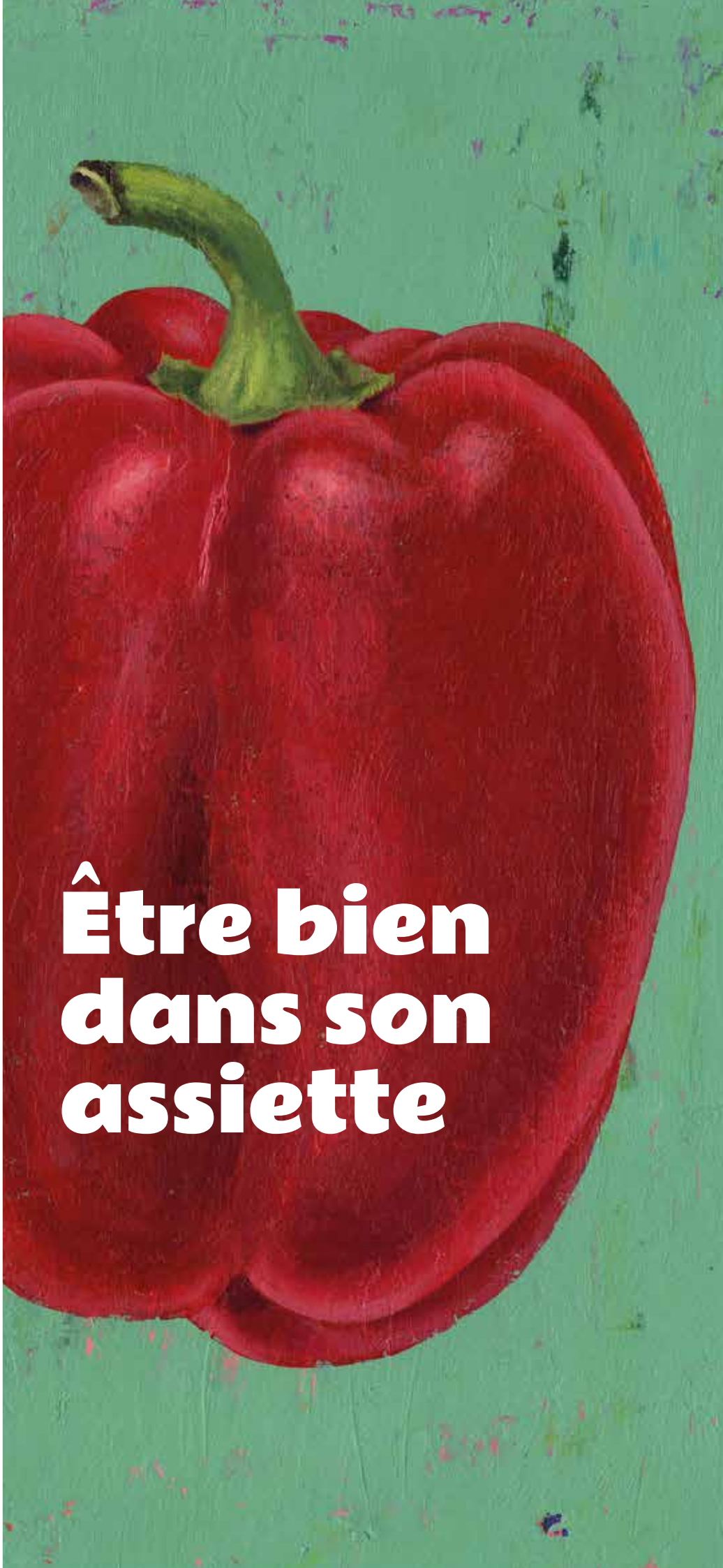
RHIZOME

BULLETIN NATIONAL SANTÉ MENTALE ET PRÉCARITÉ



Être bien dans son assiette

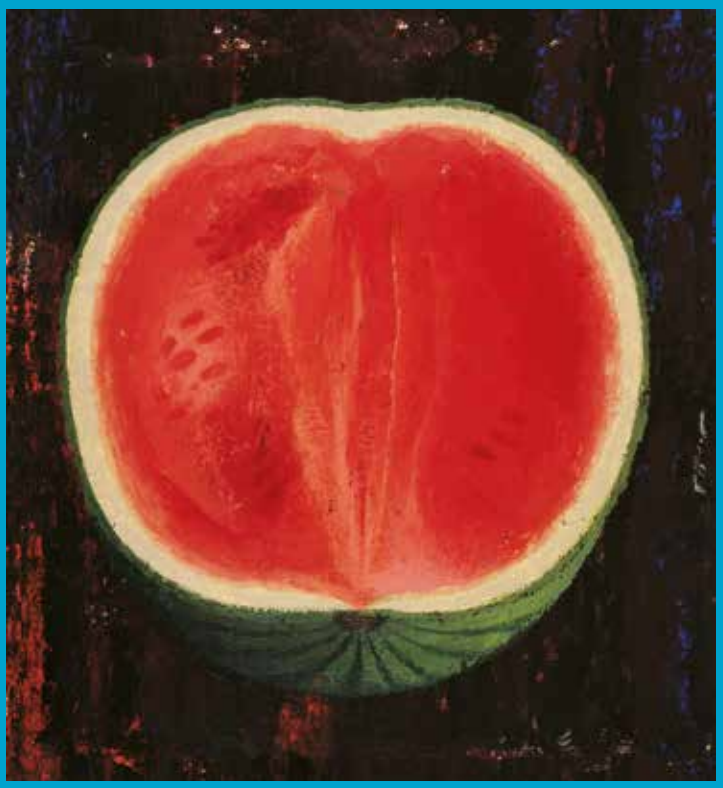
#93
Juil. 2025

Gwen Le Goff
Directrice adjointe de publication de *Rhizome*
Orspere-Samdarra

Natacha Carbonel
Assistante de rédaction de *Rhizome*
Orspere-Samdarra

Je mange donc je suis

Manger pour vivre, vivre pour manger. Si le fait de se nourrir nous renvoie à nos fonctions instinctuelles et à notre condition humaine, il ne se limite pas uniquement à cela et représente un fort marqueur social et identitaire. Quels effets notre alimentation a-t-elle sur notre santé, mais aussi sur notre environnement ? Surtout, que dit-elle de nous ? Tandis qu'une partie de la population mondiale lutte au quotidien pour se nourrir, une autre cherche à manger « mieux », en réduisant l'impact de sa consommation sur les êtres vivants et les écosystèmes. L'alimentation révèle et renforce des inégalités – sociales, économiques, géographiques et environnementales – particulièrement en période de crises (causées par des instabilités politico-économiques, des conflits, des catastrophes ou la précarité).



Choisir ce que nous consommons, retrouver des saveurs d'enfance, vivre de nouvelles expériences, préparer un plat pour celles et ceux que nous aimons, partager des recettes familiales… L'alimentation procure des sentiments de réconfort et de bien-être.

Comme le rappelle l'expression « *eat your feelings* » (« manger ses émotions »), des liens étroits existent entre la manière dont nous nous sentons et ce qui nous nourrit. Être empêché de choisir ce que l'on mange, dépendre de l'aide alimentaire, ne plus ressentir de plaisir ou être privé de nourriture nous affecte profondément tant sur le plan psychique que physique. Mieux appréhender les liens entre la souffrance psychique, les troubles psychiatriques et l'alimentation nous invite à repenser la manière de nous nourrir.

Précarité alimentaire

Manger à sa faim, accéder à une nourriture variée, choisie et à des ingrédients de qualité, mais aussi avoir la possibilité de cuisiner, d'inviter ou de partager ses repas sont autant d'actes empêchés par la précarité sociale. Accentuées par la crise sanitaire, les craintes autour de la précarité alimentaire sont aujourd'hui appréhendées comme un véritable enjeu de santé publique, tout en veillant à respecter la dignité de tout un chacun. Comme l'atteste l'Observatoire des Restos, en France, le nombre de personnes dépendant des distributions alimentaires ne cesse d'augmenter. Des initiatives, telles que la mise en place d'une sécurité sociale alimentaire ou des tiers-lieux alimentaires, voient alors le jour et se déploient sur le territoire. Celles-ci redonnent du pouvoir d'agir aux personnes précaires en leur permettant notamment de choisir comment se nourrir en marge des contraintes financières.

Troubles dans l'alimentation

Ces dernières années, la psychiatrie et la psychologie clinique s'intéressent davantage aux effets de l'alimentation sur la qualité de vie des patients. Les pathologies psychiatriques et les effets des traitements ont également des effets sur la satiété et le plaisir. Reconnaître les liens entre souffrance psychique, stress ou anxiété et alimentation permet d'envisager de nouvelles formes de soin, et de redonner aux personnes un certain pouvoir sur leur santé.

Faire de l'alimentation un sujet de la clinique et de l'accompagnement invite les professionnels à une écoute plus fine des besoins et des récits des personnes. Être concerné par des troubles du comportement alimentaire expose les personnes au regard des autres et à la discrimination sociale associée.

La nourriture qui nous lie

La préparation, le partage des repas et la production alimentaire donnent lieu à des interactions sociales. Ainsi, les ateliers de cuisine ou les cuisines partagées permettent de créer des liens avec d'autres, autrement. La nourriture peut être donnée, partagée, échangée, offerte. Les identités se tissent à travers des traditions culinaires, des héritages, des manières de cuisiner ou d'assaisonner. Pour autant, se retrouver autour de la nourriture peut être vécu autant comme un moment de partage que de contrainte. Autour de la table, des rapports de pouvoir s'expriment aussi : des rôles peuvent être assignés, des corps jugés, des nourritures valorisées ou même dénigrées.

Ce numéro de *Rhizome* propose d'explorer l'alimentation comme un révélateur d'inégalités, mais aussi comme un vecteur de liens et de soins. Il nous invite à penser ce que manger veut dire, dans un monde où l'accès à une alimentation choisie, digne et partagée reste profondément inégal. Prendre soin de soi et des autres, c'est aussi prendre soin de ce qui nous nourrit.

Faustine Régnier
Docteure en sociologie, chercheuse
Inrae

Bien dans son assiette, question de coût ou affaire de goût ?

Dans un contexte de crise économique et sociale aiguë, la pression est forte sur des choix alimentaires qui doivent être à la fois suffisants, sains, écologiques et bons au goût. Dans ces conditions, pouvons-nous vraiment être « bien dans notre assiette » lorsque nous sommes en situation de précarité ? Et que signifie « être bien » : l'être aux yeux d'autrui, par conformité aux normes alimentaires et à la reconnaissance sociale, ou pour soi-même, en satisfaisant ses goûts et en exerçant un véritable choix ? Ces choix sont-ils le reflet de contraintes économiques ou traduisent-ils une réelle liberté des goûts ?

Bien dans son assiette, une question de coût

Les contraintes financières pèsent fortement sur les choix alimentaires des milieux précaires, mais aussi des ménages modestes qui, sans être précaires, consacrent une proportion élevée de leur budget à l'alimentation. Elles limitent l'accès à des produits valorisés pour leur intérêt nutritionnel et environnemental, tels que les fruits et légumes, dont les apports restent nettement insuffisants par rapport aux recommandations nutritionnelles[1]. Elles restreignent aussi l'accès à des aliments désirés par les classes populaires, comme les produits locaux ou, plus simplement, les aliments « de qualité ». Ces écarts de consommation ont des effets sur la santé : les populations précaires sont davantage exposées à des pathologies nutritionnelles telles que l'obésité ou le diabète de type 2.

Exercer des choix suppose aussi l'accès à des savoirs, qui émancipent. Or les recommandations nutritionnelles et environnementales se diffusent de manière inégale selon les milieux sociaux. Par exemple, en situation de précarité, la priorité n'est pas de manger « sainement », mais avant tout d'avoir assez à manger.

Cette distance vis-à-vis des possibilités d'accès aux aliments socialement valorisés et des savoirs légitimes peut engendrer des tensions, nourrissant à la fois un sentiment d'exclusion et une exclusion effective de pratiques reconnues. En matière d'alimentation, l'expression « on n'a pas le choix » revient fréquemment, traduisant une autonomie fortement contrainte.

Bien dans son assiette, une affaire de goût

Être bien dans son assiette dépend aussi de la capacité des individus à exprimer leurs préférences. Les choix alimentaires des catégories modestes reflètent également les goûts. Le plaisir pris dans la consommation alimentaire, la valorisation de l'abondance, la jubilation à pouvoir exercer un choix et gâter les enfants par l'alimentation en sont des dimensions essentielles[2].

Dès lors, les préférences alimentaires des classes populaires sont souvent éloignées des normes dominantes : elles révèlent une forme de résistance, comme l'illustrent deux exemples significatifs. Le végétal, largement promu dans les recommandations publiques, suscite une adhésion partielle, limitée par des contraintes de coût, de périssabilité et par un rapport moins direct à l'alimentation en tant que facteur de santé. À l'inverse, la viande conserve une forte valeur affective et sociale. Symbole de conquête sociale, elle demeure importante alors même qu'elle est désormais critiquée par ailleurs pour des motifs sanitaires ou écologiques[3].

Ces préférences sont façonnées par la position sociale, qui influe sur les perceptions du « bien manger », de la santé et du corps « en bonne santé ». Elles sont également nourries par des dimensions plus individuelles, comme les trajectoires de vie, les souvenirs familiaux, ainsi que par d'autres facteurs tels que le sexe, l'âge ou la génération. L'ensemble de ces dimensions contribue à donner sens aux pratiques alimentaires.

L'alimentation, un enjeu d'intégration sociale

Pouvoir satisfaire ses préférences relève également de la liberté de choix, condition essentielle de la reconnaissance des individus précaires comme des sujets autonomes, même lorsque leur autonomie est par ailleurs fortement restreinte. La consommation alimentaire est une manière de participer à la société de consommation, dont les personnes précaires sont exclues par bien des aspects. L'alimentation, premier luxe accessible, devient pour les catégories modestes un moyen d'intégration sociale, une victoire sur des manques, et un mode d'affirmation de leur liberté face aux contraintes économiques et sociales. L'alimentation est ainsi un espace d'expression des aspirations à une participation à la société.

Cette liberté de choix, bien que relative, s'exerce souvent dans des marges étroites. Elle se manifeste aussi par des savoir-faire, des astuces et une inventivité du quotidien, soit cuisiner avec peu, accommoder les restes et adapter des recettes. Ces compétences permettent d'ajuster les contraintes économiques sans pour autant renoncer au goût ni au plaisir. Elles participent pleinement d'une éthique de consommation populaire.

Conclusion

L'alimentation des classes populaires ne se réduit pas à un manque ou à des contraintes, mais exprime des choix, des goûts et des aspirations propres. Ces pratiques, parfois invisibles ou dévalorisées, traduisent des formes de résistance aux normes dominantes, des stratégies d'ajustement, mais aussi un désir de participation à la société. En les reconnaissant, l'alimentation peut devenir un vecteur d'intégration sociale plutôt qu'un nouvel élément de distinction pour les plus aisés et d'exclusion pour les autres. Penser l'alimentation, c'est ainsi y réintroduire les dimensions sociales, culturelles et symboliques qui font que nous pouvons être bien dans nos assiettes.

1 Perignon, M., Vieux, F., Verger, E. O., Bricas, N. et Darmon, N. (2023). Dietary environmental impacts of French adults are poorly related to their income levels or food insecurity status. *Eur. J. Nutr., 62*(6), 2541-2553.

2 Schwartz, O. (1990). *Le monde privé des ouvriers.* Presses universitaires de France.
Régnier, F. et Masullo, A. (2009). Obésité, goûts et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale. *Revue française de sociologie, 50*(4), 747-773.

3 Régnier, F. (2024). Transition écologique et choix alimentaires : les classes populaires sous tension. Dans Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, *Faire de la transition écologique un levier de l'inclusion sociale* (p. 252-264).

À LIRE…

Régnier F. (2025). *Distinctions alimentaires.* Presses universitaires de France.

Julie Erceau **Vigdis Gosset**
Directrices déléguées et responsables de projets
Agence nouvelle des solidarités actives

Lutte contre la précarité alimentaire, publics concernés et réponses apportées

La crise du Covid-19 a mis la lumière sur une supposée nouvelle précarité représentée par ces files de personnes de tout âge, isolées ou non, venant récupérer un colis alimentaire nécessaire à leur subsistance. Des profils, désormais plus visibles, de personnes de plus de 60 ans et d'étudiants notamment, sont ressortis et continuent aujourd'hui de remplir les files actives des associations d'aide alimentaire et des services sociaux. Les professionnels du social font le constat que la part des personnes précarisées continue d'augmenter, sans toutefois posséder une vision complète de ces publics qui sont dans le besoin. En parallèle, les plus grandes associations d'aide alimentaire françaises ont tiré la sonnette d'alarme à plusieurs reprises face à leur incapacité financière et logistique à répondre à l'ensemble des personnes se présentant à leur porte, et dont le chiffre est en constante augmentation depuis 2020. L'Observatoire des Restos, dans son étude annuelle[1] sur les personnes accueillies, rappelle que les Restos du Cœur accueillent 20 % de personnes supplémentaires par rapport à l'année précédente, et ce, malgré des ressources contraintes les ayant forcés à durcir les critères d'accès et à diminuer la quantité de repas distribués.



Malgré la baisse de l'inflation et du taux de chômage sur les dernières années, force est de constater que l'indice des prix à la consommation est resté haut pour l'alimentation[2] et pour l'énergie, celui-ci a augmenté de plus de 50 points sur la même période[3], et que le taux de pauvreté n'a également fait qu'augmenter concernant aujourd'hui presque 10 millions de personnes. Les capacités économiques des ménages sont ainsi fortement contraintes et les profils les plus exposés sont représentés parmi les personnes usagères des associations d'aide alimentaire (telles que des familles, des familles monoparentales ou des personnes isolées). Cependant, être en situation de précarité ne signifie pas automatiquement être en situation de précarité alimentaire ni avoir accès à une assistance alimentaire. Les données statistiques nationales sont éparses et parfois peu récentes sur la question. L'étude Inca 3[4] fait état d'une estimation de plus de 11 % des Français en situation d'insécurité alimentaire en se basant sur des données de 2014, alors que l'Insee estime à moins de 5 millions le nombre de personnes fréquentant l'aide alimentaire[5]. De récentes études sont plus alarmantes et avancent les chiffres de 16 % de Français déclarant ne pas avoir assez à manger en 2022[6] et de 32 % des Français étant en situation d'insécurité alimentaire en 2024[7]. Le fort non-recours aux assistances alimentaires est dû à la difficulté d'identifier le public en situation de précarité alimentaire faute de données fiables sur les profils et parcours de vie. À cela s'ajoute l'épreuve que représente le fait de passer la porte de l'aide sociale ou d'une association (faisant émerger un sentiment de gêne ou de honte), mais également la forme prise par les distributions de l'aide alimentaire classique, qui n'offrent pas suffisamment de choix, de qualité et de dignité aux personnes et qui ne répondent pas à l'ensemble de leurs besoins.

Les différentes études sur les profils et besoins des personnes recourant à l'aide alimentaire[8] et fréquentant divers dispositifs ont fait ressortir que la quantité, le manque de diversité et de qualité des produits représentaient les retours fréquents des personnes recourantes sur l'aide reçue, malgré une appréciation globale de l'assistance. La satisfaction ressentie vis-à-vis de dispositifs offrant plus de choix aux personnes est automatiquement plus élevée que pour les dispositifs de distribution de denrées ou de repas. Des tentatives de diversifier les produits proposés - notamment la part des fruits et légumes frais disponibles - sont notables depuis plusieurs années. Cela est particulièrement le cas grâce au financement national du fonds « Mieux manger pour tous » qui a permis aux associations têtes de réseau[9] de disposer de budget pour acheter directement des denrées répondant à des critères de qualité et de durabilité et, ainsi, limiter le gaspillage des produits issus de la ramasse par les associations. Des disposi-

1 L'Observatoire des Restos. (2024). *Personnes accueillies à l'aide alimentaire des Restos du Cœur.*

2 En novembre 2024, l'indice des prix à la consommation alimentation est à 131,7. En novembre 2020, il était à 108,4.

3 Insee. (2024). *Indices des prix à la consommation par grands secteurs de consommation.*

4 Anses. (2017). *Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 3* (Inca 3).

5 Insee. (2022). Enquête Aide alimentaire.

6 Credoc. (2023). *Consommation et modes de vie. En forte hausse, la précarité alimentaire s'ajoute à d'autres fragilités.*

7 Fondation Nestlé France. (2024). *L'Observatoire des vulnérabilités alimentaires. Partage des enseignements de la 2e édition.* Fondation Nestlé France.

8 Telles que les études menées par Action contre la faim.

9 Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. (2024). *Liste nationale des associations habilitées à l'aide alimentaire.* Solidarités.Gouv.fr.

tifs vont cependant plus loin dans les services et les réflexions sur les manières de répondre aux précarités alimentaires, en offrant aux personnes du choix, mais également la possibilité de développer leur pouvoir d'agir afin de redevenir des citoyens prenant une part active, via leur alimentation, à l'amélioration d'un système alimentaire respectueux de l'environnement et juste envers tous les acteurs de la chaîne alimentaire. La Ville de Paris, en 2024-2025, dans le cadre de son engagement pour une alimentation accessible et durable, soutient plusieurs expérimentations visant à renforcer le pouvoir d'agir des habitant·e·s et leur accès à une alimentation de qualité. L'Agence nouvelle des solidarités actives – avec l'appui d'un comité scientifique – coordonne l'évaluation de ces démarches afin de comprendre, avec les associations qui les mettent en œuvre, comment ces initiatives contribuent à améliorer l'accès à une alimentation de qualité des publics concernés, mais aussi à développer leur pouvoir d'agir.

LES DONNÉES STATISTIQUES NATIONALES SONT ÉPARSES ET PARFOIS PEU RÉCENTES POUR APPRÉCIER L'ÉTAT DE LA PRÉCARITÉ ALIMENTAIRE EN FRANCE

Dans les 18e et 19e arrondissements de Paris, l'association Toques en Stock[10] et le Réseau Cocagne[11] se sont associés pour proposer à des habitant·e·s des ateliers cuisine, adossés à la vente de paniers de légumes. Entre novembre 2024 et février 2025, chaque semaine, entre 30 et 40 personnes résidentes dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville de Chaufourniers (19e) et de porte de Montmartre (18e) ont pu bénéficier d'un panier de légumes biologiques, en circuit court, pour un tarif selon leurs moyens de 3, 7 ou 15 euros, sur la base du déclaratif. Les produits maraîchers provenaient du jardin de Chennevières dans le Val-de-Marne, soit à quelques kilomètres seulement de Paris et étaient distribués en pied d'immeubles. En parallèle de la distribution de paniers, des animations cuisine-santé étaient proposées aux habitant·e·s volontaires par l'association Toques en stock, composée d'une cheffe cuisinière et de soignantes (soit une infirmière, une médecin et une diététicienne). Entre 5 et 10 personnes par atelier – en majorité des femmes – ont ainsi pu, dans une ambiance conviviale, s'informer sur les gras, les sucres, le sel, le nutriscore ou encore sur le lien entre l'activité physique et l'alimentation. Elles ont également préparé des recettes avec ce que contenait le panier de légumes chaque semaine. Une deuxième initiative, portée par l'association de solidarité étudiante Cop1[12], a permis à 100 étudiant·e·s résidant dans les 5e, 13e et 14e arrondissements de Paris de bénéficier de 125 euros mensuels pendant quatre mois sous la forme de chèques alimentaires, à dépenser dans des commerces d'alimentation durable. Les premiers résultats de cette expérimentation – encore en cours d'analyse – montrent que selon la situation et le profil des étudiant·e·s, ce soutien financier leur a permis de se passer de l'aide alimentaire ou de limiter leur recours à celle-ci ; d'accéder à une alimentation plus riche en protéines, en achetant davantage de poisson ou de viande ; ou encore d'accéder à des produits biologiques ou locaux. Enfin, deux projets de caisse alimentaire solidaire/commune sont soutenus par la Ville de Paris dans les 14e et 20e arrondissements. Les enjeux de démocratie alimentaire occupent une place centrale dans ces deux expérimentations qui sont portées par des collectifs d'habitant·e·s.



Dans le 20e arrondissement, une vingtaine d'habitant·e·s se sont ainsi formé·e·s pendant plusieurs mois pour mieux comprendre le fonctionnement de notre système alimentaire : ils·elles sont allé·e·s à la rencontre de paysan·ne·s, ont relevé les prix des produits alimentaires dans les commerces de leur quartier et ont participé à des conférences et ateliers[13]. Ces projets de caisses alimentaires s'apprêtent désormais à expérimenter le principe d'une cotisation-allocation, calculée sur les revenus et les charges de chaque foyer – sur la base du déclaratif. Concrètement, dans le 20e arrondissement, une centaine de foyers cotisera chaque mois un certain montant (le minimum étant fixé à 15 euros) et percevra en échange entre 100 et 300 euros à dépenser pour des achats alimentaires auprès de magasins qui auront été conventionnés. Dans chaque arrondissement, environ dix points de vente ont été retenus sur la base de critères définis par les habitant·e·s. Ces commerces doivent notamment proposer des produits bios, locaux, de saison, favoriser les circuits courts, être facilement accessibles et mettre en œuvre de bonnes conditions de travail pour leurs salarié·e·s.

10 Site internet de Toques en Stock.

11 Site internet du Réseau Cocagne.

12 Site Internet de l'association Cop1.

13 Ce parcours de formation a été conçu et coordonné par l'anthropologue Bénédicte Bonzi.

Natacha Carbonel
Assistante de rédaction de *Rhizome*
Orspere-Samdarra

Gwen Le Goff
Directrice adjointe de publication de *Rhizome*
Orspere-Samdarra

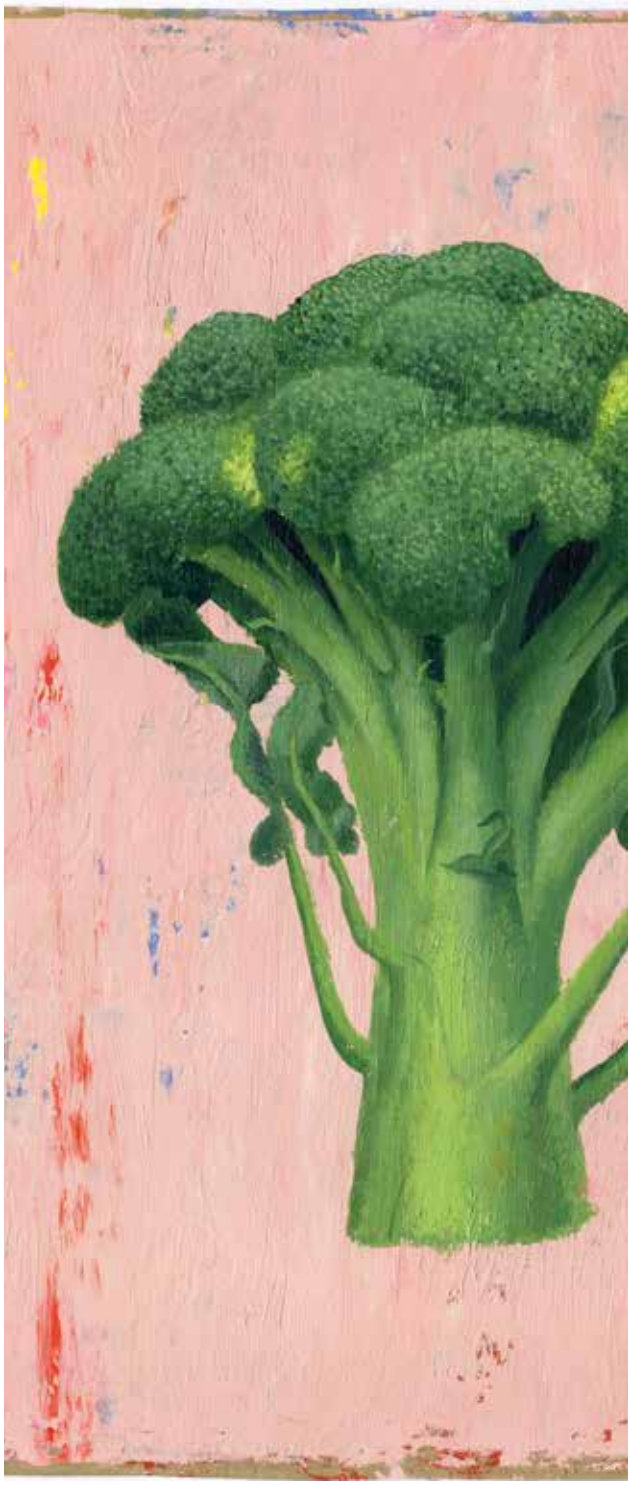
La Cantina, un tiers-lieu de liens et de lutte contre la précarité alimentaire

10 h 30, un jeudi matin de février à Villeurbanne, rue Anatole France. Rendez-vous sur un parking en pleine transformation. Des clôtures encerclent des bâtiments préfabriqués surplombés par des engins de construction. Le terrain, qui a longtemps accueilli l'ancien parking Raphaël-de-Barros et plus de 170 places de stationnement, fait l'objet d'un important projet de réaménagement urbain. Le tiers-lieux alimentaire sera bientôt entouré d'un grand parc. Au sein de trois préfabriqués assemblés, dans un espace de plus de 200 m², Judith Le Mauff, coordinatrice, nous fait découvrir La Cantina, tiers-lieu alimentaire dédié à la lutte contre la précarité alimentaire[1]. Le lieu accueille trois cuisines partagées et équipées, une buanderie, un café-restaurant ainsi qu'un espace de stockage de denrées alimentaires. L'entrée dévoile un lieu plein de vie et de passages[2] : des plannings de couleurs, remplis au feutre, indiquant les disponibilités des cuisines et de la buanderie ainsi que des affiches habillent les murs ; dans un coin de la pièce, des petits chariots individuels avec des ustensiles de cuisine attendent d'être empruntés et, dans un autre, une banque d'accueil met à disposition des arrivants différents prospectus.

Comment s'organisent les tiers-lieux dédiés à la lutte contre la précarité alimentaire ? À quels besoins répondent-ils ? Que permettent ces espaces et, au-delà des activités culinaires qui s'y déroulent, comment sont-ils investis ? C'est afin d'apporter des éléments de réponse à ces interrogations que nous sommes allées découvrir La Cantina, rencontrer les professionnels qui l'animent et les personnes qui la fréquentent.

L'archipel, tiers-lieu alimentaire et social

À la suite de la crise sanitaire et des différents confinements, un appel à projet national[3] a été diffusé par les pouvoirs publics afin d'encourager la mise en place de tiers-lieux dédiés à la lutte contre la précarité alimentaire. La ville de Villeurbanne, les Restos du Cœur, déjà présents dans ce quartier et réalisant des distributions alimentaires depuis plusieurs années[4], et l'association Le Mas, active dans les secteurs de l'hébergement, du logement et de la grande précarité, se sont associés afin d'y répondre. L'archipel, tiers-lieu alimentaire et social, est constitué de deux bâtiments destinés aux Restos du Cœur et à La Cantina, affirmant ainsi le rôle social et l'identité de cet espace.



1 Nous remercions, pour leur accueil, Judith Le Mauff, coordinatrice de La Cantina, Léa Stemmel et Lionel Pacaud, animateurs sociaux, ainsi que les personnes présentes ce jour-là dans les cuisines de La Cantina.
Les noms des familles cités sont anonymisés.

2 En 2024, La Cantina a accueilli plus de 300 personnes, dont la moitié sont des enfants.

3 Soixante-neuf tiers-lieux dédiés à la lutte contre la précarité alimentaire disséminés sur l'ensemble du territoire ont été créés suite à l'appel à projet « Création et développement de tiers lieux favorisant l'accès à l'alimentation des personnes hébergées à l'hôtel » émis, en 2021, par la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement.

4 Les distributions alimentaires se déroulent à partir de 19 h 30 du lundi au vendredi. Deux cents à trois cents personnes bénéficient de la distribution de repas.

5 Le concept des cafés et des repas suspendus consiste à payer sa commande en double afin qu'une personne qui ne peut les payer puisse en bénéficier.

6 Pâtes, riz, sauces tomate, farine, pois chiches, haricots blancs, levures, semoules, huiles, sauces tomate… Les produits sont issus de la coopérative Vrac qui propose des produits bio, en circuit court et locaux.



Un espace destiné aux personnes concernées par la précarité ouvert sur la ville

La Cantina est un lieu hybride. D'une part, elle propose des cuisines partagées exclusivement ouvertes à des personnes hébergées à l'hôtel ou chez un tiers, mais aussi l'accès à une buanderie. D'autre part, l'espace café, ouvert au grand public, accueille les habitants du quartier. Il est ainsi possible de venir y boire quelque chose ou y travailler. Les personnes en situation de précarité peuvent également charger leur téléphone, profiter de la connexion Wifi ou bénéficier de cafés ou de repas suspendus[5].

Tous les jeudis midi, cette grande pièce, chaleureuse, colorée, joliment décorée avec de nombreuses tables nappées, des fauteuils et des chaises dépareillés, se transforme en restaurant en proposant une formule plat-café à 6 euros. Au menu, une recette simple : des gnocchis ; un gâteau est proposé en dessert. La famille Yujad, habituée du lieu, est chargée de leur préparation. De manière ponctuelle, cette salle accueille également des associations, une coiffeuse, un opticien optométriste, une écrivaine publique et des soirées musicales, transformant ainsi les ambiances et mêlant les publics.

AU-DELÀ DE LA CUISINE ET DES ACTIONS DE LUTTE CONTRE LA PRÉCARITÉ ALIMENTAIRE, LA CANTINA EST UN LIEU DE LIBERTÉ, DE RENCONTRES ET DE CRÉATION DE LIENS AU SEIN DUQUEL LES PERSONNES RETROUVENT DU POUVOIR D'AGIR

Les trois cuisines partagées, ouvertes du mardi au samedi, permettent d'accueillir six familles simultanément. Chaque pièce, spacieuse, comporte deux espaces de cuisine distincts (soit un réfrigérateur ainsi que deux plaques de cuissons, deux fours, deux éviers et deux plans de travail) et deux tables, permettant aux personnes de partager un repas. En effet, au-delà d'un lieu où les personnes peuvent cuisiner et bénéficier d'un certain confort matériel, celui-ci a également été pensé afin de pouvoir leur proposer un espace d'intimité et de convivialité, loin de la promiscuité qu'implique la vie à l'hôtel. Afin d'améliorer la qualité des produits alimentaires auxquels les personnes ont accès, qui est l'un des autres objectifs du projet de La Cantina, une épicerie sèche est également à leur disposition dans chaque cuisine[6].

En cuisine, les personnes sont libres de préparer ce qu'elles souhaitent et comme elles le souhaitent : elles choisissent aussi bien les recettes que les modalités de cuisson et les produits qu'elles consomment – qu'elles ramènent en partie de l'extérieur. L'équipe est là, présente et disponible, mais elle fait le choix de ne pas adopter un rôle d'éducation alimentaire afin d'éviter de prendre une posture qui peut être moralisante.

Derrière les fourneaux

Au-delà de la contrainte de devoir cuisiner pour nourrir sa famille et de la précarité subie, les personnes sont invitées à partager un moment agréable en cuisine. Plats simples du quotidien, recettes du pays, transmissions culinaires… la cuisine est investie de différentes manières.

Ce jour-là, la plus grande des cuisines est entièrement réservée à la famille Yujad. Les enfants jouent autour de la table et dessinent pendant que les parents préparent les plats et dressent les assiettes de desserts qui seront servis à midi au restaurant.
Dans une autre cuisine, la famille Oláh est pour l'instant seule. La jeune fille précise : « *On vient souvent ici, parfois on réserve trois fois par semaine. Chaque jeudi, une autre dame vient avec son petit enfant, on l'attend. On se rencontre ici et on partage les plats syriens et albanais.* » Elle confectionne, avec sa mère, un plat albanais « riche », à base de viande et de légumes. « *Parfois on cuisine des pites ou des beureks. Chaque fois que l'on vient, on fait des choses différentes, on les imagine et on les prépare. On expérimente, on s'inspire aussi des recettes d'Internet. On aime cuisiner. Ma mère adore, c'est une passion. C'est elle la cheffe* », nous explique-t-elle. Mère et fille amèneront ensuite les plats cuisinés à Monsieur, actuellement hospitalisé. « *Là-bas, il ne mange rien, surtout si nous ne sommes pas avec lui. Mais quand nous sommes là, il mange bien. Parce que l'amour vient de l'estomac* », conclut-elle en riant.

La dernière cuisine est partagée par deux femmes. Madame Sissoko, hébergée à l'hôtel avec ses quatre enfants, prépare deux recettes simultanément – une à base de poulet et de vermicelles (adorée par ses petits), l'autre de poisson – et du riz. Elle a aussi amené du linge à laver. « *Cela ne sera pas possible ce matin* », lui annonce Léa Stemmel, animatrice sociale du lieu, après avoir essayé de lui trouver une place sur le planning de la buanderie de la matinée, bien chargé. N'étant pas inscrite, elle devra revenir en début d'après-midi. Madame Bah, venue avec son enfant de un an et demi, prépare quant à elle un « *plat du pays* », le mafé, à base de poulet et pâte d'arachide. Elle tend un piment avant de le hacher, en précisant : « *Je le rajoute aussi, à côté, parce que nous on aime beaucoup.* »

Avant de rattraper le fils de Madame, qui était parti gambader dans les couloirs, et de le raccompagner en le portant dans les bras pour le ramener à proximité de sa mère, Lionel Pacaud, animateur social, lui signale que sa machine à laver est terminée. Il s'est donc permis de sortir le linge et de le mettre à sécher. Posé dans ses bras et emmitouflé dans sa combinaison d'hiver, le petit s'endort. Lionel suppose qu'il a un peu de température.
Au cœur de cette cuisine partagée, l'ambiance est conviviale. Tout en cuisinant, les deux femmes discutent, échangent et rient. Au loin, l'équipe constate leurs interactions et, discrètement, s'en réjouit.

Au-delà de la cuisine et des actions de lutte contre la précarité alimentaire, La Cantina est un lieu de liberté, de rencontres et de création de liens au sein duquel les personnes retrouvent du pouvoir d'agir, mis à mal par les épreuves de la précarité et de la migration, à travers ce qu'elles préparent, mangent et les relations qu'elles y tissent.

Élodie Charmat
Responsable de l'Observatoire des Restos du Cœur

Les Restos du Cœur face à l'augmentation de la grande pauvreté

Les Restos du Cœur sont l'une des principales associations de solidarité en France et représentent environ 35 % des volumes d'aide alimentaire distribués dans notre pays. En 2023-2024, ce sont 163 millions de repas qui ont été distribués au sein d'environ 2 300 lieux d'accueil par plus de 75 000 bénévoles, contre 142 millions il y a encore deux ans. L'association a accueilli l'année dernière 1,3 million de personnes, appartenant à 575 000 ménages[1]. Ce chiffre représente quelque 200 000 personnes de plus qu'il y a deux ans, période à laquelle les Restos avaient alors dû prendre des mesures de freinage consécutives au choc inflationniste.

Depuis 2017, une stabilité dans le profil des personnes accueillies…

Le public accueilli aux Restos du Cœur est marqué par sa jeunesse, 39 % des bénéficiaires sont mineurs. La répartition par âge ne varie guère d'une année sur l'autre, environ 57 % des personnes accueillies ont moins de 30 ans. Au cours des campagnes 2023-2024, nous avons compté 103 398 familles ayant au moins un enfant de moins de 3 ans. C'est un nombre total de 128 248 enfants de moins de 3 ans qui sont accueillis aux Restos du Cœur, représentant près de 10 % des personnes accueillies et environ un quart des bébés nés dans une famille pauvre en France. Les moins de 3 ans représentent actuellement presque 25 % des mineurs accueillis.

Les Restos du Cœur accueillent une population diverse, mettant en avant l'hétérogénéité des formes de précarité telles que :

- les familles monoparentales, qui représentent une part croissante des demandes d'aide ;
- les travailleurs précaires, dont le revenu ne suffit plus à couvrir les besoins essentiels ;
- les étudiants, de plus en plus nombreux à solliciter une aide alimentaire ;
- les seniors, victimes de pensions insuffisantes et de l'augmentation du coût de la vie ;
- les personnes migrantes (demandeuses d'asile et réfugiées), dont les besoins d'accompagnement sont multiples.

Ces dernières années, l'association a connu une hausse de la fréquentation de l'ensemble des profils, sur toutes les catégories d'âge et sur tous les territoires, en milieu rural comme urbain.

… mais des conditions de vie de plus en plus dégradées

Le logement constitue l'un des principaux vecteurs d'exclusion sociale en raison de sa place centrale dans la vie quotidienne des individus – qu'il s'agisse de leurs relations sociales, de leur activité professionnelle ou de la scolarisation des enfants. Aux Restos du Cœur, 40 % des familles accompagnées rencontrent des difficultés liées au logement, un chiffre qui grimpe à 47 % pour celles ayant des enfants âgés de 0 à 3 ans.

L'ensemble des familles accueillies au Restos vit en dessous du seuil de pauvreté et 70 % d'entre elles vivent avec deux fois moins que le seuil de pauvreté (soit 608 euros), ce qui constitue une aggravation de 10 points par rapport à l'année précédente (60 %). Près de 30 % des familles déclarent vivre sans aucune ressource. Environ 35 % des familles n'ont plus de ressource une fois le loyer et les charges payées. Ainsi, l'impact du choc inflationniste[2] a été particulièrement violent pour l'ensemble de ces personnes dont les ressources sont extrêmement basses ; il a pu être à l'origine d'un véritable basculement dans la grande pauvreté. C'est une tendance lourde que nous observons depuis la crise sanitaire : les trajectoires de précarité des personnes en difficulté ont eu tendance à s'accélérer et à devenir plus complexes encore. Cette situation rend par ailleurs particulièrement pertinente et indispensable la gratuité totale de l'aide apportée par les Restos du Cœur.

L'aide alimentaire est la porte d'entrée d'un accompagnement plus large

L'aide alimentaire permet d'apporter une aide d'urgence, mais représente aussi le point de contact privilégié pour favoriser l'inclusion sociale des plus démunis et les sortir de la pauvreté. Le lien de confiance tissé par les bénévoles avec les personnes accueillies permet de lutter contre l'isolement : nous avons pu mesurer que 8 personnes sur 10 venant à l'aide alimentaire des Restos voient leur situation d'isolement reculer. De nombreuses personnes accueillies deviennent d'ailleurs elles-mêmes bénévoles : nous estimons qu'environ 15 % des bénévoles sont par ailleurs accueillis. Cette aide alimentaire permet également d'aller plus loin dans l'accompagnement et d'identifier les besoins des personnes, de proposer des solutions pour y répondre et de constituer une première marche indispensable vers l'insertion : de l'accès à l'emploi et au logement jusqu'à l'accès à la culture, aux loisirs et aux vacances, en passant par l'accès aux droits, les Restos déploient une multitude d'actions pour permettre aux personnes accueillies de reprendre pied durablement.

Ainsi, de l'aide d'urgence à l'insertion durable, les Restos se battent contre la pauvreté sous toutes ses formes, mais il reste de la responsabilité des pouvoirs publics de lutter contre la pauvreté à la racine, de prévenir le basculement dans la précarité et, in fine, le besoin d'aide alimentaire.

1 L'Observatoire des Restos. (2024). *Caractéristiques des personnes accueillies aux Restos du Cœur. Campagne 2023-2024.* L'Observatoire des Restos.

2 La France a connu une vague d'inflation débutée fin 2021, qui a culminé entre fin 2022 et début 2023, marquée par une forte hausse des prix de l'énergie et de l'alimentation. Les produits les plus touchés par cette inflation ont ainsi été ceux du quotidien, achetés régulièrement par les ménages.
Insee. (2025). *L'essentiel sur… l'inflation.* Insee.

À LIRE…

Arnal, C., Neybourger, P., Perronnet, C. et Verdier, C. (2023). *Étude sur l'utilité sociale de l'aide alimentaire.* L'Observatoire des Restos.

Laurinne Castrien
Diététicienne
GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences

Nelly Carpentier
Diététicienne référente en mission transversale
GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences

Alimentation et santé mentale, quelle prise en charge diététique ?



Rhizome : ***Quels sont les enjeux d'un service diététique en psychiatrie ?***

Laurinne Castrien et Nelly Carpentier :
Du fait des effets des traitements, de leurs pathologies et de leurs conditions de vie, les patients suivis en psychiatrie présentent fréquemment des problèmes de surpoids et d'obésité. Ces derniers entraînent une dégradation de leur image corporelle, une perte d'estime de soi, une stigmatisation ainsi que l'apparition de complications cardio-métaboliques et cardiovasculaires. Les traitements psychotropes ont pour effet secondaire une diminution de la sensation de satiété avec une appétence exacerbée pour les aliments gras, sucrés et salés ainsi qu'un désintérêt pour les légumes et les fruits. Du fait de cette altération, les patients confondent la faim et l'envie de manger. La tachyphagie[1] qu'elles présentent, mais aussi leur mal-être les empêchent de ressentir le plaisir gustatif. En parallèle de la maladie, ils peuvent également souffrir d'isolement social et de sédentarité.

En tant que diététiciennes[2], nous sommes quotidiennement confrontées à leur désarroi concernant leur prise de poids et leurs troubles alimentaires « difficilement contrôlables ». Nous leur proposons également en parallèle de la prise en charge diététique, des activités physiques adaptées par le biais de notre association sportive, « Peps ! ».

Rhizome : ***Quels accompagnements diététiques sont proposés et comment se déroulent-ils ?***

Laurinne Castrien et Nelly Carpentier :
Les patients peuvent bénéficier d'une prise en charge diététique sous la forme de consultations individuelles, de séances groupales d'éducation thérapeutique ou de psychoéducation, de groupes de parole ou d'ateliers culinaires. Nous adaptons nos prises en charge à la culture alimentaire, parfois à la langue – en faisant appel à des interprètes –, aux moyens financiers, au cadre de vie et au niveau de littératie en santé des personnes. Cela est essentiel afin de répondre à leurs besoins et les aider à modifier, au mieux, leur comportement alimentaire.
Lors des consultations individuelles, dans une dynamique passive, le patient attend des conseils alimentaires individualisés dans l'objectif de perdre du poids ou de modifier son comportement. A contrario, lors des séances d'éducation thérapeutique ou de psychoéducation, le patient est rendu acteur de sa prise en charge. À l'aide de questions ouvertes, d'outils éducatifs ludiques, d'interactions groupales et d'ateliers pratiques, il fait émerger et partage des expériences de sa maladie avec les autres patients.
Les séances d'éducation thérapeutiques abordent le rythme alimentaire (horaires et fréquence des repas), les aliments ultratransformés, la taille des portions, la fréquence de consommation des groupes d'aliments, les sucres et les graisses cachés, la faim et la satiété, la gestion des émotions, l'activité physique (théorique et pratique d'une activité) et, en pratique, lors des ateliers culinaires, le « cuisiné maison ». Ces ateliers ont comme finalité de développer la curiosité alimentaire, des compétences culinaires, de travailler l'autonomie et d'améliorer le comportement alimentaire. Ils se déroulent en plusieurs étapes. Nous proposons et choisissons avec les patients un plat ou un menu tout en gardant les objectifs d'équilibre alimentaire et de plaisir. Ces préparations culinaires doivent être facilement reproductibles. Elles sont plutôt végétariennes afin de convenir à toutes les croyances religieuses ou convictions personnelles, sont peu coûteuses et basées sur des produits de saison. Un potage de courge en entrée, un chili végétarien en plat principal et une salade d'oranges à la cannelle en dessert est un exemple de menu hivernal. Nous achetons les denrées[3], cuisinons ensemble, partageons le repas et échangeons sur le déroulé de l'atelier.

Les besoins et les attentes des personnes sont toujours pris en compte dans l'élaboration et le déroulement des ateliers. Ces temps sont très appréciés des participants car ils leur permettent de s'exprimer plus librement, de partager leurs coutumes, leurs cultures, d'apprendre – ou de réapprendre – les gestes culinaires du quotidien (tels que couper, éplucher, assaisonner), de (re)prendre confiance en soi et du plaisir à manger. Le partage du vécu et des expériences autour de la maladie psychique – afin de mieux la comprendre, mieux vivre avec, mais aussi éviter les ruptures de traitement, sources de rechutes – est également présent, notamment grâce à l'intervention des patients partenaires, présents au sein de certains programmes d'éducation thérapeutique du patient[4].

1 Soit l'ingestion rapide des aliments.

2 Au sein de l'hôpital et en ambulatoire (au centre médico-psychologique de leur secteur) sur prescription médicale, suite à des conseils de professionnels de santé des services de soin, mais aussi sur leur demande spontanée (avec accord du médecin psychiatre).

3 Santé publique France. (2024). *Activité physique et sédentarité dans la population en France. Synthèse des données disponibles en 2024.*

4 C'est, par exemple, le cas du programme transversal « Bien vivre avec son humeur », destiné à des patients bipolaires.

Vanessa Evrard
Pair-aidante en santé mentale
Cofondatrice du Réseau sur l'entente de voix Lyon (REV)
Fondatrice de *Oh My Gut!*

Les liens entre alimentation et santé mentale, une (r)évolution possible en psychiatrie

Rhizome : ***Pouvez-vous décrire, à partir de votre expérience personnelle, les liens existants entre les problèmes digestifs et les troubles de santé mentale ?***

Vanessa Evrard :
Depuis mon enfance, je suis confrontée à des troubles émotionnels, de l'apprentissage, du comportement et des problèmes digestifs graves, tels que des ballonnements, des diarrhées, de la constipation, une alimentation déséquilibrée ainsi que des addictions, notamment alimentaires. Ces symptômes sont souvent liés aux troubles du spectre autistique ou de la schizophrénie.

Selon moi, mes troubles de santé mentale sont directement liés à mes intolérances alimentaires et à mes problèmes digestifs. J'ai déclaré une intolérance sévère aux produits laitiers et au gluten – souvent en corrélation – enfant, que je n'ai pu diagnostiquer qu'à 30 ans. La mauvaise assimilation des nutriments, des vitamines et des minéraux crée un déséquilibre. La migraine, la vulnérabilité face au stress, la dépression et l'anxiété sont liées à une mauvaise santé digestive.

AU VU DE L'IMPACT DE L'ALIMENTATION SUR LA SANTÉ MENTALE, IL EST NÉCESSAIRE QUE LES PROFESSIONNELS SOIENT FORMÉS À LA NUTRITION

Les problèmes digestifs que j'ai rencontrés m'ont amené à un régime sans gluten depuis quinze ans. Je limite également les produits laitiers et me détoxifie (en buvant des jus frais de légumes et de fruits, par exemple). Je consomme des probiotiques et des compléments alimentaires conseillés par mon nutritionniste. Je prends aussi du plaisir à cuisiner alors que cela n'a pas toujours été le cas. Du fait de mon intolérance au gluten, mon rapport à l'alimentation a pu être compliqué, notamment au restaurant ou lors de repas entre amis. Aujourd'hui, j'éveille mes sens aux parfums, couleurs et textures. Lorsque je cuisine, je suis adepte de l'assiette « arc-en-ciel ». Au menu, des protéines animales, beaucoup de légumes, du bon gras (principalement d'origine animale, mais aussi végétale, en utilisant la graisse de noix de coco, par exemple), quelques fruits et de la pleine conscience (je ne regarde pas la télévision au moment des repas, par exemple). En tant qu'usagère de la psychiatrie, je n'ai jamais eu de proposition d'accompagnement diététique, et ce, malgré mon intolérance au cours de mon hospitalisation. J'aborde donc mes problèmes digestifs avec mes praticiens et leur parle volontiers du lien entre l'alimentation et la santé mentale.



Rhizome : ***Comment les traitements médicamenteux impactent-ils le rapport à l'alimentation des personnes usagères en psychiatrie ?***

Vanessa Evrard :
Les traitements psychiatriques de type neuroleptiques ont tendance à provoquer des troubles du transit (tels que des constipations, de la diarrhée ou des ballonnements, par exemple) et souvent une prise de poids conséquente[1]. Ainsi, environ 40 % des personnes vivant avec une schizophrénie souffrent de constipations ou de troubles digestifs graves induits notamment par les neuroleptiques. De plus, ces traitements ont tendance à ouvrir l'appétit et à enlever le sentiment de satiété, ce qui complique l'alimentation, crée de la frustration et favorise la prise de poids.

En tant que pair-aidante, je suis souvent amenée à aborder les effets secondaires cités. Cela me permet de partager mon savoir expérientiel vis-à-vis des troubles et du lien entre la santé mentale et la santé de notre microbiote. Au vu de l'impact de l'alimentation sur la santé mentale, il est nécessaire que les professionnels en santé mentale soient formés à la nutrition, sujet plus que jamais d'actualité.

1 Morin, A. (2017). *Les troubles digestifs graves induits par les neuroleptiques* [mémoire, faculté de pharmacie d'Aix-Marseille Université]. Dumas.

Guillaume Fond
Docteur en psychiatrie et en biologie cellulaire et moléculaire
Chercheur en psychonutrition
Animateur de *la chaîne Youtube* et *du compte Instagram* « Dr Guillaume Fond »

Psychonutrition : la révolution scientifique en santé mentale

La psychonutrition est la science de l'influence de la nutrition sur la santé mentale et ses troubles, tels que le stress, l'anxiété, la dépression, les troubles du sommeil et de l'attention ou le déclin cognitif. Les quinze dernières années ont vu s'accumuler une masse considérable d'études de haute qualité – des essais contrôlés randomisés contre placebo ainsi que des méta-analyses, notamment en réseau et en parapluie, le plus haut niveau de preuve – montrant l'influence des nutriments sur notre santé mentale. Ces données ont conduit à la publication de recommandations internationales conduites par la *World Federation of Societies of Biological Psychiatry - WFSBP* (la Fédération mondiale des sociétés de psychiatrie biologique) et validées par le *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments - Canmat* (Réseau canadien pour les traitements de l'humeur et de l'anxiété), deux institutions de psychiatrie biologique reconnues.

Influence de l'alimentation sur la santé mentale

En synthèse, voici les données ayant les meilleurs niveaux de preuve concernant les liens entre l'alimentation et la santé mentale. Le premier constat concerne l'alimentation méditerranéenne. Cette dernière est actuellement l'alimentation qui a le meilleur niveau de preuve pour la protection de la santé mentale. Une méta-analyse d'essais contrôlés randomisés conclut à son efficacité avec 5 essais et 1507 participants inclus, avec, toutefois, une forte hétérogénéité qui appelle au développement d'une intervention de précision. Le deuxième constat souligne le fait que l'alimentation *low-carb* ou cétogène pourrait avoir un potentiel chez certains individus. Elle est toutefois plus contraignante avec des risques d'insuffisances plus élevées et manque d'études scientifiques pour supporter cette intervention. Le troisième constat se rapporte à la consommation quotidienne de fruits, en montrant un effet causal sur le risque de dépression dans une méta-analyse en randomisation mendélienne. À l'inverse, la consommation de produits ultratransformés – par exemple, de la *junk food* ou des sodas sucrés ou édulcorés – est associée à un risque augmenté d'anxiété et de dépression avec un effet proportionnel à la quantité absorbée.

Les nutriments efficaces en santé mentale

Concernant les nutriments, plusieurs points peuvent être mis en avant. Le premier relève que les oméga-3 ont le meilleur niveau de preuve d'efficacité dans la dépression caractérisée pour des doses d'acide eicosapentaénoïque (EPA) d'au moins un gramme par jour pendant plus de huit semaines[1]. La dose insuffisante est la première cause d'inefficacité. L'âge, le sexe, le tabagisme et le poids influencent leur absorption. L'absence de remboursement est un frein à leur diffusion. Les oméga-3 sont indiqués en première intention dans les dépressions avec surpoids, obésité ou inflammation. Ils ont également montré une efficacité dans la dépression bipolaire et la régulation émotionnelle du trouble de la personnalité borderline. Le risque de fibrillation auriculaire chez les personnes cardiaques n'apparaît qu'au-dessus de 1,8 gramme d'oméga-3 par jour. L'acide docosahexaénoïque (DHA) joue un rôle essentiel dans le fonctionnement des neurones et la prévention du déclin cognitif. C'est le plus essentiel des oméga-3 car il ne peut pas être converti à partir des oméga-3 trouvés dans les huiles végétales, comme l'huile de lin ou de colza. La seule solution efficace, soutenable sur le plan environnemental et pour la santé humaine, semble actuellement le développement d'huile d'algue encapsulée sous forme de gélules de compléments alimentaires.

Le deuxième point se rapporte à la supplémentation en vitamine D qui peut se faire en comprimés, gouttes ou ampoules. En étant prise pendant plus de huit semaines, celle-ci prouve son efficacité en cas de dépression dans une méta-analyse en parapluie[2] à des doses comprises entre 1500 et 4000 UI par jour. Là encore, le dosage insuffisant est la première cause d'inefficacité. La vitamine D est remboursée sur prescription, toutefois elle est souvent administrée sous forme de cures alors qu'une supplémentation au long cours semble indiquée dans la plupart des cas d'après les données de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses).

Bien qu'avec des niveaux de preuves inférieurs, le troisième point porte sur les supplémentations en zinc et en méthylfolate (il s'agit de la forme active de la vitamine B9 qui ne doit pas être confondue avec d'autres formes, l'acide folique et l'acide folinique, disponibles sur prescription) qui sont actuellement recommandées dans le traitement de la dépression en adjonction aux antidépresseurs. L'efficacité du méthylfolate s'explique par une variation de l'allèle de la méthyl-tétrahydrofolate réductase (MTHFR) présente chez 30 % des individus qui diminue l'absorption de la vitamine B9 au niveau du cerveau. Le zinc peut être prescrit et remboursé, la limite supérieure de sécurité est de 25 mg/j (alimentation incluse). Le dosage du zinc dans le sang n'est pas remboursé et n'est actuellement pas considéré comme un bon marqueur des stocks de zinc dans le cerveau.

Le quatrième point concerne le tryptophane et son dérivé actif, le 5-hydroxytryptophane (5-HTP). Ces derniers ont montré un intérêt dans le cadre de la dépression avec insomnie. Néanmoins, leur administration doit être prudente chez les personnes traitées par antidépresseurs.

Comment fonctionnent ces nutriments ? Nous pouvons noter certains points communs. Tout d'abord, ils modifient l'épigénétique en activant des promoteurs de gènes

1 Sarris, J. et al. (2022). Clinician guidelines for the treatment of psychiatric disorders with nutraceuticals and phytoceuticals: The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) and Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (Canmat) Taskforce. *World J. Biol. Psychiatry Off. J. World. Fed. Soc. Biol. Psychiatry*, 1-32.

2 Musazadeh, V. et al. (2023). Vitamin D protects against depression: Evidence from an umbrella meta-analysis on interventional and observational meta-analyses. *Pharmacol. Res.*, 187, 106605

3 Wang, Z. et al. (2022). B vitamins and prevention of cognitive decline and incident dementia: a systematic review and meta-analysis. *Nutr. Rev.*, 80, 931-49.

4 Hausenblas, H. A. et al. (2024). Magnesium-L-threonate improves sleep quality and daytime functioning in adults with self-reported sleep problems: A randomized controlled trial. *Sleep Med.* X, 8, 100121.

5 Hausenblas, H. A., et al. (2024).

6 Zhang, C. et al. (2022). A Magtein®, Magnesium L-Threonate, - Based Formula Improves Brain Cognitive Functions in Healthy Chinese Adults. *Nutrients*, 14, 5235.

7 Liu, B. et al. (2018). Efficacy of probiotics on anxiety-A meta-analysis of randomized controlled trials. *Depress. Anxiety*, 35, 935-45.

8 He, J. et al. (2023). Effect of probiotic supplementation on cognition and depressive symptoms in patients with depression: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 102, e36005.

impliqués dans de multiples cascades. Ils influencent également des cascades enzymatiques multiples et améliorent la neurotransmission. Puis, ils diminuent la neuro-inflammation et le stress oxydatif.

La combinaison des vitamines B9-B12 et B6 est efficace dans la prévention du déclin cognitif en deuxième partie de vie selon une méta-analyse récente[3] de même que les oméga-3 qui ont été classés premiers dans une méta-analyse en réseau récente explorant les traitements efficaces dans le traitement de la maladie d'Alzheimer, devant les médicaments développés pour cette pathologie[4].

Le magnésium, bien que très populaire, est assez peu étudié en santé mentale dans des essais contrôlés randomisés. Le développement de formes récentes avec une meilleure absorption cérébrale ouvre de nouvelles voies thérapeutiques prometteuses, comme pour le thréonate de magnésium qui a montré une efficacité sur l'amélioration de la qualité du sommeil, en particulier des phases de sommeil profond et paradoxal (*rapid eye movement* - REM), mais aussi sur l'humeur, l'énergie, la vigilance, l'activité quotidienne, la productivité[5], la mémoire et la cognition chez des adultes en bonne santé[6].

Les probiotiques ont montré une efficacité dans des méta-analyses portant sur la dépression[7], la cognition[8], le déclin cognitif[9] et le stress oxydatif[10]. Concernant l'anxiété, de plus amples essais sont nécessaires pour mieux identifier les troubles anxieux qui pourraient répondre aux probiotiques, notamment ceux avec points d'appel intestinaux ou alimentaires[11]. Il n'est pas possible d'isoler les souches efficaces car chaque essai propose une souche différente, ou des combinaisons de souches différentes, avec des durées et des doses variables conduisant à une forte hétérogénéité des résultats. Une méta-analyse en parapluie récente a conclu que les recommandations actuelles étaient d'administrer plus de 10 milliards de CFU pendant plus de huit semaines pour une efficacité optimale[12].

Au vu de ces données, il paraît légitime de questionner les algorithmes actuels de prise en charge de maladies mentales telles que la dépression qui n'intègrent pas la psychonutrition.

Développer la psychonutrition

La psychonutrition devrait pouvoir être proposée en première intention, en adjonction ou en amont des antidépresseurs selon les situations. Elle devrait faire l'objet d'un remboursement au titre d'une intervention ayant prouvé son efficacité – et avec beaucoup moins d'effets indésirables que les antidépresseurs. La pratique conventionnelle actuelle consiste au mieux à supplémenter sous forme de cures en hiver, alors que le cerveau ne peut pas faire de stocks et qu'il a besoin de nutriments essentiels quotidiens pour fonctionner. Les études ont montré par exemple que le taux de DHA du cerveau commençait à diminuer dans les vingt-huit jours suivant l'arrêt de la supplémentation.

La psychonutrition intègre les autres facteurs de mode de vie qui influencent la dépression, comme l'activité physique, la sédentarité (souvent confondue avec le manque d'activité physique, alors qu'il s'agit du temps passé assis ou couché, ce qui n'est pas la même chose), les connexions sociales, le sommeil, le tabac (souvent négligé en santé mentale alors qu'il s'agit d'un facteur causal de dépression) et l'alcool.

Concernant l'activité physique, des objectifs précis ont pu déterminer le niveau optimal d'activité physique pour prévenir la dépression, entre 20 et 40 *metabolic equivalent of task* – MET (l'équivalent métabolique d'une tâche) par semaine[13]. Cette unité mesure l'intensité énergétique d'une activité. Un MET équivaut au taux de dépense énergétique d'une personne au repos, soit environ 1 kcal par kilogramme de poids corporel par heure. Les MET permettent ainsi d'estimer l'énergie dépensée pour une activité physique donnée en la comparant à la dépense énergétique au repos.



Prévenir les troubles de santé mentale par la psychonutrition

Enfin, les données posent la question de la prévention. Les données épidémiologiques montrent que 80 % des personnes dans le monde manquent d'oméga-3, y compris les personnes mangeant du poisson gras[14]. L'Anses conclut que 100 % des Français n'ont pas les apports alimentaires suffisants en vitamine D et l'exposition au soleil est insuffisante dans la majorité des cas, la majeure partie de l'année[15]. En conséquence, la supplémentation déjà recommandée en pédiatrie devrait se poursuivre tout au long de la vie.

Un plan de prévention de santé mentale ambitieux devrait, aux côtés de la promotion de l'activité physique par les transports actifs, de la lutte contre le tabac et la sédentarité, de la promotion du lien social de proximité et de qualité, intégrer les données alimentaires, à commencer par les cantines scolaires et les hôpitaux. Toute personne présentant un trouble de santé mentale devrait se voir proposer une supplémentation systématique et remboursée en oméga-3 et en vitamine D, et en deuxième intention, en méthylfolate, en zinc et en probiotiques.

9 Kou, J. et al. (2023). Evaluation of improvement of cognitive impairment in older adults with probiotic supplementation: A systematic review and meta-analysis. *Geriatr. Nur.* 54, 155-62.

10 St-Amant, A. et Bergdahl, A. (2023). A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials investigating the effects of probiotics on oxidative stress in healthy adults. *Clin. Nutr. Espen.*, 54, 180-6.

11 Zhao, Z. et al. (2023). Effectiveness of probiotic/prebiotic/synbiotic treatments on anxiety: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J. Affect. Disord.*, 343, 9-21.

12 Musazadeh, V. et al. (2023). Probiotics as an effective therapeutic approach in alleviating depression symptoms: an umbrella meta-analysis. *Crit. Rev. Food Sci. Nutr.*, 63, 8292-300.

13 Pearce, M. et al. (2022). Association Between Physical Activity and Risk of Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *Jama Psychiatry.* Guo, Z., et al. (2022). Leisure-time physical activity and risk of depression: A dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *Medicine,* 101, e29917.

14 Stark, K. D. et al. (2016). Global survey of the omega-3 fatty acids, docosahexaenoic acid and eicosapentaenoic acid in the blood stream of healthy adults. *Prog. Lipid. Res.*, 63, 132-52.

15 Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. (2015). *Avis de l'Anses. Saisine n° 2012-SA-0142.* Anses.

À LIRE…

Fond, G. (2022). *Bien manger pour ne plus déprimer.* Édition Odile Jacob.

Fond, G. (2025). *Bien nourrir son cerveau.* Édition Odile Jacob.

Alina Oganesyan
Doctorante en sociologie
Université Paris-Cité
Laboratoire Cermes3

Charge morale du diagnostic de boulimie : ce que les représentations sociales font aux souffrances individuelles

« Pour les gens, une personne boulimique "c'est gros" et une personne anorexique "c'est maigre". [...] Peut-être que c'est dans l'imaginaire des gens, parce qu'il y a "boule", "boulimie", non ? Parce que moi, je me rappelle, j'avais honte de ce mot. » Jemma

Jemma vit son diagnostic de boulimie en cachette. Le terme « boulimie », souvent associé dans le langage courant à la gloutonnerie et à la corpulence, désigne pour elle un trouble psychiatrique, l'un des troubles des conduites alimentaires (TCA). Contrairement aux représentations courantes, de nombreuses personnes diagnostiquées de boulimie affichent un poids jugé « normal[1] », tant d'un point de vue médical que social, ce qui rend leur souffrance souvent invisible ou minimisée par leur entourage.

La méconnaissance de la boulimie en tant que trouble psychiatrique est renforcée par les médias qui ont longtemps nourri l'association entre les TCA et l'amaigrissement[2]. L'absence de signes corporels visibles rend alors difficile la reconnaissance d'un mal-être associé à un TCA. La réticence de Jemma à partager son expérience s'enracine dans ces représentations sociales.
De fait, la réponse de Jemma illustre le caractère social de la honte, qui a, pourtant, tendance à être perçue comme une expérience intime. D'après Norbert Elias, la honte correspond à un conflit interne entre l'individu et l'opinion sociale intériorisée[3]. En ce sens, la honte agit comme un mécanisme de contrôle social incorporé.

Normes sociales et souffrances personnelles

À partir d'entretiens réalisés auprès de femmes avec un diagnostic de boulimie, je propose d'explorer comment le sentiment de honte s'articule avec notre contexte social. Concentrons-nous sur deux comportements spécifiques associés à la boulimie[4] : la crise de boulimie, qui se manifeste par une ingestion excessive de nourriture dans un laps de temps limité ; la *provocation des vomissements* qui s'ensuit[5].

Vécue par les femmes interviewées comme un manque de volonté, la *crise de boulimie* est associée à un échec personnel. Dans les sociétés occidentales, où l'injonction à l'autonomie prédomine, la perte de contrôle sur l'alimentation dépasse la sphère alimentaire, affectant la perception de soi en tant qu'individu responsable de ses actes et de son corps[6]. À son tour, la *provocation des vomissements* cherche à effacer les conséquences de la crise et à protéger l'individu d'une stigmatisation liée à un corps gros. Cette pratique est également source de honte. Les participantes soulignent que les vomissements sont souvent associés à la saleté. De plus, utilisés comme méthode de contrôle du poids, ils peuvent être perçus comme un choix volontaire et facile, en opposition aux valeurs d'effort et de « travail sur soi » qui prévalent dans notre société[7]. Les normes socioculturelles exacerbent donc les souffrances personnelles.

Charge morale de la boulimie : un contraste avec l'anorexie

« [...] C'est mieux vu dans la société d'être anorexique que boulimique parce qu'il y a cette idée qu'une fille, il ne faut pas trop qu'elle mange. [...] Avec mes amis et avec mon conjoint, je mange moins que quand je suis toute seule. » Joséphine

Cette déclaration illustre un décalage entre l'image que Joséphine projette – celle d'une fille qui mange peu – et la réalité dévalorisante qui, si elle venait à être révélée, pourrait nuire à son image. Plusieurs participantes rapportent avoir reçu un diagnostic d'anorexie avant de développer des comportements boulimiques. Leur expérience distincte de ces deux diagnostics révèle des représentations sociales qui leur sont associées :

« La boulimie, j'ai un sentiment de honte, de dégoût, d'échec, quelque chose qui m'apporte rien sur le long terme [...]. Par contre, les périodes de restrictions, j'en ai jamais souffert. » Vanessa

Cette perception de la boulimie qui « *m'apporte rien* », voire qui affecte l'estime de soi et l'image sociale de la personne, contraste avec la description des « *périodes de restrictions* » qui n'implique pas de telles souffrances. La littérature spécialisée sur les TCA illustre également cette tension entre les diagnostics d'anorexie et de boulimie, qui peuvent être vécus respectivement comme une fierté et un échec[8].

Une reconsidération des représentations sociales de la boulimie serait susceptible de promouvoir une compréhension plus nuancée et empathique des souffrances vécues. Sans une évolution des normes et des valeurs dominantes, il semble difficile d'enrayer la montée des TCA et de déstigmatiser la boulimie.

1 Criquillion, S. et Doyen, C. (2016). *Anorexie, boulimie. Nouveaux concepts, nouvelles approches.* Lavoisier.

2 Froger-Lefebvre, J. (2020). *Les voix du rétablissement. Sociologie politique des groupes de parole, le cas des Outremangeurs Anonymes* [thèse de doctorat, Université Paris 10].

3 Elias, N. (1974). *La société de cour.* Flammarion.

4 Ce texte ne prétend pas remplacer les interprétations médicales ou psychologiques ni couvrir l'ensemble des critères et caractéristiques diagnostiques du trouble.

5 American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.*

6 Détrez, C. (2002). *La construction sociale du corps.* Éditions du Seuil.

7 Darmon, M. (2008). *Devenir anorexique Une approche sociologique.* La Découverte.

8 Jeammet, P. (2013). *Anorexie. Boulimie : Les paradoxes de l'adolescence.* Hachette Littérature.

Sabrina Palumbo
Thérapeute ACT et coach santé
Formatrice en santé mentale
Auteure

Savoir expérientiel et troubles des conduites alimentaires

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) sont des maladies graves pouvant mener jusqu'au décès. Les conséquences d'ordre somatique peuvent aller de la dénutrition la plus sévère, soit l'anorexie mentale restrictive, à l'obésité la plus morbide dans le cas de l'hyperphagie boulimique. Près de un million de personnes en France sont touchées par un TCA, dont plus de la moitié ne sont pas dépistées et n'accèdent pas encore aux soins[1]. Si nous englobons toutes les formes de troubles des conduites alimentaires, nous estimons que 10 % de la population pourrait être concernée. Les TCA sont la deuxième cause de mortalité chez les jeunes[2]. Environ 10 % des patients souffrant d'anorexie en décèdent tant par dénutrition que par suicide[3].

Les TCA sont méconnus et méjugés, y compris des soignants chez qui les comportements induits par la maladie, tels que les mensonges ou les dissimulations, peuvent entraîner du rejet ou des brimades. Ils sont surtout difficiles à comprendre, à appréhender et donc à traiter. Si les critères de guérison varient, il existe un consensus disant qu'après cinq ans sans rechute[4] la personne est considérée comme sortie d'affaire. Nous estimons à un tiers les cas d'anorexie évoluant vers la chronicité. Dans 50 % des cas, l'évolution est « nettement favorable » selon les experts[5]. Dans les faits, nombreuses sont les anciennes patientes[6] qui restent quelque peu en marge de la société en raison des difficultés qu'elles peuvent rencontrer et qui perdurent – d'affirmation de soi ou de pertes de chances sociales, par exemple. Malgré tout, il est toujours possible de surmonter, et même de se libérer d'un TCA, y compris dans les cas de chronicisation de la maladie.

Bien souvent, lorsqu'elles se décident à commencer une thérapie, les personnes atteintes de TCA font face aux paradoxes de la maladie : elles veulent guérir, mais sans prendre de poids. Elles souhaitent aussi se sentir mieux, mais sans changer les rituels qui les rassurent. Le fond du problème étant qu'elles s'accordent si peu de valeur qu'elles en viennent à douter de leur propre capacité à pouvoir et même à vouloir s'en sortir. Les personnes qui consultent en libéral ont souvent un long parcours durant lequel elles ont surtout entendu parler de poids et de nourriture. Elles ont l'idée qu'une personne ayant connu les affres de la maladie sera à même de mieux les comprendre. Le fait d'avoir vécu des expériences similaires est un motif fréquent de consultation. Se trouver face à une personne rétablie les aide à concevoir et envisager la guérison. Être une personne experte de son propre vécu, c'est incarner l'espoir et cela ouvre les possibles.

Être une accompagnante ayant « un vécu de » favorise chez les patientes le sentiment d'être écoutées, entendues et surtout comprises. Cela est un préalable indispensable à l'instauration d'une véritable alliance thérapeutique, puis de l'adhésion au projet de vie (en complément du projet de soins) proposé en concertation avec les autres professionnels impliqués dans la prise en charge. Les savoirs expérientiels permettent d'établir une juste proximité. Ils contribuent à l'instauration parfois même a priori d'une relation authentique et de confiance.

Si le phénomène identificatoire est puissant, le fait d'être passé par là ne fait pas tout. Le savoir expérientiel est beaucoup plus que la seule expérience de la maladie, et s'en servir pour accompagner demande certaines compétences. Pour avoir une bonne relation avec le patient, il faut avoir fait au préalable un travail sur soi et disposer d'un certain recul sur son histoire. Mon savoir expérientiel est très important, mais c'est bien la transformation de ce savoir en connaissances qui m'a permis de développer une forme de savoir hybride ou dynamique utile pour les personnes que j'accompagne. Par exemple, mon savoir expérientiel me permet d'identifier toute la difficulté qu'une personne peut rencontrer en renonçant à la maladie – cette notion de perte ou de deuil échappe parfois aux autres soignants – et la thérapie d'acceptation et d'engagement[7] me permet de guider la personne dans l'acceptation de la « perte » au profit d'aller vers ce qui compte vraiment pour elle. Les personnes avec TCA s'imposent un tas de règles. L'ACT entraîne de la flexibilité psychologique et remet du choix là où elles pensaient ne plus en avoir. La pleine conscience favorise la régulation des émotions qui fait défaut. Le coaching permet de travailler la confiance. Le fait d'avoir vécu le TCA dans ma chair est donc un plus dans mes accompagnements, mais j'ai autant besoin des savoirs issus de mon expérience que des savoirs acquis ensuite.

Les savoirs expérientiels sont plutôt reconnus et perçus comme un plus au sein des pratiques existantes. En affichant mon vécu avant de me professionnaliser (en m'inscrivant donc dans une démarche de témoignage), j'ai inversé la logique. Les savoirs cliniques sont venus enrichir ce que j'avais déjà. Toutefois, exercer depuis l'expérience vécue ne me dispense pas d'une supervision et de bien connaître mes limites. Le partage d'expérience sert la relation thérapeutique et contribue grandement à humaniser les soins, au sens étymologique du terme.

1 Fédération française anorexie boulimie. (s. d.). *Troubles des conduites alimentaires (TCA), parlons-en ! Du 27 mai au 2 juin 2024 : semaine de sensibilisation aux TCA en France.* Journeemondialetca.

2 Les accidents de la route sont la première cause de mortalité. Association anorexie boulimie Ouest. (s. d.). *Les TCA en quelques chiffres.* Association anorexie boulimie Ouest. ; Inserm. (2020). *Anorexie mentale. Un trouble essentiellement féminin, à la frontière de médecine somatique et de la psychiatrie.* Inserm.

3 Les tentatives de suicide touchent jusqu'à 20 % des personnes anorexiques et 35 % des personnes boulimiques. Association anorexie boulimie Ouest. (s. d.).

4 Cela signifie que l'indice de masse corporelle (IMC) de la personne se situe dans la norme et que celle-ci n'est plus confrontée à des restrictions ou à des compulsions alimentaires.

5 Fédération française anorexie boulimie. (2024). *Origine, traitements et évolution des TCA.* Journeemondialetca.

6 J'utilise le féminin en raison du ratio hommes/femmes de personnes porteuses de TCA.

7 Il n'existe pas de traitement unique pour l'anorexie ou la boulimie cependant les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) ont montré leur efficacité. Ce travail d'accompagnement est basé sur l'acceptation et l'engagement de la personne accompagnée. À l'aide d'outils concrets, j'aide les personnes à se remettre en mouvement et à moins lutter avec leur souffrance.

Gautier Chapuis
Adjoint au maire, en charge de la végétalisation, de la biodiversité, de la condition animale et de l'alimentation
Ville de Lyon

Manger bio, local, mais surtout bon : les enjeux des cantines scolaires

À Lyon, la restauration scolaire représente 27 000 repas servis tous les jours dans près de 130 restaurants répartis sur les 9 arrondissements de la ville. Il s'agit du plus gros marché de la commande publique, soit plus de 40 millions d'euros. Faire en sorte que cet argent public serve à nourrir nos enfants avec davantage de produits bio, locaux, bons, de saison, travaillés dans la cuisine centrale – et donc les moins transformés possibles en privilégiant, par exemple, la cuisine avec des produits bruts plutôt que des produits avec additifs – est un enjeu prioritaire. Puis, au-delà du contenu de l'assiette, la restauration scolaire porte l'enjeu central de l'éducation à une alimentation durable[1], d'autant plus en milieu urbain où les enfants peuvent être éloignés du monde agricole.



Un autre enjeu concerne la justice alimentaire que nous travaillons en proposant des plats de meilleure qualité et durables sans pour autant changer le prix des menus. À Lyon, une tarification sociale est proposée allant de 80 centimes à 7,5 euros en fonction du coefficient familial. L'idée est que tous les enfants puissent manger des produits sains à la cantine. Depuis quelques années, nous expérimentons également les petits déjeuners à Lyon dans les quartiers politiques de la ville[2].

En choisissant d'utiliser des produits issus de l'agriculture biologique, locaux – avec des légumes, des fruits de saison, diversifiés –, de varier les recettes et en augmentant de manière significative les repas végétariens de qualité, nous répondons à un véritable enjeu de santé publique[3]. Sur ce dernier point, de nombreuses études montrent que nous mangeons trop de viande, les enfants y compris. Faire (ou refaire) découvrir qu'il est largement possible de prendre du plaisir avec des plats végétariens et que cela est bon pour la santé est primordial.

Nous travaillons aussi à réduire le gaspillage alimentaire en proposant de « bons repas ». Cela implique d'associer les enfants, d'une part, au travail du contenu des assiettes à travers leurs implications au sein de projets pédagogiques périscolaires tels que des cours de cuisine, de visites de potagers ou de fermes, par exemple. D'autre part, nous leur permettons de choisir leur menu via la commission menu enfant, les innovations culinaires autour des nouveaux plats ou des votes sur certains menus de l'année proposés. Un bon repas, c'est aussi le moment partagé, où les enfants prennent du plaisir à s'asseoir, à découvrir leurs assiettes, à être avec leurs camarades, mais aussi avec des adultes.

Toujours afin de réduire le gaspillage, les repas commandés, mais non servis – lorsque les enfants sont absents – sont également redistribués. Nous avons par ailleurs voté la possibilité de servir le pain, les fruits lors des goûters pour les enfants qui n'en disposent pas au lieu de jeter ces denrées. Enfin, les déchets alimentaires, considérés comme de véritables ressources pour le compost, sont valorisés.

Puis, la lutte contre la précarité alimentaire se situe également à l'autre bout de la chaîne. Dans ce sens, nous menons un travail avec les agricultrices et les agriculteurs pour trouver des moyens d'avoir le juste prix sur des produits locaux et bio[4]. Ainsi, nous essayons de valoriser celles et ceux qui nous nourrissent et qui s'engagent pour une alimentation rémunératrice, mais aussi bonne pour la santé, l'économie locale et l'environnement. Travailler des produits bio met également au cœur des assiettes une alimentation pour la santé, soit celle des enfants – qui consomment ainsi moins de produits ayant subi des traitements avec des pesticides –, des professionnels du monde agricole – qui réduisent leur exposition à ces produits chimiques – et de la terre, des sols, de l'eau, de l'environnement – qui sont ainsi moins impactés par la chimie. Aujourd'hui, nous sommes à 65 % de produits bio en valeur d'achat dans les cantines et un peu plus de 30 % de produits locaux – issus d'un périmètre de 200 kilomètres autour de la cuisine centrale.

1 Soit, par exemple, l'alimentation labellisée (issue de l'agriculture biologique), de saison et produite localement.

2 Ces petits déjeuners s'inscrivent dans le cadre du dispositif gouvernemental des Cités éducatives. Il est encadré par plusieurs principes : un premier repas équilibré pour tous et de qualité, provenant de filière locale et servi dans le respect des règles de sécurité et d'hygiène alimentaire. La distribution se fait 2 jours par semaine, les mardis et vendredis.

3 À Lyon, nous proposons une alternative végétarienne de qualité tous les jours, pour celles et ceux qui le souhaitent, et deux jours par semaine pour l'ensemble des enfants.

4 Depuis 2022, une « commission agricole » a été créée avec la chambre d'agriculture du Rhône et Agribio. Regroupée tous les trimestres, cette commission a pour but de répondre aux enjeux suivants : la question du prix d'achat des denrées alimentaires, la planification annuelle des besoins pour permettre la mise en culture, les besoins de création de filières et leur accompagnement ainsi que la possibilité de favoriser la transition écologique des fournisseurs.

Élodie Leszczak
Doctorante en sociologie
ENS de Lyon
Triangle, UMR 5206
Centre Maurice Halbwachs, UMR 8097
Laboratoire de l'éducation, UAR 3773

La cantine, une expérience inégalitaire



Midi, les enfants sortent de classe. « *Ils se conduisent différemment à l'école et ici. Pour eux, c'est un soulagement* » de venir à la cantine, m'explique un agent de restauration scolaire. Ils entrent dans un espace différent, propice à l'expression des émotions contenues dans la matinée. Alors que je discute avec une tablée de copains qui se détendent et rient en mangeant avec appétit, un garçon fatigué éclate en sanglots dans la queue du self. L'animatrice débordée, occupée à aider les plus jeunes à porter leurs plateaux, soupire et lui dit : « *Tu ne vas quand même pas pleurer parce qu'il t'a poussé !* » L'expérience enfantine de la restauration scolaire est contrastée. Si certains apprécient les repas, connaissent et respectent les règles de l'institution, d'autres détournent ces règles ou ne parviennent pas à les respecter, ont du mal à utiliser leurs couverts, crient, bousculent ou se font bousculer, refusent de manger. Mais derrière les discours sur des enfants qui seraient plus « *difficiles* » que d'autres, ce sont des dynamiques d'inégalités qui se cumulent et façonnent les vécus de la cantine.

Inégalités sociales

Lorsqu'elles apparaissent en France au XIXe siècle, les premières cantines ont un objectif philanthropique. Les communes qui les mettent en place espèrent attirer à l'école les enfants des familles « nécessiteuses » et améliorer leur santé[1]. Aujourd'hui encore, la cantine est considérée comme un acteur important de la lutte contre l'insécurité alimentaire. Pourtant, elle est sous-fréquentée par les enfants des classes populaires. Les élèves qui ne vont jamais à la cantine représentent 22 % des collégiens des établissements publics hors enseignement prioritaire, mais 73 % de ceux scolarisés en REP+[2]. Les enfants qui ont été socialisés dans le cadre familial à des normes alimentaires éloignées de celles portées par la restauration scolaire, comme les enfants de personnes migrantes, sont moins susceptibles de connaître les aliments qui y sont servis, sans pour autant être les plus critiques sur la cantine[3]. Par exemple, les plats végétariens à base de légumineuses laissent sceptiques les enfants qui n'en consomment pas chez eux, à l'image de ce collégien m'interpellant un jour au sujet des burritos sin carne : « *Madame, ça existe pas, les wraps végé !* »

Inégalités genrées

L'expérience de la cantine diffère également entre filles et garçons[4]. Les filles se déplacent peu dans le réfectoire, en groupe lorsqu'elles le peuvent, et discutent avec leurs voisines de table. Les garçons bougent, se parlent d'une table à l'autre, contribuant davantage au bruit et aux bousculades. Il n'est pas rare de voir des garçons empiler fièrement leurs coupelles de dessert vides, théâtralisant leur consommation de quantités importantes. Ils développent des stratégies pour s'approprier davantage de nourriture que la portion théoriquement prévue. Ils osent plus que les filles demander « *un peu plus* » au self quand on les sert, en insistant sur leur faim pour attirer la compassion des adultes ; il leur arrive de prendre deux desserts, par exemple, en feignant de ne pas savoir qu'ils ne peuvent en prendre qu'un. Les garçons vont également davantage réclamer de la nourriture aux autres enfants, parfois en passant de table en table. Et si les filles ne s'installent à une table où se trouve déjà quelqu'un qu'en dernier recours, des garçons s'assoient sans demander d'autorisation à des tables où se trouvent déjà des filles ou des élèves plus jeunes, voire essaient de les faire partir d'une table qu'ils convoitent. Ainsi, des normes de comportement genrées s'expriment et s'apprennent à la cantine.

Inégalités territoriales

Toutes les cantines ne sont pas logées à la même enseigne pour faire vivre une expérience positive aux enfants. Bien que la restauration scolaire soit de plus en plus réglementée au niveau national, elle relève des collectivités territoriales, qui l'investissent à des degrés variés. Cela crée d'importantes disparités territoriales concernant les tarifs, l'approvisionnement et la qualité des repas. L'agencement des réfectoires, très hétérogène, influence également le bien-être des enfants : une salle sous-dimensionnée oblige à presser les enfants pour qu'ils libèrent leurs tables ; un investissement dans des panneaux acoustiques peut atténuer le bruit. Enfin, la capacité à recruter durablement des agents et animateurs et à remplacer les personnels absents est critique pour donner à ces professionnels la possibilité de consacrer du temps et de l'attention à chaque enfant, de présenter les aliments, de repérer et régler les conflits, d'intégrer les enfants isolés ou de réduire le stress. Or ce sont les enfants les plus vulnérables socialement – allophones, en situation de handicap, issus de familles précaires ou résidant en foyer, par exemple – qui en ont le plus besoin pour pouvoir déjeuner dans de bonnes conditions.

1 Nourrisson, D. (2002). Des cantines pour l'école. Dans D. Nourrisson (dir.), *À votre santé ! Éducation et santé sous la IVe République* (p. 71-84). Publications de l'Université de Saint-Étienne.

2 Cnesco. (2017). *Enquête sur la restauration et l'architecture scolaires.*

3 Tichit, C. (2020). Construction du rapport à la cantine chez les enfants de migrants. Dans G. Comoretto, A. Lhuissier et A. Maurice, *Quand les cantines se mettent à table* (p. 79-101). Quae.

4 Ces analyses sont issues de la recherche collective Coralim (Inrae) menée par Christine Tichit, réalisée avec Jieun Jeong, Charlène Le Blanc-Gouverneur, Rébecca Ndour, Alix Pouliquen-Crosato et Noémie Rosillette.

Maxime Michaud
Responsable du groupe de recherche en sciences sociales
Centre de recherche et d'innovation
Institut Lyfe

Manger ensemble, un enjeu social et sociétal ? Réflexion critique autour de la commensalité

Le partage du repas est considéré comme un trait social majeur des êtres humains ; nous retrouvons d'ailleurs des traces de nourriture autour des foyers les plus anciens, remontant à plus de 800 000 ans[1]. Dans la plupart des sociétés humaines, l'alimentation fait souvent l'objet d'un temps collectif défini et récurent. Le fait de partager le repas est désigné par le terme « commensalité[2] », de co-*mensa*, ce dernier mot désignant en latin la table sur laquelle reposent les aliments. « Commensalité » désigne donc littéralement le fait de partager la table. Le terme est parfois confondu avec celui de « convivialité », qui désigne un contexte d'échanges positif et respectueux.

Cette confusion est symptomatique d'une tendance sociétale à percevoir le partage du repas comme immédiatement positif : manger ensemble serait systématiquement bénéfique pour les relations entre les participants et synonyme de bien-être.



À l'inverse, manger seul est considéré comme pathologique, synonyme d'isolement et de mal-être. Cette vision se retrouve, par exemple, dans la précédente version du Plan national nutrition santé (PNNS, 2019-2023) qui recommandait, au même titre que l'équilibre nutritionnel, le fait de manger ensemble, notamment dans le cadre familial[3]. Pourtant – et contrairement aux données purement nutritionnelles – ces recommandations ne peuvent s'appuyer sur un consensus scientifique, les rares études sur les bienfaits de la commensalité montrant plus des corrélations que des causalités[4]. D'une manière générale, une approche critique de la commensalité s'avère nécessaire dans ce contexte où elle a tendance à être parée de toutes les vertus sans prise en compte de son caractère multiple.

L'ambivalence des liens sociaux

Au cœur de cette réflexion critique sur la commensalité se trouve la question du « lien social », terme lui aussi souvent mis en avant comme immédiatement positif. Pourtant, des rapports de domination, de rejet ou de violence peuvent aussi constituer des formes de liens sociaux, dont le caractère est dès lors beaucoup plus nocif. De la même façon, Claude Grignon a, dès les années 1990, souligné la diversité des formes de commensalité, et notamment l'opposition entre une forme « ségrégative » et une forme « transgressive[5] ». La première forme souligne le fait que manger ensemble, c'est de fait ne pas manger avec d'autres. Si cette dimension permet de solidifier les liens entre la communauté des parties prenantes au repas, elle contribue en même temps à générer de l'entre-soi et de l'exclusion. À l'inverse, une commensalité transgressive regroupe des personnes de communautés ou de milieux sociaux différents, qui *normalement* – au sens de conformité aux normes sociales – ne devraient pas manger ensemble. Toutefois, ne nous y trompons pas : si ces repas « transgressifs » peuvent contribuer à créer des liens entre groupes sociaux isolés les uns des autres, ils peuvent aussi générer un sentiment de mal-être lorsqu'ils sont subi. Les observations de Sonia Bouima[6] lors de repas partagés organisés par des associations au bénéfice de personnes retraitées ont montré la difficulté à créer une atmosphère conviviale lorsque les différences sociales entre les participants sont trop importantes. Ces formes transgressives peuvent également renforcer des rapports de domination lorsque l'invitation vient du dominant et ne peut être refusée : Claude Grignon donne à ce propos l'exemple d'un homme politique mangeant avec des

1 Walker, M. J. et al. (2016). Combustion at the late Early Pleistocene site of Cueva Negra del Estrecho del Río Quípar (Murcia, Spain). *Antiquity, 90*(351), 571-589.

2 Jönsson, H., Michaud, M., et Neuman, N. (2021). What Is Commensality? A Critical Discussion of an Expanding Research Field. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(12), 6235.

3 Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019). *Programme national Nutrition Santé 2019-2023.*

4 Le Moal, F., Michaud, M., Hartwick-Pflaum, C. A., Middleton, G., Mallon, I., et Coveney, J. (2021). Beyond the Normative Family Meal Promotion: A Narrative Review of Qualitative Results about Ordinary Domestic Commensality. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(6), 3186.

5 Grignon, C. (2001). Commensality and Social Morphology: An Essay of Typology. Dans P. Scholliers, *Food, drink and identity: Cooking, eating and drinking in Europe since the Middle Ages* (p. 23-33). Berg.

6 Bouima, S. (2019). *Manger et cuisiner ensemble pour « bien-vieillir » ? Quand l'action sociale donne corps aux recommandations officielles* [thèse de doctorat, Université Paris-Saclay].

7 Bouima, S., Michaud, M., et Gojard, S. (2019). La « personne âgée isolée dénutrie » : L'usage des discours du risque et du manque par les acteurs de terrain. *Retraite et société, 82*(2), 89-113.

ouvriers à la cantine de l'usine. Dans ce cas, c'est bien la présence du dominant qui donne son importance au repas, renforçant symboliquement le rapport hiérarchique. Ces dimensions ambivalentes de la commensalité, effacées dans les incitations sociales à une commensalité perçue comme immédiatement conviviale, se retrouvent particulièrement dans deux contextes spécifiques : l'alimentation des personnes âgées et le repas de famille quotidien.

La commensalité à l'épreuve du vieillissement

Une étude menée dans le cadre de la thèse de Sonia Bouima avait permis de montrer comment la figure de la « personne âgée isolée et dénutrie » était une construction sociale qui recouvrait des réalités très diverses. Les représentations ont tendance à opposer une vision misérabiliste d'une personne qui mange seule, mal et voit peu de monde, d'une part, et une personne qui « sort », mange bien et partage ses repas, d'autre part[7]. Or les réalités et les vécus peuvent être très divers : des repas pris seuls peuvent être nutritionnellement corrects et ne pas conduire à la dénutrition, et le sentiment de solitude peut exister même dans le cadre d'échanges sociaux fréquents. Cela est encore plus marquant au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : les repas y sont quasi systématiquement pris collectivement, ce qui apparaît comme une dimension positive aussi bien pour les professionnels que pour les familles.



Pourtant, une part du plaisir du repas réside dans le fait de choisir ce partage et les personnes qui en font l'objet, la solitude pouvant même être parfois recherchée et salutaire. De plus, que penser de ces repas lorsqu'ils sont pris en présence de personnes en incapacité de respecter les codes sociaux, du fait de troubles physiques et cognitifs qui peuvent, par exemple, se traduire par des déambulations, de la salivation excessive ou des cris[8] ? Alors que tout un chacun a déjà expérimenté des situations de repas partagés plutôt désagréables, et à l'inverse de repas solitaires paisibles et ressourçants, cette pluralité des expériences semble disparaître lorsqu'il s'agit de penser l'alimentation des personnes âgées, probablement du fait d'une peur de l'isolement et de la difficulté à définir la place des aînés dans notre société.

Manger ensemble en famille : entre injonctions contradictoires et charge mentale

Autre situation intéressante, le repas de famille – ici entendu dans le sens du repas quotidien et ordinaire du noyau familial restreint – fait aussi l'objet d'incitations au partage. La commensalité permettrait de parfaire l'éducation des enfants, leur bien-être et leurs savoirs nutritionnels. Cependant, les observations ethnographiques menées par Fairley Le Moal ont mis en évidence une réalité bien plus nuancée[9]. L'atteinte de ces divers objectifs est fortement conditionnée aux ressources des parents, non seulement en termes financiers, mais également en termes de capital social, culturel, relationnel et temporel. De plus, il est souvent difficile d'atteindre ces objectifs en même temps : un repas équilibré et végétal génèrera parfois moins de convivialité qu'un menu plus plaisir (du type pizza ou burger), le fait d'insister sur l'apprentissage des normes du bien manger peut également générer des relations plus conflictuelles entre parents et enfants. Ainsi, dans les faits, ces injonctions apparaissent souvent contradictoires et viennent renforcer non seulement la charge mentale des parents – et particulièrement des mères qui restent souvent en charge des repas, ou *a minima* de leur organisation et planification – mais en plus générer un sentiment d'échec conduisant parfois au renoncement. Une solution serait de séparer les priorités, en privilégiant, par exemple, nutrition pour un repas, échange et partage pour un autre. C'est d'ailleurs souvent ce que font les familles, avec des moments du type « pizza-TV du vendredi soir ». Ces repas en apparence extraordinaires, mais souvent ritualisés et récurrents s'avèrent paradoxalement importants pour renforcer les normes qu'ils transgressent.

Finalement, l'intérêt des politiques de santé publique pour la commensalité ces dernières années pointe certes une dimension importante de l'alimentation dans les sociétés humaines, mais tend à réduire la complexité des relations sociales qui se tissent – ou ne se tissent pas – autour du repas. La prise en compte de la dimension subie ou choisie de la commensalité et de ses formes constitue notamment une dimension importante et souvent négligée. Dans ce cadre, il semble nécessaire d'enrichir les recherches en sciences humaines et sociales visant à mieux comprendre les conditions dans lesquelles le partage du repas peut contribuer à la santé et au bien-être des individus et de la société.

8 Guérin, L. (2016). « Faire manger » et « jouer le jeu de la convivialité » en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). De l'intensification des contraintes de travail pendant le service des repas. *SociologieS*.

9 Le Moal, F. (2024). Mealtime emotion work: Gendered politics of care and power at the table. *Journal of Marriage and Family, 86*(4), 838-866.

Dounia Verbrakel **Alice Lienard Mbengue** **Olivia de Roubin**
Salariées
Ferme Terre de Milpa

De la fourche à la fourchette dans un jardin d'insertion

Terre de Milpa est une association qui a créé en 2022 une ferme agroécologique, sociale et écoféministe à Saint-Didier-au-Mont-d'Or[1]. La ferme cultive et vend des légumes en agriculture biologique avec une équipe de douze salarié·e·s en parcours d'insertion socio-professionnelle et cinq permanent·e·s. L'accès à une alimentation saine, juste et durable pour tou·te·s est un des piliers portés par l'association, en lien avec les agriculteur·rice·s qui nous nourrissent et l'ensemble du monde vivant. Nous essayons de mettre en application notre vision en proposant des paniers bio hebdomadaires et solidaires[2] pour les personnes à petit revenu ainsi que des temps réguliers de cuisine et de repas partagés. Dans le cadre de cet article et pour approfondir ce questionnement sur l'accès à une alimentation saine, nous avons mené de courts entretiens auprès des salarié·e·s en insertion, des encadrantes techniques et d'une bénévole de la ferme. Nous nous sommes ainsi posé la question de l'impact de Terre de Milpa sur les habitudes alimentaires de dix membres de l'équipe. Les témoignages recueillis proviennent de personnes d'âges variés (entre 19 et 61 ans) et de cinq nationalités différentes, allant des salarié·e·s en parcours d'insertion jusqu'à la directrice de l'association. Parmi les dix personnes interrogées, huit ont ressenti un impact, même modeste, sur leurs habitudes alimentaires ou le lien à l'alimentation. Pour les deux autres personnes, les légumes faisaient déjà partie de leur alimentation quotidienne ou, au contraire, n'ont jamais été leur tasse de thé. Voici quelques extraits et exemples partagés par les personnes, illustrant les possibles impacts positifs qu'a pu avoir Terre de Milpa sur le lien à l'alimentation.

Un salarié témoigne : « *Quand tu ramasses toi-même les légumes, le fait de les cultiver, ça donne plus envie.* » Il explique que, depuis qu'il travaille à Terre de Milpa, il consomme plus de légumes qu'avant. Un autre salarié partage : « *Je mange plus de légumes et je grignote moins. Je ne cuisine pas beaucoup, mais j'essaie de cuisiner plus ; avant, je ne faisais que des œufs et des tomates.* » Ces propos soulèvent l'hypothèse que le contact direct avec les légumes – soit le fait de les semer, les soigner, d'arracher les « mauvaises » herbes, les récolter – permet en quelque sorte de les apprivoiser à nouveaux.

Nombreuses sont les personnes qui, grâce à la ferme, découvrent des légumes qui leur étaient méconnus, soit à travers les abonnements de panier hebdomadaire, soit en participant aux repas partagés[3]. « *Les repas partagés permettent de découvrir d'autres choses ou des choses d'ailleurs* », partage une encadrante. Ces moments sont précieux car non seulement ils permettent de créer du lien, mais ils offrent aussi des temps riches en transmission de savoir de façon informelle à travers la pratique[4]. Parmi d'autres impacts que Terre de Milpa a pu avoir auprès de différentes personnes, nous pouvons pointer le fait de rendre les légumes bio accessibles aux personnes à revenu modeste. « *Oui, pour l'accès aux légumes frais et pour le prix ! Parce que sinon j'allais beaucoup au marché, mais c'était plus cher, cela m'a facilité l'accès* », nous dit une salariée en partageant également qu'il y avait des légumes qu'elle aimait mais s'octroyait peu, car trop chers. Au-delà de la connaissance du cycle de vie des légumes, pour certain·e·s bénévoles, le fait de connaître le lieu, les personnes qui y travaillent et d'avoir un lien social avec celles et ceux qui font grandir les légumes amène une autre couleur et saveur aux légumes : « *Le plaisir de manger quelque chose dont tu sais d'où il vient… c'est un attachement différent parce que je vous connais* », nous confie une bénévole. Trois principaux obstacles ont été évoqués : le manque de temps pour cuisiner ; la solitude (citée par plusieurs personnes : « *Quand tu es toute seule… c'est pas tant le temps, mais c'est l'envie, et le savoir aussi, c'est l'envie qui manque* », témoigne une salariée) ; et la méconnaissance de cuisson de certains légumes. Le résumé des entretiens permet d'avoir une idée de l'impact de Terre de Milpa sur les habitudes alimentaires des personnes impliquées. Elle offre la possibilité aux personnes à revenu plus bas de manger des légumes sans insecticide ni herbicide à un prix accessible. Elle permet à tous ces membres de (ré)apprivoiser une variété de légumes parfois oubliés, de créer des moments de liens, de partages de connaissances et d'inspiration autour de la cuisine. Elle cherche à donner du sens au rapport que nous entretenons à la nourriture et à la terre. Même si les recettes proposées chaque semaine inspirent, elles ne remplacent pas l'apprentissage par la pratique. Adopter de nouvelles pratiques alimentaires passe par l'observation, la participation active et la répétition. C'est ainsi que des « savoirs autour de l'alimentation » peuvent devenir des habitudes concrètes.

Ainsi, il nous semble que la question de rendre la nourriture saine financièrement accessible aux personnes à revenu modeste est complémentaire de la manière dont les individus peuvent se réapproprier les connaissances autour d'une alimentation vivante et équilibrée. Au-delà de la ferme expérimentale de Terre de Milpa, c'est toute la société qui devrait s'intéresser à ce sujet. Par exemple, la restauration collective au sein de nos institutions, telles que les Ehpad, les hôpitaux, les universités et les écoles aurait un rôle important à jouer. L'impact de l'alimentation sur la santé devrait également, nous semble-t-il, faire l'objet d'une attention particulière des professionnels ; quel temps est accordé aujourd'hui au partage des connaissances sur le rôle de l'alimentation et son lien avec la santé physique et mentale dans les cursus universitaires de nos médecin·e·s et infirmier·e·s ? Enfin, il existe de nombreuses manières à la portée de tout·e·s, de se réapproprier des savoirs autour de l'alimentation, tels que la cuisine sauvage, l'agriculture vivrière, la cuisine de saison, notamment en cuisinant en famille, entre ami·e·s ou dans le cadre d'ateliers collectifs, par exemple. C'est une richesse collective et tout un matrimoine qu'il appartient à chacun·e de (re)découvrir.

1 À quelques kilomètres au nord de Lyon.

2 À un tiers du prix de vente.

3 Au moins une fois par mois, Terre de Milpa organise un repas collectif où salarié·e·s et bénévoles cuisinent ensemble des plats végétariens.

4 Car nous n'apprenons jamais aussi bien qu'en observant et en faisant par nous-mêmes.

POUR ALLER PLUS LOIN…

Nous vous invitons à visiter le site internet de la **ferme Terre de Milpa**.



Artiste du numéro

Martin Jarrie

Peintre et illustrateur, Martin Jarrie vit et travaille à Paris depuis 1981. Après un passage par le dessin documentaire, voire hyperréaliste, il a changé de style pour une expression plus libre et picturale influencée à la fois par le surréalisme, les primitifs italiens, l'art brut et l'art contemporain. Il travaille pour la presse, l'édition et la publicité en France et à l'étranger.

Œuvres publiées dans ce numéro de *Rhizome* :

Poivron (couverture), Fenouil (p. 4), *Carotte* (p. 5), *Brocoli* (p. 6-7), *Chou rouge* (p. 9), *Citron jaune* (p. 10), *Céleri* (p. 12), *Poire* (p. 15), *Radis* (p. 16), *Composition de fruits et légumes* (p. 17), *Potimarron ancien* (p. 18), *Karela* (p. 20).

martinjarrie.com
Instagram : @martinjarrie
Facebook : martin.jarrie

RÉSUMÉ DU NUMÉRO #93

L'alimentation reflète les inégalités sociales et structure nos rapports intimes, aux autres et au monde. Ce numéro de *Rhizome* explore les liens entre l'alimentation et la santé mentale, en portant une attention particulière aux expériences de celles et ceux qui vivent la précarité. Être « bien dans son assiette » devient ici un horizon à la fois personnel, collectif et écologique.

Abonnement sur le site de l'Orspere-Samdarra

***Rhizome* est un bulletin national trimestriel édité par l'Orspere-Samdarra avec le soutien de la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement.**

Directeur de publication :
Nicolas CHAMBON

Directrices adjointes de publication :
Gwen LE GOFF,
Directrice adjointe Orspere-Samdarra (Lyon)
Élodie PICOLET,
Psychologue, LPN, Université Paris 8, Orspere-Samdarra (Lyon)

Assistante de rédaction :
Natacha CARBONEL

Comité de rédaction :
Jean-Marie ANDRÉ,
Professeur, EHESP (Rennes)
Marianne AUFFRET,
Vice-présidente de l'association ESPT (Paris)
Arnaud BÉAL,
Psychologue, CH de Roanne (Roanne)
Lotfi BECHELLAOUI,
Pair-aidant en santé mentale, CN2R (Lille)
Raphaël BOULOUDNINE,
Coordinateur national d'un Chez soi d'abord, Dihal (Paris)
Vanessa EVRARD,
Pair-aidante en santé mentale, Espair (Lyon)
Benoît EYRAUD,
Sociologue, Centre Max-Weber (Lyon)
Morgan FAHMI,
Psychiatre, Orspere-Samdarra (Lyon)
Étienne FABRIS,
Directeur général du groupement d'intérêt économique La Ville Autrement (Lyon)
Jean-François KRZYZANIAK,
Patient-expert (Angers)
Émilie LABEYRIE,
Psychologue, équipe Marss (Marseille)
Camille LANCELEVÉE,
Sociologue, Université de Strasbourg (Strasbourg)
Christian LAVAL,
Sociologue (Lyon)
Antoine LAZARUS,
Président de l'OIP et professeur de santé publique (Paris)
Aziliz LE CALLONNEC,
Doctorante, Centre Max-Weber (Lyon)
Philippe LE FERRAND,
Psychiatre (Rennes)
Fidèle MABANZA,
Poète, formé à la philosophie (Villefontaine)
Alain MERCUEL,
Psychiatre (Paris)
Éric MESSENS,
Directeur de l'association Terres rouges (Bruxelles)
Bertrand RAVON,
Professeur de sociologie, Centre Max-Weber (Lyon)
Serena TALLARICO,
Anthropologue, docteure en psychologie, Orspere-Samdarra (Lyon)
Andréa TORTELLI,
Psychiatre (Paris)
Nadia TOUHAMI,
Autrice (Marseille)
Stéphanie VANDENTORREN,
Santé publique France (Paris)
Nicolas VELUT,
Psychiatre (Toulouse)
Halima ZEROUG-VIAL,
Psychiatre, directrice Orspere-Samdarra (Lyon)

Contact rédaction :
Orspere-Samdarra, Le Vinatier
Psychiatrie universitaire Lyon Métropole
95 bvd Pinel 69678 BRON CEDEX
04 37 91 53 90
orspere-samdarra@ch-le-vinatier.fr
orspere-samdarra.com

Relecture : Sidonie HAN
Réalisation : Hélène BERTHOLIER
Direction artistique : Manoël VERDIEL
Imprimerie Courand & associés
82 Route de Crémieu 38 230 TIGNIEU-JAMEYZIEU

Dépôt légal : Juillet 2025
ISSN : 1622-2032
N° CPPAP : 0910B05589
Tirage : 5 000 exemplaires

LE VINATIER
PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE LYON MÉTROPOLE

ORSPERE SAMDARRA

L'Orspere-Samdarra, observatoire national « Santé mentale, vulnérabilités et sociétés », est dirigé par Halima Zeroug-Vial et est composé d'une équipe pluridisciplinaire.

L'Observatoire est organisé en 3 pôles : recherche, ressource et édition. Il porte les diplômes universitaires « Santé, société et migration », « Dialogues - Médiation, interprétariat et migration » et « Logement d'abord ».

En complément des revues *Rhizome*, découvrez les ouvrages publiés par les éditions les Presses de Rhizome et commandez-les sur la plateforme Cairn.info.