentes obèses en bas de l'échelle sociale. D'autre part, la description ici faite concerne les pays occidentaux. Dans les pays en développement, que ce soit pour les adultes ou les enfants, les gros se retrouvent jusqu'à ce jour dans les classes élevées (meilleure disponibilité alimentaire, moindres dépenses énergétiques, symbolisme du corps gros comme image de la réussite).

(2) Les obèses ne s'offrent pas en victimes consentantes et s'organisent en associations de défense pour refuser la tyrannie du morphologiquement correct (1969 : création de la National association to advance fat acceptance aux Etats-Unis ; en France, Allegrofortissimo en 1980).

Obésité et statut socio-économique

Jusqu'à la fin des années 50, les hommes gros se rencontraient surtout dans les classes sociales élevées. Depuis les années 60, l'obésité masculine s'est développée dans les catégories basses de la société¹. On explique ce phénomène par la diminution des dépenses énergétiques, liée au développement des moyens de chauffage et de transport, à la mécanisation des tâches, à l'accroissement des emplois sédentaires. Parallèlement, les consommations alimentaires auraient diminué, mais pas autant que les besoins énergétiques.

D'autres interprétations sont invoquées. Il y aurait dans les classes défavorisées un goût du « fort » et du « puissant », ou encore une « faim » de revanche sociale. La capacité d'appropriation des informations nutritionnelles y serait déficitaire, les classes élevées et les femmes étant plus sensibles à ces informations et au modèle esthétique de minceur. Les couches sociales favorisées auraient aussi une pratique plus importante de sport et d'exercices d'entretien.

Sur la longue durée, de nombreux modèles tentent de rendre compte de l'accroissement du problème de l'obésité. Citons le modèle évolutionniste qui invoque une sélection génétique des individus capables de stocker de la graisse, qualité utile en période de rareté alimentaire.

Dans nos sociétés, les obèses sont victimes de stigmatisations, ils sont considérés comme hors norme, déviants, et subissent une altération de l'image de soi. Les attitudes stigmatisantes se retrouvent jusqu'au cœur de l'appareil médical, perméable aux valeurs dominantes qui influencent la manière dont ils conçoivent leur rôle professionnel².

De véritables processus d'exclusion des obèses sont décrits. Les enfants et les portiers du système social (évaluateurs scolaires et universitaires, chefs de service, etc.) exercent plus souvent des appréciations négatives vis-à-vis des gros.

L'obésité ralentit la mobilité sociale ascendante et augmente la fréquence de la mobilité intergénérationnelle descendante. Le mariage apparaît comme une gare de triage qui oriente

les femmes minces vers le haut et les grosses vers le bas.

La modernité alimentaire, un facteur de risque ?

La modernité alimentaire se caractérise par une transformation des contrôles sociaux pesant sur l'alimentation et une baisse de régulation mais aussi par l'anxiété générée par l'espace de liberté ainsi dégagé.

La forme des repas se simplifie : les éléments périphériques au plat tels qu'entrée et dessert tendent à disparaître, ce qui se traduit par un apport diminué en légumes et fruits, tandis que se multiplient les prises alimentaires entre les repas, souvent à base de sucres et féculents. Outre cet aspect « diététique », la forme des prises alimentaires (structure des repas, nombre de prises) est une mise en scène concrète des valeurs sociales, qui varie considérablement d'une culture à l'autre et dans le temps à l'intérieur d'une même culture. Cette forme a une fonction dés-angoissante que les nouveaux modes alimentaires ne remplissent plus, ce que traduit la demande du corps social aux nutritionnistes : « dites-nous que la science recommande de manger comme avant ». Par la porte ouverte par cette anxiété se précipitent les pressions contradictoires et multiples qui s'exercent sur le mangeur moderne (publicité, prescriptions diverses), qui surdéterminent à leur tour des comportements alimentaires aberrants.

Par ces deux mécanismes, soit la transformation des modalités d'alimentation et la multiplication des injonctions notamment publicitaires poussant à la consommation, la modernité alimentaire peut être considérée comme favorisant l'obésité et les troubles du comportement alimentaire.

L'obésité est-elle une construction sociale ?

« Notre société crée des obèses mais ne les supporte pas » (Jean Trémolières).

« Alors, tu as mangé ton frère ? » (Interpellation



MANGER



CONJUGUÉ

facteurs interviennent simultanément dont il est difficile de quantifier la responsabilité dans les problèmes de santé : sédentarité, alcoolisme, mais aussi précarité. Les « gros » sont aujourd'hui en bas de l'échelle sociale, une position qui est corrélée avec une plus grande morbidité et une mortalité plus précoce que pour les personnes situées plus haut dans l'échelle sociale : les gros meurent-ils parce qu'ils sont pauvres, les pauvres meurent-ils parce qu'ils sont gros... ? Ainsi on peut interpréter la médicalisation et la « pathologisation » du surpoids comme une nouvelle forme du contrôle social, un « avatar d'un processus de différenciation sociale au service des élites sur une logique plus ou moins proche de la distinction » (Bourdieu).

entendue au Maroc, insinuant qu'un homme est gros parce qu'il a mangé son frère jumeau dans le ventre de sa mère).

L'obésité a d'abord été posée comme un problème moral : on stigmatisait le glouton asocial et grossier incapable de contrôler ses appétits. Puis elle s'est médicalisée : les raisons de son « anormalité » ont changé, phénomène qui a aggravé sa stigmatisation.

La grosseur n'a pourtant pas toujours été péjorative, comme le montre le modèle de la transition épidémiologique. Dans beaucoup de cultures, elle est signe d'opulence (un homme de poids est un homme qui a du poids), de bonne santé et aussi de beauté (les femmes « bien en chair »). Dans notre culture, c'est à partir des années '30 que le modèle de minceur se développe pour s'imposer à partir des années '50. On bascule « de l'embonpoint au mal en point », du bon beurre à la mauvaise graisse. Cette évolution est concomitante de la prise de conscience tiers-mondiste et de la critique du capitalisme : le surpoids est inesthétique mais aussi amoral : le gros mange plus que sa part. Le seuil socialement défini de l'obésité s'est abaissé.

La médicalisation a attisé ce mouvement de stigmatisation. Or il faut se rendre compte que l'évaluation médicale repose sur des statistiques (indice de masse corporelle) dont les spécialistes eux-mêmes reconnaissent qu'elles ne sont valides que pour les personnes de « type caucasien ». D'autre part, le lien entre surpoids et (mauvaise) santé est complexe, de nombreux

Aucun discours mono-disciplinaire ne peut rendre compte d'un phénomène aussi complexe que l'obésité. Si, dans ce cahier, vous aurez lu une incitation à démedicaliser cette problématique, il n'en reste pas moins que les aspects médicaux conservent leur pertinence aux côtés des autres angles de vue.

Diverses études épidémiologiques permettent d'estimer qu'environ 25 à 40 % de la variance de l'indice de masse corporelle ou mass body index (MBI, le calcul qui permet de définir l'obésité et son degré) sont dus à des facteurs génétiques. La stabilité du poids de l'adulte est sous la dépendance du système endocrinien dans lequel des hormones telles que la leptine, l'adiponectine, la résistine (sécrétées par le tissu adipeux), les mélanocortines et d'autres facteurs encore jouent un rôle important. Ce système commence seulement à être exploré, mais déjà des mutations de gènes codant pour la leptine ont été décrites dans de rares cas d'obésité sévère réfractaire. Il serait présomptueux d'attendre de la génétique l'explication de tous les cas d'obésité, mais ces recherches ouvrent la voie à une meilleure compréhension du phénomène.

On constate aussi que la médicalisation du surpoids passe souvent après d'autres considérations : la majorité des femmes pratiquant un régime alimentaire le font pour des raisons esthétiques et sociales, et pas en premier lieu pour des raisons médicales : l'épidémie des régimes est avant tout un phénomène de société. Ces quelques observations illustrent combien isoler l'obésité de son contexte socio-culturel pour la réduire à un problème médical revient

à se priver d'aspects essentiels de la problématique qu'elle soulève. Une remarque trop souvent négligée dans la très en vogue « lutte contre l'obésité ».

Les dangers d'un discours de santé publique sur la perte de poids

L'obésité et ses complications représentent un marché considérable et les industriels ont tout intérêt au développement de sa médicalisation qui légitime la stigmatisation des obèses et les enferme dans un nouveau ghetto hygiéno-diététique. C'est pourquoi il importe que la prévention de l'obésité soit démedicalisée et relève de la promotion de la santé, de la politique de la ville, de la formation des jeunes consommateurs. Pour ce faire, il faut dépasser le « comment changer les habitudes alimentaires » des campagnes nutritionnelles habituelles qui transmettent un message culpabilisant (vous avez de mauvaises habitudes, changez-les). Ces campagnes courent à l'échec car elles reposent sur des présupposés non vérifiés : les individus seraient stables dans leurs habitudes alimentaires, l'environnement social serait stable, et les connaissances nutritionnelles définitives. Elles postulent un mangeur libre de ses choix et rationnel dans ses décisions, alors que les études montrent que l'acte alimentaire n'est pas un acte individuel (il y a une individualisation des choix, mais ils sont socialement déterminés) et que les connaissances en la matière ne modifient pas nécessairement les habitudes.

Il faut donc changer le « comment changer les habitudes alimentaires », question mal posée en « quelle est la nature du comportement alimentaire » et déboucher sur une nouvelle question : « comment favoriser le développement de pratiques appropriées à des individus donnés dans une société et à un moment donné ? ». Et arrêter de stigmatiser. ●

Références

- Bourdieu P., *Anatomie du goût*, Actes de la recherche en sciences sociales, 1976.
- Courtine, *La gastronomie*, Que sais-je, PUF 1970.
- Poulain Jean-Pierre, *Sociologies de l'alimentation*, Quadrige, PUF, 2005.

Alimentation et société

MANGER



CONJUGUÉ

.....

Autant la culture détermine les modes alimentaires, autant celles-ci déterminent-elles le statut des individus et leur parcours social.

.....

L'ordre du mangeable

La sociologie de l'alimentation, qui s'est beaucoup développée au cours des dernières années, nous a apporté quelques principes de base nous permettant de mieux comprendre la complexité du fait alimentaire. L'alimentation n'a pas seulement une fonction nutritive mais également des fonctions économiques, sociales, culturelles, religieuses...

Tout ordre social, c'est-à-dire toute organisation humaine qui vise à permettre la vie en collectivité, contribue à définir ce que l'on peut appeler un « ordre du mangeable ». Celui-ci reflète l'ordre existant dans la société en question. Certains aliments sont recommandés, d'autres exclus, ceci, parfois de manière absolue mais le plus souvent en fonction du temps, de lieux et de circonstances. Ces derniers constituent autant de repères permettant aux individus d'appréhender l'ordre social existant et de s'y conformer.

La manière de préparer les aliments et la manière de les consommer font aussi l'objet de codifications rappelant, sur un plan symbolique, la place des uns et des autres au sein de l'organisation existante, ainsi que les liens entre cette organisation et l'ordre du naturel ou du divin. L'acte alimentaire prend ainsi, selon la célèbre expression de Marcel Mauss (1950), la dimension d'un « fait social total ».

Ce phénomène est de nature universelle, comme le rappelle Claude Fischler (1990) : « Il n'existe à ce jour aucune culture connue qui soit complètement dépourvue d'un appareil de catégories et de règles alimentaires, qui ne connaisse aucune prescription ou interdiction concernant ce qu'il faut manger et comment il

faut manger ».

Toute culture définit les aliments qu'il faut manger, ceux qu'il ne faut pas manger, quand, comment et avec qui on doit les manger ou ne pas les manger. Cet ensemble de règles, de rites, de codes forme un « système culinaire » contribuant à définir l'identité du groupe qui s'y réfère.

L'alimentation contribue ainsi à exprimer l'identité de la société et la structuration de celle-ci. Dans les sociétés divisées en castes sociales ayant des obligations de distance les unes par rapport aux autres, l'alimentation représente une manière particulièrement visible d'exprimer les différences. Les interdits relationnels entre les castes et les modes de distinction qu'elles entretiennent les unes vis-à-vis des autres passent par l'acte alimentaire et la manière d'en parler.

C'est particulièrement vrai dans des sociétés de l'Asie du sud et du sud-est dans lesquelles les règles de consommation alimentaire s'expriment jusque dans le domaine linguistique. L'Inde, par exemple, est une société de castes par excellence, où les notions de pur et d'impur sont centrales pour la compréhension des rapports sociaux. Dans cette société, non seulement les membres des castes supérieures ne mangent pas avec les membres des castes inférieures, mais l'acte de manger sera exprimé par des mots différents selon qu'il concernera des gens du commun ou des gens socialement importants. On n'utilisera pas le même mot pour signifier « manger » selon que celui qui mange appartient à une caste supérieure ou à une caste inférieure. Pour illustrer ces différences de manière un peu simple, on dira par exemple : le roi « déguste » et le balayeur « bouffe ».

Un reflet des changements de statuts des individus

L'alimentation ne se contente pas d'exprimer des différences sociales de type statique, elle permet aussi de traduire les changements de statut des individus qui composent la société. Ainsi, tous les rituels d'initiation qui caractérisent les sociétés traditionnelles, pour traduire le passage d'une phase de la vie à une autre phase de la vie, comportent des épreuves de type alimentaire. Dans certains cas, les enfants

Jacques Barou,
ethno-sociologue
au Centre
national de la
recherche
scientifique,
conseil
formation.

Article de
novembre 2001,
paru sur le site de
EdusCOL
(www.eduscol.education.fr).

Mots clefs : alimentation,
culture.

pubères, qui subissent un rituel initiatique pour symboliser leur entrée dans le monde des adultes, doivent ingurgiter des nourritures qui présentent un aspect répulsif, que ce soit pour des raisons matérielles ou symboliques. Ces nourritures peuvent se composer d'éléments comportant un caractère de corruption avancé : charogne, excréments, chair humaine provenant de cadavres, ou d'éléments présentant un caractère de répulsion symbolique, comme par exemple de la chair d'un animal totémique considéré comme l'ancêtre éponyme du groupe et dont la consommation est habituellement strictement interdite.

On retrouve ici l'idée que l'alimentation doit être source de souffrance pour passer d'un état à un autre. Quand on est malade, il faut se soigner avec des médicaments dont le goût est mauvais. Le retour à la santé, l'épanouissement et la croissance ne peuvent se réaliser qu'à partir d'une souffrance alimentaire.

Ceci rappellera peut-être à certains d'entre vous le rituel de l'absorption matinale d'huile de foie de morue qu'ils ont subi dans leur enfance. Selon les préceptes qui l'entouraient, on ne pouvait pas grandir si on ne souffrait pas en absorbant un breuvage propre à vous faire faire

d'horribles grimaces de souffrance !

Les changements de statut social s'expriment aussi à travers l'alimentation. La promotion sociale que peuvent vivre les individus au cours de leur vie professionnelle doit se traduire par un changement dans le mode d'alimentation. En s'enrichissant, on mange des choses différentes, plus coûteuses, plus raffinées, et on les mange dans un contexte différent, plus élégant, plus soigné.

C'est un peu le sens de la phrase que, dans la pièce de Marcel Pagnol, Marius lance à son ancienne fiancée, Fanny, vendeuse de coquillages, enrichie par son mariage avec un bourgeois marseillais : « Avant, tu ouvrais les coquillages, à présent, tu les manges ! ».

L'alimentation comme un mode de distinction

Le changement d'alimentation par la promotion sociale ne caractérise pas seulement les individus mais aussi des groupes sociaux entiers. A partir du XVII^{ème} siècle, l'ascension de la bourgeoisie comme couche sociale dominante va se traduire par le développement d'un mode d'alimentation comportant en particulier un code de manières de table très compliqué. L'usage d'ustensiles de plus en plus nombreux et difficiles à manipuler s'accompagne de l'établissement d'un ordre de placement des convives autour de la table, en fonction de leurs liens familiaux et de la position sociale que peuvent occuper les uns et les autres.

Les manuels de « bonnes manières » fleurissent à partir du XIX^{ème} siècle, lorsque la bourgeoisie française prend conscience de sa position dominante dans la société et tend à donner ses valeurs en exemple aux autres groupes sociaux. L'art de manger selon les normes établies par le groupe social dominant devient le moyen d'éducation des enfants. Il leur fait partager les valeurs qui orientent désormais les comportements de l'ensemble du corps social.

Vous avez certainement gardé quelques mauvais souvenirs de ces interminables repas de famille où chaque parent avait à cœur de montrer l'excellente maîtrise de sa progéniture en ce qui concerne les manières de table, fut-ce en lui administrant sous la table force coups de pieds dans les tibias, pour l'inciter à corriger





son attitude ! Il fallait réfréner ses instincts premiers par rapport à la nourriture, en respectant des codes de distanciation par rapport aux aliments.

Cet art de manger vise surtout à exprimer l'aisance matérielle acquise. On ne doit pas manger de manière à trahir une sensation de faim trop vive. On prend une certaine distance avec l'aliment consommé. On ne le touche pas avec les doigts. Même les fruits doivent être savamment découpés selon les règles sophistiquées.

Ces exercices compliqués visent surtout à empêcher l'expression d'une sensation d'avidité. La faim étant l'expression de la pauvreté, il est de bon ton, dans les familles aisées, de la dissimuler derrière la distance prise avec la nourriture. Le « manger bien » va s'opposer au « manger beaucoup » et peu à peu aboutir à une modification des critères esthétiques associés à la prise alimentaire.

Pendant longtemps, en Europe, la surcharge pondérale a été associée à un niveau de richesse élevé. Les riches étaient gros, les pauvres étaient maigres.

Cette équation est encore valable aujourd'hui dans un certain nombre de pays en voie de développement où une forte corpulence est associée à l'aisance matérielle et à l'importance sociale. Dans certaines cultures traditionnelles d'Afrique noire, avoir du ventre est un signe de richesse et surtout de pouvoir.

Au cours d'une recherche que j'avais menée dans les années 1970, au Niger, j'avais eu l'occasion de rencontrer un sultan, régnant sur un ensemble de villages. Il était affligé d'une maigreur irrémédiable qui l'obligeait à compenser cette infériorité physique par l'utilisation d'un volumineux polochon qu'il glissait sous son boubou, afin de se donner l'importance que réclamait son rang ! Aujourd'hui, les critères de signification de l'aisance et du pouvoir se sont complètement inversés.

La minceur est désormais signe d'aisance sociale et l'obésité évoque la pauvreté et la précarité.

Je vais, à présent, préciser ma pensée, en ce qui concerne l'obésité, reflet de la précarité.

Les conduites alimentaires responsables de l'obésité sont associées à une situation sociale défavorable. Il ne s'agit pas seulement de représentations sociales mais d'une réalité économique, sociale et psychologique, derrière

les apparences physiques que peuvent offrir les uns ou les autres.

L'obésité tend à refléter de plus en plus la déstructuration des rythmes de la vie familiale et l'accumulation de problèmes de toutes sortes, qui ne sont pas seulement d'ordre matériel.

La nouvelle culture alimentaire

La France a majoritairement conservé une culture de la « commensalité ». La prise des repas se fait à heure relativement régulière, en compagnie de l'entourage familial ou d'un certain nombre de ses « pairs ». Ce mode de prise alimentaire inspire toujours l'organisation des repas dans les restaurants scolaires. Il oblige même les spécialistes de la restauration rapide à tenir compte de ce goût prononcé des Français pour la consommation des repas dans un temps relativement long et une ambiance sereine.

Ainsi, la chaîne de restaurants Mac Donald a calculé que le temps moyen passé par les consommateurs dans ses établissements était de vingt minutes en France, contre neuf minutes dans les autres pays européens et a aménagé en conséquence son organisation pour satisfaire à cette « exception culturelle ».

Si cette culture de la commensalité demeure dominante, on note que dans certains milieux sociaux, elle tend à être remplacée par ce que Jean-Pierre Poulain (1997) appelle le « vagabondage alimentaire ».

Cette nouvelle culture se caractérise par la régression des repas structurés pris en commun et par l'augmentation des prises alimentaires individuelles en dehors du temps des repas. L'individu est de moins en moins inséré dans un système normatif qui définit sa consommation alimentaire et son mode de consommation. Il est seul pour réguler sa pratique alimentaire. Il ne sait pas ce qu'il doit manger, ni quand, ni comment. De ce fait, il est beaucoup plus vulnérable aux suggestions de la publicité. Celles-ci sont beaucoup plus présentes et attractives que les traités de diététique. Mais qu'en est-il exactement de ce vagabondage alimentaire ?

Un certain nombre de phénomènes va contribuer à amplifier le développement de la culture du vagabondage alimentaire. Certains sont d'ordre économique et commercial. Les progrès

de l'agronomie ont permis une surabondance des biens alimentaires disponibles sur le marché. L'industrie agroalimentaire a multiplié la production d'aliments prêts à consommer. Les réseaux de distribution permettent de se les procurer très vite et de les consommer presque sur-le-champ, en fonction de l'impulsion du moment qui, dans le contexte où nous sommes aujourd'hui, résulte plus du conditionnement publicitaire que de la pure subjectivité individuelle.

La disparition fréquente de la nécessité d'une préparation des aliments à consommer a contribué aussi à appauvrir considérablement la dimension affective et symbolique de la relation du mangeur à ce qu'il mange. La curiosité intellectuelle que peut susciter la préparation n'a plus de raison d'être quand l'aliment est sans mystère, tout prêt à être ingurgité. L'environnement affectif de l'aliment est alors totalement créé par la publicité qui, il est vrai, tend à s'inspirer souvent de références à la famille, à la nature, aux sentiments.

Mais, de plus en plus, l'environnement affectif du produit se réfère à des héros de feuilleton télévisé ou à des sportifs connus plutôt qu'à l'univers intime du consommateur visé. Celui-ci consomme souvent tout seul et en dehors de tout contexte convivial un aliment prêt à manger qui lui est surtout familier à travers la publicité. La part de sociabilité et de symbolique que comporte l'acte de consommation alimentaire se réduit fortement.

On peut dire qu'il y a une crise du sens au niveau de l'acte alimentaire, comme il y en a une à bien d'autres niveaux, dans une société en mutation trop rapide pour identifier des repères stables.

D'autres phénomènes, d'ordre plus sociologique, favorisent également le développement des pratiques de vagabondage alimentaire. La dysharmonie des rythmes de vie entre membres d'une même famille, le mode de vie urbain en général et l'augmentation des ruptures conjugales font que l'individu est de moins en moins inséré et donc de plus en plus seul pour définir sa consommation alimentaire.

Les personnes qui mangent seules et le plus souvent ce qu'elles trouvent à leur portée, avec un effort minimum de préparation sont souvent celles qui souffrent de malnutrition. L'augmenta-

tion de l'obésité, moindre en France que dans d'autres pays, touche surtout les personnes en situation de précarité, que ce soit sur le plan psychoaffectif ou sur le plan économique. Les enfants des familles qui vivent de telles situations, rencontrent des difficultés au niveau du restaurant scolaire, moins pour des raisons financières, que pour des raisons d'inadaptation au mode de restauration proposé.

L'alimentation à l'école

Pour les responsables de la santé publique et les responsables de l'éducation nationale, le développement de ce phénomène de grappillage anarchique chez les enfants, joint à la confusion qui se répand au niveau de l'ensemble du public, quant au système culinaire souhaitable, représente un obstacle important pour mettre en œuvre une politique alimentaire correspondant aux critères définis par les nutritionnistes. Il implique un renouvellement de l'effort pédagogique.

Des expériences positives sont en cours, en particulier en région Bourgogne. Certains lycées, qui avaient vu la fréquentation de leurs restaurants diminuer au cours des dernières années, l'ont vu remonter significativement après avoir repensé l'organisation des repas. Une plus grande liberté a été introduite pour les élèves, tant sur le plan de l'inscription qui peut désormais se faire avec plus de souplesse, parfois au jour le jour, que sur le plan de l'élargissement du choix des plats et des possibilités de cooptation à la même table.

Il ne s'agit pas d'abandonner la tradition de commensalité, mais plutôt de l'adapter en poursuivant dans la logique qui fait le succès de toute activité de restauration : celle de l'amélioration de la qualité des plats servis, tout autant que celle de l'amélioration du cadre et du contexte dans lesquels ils sont consommés.

De cette manière là, on oubliera définitivement la « cantine » avec tous ses archaïsmes et on entrera véritablement dans l'ère de la restauration adaptée à l'enfance, avec la prise en compte simultanée des impératifs nutritifs et des attentes modernes en matière de goûts et d'ambiance. ●



Des aliments et des hommes

Entre science et idéologie, définir ses propres repères

.....

Les 8 et 9 décembre 2004, un colloque de l'Institut français de nutrition a réuni des chercheurs issus de nombreuses disciplines autour de la problématique du rapport de l'homme à son alimentation et surtout du questionnement et du foisonnement de propositions sur le sujet. L'Institut français de nutrition a fait le choix d'une approche pluridisciplinaire (anthropologie, biologie, histoire, nutrition, préhistoire, psychologie, sociologie ...). Cette multiplicité d'approches permet de comprendre l'articulation entre nutrition et société, et de revenir sur plusieurs lieux communs comme « le mangeur rationnel », « le caractère contemporain de ces préoccupations alimentaires », « la nouveauté de la notion de sécurité alimentaire »..., ici déconstruits et analysés. Le propos de ces rencontres était de comprendre les divers mécanismes à l'œuvre dans le rapport réflexif qu'entretient l'homme avec le contenu de son assiette mais également de faire la part entre science et idéologie comme le souligne l'intitulé du colloque.

.....

Car, comme le dit Pascal Picq dans son introduction, « dès qu'il s'agit de nutrition, de sexualité ou de nutrition, les clichés reviennent comme les relents indigestes d'une mauvaise popote épistémologique affligeante. Quand la « nouvelle diététique » rencontre la « vieille préhistoire », on retombe invariablement sur la recette de l'empirisme archaïque. Alors de vanter le régime crétois pour tous et, plus récemment, qu'il serait vraiment tendance de manger comme nos chers Cromagnon »...

Dis moi ce que tu manges, je te dirai qui tu es et ce que tu deviendras...

Le régime alimentaire participe de la définition même de l'homme tant sur le plan biologique - son devenir, sa perspective d'évolution - que sur le plan identitaire. Etre ce que l'on mange vaut tant dans le cadre de l'histoire longue de l'homme que dans sa position dans le jeu social dans sa façon d'être et d'être pensé.

Ainsi, Pascal Picq présente l'évolution humaine en regard des régimes alimentaires de différentes espèces de singes et, au travers de l'éthologie de ces populations animales, parvient à montrer l'articulation des changements dans l'évolution de l'homme avec des changements de régimes alimentaires. Sur le long terme (en terme de temps préhistorique), il s'avère qu'il n'y a pas de « sagesse » dans le régime alimentaire : les populations qui ont fait les bons choix ont vécu, les autres ont disparu. Peut-on parler de sélection ou d'évolution ?

Un autre intervenant, Pierre Taberlet, donne un exemple de co-évolution de l'homme et des animaux d'élevage qui contribue à donner des pistes de réponses. En Europe du Nord, on observe sur deux cartes un recoupement pratiquement à l'identique : celle de la distribution géographique de la diversité des protéines de lait chez la vache (six protéines) et celle où une majorité de la population dispose parallèlement du gène de la lactase qui permet de digérer le lactose du lait. Expliquer cette co-évolution n'est pas simple car elle nécessite une approche pluridisciplinaire (archéozoologie, génétique, archéologie, linguistique).

A ce propos, Marcel Mazoyer commente les analyses de P. Taberlet et donne un éclairage précieux sur la relation d'interdépendance homme/animal que l'on peut déduire de la superposition de ces deux données. « *Ce qui paraît avéré dans cette affaire, c'est qu'une population d'éleveurs disposant de lactase s'est trouvée, à un moment et en un lieu donnés, disposer d'une population bovine produisant un lait plus nourrissant (à condition de le digérer). Ainsi réunies ces deux populations associées se sont multipliées simultanément sur*

Véronique Pardo,

anthropologue, unité mixte de recherche, Centre national de la recherche scientifique « Techniques et culture ».

Compte-rendu du colloque « Des aliments et des hommes » des 8 et 9 décembre 2004, Institut français pour la nutrition.

Mots clés : alimentation, culture, société.

place plus vite que d'autres ; puis, partant de ce foyer, elles se sont répandues dans les régions circonvoisines, en se diluant parmi d'autres populations d'éleveurs et de vaches ne disposant pas de ces deux particularités génétiques. [...] Ce que l'on voit, ce ne sont donc pas les signes peu visibles d'une co-sélection de ces deux particularités génétiques indépendantes, mais les signes beaucoup plus visibles du co-développement de deux populations disposant de ces particularités, qui se trouvent avantagées l'une et l'autre, dès lors qu'elles sont associées. ».

L'apprentissage et la transmission de cette expérience alimentaire a permis à l'homme d'écarter certains aliments, d'en adopter d'autres. L'interaction ici mise en évidence peut être étudiée avec d'autres types d'aliments dans le sens où, dans le temps, ce sont des adaptations et évolutions successives qui ont permis à l'homme d'adopter un régime alimentaire particulier, qui lui convient en tant qu'espèce et en tant qu'individu. Le régime alimentaire n'est pas figé et l'homme s'adapte selon son origine, les ressources de son environnement, ses besoins... C'est ce que Xavier Leverve nomme plasticité métabolique. Ces phases d'adaptation s'accompagnent de tâtonnements, de découvertes : « *Un dur apprentissage qui se fonde sur des choix alimentaires, sachant que nombre d'essais se sont soldés par l'intoxication et la mort. C'est ce que Claude Fischler appelle "le paradoxe de l'omnivore" . [...] Les hommes, comme les autres espèces omnivores généralistes, ne sont pas passés par des études drastiques de l'évolution ayant sélectionné les capacités de discriminer les nourritures végétales selon leur toxicité, notamment au niveau du goût. D'où l'importance des traditions et des cultures, que ce soit chez les chimpanzés, les hommes et tous leurs ancêtres. » (P.Picq).*

Avec une approche disciplinaire distincte, celle de la psychosociologie, Saadi Lahlou complète et conforte les propos des intervenants précédents sur le rôle et le poids de l'environnement socio-culturel dans la construction de l'identité alimentaire. S'entend ici par identité ce qui fait la personne sur le plan psychosocial, ce qui la définit, soit un corps et sa façon de le penser, une trajectoire, un vécu et enfin la relation à l'autre. Autour de ce corps en relation (avec

lui-même et les autres), des éléments extérieurs sont acceptés, d'autres non ; ce qui est incorporé est transformé et, de « corps étranger », devient celui de la personne. Dans cette idée - je deviens ce que je mange -, il s'agit du principe d'incorporation utilisé également en anthropologie des techniques pour comprendre l'acquisition de gestes automatiques, incorporés. L'expérience de Rozin (Etats-Unis) est évoquée : cette étude menée avec des étudiants américains montre que même aujourd'hui, dans les sociétés occidentales, le sujet croit qu'il va devenir ce qu'il mange, d'où par exemple le refus de boire un verre de lait dans lequel une mouche (même notoirement stérilisée dans le cadre de l'expérience) a été ajoutée puis enlevée¹. Parallèlement, dans certaines sociétés traditionnelles, des formes de cannibalisme recouvraient exactement ce type d'incorporation : en mangeant le cœur ou le foie ou en buvant le sang du guerrier ennemi, on entendait récupérer sa force, son courage, son honneur. Dit autrement, manger quelque chose, c'est acquérir ses propriétés, même dans nos sociétés occidentales contemporaines qui ne sont pas exemptes de pensée magique.

L'illusion du mangeur rationnel et les comportements alimentaires contemporains

Le mangeur n'est pas un individu seul responsable de son assiette (Jean-Pierre Poulain) ; l'environnement, le contexte social, la culture sont autant de facteurs qui influencent le contenu de cette dernière ainsi que ses manières de table et son rythme alimentaire. Peut-on parler de prise de décision des mangeurs dans l'adoption d'un régime alimentaire particulier ? Cette adoption du régime alimentaire se fait-elle de manière entièrement rationnelle ?

Deux approches extrêmement radicales – celle du Mangeur déterminé par des causes extérieures à lui ou celle du Mangeur rationnel qui fait ses choix – sont sans doute à pondérer pour comprendre réellement la construction d'une alimentation.

« *Venant des sciences de la nutrition, le mangeur moderne est soumis à des discours correspondant à ces différentes formes de rationalité scientifique, mais il n'en continue pas moins à*

(1) Paul Rozin dans *Manger magique sous la direction de Claude Fischler, Autrement, 1994.*



fonctionner sur des rationalités en valeur renvoyant à des comportements traditionnels, à des comportements éthiques, à des éléments relevés, le tout cristallisé dans des systèmes de valeurs, des systèmes symboliques. » (J-P Poulain).

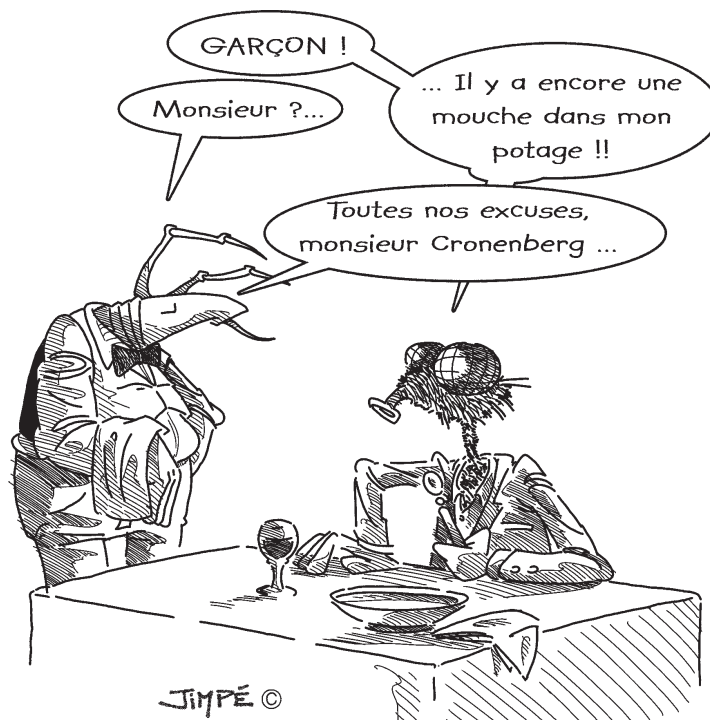
En cela, l'approche anthropologique permet, par des données fines recueillies sur le long terme, d'analyser les valeurs rattachées à chaque régime alimentaire, l'implication plus ou moins importante du groupe social dans les choix alimentaires d'un individu. Selon J-L Lambert, on assiste dans notre société actuelle à une « *individualisation croissante des modes de vie [qui] entraîne en effet une déritualisation des prises alimentaires, renforcée par la baisse des influences religieuses et morale* ». Plusieurs paramètres varient : l'espace (domicile, hors domicile), le mode de présentation/de consommation de la nourriture (mains, couverts, assis, debout...), le temps (long, heures régulières, court, irrégulier, festif, quotidien), la qualité (solide, liquide, salé/sucré) et enfin le type de commensalité (seul, famille, collègues...).

Parler de déritualisation des prises alimentaires pose le repas comme un rite, c'est-à-dire comme un ensemble de pratiques, de gestes ayant une fréquence et des normes propres, et rythmant, à intervalles réguliers, la vie d'un couple, d'une famille, d'un groupe d'amis... Ne pourrait-on pas parler dans les changements à l'œuvre dans les prises alimentaires d'individuation du rituel du repas plutôt que de déritualisation ?

De la norme comme de tout, sans excès

Madeleine Ferrières rappelle l'exemple de Gargantua où le repas rabelaisien apparaît comme une anarchie alimentaire puisque la prise de nourritures ne s'embarrasse ni de règles, ni de normes, ni de bornes. Pantagruel s'insérera, lui, dans un cadre plus normatif où quantités et moments seront limités.

La norme n'est nécessaire qu'en tant que norme, c'est-à-dire un cadre prescriptif adaptable et souple ; quand la norme devient diktat ou quand la norme biologique s'impose au corps social, il s'opère un glissement vers des excès (orthorexie, anorexie, obésité...).



Selon Chantal Simon, on assiste aujourd'hui à un risque de dérive progressive de la norme biologique à la norme comportementale (variable, dépendant de critères personnels, sociaux, culturels...). Ainsi par exemple, la notion de zone d'indice de masse corporelle (IMC) est une notion statistique. « *Autrement dit, pour un indice de masse corporelle équivalent, certaines ethnies pourraient avoir une masse corporelle grasse et donc un risque potentiel plus élevé. A la lueur de ces données, certains auteurs ont d'ailleurs suggéré l'utilisation d'indice de masse corporelle différents pour définir l'obésité selon l'ethnie d'origine.* » (Ch.Simon). Indice de masse corporelle et apports nutritionnels conseillés (ANC) sont des valeurs indices, des outils, pas des références absolues.

Comme le souligne JP Corbeau, l'absolutisation des références et des normes conduit à une réelle prise de pouvoir sur les individus, leurs choix alimentaires et leur manière de percevoir leur corps : « *A travers régimes et pouvoirs, on est mis au régime par des mentors plus ou moins sérieux, plus ou moins magiques, qui soumettent à l'impact de leurs systèmes normatifs des individus en situation de convivialité ou de solitude et d'isolement.* » (J-P.Corbeau).

Des aliments et des hommes. Entre science et idéologie, définir ses propres repères

D'ailleurs si l'on s'attache au voyage des mots et à la façon de nommer les choses, l'évolution du vocabulaire lié au cadre alimentaire est significatif. Le passage de la notion de diète à celle de régime à partir du XIX^{ème} siècle et de la révolution industrielle est intéressante sur le plan des valeurs. Avec la diète, nous sommes encore dans une perspective holiste et le mot renvoie à un modèle de société hiérarchisée où chaque catégorie sociale est liée à un type de diète (de Versailles à la ferme). La notion de régime alimentaire sera qualifiée selon les besoins et on parle par exemple de régime médicalisé, régime végétarien... Il n'y a pas de hasard dans l'apparition de ces régimes médicalisés, dans l'évolution des façons de percevoir la santé (jusque là l'embonpoint était synonyme de réussite ; la minceur devient peu à peu signe de réussite sociale) au moment où la société en pleine crise/révolution, - celle de l'industrialisation, de l'exode rural, de l'urbanisation... - a du mal à se penser, est en situation d'anomie, selon les propos de Jean-Pierre Corbeau.

L'exemple de l'obésité, notamment abordé par Claude Fischler et Jean-Pierre Corbeau lors de ce colloque, est en relation avec ces questions de normes et d'absolutisation des prescriptions. Ainsi, l'obésité traitée comme un problème seulement nutritionnel, biologique, médical, a toutes les chances de ne pas être comprise. Le phénomène de l'obésité est un phénomène social total au sens de Marcel Mauss, c'est-à-dire touchant à toutes les sphères de la vie de la personne et résultant de la relation des facteurs biologiques, culturels, sociaux... Ainsi, en faisant un parallèle entre orthorexie (contrôle absolu) et obésité aux Etats-Unis, Jean-Pierre Corbeau nous dit justement : « *Les aliments ont des qualités organoleptiques et les mets des fonctions sociales, pourquoi les réduire à des vices et des vertus diététiques* ». Claude Fischler met en avant un autre trait, à savoir la stigmatisation de l'obèse, une sorte de « racisme anti-gros » où l'obèse, le gros est toujours assimilé à une personne qui ne se contrôle pas (on retrouve l'utopie du mangeur rationnel, car le sous-entendu est « s'il est obèse c'est qu'il le veut bien ») : « *Mais si l'obèse continue d'être stigmatisé c'est peut-être aujourd'hui pour une raison différente : l'incapacité à se maîtriser, se contrôler, la faiblesse de caractère qu'on lui attribue dérogent de manière insupportable à*

l'individualisme contemporain. Ce n'est pas seulement que l'obèse constitue un vivant déni de l'idéal de sculpture de soi, de maîtrise du corps et du soi (qu'il rêverait peut-être de pouvoir appliquer). Il incarne (au sens littéral, dans sa chair) aussi toute la difficulté et tous les échecs de cet idéal et il se constitue en quelque sorte en bouc émissaire – un bouc émissaire, pour ainsi dire, chargé de tous les kilos de ceux qui n'en ont que trois à perdre. ».

Les questions que l'on peut se poser vis-à-vis des personnes dites obèses sont aussi de l'ordre de cette interaction social/médical : est-ce qu'être gros, c'est être forcément malade ? N'y a-t-il pas dans le traitement de l'obésité par les milieux institutionnels une nécessaire prise en compte de l'évolution des corpulences et des régimes alimentaires dans le nouveau contexte d'abondance alimentaire ? L'obèse, tant qu'il n'est pas réduit à l'immobilité, ne peut-il pas être une personne en bonne santé, qui bouge ? Et dans ce cas comment accepter le regard des autres qui reste son plus lourd fardeau à porter.

Ce n'était pas mieux avant, disent les historiens... C'est même le contraire !

Dans la société française d'aujourd'hui, la quête du meilleur régime alimentaire possible (de la Crête aux Inuits en passant par le Japon) et les thèmes de sécurité alimentaire sont des sujets de préoccupations omniprésents. Omniprésentes, modernes, préoccupations typiques d'aujourd'hui, d'une riche société d'abondance ?

La peur des salmonelles et autres bactéries, la quête de l'aliment parfait et virginal, trouvent un référent de pureté dans ce passé de terroir, de traditions, où toute agriculture aurait été bio par définition. L'âge d'or dans laquelle toute société se projette en somme ; tout anthropologue vous dira que, sur le terrain, on lui a toujours dit qu'il était arrivé trop tard, « parce qu'avant... » ! Faisant la constatation sans nuance que notre régime alimentaire contemporain est la cause de tous nos maux, des tendances que Pascal Picq qualifie de pseudo-scientifiques valorisent les régimes alimentaires archaïques dont on connaît au final peu de choses. A ces fausses certitudes, Madeleine Ferrières et Julia



Csergo ont donné un éclairage, un démenti presque, nous prouvant, au gré de leurs études de sources documentaires s'échelonnant entre le XIV^{ème} et le début du XX^{ème} siècle, que de toujours « avant, c'était mieux » et que les préoccupations et prescriptions alimentaires ont une histoire très longue.

M. Ferrières analyse des sources des XIV^{ème} et XV^{ème} siècles en nous exposant une liste de prescriptions/proscriptions d'aliments dressés par un notaire de Salon de Provence en 1468. Il se fixe des limites quant à la consommation de viandes et d'alcool et s'auto-prescrit - mais on peut imaginer qu'en l'écrivant il l'adresse à d'autres, sa famille peut-être - des graines particulières (genièvre, fenouil) pour leurs vertus. En 1477, le Roi Louis XI écrit à la gouvernante de ses petites nièces en temps de canicule pour lui donner des conseils sur leur alimentation : « *Je ne suis pas physicien (c'est-à-dire médecin) mais il me semble qu'on ne les doit point garder de boire entre deux heures quand elles auront soif et leur faire mettre beaucoup d'eau en leur vin, et qu'elles ne boivent que de petits vins de Touraine. Et ne leur donnez point de salure ni de viande là où il y ait des épices, mais bouillie, et toutes viandes moites. Et ne leur donnez point de fruits, réservé raisins qui soient bien murs. Il me souvient qu'on dit que les surains sont bons, mais il y en a d'autres qui sont bien mauvais et font venir les flux de ventre* ». Comme nous le croyons, les démarches - dans un cas diététiques dans l'autre plus « médicale » - mises en évidence ici correspondent à des préoccupations modernes que nous connaissons tous.

Julia Csergo prend la précaution de nous définir cette notion de modernité, modernité en valeurs, c'est-à-dire qui provient de la conscience, de l'assurance « qu'un progrès a été accompli par rapport au passé, de rupture avec un passé perçu comme dépassé, archaïque » et dont le résultat est supérieur à ce qui était avant. Dans le cadre de la modernité alimentaire, ces valeurs peuvent être en relation avec la santé, l'hygiène, la variété des produits. La révolution industrielle et la révolution des transports (chemin de fer) entraînent une révolution dans le régime alimentaire des Français, des citoyens notamment : les produits frais sont acheminés rapidement dans la ville (poissons, fromages, fruits, légumes...), les produits du monde au sens large apparaissent disponibles.

C'est aussi l'époque de tentatives et d'essais plus ou moins réussis et plus ou moins sains, d'où ce leitmotiv de 1880, aujourd'hui récurrent mais qui a eu sa gloire à chaque époque : « on ne sait plus ce que l'on mange ». Peurs autour de nouveaux aliments, de falsifications, d'additifs controversés...

Ainsi, citant Jules Favre, cuisinier pourtant très progressiste qui dénonce la mauvaise alimentation en 1882 : « *L'alimentation publique est aujourd'hui livrée à la chimie culinaire (...). Plus rien n'est vrai, plus rien n'est pur. Partout de belles étiquettes mais autant de mensonges (...). S'il est nécessaire que le cuisinier connaisse la chimie, la chimie ne saurait produire des aliments, l'homme ne vivant pas de produits chimiques* » (J.Csergo). A côté de ces critiques qualitatives, fondées dans certains cas (ajout de substances nocives...), un autre argument apparaît : celui qui situe le temps des disettes derrière soi et fait de l'abondance qui s'installe le synonyme de progrès social. Nous retrouvons là cette notion de « modernité en valeur » où la valeur ultime est le progrès social. Ce paradoxe mène en 1906 au premier congrès international d'Hygiène alimentaire où apparaît que « La question sociale est une question d'estomac ».

Autre révolte contre la « malbouffe », que ne renierait pas notre Jean-Pierre Coffe national, J-Ch. Brun, régionaliste engagé, s'insurge en 1924 contre « les sauces en bouteilles, mixtures savantes et délétères, conserves et bouillons cubiques » et prend acte de cela pour dénoncer : « *Nos traditions gastronomiques sont en danger, comme les autres. L'éducation du goût se perd ; on mange vite et mal.* ».

Ces propos de la fin du XIX^{ème} siècle et du début du XX^{ème} siècle illustrent le souci de la sécurité alimentaire, ainsi qu'une inquiétude devant les transformations des habitudes culinaires et alimentaires qui ont suivi l'industrialisation et l'exode rural. Le principe de la tradition est d'être finalement moins figée que ses défenseurs et d'évoluer, de s'adapter. Dans les périodes de fragilisation sociale, de crise, la société exprime ses angoisses et ses évolutions sur les éléments les plus visibles, les plus sensibles et tactiles. Les aliments touchent à notre identité propre, comme on l'a vu avec Saadi Lahlou. Ils sont notre enfance et nos apprentissages, nos

Des aliments et des hommes.
Entre science et idéologie, définir ses propres repères

révoltes et nos plaisirs. Rien d'étonnant donc qu'on retrouve, en ce début de XXI^{ème} siècle, les mêmes remises en question de l'acquis et les mêmes peurs pour l'avenir de nos assiettes et de nos corps.

Au fronton de sa salle à manger, un certain vieil Avare avait fait graver « Il faut manger pour vivre et non pas vivre pour manger », afin que ses convives éventuels ne mangent pas sa fortune en pitance. Aujourd'hui, tout un chacun, avare ou dispendieux, ascète ou sybarite, se retrouve marqué dans son for intérieur par un « Il faut bien manger pour vivre et non pas vivre pour bien manger » ! Dans ce « bien », que de prescriptions respectées ou défiées, de normes, de régimes, de croyances et de science ... Dans ce « bien », toute la complexité du mangeur français contemporain. ●



Modernité alimentaire : un voyage sans cartes ?

.....

L'alimentation de l'occidental a connu des grands changements ces cinquante dernières années. Nouveaux modes de production, nouvelles manières de manger, nouvelles angoisses aussi. Y a-t-il une « bonne façon » de se nourrir ? Que penser de l'alimentation de nos contemporains ? Sommes-nous entrés dans une « post-modernité » alimentaire ?

.....

régionales et populaires, dont l'alimentation était soumise aux aléas de la production. L'ascension sociale d'une bourgeoisie en quête de légitimité l'amena à abandonner ses habitudes pour copier les manières et menus des aristocrates. Jusque là méprisées, les cuisines régionales connurent un retour en grâce lors de la Révolution française et de la départementalisation. Ce premier mouvement de régionalisation de la table s'afficha peu à peu comme un lieu de résistance et d'identité culturelle et se développa jusqu'à nos jours. Le goût actuel pour les cuisines exotiques s'enracine dans le même mouvement que celui qui porte vers le terroir : les traditions des anciennes colonies ne sont plus des sous-cultures mais des sources d'inspiration pour les grands chefs, porteuses d'identités à valoriser.

Axel Hoffman,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Bethune.

Les gastronomies de terroir représentent une cuisine « stable », fondée sur des traditions supposées immuables par opposition à l'économie de marché basée sur la nouveauté, et « authentique » face à l'artificialité des milieux urbains : elles nous font toucher l'utopie de la ruralité heureuse. Tableau folkloriste naïf qui ne résiste pas à l'analyse : même « locale », l'alimentation a toujours évolué, empruntant des produits et des techniques culinaires au gré des mouvements de l'histoire.

Au XXVII^{ème} le pain était l'élément central de l'alimentation en France, un quasi-symbole enraciné dans la tradition chrétienne ; les autres aliments étant considérés comme un accompagnement. D'Amérique arriva la pomme de terre : on tenta de l'acculturer en lui faisant subir un processus de panification, sans succès. La pomme de terre fut alors rejetée et devint un aliment pour les cochons. Mais dans les régions au sol trop pauvre pour cultiver le blé ou le seigle, on avait conservé les techniques culinaires applicables aux céréales non panifiables (sarazin, avoine, mil) et la pomme de terre s'y implanta grâce à l'adaptation de ces techniques pour connaître ensuite le succès que l'on sait. A observer les recettes, on se rend compte que nombre de plats réputés vénérables sont ainsi des inventions plus ou moins récentes liées à l'intégration de nouveaux produits que l'on accommode à la manière locale. Les particularismes, loin de représenter une tradition multi-séculaire, tiennent donc à l'originalité de l'appropriation de la nouveauté.

La dispute du local et du global

L'alimentation n'échappe pas au phénomène de globalisation. Pour un occidental, il est aujourd'hui possible de sillonner la planète sans changer d'une miette son menu habituel, de déguster des fraises en toutes saisons et, sans quitter son quartier, de goûter aux plats du monde entier.

A cette « internationalisation » répond un attrait de plus en plus net pour la « cuisine de terroir », où s'assouvit la nostalgie d'un espace social où le mangeur vivait sans angoisse, à l'abri d'une culture culinaire identifiée et identifiante. Pourtant, cette cuisine ne jouit que depuis peu d'un a priori positif. Petit retour historique. Au temps des rois de France, la gastronomie aristocratique se caractérisait par la distanciation à l'égard de la nécessité ; il importait de marquer sa supériorité (« nous n'avons pas les mêmes valeurs ») et de se distinguer des pratiques

Mots clés : alimentation, éducation à la santé.

Si les cuisines dites traditionnelles évoluent dans le temps, elles se transforment aussi en voyageant dans l'espace. Un restaurant viet-

namien en France est diablement déroutant pour un vietnamien car tout y est adapté aux manières de table françaises : l'ordre du repas (entrée, plat dessert), la place du riz comme élément périphérique, le service de plats individuels, sont des pratiques françaises qui structurent la table autour du mangeur individuel, alors qu'en Asie le riz est central, la mise en commun prend le pas sur l'individu et le partage entre convives structure le repas. La rencontre des cultures alimentaires française et vietnamienne a créé une nouvelle forme alimentaire, une sorte de créolisation.

De la régulation alimentaire comme forme de dictature

« Nous autres futuristes dédaignons l'exemple de la tradition pour inventer à n'importe quel prix un nouveau que tous jugent insensé. Tout en reconnaissant que des hommes mal ou grossièrement nourris ont pu réaliser de grandes choses dans le passé, nous proclamons cette vérité : on pense, on rêve et on agit selon ce qu'on boit et ce qu'on mange ». Ainsi s'exprimait Filippo Tommaso Marinetti (1876-1944), écrivain italien né Alexandrie et initiateur du mouvement futuriste.

Obsédé par la modernité sous toutes ses formes, Marinetti prône un projet de transmutation de toutes les valeurs anciennes, que ce soit dans l'urbanisme, la musique, le vêtement, le roman ou... la cuisine.

Art combinatoire, l'art culinaire est plaisir de voir (l'harmonie des plats est organisée), de toucher (abolition des couverts, on mange de la main droite tandis que la gauche caresse des rectangles tactiles assortis aux plats), de sentir (ventilation d'essences combinées pendant le repas), d'entendre (proscription de l'éloquence, du bavardage et de la politique à table, diffusion de « co-bruits », par exemple de moteur d'avion combiné à du Bach). Les mariages diététiques seront révolutionnaires : anchois-bananes, crème glacée à l'oignon cru, et autres inventions. En fait nombre de ces transgressions réactualisent des pratiques antiques ou médiévales qui connaissaient le poisson aux dates, les potages à la framboise ou le canard aux huîtres... la diététique comme révélateur de l'éternel retour.

Avec Marinetti, la gastronomie devient l'instrument d'une volonté absolue de changement. « Il n'est plus du ressort individuel de décider de ce qui est bon, avec des jugements subjectifs relatifs au plaisir. Le bon est une décision nationale qui prend en compte les intérêts du groupe, du Tout. Avec nous, futuristes, naît la première cuisine humaine, autrement dit l'art de s'alimenter. » La gestion étatique des besoins nutritifs libérera le corps de la nécessité alimentaire en même temps qu'elle offrira la possibilité d'une esthétique culinaire élitiste et aristocratique. Le mangeur populaire se nourrit pour éteindre un désir primaire. Le mangeur aristocratique mange pour consommer des oeuvres d'art et participer à la logique esthétique du courant révolutionnaire.

L'alimentation au service d'un national-esthétisme...

Aujourd'hui, la cuisine internationale, « World cuisine », prend un nouveau visage. Important un modèle alimentaire unique aux quatre coins du globe, elle est accusée de « massification » et ressentie comme une manipulation des goûts par une industrie agroalimentaire capitaliste en quête de profits : elle incarne la crainte d'un néo-colonialisme américain. Elle véhicule une culture du « best of », du « top » des meilleurs plats qui réduit l'étendue de la production (disparition des espèces alimentaires difficiles à produire ou à commercialiser) et de la consommation et favorise une régression et une infantilisation des goûts et des manières de table (manger avec les doigts). Mais si cette « cuisine » estompe les contrastes, s'il y a réellement une homogénéisation, on constate paradoxalement que la variété de l'alimentation s'accroît : ketchup pour tous, mais introduction continue de nouveaux plats. Claude Fischler décrit ce phénomène comme un métissage : la nouvelle culture alimentaire entraîne à la fois une désintégration, une baisse de l'influence des particularismes et une intégration, création d'un nouvel espace social partagé par un nombre croissant d'individus.

La mondialisation génère donc un triple mouvement de destruction et recomposition : disparition de certains particularismes, émergence de nouvelles formes résultant du métissage, diffusion à l'échelle transculturelle de certains produits et pratiques. Dans ce triple mouvement, les identités locales sont mises à mal. Le retour aux cuisines de terroir devient ainsi, à nouveau, un lieu de résistance de cette identité mise en péril et rappelle que l'alimentation constitue un objet culturel porteur d'une part de l'histoire et de l'identité d'un groupe social.



L'évolution des manières de manger

Si la cuisine internationale implante un modèle artificiel, « extérieur », les pratiques alimentaires locales aussi sont en pleine mutation, sous l'impulsion de divers phénomènes socio-économiques : le développement du travail féminin et la redéfinition du rôle social des sexes, la déstructuration des horaires de travail, l'urbanisation et le dépeuplement des campagnes, site traditionnel de production alimentaire, l'industrialisation ou la baisse de la part des budgets consacré à l'alimentation par les ménages.

Le schéma classique du repas, « entrée, plat garni, fromage et/ou dessert », perd du terrain et se simplifie, se ramenant à un ou deux services « au choix ». Parallèlement, les études sociologiques montrent un recul de la division de la journée en trois repas, éventuellement agrémentée d'une ou deux collations, au profit d'un accroissement considérable des prises alimentaires hors repas. Aux Etats-Unis, on évoque une moyenne de vingt prises alimentaires dans la journée, et ce modèle semble s'insinuer en Europe occidentale. En France, dans la population adulte, ces mutations de la structure et du nombre des repas sont plus fréquentes chez les personnes au travail, et surtout chez les femmes soumises à la double journée (tâches professionnelles puis familiales) : elles l'expliquent non pas par des contraintes budgétaires ou diététiques, mais par le besoin de s'adapter à la charge de travail.

La conscience de s'écarter d'une « norme » est présente et vécue sur un arrière-plan de culpabilité, manifesté par le décalage entre les pratiques réelles, observées, et les déclarations des personnes observées qui tendent à minimiser les écarts par rapport à cette norme. Cela ne manque pas d'étonner : le modèle des trois repas et du repas en trois services est une invention récente. En fait, l'horaire et la structure des repas a toujours varié au long de l'histoire ; paysans, ouvrier, artisans et bourgeois ont eu jusqu'il y a peu des habitudes tout à fait différentes les uns des autres, chaque région ayant en outre ses particularités, pouvant différer d'après les saisons. De même, ce schéma est typiquement occidental et ne se retrouve pas

dans d'autres cultures : le grignotage, accusé ici de tous les maux, est un mode alimentaire normal chez les Chinois.

L'alimentation moderne, du domestique à l'économique

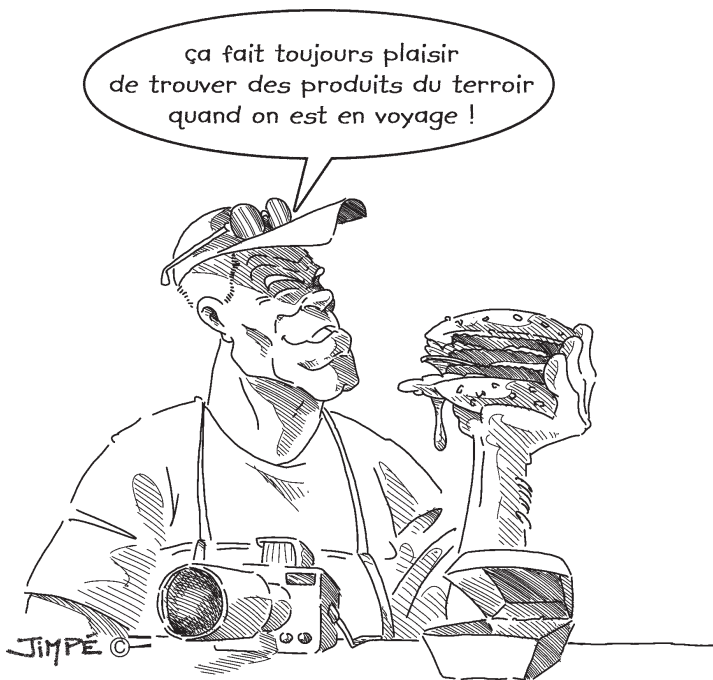
« Labourage et pâturage sont les mamelles de la France » : il y a entre les façons de s'alimenter et la société une interaction permanente que nombre de sociologues considèrent comme structurante. Le monde féodal organisé autour des terres nourricières, de type essentiellement rural, le redéploiement des centres urbains et du commerce à la fin du Moyen-âge, l'irruption des nouveaux produits à l'époque de la découverte du Nouveau Monde, l'exploitation des ressources des colonies, toute l'histoire de l'occident s'articule pour une bonne part autour d'enjeux économiques parmi lesquels la production alimentaire et ses modes de distribution jouent un rôle majeur.

Notre époque se caractérise par un basculement accéléré et massif de l'alimentation dans la sphère économique. Ce phénomène s'est emballé à partir des années 60 et se marque par l'industrialisation de la production et de la distribution, le recul des fonctions culinaires, l'essor de la restauration hors foyer et la transformation des paramètres de la décision et des choix en matière alimentaire.

Au niveau de la production, l'industrialisation se traduit par une distance toujours plus grande entre le produit d'origine et le consommateur. Le lien à la terre « nourricière » se distend, le savoir commun de modes de production s'estompe, le rapport à l'animal se transforme. L'enfant habitué aux fish sticks s'étonne que le poisson ne soit pas carré. Alors que l'animal vivant est personnifié, comme le montrent le succès de films où l'animal joue le rôle « éthique » ou la prolifération des produits pour animaux de compagnie, on ne le reconnaît pas dans la viande qui est « désanimalisée » : il y a une chosification de l'animal alimentaire.

Chosification-personnalisation : on peut y voir le prolongement du phénomène de refoulement de la corporalité et du spectacle de la chair morte

Modernité alimentaire : un voyage sans cartes ?



(moteur du processus de civilisation selon Norbert Elias), mais surtout le signe d'une désacralisation de l'alimentation, avec un nouveau visage de la difficulté à gérer le meurtre alimentaire. La perception de la place de l'homme moderne dans la nature devient floue. L'industrie propose des aliments transformés, qui ne sont plus « naturels », parfois prêts à consommer, des produits industriels sans identité, parfois considérés comme de « mauvais objets » qui peuvent renforcer l'angoisse d'incorporation. Les cuisines traditionnelles représentent alors de bons objets, un statut que la publicité va faire endosser aux produits qu'elle promeut : les anecdotes évoquant grand-mère ou bonne maman, les slogans simplificateurs (« le goût des choses simples » de Herta), les figures de moines ou de paysans à l'ancienne jouent la carte de l'enracinement affectif ou rural. Le développement de la « grande » distribution (les premiers hypermarchés datent des années 60), corrélative du développement urbain, accentue encore la déconnexion de l'aliment de son lieu de production, l'installe dans un statut de marchandise et donne naissance au mangeur-consommateur.

Autre bouleversement de notre rapport à l'alimentation, la perte de la fonction socialisatrice de la cuisine. Le développement des aliments prêts à consommer marque le déclin de la fonction culinaire : les tâches domestiques,

naguère assumées dans le cadre familial et principalement par la femme, passent en grande partie au secteur économique. Une enquête française de 1966 concluait déjà au rejet par les jeunes générations du modèle culinaire de la mère. Il y a cinquante ans, l'ensemble des tâches liées à l'alimentation de la famille (de l'achat des produits jusqu'à la vaisselle) prenait quatre heures par jour ; en 1992, ces tâches n'absorbent plus qu'une heure. On voit, en contre-point, se développer aujourd'hui une auto-production alimentaire dès la cessation d'activités professionnelles : de plus en plus de personnes retraitées mettent leur temps libéré à profit pour « bien manger », retrouver les « recettes maison », jardiner, cultiver leurs propres produits et réapprendre à manger ensemble.

La restauration hors foyer s'est considérablement développée au cours des trente dernières années. La progression se marque surtout pour les restaurants offrant des formules de repas simplifiées, comme les fast food et les buffets, mais aussi dans les secteurs de la restauration collective, principalement dans les hôpitaux et maisons de repos, tandis que la restauration sur les lieux de travail connaît une évolution plus fluctuante suivant les conditions socio-économiques.

À la différence des repas à la maison, dont la composition dépend d'une décision familiale, la restauration hors foyer déplace le choix alimentaire du groupe social vers l'individu, phénomène nouveau à l'échelle de l'histoire. Chacun est libre de décider ce qu'il va manger, quel que soit le choix des autres convives. Mais cette liberté n'est jamais totale : l'offre est organisée en fonction de ce que les acteurs de la restauration considèrent comme l'attente du client et selon la perception qu'ils ont de leur rôle professionnel. En fait ce n'est plus la mère de famille qui choisit, c'est le chef de cuisine ou le gérant, mais lui-même, malgré un certain espace d'autonomie, est dépendant de sa hiérarchie, d'autant plus complexe et lointaine que l'entreprise de restauration est importante.

Toutes ces transformations sont vécues sous le mode d'une perte de repères : « tout fout le camp », « les choses n'ont plus le même goût qu'avant », « avec ce qu'on nous sert, pas étonnant qu'on n'ait plus la santé ».



Gastronomie, gastro-anomie

La thèse de la « gastro-anomie » proposée par Claude Fischler dès 1979 tente de rendre compte des mutations de notre alimentation. Pour Fischler, la modernité alimentaire est caractérisée par trois phénomènes concomitants : une situation de surabondance alimentaire, la baisse des contrôles sociaux et la multiplication des discours sur l'alimentaire, avec leurs contradictions. En même temps que l'espace décisionnel se développe, que la possibilité de choix s'étend dans le contexte d'abondance, que les contraintes sociales s'affaiblissent (le repas composé et commensal est en voie de disparition), le mangeur perd la sécurité qu'apportait un système normatif socialement défini. C'est dans cette brèche que font irruptions les injonctions diététiques, hygiéniques, identitaires, hédonistes, esthétiques. Hypothèse de Fischler : la société moderne exacerbe l'anxiété fondamentale de l'acte alimentaire ; l'anomie ne renvoie pas seulement à une crise de l'appareil normatif, mais aussi à l'inflation d'injonctions contradictoires.

L'idée d'une situation anémique sera reprise par d'autres sociologues (Rivière, Poulain), parmi lesquels Corbeau décrira l'anomie comme « une béance institutionnelle rompant l'unanimité, voire la solidarité en arrachant l'acteur à la reproduction de normes coutumières. Il en résulte une créativité collective ou individuelle (dont certaines formes furent ou sont considérées comme pathologiques) orientée vers une expérience possible pour laquelle la conscience collective ne dispose d'aucun concept régulateur. »

Reynaud propose d'abandonner une définition trop large de la gastro-anomie, du type « absence de règles », au profit d'une conception inscrite dans une théorie de la régulation. Il réduit ainsi la notion d'anomie à la perte de légitimité de l'appareil normatif, des règles et des normes. « La règle est salvatrice non parce qu'elle est contraignante mais parce que sa contrainte est acceptée. L'anomie ne se définit pas par l'absence objective de règles mais par l'affaiblissement de la régulation légitime ». Le phénomène central réside donc dans l'inflation d'injonctions contradictoires : fluctuations du discours diététique, réductionnisme corporel de

L'omnivore ou la sociologie du mangeur

Avec la réflexion de Claude Fischler, les pratiques alimentaires cessent d'être lues comme des formes d'expression et d'affirmation de l'identité sociale pour s'inscrire au cœur même du processus de construction de l'identité. Fischler identifie un mangeur éternel régi par des lois, des invariants du comportement alimentaire : pensée classificatoire, principe d'incorporation et paradoxe de l'omnivore. Mais ces principes généraux s'actualisent de façon variée selon les contextes culturels, ce qui permet de décrire un « mangeur moderne ».

La pensée classificatoire régit la question du mangeable et de l'immangeable. Le processus qui transforme un produit naturel en aliment ne se réduit pas à une logique utilitaire mais s'inscrit dans un système de classification. Il renvoie à des logiques qui s'enracinent dans les représentations, dans l'imaginaire de la culture. Le besoin biologique est inséré dans un système de valeurs.

Le principe d'incorporation présente une double face. Sur le versant physiologique, le mangeur devient ce qu'il consomme avec un corollaire psychologique, il croit ou craint s'approprier les qualités de l'aliment dans un mécanisme qui relève de la pensée magique. Sur le versant psychosociologique, en mangeant, l'homme s'intègre dans son espace culturel, il construit son sentiment d'appartenance ou de différence sociale. C'est par la cuisine et les manières de table que s'opèrent les apprentissages sociaux fondamentaux et qu'une société transmet et permet l'intériorisation de ses valeurs.

Le paradoxe de l'omnivore correspond à une contradiction : l'homme est soumis à l'obligation biologique de consommer une alimentation variée et en même temps à la contrainte culturelle de ne pouvoir manger que des aliments connus, socialement identifiés et valorisés. Ce paradoxe est régulé par le système culinaire, sous-ensemble du système culturel, qui détermine les règles définissant l'ordre du mangeable, les modes de préparation et de consommation. Il permet par exemple l'acceptation d'un aliment nouveau en l'assaisonnant à la sauce de l'espace culturel du mangeur. Inséré dans une culture, le mangeur a donc peu de décisions à prendre : le système culinaire dénoue l'injonction paradoxale. L'affaiblissement des contraintes sociales sur le mangeur, la montée de l'individualisme, l'industrialisation de la chaîne alimentaire, en déstabilisant le système culinaire, coupent le lien entre l'homme et ses aliments et génèrent un contexte de gastro-anomie dans lequel domine l'anxiété alimentaire.

la vulgate médicale, incapacité à contrôler la filière, crise des esthétismes culinaires qui s'exacerbe dans l'opposition entre cuisine internationale et nationalisme alimentaire, impérativité du modèle esthétique corporel (la norme décharnée contre le modèle du plaisir alimentaire). La gastro-anomie est le trop plein de règles, de « il faut ».

En réaction à ce « désordre symbolique », on voit se déployer le thème de l'équilibre alimentaire qui propose un ordre nouveau, rassurant et scientifique. La multiplication des « régimes » qui font les beaux jours des librairies puise son succès dans la conjonction des normes sociales et leur justification scientifique. Parlant du régime méditerranéen, Hubert écrit : « Ne sommes-nous pas en quête perpétuelle de la potion qui mettra fin à tous nos problèmes physiques et psychiques ? ».

de position en tant que professionnels de la santé. ●

Danger dogmatisme

Lors de discussion avec des personnes ayant participé à des séances d'éducation à la santé centrées sur l'alimentation, nombres de réflexions, parfois exprimées à voix basse, dénonçaient ce que l'une d'entre elles appelait une « crispation normative ». Des orateurs connus comme des personnes ouvertes et tolérantes se révélaient inopinément rigides et arc-boutés sur des principes alimentaires « indiscutables », à la grande surprise de leurs auditeurs. Notre petit détour par la sociologie apporte certains éclairages sur ces attitudes. L'alimentation connaît à la fois la perte de repères et la tentation de repli identitaire que véhicule la post-modernité. Sujet supposé neutre, elle échappe à la réflexion de type politique et sociale (les sociologues de l'alimentation se plaignent du manque d'intérêt pour leur champ de connaissance jugé futile ou même trivial). Dans ce domaine aussi pourtant, la volonté de « faire de la santé » se doit d'éviter de faire avaler des principes tout faits aux utilisateurs. L'apport des sociologues de l'alimentation nous invite à prendre en compte les dimensions identitaires, l'anxiété alimentaire et le cadre de vie du mangeur (micro comme macro-social), à mieux échanger (au sens propre du terme) sur le sujet et à ré-interroger nos prises

Sources principales

- Fischler C., *L'omnivore*, Ed Odile Jacob, 1990.
 Onfray Michel, *Le ventre des philosophes*, Ed Grasset 1989.
 Poulain Jean-Pierre, *Sociologies de l'alimentation*, PUF, 2002.



OGM, un peu, beaucoup... pas du tout

.....

Faut-il avoir peur des OGM ? La réponse est claire : c'est comme vous voulez.

.....

nécessitent moins de pesticides et d'herbicides mais présentent un risque de dissémination via leurs pollens vers les espèces indigènes non génétiquement modifiées qui pourraient être amenées à disparaître, avec perturbation des écosystèmes et diminution de la biodiversité¹.

Axel Hoffman,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Bethune.

D'un point de vue économique, les OGM peuvent accroître le rendement des cultures, argument présenté comme une réponse aux besoins alimentaires mondiaux. Mais dans les faits, l'agriculture intensive, adaptée aux pays riches, déstructure les modes de production locaux des pays en développement et déstabilise leur économie sans modifier la répartition inégale des richesses (si ce n'est au profit des plus riches). En outre, étant l'objet de brevets, les OGM rendent les agriculteurs dépendant des sociétés productrices. « Laisser les semences aux mains de quelques firmes multinationales, c'est accepter une intégration toujours plus forte des paysans au complexe génético-industriel » (François Dufour, *Le monde diplomatique*, juillet 1999). Le projet de semences stériles par l'adjonction d'un gène « Terminator » a renforcé cette crainte. L'hostilité provoquée par ce projet a poussé les firmes Monsanto et Novartis à y renoncer.

Ces brevets posent d'autre part la question des droits de propriété intellectuelle et commerciale sur le vivant.

A l'heure actuelle, le dossier scientifique ne permet pas de conclure à un danger prouvé et il n'existe aucun consensus sur le poids respectif des avantages et inconvénients des OGM. Leur usage et leur régulation sont donc des questions ouvertes, de nature essentiellement politique et centrées sur l'acceptation ou le rejet d'un risque.

(1) Par exemple le pollen de maïs transgénique est mortel pour le monarque, un papillon très répandu aux Etats-Unis.

Acronyme de « organisme génétiquement modifié », l'OGM est un organisme transformé par l'introduction volontaire dans son génome de gènes n'appartenant pas à son patrimoine d'espèce. Deux domaines sont actuellement l'objet de ce genre de manipulations : l'agroalimentaire, où la technologie OGM sert par exemple à augmenter la teneur en protéines ou la durée de conservation de certaines plantes, ou à les rendre plus résistantes aux insectes nuisibles, et la pharmacie où l'introduction de gènes humains dans certaines bactéries permet de fabriquer des vaccins ou des médicaments tels que l'insuline. Ces deux domaines représentent des marchés colossaux.

Le pour et le contre

Les bénéfices attendus et les risques potentiels de la création d'OGM sont de trois ordres.

En termes de santé publique, la technique stimule la fabrication de nouveaux médicaments et améliore la composition des végétaux (par exemple, enrichissement du riz OGM en vitamine A), mais ces produits peuvent entraîner des réactions allergiques et leur impact santé est inconnu sur le long terme.

Au plan environnemental, les cultures transgéniques résistent mieux aux infestations et

Que pensent les utilisateurs ?

L'attitude face à un risque dépend de trois facteurs. Les personnes exposées au risque l'accepteront si elles ont le sentiment de le prendre volontairement et de pouvoir s'y soustraire librement. Ainsi, le risque lié aux OGM pharmaceutiques est mieux accepté que celui lié à l'agroalimentaire parce que les patients en attendent un avantage réel et peuvent arrêter le traitement en cas d'alerte.

Mots clés : alimentation, santé publique.

Ensuite, l'opinion publique est d'autant plus favorable à une biotechnologie que l'incertitude qui y est liée est réduite. Le risque attaché aux OGM est nouveau, difficile à observer et inconnu à long terme.

Enfin, le risque est mieux accepté si la population concernée est limitée : les OGM pharmaceutiques sont destinés à une population restreinte et, en théorie, informée des choix possibles. Par contre, dans le domaine agroalimentaire, c'est l'ensemble de la population qui est concernée, avec un degré d'information très variable et sans garantie quant au maintien de la possibilité de choix.

D'enquêtes statistiques réalisées en 2002, il ressort que les Européens sont plus réticents face aux biotechnologies que les Américains, les jugeant moins utiles, plus risquées et moralement contestables. Mais parmi les pays du vieux continent, les positions sont assez variées et la Belgique compte parmi les moins pessimistes à l'égard des biotechnologies, après une période de méfiance liée à la crise de la dioxine en 1999. La fracture communautaire y est néanmoins nette : en termes d'utilité, 46% des flamands sont favorables aux OGM agroalimentaires contre 31% des wallons et 38% des bruxellois ; des chiffres similaires sont retrouvés quant à la question de l'acceptabilité éthique ; en ce qui concerne le risque, wallons et bruxellois le jugent inacceptable à 60% contre 44% pour les Flamands.

Le rôle joué par la Flandre dans le secteur des OGM n'est peut-être pas totalement étranger à ces différences. Durant les années 70, le Belge M. Van Montagu, avec ses collaborateurs de Gand et de San Francisco, met au point la première plante génétiquement modifiée (du tabac). Il fonde une spin-off, *Plant Genetic System* (PGS), qui développera la technologie OGM et acquerra une très solide réputation, encore reconnue aujourd'hui malgré son rachat par Aventis puis par Bayer. Notre pays demeure à la pointe de la recherche grâce à la multiplication de centres renommés². On y distingue deux périodes : celle des OGM de première génération, orientés vers la production de plantes résistantes aux herbicides et aux pesticides, et celle de deuxième génération, dont la modification génétique porte sur la qualité nutritive et la longévité des produits.

Les activités de recherche et développement en Belgique sont soumises à autorisation par les autorités compétentes (voir plus loin). Celles menées en « usage confiné », c'est-à-dire en laboratoire sont toujours plus nombreuses au fil du temps, tandis que les essais de « dissémination volontaire », en champs, dix fois moins nombreux, voient leur nombre décroître.

Au plan de la commercialisation, les réserves émises sur les OGM par les associations de défense des consommateurs ou à objet environnemental ont incité à la prudence le secteur de la distribution qui a choisi de favoriser les producteurs garantissant des fournitures sans OGM. En novembre 2004, après avoir mis en vente pour la première fois en Belgique un produit OGM, en l'occurrence une huile pour friture à bas prix produite à partir de soja génétiquement modifié, le super-marché Carrefour a affronté un boycott appelé par l'association Nature et Progrès.

La régulation publique

Jusqu'en 1993, aucune politique spécifique aux OGM n'existe en Belgique. Dans ce vide juridique, le ministère de l'Agriculture accorde les autorisations d'essai d'OGM sur base d'anciens arrêtés royaux relatifs aux semences. Au plan européen, les directives 90/219/CEE et 90/220/CEE encadrent d'une part l'utilisation confinée, d'autre part la dissémination volontaire et la mise sur marché. Les administrations successives s'en inspireront, bien que ces directives ne seront transposées en droit belge que bien plus tard.

La période 1994-1998 est marquée par la consolidation institutionnelle de la régulation des OGM. En 1994, la directive 90/219/CEE, ayant trait à l'utilisation confinée, fait l'objet chez nous de trois arrêtés distincts, les compétences en la matière étant attribuées aux trois régions du pays. En 1995 est créé le Comité de coordination de la politique internationale en matière d'environnement (CCPIE) qui jouera le rôle d'interface entre les régions et les organisations internationales et gèrera divers dossiers concernant les OGM, comme la convention sur la biodiversité. En 1998 sont créés le Conseil

(2) *Facultés universitaires des sciences agronomiques de Gembloux, Katholieke universiteit te Leuven, Universiteit Gent, Vlaams Interuniversitair Instituut voor Biotechnologie - VIB Gent.*



consultatif de bio-sécurité et son secrétariat, le Service de bio-sécurité et de biotechnologie (SBB) et la directive 90/220/CEE sur la dissémination volontaire est transposée en droit belge.

En janvier 1999 éclate la crise de la dioxine. On découvre que des stocks de graisse utilisées dans l'industrie alimentaire, notamment l'alimentation pour bétail, sont pollués par des huiles contenant de la dioxine. Fin mai 1999, il apparaît que certaines viandes sont contaminées. Les ministres de l'Agriculture et de la Santé publique démissionnent. Un mois plus tard, les élections de juin 1999 porteront les verts au Gouvernement. L'affaire n'a rien à voir avec les OGM, mais la crise a mis en évidence le besoin d'une structure capable de contrôler de manière systématique et intégrée l'ensemble de la chaîne alimentaire, de la matière première au consommateur : l'AFSCA, Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire, sera créée en 2000. Parmi ses nombreuses missions, le contrôle des produits OGM lui sera confié.

De Greenpeace à Test-Achat en passant par Nature et Progrès, le milieu associatif ne demeure pas inactif. Débats et campagnes sur le thème des OGM se succèdent, des arrachages illégaux de plants expérimentaux commencent dès 2000. L'arrachage de maïs transgénique dans la ferme expérimentale de Monsanto à Franc-Waret en mai 2000 conduira à un procès au cours duquel le domicile d'une collaboratrice du ministre Tavernier (Santé publique) sera perquisitionné et qui se conclura par la condamnation de treize personnes (parmi lesquelles la philosophe Isabelle Stengers) en janvier 2004. Les arrachages clandestins se poursuivront jusqu'en 2002.

Les ministres Aelvoet puis Tavernier (Santé publique) refuseront les essais en champs, contre l'avis favorable du Conseil de bio-sécurité. Suite à la régionalisation de la politique agricole, les compétences de contrôle seront reprises par le fédéral grâce à la création du Service public fédéral de la Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement (ex ministère de la Santé publique, de la Protection du consommateur et de l'Environnement) et de l'AFSCA.

Au plan européen, les États membres imposent

en 1999 un moratoire sur les OGM qui sera levé en mai 2004 au moment de l'autorisation de commercialiser le maïs doux Bt 11 de la firme Syngenta. Des règlements sur la traçabilité et l'étiquetage, directement applicables dans les pays membres, seront votés en 2003 (règlement CE n°1829/2003) et une nouvelle directive régulera la dissémination volontaire et la mise sur marché des OGM (directive 2001/18/CE, remplaçant la 90/220/CEE) dès 2001. Mais la transposition de cette directive en droit belge sera laborieuse, les libéraux refusant les dispositions prônées par les écologistes et le ministre Tavernier. Ce n'est qu'après une condamnation par la Cour européenne de justice pour le retard apporté que la nouvelle législation sera adoptée le 21 février 2005.

La législation 2005

Selon la nouvelle législation, les ministres régionaux désignés par le gouvernement régional (Agriculture ou Environnement, selon un choix politique) sont compétents pour l'usage confiné et disposent d'un droit de veto quant à la dissémination volontaire et la commercialisation, dossiers qui sont traités au niveau des ministres fédéraux de la Santé publique et de l'Environnement. Le service public fédéral de Santé publique est désigné comme l'autorité fédérale compétente pour le suivi des demandes d'autorisation et le contrôle des activités. Chaque ministère est amené à travailler avec le Conseil de bio-sécurité qui joue les rôles d'organe expert et d'interface avec les entreprises et les centres de recherche. L'arrêté royal prévoit également une consultation du public, organisée par les communes, mais le poids de cette consultation dans le suivi de la procédure n'y est pas précisé. Le secteur associatif n'est pas mentionné, mais il peut intervenir au niveau de la consultation.

La Commission européenne intervient également pour les procédures d'autorisation de mise sur marché. En effet, une fois accepté dans un pays membre, un produit transgénique peut circuler sur l'ensemble du territoire européen.

L'accent est mis sur la protection de la santé publique et de l'environnement aux stades de dissémination et de commercialisation. Toute-

fois des critères précis doivent être respectés à tous les stades de la chaîne de production, dès l'usage confiné. Des instruments de validation, de contrôle et éventuellement de pénalisation sont mis en place. Les dossiers que doivent soumettre les chercheurs et les firmes doivent comporter une déclaration en responsabilité civile.

Les nouvelles dispositions soulèvent quelques questions. La réglementation prévoit que les activités ne seront pas seulement évaluées sur base des dossiers, mais élargies au suivi des cultures. On ignore cependant ce qu'il adviendra de la coexistence à grande échelle des cultures transgéniques et indigènes.

L'information du public demeure problématique. Deux techniques d'information sont prévues : l'affichage communal, dont on connaît l'impact réduit, et internet, ce qui pose la question de l'égalité des citoyens face à ce type de technique de communication. La participation du citoyen est également limitée par le fait qu'elle ne s'exprime que sous forme d'avis, au statut non défini, lors des consultations et qu'elle n'intervient qu'au stade de la procédure d'autorisation formelle des activités et pas en amont ni lors des débats sur les enjeux de société. Le statut des associations environnementales et de protection du consommateur gagnerait aussi à être précisé.

D'autre part, le choix de consommer ou pas des OGM est laissé aux consommateurs qui devront se baser sur l'étiquetage du produit. Qu'en sera-t-il de la qualité et de l'accessibilité de cet étiquetage ? Les acheteurs vont-ils réellement déchiffrer les étiquettes des produits ? Mettront-ils en balance la nature du produit et le prix ?

Un équilibre fragile

Ce rapide survol de la question des OGM nous a montré l'opposition de deux camps que la régulation publique tente de satisfaire l'un et l'autre.

D'un côté, les apports actuels et les potentialités

des OGM ne peuvent être négligés. Sur le plan agroalimentaire, ils peuvent améliorer les volumes de production, la qualité nutritive et la conservation des produits et préserver les récoltes contre les épidémies et infestations. Rien ne permet à l'heure actuelle de prédire des effets nocifs sur la santé des consommateurs. Dans le camp des anti-OGM, on rétorque que rien ne permet à l'heure actuelle d'exclure des effets nocifs à long terme sur la santé des consommateurs ou sur les équilibres environnementaux et on fait appel au principe de précaution. Devant l'importance des marchés en jeu, on craint légitimement que les puissantes sociétés d'OGM ne dissimulent les risques, à l'instar de pratiques déjà rencontrées dans le domaine pharmaceutique, du tabac ou de l'amiante. La concentration des technologies aux mains de quelques multinationales emporte la problématique des OGM dans celle du libéralisme sauvage et incite à penser que leur usage servira davantage les intérêts des actionnaires que ceux des consommateurs et des pays en crise alimentaire.

Pris entre deux feux, les gouvernements doivent affronter les pressions des puissants lobbies pro-OGM et la réticence des populations tout en respectant les fragiles équilibres politiques locaux. Les nouvelles législations semblent tenir ce cap pour l'instant, mais les forces en présence sont inégales : la vigilance reste de mise. ●

A lire, dans une bibliographie pléthorique sur le sujet :

OGM, le vrai et le faux, Louise-Marie Houdebine, Ed Le Pommier, 2000 (un plaidoyer pro-OGM).

OGM, le vrai débat, coll. Domino, Flammarion 2000 (un plaidoyer anti-OGM).

« La régulation politique des OGM », Nathalie Schiffino et Frédéric Varone, *Courrier hebdomadaire du CRISP* n°1900, 2005.

La mise en bouche, chronique d'un désastre annoncé, Robert Remy, collection Quartiers libres, Ed Labor, 2000.



Peur alimentaire et sécurité alimentaire, un couple qui ne parle pas la même langue

.....

Jusque dans les années 90, la notion de sécurité alimentaire concernait la faim dans le monde. Depuis la flambée de crises célèbres, elle renvoie aussi à la sécurité « sanitaire » des aliments. Les menaces alimentaires surgissent tout au long de la chaîne alimentaire. Certaines suintent de la terre pour se faufiler jusqu'à notre assiette, d'autres sont l'œuvre de l'homme. Comment les repérer et les déjouer ? Comment gérer l'anxiété qu'elles génèrent ? Qui décide de ce que nous mangeons et à quel espace de responsabilité peuvent prétendre les usagers ?

.....

normale dans les végétaux et sans danger. Par contre, les nitrates peuvent s'accumuler dans le végétal si l'ensoleillement, indispensable à la photosynthèse, est insuffisant (les légumes à feuille verte sont plus riches en nitrates en hiver), ou dans la terre si l'apport en nitrates est excessif, via le lisier ou l'usage exagéré d'engrais (dans ce cas, ils contaminent aussi les sources d'eau). Les nitrates en excès peuvent subir une transformation en nitrites sous l'action des bactéries et provoquer une méthémoglobinémie surtout chez les enfants. Ils peuvent aussi, en milieu acide, former des nitrosamines cancérigènes. Le contrôle de la concentration en nitrates est avant tout question de gestion agronomique.

Les mycotoxines sont des toxines produites par des moisissures contaminant les végétaux. Elles peuvent provoquer certains cancers. On peut les éviter par l'usage de fongicides mais surtout par l'élimination des produits moisissés de la chaîne alimentaire.

Les métaux lourds, plomb, cadmium et mercure se trouvent dans les terres, dans les végétaux qui y poussent et chez les animaux qui y broutent. Très toxiques, ils s'accumulent à certains endroits souillés par les industries ou par les dépôts de déchets non sélectionnés. Leur élimination est essentiellement affaire de mesures environnementales (tri sélectif des déchets, assainissement des friches industrielles, essence sans plomb, etc.).

Les dioxines sont une famille de près de deux cent dix substances produites lors de toute combustion et dont quelques dizaines sont susceptibles de provoquer des cancers. Elles se retrouvent dans l'air, le sol, l'eau et atteignent ainsi le bétail. Les mesures environnementales sont indispensables pour s'en prévenir. Après la crise de la dioxine de 1999 (voir *Santé conjugulée* numéro 9), plusieurs alertes ont encore retenti, la dernière datant de janvier 2006. Deux filtres défectueux dans le circuit de purification de l'esprit-de-sel chez Tessen-derloo Chimie provoquent une contamination par la dioxine des graisses alimentaires déli-

De quelques menaces

Notre assiette peut contenir des hôtes indésirables. Qui sont-ils, d'où viennent-ils, comment s'en prémunir ? Quelques exemples, la liste est loin d'être exhaustive. Tout d'abord les substances que l'on retrouve dès l'origine de la chaîne alimentaire, au stade de production.

Les nitrates : ils représentent la source naturelle d'azote pour les organismes vivants qui, par la photosynthèse, les utilisent pour fabriquer leurs protéines et en restituent l'azote à la terre après leur mort. La présence de nitrates est donc

Axel Hoffman,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Bethune.

Mots clefs : alimentation,
participation, politique de santé.

Peur alimentaire et sécurité alimentaire, un couple qui ne parle pas la même langue

vrées à ses clients par la société PB Gelatins (Vilvorde) qui emploie ce produit pour extraire la graisse des os des porcs lors de la production de gélatine. Aussitôt la pollution constatée, six cents exploitations agricoles sont bloquées en Belgique, aux Pays-bas et en Allemagne par mesure de précaution. L'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire (AFSCA) envisage de poursuivre Tessengerloo Chimie en justice pour défaut de surveillance.

Les PCB, diphényles polychlorés, sont des substances utilisées dans les transformateurs, les condensateurs, les fluides de refroidissement ou les matières synthétiques. Responsables de cancers et de surmortalité pré- ou périnatale,

elles sont interdites en Europe depuis 1991, bien que certaines industries jouissent d'une exception jusqu'en 2010.

D'autres hôtes indésirables peuvent s'inviter plus tard dans la chaîne alimentaire, aux stades de transformation des produits. Ainsi on trouve des acrylamides, substances potentiellement cancérigènes, dans les frites, chips et céréales. Les crevettes grises et roses sont gorgées d'additifs allongeant leur durée de consommation.

Les antibiotiques sont utilisés dans l'élevage à titre thérapeutique, préventif ou, de manière plus douteuse, comme promoteurs de croissance. Ils peuvent entraîner des allergies chez le consommateur et être à l'origine de résistances aux antibiotiques employés en médecine humaine. Leur usage est strictement réglementé... mais le règlement n'est pas toujours respecté, comme le montrent les exemples suivants.

En février 2003, la firme Belovo avertit l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire de la détection de résidus de nitrofuranes dans la poudre d'œufs qu'elle importe d'Inde et de différents pays d'Europe. Les nitrofuranes sont des antibiotiques employés illégalement dans la nourriture de volaille. Les quantités retrouvées sont minimes et probablement inoffensives mais la substance est interdite car cancérigène. La poudre d'œufs sert à la préparation de biscuits, de pâtes et de nombreux plats préparés. Sur deux cent vingt tonnes de poudre contaminée, une centaine de tonnes avaient déjà quitté l'entreprise vers les marchés et ont été rappelées. Plus d'un mois s'est écoulé entre la première analyse des lots contaminés et l'alerte coordonnée par l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire, délai qui lui sera reproché.

Autre exemple, celui des antibiotiques dans le miel : en 2002, deux-tiers des miels, principalement en provenance de Chine, du Mexique et d'Argentine en contenaient. En 2005, seuls quatre miels sur vingt-trois en contenaient encore de faibles traces.

Les pesticides sont toxiques pour l'homme (cancers, malformations congénitales, etc.). La réglementation prévoit une liste de produits « sûrs » et admet des seuils de résidus inférieurs aux concentrations toxiques (voir articles consa-

De l'acétate de médroxyprogestérone (MPA) et de l'oestradiol dans la limonade

L'affaire commence en Hollande où on remarque que des truies souffrent de troubles de la reproduction. Dans leur alimentation, on retrouve du MPA, hormone utilisée notamment en médecine humaine comme contraceptif et comme traitement du cancer du sein. L'enquête conduit à Bioland, une entreprise d'élimination de déchets qui, sans avoir l'autorisation de produire des composants alimentaires, fabrique du sirop de glucose à partir de résidus de friandises. Parmi les clients de Bioland, les éleveurs hollandais de porcs, et deux limonadiers. L'affaire ne prêtera pas à conséquences : les lots contaminés ne sont plus en circulation et la toxicité des produits est faible. Elle met néanmoins en lumière la fragilité des mécanismes de protection des consommateurs : si la loi oblige les fabricants d'aliments pour animaux à disposer d'un agrément, elle n'impose pas aux acheteurs de faire appel à une entreprise agréée...

Angleterre : du bœuf dans le poulet

La chair de poulet absorbe de l'eau lorsqu'on y injecte des poudres à base de protéines bovines. Cette pratique qui permet de gonfler artificiellement le poids du poulet serait connue des autorités britanniques depuis 1997, mais les tests permettant de la déceler ne sont disponibles que depuis peu. Elle présente un risque potentiel, considéré comme minime par la Commission européenne, de transmettre encéphalite spongiforme bovine - ESB : ces produits resteront en vente, mais devront être étiquetés « préparation à base de poulet » et non « poulet »...

(d'après Le Soir du 10 juillet 2002)



crés aux pesticides dans *Santé conjugué* numéro 9).

Les hormones sont employées notamment pour augmenter le poids des animaux d'élevage et améliorer ainsi leur rentabilité. Outre les questions d'éthique commerciale que cela pose, leur innocuité n'a pas été prouvée à 100%. Contrairement aux Etats-Unis qui autorisent l'usage d'hormones dans un cadre réglementaire, les Etats européens l'interdisent. Un interdit que certains éleveurs transgressent en s'approvisionnant auprès de « maffias des hormones » prêtes à tout : on se rappellera le meurtre du vétérinaire Karel Van Noppen qui avait mis à jour un trafic d'hormones en Flandres.

Enfin, certaines manipulations rendent nos aliments dangereux sans pour autant introduire de substance étrangère. Il en est ainsi du sel, dont l'abus est déconseillé chez certains malades et que l'on retrouve sous forme cachée : la tolérance légale est dépassée dans de nombreux aliments, notamment le pain sous toutes ses formes. La fraîcheur des aliments peut également être en cause : selon une enquête de *Test Achat* de février 2006, la viande d'agneau est plus fraîche en boucherie, notamment chez les bouchers allochtones, qu'en grande surface, où on déplore une surestimation fréquente des dates limites de consommation.

La peur s'installe

Ces dernières années, plusieurs « crises alimentaires » ont défrayé la chronique et fait l'objet d'une gestion publique critiquée en raison d'une attention perçue comme plus soucieuse des conséquences économiques que de la santé des consommateurs. La crise de la vache folle (ou de l'encéphalite spongiforme bovine, ESB) est exemplaire de cet ordre de priorités. Pour rappel, la maladie de la vache folle est provoquée par un prion. Dans les années 90, cette maladie a « franchi la barrière d'espèce », contaminant l'homme par l'ingestion des abats bovins (surtout ceux d'origine nerveuse) et provoquant chez lui une nouvelle forme de la maladie de Creutzfeld-Jacob, qui se manifeste à distance de l'ingestion (de l'ordre de dizaines d'années)

et est mortelle. L'emploi de farines animales contaminées dans l'alimentation des bovins est sans doute à l'origine de la dissémination de la maladie. Les premiers cas d'encéphalite spongiforme bovine sont détectés en novembre 1986 en Grande-Bretagne. Les farines suspectées d'être à l'origine de la contamination du cheptel sont interdites en 1988, les premières mesures d'abattage sont prises en 1990, l'exportation de bœuf anglais né avant le 18 juillet 1988 est interdite. On pense alors l'épidémie jugulée (mais à cette époque, les contrôles sanitaires seront privatisés en Grande-Bretagne) et les intérêts économiques sont préservés. La Commission européenne ne sera consultée que vers 92-93 lorsque se posera la question de l'incorporation de certains abats bovins dans les aliments pour bébés ; l'adjonction de cervelle bovine n'a été interdit qu'en 1994. Le premier cas humain est diagnostiqué en 1996 : les préoccupations sanitaires sortent de l'ombre. Cette même année, les conservateurs britanniques au pouvoir proposent que leurs viandes douteuses soient vendues dans les pays pauvres (proposition que l'Europe, scandalisée, refusera de débattre). Le programme d'abattage en Grande-Bretagne de tous les bovins de plus de trente mois sera mis en place en juin 1996, livrant des images apocalyptiques retransmises par toutes les télévisions. Dix ans se sont écoulés entre la première alarme et la prise en charge réelle du risque de contamination. On ignore encore aujourd'hui combien de personnes ayant consommé des viandes malades seront affectées par l'encéphalite spongiforme bovine, le délai entre la contamination et la déclaration de la maladie pouvant s'étendre à plusieurs dizaines d'années.

La crise de la vache folle, suivie de celle de la dioxine, installent la peur au ventre des consommateurs¹. En été 1999, alors que la Belgique fuit les poulets à la dioxine, une étrange épidémie prend naissance en Flandres. Le 8 juin 1999, vingt-six enfants d'une école de Bornem présentent des maux de tête et de ventre, des vertiges et des palpitations. Les deux tiers d'entre eux seront gardés en observation à l'hôpital. Dans les jours qui suivent, d'autres enfants de la même école sont touchés, puis ceux d'autres écoles, ainsi que des adultes. Des cannettes de Coca-Cola sont incriminées et le 14 juin tous les produits de cette marque sont retirés de la

(1) Au plus fort de la crise de la vache folle, les autorités françaises ont décidé de rassurer les consommateurs en authentifiant les viandes bovines autochtones, exemptes de contamination. Pour ce faire, elles ont appliqué sur les produits le label VF, pour « viande française »... un label qui fut rapidement éliminé quand on s'aperçut que ces initiales pouvaient être lues « vache folle ».

Peur alimentaire et sécurité alimentaire, un couple qui ne parle pas la même langue

vente. Le 15 juin, Coca-Cola annonce avoir identifié deux anomalies qui pourraient expliquer les symptômes (contamination des parois externes des cannettes par des fongicides, emploi d'un mauvais gaz carbonique). La France est touchée à son tour. Pourtant, elle n'est pas approvisionnée par les mêmes fabricants. Aucune anomalie n'est décelée lors des examens médicaux subis par les patients et les analyses toxicologiques des cannettes de coca sont rassurantes. Les « malades » guérissent rapidement. Le syndrome sera baptisé « maladie de masse socialement déterminé » et attribué à un phénomène psychosomatique complexe, où se mêlent des ingrédients scientifiques (une intoxication collective), économiques (un produit de très grande diffusion), culturels (un symbole du consumérisme à l'américaine), politique (dans les suites de l'affaire Dutroux, des enfants sont à nouveau des victimes) et circonstanciels (simultanéité de la crise de la dioxine).

La peur est partout. Un sondage réalisé en 1997 par l'*European Science and Environment Forum* pose la question : que pensez-vous du produit chimique H₂O, utilisé en grande quantité par l'industrie, que l'on retrouve régulièrement dans la nourriture animale et humaine, qui est un composant majeur des pluies acides, contribue à l'effet de serre à l'état gazeux, peut être mortel s'il est inhalé accidentellement et que l'on retrouve en quantité significative dans les tumeurs cancéreuses. A ce sondage, trois anglais sur quatre n'ont pas identifié H₂O (la formule chimique de l'eau) et ont considéré qu'il s'agissait d'un produit dangereux dont l'utilisation devrait être réglementée, voire interdite.

Désormais, ce que nous mangeons sera suspect et les media seront toujours là pour relancer la crainte. Notre assiette ne contient plus des aliments, mais ce que Claude Fischler nomme des OCNI, de redoutables « objets comestibles non identifiés ».



Une réponse institutionnelle

Jusqu'à la création de l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire, AFSCA, les services d'inspection et de contrôle en la matière étaient éparpillés au sein de différentes structures (ministère de l'Agriculture, Institut d'expertise vétérinaire, Inspection des denrées alimentaires, etc.). Dans les suites de la crise de la dioxine, le Gouvernement belge institue l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire pour regrouper ces différents services (loi du 4 février 2000, publiée au Moniteur le 16 février 2000). L'Agence a pour missions le contrôle, l'analyse et l'expertise des denrées alimentaires et de leurs matières premières à tous les stades de la chaîne : production, transformation, stockage, transport, commerce, importation et exportation. Elle se charge de la délivrance des agréments, autorisations et licences permettant d'exercer ces activités, ainsi que de la mise au point de systèmes de traçage et d'identification des denrées à tous les stades de la chaîne (système d'identification et d'enregistrement CONSUM). Elle donne des avis sur les dangers liés aux aliments et sur les mesures de prévention, tant à l'intention des



décideurs que des professionnels et du public². Elle veillera au respect des réglementations et des normes, en application de la politique décidée au service public fédéral de Santé publique.

Dans la même dynamique, une Autorité européenne de sécurité des aliments, (AESa ou EFSA - *European Food Safety Authority*) est créée en 2002. Son rôle est de fournir une expertise scientifique et une plate-forme de coopération afin d'harmoniser les mesures prises par les Etats membres en matière de sécurité alimentaire.

Ce type de réponse institutionnelle pose plusieurs questions. Tout d'abord, celle de son efficacité pour assurer une réelle sécurité alimentaire, que ce soit au niveau de sa capacité à faire face aux problèmes mais aussi à celui de son indépendance par rapport aux puissants intérêts en jeu dans le domaine de l'agroalimentaire. La seconde question est celle de la réponse à l'anxiété des consommateurs et la troisième celle de la gestion démocratique des crises : quel rôle peuvent tenir les consommateurs face à des questions qui concernent directement leur quotidien et leur santé ?

Des risques alimentaires à la gestion de l'anxiété

La sociologie du risque pose le risque comme une caractéristique de la modernité. Pour Ulrich Beck, le concept de risque émerge quand les sociétés modernes cessent d'expliquer les événements par le destin, les caprices des dieux ou la nature et que la responsabilité humaine prend le pas sur la fatalité. S'installe alors un processus de judiciarisation et de boucs émissaires. L'angoisse provoquée par les crises alimentaires est dès lors un aspect de l'insécurité dont nous payons notre « liberté d'esprit ».

Dans une autre optique, certains courants de la sociologie de l'alimentation considèrent l'anxiété comme un invariant de notre rapport aux aliments, seules les formes d'expression de cette anxiété changent (Fischler). La théorie exposée ici ne nie pas la réalité des risques, son intérêt est de démontrer les mécanismes à l'œuvre dans l'anxiété alimentaire, anxiété que les

crises ne font qu'aviver.

Pour Fischler, le risque alimentaire est lié au processus d'incorporation et participe à la construction des identités sociales. Les mangeurs mettent en oeuvre un mode de fonctionnement intellectuel de type pensée magique qui peut les amener à redouter une « contamination symbolique » et à développer les moyens de la conjurer. Cette théorie se fonde sur les ambivalences de l'alimentation humaine.

Il existe une contradiction entre l'obligation biologique de consommer une alimentation variée et la contrainte culturelle de ne pouvoir manger que des aliments connus, socialement identifiés et valorisés (Fischler appelle cela le paradoxe de l'« omnivore »). Cette contradiction génère une anxiété qui est structurelle et doit être régulée sans cesse : c'est le rôle du système culinaire qui balise notre alimentation et en fait un univers connu et sécurisant. La culture culinaire gère ainsi les ambivalences entre le plaisir et le déplaisir que nous donnent les aliments. De même, la diététique profane, fonctionnant sur une science des catégories qui structurent l'ordre du mangeable (diététique scientifique, yin yang, chaud-froid, humide et sec) nous guide dans les ambivalences santé-maladie.

L'alimentation nous ramène aussi à l'ambivalence des rapports entre la vie et la mort. Ainsi en est-il du meurtre alimentaire que constitue l'abattage des animaux que nous consommons : les différentes cultures ont mis en place des rituels de protection, des prières, des dispositifs sociaux (abattage halal...) pour absoudre ce meurtre. Dans le monde chrétien, le sacrifice du Fils de Dieu rend inutile les autres formes de sacrifice et renvoie la gestion du meurtre alimentaire dans l'univers profane (scientifiques, vétérinaires). Mais la modernité alimentaire se caractérise par une crise de la fonction régulatrice des systèmes culinaires et exacerbe notre sensibilité au risque alimentaire. D'où peut-être l'ampleur, parfois disproportionnée, entre le risque « scientifique » et le risque perçu.

L'exacerbation des peurs alimentaires peut se lire comme une érosion de ces modes de gestion des ambivalences de l'alimentation humaine. Répondre à ces peurs en les réduisant à leurs dimensions sanitaires objectives ne pourra suffire à les apaiser. C'est pourtant cette solution qui est favorisée par nos responsables.

(2) L'AFSCA possède un site accessible au grand public. Vous y trouverez notamment une synthèse des problématiques de sécurité alimentaire sous le titre : 48 questions pour une bonne fourchette, <<http://www.favv.afsca.gov.be/p/portal>>. Mentionnons aussi une intéressante brochure actualisée en 2005, fruit d'une collaboration entre les organisations de consommateurs et tous les maillons de la chaîne alimentaire, de la fourche à la fourchette, et les autorités fédérales concernées. Auteurs principaux : le Centre de recherche et d'information des organisations de consommateurs - CRIOC, l'AFSCA et la Fédération de l'industrie alimentaire - FEVIA. Info : <www.securitealimentaire.org>.

A qui se fier ?

Plus il y a d'irrationnel, plus il faut de pédagogie, d'écoute. Le consommateur craint moins l'ampleur du risque que l'incertitude sur l'existence d'un risque ou le sentiment d'être à la merci de dangers qu'il ne peut conjurer. Suite en France aux affaires de l'hormone de croissance contaminée (soixante-cinq enfants morts de la maladie de Creutzfeld-Jacob) et du sang contaminé, on sait que les peurs sanitaires prennent aussi source dans l'insuffisance du débat public. Or ces « affaires » ont ébranlé la confiance en l'Etat. Dès lors, les discours « rituel » sur le risque zéro, la sécurité sanitaire, le principe de précaution portent à faux : dans les peurs alimentaires, ce n'est pas tant l'aliment qui est en cause que la façon dont l'Etat se comporte avec lui et avec le consommateur. L'un des rôles fondamentaux de l'Etat est d'assurer la sécurité. Le consommateur demeure dubitatif face au spectacle de la privatisation de pans entiers du secteur public, de l'impuissance à maîtriser les crises, de la dérive hystérique de l'information (imprécation et surenchère sont plus médiatiques que clarté et pertinence), de la dégradation de la qualité de l'enseignement susceptible d'apporter au public les bases d'une lecture critique des événements.

Le recours aux experts constitue l'outil principal pour s'attaquer aux dangers et aux craintes qu'ils suscitent.

S'ils sont certainement qualifiés pour la gestion des dangers, on peut douter de leur qualification pour conjurer les craintes des consommateurs. Leurs outils sont de nature statistique et probabiliste, ils procèdent par analyse quantitative, à l'exclusion des dimensions sociales qui reviennent au centre des controverses. Leur perception des risques est à mille lieues de celle des profanes qui est subjective, déterminée par des facteurs sociaux, et procède par analyse qualitative

Quel crédit leur accorder ? On connaît le problème du sous-financement de la recherche qui la pousse dans les bras des industriels (par exemple, l'industrie laitière a longtemps financé des nutritionnistes qui mettaient en doute les dangers du cholestérol). Et même si on peut s'assurer d'une indépendance réelle du scientifique, ne pas céder au mythe du scientifique

omniscient suppose de disposer des capacités d'évaluer la qualité de ses déclarations. En outre, il ne faut pas faire jouer à l'expert un rôle dans lequel il n'est pas compétent : en tant que chercheur, le scientifique est dans le champ de la connaissance, mais dans un rôle d'expert, il est invité à sortir de son domaine et à entrer dans celui de la décision politique.

Le mythe d'une science parfaite dépossède les individus de leur droit de regard sur les activités scientifiques. « La fiabilité et l'intérêt des savoirs qu'une société est susceptible de produire traduisent la qualité de son fonctionnement démocratique » (Isabelle Stengers). La question n'est pas de nier l'apport des experts ni de savoir si les citoyens possèdent les connaissances requises pour participer au débat scientifique mais de savoir si le nécessaire a été fait pour qu'ils puissent participer à ce débat. Il ne s'agit pas du fantasme d'une société experte mais de la règle du jeu démocratique.

La meilleure garantie de qualité de l'expertise est son caractère public et contradictoire. Pour être contradictoire, elle doit traduire les différentes approches disciplinaires, permettre de mesurer dans leur globalité les conséquences des différentes options débattues. Par sa dimension collective, l'expertise peut surmonter les limites de la compétence isolée qui placent l'expert en situation de conseiller du prince. L'enjeu est le droit des malades et la participation des usagers ; la santé publique ne peut plus se décréter. La sécurité sanitaire ne se résume pas à un dispositif sanitaire, si perfectionné soit-il.

Mondialisation, malbouffe et crises alimentaires, même combat

Les consommateurs ne s'y sont pas trompés. Déjà en mai 68, ils critiquaient la « bouffe industrielle » et l'organisation sociale dont elle est le produit. La contestation politique du domaine de la nourriture ira en s'amplifiant à partir des dernières années 90 : arrachage de plantations d'organismes génétiquement modifiés, contre-sommet de Seattle face à l'Organisation mondiale du commerce, démontage du McDonald de Millau sont emblématiques de ce



mouvement. Il y a eu prise de conscience que la gestion économique prime souvent sur la santé et que les questions alimentaires sont avant tout des questions économiques. Ainsi, au niveau européen, l'agroalimentaire prend une place beaucoup plus importante que la santé⁴ (voir encadré). Mais les consommateurs ne sont plus passifs.

En 1998, une mobilisation internationale hétéroclite fait capoter l'Accord multilatéral sur l'investissement (AMI), un projet de l'Organisation de coopération et de développements économiques destiné à lever les obstacles aux investissements. Rétro-histoire. Quelques années plus tôt, lors de l'Uruguay round, dernier cycle du GATT - Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce, les grandes puissances économiques avaient imposé des mesures favorables à leurs économies (riches et libérales) : abaissement important des protections douanières et réduction des exportations subventionnées. Seule dérogation à l'obligation de laisser pénétrer sur son territoire des produits agricoles et alimentaires : la protection de la santé des personnes, sur base de preuves scientifiques reconnues par les instances de régulation du commerce mondial. Les normes sanitaires reconnues seront celles élaborées par le « Codex alimentarius », un organisme créé en 1962 par l'Organisation des Nations-Unies pour l'agriculture et l'alimentation (FAO) et par l'Organisation mondiale de la santé et où siègent 60% de délégués originaires d'Europe et des Etats-Unis (ne représentant que 15% de la population mondiale), potentiellement sensibles aux pressions de l'industrie agroalimentaire.

En 1994, le traité de Marrakech crée l'Organisation mondiale du commerce qui succède au GATT. En 1999, l'Organisation mondiale du commerce organise la conférence Seattle ouvrant le « cycle du millénaire » et destinée à déréguler plus avant le commerce des aliments, services, biens culturels et à renforcer les droits de propriété intellectuelle. La conférence sera un échec en raison d'affrontements internes (les Etats-Unis et l'Europe campent sur leurs positions en matière d'agriculture, les pays du tiers-monde rejettent les normes sociales pour le travail et l'environnement), mais aussi, en partie, à cause de la contestation alter-mondialiste qui est imposante et bien relayée dans les media.

Conseil central de l'économie
Commission consultative spéciale de l'alimentation
Avis concernant la promotion active de la sécurité alimentaire en Europe en vue de la présidence belge de l'Union européenne au second semestre 2001

Ces dernières années, l'Europe a été confrontée à plusieurs crises alimentaires. La maladie de la vache folle, les dioxines, les hormones, les organismes génétiquement modifiés, etc. n'ont guère contribué à affermir la confiance du consommateur vis-à-vis de son alimentation. Au contraire, il est apparu clairement que le consommateur est plus que jamais très sensible à tout ce qui est lié à son alimentation. L'illustration en est l'intérêt soutenu que manifeste la presse pour cette thématique.

Tout ceci a également fait de la sécurité alimentaire un sujet politiquement très sensible.

Du fait de la crise de la dioxine, la Belgique a acquis une expérience assez large en ce qui concerne la gestion d'une crise. La présidence de l'Union européenne lui offre la possibilité d'avoir un impact plus grand sur la politique (sécurité) alimentaire. Cette opportunité doit être utilisée pleinement. En s'intéressant durant sa présidence à la sécurité alimentaire, la Belgique pourrait réaliser les objectifs suivants :

- Une protection optimale du consommateur européen ;
- Le renforcement de la confiance du consommateur ;
- La sauvegarde de la position compétitive de l'agriculture et du secteur de l'alimentation ;
- Le renforcement de l'image de marque de la Belgique.

La Commission consultative spéciale de l'alimentation – en tant que représentante des partenaires sociaux de l'agriculture, de l'industrie alimentaire et du commerce (alimentaire) – demande dès lors au Gouvernement qu'il se fixe des priorités claires et qu'il finalise de toute urgence le programme (concernant la politique alimentaire) de la présidence belge.

Commentaire :

La lecture de cette note montre combien les considérations économiques sont premières par rapport aux considérations de de santé dans la gestion politique des crises alimentaires.

Le rejet de la malbouffe est aussi celui du libéralisme impitoyable. Les associations peuvent-elles s'emparer du débat et du pouvoir en matière de sécurité alimentaire ?

La crise de confiance dans la représentation politique institutionnelle et envers les formes traditionnelles d'organisation politique est pa-

(4) En outre, la santé ne relève pas des compétences communautaires, y compris après Bolkenstein.

tente. La problématique des dangers alimentaires constitue une occasion de poser la question de l'éducation des citoyens aux enjeux des questions scientifiques replacées dans le champ du politique et de rendre place au débat démocratique. ●

Sources principales

Dioxins, Coca-Cola and Mass Sociogenic Illness in Belgium, Benoît Nemery et collaborateurs, The Lancet, 1999 ; 254 :77, Londres.

La peur aux ventres, Paul Benkimoun, collection la Discorde, éditions Textuel, Paris 2000.

Santé conjugquée, numéro 9, consacré au thème Environnement et santé.

Science et pouvoir, la démocratie face à la technostructure, Isabelle Stengers, La Découverte, Paris 1997.

Site de l'AFSCA : <<http://www.favv.afsca.fgov.be/p/portal/>>.

Test-Achat 495, février 2006.



L'avis des citoyens au sujet de la sécurité alimentaire

Un partenariat entre l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire, le service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement et la Fondation Roi Baudouin

.....

La sécurité alimentaire préoccupe les citoyens. Eux aussi ont leur opinion et leurs idées à ce propos. La sécurité alimentaire ne peut pas être laissée uniquement aux soins de spécialistes. C'est pourquoi les trois partenaires ci-dessus ont mis en route un dialogue direct avec trente citoyens belges choisis au hasard. En l'occurrence, il s'agit d'un projet expérimental au moyen duquel une nouvelle approche a été mise à l'essai.

.....

Un dialogue direct avec des citoyens au sujet de la sécurité alimentaire

Tout d'abord, des exemples existants de dialogues semblables menés dans le pays et, surtout, à l'étranger, ont été repérés. Dans le même temps, des personnalités clés en Belgique ont été interviewées. Le thème proprement dit du dialogue a été choisi par le comité d'accompagnement « Sécurité alimentaire, à quel prix ? ». Ces dernières années beaucoup d'efforts ont été livrés pour améliorer la sécurité alimentaire. Pour autant, tous les risques peuvent-ils et doivent-ils être évités ? Jusqu'où doit-on aller pour dépister certaines sub-

stances ? Et quelles sont, par exemple, les conséquences de réglementation en matière de sécurité alimentaire sur le goût et le prix de nos produits alimentaires ? Jusqu'où les consommateurs sont-ils prêts à aller dans ce domaine ? Un document de base a été rédigé à l'intention de ceux qui ont pris part au dialogue. Il s'agit d'un document aussi neutre que possible qui explique de manière simple et claire en quoi consiste la sécurité alimentaire. Au préalable, une discussion a également été menée sur le thème avec un certain nombre de groupes cibles spécifiques (personnes défavorisées, personnes à risque...).

C'est avec grande attention qu'il a été procédé à la sélection des trente citoyens et citoyennes. Un équilibre en matière d'appartenance linguistique, de sexe et une diversité d'âge, de profession, de formation et de situation familiale ont été recherchés.

Les trente citoyens sélectionnés se sont retrouvés pour un week-end à Bruxelles afin de mener un dialogue sur le thème de la sécurité alimentaire, avec l'aide de conseillers scientifiques. Aujourd'hui, nous pouvons rendre compte de ce dialogue. En tenant compte également du feedback donné aux citoyens du panel par le Comité consultatif de l'Agence alimentaire.

Les résultats de ce dialogue (avec des citoyens au sujet de la sécurité alimentaire)

● Le concept de « sécurité alimentaire »

Du côté des autorités et des experts, le terme « sécurité alimentaire » se réfère à la contamination chimique et aux risques microbiologiques. Les citoyens associent eux la sécurité alimentaire d'une part à des notions telles que valeur nutritive, variété suffisante, authenticité,

Communiqué de la Fondation Roi Baudouin, avril 2005.

Mots clés : alimentation, participation des usagers.



« naturel », santé et durabilité et, d'autre part, hygiène, fraîcheur, pureté et qualité des ingrédients.

● **Définition du problème**

Les autorités et les experts ont l'impression que les consommateurs n'acceptent pas de risques sur le plan de la sécurité alimentaire. À leur avis, le risque zéro est impossible à atteindre et, de plus, impayable. Pourtant, les citoyens disent eux ne pas exiger le risque zéro. Ceux-ci insistent surtout sur le fait qu'ils sont tenus dans l'ignorance concernant la chaîne alimentaire. Ils expliquent d'ailleurs que la méfiance vis-à-vis de tout ce qui vise à aller plus loin en matière de technologie, globalisation et augmentation d'échelle dans le secteur alimentaire, est forte parce qu'un aperçu correct d'un secteur aussi complexe que celui de l'alimentation est pratiquement hors de portée. Tout en rappelant les expériences d'incidents négatifs dans un passé récent en matière de sécurité alimentaire.

● **Les solutions proposées par les citoyens**

Les citoyens mettent en doute l'hypothèse qu'une plus grande sécurité débouche automatiquement sur une augmentation de prix. Plutôt que de rechercher des réponses au problème exposé par les autorités, ils cherchent des ma-

nières de rendre les produits alimentaires suffisamment fiables sans que cela entraîne un coût plus élevé et ne constitue une menace pour la viabilité des petits producteurs et distributeurs. À cet égard, ils font une série de propositions. Les citoyens veulent avant tout se sentir en confiance face à leurs produits alimentaires. Afin de rétablir cette confiance, une information claire et complète est indispensable. À leur avis, une information est bien nécessaire, mais n'est pas une condition suffisante pour susciter la confiance. Le maintien et/ou le rétablissement de la confiance s'appuie sur une série d'autres conditions :

- rétablir le lien entre consommateur, producteur et chaîne de production ;
- améliorer la qualité de l'environnement ;
- revoir la qualité des méthodes de production utilisées ;
- assurer la qualité de la politique des autorités vis-à-vis de la sécurité alimentaire.

Les principaux accents des citoyens dans leurs suggestions à l'Agence alimentaire et au service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement sont :

- le souci de préserver la viabilité des petits producteurs et distributeurs ;
- le souci de maintenir les chaînes courtes ;
- la crainte d'augmentations possibles des prix ;
- un besoin impérieux de clarté à propos de la chaîne alimentaire ;
- un plaidoyer pour un certain réalisme ;
- un appel pour étudier les causes de la pollution.

L'intérêt d'un dialogue direct avec les citoyens

● **En général**

Le fait que les citoyens et les autorités ne donnent pas le même contenu au concept « sécurité alimentaire » et aux problèmes qui s'y rapportent, met les autorités face à un important défi. Une politique (de communication) qui ne tiendrait pas compte de ces différences, ne produira pas un gain de confiance chez les consommateurs.



● Par secteur

Pour les instances publiques concernées, une consultation des citoyens via un panel offre, pendant la phase préparatoire d'une politique à mettre en œuvre, une manière adéquate de se former une image nuancée des attentes des citoyens. Dans l'avenir, ces instances estiment un tel panel de consommateurs indiqué dans un contexte plus large relatif à l'alimentation et à la santé. Évidemment, les impacts budgétaires et de personnel doivent être soigneusement estimés.

Pour les secteurs concernés, ce dialogue n'a pas permis d'identifier des éléments aussi novateurs. Cependant, certains secteurs ont trouvé très enrichissant de pouvoir expliquer aux consommateurs la complexité des processus (de production).

Pour les organisations de consommateurs, ce dialogue direct a signifié une indéniable valeur ajoutée. Ils considèrent ce panel de consommateurs comme un instrument important afin d'arriver à un vrai dialogue au sujet des futures réglementations politiques entre autorités, secteurs et consommateurs.

● Quel suivi ?

Les autorités concernées, l'Agence alimentaire et le service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, trouvent l'instrument « dialogue direct avec le citoyen » valable et envisagent des possibilités concrètes d'application au sein de leur organisation. Elles demandent alors qu'une attention particulière soit accordée au thème « alimentation et santé ». Afin de pouvoir influencer de manière efficiente et efficace les habitudes alimentaires vers une alimentation plus saine, le dialogue direct peut représenter une ressource très pertinente. Le « Plan national Nutrition Santé » et le « deuxième Plan fédéral de développement durable » sont des exemples d'initiatives des pouvoirs publics, qui constituent des contextes intéressants pour une telle approche.

Du point de vue « gouvernance », la Fondation Roi Baudouin plaide pour la création d'une sorte de centre fédéral d'expertise, qui pourrait fonctionner surtout comme soutien méthodologique pour tous les services administratifs fédéraux souhaitant instaurer un dialogue direct avec les citoyens. ●

Quand les crises alimentaires réveillent les utopies

Claude Fischler, chercheur au Centre national de la recherche scientifique à l'école des hautes études en Sciences sociales.

Exposé dans le cadre des sixièmes universités d'été de l'innovation rurale, août 2000.



On m'a proposé un titre pour cette conférence : « Quand les crises alimentaires réveillent les utopies ». Bien sûr, j'évoquerai ces utopies pour respecter la règle du jeu. Mais en fait, de quoi parler ? Je pourrais dire : de la mal bouffe, des organismes génétiquement modifiés, de la crise de la vache folle, etc. Mais mon opinion sur les risques n'est guère plus informée et plus compétente que celle du citoyen lambda en la matière. Ce qui m'intéresse, c'est de savoir comment nous réagissons, comment nous percevons les choses. Quand je dis « nous », c'est nous autres citoyens, consommateurs. Que signifie pour nous ces crises alimentaires ? Quelles sont ces inquiétudes qui nous saisissent ? On nous dit souvent qu'elles sont rationnelles ou irrationnelles. Peut-on formuler des jugements là-dessus ? Et de quelles données précises ou empiriques dispose-t-on, de quelles études, de quelles enquêtes sur la perception de l'alimentation en général, et du danger en matière d'alimentation ?



Mots clefs : alimentation, représentations de la santé et de la maladie, psychologie.

Deux idées reçues

Pour commencer, il y a deux idées simples qu'on trouve partout dans les médias, les débats, les conversations :

- 1) « Le public demande le risque zéro » ;
- 2) « Il faut rétablir la confiance ».

En fait, concernant la deuxième idée, ce sont souvent les industriels ou les professionnels de l'agroalimentaire qui cherchent à rétablir la confiance du consommateur dans les produits alimentaires.

● Ce que nie le « risque zéro »

Mais est-ce que ce ne sont pas des idées reçues ? Vous avez déjà entendu parler du fugu ? C'est un poisson très apprécié au Japon, un poisson « gonflable » si j'ose dire, dont la vésicule sécrète une substance violemment toxique. Si vous voulez manger du fugu, il ne faut pas faire l'erreur de couper au mauvais endroit. Ce serait une mort presque instantanée. Dans les restaurants japonais, on le mange en sashimis et en sushis, c'est-à-dire cru. Chaque année, le Japon connaît quelques dizaines de morts par empoisonnement au fugu. Ce pays a donc pris de plus en plus de précaution, en adoptant une réglementation de plus en plus sévère, en formant tout spécialement les cuisiniers. On s'entoure d'un luxe de précautions, au point que des amateurs de fugu se plaignaient en disant : « Mais finalement, ce n'est plus rigolo. On ne risque plus rien ».

L'idée que le consommateur recherche le risque zéro, c'est peut-être vrai, mais en tout cas, pas au Japon. Ou alors, c'est plus compliqué que cela. Car finalement, n'avons nous pas des aliments qui nous font aussi courir quelques risques ? Par exemple, les champignons... Je reviens au fugu : il ne faut pas croire qu'on le consomme comme on saute à l'élastique. Des familles japonaises en mangent, avec les enfants. Ils l'ont commandé à un restaurant célèbre, on leur a livré et c'est une fête. Ce poisson est très cher, c'est un mets exceptionnel, très recherché, très valorisé, mais il n'est pas réservé aux machos ou aux téméraires. Songeons à nos platées de champignons. Nous aussi



avons des choses dangereuses dans notre alimentation et on ne va pas réclamer au Gouvernement de prendre des mesures de protection.

On peut même aller plus loin : l'argument du risque peut être un stimulant pour certains produits, comme il l'est pour le fugu. Certains secteurs de la publicité jouent délibérément sur le risque et le danger. Par exemple, les alcools forts. Des groupes de défense antialcoolique s'en sont d'ailleurs plaints il y a quelques années. Il y a une marque célèbre, la vodka « Absolut » vendue dans un flacon qui a fait une part importante de son succès et sur lequel est axée toute la communication : c'est une bouteille qui a exactement la forme d'un petit flacon injectable. Il y a une notion de danger là-dedans et il y a une variation dans les thèmes de la publicité sur le mot « Absolut » et sur la forme du flacon. Il y a même une publicité qui clame « Absolut Dracula », avec une goutte de sang qui coule le long de l'étiquette. On est dans un univers où l'on va affronter quelque chose d'un peu inquiétant, le surmonter en même temps, le faire pénétrer en soi. Et c'est mis en valeur.

Dire que le consommateur cherche le risque zéro, c'est nier ce genre de phénomènes. Mais il reste une question : quand sommes-nous très aversifs aux risques ? Qu'est-ce qui explique ces réponses variées et différentes ?

● Une méfiance première

Deuxième idée reçue : « rétablir la confiance ». Cela part d'un présupposé nullement démontré, selon lequel la confiance du mangeur pour ses aliments serait première.

En clair, il y aurait d'abord la confiance et, ensuite, il y aurait quelque chose qui viendrait perturber la confiance. Et là, on n'oserait plus manger. Mais, toutes les données dont on dispose montrent que c'est plutôt le contraire ! Ce n'est pas la confiance qui est première, mais la méfiance. Pour une raison très simple à comprendre et qui relève du biologique : nous sommes des êtres omnivores. Et qu'est-ce qu'un omnivore ? C'est un être dont l'organisme doit être extraordinairement adaptable, mais aussi très prudent. Parce que toute substance dont

nous allons faire un aliment est potentiellement toxique. En fait, c'est plus compliqué que cela. Il y a certes un niveau d'anxiété dû à la néophobie, c'est-à-dire à la méfiance ou à la peur de la nouveauté. Mais on est à la fois néophobes et néophiles. C'est ce que j'appelle le « paradoxe de l'omnivore ». Celui-ci ne peut pas se nourrir d'un seul aliment pour des raisons de nutrition de base - il n'est pas capable de tirer tout ce dont il a besoin d'une seule substance. Pour compenser cette insuffisance, il doit toujours avoir toujours un minimum de variété dans son alimentation. Donc, d'une certaine manière, la variété pour un omnivore est à la fois une liberté, elle permet de s'adapter, de changer de régime, de voyager, de résister au changement écologique etc., mais c'est aussi une contrainte. Il faut absolument toujours varier un minimum. Ce qui veut dire que d'un côté, il faut varier, être capable d'essayer des choses qu'on ne connaît pas, - et en effet, on a une sorte d'appétence reconnue pour la diversité qui nous fait dire au service militaire : « Quoi ? Encore, des fayots aujourd'hui ? » Ou qui fait dire à une ménagère : « Qu'est-ce que je vais pouvoir encore leur faire à manger demain ? ».

Donc, nous avons en même temps cet impératif de variété et de l'autre côté, une sorte de conservatisme alimentaire, une néophobie qui fait que nous nous méfions de tout ce qui est nouveau.

Quand je dis que la méfiance est première, c'est parce qu'il y a une contradiction fondamentale entre ces deux dimensions de l'omnivore. Ce tiraillement paraît assez naturellement « anxio-gène », je dirais que cette anxiété est protectrice, constructive. L'anxiété ne nous paralyse pas. Elle nous rend prudent, fouineur, curieux. Donc, nous dire qu'il faut rétablir la confiance, cela ne repose sur rien. Nous ne sommes pas naturellement confiants. L'idée que jadis existait un âge d'or, où nous vivions tous dans le Gers et où nous mangions de bonnes choses issues de la terre en toute confiance, parce que c'était notre grand-mère qui nous servait sur une nappe à carreaux, je dis non ! Rien ne permet de dire cela. Il y aurait l'idée que ce que nous avons mangé quand nous étions enfants nous a marqués pour toujours. Et que toujours, nous revenons à cela. Ce qui est implicite là dedans,

c'est l'idée de l'« imprinting », de l'empreinte initiale. C'est l'histoire de la couvée de canards qui prend pour sa mère la première chose qu'elle voit en sortant de l'œuf. On serait comme cela avec la nourriture. Sur ce point, il n'y a rien dans la recherche qui permet de dire que cela se passe ainsi. Toutes les études de psychobiologie des préférences alimentaires, du développement du goût etc., nous indiquent même le contraire. Il est beaucoup plus facile d'acquérir une aversion que d'acquérir une préférence. Il suffit d'une expérience négative pour acquérir une aversion très durable à un produit alimentaire. Dans certaines études, on interviewe des gens sur leurs aversions violentes, insurmontables. On leur demande : êtes-vous capables de la rattacher à quelque chose ? Dans plus de 80% des cas, les gens la rattachent à une indigestion ou un événement, quelqu'un qui les a forcés dans leur enfance à manger cet aliment... A la maternelle, j'étais à la cantine, il fallait tout manger et il y avait de la betterave trois fois par semaine. Et le goût terreux de la betterave, j'ai mis quarante ans à le surmonter. En revanche, un goût, une préférence, c'est quelque chose qui nous accompagne depuis toujours. A ce moment-là, nous sommes dans l'univers de la familiarité, ce n'est pas du tout l'illumination, l'éblouissement, la découverte. Ou bien c'est quelque chose qui s'est progressivement imposé. Cela s'explique sur le plan de l'évolution : si vous êtes omnivore et que vous devez vous méfier de certains produits, cela paraît beaucoup plus logique d'être très adaptable en cas de danger soupçonné. C'est comme en économie : le côté aversif, *aversion learning*, paraît plus « logique » que le fait d'apprendre à devenir dépendant d'une substance. Puisque la grande force de l'omnivore, c'est justement cette capacité d'adaptation : il peut trouver sa nourriture partout, il peut survivre à des cataclysmes écologiques grâce à cela. Alors que si vous êtes un animal arboricole qui se nourrit exclusivement d'une variété de feuilles d'eucalyptus, et si cette variété est touchée par une maladie, vous êtes mal... Pas l'omnivore.

Donc on est beaucoup plus sensible aux aversions, aux dangers, aux risques, qu'aux préférences. C'est un premier élément de réponse : la méfiance est première, il n'y a rien à restaurer de ce côté-là. Il faut vivre avec ce moteur qu'est cette pulsion anxieuse, en tout cas dans le

domaine alimentaire. Quitte, dans certains cas, à rechercher la sensation de risque, comme dans l'exemple du fugu au Japon ou des champignons chez nous.

La médiatisation et nos inquiétudes sont-elles à la mesure des risques réels ?

Si je raisonne en termes de rapports au risque d'un côté, et de rapports à l'inquiétude de l'autre, il me semble qu'il y a deux choses à relever :

- La première, c'est que l'expérience récente nous montre qu'il n'y a pas de relation nécessaire entre le retentissement médiatique et la gravité réelle des crises ;
- Le deuxième énoncé, c'est qu'il n'y a pas de relation nécessaire entre la gravité perçue et la gravité réelle des crises – au sens usuel, la gravité d'un risque se mesure au nombre de victimes ou au tableau épidémiologique. C'est ce que je voudrais illustrer maintenant.

● Qu'est-ce qui attire les médias ?

Premier énoncé : il n'y a pas de relation réelle entre le retentissement médiatique et la gravité des crises. Nous avons un exemple fabuleux, qui est la *Listeria*. Vous savez quelle ampleur ont pris les événements récents liés à cette bactérie, qu'il s'agisse de fromages, qu'il s'agisse de produits de charcuterie, la crise des rillettes.... Quelle est la gravité de la crise de la *Listeria* en terme de santé publique ? En 1998, en France, il y a eu 228 cas de listériose recensés – c'est une maladie à déclaration obligatoire. Sur ces 228 cas, il y a eu en gros une trentaine de morts. Cinq ans avant, il y en avait au moins deux fois plus. Donc, ce n'est pas en croissance. Et, sur ces 228 cas et ces trente morts, il y en a 90% qui appartiennent à des groupes à risque, des personnes immunodéprimées, des personnes âgées fragilisées, des femmes enceintes.

Cela signifie qu'en fait, si 90% sont des sujets à risque, une prévention ciblée sur ces sujets permet en grande partie de régler le problème. Alors, qu'est-ce qui a bien pu se passer, en 1998-1999, pour que la listériose prenne tout



d'un coup une ampleur aussi importante ? Vous me direz : ce sont les médias. La dernière « crise » datait de 1992, avec une cinquantaine de morts, et cette affaire avait l'objet d'un traitement médiatique. Mais sans aucun rapport avec le traitement médiatique actuel, beaucoup plus important. En fait, la différence, c'est que la Listeria et les questions de crises alimentaires sont devenues entre-temps un enjeu politique. On s'est rendu compte, avec la conjonction des organismes génétiquement modifiés, de la vache folle, qu'il y avait là matière à faire tomber un gouvernement, à mettre en difficulté un ministre, ou au contraire matière pour certains politiques à s'approprier un certain type de discours sanitaire, hygiéniste, en pensant que cela ferait valoir la qualité du travail accompli au gouvernement. Il y a eu des phénomènes de rivalité, des conférences de presse, des annonces qu'on pourrait qualifier d'intempestives.

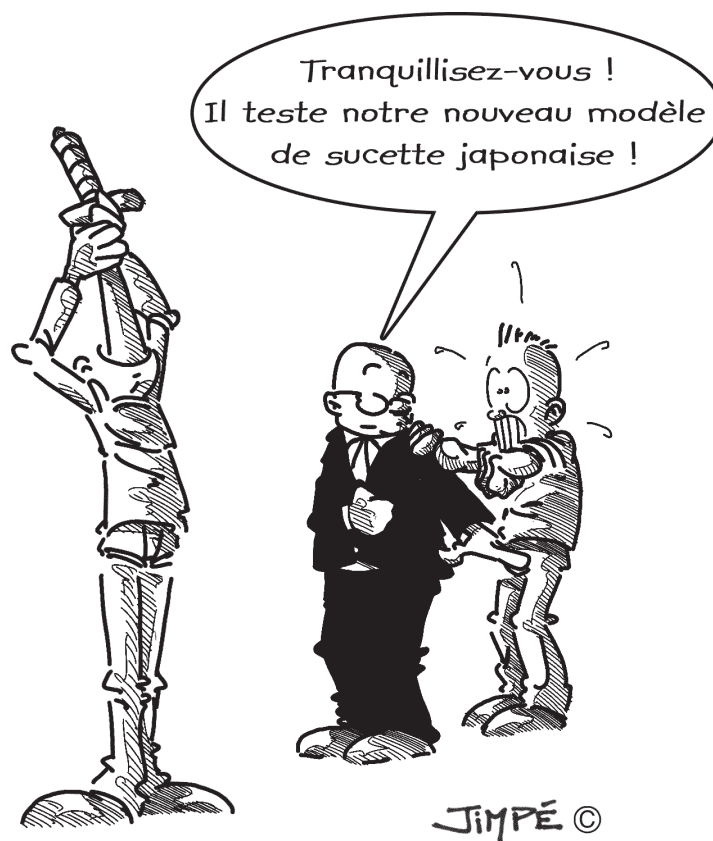
Les questions de sécurité alimentaire sont devenues un enjeu politique. Et c'est aussi pour cela que la recherche dans ce domaine reçoit un petit peu plus de moyens, pour cela qu'il y a des débats. La question de la sécurité dans nos assiettes et de la perception du risque par le consommateur, par le citoyen en l'occurrence, est devenue un enjeu politique important. C'est une explication fondamentale du phénomène de médiatisation et d'appropriation par les médias.

Toutes les affaires qui ont du poids politique ne prennent pas une dimension médiatique. Simplement, certaines situations, certaines configurations constituent des « attracteurs » pour les médias. C'est-à-dire que les médias voient facilement le parti qu'ils peuvent en tirer, cela fonctionne bien. Donc, il n'y a pas de rapport nécessaire entre la gravité d'un événement et son retentissement médiatique.

● Qu'est-ce qui nous fait peur ?

Deuxième idée, il n'y a pas non plus de relation nécessaire entre la gravité d'une crise et l'inquiétude du consommateur, du citoyen. Pour l'expliquer, il faut regarder les choses un peu différemment, en posant cette question : qu'est-ce qui nous fait peur et pourquoi ?

Je vous ai dit que pour la Listeria, il y a eu 228 cas, trente morts et un traitement médiatique massif. Comparons avec les accidents de la



route : plus de huit mille morts. Face à cela, le politique doit trancher : qu'est-ce qui nécessite le plus d'actions, de moyens ? Dans sa décision, l'opinion publique constitue une dimension importante. Or nous savons que l'opinion publique en matière d'accident de la route est difficile à mobiliser.

Prenons un autre exemple : ce qu'on appelle les infections nosocomiales, c'est-à-dire les infections que l'on attrape à l'hôpital. Elles représentent combien de morts par an ? On pense que c'est très sous-évalué, mais en général, on donne comme chiffre huit à neuf mille morts. Et pourtant, regardez le degré de mobilisation médiatique sur cette question... Concernant les implications politiques, il est évidemment plus difficile de mettre en cause le système hospitalier, les professions médicales, paramédicales, etc. Il est surtout difficile de mobiliser l'opinion publique, qui a tendance à sous-estimer certaines choses et à en surestimer d'autres. Prenons Seveso par exemple, et demandons au public combien de morts cette affaire a généré. A votre avis, quelques centaines. Mais Georges Bories, qui est très

informé, me répond lui : zéro. En fait, il y a un mort : le directeur de l'usine, qui a été assassiné par les Brigades Rouges... Qu'est-ce qui se passe dans nos têtes ? Le télescopage de deux événements différents : la catastrophe de Bhopal¹ en Inde et celle de Seveso. Pour une raison que nous ne connaissons pas vraiment, une confusion s'exerce dans nos têtes.

De même, à la question « A votre avis, est-ce que, aujourd'hui, l'alimentation est meilleure ou moins bonne que jadis ? », il y a entre 60 et 70% des gens dans les pays d'Europe occidentale qui répondent : « Moins bonne, sur le plan de la santé, sur le plan du goût, etc. ».

Certes, il n'y a pas de « bonnes » réponses mais quand on s'interroge sur la perception, on constate que l'opinion publique perçoit qu'il y a beaucoup de dangers liés à ces problèmes alimentaires. Et d'un autre côté, le public a conscience que l'espérance de vie s'est allongée. Il y a un paradoxe : si on mange si mal, et s'il y a un problème de santé publique associé à l'alimentation, comment se fait-il que l'espérance de vie ait augmenté autant ? En 1936, l'espérance de vie se situait à 55 ans pour les hommes et à 61 ans pour les femmes. En soixante ans, elle a augmenté de 19 ans pour les hommes et de 21 ans pour les femmes. Et aujourd'hui, on nous dit qu'à la naissance, on gagne à peu près deux ou trois mois par an. Qu'il y ait des problèmes de santé publique, peut-être, mais apparemment, ils se situent ailleurs. Certains disent : « Oui, c'est la qualité de la vie qu'il faut prendre en compte. » Sauf que les données de l'Organisation mondiale de la santé nous montrent que, de ce côté-là, nous sommes bien placés en France.

● Une anxiété fondamentale

Là où nous touchons au cœur du sujet, c'est quand on regarde ce qui a été fait aux Etats-Unis depuis les années 80, pour essayer de saisir comment les citoyens et les consommateurs percevaient les risques en général. Paul Slovic² a publié, en 87, un article qui est devenu un classique dans la revue « Science ». Il a pris, d'une part, des échantillons de population lambda. D'autre part, un échantillon de professionnels de l'évaluation des risques, des experts dont le métier est de calculer des risques, soit pour les assurances, soit pour des objectifs scientifiques. A tous, Paul Slovic a soumis une

liste de risques et leur a demandé de donner une note en fonction de la gravité qu'ils attribuaient à chaque risque. On leur demandait en gros : « Que pensez-vous du risque nucléaire, du risque de l'automobile, de l'aviation privée, etc. ? Donnez une note de 1 à 10 : plus vous pensez que le risque est important et plus vous donnez une note élevée. »

Qu'a-t-il obtenu ? Des divergences tout à fait impressionnantes entre les experts et entre le public. En particulier à propos du nucléaire et des dangers associés à la radiologie. Les consommateurs ont classé le risque nucléaire en premier. Les experts l'ont classé, eux, au 22^{ème} rang ! Même chose sur les rayons X : les rayons X ne préoccupaient absolument pas les consommateurs, qui ne les faisaient même pas figurer dans leur classement, alors que les experts le prenaient très au sérieux, le classant au septième rang, si je me souviens bien.

On essaie de faire la même chose avec une équipe de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) sur des échantillons un peu plus ciblés. Par exemple avec un panel de mille cinq cents médecins généralistes qui appartiennent au réseau « Sentinelle » dont se sert l'INSERM pour suivre les épidémies en France. A cet échantillon de médecins volontaires et très motivés, on soumet régulièrement des questions pour voir comment ils évaluent différents risques.

Ce qui nous a paru intéressant, fin 1999, c'est que pour certains éléments, ces généralistes sont sur la même ligne que les experts et pour d'autres ils sont sur la même ligne que le grand public. Sur ce point, la divergence entre experts et non experts disparaît. En analysant ces résultats, on constate dans un premier temps qu'ils sont bien informés, ils ont suivi des formations, des recyclages. Ils citent, par exemple, en n° 1, le cancer des voies respiratoires supérieures, les maladies coronariennes, etc. Ils placent les infections nosocomiales en troisième ou quatrième position, donc ils savent de quoi il retourne. Et sur le même plan que les infections nosocomiales, ils mettent les maladies respiratoires associées à la pollution atmosphérique.

Et là, cela diverge avec les données qu'ils sont censés utiliser, car celles-ci, ne sont pas très nettes, les classant assez loin derrière, dans les hypothèses les plus pessimistes. Même chose avec les produits chimiques dans l'alimen-

(1) Dans cette ville indienne, en décembre 1984, un réservoir de l'Union Carbide, contenant un gaz toxique, le méthylisocyanate, explose et libère dans l'atmosphère un important nuage qui causera 2.500 morts et 250.000 blessés.

(2) P. Slovic, « Perception of risk », Science N° 236, 1987. Pages 280-287.



tation : ils les classent très haut. Alors que si vous regardez la littérature scientifique, les évaluations sont très floues. Cela indique qu'il y a une méfiance très profonde et très ancrée à l'égard de l'alimentation moderne, y compris parmi des publics scientifiquement informés comme les professionnels de la santé.

● Le « tract de Villejuif »

Cela me rappelle une histoire très instructive : celle du tract de Villejuif. Le tract de Villejuif à l'en-tête de l'hôpital de Villejuif donnait la liste des additifs alimentaires, des colorants et autres substances qui seraient cancérigènes et toxiques. Je crois que la première observation date de 1973-74, si ce n'est avant. Ces tracts dénonçaient par exemple le E330 comme le plus dangereux. E-330, si je ne me trompe, c'est de l'acide citrique. Et donc, si vous croyez au tract de Villejuif, il faut absolument arrêter de manger des agrumes. En fait, le contenu de ce document était erroné, il n'avait aucun rapport avec la réalité. Ce qui est intéressant, c'est qu'il a été dénoncé comme tel depuis trente ans. Pas seulement par les industriels, mais aussi par les autorités gouvernementales et même par les associations de consommateurs. Jean-Noël Kapferrer, dans les années 80, avait fait une petite enquête sur ce tract, sa diffusion, les milieux favorables à sa reproduction, etc. Et il s'était rendu compte que, là encore, dans ces milieux favorables, il y avait des gens très bien informés, des instituteurs, des animateurs socio-culturels et même certains médecins généralistes qui l'affichaient dans leur salle d'attente sans trop le regarder...

Il ne s'agit pas d'une conspiration ou de concurrents jaloux. Il s'agit vraiment d'un phénomène qui traduit une anxiété fondamentale de l'opinion, particulièrement vive et aiguë dans certains milieux sociaux, qui se maintient et s'amplifie depuis trente ans, parce qu'il faut cela soit très résistant pour que cela continue comme cela.

Les facteurs anxigènes de l'alimentation

Sur les divergences experts – profanes, sur les phénomènes de rumeur, comment peut-on

expliquer ce type de distorsion ? Je passerai en revue plusieurs facteurs.

- Première série de facteurs : ceux qui sont liés à la configuration du risque. C'est-à-dire le type de situation à laquelle nous sommes confrontés, les éléments extrinsèques ;
- Deuxième série de facteurs : la caractéristique du sujet, c'est-à-dire vous et moi. En d'autres mots, les éléments intrinsèques, avec des aspects psychologiques, cognitifs, etc. ;
- Troisièmement : le caractère tout à fait spécifique de notre rapport à l'alimentation. Vis-à-vis de l'aliment, on n'est pas tout à fait le même que devant d'autres produits de consommation ;
- Quatrième aspect : des éléments qui tiennent au contexte social et culturel dans lequel on est.

● Quelles sont les caractéristiques du risque ?

Commençons par les configurations de risques. On retrouve là le même courant de recherche qui a été initié par Slovic et d'autres aux Etats-Unis et un peu en Angleterre. Ces chercheurs se sont attachés à répertorier, dans les crises environnementales ou alimentaires, les facteurs qui entraînaient une mobilisation ou une sensibilité particulières, une inquiétude, une indignation plus vives. Je vais en citer quelques-uns de façon non exhaustive. Bien souvent, ce sont des choses que le bon sens nous aurait indiquées.

Par exemple, il y a la dimension proximité ou distance : si le risque concerne quelque chose ou quelqu'un près de chez nous, il est évident qu'on ne réagit pas de la même façon que s'il s'agit de quelque chose d'abstrait, ou qui se situe de l'autre côté de la planète. D'ailleurs, dans les médias, les vieux journalistes blanchis sous le harnais enseignent aux nouveaux venus la loi du « mort kilomètre » : si une mobylette se casse la figure au coin de chez vous, dans les pages locales, cela fait un titre plus important que s'il y a un coup de grisou en Afrique du sud. Ensuite, il y a le caractère volontairement subi ou imposé. Si je vais faire du ski et que je fais un calcul probabiliste du risque que je cours, c'est vraiment l'une des choses les plus dangereuses qu'on puisse faire. Evidemment, on ne va pas se scandaliser si on se casse la figure en

ski. On a délibérément accepté de courir ce risque, on sait qu'on peut se casser la jambe. Ce n'est pas la même chose que si on vous impose un risque.

Troisième facteur : si en plus de subir un risque qu'on vous impose, vous prenez conscience ou vous pensez qu'il profite à quelqu'un et pas à vous, vous êtes évidemment dans une situation beaucoup plus mobilisatrice que si le risque est « gratuit » pour tout le monde. Arrivé à ce point, les gens pensent toujours aux organismes génétiquement modifiés... Avec un risque dont on ne connaît pas l'importance, qui vous est imposé parce que vous n'avez aucun contrôle sur ce que vous allez absorber et qui, en plus, profite à d'autres plutôt qu'à vous. Il n'y a même aucune promesse pour le consommateur. On ne vous dit même pas que ça va être moins cher ou meilleur. Mais : « Bouffez, nous ferons le reste. »

Ensuite, il y a la question de la maîtrise du risque, du danger réel, effectif. Ce n'est pas la même chose que la question du risque imposé ou du risque accepté. Ce que je veux dire par la maîtrise, c'est que lorsque vous demandez « Est-ce qu'il y a un risque ? », on vous répond : « Oui, il y a un risque ». Et une fois qu'il y a un risque, vous avez l'impression de pouvoir le maîtriser, parce qu'on vous a dit : « C'est facile, pour l'éviter, il faut faire ceci ou cela ». Au début de l'affaire de vache folle, par exemple, on nous disait qu'il suffisait d'éviter certains abats et les tissus nerveux. Dans un deuxième temps, la chose devient médiatique, les rumeurs circulent, on commence alors à vous dire : « Oui mais, attendez, il y a des sous-produits du bœuf et de certaines parties du bœuf qui pourraient être nocives. » On ne soupçonnait même pas qu'il y en avait dans bon nombre de produits, dans les cosmétiques, la gélatine pour les bonbons, les capsules de médicaments... Il y a même des fils chirurgicaux à base de sous-produits du bœuf. Vous commencez alors à vous dire que le risque est partout. Du coup, on ne peut plus l'éviter. Dans un premier temps, il y avait un sentiment de maîtrise. Dans un second temps, pas de maîtrise du tout. Imaginez que l'eau du robinet soit contaminée. C'est probablement la maîtrise la plus faible possible, car il est très difficile d'éviter l'eau du robinet, que ce soit pour vous laver, faire la

cuisine, boire ou vous laver les dents. Donc, il y a là une sensation particulière d'indignation ou de mobilisation, un sentiment d'être particulièrement concerné par la perte de maîtrise.

Il a été noté également, mais je trouve cela plus discutable car c'est une question d'interprétation, le point suivant : est-ce un risque d'origine humaine ou est-ce un risque naturel ? En fait, cela vient contredire d'autres études antérieures sur les catastrophes. Ce que ces chercheurs disent, c'est que le risque humain est plus mal perçu, qu'il crée donc plus d'indignations et d'inquiétudes que le risque naturel, parce qu'on incrimine quelqu'un. En réalité, dès qu'il y a un cataclysme naturel quelconque, il y a une recherche des responsabilités. Les politiques sont bien placés pour le savoir...

Car il y a un processus d'humanisation des risques naturels. « Il serait trop facile », titre la presse, « d'invoquer la fatalité ». Sous-entendu : il y a forcément des responsables, ou des coupables, ou les deux. Donc, ce lien est plus compliqué. En revanche ce qui semble se vérifier au fil du temps, c'est l'opposition entre un risque qui est associé à une technique nouvelle et inconnue et le risque associé à une technique familière. Cela fait moins de retentissement lorsque c'est une technique familière. Il suffit de se reporter cent ou cent cinquante ans en arrière, au début du chemin de fer, et de lire ce qu'écrivaient des scientifiques très sérieux. Je crois qu'il y a un texte d'Arago sur les chemins de fer qui est apocalyptique et qui dit qu'à 25 ou 30 km/h, aucun être humain ne peut survivre au déplacement de l'air. Il est étouffé, c'est épouvantable, il y a les escarbilles, on va perdre le sens de l'équilibre, etc. Donc, on a tendance à être plus sensible quand il s'agit d'une technique nouvelle. Alors imaginez à présent que soit établie une corrélation entre une allergie et la consommation d'un produit pouvant contenir des organismes génétiquement modifiés... On est immédiatement tous mobilisés.

● Le ver est dans le poisson...

Dans certaines situations, on voit donc qu'il y a un caractère plutôt anxiogène et cela donne une partie des réponses à la question que je posais initialement : c'est-à-dire pourquoi nous nous inquiétons plus pour certaines choses que



pour d'autres, sans que cela ait grand chose à voir avec des dangers effectifs mesurés par les experts. Même s'il est tout à fait acceptable scientifiquement de dire qu'on va mesurer le risque par le nombre de morts ou de victimes, ce n'est pas du tout comme cela que le consommateur voit les choses. Il y a un excellent exemple dans les crises alimentaires : en 1987, il y a eu en Allemagne une crise sur le poisson liée à un ver parasite, l'Anisakis. Lors d'une émission intitulée « Défense du consommateur », diffusée à une heure de grande écoute, au moment où les Allemands sont à table, un jeune homme a témoigné en disant : « Voilà, j'ai mangé des harengs et on m'a enlevé un tiers de mon tube digestif, parce que j'ai attrapé un ver parasite très dangereux qui était dans ce hareng ». Imaginez : zoom sur un microscope, où l'on voit un ver qui se tortille dans les entrailles d'un hareng, les gens sont à table, ils voient le jeune homme qui s'est fait enlever 2,50 mètres d'intestin... Face à cela, vous ne faites pas un calcul probabiliste, ce ne sont pas les mêmes mécanismes qui sont en jeu. Puis, les chercheurs sollicités par l'émission sont allés dans les supermarchés, ont acheté des bocaux de harengs et commencé à les analyser. Ils trouvent des vers dans je ne sais plus combien de bocaux. Du jour au lendemain, la consommation s'effondre, le poisson de la mer du Nord accuse une baisse des ventes de 50 ou 60%. Evidemment, les représentants du Gouvernement et des filières concernées essayent d'argumenter. Que font-ils ? Eh bien, ils disent : on va faire appel au bon sens des consommateurs, on va leur dire exactement quelle est la fréquence de l'incidence, la prévalence de ce type de pathologie, combien il y a de morts, etc. Et le porte-parole déclare : « Si je compte depuis 1950 combien de repas à base de poissons ont été consommés en Allemagne, cela fait x milliards, et sur ces x milliards de repas de poissons, il y a eu deux cents cas »... Il a évidemment l'impression d'avoir donné l'argument massue, celui qui va écraser toutes les objections. Et bien non, cela ne fait que redoubler l'inquiétude, et c'est toujours ce qui est observé dans les situations de crise. Quand vous avez des configurations de risque comme celle que j'ai évoquée, et que vous donnez les chiffres, vous obtenez un effet boomerang. Les gens pensent : « Ils se foutent de nous, ils nous prennent pour des cons, etc. ».

Cela fait redoubler l'indignation et vous accélérerez la crise. De toute façon, je crois qu'une fois que la crise est déclarée, n'en déplaise aux gens dont le métier consiste à vendre de la gestion de la crise, il n'y a pas grand chose à faire. Il y a un certain nombre de bêtises à éviter, mais guère plus. Finalement, ce sont les approches les plus démocratiques et les plus transparentes qui sont les plus justes et les plus efficaces. Cela est vérifié par les faits.

Continuons sur l'appréciation que nous faisons d'un risque, qui n'est pas forcément probabiliste, mais sur des réactions et des mécanismes qui sont autres. Par exemple, le moteur du dégoût dans la crise de la vache folle. A l'heure du dîner, on voyait des abattoirs, des cadavres hissés par des grues, on nous jetait à la figure quelque chose qu'on ne voulait pas voir. Dès que vous montrez un abattoir à l'image, vous donnez une image perçue comme négative. Voilà pour les facteurs qui induisent une configuration de risque.

● Les facteurs cognitifs

En deuxième lieu, il y a une série de facteurs qui relèvent de notre psychologie ou de notre façon de fonctionner mentalement. J'ai évoqué les facteurs cognitifs. La meilleure définition que je peux vous donner de la cognition, tout le monde ne sera pas d'accord, c'est la psychologie moins les émotions. C'est le traitement logique de l'information, des signaux sensoriels, l'analyse, les mécanismes de raisonnement, etc. Si vous considérez ces phénomènes, vous remarquez trois choses.

La première, c'est que le risque est une notion statistique. La définition du risque, c'est la probabilité que se produise un événement avec des conséquences négatives. Or on sait expérimentalement que le raisonnement probabiliste est, comme on le dit dans le jargon, « contre-intuitif ». C'est-à-dire que nous ne sommes pas capables, spontanément, d'adopter un raisonnement probabiliste. Il faut une gymnastique mentale importante. Par exemple, des études ont posé des petites « colles » statistiques à un très grand échantillon de population, y compris à des gens qui avaient une formation statistique. Et on voyait qu'il y avait un type de réponses erronées qui était beaucoup plus fréquent y

compris chez des gens qui avaient une formation ad hoc. Cela signifie que dès que vous êtes confrontés à une discussion publique sur un problème de risque, vous ne parlez pas le même langage. Je crois que la meilleure analogie pour décrire cela, ce sont les illusions optiques. Dans tous les musées des sciences, il y a une salle où on vous montre des illusions d'optique et on est tout fait capables d'accepter que dans certaines circonstances, on ne puisse pas se fier à notre perception visuelle. On en est capable parce qu'on nous l'explique. Et bien c'est la même chose sur le plan du raisonnement, et en particulier du raisonnement probabiliste : on n'est pas vraiment bien équipé, il faut faire un gros effort. Alors, utiliser l'argument statistique dans les situations chaudes, ce n'est vraiment pas la chose à faire. En général, cela ne fait pas retomber les inquiétudes.

Deuxième chose, liée à cela : qu'est-ce que le risque ou le danger et comment nous le percevons ? Nous le percevons en terme binaire, c'est-à-dire oui ou non. On dit : est-ce qu'une chose est dangereuse ou est-ce qu'elle n'est pas dangereuse ?

Elle ne peut pas être un tout petit peu dangereuse ou beaucoup dangereuse, cela n'a aucun sens. C'est un peu comme les aliments. Si vous demandez aux gens : « A votre avis, est-ce que tel aliment fait grossir ou ne fait pas grossir ? » Ils répondent : « La pomme de terre fait grossir et le haricot vert ne fait pas grossir ». Comme si vous pouviez manger 5 kg de haricots verts sans prendre un gramme et à l'inverse, comme s'il suffisait de prendre un gramme de pomme de terre pour vous faire grossir. Il y a cinq cents ans déjà, Paracelse disait : « la dose fait le poison ». Eh bien, cela ne rentre pas bien dans nos têtes cette idée que la dose fait le poison, que le risque est un processus graduel, probabiliste. Le risque, cela reste : oui/non. A ce propos, il y avait eu un dialogue typique entre un journaliste et un expert scientifique de la commission des experts de Bruxelles :

« Alors, Monsieur le président, est-ce que c'est dangereux ou non ? ».

« Ecoutez, non, c'est un risque négligeable ». Il ne faut pas dire négligeable, car cela veut dire que vous êtes négligent et que vous négligez les gens. C'est évident, c'est comme cela qu'on le reçoit tous. Et en plus, « risque négligeable », cela ne veut rien dire. Donc le journaliste relan-

ce : « Alors, c'est dangereux. Il y a un risque... ». Nous raisonnons en terme binaire, comme si le danger était une caractéristique intrinsèque d'un objet ou d'une situation, comme si c'était une essence.

Troisième aspect : l'exposé médical qui démontre les liens par exemple entre le tabac et le cancer du poumon, avec une avalanche de statistiques, des séries absolument implacables, une corrélation parfaite. A ce moment-là, il y a toujours quelqu'un qui vous dit : « Mon cousin Albert fume trois paquets de cigarettes par jour, il va avoir 95 ans et il se porte comme un charme. ». C'est dire qu'il y a toujours une exception, dans notre environnement, dans notre expérience familiale, et on ne sait quoi faire de cette exception au regard des risques statistiques. Comment fait-on pour intégrer dans notre expérience, dans notre vécu, l'information statistique ? Qu'allez-vous faire de votre cousin Albert ? Eh bien, votre cousin Albert, il est dans le 0,001%. Pourtant, l'exception proche doit avoir un sens.

Donc, il y a un certain nombre d'éléments qui concourent à mieux comprendre que nous ayons des approches un peu surprenantes du risque et du danger.

La spécificité de l'alimentation

Et puis, il y a cette autre dimension qu'est le caractère absolument spécifique de la consommation alimentaire par rapport aux autres consommations et aux autres domaines de l'expérience quotidienne. Quand vous consommez un aliment, c'est littéralement la forme de consommation la plus intime que vous puissiez avoir. Et quand je dis intime, il faut le prendre au sens étymologique, *intimus* en latin, qui est le superlatif de « intérieur », ce qui est suprêmement le plus intérieur.

Et en effet, l'alimentation constitue la seule expérience où lorsque vous consommez quelque chose, vous le faites pénétrer en vous. Non seulement vous le faites pénétrer en vous, mais il y en a une bonne partie qui y reste et qui devient votre propre substance. Donc, le fait que nous ayons une sensibilité particulière à l'égard des produits que nous faisons pénétrer au plus intime de nous-mêmes, ce n'est en soi pas surprenant.



● Manger magique

Ensuite, quand on regarde les données empiriques, les observations, la littérature, que constate-t-on ? Il faut que je fasse un préalable général sur ce qui s'appelle la « pensée magique », pour l'appliquer après à l'alimentation. La pensée magique, c'est quelque chose qui est observé depuis une centaine d'années par les fondateurs de l'anthropologie. Ceux-ci commencent à compiler, dans la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle, toutes les observations de voyageurs et d'explorateurs sur les coutumes particulières et étranges des populations dites « indigènes ». Ils s'intéressent beaucoup à la pensée religieuse, car c'est une période de scientisme triomphant, de positivisme montant et d'interrogation profonde sur la compatibilité entre la pensée religieuse et la pensée scientifique. Toujours est-il que ces anthropologues commencent à compiler tout cela et à essayer de formuler les lois de la pensée magique, qu'on retrouve à l'époque chez tous les peuples dits « primitifs » : ce sont l'idée de contagion et l'idée de similitude.

L'idée de contagion est la suivante : *Once in contact, always in contact*. Ce qui a été une fois en contact sera toujours en contact. Selon la pensée magique, quand on a été en contact avec certaines choses, c'est comme si on restait toujours en contact avec elles, il en reste toujours une trace. C'est cela, l'idée de contagion. Par exemple, si je touche quelque chose d'impur, cet impur, d'une certaine manière, me change, me modifie, m'imprègne et il va m'être difficile, voire impossible de m'en débarrasser. Il va falloir faire des rituels, aller se plonger tous les matins dans l'eau du Gange, etc.

L'idée de similitude s'exprime, elle, sous la maxime : l'image = l'objet. C'est-à-dire que je prends une statuette, je dis qu'elle est mon ennemi et je vais la percer de flèches.

En fait, je soulignerai une idée très importante : cela ne concerne nullement les populations dites « primitives ». Nous disposons de données expérimentales récentes, qui nous montrent qu'on fonctionne tous comme cela en partie.

En matière d'alimentation, ces mécanismes sont très fortement en action, très présents. Je vais illustrer ce caractère universel bien contemporain de la loi de contagion ou de la loi de similitude. Vous allez me dire : « En quoi cela

nous concerne ? Vous ne pensez tout de même pas qu'aujourd'hui, ici et maintenant, il y a des gens qui croient que l'image égale l'objet ? Ce sont vraiment des croyances primitives ». Peut-être. Mais si je vous demande de me sortir une photo de vos enfants, que je m'assure que vous en avez un négatif ou d'autres tirages et que néanmoins, je vous demande, pour l'amour de la science, de déchirer la photo de vos enfants en public, qu'allez-vous faire ? Sincèrement, aurez-vous envie de répondre à cette injonction ? Evidemment non. On a tous une réticence presque insurmontable à déchirer la photo, l'image d'un être cher, alors même que, rationnellement, nous savons parfaitement que nous pouvons la reproduire à l'infini. Ce sont des choses que nous avons mesurées. Nous avons demandé à un vaste échantillon de population de mettre une note à l'envie qu'ils ont d'obéir. Il y a de petites différences individuelles, mais en gros, cette réticence est présente chez tous. En revanche, quand vous rompez avec quelqu'un, vous retournez la photo, vous la mettez dans un tiroir et éventuellement vous la déchirez - après vous êtes pris de remords, vous la recollez, etc. L'image égale l'objet, cette loi de similitude, elle nous concerne également.

Même chose pour la contagion. Il y a une expérience très amusante où on demande aux gens : « Si je vous demande de porter le pull-over qui appartient à votre pire ennemi, quelle envie avez-vous d'obéir ? » Eh bien, vous avez moins envie de porter le pull-over de votre pire ennemi que de porter celui de l'être le plus cher. Vous voyez tous les jours des manifestations magiques de ce type. Souvenez-vous de cette petite fille qui avait serré la main de M^{me} Clinton, quand elle était à Paris. Elle a déclaré à la télévision : « Je ne vais pas me laver la main pendant quinze jours ». C'est de la contagion positive. Donc, la pensée magique ne concerne pas seulement les « sauvages » des confins reculés de la planète. C'est un phénomène qui nous concerne tous.

● Le principe d'incorporation

En quoi cela s'applique particulièrement à l'alimentation ? Je vous propose une hypothèse : en matière d'alimentation, il y a ce que j'appelle l'idée d'« incorporation ». Elle désigne la croyance profondément ancrée en nous selon

laquelle, si je mange quelque chose, ce quelque chose va me transformer de l'intérieur. Je vais ressembler à ce que je mange. Vous retrouvez cela sous la forme de proverbes dans presque toutes les langues. Vous en trouvez l'illustration dans les discours publicitaires, dans les expressions – « Tiens, tu as bouffé du lion ce matin ». C'est la barre Lion qui vous fait rugir, ou l'eau d'Evian qui vous donne ce que la montagne lui a apporté : la pureté des glaciers, éternelle, millénaire, près du ciel. Ou alors c'est l'eau de Volvic qui vient des profondeurs des volcans, l'énergie tellurique. Incorporer quelque chose, c'est s'incorporer du même coup ses vertus ou ses défauts. C'est un moteur fondamental de la communication publicitaire.

De quoi se compose cette idée d'incorporation ? Du télescopage, de la similitude et de la contagion. La contagion, parce qu'avaler quelque chose, le faire devenir partie intégrante de soi. Donc la contagion s'exerce au maximum. Ensuite, la similitude, c'est l'idée que les caractéristiques liées à l'objet absorbé, y compris celles de son image, de son nom, des vertus qui lui sont associées, vous sont commu-

niquées. Par exemple, en Nouvelle Guinée, dans tel groupe, on conseille aux adolescents de manger des plantes à pousse rapide : « je suis ce que je mange », j'observe des plantes qui poussent rapidement, donc je vais pousser rapidement. De même, au XIX^{ème} siècle, un proverbe français disait : « Celui qui mange de la cervelle d'ours se prendra pour un ours. » Appliquez-le à la vache, et là, cela commence à être inquiétant...

La pensée magique, vous le voyez, nous donne une clef qui me paraît décisive pour mieux comprendre la manière que nous avons de surévaluer, ou, de donner une importance particulière aux crises et aux incertitudes alimentaires : si je suis ce que je mange, il est très important pour moi de savoir ce que je mange. Nous menons des entretiens approfondis avec les gens et la formule qu'on retrouve le plus souvent, lorsqu'on leur demande ce qu'ils pensent de l'alimentation moderne, est la suivante : « On ne sait pas ce qu'on mange » ou « On ne sait plus ce qu'on mange ».

L'un de mes collègues qui, il y a trente cinq ans, travaillait dans le Sud Finistère sur une grande enquête ethnologique, a gardé ses carnets de l'époque. Il avait notamment retranscrit un dialogue entre des paysans de cette région bretonne, en 1965, sur le pâté de porc en boîte :

- « On ne sait pas ce qu'ont mangé les porcs. Peut-être du tourteau. ».
- « Les tourteaux, cela donne le cancer ».
- « Oui, c'est parce qu'on donne maintenant du tourteau aux bêtes qu'il y a plus de cancers. Rien ne vaut le naturel. Là, au moins, on sait ce qu'on mange. ».

La recherche du naturel, la méfiance pour les produits transformés par l'industrie, la mise en cause de certains aspects techniques, ne datent pas d'aujourd'hui. C'est aussi vieux, finalement, que les transformations des filières du système alimentaire. Il y a eu la critique des poulets aux hormones, puis celle des colorants, dans les années 70. Du coup, les fabricants ont commercialisé des sirops sans colorant dont les consommateurs n'ont pas voulu : les sirops de fraise ou de menthe étaient incolores, ce qui nous déstabilisait un peu. C'était de la dissonance cognitive, en terme savant. Ce qui fait qu'on est retourné aux colorants.





● Qui suis-je ?

Donc savoir ce qu'on mange est un impératif, une exigence fondamentale. On comprend bien alors le malaise du mangeur contemporain. On a interrogé des dizaines de gens sur la crise de la vache folle et sur les organismes génétiquement modifiés, chez lesquels l'idée selon laquelle « On ne sait pas ce qu'on mange » revient sans arrêt. Ce qui veut dire, « si je suis ce que je mange et que je ne sais pas ce que je mange », ergo, « je ne sais pas ce que je suis, qui je suis ». C'est-à-dire que j'ai perdu la maîtrise sur moi-même que me confère l'alimentation. Car dans toutes les civilisations humaines, le contrôle et la maîtrise de l'aliment constituent la première médecine, la première modalité d'intervention sur le corps et même sur l'esprit.

L'implication des religions dans l'alimentation le montre bien. Ce n'est pas seulement une histoire de santé, c'est aussi une histoire de morale ou de spiritualité. Rares sont les religions qui n'ont pas de prescriptions et de prohibitions alimentaires. Le Christianisme, délibérément, se distingue des autres en annonçant : « nous autres, nous n'en avons pas ». Pour des raisons historiques d'ailleurs, à une période où il doit se distinguer du Judaïsme et gérer explicitement l'abandon des prohibitions de l'ancien testament. Mais d'un autre côté, il gère quand même énormément l'alimentation. Sous l'ancien régime, vous aviez jusqu'à presque deux cents jours dans l'année où vous deviez faire maigre ou jeûner³. Donc, il y a un contrôle étroit sur la façon de gérer l'alimentation, ce qu'on doit manger ou pas. Parce que le gras et le maigre, c'est quand même une distinction entre certaines substances alimentaires et d'autres, en dépit de tout ce que disent les théologiens.

La question n'est donc pas de décider si l'exigence de savoir ce qu'on mange est légitime ou pas. Cette exigence est absolument compréhensible étant donné ce que nous sommes. Je veux savoir ce que je mange parce que contrôler ce que je mange ou contrôler ce que mangent mes proches, c'est, finalement, la faculté d'intervention la plus importante que j'ai sur leur santé, leur spiritualité, leur être, ce qu'ils sont et qu'ils vont devenir. En revanche, si je suis dans une situation où je peux dire « je ne

sais pas ce que je mange », je suis dans un état vraiment très critique.

Dans la manière dont nous percevons, subjectivement et objectivement les produits qu'on nous propose, la question n'est pas de savoir s'ils sont sains ou malsains : nous sommes incapables de mettre en évidence biologiquement, toxicologiquement, un effet quelconque, négatif ou positif de l'alimentation moderne. On peut formuler des jugements gastronomiques – « ça manque de goût, ça n'a pas de saveur »... – mais, sur le plan proprement de la santé, cela relève de l'indécidable.

Nous avons une perception négative de l'alimentation moderne, parce qu'objectivement, les produits que nous consommons sont des « objets comestibles non identifiés » : ce ne sont pas des OVNI, mais des « OCNI »... Depuis que les filières de l'agroalimentaire se sont étendues, complexifiées, depuis qu'il y a une transformation agroalimentaire croissante aux deux bouts de la chaîne, nous ne savons plus d'où viennent ces produits. L'aire de production a tendance à s'éloigner de plus en plus ; nous ne savons pas quelles transformations, quels processus ils ont subis. On ne sait pas qui les a traités, qui les a touchés. Et devant ce mystère fondamental de nos aliments, nous avons une interrogation tout aussi fondamentale sur ce qu'ils vont faire de nous.

Ces utopies qui re-identifient l'aliment

Face à cette situation, nous avons des réponses, des réactions magiques ou rationnelles, peu importe, pour essayer de ré-identifier ces produits de plusieurs manières. Et là, j'en arrive enfin à la question des utopies.

Une utopie, c'est un idéal imaginaire d'organisation sociale, où il n'y a pas de jugement de valeur. On pourrait très facilement dire que l'utopie conduit au totalitarisme. Ce dernier a, en effet, une dimension utopique très importante, car l'utopie tend à régir, prédire, programmer le destin et la vie quotidienne d'une population. C'est aussi, sur le versant positif, ce qui fait rêver, ce qui nous mobilise, ce qui nous aspire dans l'avenir, d'une certaine manière.

(3) Voir l'ouvrage Histoire de l'alimentation, sous la direction de Jean-Louis Flandrin, Edition Fayard, 1996. 650 pages.

Dans les réponses que nous pouvons élaborer face à la dés-identification de nos aliments, on peut déceler deux sortes d'utopie.

- Premier type de réponses : vous pouvez exiger de savoir ce qu'il y a dans les aliments à travers l'étiquetage informatif qui mentionne tous leurs ingrédients. Mais il y a derrière cela des conséquences en chaîne, sur lesquelles je vais revenir.
- La deuxième façon de ré-identifier vos aliments, c'est de demander à savoir d'où ils viennent.

● La composition des produits : l'utopie américaine

Ces réponses concernent la recette et/ou l'histoire, les deux n'étant pas forcément compatibles. La recette d'abord : il ne s'agit pas tant de recette culinaire, mais de l'idée qu'on va vous dire tout ce qu'il y a dans le produit, jusqu'à la dernière molécule. C'est l'utopie américaine. Les Américains ont en effet les mêmes problèmes que nous, sachant qu'en plus, ils n'ont pas de culture culinaire structurée qui, finalement, gouverne les choix des individus de façon assez reposante (quand on sait comment cuisiner tel aliment, parce que c'est comme cela que tout le monde fait et qu'on a toujours fait ainsi, c'est plus reposant que quand il faut décider, à chaque instant, ce qu'on va choisir). L'utopie américaine que vous pouvez trouver dans d'autres pays, est une utopie scientifique, positiviste mais qui repose sur une conception politique implicite. Comment cela marche aux Etats-Unis ? D'un côté, c'est l'empire du néolibéralisme et de la libre entreprise, avec très peu de réglementation. Mais de l'autre, ils sont extraordinairement interventionnistes dans le domaine de la santé et de l'alimentation, avec de nombreuses directives ou des indications nutritionnelles à l'usage de la population, publiées par le département de l'Agriculture sous la forme d'une pyramide. En haut de la pyramide, ce sont les aliments que vous ne consommez jamais ou très rarement ; et en bas de la pyramide, c'est le fondement de votre alimentation, des aliments que vous mangez tous les jours. C'est, en clair, une sorte de politique générale à l'usage des citoyens et de leur alimentation.

Qu'est-ce que cela donne, en effet ? En bas,

figurent les céréales, le pain, les sucres lents, etc. Puis, plus haut, les légumes et les fruits frais et, enfin, au sommet, la viande, le sucre, les graisses.

Par ailleurs, la *Food and Drug Administration* (FDA) « prescrit » un étiquetage informatif extraordinairement détaillé, avec notamment les « *Recommended Daily Allowances* », c'est-à-dire les apports nutritionnels journaliers conseillés, qui sont indiqués en terme de pourcentages par rapport à des besoins quotidiens. Et déjà, l'utopie se dessine... D'un côté la pyramide (cela fait très bien, dans l'utopie, cela évoque la pyramide maçonnique avec l'œil au milieu, l'univers du moral), avec des directives, des grands principes généraux. De l'autre, l'information spécifique. Or le modèle implicite de tout cela est aussi une utopie politique. En tout cas, un modèle politique très clair, inscrit dans la Constitution, qui dit que les Etats-Unis ne sont pas une nation, mais un peuple, composé d'individus qui sont des citoyens libres et égaux en droits. Dans ce cadre, l'État a pour rôle de leur apporter l'information fiable, car dans cette logique protestante, les individus sont responsables de leurs agissements, de leur corps et de leur santé. Et l'information, comment vous l'obtenez ? Par la science, parce que c'est la seule façon d'avoir une information fiable. Comme il y a aussi des lobbies – les industries, les producteurs, les agriculteurs, les éleveurs... – ce sont les scientifiques qui vont être les arbitres de ces divisions entre lobbies. Le produit de cette négociation, c'est la pyramide nutritionnelle. Et je peux vous dire qu'il y a des bagarres très sérieuses pour savoir si le sucre ou la viande doivent être en haut de la pyramide ou un peu plus bas, voire pas du tout. C'est présenté comme un consensus scientifique, mais c'est en fait un consensus politico-économico-scientifique.

Pour la *Food and Drug Administration*, c'est pareil. Les citoyens et les individus libres et égaux en droit sont responsables de leurs choix, on doit donc leur donner toute l'information, sans chercher à les influencer d'une manière quelconque. Les textes disent même dans quel ordre les ingrédients doivent ou ne doivent pas être présentés. Imaginez le consommateur américain, responsable de son corps, de sa santé, de sa nutrition, confronté à l'utilisation des informations, des indications et des directives qu'on lui donne. Il arrive dans un supermar-



ché, il prend une boîte, il regarde sur l'étiquette et il voit que ce produit contient 123% des apports recommandés journaliers de telle et telle vitamine, 254% de telle autre, 53% de glucides, 74% de lipides...

Il n'a plus qu'à sortir son ordinateur pour calculer, avec les autres produits qu'il va acheter et qu'il va cuisiner, à combien il en est de son pourcentage de « *Recommended Daily Allowances* » et si c'est conforme aux « *Nutritionals Guide Lines* »... Là vraiment, je suis responsable. Cela repose sur le présupposé implicite selon lequel se nourrir est un acte individuel qui résulte d'une décision rationnelle. Un dessin humoristique tiré de la presse américaine résume très bien tout cela. On y voit deux nutritionnistes ou deux agents gouvernementaux de la santé publique, dans un bureau. Ils ont à la main des listes de statistiques d'obésités et de problèmes nutritionnels, ils regardent par la fenêtre et voient passer dans la rue des gens qui font 200 kg, qui bouffent des ice-cream, etc. Et l'un dit à l'autre : « Je comprends comment cela peut s'expliquer : plus on leur donne de l'information nutritionnelle et plus ils deviennent obèses ». Car le problème est là : pourquoi les Américains deviennent-ils obèses en dépit de toute l'information nutritionnelle qu'on leur dispense ? Parce qu'ils sont dans un système alimentaire déstructuré où on peut manger n'importe quoi à n'importe quelle heure de la journée. La notion d'acte alimentaire comme acte en soi, *sui generis*, n'existe plus guère que dans certaines couches sociales et dans certaines circonstances. C'est-à-dire dire qu'en gros, vous faites un repas structuré quand vous invitez une fille au restaurant. Alors là, vous avez une bouteille de vin, un menu, et vous commandez du poisson et de la salade si vous avez bien lu les informations nutritionnelles, ce qui est le cas de certaines couches sociales : les classes moyennes urbaines, les yuppies, etc.

Cette utopie repose sur une conception erronée de la nature humaine. Et, à l'occasion, sur une conception erronée du rapport à l'alimentation. La plupart des utopies qui ont conduit au totalitarisme reposaient sur l'idée fondamentalement erronée que l'homme est une *tabula rasa*, une table rase ou une cire vierge qu'on peut modeler comme on veut si on a le bon modèle. Eh bien, là, c'est un peu la même chose. L'idée selon laquelle on prend des décisions rationnelles et

raisonnées en matière d'alimentation, est fausse. Elle est fausse, parce qu'elle ne repose sur aucun élément empirique dans la connaissance actuelle. L'observation montre que personne ne mange comme cela. Mieux, quand on est plongé dans une situation de ce type, on développe même toutes sortes de pathologies et on vit dans une sorte de déstructuration totale. Voilà la première utopie sur la « recette ».

● Les origines contrôlées : l'utopie française

Deuxième utopie, l'histoire du produit. Là, il s'agit du label ou de l'appellation d'origine contrôlée. Le label repose sur l'idée que la meilleure réponse à la méconnaissance de ce que je mange, c'est de savoir d'où vient le produit, quelle est son histoire, qui sont les hommes qui l'ont fait, quels traitements il a subi, etc. Et si je peux faire confiance aux hommes qui l'ont fait, alors là, oui, je peux instaurer une confiance dans le produit. En tout cas, je peux positiver l'idée que je suis ce que je mange, car si je sais qui a fait le produit, d'une certaine manière, je mange le terroir. Je mange le mode de vie, je mange la personne qui a fait le produit et qui m'est sympathique. J'absorbe tout cela, je le fais devenir une partie de moi et, finalement, je construis une relation positive à l'aliment. C'est le modèle qui a la préférence en France, où l'on a inventé les appellations d'origine contrôlées. Au passage, je rappelle que celles-ci concernent plus le producteur que le consommateur. Parce que l'information qu'elles représentent pour le consommateur – le terroir, les cépages etc. – est plutôt problématique. Cela demande discussion... Et cela implique que nous ayons une conscience de notre identité qui nous rattache à la terre. C'est le cas en France : beaucoup d'entre nous considère que nous avons quelque part des attaches terriennes, qu'il nous reste des attaches locales paysannes, que c'est la part en nous de l'authentique, du réel. Tout le reste, c'est de l'artificiel et, en somme, ce n'est plus l'aliment qui n'est pas naturel, c'est nous. Ces attaches terriennes, c'est la base de cette utopie. Qu'est ce qui « cloche » ici ? Le fait que l'image de la terre, de l'agriculture, de la paysannerie, ne correspond plus à la réalité, ou très peu. Et quand il y a une crise, cela devient très problématique car cela remet en cause cette image terrienne.

D'un côté, on ne mange pas par une suite de décisions conscientes et rationnelles. Et donc on ne peut pas faire une utopie à l'Américaine, scientifique, positiviste. De l'autre côté, notre manière de manger, effectivement, s'explique par notre appartenance à une culture. C'est le principal déterminant. Nous ne sommes pas seulement gouvernés en la matière par nos décisions individuelles, mais par ce qu'on appelle des usages, des coutumes, des traditions... Ce qu'en anthropologie on appelle la culture. Mais si l'alimentation est un élément culturel, il faut faire très attention quand on veut la manipuler. Car on manipule alors des choses qui dépassent la simple nutrition, la physico-chimie ou le biologique. Elles impliquent quelque chose de beaucoup plus large : le mode de vie, la culture, le patrimoine, tout ce que vous voulez. C'est cela qui est ébranlé par les « objets comestibles non identifiés », en même temps que les consciences ou les inconscients. Donc le problème, ce n'est pas de rétablir la confiance ou d'obtenir le risque zéro. C'est de faire en sorte que le mangeur puisse se réapproprier ses aliments d'une manière qui ne soit pas totalement utopique. Sur la manière de procéder, je crois que la discussion est ouverte... ●



Résistances à considérer l'alimentation et l'hydratation artificielle comme traitement médical en fin de vie

.....

La décision de pratiquer ou non une alimentation artificielle en fin de vie est difficile à prendre. N'y a-t-il pas un impératif de nourrir l'agonisant, un devoir que tout dans notre culture et nos émotions nous pousse à accomplir ? Mais pratiquer l'alimentation artificielle, n'est-ce pas aussi apaiser nos angoisses, nous donner l'illusion de ne pas abandonner la personne mourante et réintroduire une forme d'acharnement thérapeutique ? Il n'existe pas de « bonne réponse » à ces questions, seulement des pistes pour prendre une décision que le soignant devra assumer.

.....

A la lecture de ces pages, je vous invite à prendre un temps d'arrêt, en tentant de nommer les différentes composantes psychologiques qui interviennent - le plus souvent à notre insu - dans la délicate question de l'éventuel arrêt d'une alimentation parentérale ou du choix de ne pas la placer.

Nous ne découvrirons pas - malheureusement - au détour de ces quelques lignes « La Vérité absolue », « une solution à nos angoisses éventuelles » face à la décision de placer ou d'ôter une sonde nasogastrique, de prescrire une alimentation parentérale. Cependant, prendre conscience de ce qui peut nous habiter quand nous sommes confrontés à cette décision nous permet de mieux cerner les différents niveaux qui sont à considérer dans ce type de questionnement.

En effet, questionnement éthique et décision médicale sont sous-tendus par les registres de l'affectif, de l'émotionnel. Il importe de s'y arrêter afin de ne pas laisser s'entremêler les différents niveaux et risquer de perdre ainsi la pertinence de chacun.

Depuis peu, un courant de pensée nous amène à envisager le fait que - dans un contexte de fin de vie - nourrir par des moyens artificiels quelqu'un qui ne peut plus s'alimenter par lui-même peut prendre le statut de traitement.

Qui dit traitement, dit possibilité d'en analyser le bien fondé en fonction des bénéfices espérés, de l'intérêt - le plus souvent supposé - du malade ou plus simplement de son choix, et en fonction des conséquences négatives, comme toute autre décision de traitement.

Dès lors, il peut être décidé de ne pas l'appliquer. Et ce, paradoxalement dans la même intention de respecter le malade, la vie, intention qui nous a toujours animés dans notre souci de nourrir le patient. Cet acte de « nourrir » ayant toujours été considéré comme soin de base, souvent même soin de base le plus fondamental.

Quand tout nous pousse à nourrir

Cette conception vient bousculer nos référents culturels et décisionnels. Je vous invite à tenter de repérer ce que cette conception nouvelle vient percuter dans notre compréhension habituelle de l'alimentation.

Un premier élément appartient, je crois, aux registres sociologiques et culturels. Dans notre culture européenne, l'acte de donner à manger à ceux qui ont faim, de donner à boire à ceux qui ont soif, est souvent considéré comme l'acte premier de responsabilité et de réciprocité à l'égard d'autrui. Le devoir alimentaire n'impose-il pas aux familles d'assurer le support nutritionnel de leurs enfants et de leurs parents.

Kathelyne Hargot,
psychologue,
unité résidentielle
de soins palliatifs
Saint-François
(Namur), équipe
mobile
d'accompagnement
et de soins
palliatifs de la
clinique Sainte-
Elisabeth
(CMSE).

Extrait de la
revue Kairos
n°22 de 2006.

Mots clés : psychologie, alimentation, fin de vie, éthique, soins infirmiers, soins palliatifs.

Résistances à considérer l'alimentation et l'hydratation artificielle comme traitement médical en fin de vie

Comme se plaît à nous le rappeler Hubert Doucet¹, nourrir l'autre reste souvent considéré comme le geste le plus naturel de reconnaissance de l'humanité et de fidélité, quand la guérison n'apparaît plus possible et le soutien plus nécessaire que jamais.

De plus l'arrêté royal de 1967² relatif à l'exercice de l'art infirmier définit en son article n° 21 ter le « rôle propre » de l'infirmier qui se doit d'accomplir « les activités nécessaires pour aider le patient, par une assistance continue, à l'accomplissement des actes contribuant au maintien, à l'amélioration ou au rétablissement de la santé, ou pour l'assister dans son agonie ». Ne vivons nous pas là un conflit entre nos missions et la manière dont nous souhaiterions parfois y répondre ?

Ne serait-ce pas vécu comme une forme d'abandon des personnes, au moment même où elles ont le plus grand besoin du soutien de la collectivité ?

Ou plutôt reconnaissance de l'impuissance de la médecine à atteindre ses objectifs fondamentaux... et refus de reconnaître la mort.

A un niveau plus individuel, chacun sait que « manger » renvoie à d'autres dimensions que le simple fait d'assimiler des aliments à des fins énergétiques. Il suffit de penser « repas » et chacun de nous partira dans des divagations les plus variées : repas de fête, repas fast-food, tristesse de manger seul, plaisir d'être ensemble, petit resto à deux, souvenirs d'émotions liées à une ambiance de repas... Ne dit-on pas aussi de quelqu'un qui a une bonne fourchette qu'il est un « bon vivant » ?

Entre autres considérations, nous pouvons aussi percevoir une quête d'identité dans la façon dont on s'alimente. Identité de « classe sociale » ou « identité individuelle ». Il suffit de regarder l'évolution de l'alimentation au cours des siècles et dans les divers milieux : la bonne table du fermier, l'assiette allégée de l'adolescente particulièrement sensible au regard de l'autre, l'assiette bio sans OGM de l'écolo.

Certains même poussent à l'extrême le lien entre notre identité et l'alimentation en veillant consciencieusement à consommer végétarien afin ne pas devenir « dur » comme les carnivores !

Ainsi la question de l'alimentation touche à quelque chose de nettement plus large que le fait de donner - ou de ne pas donner - un certain taux de molécules dont le corps a besoin pour fonctionner. Cette question a des résonances bien particulières à tout un chacun.

C'est probablement cette diversité de sens, de représentations que peut prendre la nourriture qui nous rend si « résistants » à envisager le fait de considérer la nécessité d'alimenter quelqu'un du côté du médical, donc du traitement. Comme si le regard purement médical nécessitait une objectivation des faits réductrice de la multiplicité des représentations liées à l'alimentation.

Nous devons aussi tenir compte des représentations symboliques liées à la nourriture. L'aliment est une source d'énergie pour notre corps, mais il faut réaliser la triple exigence que la nourriture demande : exigence énergétique, hédoniste (liée au plaisir) et symbolique. Ces trois dimensions ne peuvent s'exclure et en tenir compte nous invite à en pressentir les enjeux.

A travers l'acte de manger s'exprime tout un réseau de significations symboliques qui s'étend du normal au pathologique, du simple désir à l'expression de la pulsion de mort. Des expressions comme « belles à croquer », « dévorer quelqu'un des yeux », « appétit sexuel » témoignent ainsi d'un lien entre faim et désir. Gardons bien en mémoire ce lien entre faim et désir... Nous savons combien faire avec le désir de l'autre n'est pas toujours des plus faciles. Nous approfondirons cette question quand nous envisagerons la situation du patient autonome qui refuse de s'alimenter.

L'exigence énergétique nous renvoie à ce lien évident : le lien entre la nourriture et la vie... N'avons-nous pas tous en tête que si je ne nourris plus l'autre, je le laisse mourir ? Et combien de familles ne nous interpellent-elles pas dans cette peur de laisser mourir l'autre : « mais maman ne mange plus, il faut que vous fassiez quelque chose, elle va mourir de faim ». Comment ne pas se laisser interpellé par cet intolérable ? Le « mourir de faim » renvoie à tellement de liens qui nous plongent dans l'horreur... A la limite, mourir, d'accord, mais de faim, non ! (trop de résonances dans notre

1. Doucet, H.,
Mourir,
Approches
Bioéthiques,
Novalis, Québec,
1994.

2. Stinglhamber-
Vander Borgh, B.
Infirmière,
Genèse et réalité
d'une profession,
De Boeck
Université,
Duculot,
Gembloux, 1994,
p.268.



mémoire collective avec des réalités aussi violentes que les camps de concentration, les enfants kwashiorkor qui meurent injustement, le souvenir de Julie et Melissa...).

De plus, comme petits d'homme, nous ne pouvons vivre si nous ne sommes pas nourris. Par notre condition d'homme, nous baignons, depuis que le monde est monde, dans cette dépendance physique totale à l'autre. Cette impérative nécessité de nourrir l'autre pour lui permettre de vivre est tellement intrinsèque à notre condition humaine, que nous ne pouvons tolérer, voire même imaginer, ne pas nourrir celui qui se trouve dans le même état de dépendance que l'enfant nouveau-né.

Nourrir le patient : pour son confort... ou pour apaiser le soignant ?

C'est comme si nous étions confrontés là au réel même de la question de la vie et de la mort.

Comme si nous touchions là un pouvoir de vie ou de mort que nous pourrions avoir sur l'autre, droit bien sûr qui ne nous appartient pas. Qui de nous ne s'est pas dit : « mais si on enlève cette alimentation artificielle, on le laisse mourir, il va mourir de faim... Si je ne dis rien, je participe à cette mort annoncée, éventuellement même provoquée ».

A ce point de la réflexion, nous pouvons nous demander ce qui fait qu'à ce moment crucial de processus de fin de vie, nous avons une certaine facilité à reprendre les choses du côté de « la vie dépend de moi... », comme la bonne mère à laquelle nous faisons allusion précédemment.

Ce sentiment se révèle d'autant plus prégnant et douloureux lorsque le patient n'est plus autonome. Comme si nous ne pouvions pas admettre que le manque d'autonomie est lié à la maladie qui a ravagé son corps, maladie qui le mène tout doucement vers la mort. Comme si cette impuissance fondamentale qu'il a à se nourrir nous renvoyait en miroir notre propre impuissance à le guérir.

Subtilement, nous renouons avec la position

maternelle et maternante, position première de nourrir pour que l'autre vive, comme la mère nourrit son bébé pour qu'il vive. Comme si nourrir devenait preuve de notre compassion, de notre désir de prendre soin de lui.

Paradoxalement, l'effet n'est pas toujours celui attendu. Étonnamment il m'est arrivé d'entendre plusieurs fois une réaction de prise de conscience douloureuse qu'un patient nourri avec Baxter® était finalement moins bien entouré. Dans la succession d'urgences de la journée, on rentre, on vérifie si la perfusion coule bien et on en arrive parfois à ne pas parler au patient, parfois même à ne pas le regarder. Nous touchons à nouveau ce paradoxe... Pour ne pas le laisser mourir de faim, nous le laissons peut-être mourir d'un manque de relation...

Le docteur Slomka³ va jusqu'à « qualifier la sonde d'alimentation d'antisociale, dans le sens où l'aspect social inhérent au repas lui est étranger ». Ce n'est pas pour rien – précise-t-elle encore – que l'on parle couramment de sonde de gavage. « Cet aspect antisocial de la nutrition artificielle donne assez à voir son caractère purement physiologique, son but purement médical et donne à réfléchir pour une discussion qui soit indépendante du climat affectif lié à la nourriture et aux boissons ».

Il est assez extraordinaire que la littérature médicale parle d'alimentation « artificielle ». Le mot « artificiel » est bien choisi pour nous rappeler à l'ordre... J'ai envie d'y voir une invitation claire à ne pas se méprendre : cette alimentation avec tout le bien qu'elle peut apporter dans de nombreuses situations cliniques, ne rejoint pas l'ensemble de ce que représente le fait de se nourrir.

Il n'est d'ailleurs pas rare, qu'après avoir décidé d'ôter la perfusion (peut-être parce que trop de liquide provoque un encombrement majeur inconfortable), la personne revienne à elle, remange un sorbet, une glace... tout simplement peut-être parce que, parallèlement au retrait de la perfusion, se met en place tout un arsenal de soins de confort, de présence et d'attention (soins de bouche, passages fréquents pour mobilisation), ... N'est-ce pas preuve évidente que prendre soin de l'autre, c'est aussi être en relation, rester près de lui, présence humaine et solidaire ?

3. Slomka, J.,
Sonde
d'alimentation et
prise en charge
des patients, *in*
Arch Intern Med/
Vol, June
26, 1995,
p 1258 –1263.

Résistances à considérer l'alimentation et l'hydratation artificielle comme traitement médical en fin de vie



Prendre la « bonne décision » pour l'autre n'est pas simple, mais la question n'est pas tellement plus simple chez le patient autonome qui refuse de manger. Il n'a plus le goût : goût de manger mais, plus fondamentalement peut-être, goût de vivre, de se battre. Combien de fois ne nous sentons-nous pas mal pris entre le patient qui manifeste clairement son refus de nourriture et la famille qui s'acharne à lui faire avaler un petit quelque chose : « mais comment veux-tu aller mieux si tu ne manges pas ? », quand ce n'est pas accompagné d'un « pathétique » : « fais le pour moi ! »... La nourriture – fondamentalement symbolique de vie – symbolise, à ce stade de refus, l'absence de vie et donc la mort.

Comment accepter dans ce contexte que, pour le patient, refuser de se nourrir fait partie d'un processus d'acceptation de sa mort ? La famille peut-elle imaginer que l'être qu'elle aime puisse ainsi accepter apparemment aussi facilement de la quitter ? Cette acceptation de partir peut être vécue comme un abandon : « il nous laisse là, il ne fait rien pour aller mieux »... Les angoisses d'abandon des proches peuvent ressurgir et nous envahir aussi.

Comment mieux apaiser cette angoisse qu'en proposant une alimentation, en nourrissant l'autre malgré lui ? Inconsciemment, nous risquons de répondre à notre propre peur de la mort, peur d'être abandonné, et nous ne pouvons plus entendre ni respecter son désir d'accepter le processus de mort qui l'habite.

Aller au-delà de nos propres affects

Il reste un autre point de vue, et non des moindres, le nôtre, nous en tant que soignants. Il me paraît important, à ce moment de la réflexion, de nous centrer aussi sur nos propres émotions...

En effet, en tant que soignant, je participe à l'ensemble des professions faites de relations, relations qui impliquent des interactions entre l'autre et moi. La réalité de l'autre ne peut pas ne pas éveiller en moi un certain nombre de réactions, parfois positives, parfois douloureuses. La réalité de l'autre – quelle qu'elle soit – réactive chez chacun de nous et à partir de notre inconscient, des conflits, des peurs, des angoisses, des culpabilités. Sans nous en rendre compte, ce vécu intérieur occupe une place telle que parfois nous réagissons par rapport à celui-ci alors que nous croyons réagir par rapport à la demande du patient.

Il est donc impératif de s'arrêter sur cette dimension intra-psychique.

Qu'est-ce qui m'habite, moi soignant, quand je suis confronté soit à ce que je vis comme un trop (« mais c'est pas possible, elle déborde, elle s'encombre comme pas possible et on lui met encore deux litres »), soit à ce que je vis comme un trop peu (« mais pourquoi ne lui donne-t-on pas des protéines, un peu de sucre, ... ? Cela lui redonnerait du tonus, cela aiderait pour ses escarres... ») ?

Nous imaginons mal pour nous même, être dans un état réel de manque aussi fondamental que celui de la nourriture. L'idée même d'un jour avoir faim dans notre état actuel de personne en bonne santé bien présente, active, nous est intolérable. Comment ne pas attribuer à l'autre, par le mécanisme bien connu de la projection, nos propres pensées, nos propres angoisses, nos



propres peurs. Peur du manque, de l'incomplétude.

Nous avons aussi nos connaissances médicales : ne dit-on pas qu'une bonne alimentation, qu'un minimum de protéines aide aux soins des escarres ? Ces fameuses escarres dont on s'évertue à diminuer la croissance, source de mal être... Bref, nous investissons ce patient, « notre » patient... et il n'est pas rare, que pris d'affection toute légitime, nous glissons aussi d'une position de soignant, un tant soit peu plus objective, à une position de proche, voire de proche famille surtout si la personne est seule et abandonnée. Pour peu que la famille l'ait déjà abandonnée, nous ne pouvons imaginer que nous aussi nous puissions l'abandonner, « le laisser aller ». Nous retouchons cette dynamique de responsabilité collective et humaine face à la personne qui souffre.

Je parlais tantôt de la famille qui peut vivre un sentiment d'abandon. Et que vivons-nous, nous soignants qui investissons tant ce patient, qui avons créé des liens avec lui depuis deux, cinq, dix jours ou années, nous qui – dans nos jours de grâce - « faisons tout notre possible pour lui », nous qui allons trois fois en cinq minutes changer la position du coussin, avec le sourire ! Comment vivons-nous le fait que, malgré tout ce que nous mettons en place pour lui, il baisse les bras ? Nous pourrions penser que c'est vraiment faire peu de cas de notre investissement et, bien sûr, cette attitude nous confronte à nouveau à notre impuissance face à la maladie, face à la mort, ce qui n'est jamais confortable.

Je pense aussi que ce temps de vie sans nourriture nous touche d'autant plus qu'il peut nous sembler prolonger ce temps « d'agonie », « ces fins de vie qui durent ». Temps qui précède la mort et qui est parfois si dur à accompagner, parce qu'on ne comprend pas : « comment est-il encore là, ce vivant déjà mort, ce mort vivant... ». C'est très inconfortable. Il nous est beaucoup plus facile d'assumer un « il est vivant » ou un « il est mort » que cet entre-deux qui nous plonge dans une incertitude et un temps indéfini où nous ne sommes plus maîtres de rien !

D'autant que ce temps d'agonie⁴ peut durer

quelques jours, mais aussi parfois trois ou quatre semaines. Durée qui permet de se reposer mille et une fois la question du bien-fondé de la décision prise... Le temps que le patient met à nous quitter n'était-il pas signe d'un désir de vivre ? Désir qu'il y avait donc à soutenir par une alimentation « solide » !

Comme nous l'avons déjà rappelé précédemment, arrêter le soutien nutritif n'est pas l'équivalent d'un abandon du patient. Une attention constante aux réactions du malade est exigée et il y reste tant de petites choses à « faire », tant de « possible » pour accompagner le patient. La qualité de vie du patient ne dépend pas tant de la technique utilisée pour l'alimenter que de la relation nouée à cette occasion.

En conclusion je souhaiterais insister sur l'importance, après avoir pris conscience de nos propres affects, d'aller au-delà. Parler, nommer, déposer nos inquiétudes, nos questionnements, échanger au sein de l'équipe et, surtout, oser demander une explication claire de ce qui a mené à telle ou telle décision médicale.

J'ai pu constater en tant que psychologue, qu'une des plus grandes souffrances était liée au fait de ne pas comprendre, d'avoir le sentiment qu'une décision a été prise de manière arbitraire.

Autant l'absence d'une information adéquate est source fréquente de sentiments de confusion et d'inquiétude, autant une décision peut être comprise et soutenue par l'équipe quand elle prend sens et se place dans un projet de « vie » pour le patient, le projet de vie du patient pouvant être, paradoxalement peut-être, un passage vers la mort.

Se repose alors la question de comment accepter que le temps est venu, pour cet autre que j'aime, que je soigne, de passer sur l'autre rive ? ●

4. Marin, I.
« L'agonie ne sert à rien »,
Esprit, janvier
2002, p.27-36.

Alimentation et précarité

Axel Hoffman,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Bethune.

.....

Nous vivons dans une société d'abondance, de surabondance même, mais où les écarts sociaux se creusent sans répit. Une « nouvelle pauvreté » apparaît. Mourra-t-on à nouveau de faim dans la vieille Europe ?

.....

En 1857, l'économiste Engel énonce un principe qui reste d'actualité : « Plus un individu, une famille, un peuple sont pauvres, plus grand est le pourcentage de leurs revenus qu'ils doivent consacrer à leur entretien physique dont la nourriture représente la part la plus importante. ».

L'Europe a connu tout au long de son histoire de nombreuses famines auxquelles n'échappaient que les nobles et les bourgeois, et souvent aussi les militaires. Le volume et la qualité de l'alimentation du peuple demeuraient étroitement dépendants des guerres, des catastrophes naturelles, de la qualité des sols. Au cours du XIX^{ème} siècle, on constate une hausse généralisée de la consommation de toutes les catégories d'aliments ; à la fin du siècle, alors que la consommation de viande, fruits, matières grasses, légumes et sucre continue d'augmenter, celle des céréales, féculents et légumes secs diminue.

Jusqu'au début de XX^{ème} siècle, les comportements alimentaires seront considérés comme strictement liés aux besoins et dépendants de l'activité physique. Le sociologue Halbwachs introduit alors l'idée que « la mécanique digestive est sous la dépendance de dispositions mentales », qui résultent des « habitudes, de l'entourage, des croyances et préjugés touchant l'excellence ou le bon goût des aliments ». L'idée émerge déjà que c'est en agissant sur les représentations et en tenant compte des habitudes coutumières que l'on pourra agir sur

les mangeurs, bien plus qu'en les heurtant au nom des certitudes scientifiques.

La croissance de l'abondance tout au long du XX^{ème} siècle voit se poursuivre le déclin de la nourriture de pauvres, basée sur les féculents et le pain, tandis que la consommation de viande se généralise, ce qui gomme les contrastes sociaux antérieurs de l'alimentation. Le modèle bourgeois tend à s'imposer. Progressivement, la restauration collective se développe (notamment sur les lieux de travail), le recours aux aliments transformés s'accroît avec régression de la cuisine familiale et prise en charge de l'activité culinaire par des professionnels (transfert de la cuisine vers l'usine). La santé accompagne désormais l'alimentation : au souci de la faim succède celui du cholestérol.

Les diététiciens (détenteurs du diplôme de gradué/bachelier en diététique) ont obtenu, après des années de pourparlers difficiles (depuis 1978), la reconnaissance de leurs actes par l'INAMI. Pour l'instant, les mutuelles renâclent et limitent les remboursements aux enfants en surpoids et à toute personne munie du passeport de diabétique. Nous essayons de mobiliser les patients pour que, à leur tour, ils insistent auprès des médecins conseils de leurs mutuelles (sur base du certificat médical, indispensable) pour obtenir le remboursement.

Anne Van der Borght,
diététicienne à la maison médicale
de Linkebeek

Les différences sociales apparaissent alors comme des sur- ou sous-consommation de certains aliments. Si on constate à partir des années 60 une baisse généralisée de la ration énergétique (le nombre de calories ingérées, qui était en hausse au XIX^{ème} siècle), les apports énergétiques diminuent proportionnellement moins dans les classes populaires que dans les classes supérieures : on voit là une explication de l'apparition de l'obésité dans les classes défavorisées.

Mais le retour d'un capitalisme agressif dans

Mot clefs : alimentation, précarité.



la société globale à la fin du XX^{ème} siècle voit les différences sociales se creuser à nouveau : les riches plus riches, les pauvres plus pauvres, et plus nombreux aussi. Alors que les frigos de la Communauté européenne regorgent de nourriture soustraite au marché pour maintenir les prix, la rengaine « Aujourd'hui, on n'a plus le droit d'avoir faim ni d'avoir froid » et les charity-shows font appel à la générosité publique pour nourrir une population dont l'Etat-Providence ébranlé ne parvient plus à satisfaire les besoins les plus élémentaires. Les oeuvres caritatives connaissent un regain d'activité, les banques alimentaires et les « restau du cœur » font le plein.

L'arme de la faim réapparaît : à Anvers, des groupements racistes distribuent une soupe populaire contenant de la viande de porc afin d'exclure les musulmans.

A nouveau, on meurt de froid dans la vieille Europe. Pas de faim, la question ne se pose pas encore en ces termes. Mais la qualité de l'alimentation se dégrade. En France, l'ancien président de l'Institut national de la consommation, Christian Babusiaux, déclarait récemment : « Les catégories les plus pauvres ne peuvent pas manger équilibré ». Pour lui, la mauvaise alimentation de nos contemporains ne résulte pas de mauvaises habitudes qu'une pédagogie pourrait corriger, mais de l'incapacité économique d'une fraction de la population d'accéder au type d'alimentation recommandé par les campagnes en faveur d'une nutrition plus saine.

Aux Etats-Unis, Adam Drewnoski, professeur à l'école de santé publique de Seattle, constate que dans les vingt dernières années, le prix des fruits et légumes a augmenté de 140 % tandis que ceux du sucre et des graisses n'augmentaient que de 20 à 30 %. Dès lors, le maintien du volume alimentaire se compense par la perte de qualité : les pauvres mangent plus gras et plus sucré parce qu'ils n'ont pas d'autre choix économique. Le principe de Engel conserve une bien triste jeunesse. ●

Les multiples tranchants de l'arme nourricière

Quelques enjeux de la circulation des flux alimentaires

Christiane
Vollaire,
infirmière,
enseignante en
philosophie.

Extrait de la
revue Pratiques
n° 25 d'avril
2004.

.....

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

.....

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

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

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

La transmission nutritionnelle

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

Nourrir, ce n'est pas nécessairement faire du bien, et ce geste immémorial de l'allaitement, pour naturel qu'il soit, n'en est pas moins aussi potentiellement vecteur des risques que génère toute forme de dépendance, risques d'autant plus puissants que la dépendance est plus originelle. Ainsi la psychanalyse montre-t-elle l'origine de la souffrance psychique dans ce rapport inextricable du nourricier au destructeur, de la pulsion de vie à la pulsion de mort. Dans le désir de mort indissociable de tout engendrement, qui fait du lien familial une relation corrélative de bienveillance et de violence.

Figure familiale et figure sociale

Or, dans ce rapport pathogène au nourricier, on peut considérer la figure familiale comme une simple partie, et donc aussi comme une métonymie (la partie qui désigne le tout) de la

Mots clefs : alimentation, philosophie de la santé, psychologie.



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

Ainsi est-on sans cesse renvoyé, dès que se constituent même les communautés les plus modernes, à la figure primitive de la déesse-mère, du pouvoir nourricier autant que meurtrier, indispensable au rassemblement communautaire. Et même les relations socio-politiques les plus complexes, et les relations économiques les plus spéculatives, c'est-à-dire au sens propre du terme abstraites (puisque la *speculatio* signifie originellement la contemplation intellectuelle) ne portent jamais que sur des flux nourriciers (le cours des céréales) ou sur ce qui peut permettre de véhiculer ces flux (le cours du pétrole) ou d'alimenter leur système de production (le cours de l'acier ou celui de l'uranium). C'est pourquoi l'on peut considérer la perversion des grands systèmes agro-alimentaires comme participant, en termes symboliques, de l'ambivalence qui caractérise toute position nourricière : l'injonction paradoxale du vital et du mortifère, qui produit ici la « malbouffe » et là la malnutrition.

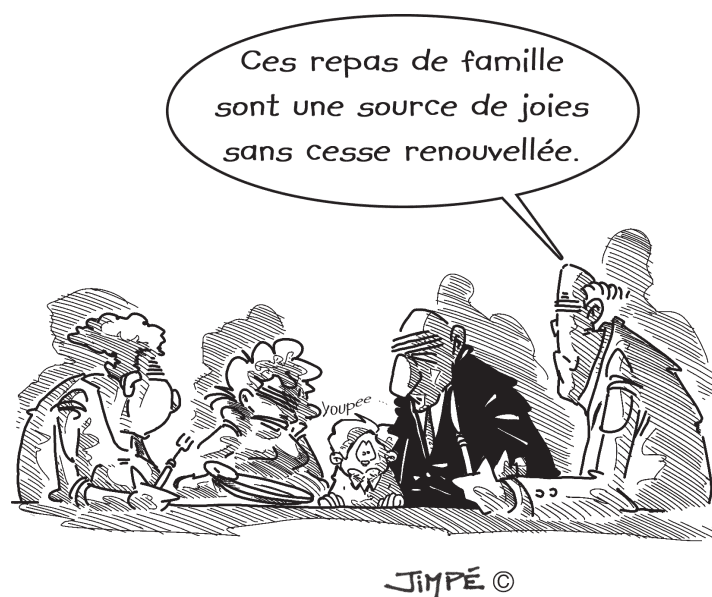
Le refus alimentaire comme réaction de survie

C'est ce que dit aussi, pour une large part de son histoire, la tradition du repas familial : non pas nécessairement un moment de convivialité joyeuse, mais l'ordre pesant d'un rituel immémorial, inscrivant le nourricier dans

l'ordre figé des hiérarchies autoritaires. Qui pourrait nier, de son regard même d'enfant, ce que certaines formes du repas de famille peuvent avoir de morbide ? Et le fait qu'assouvir sa faim puisse non pas calmer l'appétit, mais le couper.

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

L'anorexie y apparaît alors comme la forme la moins apparemment, et pourtant la plus réellement, politique d'une méfiance à l'égard de la transmission. Une volonté de s'exclure d'un cycle éprouvé comme mortifère. Non pas un geste d'autodestruction, mais au contraire une position de survie, à la manière dont on refuse un poison. Peut-être peut-on comprendre ainsi



la systématique violente de nombreuses réactions parentales à l'anorexie : forcer à manger, c'est contraindre à intégrer la transmission, dans la mesure où le corps anorexique, en refusant l'alimentation, pose par-là même un déni implicite sur sa propre génération.

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

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

C'est, de ce point de vue, de la même problématique que relève l'attitude plus explicitement politique de la grève de la faim. Que signifie le fait qu'un sujet menace un Etat de sa propre mort ? Quel est le sens, à l'égard d'un pouvoir, d'une arme retournée contre soi-même ? Et est-ce seulement de sa médiatisation qu'une grève de la faim tire son sens et sa force ? Il nous semble au contraire que c'est le terme même de grève qui donne son sens à la revendication de ce geste. La grève de la faim, comme toute grève, suppose la suspension d'un processus économique, une panne dans un circuit, la mise en arrêt d'un flux de production. Se mettre en grève de la faim, ce n'est pas seulement menacer un pouvoir de la responsabilité de sa mort, mais c'est désigner son propre corps comme obstacle sur le flux d'un circuit politico-économique dévitalisant. C'est faire de son corps vivant non plus une simple entité biologique, mais une entité politique. Un acteur et non plus un lieu de transit indifférencié. Comme une campagne de prévention du milieu des années quatre-vingt-dix affichait : « Le SIDA ne passera pas par moi », le gréviste de la faim affirme que l'injustice ne passera pas par lui. Son corps, en refusant l'alimentation, refuse la violence

de celui qui l'alimente. En cela, convoquer le corps médical pour dévoyer une grève de la faim par la réalimentation parentérale, répond non pas à un souci thérapeutique mais à une volonté de musellement du droit d'opposition. En affirmant sur lui-même un droit de vie et de mort qui ne transite pas par la décision politico-économique d'un Etat, le gréviste désigne aussi le pouvoir injuste comme potentiellement responsable d'une mort qu'il n'aura pas directement donnée.

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

La faim de masse comme rouage du développement alimentaire

Encore faut-il que les moyens de ce contre-chantage lui soient donnés, et lui permettent de s'affirmer comme sujet. Le choix de sélectionner ce que l'on mange, ou le choix de ne pas manger, constituent l'une des formes majeures du processus de subjectivation. Ce qui fait, précisément, que l'homme sort de l'animalité. D'abord, comme le montre Lévi-Strauss, en inventant la cuisson ; ensuite en inventant, par le temps des repas, un rythme non naturel ; enfin, dans les formes les plus raffinées, en élaborant la présentation des plats et en donnant ainsi, par l'art de l'apparence, un véritable sens, symbolique et culturel, au processus de nutrition. Et les grands circuits de distribution agro-alimentaire eux-mêmes sont si attentifs à cette dimension esthétique de l'alimentation, qu'ils soignent davantage la visibilité de leurs produits que leurs qualités nutritionnelles. C'est cette médiation esthétique qui fait de notre propre corps autre chose qu'une viande en devenir dans un circuit de transit alimentaire.



Or, c'est cette fonction de subjectivation de l'alimentaire qui disparaît totalement de l'alimentation de survie en masse. Celle-ci a pour effet l'animalisation des individus en indifférenciant leur rapport à la nourriture. Les masses compactes d'affamés à qui l'on balance des sacs de riz ou de farine ont ainsi le même statut que les poulets en batterie, réduits à un devenir-viande. A ce stade d'un devenir alimentaire déterminé par la famine, la faim devient non pas le dérapage, mais au contraire le rouage d'un système de production dont la circulation nutritionnelle alimente non des individus, mais des circuits économiques. Un petit ouvrage de Robert Linhart, paru aux éditions de Minuit en 1980 et intitulé *Le Sucre et la faim* (Enquête dans les régions sucrières du Nord-Est brésilien) montre comment, par la simple extraversion de l'économie (substitution, aux cultures vivrières qui permettent à une population de se nourrir, des cultures d'exportation qui alimentent les circuits internationaux), la faim devient le moyen nécessaire des circuits de production qu'elle alimente : « A mesure que je retravaillais témoignages et données, la faim m'apparaissait avec une terrible netteté comme la matière et le produit d'un dispositif compliqué jusqu'au raffinement. (...) La faim du Nord-Est était une part essentielle de ce que le pouvoir militaire appelait développement du Brésil ».

Si donc nourrir est toujours en même temps assurer la survie et fonder la dépendance, le flux alimentaire est indissociablement un lien de sujétion et un lien de solidarité : ce qui permet de prendre en compte, dans sa dimension la plus radicale, la notion même de responsabilité économique. Car l'économie n'est rien d'autre que l'acculturation de nos besoins naturels, le moyen par lequel le rapport immédiat de l'homme à la survie s'organise et se rationalise dans l'échange.

Or, c'est précisément cette rationalité que les modes de production et de distribution générés par l'industrie alimentaire obligent à remettre en cause, tant les processus d'incorporation de la nourriture au corps individuel et du corps individuel au corps social fonctionnent aussi, de la façon la plus implacablement bio-politique, comme des processus de destruction. C'est la conscience de cette ambivalence constitutive, et la désignation méthodique de ses objets, qui peut faire de l'activité nourricière, de ses dimen-

sions les plus affectives à ses dimensions les plus politiques, autre chose qu'une arme à multiples tranchants. ●

*Axel Hoffman,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Bethune.*

Nous avons conjugué le verbe manger à de nombreux temps. Au fil de l'exercice, nous avons rencontré le « mangeur » éternel, soumis au paradoxe de l'omnivore, contraint biologiquement de varier son alimentation en s'exposant à la nouveauté, donc au risque et à la peur. Dans un monde où les repères vacillent, les dispositifs et les habitudes qui conjuraient cette peur s'étiolent, tandis que l'industrialisation l'approvisionne d'une nourriture dont il ne sait même plus comment elle est produite et qui semble remplir les profits plutôt que les estomacs. De la vache folle au soja fou (gentil sobriquet des organismes génétiquement modifiés), les menaces le laissent désarmé : l'Etat déçoit dans son rôle de sécurité et les Plans Nutrition, centrés sur les comportements individuels, semblent s'attacher à culpabiliser des mangeurs qui se vivent plutôt comme victimes d'un système. Tous alors se tournent vers la science et ses ersatz pour retrouver un paradis alimentaire perdu : la science des anciens avec ses produits de terroir, si rassurants, ou la science moderne avec sa promesse d'une santé calibrée sur la table des calories. Le temps des famines semble loin dans un Occident victime aujourd'hui d'une surabondance dérégulée qui frappe particulièrement les enfants. La faim pourtant demeure une arme au service des intérêts politiques au-delà des frontières des pays riches, et elle réapparaît chez nous, sous forme de déséquilibre alimentaire, dans le creusement inexorable de la fracture sociale.

Les bonnes volontés ne manquent pas pour tenter d'éclaircir ce noir tableau. Mais le traitement de la problématique alimentaire pêche par manque de vision de l'ensemble de ses aspects, par impuissance à développer une approche globale, tant au niveau des intervenants directs que des décideurs : il est difficile de parler de santé en la matière sans médicaliser, difficile d'attendre un changement si la disponibilité et la qualité des produits se décide ailleurs, difficile de prendre en compte les aspects interculturels et anthropo-sociologiques...

Il pêche aussi par déficit démocratique : quand l'économie contrôle production et flux pour son propre bénéfice sans rencontrer d'opposition de taille à remettre ce fonctionnement en question, quand la science procède par des injonctions dont la variabilité prend l'excuse du progrès,

quand les autorités ne trouvent pas la force de prendre leur autonomie face à l'économie et à la science, que reste-t-il aux citoyens pour s'approprier leur santé ? L'apparente liberté dont nous jouissons en matière alimentaire est un leurre.

Les expériences par lesquelles nous avons commencé ce cahier illustrent à la fois les péchés que nous dénonçons ici, mais aussi le souci de favoriser l'implication des « mangeurs » à développer une maîtrise sur leur alimentation. L'objectif de ce cahier était de mettre à disposition de tous, intervenants comme usagers, un certain nombre de réflexions « brutes » pour avancer dans cette direction. Nous vous souhaitons une bonne métabolisation. ●