

DSAA
2012

-

QUAND
L'APPÉTIT
VA
TOUT
VA

-

DESFLACHES
ANNE LAURE

MÉMOIRE
DE PROJET

-

QUAND
L'APPÉTIT
VA
TOUT
VA

-

DIPLÔME
SUPÉRIEUR
D'ARTS
APPLIQUÉS
2012

-

LE CORBUSIER

	Préface	
	LAURENT TRASRIEUX	9
	Introduction	
	L'APPÉTIT À L'HÔPITAL	13
	Avant Propos	
	LA DÉNUTRITION À L'HÔPITAL	15
1	LE REPAS, BESOIN, NORME OU PRATIQUE ?	19
1	LE REPAS, DU SOIN BIOLOGIQUE AU SOIN SOCIAL	21
	Philosophie et sciences humaines	
	1.1 Se nourrir, un besoin vital ?	21
	1.2 Manger, un acte social essentiel	24
2	L'UTOPIE D'UN « REPAS AUTRE »	28
3	LES NORMES ET PRATIQUES DU REPAS AUJOURD'HUI	32
4	LES TEMPORALITÉS DU REPAS	34
2	LES SENS DE L'APPÉTIT	37
1	L'APPÉTIT	39
	1.1 L'affectif du repas	39
	1.2 Les goûts et les saveurs	40
	1.3 Des mets et des mots	40
2	LES PLAISIRS DES SENS	42
	2.1 La vue, discriminante	42
	2.2 La couleur	45

45	2.3 L'ouïe, des sons du quotidien au design sonore
47	2.4 L'odorat et le goût, indissociables
47	2.5 Le toucher : magnifier le geste
49	2.6 Design sensoriel ?
50	3 VERS LE PLAISIR DU REPAS, DU SOIN SENSORIEL AU SOIN HÉDONISTE
	Philosophie et sciences humaines
50	3.1 Les origines du plaisir alimentaire
51	3.2 Les droits du plaisir
53	3.3 Les bienfaits du plaisir
54	3.4 La transgression à table
61	3 LE REPAS À L'HÔPITAL
62	1 LA RESTAURATION HOSPITALIÈRE AUJOURD'HUI
62	1.1 Ses acteurs
67	1.2 Son fonctionnement aujourd'hui
68	1.3 Une restauration à la carte de l'état de santé
70	1.4 Le repas hors de son contexte habituel
71	2 LE REPAS HOSPITALIER, UN SOIN ?
71	2.1. Est-il légitime de penser le repas comme un soin ?
	Philosophie et sciences humaines
72	2.2. Où trouver le soin à l'hôpital aujourd'hui ?
74	2.3. La contradiction humaniste et techniciste
	Philosophie et sciences humaines
77	2.4 L'importance des liens humains dans la guérison
80	3 LA RESTAURATION HOSPITALIÈRE, UN INVESTISSEMENT VIABLE ?
83	Vers le projet INVITER L'APPÉTIT
88	BIBLIOGRAPHIE
91	MERCI !

Préface

LAURENT TRASRIEUX

*Laurent TRASRIEUX est responsable de la restauration à
l'Unité Centrale de Production Culinaire des hôpitaux de Strasbourg*

Une problématique spécifique et complexe, ignorée du public

Les modalités d'organisation de la distribution des repas dans les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, mettent en jeu un très grand nombre de contraintes de toutes natures. Au moment de prendre son repas, et dans l'appréciation, souvent critique, qu'il en fera, le malade hospitalisé en ignore l'essentiel.

Il fait explicitement peser sur le gestionnaire hospitalier et les équipes de restauration une obligation de résultat de plus en plus exigeante. Cette émergence de la logique du « client roi » est récente. Elle n'était pas au cœur de la culture hospitalière. Simple fonction logistique relevant de l'intendance, la restauration était pour l'essentiel considérée comme l'accessoire des soins.

La diminution continue des durées de séjour et les resserrements budgétaires imposés à la santé ont peu à peu renforcé cette perception. L'opinion s'est répandue chez les gestionnaires hospitaliers et leurs autorités de tutelle, que le malade hospitalisé, qui bénéficie des soins les plus performants et les plus coûteux n'est pas là pour un motif gastronomique, et que la prestation restauration peut et doit être réalisée au plus bas coût.

Dans cette conception économique, minimaliste et strictement fonctionnaliste de l'alimentation, la prestation servie doit se limiter à être « acceptable ». Elle l'est si elle se contente d'être conforme aux impératifs de l'équilibre nutritionnel et aux normes d'hygiène qui lui sont opposables.

Dans cette approche, le repas n'est vu que comme une ration calorique équilibrée et saine servie au moindre coût possible. Les notions d'agrément, de goût, de bien être, ou de plaisir n'y ont que très peu de place.

La reconfiguration en unités centrales de production culinaires (UCPC) des anciennes cuisines traditionnelles des hôpitaux a accompagné cette conception de la restauration hospitalière. Elle en a été l'expression technique et la vitrine. Elles se sont transformées progressivement en de véritables laboratoires-usines sur le modèle des industries agroalimentaires.

Un déficit dans l'opinion dommageable à l'image de l'Hôpital

Même si cette rapide transformation a eu pour l'essentiel les effets escomptés en termes d'hygiène, de sécurité, et de coûts de production, elle s'est souvent accompagnée d'une dégradation de la perception de la qualité des repas véhiculée par les malades et leurs familles. L'insuffisante qualité des repas à l'hôpital serait désormais devenue pour l'opinion un lieu commun, une sorte de cliché caricatural communément admis, et contre lequel nul n'aurait plus l'idée de s'insurger tant il serait conforme à la réalité.

Souvent ressenties par les responsables comme inquiétantes, excessives et déconnectées des réalités, ces critiques sont souvent le miroir de dysfonctionnements réels dans nos organisations qui entraînent des altérations de la qualité de la prestation attendue. Elles constituent, avec les infections nosocomiales, les attentes aux urgences et quelques faits divers un élément majeur de la formation de l'image de nos établissements auprès des usagers.

Exprimées à travers les outils de recueil d'opinion qui se développent dans les EPS, portées par la représentation des usagers au sein des instances internes de l'hôpital, ces critiques sont désormais portées sur la place publique et largement relayées et amplifiées par les médias. Les plaintes formulées par le public à l'encontre de la restauration hospitalière constituent, avec les résultats des enquêtes périodiques de satisfaction, une puissante et récurrente justification à la mise en œuvre des plans structurés d'amélioration de la qualité qui guident désormais le travail des responsables de restauration.

La prise en compte de ces critiques est devenue incontournable et le management moderne des établissements de santé nous impose la mise en œuvre d'importants efforts ciblés, coordonnés et planifiés pour tenter de les lever une à une.

Des choix techniques compatibles avec une amélioration..

Pour les responsables restauration, les choix effectués, les installations réalisées, le process de fabrication retenu, le périmètre financier assigné à la prestation, et les organisations en place sont autant de contraintes qui influent directement sur la qualité du repas telle qu'elle est « ressentie » par les patients.

Le monde hospitalier lui-même semble parfois intégrer ce déficit d'image comme une contrepartie inéluctable des performances techniques, managériales et économiques obtenues par le secteur de la restauration. La mise en œuvre résolue d'actions correctrices apparaît dès lors comme peu susceptible d'être conduite avec succès : tant de contraintes constitueraient un ensemble de figures imposées dont les conséquences seraient subies avec une certaine résignation.

Ainsi, l'insuffisante qualité de la prestation serait à la fois légitimée par deux discours convergents. L'un institutionnel de justification

économique, et l'autre de renoncement technique en provenance des professionnels de la restauration hospitalière.

Sans se satisfaire de cette convergence, il semble possible au responsable restauration, de relever ce défi, en acceptant le pilotage d'une démarche maîtrisée d'amélioration de la qualité restauration perçue par les malades et leurs familles. Soucieux de conduire le changement, et d'inverser l'opinion de ses « clients », il lui appartient d'identifier et de hiérarchiser les critiques, et de se donner les moyens de les lever avec détermination.

J'ai souhaité accompagner Anne Laure dans son projet de mémoire puisque la cuisine, le dressage d'un plat ou la conception et la présentation d'un repas peuvent être réalisés et perçus comme un art. L'attraction visuelle d'un plateau repas et des plats qui le composent ont une incidence directe sur le plaisir que le patient éprouvera à s'alimenter. Si il s'alimente, il guérit plus vite.

Anne Laure a su très rapidement percevoir les axes d'amélioration pouvant être apportés au repas en milieu hospitalier en particulier la présentation du plateau et des plats. Je lui suis reconnaissant d'avoir élargi le champ de compétence en matière de restauration collective grâce à sa vision artistique d'un plateau repas en milieu hospitalier.

Introduction

L'APPÉTIT À L'HÔPITAL

L'alimentation à l'hôpital a toujours souffert d'une mauvaise réputation. Si j'ai décidé de m'intéresser au repas en milieu hospitalier c'est qu'il pose grand nombre de problèmes concernant autant l'Hôpital que le patient et souvent difficiles à concilier.

En effet, ce dernier mange en solitaire, un repas anonyme empreint d'une mauvaise image symbolique, cuisiné pour une collectivité par des inconnus. Pour certains, le service de préparation et de distribution est ressenti comme un confort, mais pour d'autres, il est vécu comme une preuve de leur infirmité dans les tâches quotidiennes. Si le patient est au cœur du problème d'alimentation, les repas nécessitent d'être rapides et pratiques à préparer ainsi qu'à distribuer. Le repas à l'hôpital est bien souvent limité à une routine nutritive pour le patient, or, lorsqu'on sait que l'état de santé dépend pour beaucoup de son bien-être mental, le repas se dessine comme un plaisir non exploité. L'un des seuls autorisés en hospitalisation qui peut varier chaque jour et briser la routine quotidienne.

Des repas équilibrés et nourrissants permettent souvent d'éviter la perte de poids liée à la maladie, et d'éviter ainsi compléments alimentaires ou perfusions dus aux carences. Ceux-ci sont perçus par le patient, comme des traitements supplémentaires liés à son état de santé. Ces dix dernières années, l'utilisation de contenants alimentaires à usage unique s'est largement répandue. De l'entrée au dessert, les plats sont en barquettes, operculés et distribués ainsi. Au nom de la stérilisation, on en vient à évacuer toute trace de vie et de quotidienneté (goûts, odeurs...) au profit de la médicalisation du plateau-repas, à laquelle on associe également la prise médicamenteuse.

L'appréciation d'un repas ne se joue pas uniquement lors de la dégustation ; elle est aussi induite par la mise en appétit, telle une invitation à la dégustation qui s'en suit, le son que produit le contenant, l'usage qu'il implique... et le plaisir qui s'en dégage. Tous ces facteurs me semblent d'autant plus importants que le patient mange le plus souvent alité. Le lit peut ainsi être le territoire diurne de tous les soins, des auscultations à la toilette. Son environnement n'est alors pas favorable à la dégustation des mets. Le repas pour la personne hospitalisée et aussi un moyen de garder un pied dans la temporalité du monde extérieur. C'est pourquoi je souhaite m'interroger également sur le rôle symbolique des aliments, le rapport que l'on entretient avec ceux-ci et l'importance des saisons dans la consommation.

Enfin, je souhaite agir sur plusieurs fronts, qu'ils touchent au design culinaire, au design de produit ou de service en prenant en compte l'hôpital dans son organisation des différents services, des cuisines et des personnes concernées, cuisiniers, diététiciens, personnes distribuant les repas, aides soignantes et patients pour ainsi pouvoir « panser » le repas de demain à l'hôpital.

Comment alors stimuler l'appétit lors du repas dans cet univers peu propice au plaisir et à la gourmandise, pourtant indissociables de l'acte de manger ?

Avant Propos

LA DÉNUTRITION À L'HÔPITAL

La dénutrition à l'hôpital peut être causée par une défaillance de la perception du goût et/ou un environnement peu propice au repas. Lors de l'hospitalisation, ces troubles peuvent entraîner des répercussions psychologiques, un désintérêt pour le moment du repas et provoquer l'inappétence. Par conséquent, ils peuvent causer une perte de poids et des carences nutritionnelles qui peuvent occasionner la dénutrition du patient.

Qui est touché par la dénutrition ?

La dénutrition s'inscrit dans un contexte d'hospitalisation de longue durée et peut apparaître tout au long de celle-ci. Les patients les plus touchés sont les enfants et les personnes âgées, les personnes atteintes de cancer ou de leucémie, les malades neurologiques, les séropositifs et les malades d'Alzheimer. Cependant, je souhaite m'intéresser aux patients en rémission ou rétablissement ne concernant ni l'enfant qui nécessite une approche du repas très particulière, ni le patient atteint de la maladie d'Alzheimer pour qui le problème ne dépend plus de la perte d'appétit mais de mémoire et d'identité.

Comment le goût est-il dénaturé ?

Un environnement particulier peut bouleverser nos perceptions habituelles. L'altitude, par exemple, diminue la sensibilité du palais. En 2010, des chercheurs du Fraunhofer Institute for Building Physics ont mené une recherche pour Lufthansa pour déterminer de quelles manières les conditions de vol influaient sur l'appréciation du repas et des boissons. Le jus de tomate, a par exemple beaucoup plus de succès dans les airs que sur terre grâce à son acidité et son assaisonnement poivré et salé. Les scientifiques ont en effet déterminé qu'à 10 000 mètres d'altitude, l'humidité de la cabine est 15% inférieure à l'humidité terrestre. Les voyageurs ont alors soif plus rapidement. La pression de l'air est également plus faible, ce qui provoque un ralentissement des récepteurs de goûts et d'odeurs. La sensation est la même qu'un rhume car les muqueuses nasales sont gonflées et réduisent la perception des saveurs et des odeurs.

Certaines personnes sont affectées au quotidien. Si l'ouïe, la vue, l'odorat, le toucher et le goût jouent un rôle important, l'altération d'une des perceptions sensorielles peut nuire au plaisir et à la qualité de la vie. Il est reconnu que le tabagisme perturbe la bonne perception du goût et de l'odorat. À l'hôpital, certains patients peuvent avoir un déficit du goût dû à des prises médicamenteuses avant ou pendant le repas qui souvent tapissent le palais d'amertume. Lors de la 4ème Journée Régionale de Restauration et nutrition à l'Hôpital, L. Trasrieux, J.L. Ringenbach et F. Dottori, responsables de la restauration de Strasbourg, Mulhouse et Colmar ont tenu l'atelier « Le goût à l'hôpital ». Les participants (cuisiniers, aides soignants, diététiciens...) ont été invités à déguster du chocolat avant et après avoir bu une solution amère. La perception du goût varie. Le chocolat semble moins sucré et plus amer après avoir bu cette boisson amère. Si l'amertume agit sur le goût du chocolat, il est évident qu'il peut altérer l'appréciation de tout un repas en rendant plus difficile la distinction du salé, du sucré, de l'acide et de l'amer.

L'altération du goût, médicalement nommée dysgueusie, représente un trouble de l'appréciation du goût. Celui-ci est déguisé, imprévisible et bien souvent désagréable. Un patient peut également souffrir d'une perte totale (agueusie) ou partielle (hypogueusie) du goût. C'est de ce mal dont souffre Charles Duchemin joué par Louis de Funès dans *L'aile ou la cuisse* (un film de Claude Zidi, 1976). Les causes peuvent être nombreuses, mais les plus courantes restent le diabète, une malnutrition (carences en zinc), la chimiothérapie, la radiothérapie et les effets secondaires de certains médicaments (antibiotiques, antibactériens, anticancéreux ...) ou à la suite d'un traumatisme crânien. Pour pouvoir pallier la déficience du goût, il est important de déployer les autres sens et de mettre en avant tous les facteurs de plaisirs sensoriels lors du repas.

La perte d'appétit

Au quotidien, nous connaissons quelques fois un manque d'appétit à table. Certaine fois cela est dû à un plat qui ne procure aucune envie, à une aversion, au stress ou à une mauvaise journée... Lorsque nous mangeons peu, nous savons que nous mangerons mieux le lendemain mais à l'hôpital, ce qui est exceptionnel à la maison peut devenir une très mauvaise habitude. Le patient en perte d'appétit est découragé devant son repas. L'environnement hospitalier et particulièrement l'espace de la chambre, auxquels viennent s'ajouter la solitude et la monotonie, sont peu propices à l'appréciation du repas. Ceux-ci sont dévalorisés par leur présentation, les régimes restrictifs sont souvent peu expliqués aux patients, le repas peut être interrompu par un traitement médical... Pour passer à table nous avons besoin d'un certain nombre de stimuli psychologiques ou physiologiques que n'offre pas toujours le milieu hospitalier.

Comment l'hôpital soigne la dénutrition aujourd'hui ?

La dénutrition accroît les risques d'infection et ralentit le processus de guérison. En aggravant le risque de complications, c'est également la durée et le coût de l'hospitalisation qui augmentent. Pour pouvoir ainsi y faire face, la nutrition du patient est très contrôlée par les diététiciens. Tout est mis en œuvre pour dépister la dénutrition et ainsi pouvoir proposer un traitement adapté à chaque patient. La première solution proposée par l'hôpital est d'ajouter un ou plusieurs compléments alimentaires lors du repas. Ensuite les solutions d'alimentation par voie entérale (via une sonde d'alimentation) ou par voie parentérale sont envisagées. Si ces solutions médicales sont très coûteuses, elles sont également mal vécues par les patients qui voient alors leur assistance médicale augmentée.

Peut-il être bénéfique de la soigner autrement lorsque l'état de santé le permet ? Car certaine fois le manque d'appétit n'est pas dû à un dysfonctionnement organique mais bien à l'état d'esprit dans lequel se trouve le patient. Ainsi stimuler l'appétit à l'hôpital, c'est recentrer l'humain au cœur des préoccupations de l'hôpital pour faire du repas (dans la mesure du possible) une réponse naturelle à un besoin naturel. Ainsi mon projet bien qu'à première vue au service du bien être et du bien manger des patients pourrait également trouver sa légitimité dans le contexte médical de l'hôpital. « Si l'on veut que les patients se nourrissent, il faut qu'ils mangent ! », avec ce vœu simple, Laurent Trasrieux, responsable de la restauration des CHU de Strasbourg, souligne une évidence qui ne l'est plus forcément pour l'hôpital actuel. Et comme le dit si bien Claude Fischler, « Stimuler le goût et l'appétit c'est aussi stimuler l'appétit et le goût de vivre ».



LE REPAS, BESOIN,
NORME OU PRATIQUE ?

1

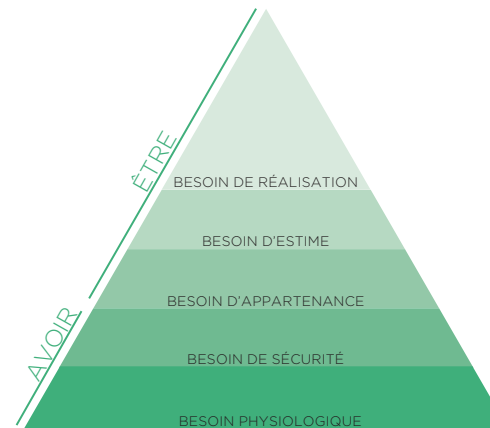
LE REPAS, DU SOIN BIOLOGIQUE AU SOIN SOCIAL

Philosophie et sciences humaines

1.1 Se nourrir, un besoin vital ?

a. Manger pour vivre

Manger, c'est avant tout combler un besoin. En ce sens l'alimentation répond à une nécessité de notre organisme, à laquelle nous devons de satisfaire pour continuer à vivre. Par la faim et la soif, notre corps nous avertit de la nécessité de l'alimenter et de le désaltérer pour l'empêcher de dépérir. Abraham Maslow¹ a constitué une hiérarchie des besoins de l'homme dont les premiers sont les besoins physiologiques tels que manger et boire, respirer, dormir... Pour pouvoir ressentir les autres besoins nécessaires à toute construction personnelle tels que les besoins de sécurité, d'appartenance familiale ou amicale, de confiance et de respect, et d'accomplissement personnel, il est indispensable à l'homme de pouvoir satisfaire ses besoins primaires.



¹ Abraham MASLOW est un psychologue américain, il établit la hiérarchie des besoins dans son ouvrage *A theory of Human Motivation* paru en 1943

Mais comment manger ou boire se transforment-ils alors en des soins essentiels qu'il convient de dispenser, non seulement pour survivre mais, par-delà, pour bien vivre ou vivre bien ?

Autrement dit, que signifie au juste prendre soin de soi, sur le plan de l'alimentation, si ce soin ne se borne pas à la seule satisfaction d'un besoin ? En effet, mettre un terme à la faim ou à la soif, ne signifie pas manger ou boire « n'importe quoi » ?

L'homme, contrairement aux animaux sauvages, n'a plus « d'instincts » pouvant l'informer du caractère comestible ou non de tel ou tel aliment. En tant qu'omnivores, notre alimentation très ouverte n'est pas déterminée par nos gènes. Nous ne sommes en effet, plus capables, contrairement à de nombreuses races animales, d'éviter un aliment nuisible ou non comestible : l'amanite phalloïde est un champignon qui est loin d'être désagréable au goût, il est cependant mortel, et ceci à très faible dose ! C'est pourquoi les êtres humains doivent généralement compter sur leurs connaissances, c'est-à-dire sur la transmission culturelle (entre générations), et sur certaines données épidémiologiques pouvant déterminer les effets à long terme d'une alimentation, qui vont s'enrichir d'une expérience alimentaire personnelle.¹

Si l'alimentation est pour l'être humain sa plus grande préoccupation ; le manque (la faim en tant que famine ou disette), est devenu rare dans nos sociétés occidentales. « Le mangeur moderne doit gérer non plus la pénurie mais la profusion. »² Il doit faire preuve de discernement pour ne pas être en suralimentation, ce qui pourrait le mettre en danger [obésité, diabète, problèmes cardio-vasculaires...] Le risque alimentaire a donc changé de camp, le soin que l'homme doit apporter à son alimentation également.

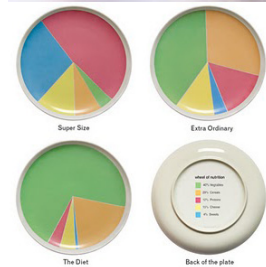
Dès le plus jeune âge, des liens entre l'alimentation et la santé sont ainsi dictés par l'éducation parentale ; « Mange ta soupe, si tu veux grandir ! ». Selon Jean-Pierre POULAIN³, ces associations se nourrissent, pêle-mêle, de représentations symboliques et de connaissances nutritionnelles. Pour la médecine nutritive l'homme ne mange pas un repas mais ingurgite des nutriments où l'on distingue : glucides, lipides et protéides, vitamines et sels minéraux. L'alimentation est ainsi appréciée, de manière « énergétique » (ou calorique) tel un carburant pour faire fonctionner l'organisme, envisagé comme une « machine humaine ». La science remplace la cuisine, et les formules, les recettes.

Mais le besoin de se nourrir ne peut se limiter à absorber des aliments évalués pour leurs seules qualités physico-chimiques ; autrement dit le soin alimentaire a également une signification éthique (concernant l'individu), et voire morale (concernant tous les sujets).

¹ ROZIN Paul, FISCHLER Claude (sous la direction de). *Manger magique. Aliments sorciers, croyances comestibles*. Autrement, Coll. Mutations/Mangeurs, N°149, Paris, 1994. http://www.lemangeur-ocha.com/fileadmin/contenusocha/02_magie_sympathique.pdf

² FISCHLER Claude, *L'homnivore*, Paris, édition Odile Jacob, 2001, p.11

³ POULAIN Jean-Pierre, *Manger aujourd'hui. Attitudes, normes et pratiques*. Editions Privat, Paris, 2002, Chapitre 1 Les modèles alimentaires



Wheel of nutrition, Rui PEREIRA et Hafsteinn JULIUSSON

b. Se nourrir de sens, voire de phantasmes ?

Dans *L'Homnivore*, Claude FISCHLER insiste sur l'importance des symboles et de l'imaginaire qui nous nourrissent. « Absorber du caviar ou une simple tomate, c'est incorporer non seulement de la substance nutritive mais aussi de la substance imaginaire, un tissu d'évocation, de connotation et de signification qui vont de la diététique à la poétique en passant par « le standing » et la festivité. »¹

En effet, certaines expressions de la vie courante illustrent notre imagination alimentaire. Manger du lion ferait déborder d'énergie et de courage, être bête à manger du foin compare l'homme à un ruminant, manger de la viande enragée, énerverait... Selon Paul ROZIN², cet imaginaire crée un solide lien affectif entre les individus et les aliments. La viande rouge, par exemple, est souvent assimilée à la virilité, alors que notre civilisation rationnelle reconnaît l'équivalence en protéines d'une simple part de viande avec deux œufs. Il existe certaines civilisations où l'imaginaire détermine à plus large titre la manière de manger et de choisir les aliments. En Nouvelle-Guinée-Papouasie par exemple, chez les Hua, les aliments (par leurs caractéristiques féminines ou masculines, données essentiellement par le contact avec une femme ou un homme) vont renforcer le caractère sexuel féminin ou masculin.³

Si l'imaginaire, qu'il soit personnel ou culturel, provoque des croyances en des vertus, il peut également provoquer peurs et dégoûts. Comme l'écrit Paul ROZIN⁴, ce n'est pas la nouveauté d'un produit qui nous empêche de manger un aliment, mais bien l'imaginaire qu'il développe. Il est pour nous quasiment impossible d'ingérer des vers de terre ou des sauterelles, de la même manière qu'il paraît impossible pour beaucoup de nos pays voisins de manger des escargots ou des grenouilles.

Le philosophe hédoniste Michel ONFRAY insiste également sur l'importance du sens que nous donnons à notre alimentation « Manger, c'est nourrir une mécanique avec laquelle on pense. On peut la charger ou l'alléger, on peut punir sa chair en l'engraissant, en l'alcoolisant, en l'intoxicant avec des substances dangereuses pour la santé [...] ou la célébrer en faisant de l'acte naturel et obligatoire qu'est la nutrition un geste esthétique et culturel qui donnera du plaisir »⁵. Le soin que nous apportons à notre corps aurait alors un impact sur nos pensées, nos émotions et notre bien-être. Dans son ouvrage, *Le Ventre des philosophes. Critique de la raison diététique*⁶, Michel ONFRAY tente d'établir un lien entre la pensée des philosophes et leur alimentation. Ainsi Jean-Paul SARTRE aurait choisi la destruction de son corps comme vecteur de ses performances intellectuelles. Il avait très peu d'appétit, qu'il s'agisse des repas comme des femmes. Pour lui, « La nourriture c'est le 'mastic' qui obturera la bouche ; manger, c'est entre autres choses, se boucher. »⁷. Bien au contraire, les plaisirs du repas sont fantasmés par le philosophe libertin, le Marquis de SADE, qui prône sur ce plan la transgression. Il écrit « Tous les excès de table sont autorisés ; [...] tous les moyens possibles sont fournis [...] pour y satisfaire. »⁸. Se dessinent alors différentes personnalités culinaires où s'opposent radicalement un SARTRE et un SADE, tant dans leurs relations au monde, au corps et au repas ainsi que dans leur art de vivre et de penser. Cette étude illustre alors parfaitement le sens identitaire de l'alimentation résumé par

¹ FISCHLER Claude, *L'Homnivore*, Paris, édition Odile Jacob, 2001, p.15

² ROZIN Paul, (FISCHLER Claude (sous la direction de). *Manger magique. Aliments sorciers, croyances comestibles*. Autrement, Coll. Mutations/Mangeurs, N°149, Paris, 1994. http://www.lemangeur-ocha.com/fileadmin/contenusocha/09_gouts_degouts.pdf

³ MEIGS Ann S., *Food, sex, and pollution: a New Guinea religion*, New Brunswick, Rutgers University Press, 1984 cité par ROZIN Paul

⁴ ONFRAY Michel, « Confessions d'un gastroscopiste », entretien avec LEGRAS Marc, *Philosophie Magazine*, juin 2011, n°50

⁵ ONFRAY Michel, *Le Ventre des philosophes. Critique de la raison diététique*, Livre de Poche n°4122, coll. « Biblio Essais », 2009

⁶ SARTRE Jean-Paul, *L'être et le Néant*, 1948, p.706

⁷ Marquis de SADE, *L'Histoire de Juliette, ou les Prospérités du vice*, 1801, article 16 de la Société des Amis du Crime

l'aphorisme de BRILLAT-SAVARIN : « Dis-moi ce que tu manges, je te dirais ce que tu es »¹.

Si choix et habitudes alimentaires donnent du sens à la consommation, l'environnement n'en établit pas moins les facteurs, et peut changer la perception d'un plat, en fonction de sa temporalité, des convives, de la situation de repas, ou même du conditionnement préalable.

Chaque situation de repas change notre perception et notre appréciation de la nourriture et des plats. À chaque type de repas ses manières de table, ses rituels, son organisation, sa durée mais aussi sa forme. Jean-Jacques BOUTAUD parle de cuisine sémiotique. « Le même plat, préparé avec les mêmes ingrédients, avec les mêmes ustensiles, par les mêmes cuisiniers n'aura pas le même goût au déjeuner ou au dîner ; servi dans des assiettes en grès ou en porcelaine, partagé en famille ou avec des amis ; proposé au printemps où à l'automne, présenté à table comme par surprise ou déjà attendu. Pour passer du singe au signe, il ne suffit pas d'intervertir deux lettres, cela prend des millions d'années d'évolution. »². Pascal PICQ³ insiste lui aussi sur le fait que le cerveau est « un dévoreur insatiable de signes et de sens ».

Si manger, nous permet de subsister et de nous construire, l'art de manger ne serait-il pas aussi d'une immense nécessité ? « Théâtre de saveurs, donc, riche de toutes les traditions et de toutes les audaces, mais aussi théâtre de valeurs, dans ce que la table peut offrir comme biens et comme liens. Parce que nous mangeons du symbolique, le sens des aliments est bien souvent lié à la saveur des relations »⁴.

1.2 Manger, un acte social essentiel

a. Cuisiner

Selon A. BRILLAT-SAVARIN¹, « La cuisine est le plus ancien des arts », il en distingue d'ailleurs trois espèces : la cuisine comme nous la nommons au quotidien qui consiste en la préparation des plats, la seconde qui concerne les éléments et qu'il nomme chimie, et la troisième, qu'il définit comme « cuisine de réparation », la pharmacie. Ces trois « cuisines » ont en commun l'utilisation de vases et surtout l'usage et l'application du feu.

En effet, avec la maîtrise du feu, entre -790 000 et -450 000 ans par l'homme erectus, l'homme va commencer à cuire ses aliments. Cela va considérablement changer ses conditions de vie, et son métabolisme. La nourriture cuite est plus facile à digérer et la cuisson rend comestibles un grand nombre de végétaux qui ne l'étaient pas crus. Ainsi la cuisson rend plus confortable l'acte de manger et diversifie l'alimentation. L'homme va également passer de charognard au chasseur, grâce à la cuisson qui permet de conserver les aliments. Par le passage du cru au cuit, l'homme rompt avec l'acte de dévoration (le cru qui se mange dans l'instant) pour faire du repas un savoir faire et un acte culturel (l'homme prend le temps de préparer et d'associer ses aliments). « Mais combiner, mélanger, cuire, qu'est-ce sinon cuisiner ? »⁵. La cuisine (du latin *coquere* « cuire, rôtir ») est unique à

¹ BRILLAT-SAVARIN J.A., *Physiologie du goût*, édition Flammarion, Paris, 1982, p.19

² BOUTAUD Jean-Jacques, *Le sens gourmand, de la commensalité- du goût - des aliments*, édition Jean Paul Rocher, 2005, pp.7, 8

³ PICQ Pascal, préface de *Le sens gourmand, de la commensalité- du goût - des aliments* de BOUTAUD J.J.

⁴ BOUTAUD J.J., « La table, communication symbolique et métaphore de la communication », *L'imaginaire de la table, convivialité, commensalité et communication*, L'Harmattan Communication, 2004, p.12

⁵ PERLES Catherine, « L'acte alimentaire dans l'histoire de l'homme », *Les origines de la cuisine*, 1979

¹ ROUSSEAU J.J. *Essai sur l'origine des langues*, Chapitre IX Formation des langues méridionales

² LEVI-STRAUSS Claude *Mythologiques, Tome. III : L'Origine des manières de table*, Paris, Plon, 1968, p. 41

³ BRILLAT-SAVARIN A., *Physiologie du goût*, édition Flammarion, Paris, 1982, p169,170

⁴ FISCHLER Claude, *L'homnivore*, édition Odile Jacob, 2001, p139

⁵ BOUTAUD J.J., Introduction à la première partie « Inventer la table, s'inviter à table », *L'imaginaire de la table convivialité, commensalité et communication*, L'Harmattan Communication, 2004, p.21

l'homme, elle nous distingue de notre état sauvage en rompant avec notre animalité. Pour J.J. Rousseau également, le passage au cuit marque le passage de l'animal à l'homme : « L'estomac ni les intestins de l'homme ne sont pas faits pour digérer la chair crue ; en général, son goût ne le supporte pas. À l'exception peut-être des seuls Esquimaux [...], les sauvages mêmes grillent leurs viandes. À l'usage du feu, nécessaire pour les cuire, se joint le plaisir qu'il donne à la vue et sa chaleur agréable au corps. L'aspect de la flamme qui fait fuir les animaux attire l'homme. On se rassemble autour du foyer commun, on y fait des festins, on y danse ; les doux liens de l'habitude y rapprochent insensiblement l'homme de ses semblables, et sur ce foyer rustique brûle le feu sacré qui porte au fond des cœurs le premier sentiment de l'humanité »¹. Selon Catherine PERLES, cet acte culinaire va également être fondateur de nos sociétés. Les cuisines qui vont être mises en œuvre vont varier suivant les environnements et les aliments disponibles, l'implantation géographique et être représentatives d'une communauté. La cuisine va devenir au fil des siècles un ensemble de techniques, appartenant aussi bien à la culture qu'aux patrimoines, nationaux ou familiaux. La cuisine française, qui a influencé grand nombre de cuisines occidentales, a été reconnue en 2010, patrimoine culturel immatériel de l'humanité par l'Unesco.

« La cuisine d'une société est un langage dans lequel elle traduit inconsciemment sa structure », affirme Claude LEVI-STRAUSS². Les hommes n'ont pas attendu la naissance du « foyer » pour partager leur repas. Dès qu'ils deviennent omnivores (en cessant d'être uniquement végétariens), les chefs de familles rassemblent les aînés et les plus jeunes pour mettre en commun la viande³. L'homme a depuis toujours encadré et ritualisé la consommation de chair animale. Si manger de la viande nécessite d'abattre la bête, la partager permet de répartir la responsabilité et la culpabilité de l'acte léthal. La viande devient alors lien social, et le sacrifice, acte fondateur de ce lien, rend possible le partage⁴. L'hospitalité et la convivialité existent donc dès la naissance des communautés, où cuisiner est à la fois apporter du soin à son alimentation mais également à celle des autres.

b. À table : Partage, parole et commensalité

La table détache le repas de sa nécessité biologique pour la plonger dans le domaine social. L'homme se définit donc par son pouvoir à transformer ses besoins vitaux en actes sociaux. « Avec la table, l'homme exalte tous les signes de son arrachement à la nature »⁵. Il est d'ailleurs intéressant d'observer que lorsque l'homme tente un rapprochement avec la nature, la table disparaît très souvent (camping, pique-nique, déjeuner sur l'herbe...).

La table constitue à la fois un support matériel au repas et un espace d'interaction. En mangeant face à face, les convives s'ouvrent aux autres et constituent un espace clos vers l'extérieur où toutes les interactions se passent à table. Ce modèle encore actuel contredit la disposition des repas du Moyen Âge. À cette époque, les convives étaient placés côte à côte d'un seul côté de la table et constituaient une frontière à la scène du repas en faisant face à la danse perpétuelle des serveurs.⁶

La table devient une mise en scène sociale beaucoup utilisée comme métaphore du débat. Lors du Banquet de Platon, les mets ont peu d'importance, c'est le vin qui délie les langues et favorise les échanges. Le repas est alors la scène du discours où les personnages font tour à tour l'éloge de l'amour.



« La théâtralisation de pareils moments marque le triomphe de la civilisation sur la pulsion, le couronnement du raffinement et de l'élaboration » écrit Michel ONFRAY¹. Le plaisir, quand il est partagé n'est plus tabou. La culpabilité, qu'elle soit celle de la gourmandise ou du sacrifice animal, est elle aussi divisée. Avec le partage, l'homme s'éloigne de sa voracité. La France est par excellence, le pays où manger n'est pas un acte solitaire. La table a ce pouvoir « civilisateur » qu'elle n'a pas par exemple dans les pays anglo-saxons, où la relation à l'alimentation est plus individualisée.

En France, recevoir c'est user des manières de table codifiées. La disposition spécifique des couverts et des mets influe sur la gestuelle de table que le convive se doit de respecter. Les comportements de l'hôte et du convive sont à la fois représentatifs de leurs statuts sociaux, et la métaphore du lien qui lit les commensaux. « Convier quelqu'un, c'est se charger de son bonheur pendant tout le temps qu'il est sous notre toit »². La table est le lieu où les liens familiaux, amicaux ou sociaux sont mis en exergue. « Manger et boire ensemble favorisent l'empathie, la compréhension mutuelle, la communion des sentiments »³. Mais depuis la démocratisation de la télévision, le plateau repas prend de plus en plus souvent la place de la table, que ce soit devant la télévision, à la cafétéria, ou à des buffets... Mais même si la table a perdu de son importance au quotidien, manger ensemble n'a pas perdu de son sens pour l'ensemble des générations. Nous passons en moyenne 85 min par jour à table contre 38 min pour les américains. Et peut être que cette rareté nous fait doublement apprécier l'importance de ce « corps » commun que nous reformons occasionnellement. Les invitations sont en France de plus en plus fréquentes et de nouvelles formes de convivialité sont apparues, comme l'apéritif, ou le barbecue.

À la moitié du XIXe siècle, le repas en collectivité apparaît clairement comme un soin d'ordre social puisque de nombreuses études sont menées sur le traitement infligé aux « fous ». Auparavant, « le fou » mangeait seul, sans couvert et ne profitait pas de la séparation des espaces pour dormir, manger et faire ses besoins le rabaisant alors dans l'animalité. Comme le dit JJ. BOUTAUD⁴ « Le fou mange seul, le malade mental mange au réfectoire », l'évolution du statut du fou va également être valorisée par la manière de manger comme un soin à la personne. Pour F. LEURET⁵, manger au réfectoire est un outil de guérison, il remarque que les malades évoluent mieux sous le regard des

LELIEVRE Micheline (chorégraphe) et NOUVEL Odile (conservatrice des collections XIXe siècle au musée des Arts Décoratifs), Conférence dansée par, le 28 janvier 2012, à l'occasion du festival «Taste une question de (bon) goût, Metz

¹ ONFRAY Michel, *La raison gourmande*, Paris Grasset, 1995, p.47

² BRILLAT-SAVARIN A., *Physiologie du goût*, édition Flammarion, Paris, 1982, p.20

³ BOUTAUD J.J., *Le sens gourmand, de la commensalité- du goût – des aliments*, édition Jean Paul Rocher, 2005, Première Partie : De la commensalité

⁴ BOUTAUD J.J., *L'imaginaire de la table, convivialité, commensalité, et communication*, édition L'harmattan Communication, 2004, p.120

⁵ LEURET F., *Traitement moral de la folie*, 1840, p.p. 170.171
source : <http://gallica.bnf.fr/>

¹ GOODY Jack, *Cuisines, cuisine et classes*, coll. Alors, Centre de Création Industrielle et Centre Georges Pompidou, Paris, 1984

² BRILLAT-SAVARIN A., *Physiologie du goût*, édition Champs classiques de Flammarion, p.170

autres, ils mangent mieux et plus proprement. Le repas prend alors tout son sens dans le processus thérapeutique. En socialisant les malades, on les réintègre dans un système collectif qui favorise leur sociabilité et leur guérison.

c. Le mangeur solitaire

Dans les différents contes, mythes ou religions, l'homme mange avec des convives. Les consommations solitaires sont très peu représentées car un homme qui mange seul apparaît comme un homme exclu de toute communauté, voire asocial. Entre l'ermite, qui par son isolement souhaite se rapprocher de Dieu, le sauvage, être non civilisé, le fou, déraisonné, et les rois et les princes, dont personnes n'est assez digne pour partager leur repas, ces portraits des mangeurs solitaires semblent donner raison à d'Aristote, selon qui seuls les Dieux et les bêtes mangent seuls.

Le sociologue britannique Jack GOODY a écrit « Manger seul, c'est un peu comme si on faisait ses besoins en public »¹. Cette citation peut paraître extrême, mais il est vrai qu'en ce qui concerne le repas, la relation de pudeur est inversée. Manger seul, c'est culturellement se livrer à des plaisirs solitaires et égoïstes en s'adonnant au vice de la gourmandise loin du partage et de la convivialité. L'homme, en choisissant de manger seul, se rapproche de sa condition d'animal.

À l'hôpital, le patient est souvent contraint de manger seul et dans sa chambre. Il est déresponsabilisé de tous ses devoirs sociaux. Il y a une perte de risque et d'enjeux puisqu'il n'a plus de rôle à tenir. En mangeant seul, c'est toute une manière de se tenir, de s'habiller, de communiquer et de se comporter en société, qui est compromise. De plus, il perd la relation avec la préparation de ce qu'il mange et le lien avec les aliments (leur provenance, qui prépare les plats...). Si les réfectoires ou salles communes ont majoritairement disparu des hôpitaux, il est nécessaire et même fondamental de re-socialiser les malades pendant le repas. Car si l'hôpital soigne le corps, il doit également nécessairement soigner l'être social. C'est en cela qu'il est important que le patient puisse avoir connaissance de la provenance de ses aliments, de la manière dont les plats sont préparés pour lui et pourquoi [d'où la nécessité d'informer sur les raisons des choix diététiques]. Car même si le patient mange physiquement seul, il se retrouve réintégré dans un échange social où il prend conscience du soin qu'on lui apporte et d'une altérité qui lui est essentielle. Il est donc important que le repas ne réside pas dans sa forme aseptisée et muette où aucun signe ne nous permet de savoir que des personnes apportent du soin à cuisiner les repas.

Il ne faut pas oublier qu'en Europe et particulièrement en France, le plaisir de manger est avant tout associé au don, au partage et à la convivialité. C'est en cela que BRILLAT-SAVARIN² met en opposition le plaisir de manger qui répond à la faim et que nous avons en commun avec les animaux, au plaisir de la table propre à l'homme.

Le plaisir de la table naît des soins apportés à la préparation du repas et à l'importance du lieu et de l'environnement. Mais en quoi le plaisir de manger, est-il un soin aussi nécessaire que le soin de se restaurer et de s'affirmer comme un être social ?

2

L'UTOPIE D'UN « REPAS AUTRE »

La table se dessine clairement dans une temporalité et un espace autres, sorte d'hétérotopie liée au repas qui, au-delà du nutritif, ouvre des portes vers d'autres dimensions. Ainsi au fil des siècles, des natures mortes aux vanités, des scènes de festin aux scènes d'ennui, de l'Eat Art au design culinaire, artistes et designers ont interrogé les dimensions du repas.

Ce repas, dans ses autres dimensions impalpables, peut se révéler spirituel comme l'illustrent de nombreuses iconographies religieuses, et en particulier La Cène de Léonard de Vinci. On peut également y lire un langage identitaire qu'il soit culturel et/ou individuel mis en exergue par l'arrivée du Eat-Art à la fin des années 60 avec le travail de l'un des chefs de file, Daniel Spoerri. Une autre dimension, qui semble particulièrement importante aujourd'hui face au bouleversement que subissent nos habitudes et rituels alimentaires, est ce que Pascal Picq nomme dans la préface de *Le sens gourmand* de J.J. Boutaud, « l'appétit social avant l'appétit viscéral ». Les performances contemporaines « Expérimen'Tables » de Caroline Champion au cours desquelles la table devient prétexte à l'échange illustre avec diversité comment la table peut devenir outil et prétexte à l'échange.

La Cène (ou l'*Ultima Cena*) peinte par Léonard de Vinci entre 1494 et 1498 est une fresque murale qui est toujours visible sur le lieu de sa création dans le réfectoire du couvent dominicain de Santa Maria delle Grazie à Milan.



Cette iconographie chrétienne illustre le dernier repas de Jésus Christ avec ses douze apôtres le soir du jeudi saint, veille de son arrestation. Léonard de Vinci a choisi le moment exact de l'annonce de l'exécution proche de Jésus par la révélation « je vous le dis, en vérité l'un de vous me trahira ». C'est pourquoi seul Jésus, placé délibérément au centre tel l'hôte du repas, reste serein. Auréolé de lumière, il se détache des autres personnages grâce à ces trois fenêtres centrales qui ouvrent l'espace du tableau. Judas quant à lui, est détaché des autres apôtres et reste dans l'ombre du repas. La table crée un espace scénique ouvert sur le réfectoire. La perspective dans le tableau prolonge la salle du réfectoire donnant aux moines du couvent l'illusion de participer à la scène. En mangeant face à l'œuvre, ils sont comme invités à la table du Christ. L'alimentation est alors spiritualisée. La table se renouvelle chaque jour, et à l'instar du besoin nutritionnel, permet de combler le besoin spirituel et collectif. Ce dernier repas est à l'origine du repas eucharistique, rituel chrétien institutionnalisé et acte de mémoire qui s'inscrit dans la continuité de la foi et la communion avec les autres membres de l'Eglise. On retrouve dans le tableau les deux aliments, le pain et le vin, également présents lors des célébrations chrétiennes au moment de la communion. Lors de la Cène, Jésus déclare donner son corps en nourriture, son corps et son sang symbolisés par le pain et le vin pour la rédemption de l'humanité. Aliments courants, ils deviennent métaphores du partage et l'unité autour du Christ et outils de transmission. La religion, du latin re-liguer ; relier, fait de la nourriture un outil pour créer et faire perdurer le lien. La table eucharistique a beaucoup influencé le modèle de la table occidentale et les rituels encore perpétués aujourd'hui. Au-delà de la spiritualité, elle est à l'image d'un partage et d'une hospitalité. Le « manger ensemble » signifie intégrer des normes communes et donc appartenir à une communauté. L'autel a ensuite remplacé la table en tant que mobilier liturgique avec lequel apparaît une dimension sacrificielle par le don de pain et de vin. La métaphore que Dieu est en chacun des croyants se matérialise par le pain rompu, partagé et ingéré par chacun pour que l'Eglise soit ensuite à l'image d'un seul corps. Le repas dans sa spiritualité devient alors un acte de reconnaissance envers le Christ pour son sacrifice et plus largement un rituel d'appartenance religieuse.

A contrario, le Eat-Art, formulé comme tel par Daniel Spoerri en 1970, se détache de la dimension sacrée de la nourriture. Spoerri appartient dès les années 60 au mouvement des nouveaux réalistes. Il est à la fois danseur, metteur en scène, poète, éditeur, professeur, ethnologue, cuisinier et artiste souvent défini comme un gastrosophe. Il a interrogé, tout au long de sa carrière, notre rapport à la nourriture en rapprochant l'art et la vie, par la contemplation et l'action, en particulier avec ses Tableaux-Pièges. Il met en œuvre ce processus à maintes reprises, dans différents contextes et avec différents invités mais dans tout ces Tableaux-Pièges, il a la volonté de faire entrer le hasard et d'autres acteurs dans la réalisation de l'œuvre. En effet, ces tableaux représentent pour Spoerri, un mode d'action à distance, où l'interactivité, en sollicitant la participation collective, permet l'œuvre. Il propose un repas à des convives (intégrant les commissaires d'expo-

sition, les critiques d'art, et parfois les visiteurs), dans le contexte de son restaurant-galerie, puis, il vient, à la fin des repas, coller tous les éléments sur les tables pour choisir ensuite de les placer à la verticale. Telles des natures mortes surgissant du mur, elles donnent à voir les rituels de notre société occidentale, d'un nouveau point de vue. Spoerri déséquilibre également le repas dans l'espace et le temps en bouleversant les règles de la table. En effet, changer l'orientation de la table change la perception globale de l'espace et en figeant l'instant de fin de repas, il semble immortaliser un instant de vie, une trace du quotidien en la confrontant au réel...



Dans la série *31 variations on a meal* datant de 1964, Spoerri propose 31 tables identiques (avec une assiette, des couverts, un verre, un cendrier, et un bouquet de fleurs) à 31 invités différents (dont Arman, Bruce Connor, Marcel Duchamp, Letty Eisenhower, Erro, Roy Lichtenstein, Andy Warhol, etc...). C'est à ces derniers que reviennent les prises de décisions : comment et quand quitter la table. Ce processus permet de montrer, de manière ludique, notre contexte culturel occidental, tout en faisant intervenir le destinataire. En tant qu'acteur autonome et indépendant, il va participer à la composition des assemblages. Spoerri tente alors de montrer, à travers la dualité entre série normalisée et actions individuelles des acteurs, comment le repas permet à chacun de s'appropriier la forme du couvert instaurée par la culture. En effet, il fait préparer préalablement les plats, la normalisation des tables par le personnel de son restaurant puis abolit cette norme à travers l'action individuelle de la consommation des mets. En mangeant, l'homme manifeste son individualité et sa culture et transforme le paysage de la table. Spoerri crée ainsi, grâce au repas consommé, une archéologie

SPOERRI Daniel,
31 Variation on a meal,
eaten by Bruce Connor, 1964

*Restaurant Spoerri, maison
fondée en 1963, 1, place de la
Concorde, Paris 75008,*
2002, Edition Jeu de Paume

du processus de consommation qui, dans une culture commune, donne une place à l'altérité.



CHAMPION Caroline,
Expérimentation Table dans le métro,
3 décembre 2009

¹ BOUTAUD J.J.,
L'imaginaire de la table,
Convivialité, commensalité et
communication, L'Harmattan
Communication, 2004

Avec des préoccupations plus conceptuelles, Caroline Champion se définit elle-même sous la profession d'*Exploratrice de saveurs* : « profession transversale et multimodale, visant à aborder le goût par plusieurs voies, créer des ponts entre différents univers, pour faire converger la pratique culinaire, l'art, la théorie et la recherche. ». Sur son site internet <http://exploratriceadesaveurs.com>, elle expose le mode d'emploi des performances qu'elle met en œuvre depuis 2009. Le principe est simple et ne nécessite que 3 ingrédients : une table, un invité, et un lieu. Sous le nom d'*Expérimentation Table*, titre qu'elle donne à « une performance de type artistique, destinée à ouvrir un espace de parole au cœur de la ville, à partir d'un moment culturellement fort : le repas. », elle explore ce processus dans la série afin de créer des expériences et des échanges différents. L'une de ces performances consiste à recréer une scène de repas incongrue dans le métro parisien et pour une fois ne choisit pas par avance de convives. Ceux qui vont prendre le thé avec elle sont les voyageurs qui doivent faire le choix de s'asseoir à la table de Caroline Champion qui les y invite ou de rester extérieurs à la scène. Cependant en agissant publiquement, elle donne à voir un espace autre et inverse les rôles habituels de la scène théâtrale, la personne attablée participe tandis que le passant qui reste debout n'est que spectateur. Ce repas devient une invitation et un prétexte à l'échange autour des goûts, des saveurs et des flaveurs qui viennent bouleverser la routine des transports en commun. La table dans cet espace public transitoire, qui n'est finalement que très rarement investi, amène de l'anormalité et de l'inattendu. Plus largement, elle redevient un espace scénique avec une temporalité qui lui est propre en contradiction avec cette société du fast-food qu'est la nôtre.

Le repas est une occasion permanente de communiquer et de cultiver le lien social. Caroline Champion use des outils du goût et de la dégustation des mets comme d'un moteur de partage des sensations et des opinions. En accord avec J.J. Boutaud¹, « Parce que nous mangeons du symbolique, le sens des aliments est bien souvent lié à la saveur des relations. », elle met la rencontre et l'échange au cœur de la table enrichissant ainsi, le repas dans ses dimensions humaines et sensorielles.

Lorsque La cène illustre la table dans son pouvoir de transmission, Spoerri redonne une place à l'individu face à un couvert standard et Caroline champion réinvente la table dans un environnement peu habituel tant pour les échanges et les rencontres que pour un repas. C'est donc en différenciant le besoin naturel de manger et le plaisir culturel et sensoriel dont le repas est porteur qu'il est possible de réconcilier le repas hospitalier avec l'humain et le sensible. En le distinguant ainsi de l'animal, grâce à l'utopie d'un repas autre que nutritif, celui-ci fait émerger des dimensions spirituelles, sensorielles, intellectuelles, culturelles et sociales invitant à la curiosité et à l'imaginaire culinaire et gustatif.

3

LES NORMES ET PRATIQUES DU REPAS AUJOURD'HUI

Si la question du repas est passée en second plan à l'hôpital, c'est aussi parce que sa place au quotidien a beaucoup évolué ces dernières années. Avec la fin des années 60 apparaît une déconstruction du repas et une décontextualisation de la table. Jean Paul Aaron qualifie cette mutation de « glaciation »¹. Elle est avant tout hygiéniste avec la démocratisation de la technologie de congélation des aliments et des préparations ou plats industriels conditionnés, mais aussi par le comportement pro-diététique voir lipophobique apparu à la fin des années 60. Cette glaciation opère également dans la temporalité du repas. On troque la convivialité commensale par la performance productive à travers le grignotage ou les fast-foods qui assouviennent nos besoins immédiats. Le plateau-repas individuel va peu à peu remplacer la table et participer à déconstruire nos pratiques sociales. Cela va être renforcé par l'utilisation courante du four à micro-ondes qui se répand dans les années 80. L'espace est lui aussi bouleversé : la cuisine s'ouvre sur l'espace domestique, afin de gagner du temps et de multiplier les actions en ce lieu. En même temps que l'espace de consommation se fait plus fonctionnaliste et productif, les espaces commerciaux deviennent de plus en plus anonymes. Enfin, ce sont nos pratiques gastronomiques qui souffrent de cette glaciation : manger est régi par des calculs caloriques, encadré idéologiquement par les médias et médicalisé avec un discours préventif et une multiplication des messages sanitaires pour les adultes et les enfants (« Pour bien grandir, ne mange pas trop gras, trop salé, trop sucré »)

A *contrario*, on observe un retour pour l'intérêt de la cuisine dans la vie quotidienne et dans les médias (cours de cuisine, émissions TV, Master Chef, Top Chef, Un dîner presque parfait...). Cela va également entraîner une prise de conscience de l'importance des repas et de ce que l'on mange. Bien manger devient prendre soin de son corps et de soi. On peut facilement voir l'opposition entre la déconstruction de nos repas liée à nos rythmes de vie (stress, emploi du temps chargé...) et la volonté de vouloir prendre son temps et se faire plaisir, la cuisine s'ouvrant alors à tout le monde avec la parité des tâches. Naît alors une contradiction entre la focalisation et la surveillance permanente et contrariante de notre corps et le rapport hédoniste avec nos consommations nomades et individuelles que J.J. Boutaud² qualifie de sauvages. Paul Ariès, défenseur des hommes, des cultures et des produits, à travers son combat contre Mc Donald s'étonne que la France et l'Europe aient été séduites par le concept du repas unique Mc Do. « L'Europe avait pourtant un rapport peu ordinaire à la nourriture, elle voyait dans les gourmets de la table, ceux de la vie, la finesse de l'esprit était pour elle enracinée dans la bouche »³.

¹ AARON Jean-Paul,
« De la glaciation dans la culture
en général et dans la cuisine en
particulier » Culture, Nourriture,
internationale de l'imaginaire,
nouvelle série n°7, Babel, Maison
des cultures du monde

² BOUTAUD J.J.,
« La table postmoderne »,
*L'imaginaire de la table,
convivialité, commensalité et
communication* p.230

³ ARIÈS Paul,
*Petit Manuel Anti-MacDo à
l'usage des petits et des grands*,
éditions Golias, 1999, p.21

**NE MANGE PAS
TROP GRAS, TROP SUCRE
TROP SALÉ.**



Extrait d'un message sanitaire
de France Télévision
destinés aux enfants

¹ POULAIN Jean-Pierre,
« Les mutation des pratiques
alimentaire, Le décalage entre
normes et pratiques »,
lemangeur-ocha.com

Le poids des normes alimentaires est en effet encore important aujourd'hui. J.P. Poulain¹ distingue deux types de normes. La première, norme diététique préconisée par le milieu médical. Elle vante un équilibre alimentaire et une bonne organisation de la prise des repas. Elle puise sa force dans sa crédibilité scientifique en s'appuyant sur des préventions quantitatives et qualitatives ainsi que des connaissances nutritionnelles. La seconde d'ordre social, qualifie le repas dans sa normalité, soit l'image collective qu'il trouve dans la société. En France, le modèle du repas se compose d'une entrée, d'un plat, d'un fromage et d'un dessert, souvent simplifié en entrée, plat, dessert.

Pourtant, d'après l'étude de Jean Pierre Poulain, une contradiction importante émerge entre les comportements des mangeurs et l'idée que le mangeur se fait du repas. Par exemple, « 62% des personnes interrogées considèrent qu'un vrai repas se compose au moins d'une entrée, d'un plat garni et d'un dessert, elles ne sont que 53 % à respecter cette norme à midi et 39% seulement le soir. » Les mangeurs français ont conscience de la contradiction qui existe entre leur repas et le « bon repas » traditionnel et sain. Cependant ce modèle est de moins en moins applicable à nos rythmes de vie actuels.

4

LES TEMPORALITÉS
DU REPAS

La temporalité du repas est quasiment exclusive à celui-ci. Il est d'usage de ne pas répondre au téléphone, de ne pas se lever pour une autre raison que celle liée au repas... Un cycle rythmé lui est propre de l'entrée au dessert, du petit déjeuner au dîner. Trois fois par jour, nous arrêtons une activité pour passer à table. Les plats et les aliments instaurent quant à eux un lien avec les saisons. Certains plats sont empreints d'une cohérence temporelle, due essentiellement au cycle naturel des fruits et légumes.

À l'hôpital, le lien avec le monde extérieur est rompu. Tous les jours peuvent se ressembler, le patient vit dans un espace réduit et n'a que peu ou pas d'activité. Rien ne distingue les week-ends des jours de la semaine, mise à part peut-être les visites. Si l'entourage participe à restaurer ce lien avec l'extérieur et la temporalité du monde, le repas peut également permettre de restituer un véritable moment de pause. Il pourrait être judicieux d'inviter le patient à continuer ses rituels personnels, de lui proposer une cuisine de saison, ou encore provoquer un usage qui vienne bouleverser l'attitude passive du patient (en le rendant actif de son repas, en l'encourageant à aller s'installer à table et à ne pas rester alité...). Ainsi le repas viendrait rythmer la journée du patient et renforcer le lien temporel avec le monde extérieur ainsi qu'avec ses propres habitudes alimentaires. À travers le « moment repas », l'hôpital permettrait aux patients de ne pas être en rupture avec leur vie « pré » et « post » hospitalisation.



STUDIO GRAPHIQUE BAMBAM,
Manuel du Consomm'Acteur
pour Altair
2010





LES SENS DE L'APPÉTIT

1 L'APPÉTIT

«Le mouvement et la vie occasionnent, dans le corps vivant, une déperdition continuelle de substances ; et le corps humain, cette machine si compliquée, serait bientôt hors de service, si la Providence n'y avait placé un ressort qui l'avertit du moment où ses forces ne sont plus en équilibre avec ses besoins. Ce moniteur est l'appétit. On entend par ce mot la première impression du besoin de manger.»¹. Si l'appétit peut se résumer à une envie de manger, c'est donc ce qui intervient avant puis pendant la dégustation et encourage l'acte de manger. Si Pavlov a mené des études sur les réflexes de salivation des chiens montrant ainsi la possibilité de provoquer un réflexe avec un stimulus (ici sonore), nous avons tous remarqué la manière dont nos perceptions sensorielles peuvent nous mettre en appétit. Que ce soit l'odeur de pain chaud devant une boulangerie, l'odeur des fraises de l'épicerie, la vue des cerises sur l'arbre ... nos sens nous mettent l'eau à la bouche sans même que nous soyons en condition de repas. L'appétit possède donc de nombreux moteurs stimulants, qu'ils soient sensoriels (par les formes, textures, couleurs, températures, odeurs...), affectifs, ou faisant appel aux souvenirs ou aux évocations personnelles et culturelles ...

¹ BRILLAT-SAVARIN A., *Physiologie du goût* (1825), édition Flammarion, Paris, 1982, pp. 66,6

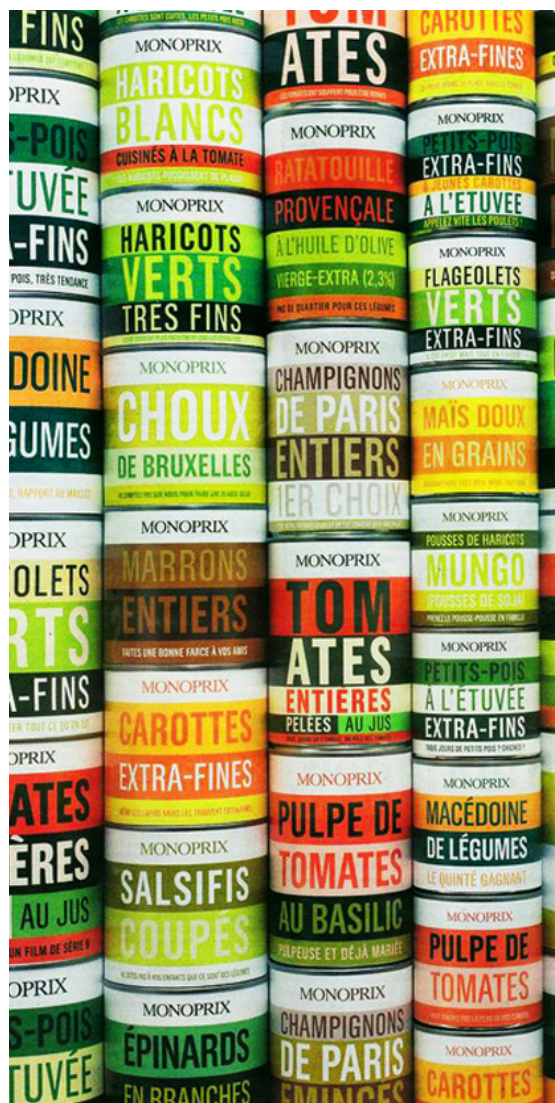
² ARIÈS Paul, *à propos des chaînes de fast-food, *Petit Manuel Anti-MacDo à l'usage des petits et des grands*, éditions Golias, 1999, p.23

1.1 L'affectif du repas

« La question du goût, c'est en effet beaucoup plus complexe que ce qu'ils* disent. Il ne faut pas croire que ça se passe surtout dans la bouche, ça concerne surtout la tête et le cœur.». Le goût est évidemment subjectif, il évolue tout au long de la vie et peut être apprécié différemment selon les moments de la journée. Ce n'est pas seulement une saveur qui s'établit d'une manière chimique et scientifique entre des capteurs sensoriels et le cerveau. Le goût de chacun se construit dès la petite enfance et se nourrit de souvenirs et de culture.

Les packagings Monoprix exploitent cet affectif commun. Avec ces emballages qui réutilisent les codes du graphisme des années 60, du pop art, la standardisation est poussée à l'extrême. Le packaging fonctionne en série. Chaque information, en capitales sans empattements, est de couleurs et de taille différentes en fonction de sa hiérarchie. Tout l'espace du packaging est utilisé pour définir le plus simplement possible le produit. Tout en voulant communiquer sur l'essentiel, l'espace non utilisé pour l'information est consacré à une phrase ou une expression qui va évoquer une symbolique affective ou humoristique liée au produit. On retrouve sur la plaquette de beurre « goûté et approuvé par le petit chaperon rouge », ou encore « Parfumer votre frigo » sur le reblochon...

HAVAS CITY ET CLEO CHARUET
Packaging Monoprix
2010



1.2 Les goûts et les saveurs

Les préférences gustatives sont issues de deux facteurs : la génétique et l'éducation. « Du téton à l'hostie en passant par la bouchée-pour-maman, notre rapport à la nourriture se construit, nous construisons et construisons notre vision du monde. »¹ Fondé sur notre subjectivité, le goût répond tout de même à des facteurs communs. Toutes les espèces animales sont génétiquement attirées par la saveur sucrée (sensation gustative ressentie la première en bouche) contrairement à l'amer qui est majoritairement délaissé. Mais pour ne pas tomber dans une consommation dénuée de poésie ou d'évocation, il est indispensable de savoir se détacher des 5 saveurs que sont l'acide, l'amer, le sucré, le salé (perçus sur la langue) et l'âpreté. En effet, à trop vouloir identifier et décrire une saveur à la manière d'un technicien, on en oublierait presque tout ce qui nous enchante ou nous révolte lors d'un repas. Ce sont non seulement le goût mais tout un ensemble de signes et de sens.

1.3 Des mets et des mots

Notre éducation nous permet de nommer les aliments, de les connaître, et de les qualifier, de dissocier les goûts et les saveurs. Nous savons alors ce que nous mangeons, ce que cela représente dans sa forme initiale (une plante, un légume, un animal...) et ce que la cuisine en a fait (nom d'un plat qui qualifie l'aliment cuisiné). Les mots donnent du sens à ce que nous mangeons : on peut le constater au restaurant, avec la carte et le menu, qui par les mots nous amènent dans un imaginaire et une symbolique du repas. Mc Donald rompt d'ailleurs avec cette éducation du goût par une rupture avec le vocabulaire alimentaire commun et l'usage de noms propres (*Big Mac*, *M*, *CBO*, *Maxi Best of*, *Royal de Luxe*). Cependant le vocabulaire des plats est très souvent lié à un pays ou à une région. Si la fondue savoyarde, le bœuf bourguignon et le couscous sont aujourd'hui connus de tous, d'autres plats gardent leur particularité régionale comme les spätzles et le baeckeoffe en Alsace ou la gratinée et la cervelle des canuts en région Rhône-Alpes...

L'homme aime également parler de ce qu'il mange, juger et tenter de le définir. Le repas est matière aux échanges et à la discussion. « S'il y a quelque chose que les Français aiment davantage que manger, c'est parler. C'est pourquoi, si vous vous mettez à causer de nourriture avec l'un d'entre eux, vous aurez beaucoup de mal à le faire taire »²

N'est-il pas possible de stimuler l'appétit grâce aux mots ? Loin de la description énumérée dans un menu, nombreux écrivains ou poètes se sont intéressés aux mets, à leurs saveurs et aux sensations qu'ils provoquent. Dans *La raison gourmande*, Michel Onfray nous met l'eau à la bouche avec une simple fraise, et par la description des différentes sensations de texture et de température, lui donne plus de valeur gustative que n'importe quel plat de grand chef.

¹ DADOU Roger, « Une cuillère pour maman » in FISCHLER Claude, (sous la direction de). *Manger magique. Aliments sorciers, croyances comestibles*. Autrement, Coll. Mutations/Mangeurs, N°149, Paris, 1994, p.201

² JEFFRIES Stuart, *The Observer*, 2002

« Mon meilleur souvenir gastronomique, c'était une fraise dans le jardin de mon père. La journée avait été chaude, un été. Les fraises étaient gorgées de cette chaleur qui brûle les fruits jusqu'au cœur où ils sont tièdes. [...] Mon père m'a invité à la passer sous l'eau, selon son expression, pour la nettoyer et la rafraîchir. [...] Lorsque je mis la fraise en bouche, elle était fraîche sur sa surface et chaude en son âme, peau douce presque froide, chair tempérée. Ecrasée sous mon palais, elle se fit liquide qui inonda ma gorge. J'ai fermé les yeux [...] je fus cette fraise, une pure et simple saveur répandue dans l'univers et contenue dans ma chair d'enfant. »¹

ONFRAY Michel,
La raison gourmande,
Paris, Grasset
1995, p. 22

2 LES PLAISIRS DES SENS

Les sens offrent diverses approches d'un repas. La vue, l'ouïe, l'odorat, le toucher et le goût permettent également différentes distances avec les mets. Les contacts avec les aliments d'un repas vont de la perception à distance, (la vue, l'ouïe, l'odorat) à un contact de proximité, le toucher, jusqu'à être de l'ordre de l'intime, le goût. Lorsque nous portons un aliment à notre bouche, nous le portons en nous. L'aliment n'est donc jamais complètement distinct d'une prise de risque. Avant de percevoir le goût d'un aliment, nous percevons d'autres sensations qui nous préparent au goût, en le favorisant ou au contraire en le rebutant.

2.1 La vue, discriminante

La vue est le premier des sens qui est sollicité lorsque nous sommes face à un plat ou à un aliment. Lorsque Spoerri propose en 1967 sa Poubelle renversée (reconstitution d'ordures en pâtes d'amande, sucre et chocolat par Wolfgang Philipp) à ses convives, c'est par le dégoût qu'il passe à table. En changeant volontairement l'apparence du repas séduisant par nos restes de table, il image le dessert comestible comme la trace non-comestible de nos fins de repas. Il interroge les différentes temporalités des étapes de repas et la mise en appétit des convives face à un dessert qui visuellement n'est pas identifiable comme tel.

Nos repères et notre environnement sont avant tout visuels, c'est avec un seul regard que s'établit souvent notre jugement. Nos yeux ont été éduqués. Tout d'abord à reconnaître les couleurs et puis à lire, à identifier, à comparer, à discerner ce qui est comestible, sain, ou beau de ce qui ne l'est pas. Comme le dit Jean-Marie Bourre¹, malgré le fait que la vue soit un sens objectif, sa perception et son interprétation sont porteuses de toute une expérience personnelle, « la vision est la même, mais le regard varie ». Les écrits que nous avons hérités de l'époque médiévale montrent que les mets, avant d'être bons, devaient être beaux, quitte à utiliser des colorants artificiels. La nourriture japonaise est également un parfait exemple du repas visuel. Chaque aliment prend forme en s'associant à d'autres et est ainsi sublimé par la « construction du mets ».

La vue influe également sur les autres sens, que ce soit le toucher ; (la vue d'un mets peut nous donner une idée de sa texture ou même de son goût (bonbon, sirop, gâteaux...essentiellement grâce à la couleur)), l'ouïe, et l'odeur. La vue instaure en quelques sortes des prémonitions ou des préjugés. La vue est donc l'un des sens les plus influents sur l'appréciation d'un repas car il prévient ou anticipe les autres sens. Kant en fait le sens le plus noble en ce qu'il se rapproche d'une intuition pure.

¹ BOURRE Jean-Marie,
*La diététique du cerveau, de
l'intelligence et du plaisir*, p113

SPOERRI Daniel,
WOLFGANG Philipp,
La Poubelle Renversée,
1967





GUELPA Émilie (www.griottes.fr)
 extrait des recettes *Le Pantonnier*,
 magazine Fricote n°6, p. 107
 2012

2.2 La couleur

La couleur dans les lieux de repas est souvent choisie en fonction des goûts et des préférences des décideurs. Ces choix subjectifs ne prennent que très rarement en compte l'impact des couleurs sur nos perceptions et donc, sur notre état d'esprit. Le bleu par exemple est reconnu pour couper l'appétit, et modifier le goût perçu. *A contrario*, la gamme des orangées favorise l'appétit et encourage l'optimisme. L'importance des couleurs dans l'environnement est donc primordiale.

La complexité des chambres hospitalières réside dans cette polyvalence qui nécessite de pouvoir mettre en condition du repas, des soins, du sommeil... La couleur dominante ne doit donc pas favoriser une activité aux dépens des autres. Il est également facile, de se servir de la couleur pour atténuer d'autres perceptions comme le bruit, ou la température d'une pièce. Les couleurs des chambres hospitalières pourraient-elle être évolutives ? D'autres éléments pourraient-ils, par la couleur, induire et/ou stimuler telle ou telle activité ?

La couleur des plats et des aliments a également un immense pouvoir d'évocation. Si la palette gustative est aussi riche que la palette des couleurs, ces dernières peuvent modifier nos perceptions. En 1971, Lors d'un banquet de Eat Art, les traiteurs-coloristes Dorothee Selz et Antoni Miralda servent des aliments méconnaissables en changeant la couleur des aliments, modifiant ainsi la perception de leurs goûts.

Un test de dégustations comparatives de 3 madeleines (dont la recette et la cuisson sont identiques mais l'une est teintée de rose, une autre de vert) a pu me confirmer les pouvoirs de l'imagination face à la couleur. Quelques uns ont ressenti un léger goût de fraise, et de pistache, d'autres affichent clairement une préférence même si la plupart ne se laisse pas duper par les colorants ! Effectivement, au fil de notre expérience gustative et visuelle, nous avons établi une sorte de référentiel coloré que nous mettons directement en lien avec le goût.

Est-il alors possible d'amener la surprise en bouleversant l'apparence d'un mets ? La couleur peut-elle être un outil de mise en bouche pour annoncer un plat ? Comment exploiter ce référentiel couleurs-évolutions gustatives ?

2.3 L'ouïe, des sons du quotidien au design sonore

En janvier 2011, la revue Food Quality & Reference publiait une étude sur l'importance du bruit dans la perception gustative. Le test a été effectué sur un groupe d'une quarantaine de personnes, qui, les yeux bandés, ont dégusté puis jugé différents plats avec différents niveaux de bruits. Effectivement, plus le bruit est élevé, plus les perceptions de sucré et de salé sont altérées. Cependant un son élevé favorise la sensation de croquant. Il est également prouvé que si une personne apprécie la musique, son plaisir sera alors favorisé et *a contrario*, un

mauvais choix de musique pourra réduire l'appréciation d'un repas. L'exemple le plus flagrant est illustré par les repas des compagnies aériennes qui nécessitent d'être bien plus salés et épicés dans les airs que sur terre. Lors du festival Taste « une question de (bon) goût » à Metz en janvier 2012, quatre écoutes étaient proposées aux visiteurs de l'Arsenal pour « écouter le goût »¹.

La première interrogeait *le son du Goût* par la séduction avec un bande son rassemblant un extrait de journal TF1 par Claire Chazal, Cyprien avec « La bouffe », un extrait de *Peau d'âne* de Jacques Demy, et du dessin animé Astérix et Obélix avec la chanson du *Pouding à l'arsenic*. La seconde amenait à écouter le goût par le souvenir avec entre autres *Les bonbons*, chanson de Jacques Brel, *Le mistral Gagnant* de Renaud, et un extrait du film *Soleil Vert* réalisé par Richard Fleischer. Ensuite, on pouvait également écouter différents bruits de bouche avec des extraits de films durant des scènes de repas dont *Les Visiteurs* de Jean Marie Poirer, *Hook* de Steven Spielberg, *Soul Kitchen* de Fatih Akin et *L'aile ou la cuisse* de Claude Zidi. Cela montre encore une fois l'importance de la culture, même populaire pour stimuler les sens. Enfin, la quatrième écoute permettait d'amener le son du goût par la connaissance avec le poème « Le pain » de Francis Ponge, des lectures de revues scientifiques sur l'éducation du goût et un documentaire avec Michel Argueusie, restaurateur. L'écoute du goût sous ces différents angles que sont la séduction, le souvenir, les bruits de bouche et la culture montre différentes mises en bouche possibles par l'ouïe. Il est alors évident que si l'ouïe peut créer un contexte de mise en appétit, on peut rendre plus réceptif à tout ce qui nous entoure lors du repas ou au contraire, créer une rupture avec l'univers médicalisé de l'hôpital pour favoriser le moment du repas. Comment pourrait-on alors encourager l'écoute de musique stimulante lors des repas à l'hôpital ? La musique est aussi un moyen de s'évader de l'environnement hospitalier et ainsi oublier cette barrière hygiéniste et médicale qui fait barrière à l'appétit. Elle permet de réapprécier des choses qui nous renvoient à la vie quotidienne. En effet, les repas servis à l'hôpital pourraient être certainement plus appréciés dans un autre lieu, on peut alors se demander si même un repas d'une très grande qualité gustative serait apprécié à l'hôpital à l'instar de l'expérience menée par le journal Washington Post en 2007, expérience de faire jouer l'un des plus célèbres violonistes au monde, Joshua Bell dans le métro². Celui-ci a joué pendant trois quarts d'heure et sur plus de mille passants, 7 seulement se sont arrêtés pour l'écouter plus d'une minute. On remarque alors que l'appréciation a besoin d'un contexte favorable, l'environnement a de ce fait une place prépondérante dans l'appréciation sensorielles. Il est donc vraiment indispensable de stimuler l'appétit par un environnement propice au repas.

¹ MACHEREY Lauriane, PALANGE Anne, BRUN Melissa et PERRAudeau Coline, *Le son du goût*, installation, Arsenal de Metz, janvier 2012

² BELL Joshua jouant dans le métro, la vidéo : http://youtu.be/hnOPu0_YWhw

¹ KANT Emmanuel, *Didactique anthropologique*, p 40

² SÜSKIND Patrick, *Le Parfum* 1986, édition Le Livre de Poche, 2008, p.173

2.4 L'odorat et le goût, indissociables

L'odorat est l'un des sens les plus subjectifs, il n'existe pas de bonnes ou de mauvaises odeurs, ni de classification (comme il en existe pour le goût avec les différentes saveurs). L'appréciation d'une odeur, d'un parfum, ou d'un fumet se base sur l'apprentissage et les expériences personnelles vécues.

Kant qualifie l'odorat de goût à distance. Mais contrairement au goût qui est maîtrisé par l'action de porter ou non un aliment à sa bouche, l'odorat est involontaire et subi.

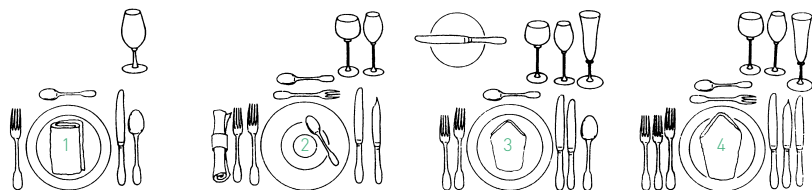
« [...] ils ne pouvaient se soustraire à l'odeur. Car l'odeur était sœur de respiration. Elle pénétrait dans les hommes en même temps que celle-ci ; ils ne pouvaient se défendre d'elle, s'ils voulaient vivre. Et l'odeur pénétrait directement en eux jusqu'à leur cœur, et elle y décidait catégoriquement de l'inclination et du mépris, du dégoût et du désir, de l'amour et de la haine. Qui maîtrisait les odeurs maîtrisait le cœur des hommes. »²

Le lien entre goût et odeur est très étroit, des jeux pour enfants tentent même d'éduquer aux aliments et aux épices par l'odorat comme Le Loto des Odeurs, La Route des Epices... Lorsque goût et odorat sont associés durant la consommation d'un aliment ou d'une boisson, on parle de flaveur. Le terme « flaveur » est issu de l'anglais « flavor » qui désigne l'ensemble des perceptions gustatives et olfactives perçues par le mangeur. La flaveur, qui réunit tous les sens nécessités lors de la dégustation, englobe également la sensation du toucher lors de la découverte de la texture d'un mets.

2.5 Le toucher : magnifier le geste

À table, le toucher ne se limite pas à la sensation en bouche. Lors du repas, nous sommes en contact avec de nombreux « outils », contenants, couverts ou ustensiles qui déterminent un type de dégustation. Depuis la fin du XVIII^e siècle, l'utilisation de la fourchette a profondément modifié notre rapport à la nourriture. Ramenée d'Italie par Henri III, elle lui permettait de manger plus proprement et de ne plus salir sa « fraise ». Si son usage a mis plus d'un siècle à s'imposer, bien manier ses couverts est aujourd'hui signe de bonne éducation. Au fil des siècles, le mangeur Européen a hérité d'un grand nombre de normes, d'usages et de codes à respecter lors du repas parfois très

sophistiqués. Aujourd'hui peu utilisés au quotidien, ils étaient d'antan incontournables dans certains contextes et caractéristiques d'un statut social.



A contrario, il se développe actuellement de nombreuses manières de manger. Elles nous viennent d'usages culturels différents ou de comportements modernes liés à nos rythmes de vie (repas nomade et/ou rapide). Un hamburger se mange avec les mains, des sushis à la baguette... Quoi qu'il en soit les couverts sont donc toujours en lien avec l'aliment consommé, et sont constamment dictés par la culture et l'ergonomie.

Récemment, le docteur Linda Benattar, gériatre à la maison de retraite Saint Remy à Saint Rémy les Chevreuse [78] et directrice médicale du groupe ORPEA, a mené un projet visant à encourager l'autonomie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer lors du repas. En leur permettant de manger avec les doigts et en éliminant les manières de table, les malades retrouvent le contact tactile avec les aliments et développent une approche du repas plus instinctive permettant ainsi de mieux manger et de reprendre du poids. Si cette expérience du « Goût au bout des doigts » semble bien fonctionner avec les malades atteints d'Alzheimer, [maladie pour laquelle il n'existe pour l'instant aucun traitement] ce n'est pas envisageable à l'hôpital. En effet, le repas doit garder son rôle civilisateur qui aide à penser la vie après la maladie et valorise les patients. Si parfois ceux-ci perdent l'envie ou le plaisir de manger selon les règles de tables, il est important de les encourager à continuer à se comporter comme des êtres sociaux : pour l'image qu'ils ont d'eux-mêmes mais également pour faciliter leur retour à la vie quotidienne.

Cependant l'aspect tactile lié au repas, s'il a souvent été exploité en bouche (la cuisine moléculaire avec la sphérification par exemple) et avec les doigts (avec le design culinaire), le toucher du bout des lèvres n'a à ma connaissance pas encore été exploité. Il peut pourtant transmettre la nature d'un aliment s'il n'est plus reconnaissable dans sa forme (texture mixé, haché, ou liquide des soupes) car lors du repas, nous portons à notre bouche soit les contenants (bol, tasse...) soit les couverts. Ainsi, cela pourrait inviter à une véritable sensualité de la consommation alimentaire.

NEUFERT Ernst et Peter,
Architects' Data,
Third Edition, Blackwell Science,
p. 255

- 1 : Soupe, plat de viande, dessert, boisson.
- 2 : Soupe, poisson et viande, dessert, vin blanc et vin rouge.
- 3 : Soupe, poisson et viande, crème glacée, vin blanc et rouge, vin pétillant.
- 4 : Entrée, poisson et viande, dessert, vin blanc et rouge, vin pétillant.



ULIAN Paolo,
Finger Biscuit,
2004

2.6 Design sensoriel ?



GIOVANNONI Stefano,
Mary Biscuit,
Alessi,
1995

Si le design sensoriel a souvent été utilisé comme un outil marketing en permettant d'augmenter la qualité perçue du produit, il s'intéresse aux perceptions que procure l'objet et au ressenti du consommateur face à celui-ci. À l'hôpital, le design sensoriel pourrait permettre de pallier la difficulté que représente l'environnement hospitalier lors du repas, actuellement trop axé sur l'hygiène et la praticité de production et de transport... Le design sensoriel pourrait alors permettre la valorisation des différents aspects du repas par des stimuli sensoriels grâce à des outils subtils (le silence pouvant être par exemple une valorisation des perceptions auditives). Le message et l'imaginaire provoqués par les sens deviennent alors plus importants que la perception en tant que telle, comme on peut le voir avec la boîte à gâteaux *Mary Biscuit* de Stefano Giovannoni éditée par Alessi en 1995. Au-delà du design discutable de la boîte, elle met en corrélation l'aliment et le sens qu'on lui donne. L'odeur incluse au plastique renvoie au souvenir des boîtes à gâteaux des grands-mères.



ROTHHAHN Julie,
Colère,
pièce de la série *Morceau*
2010
<http://www.juliehnh.com>

En 2010, Julie Rothhahn en collaboration avec la platiniste Raphaëlle Latini et le lycée hôtelier la Closerie de Saint-Quay-Portrieu crée les gâteaux *Morceau* composés de vinyles en chocolat. Le chocolat s'écoute et la bande son devient « une carte d'identité sonore liée à l'émotion et au process de fabrication du gâteau »¹. L'émotion du goût du gâteau est retranscrite par le son, on pourrait alors parler d'une recherche sur le son du goût où les sens viennent se substituer ou s'enrichir mutuellement. Les autres sens que le goût peuvent alors activement participer à mettre l'eau à la bouche.

3

VERS LE PLAISIR DU REPAS, DU SOIN SENSORIEL AU SOIN HÉDONISTE

Philosophie et sciences humaines

¹ BRILLAT-SAVARIN A.,
Physiologie du goût,
édition Flammarion, Paris, 1982,
aphorisme p.19

« Le plaisir de la table est de tous les âges, de toutes les conditions, de tous les pays, de tous les jours ; il peut s'associer à tous les autres plaisirs, et reste le dernier pour nous consoler de leur perte. »

3.1 Les origines du plaisir alimentaire

Le plaisir se caractérise par un état affectif provoqué par la satisfaction d'un besoin, d'un désir ou d'une envie, et définit un sentiment ou une sensation agréable². Selon Jean-Noël DUMONT³, il existe deux plaisirs distincts : le plaisir qui répond à un manque (soit un besoin naturel) et le plaisir découvert qui ne correspond pas à un manque biologique. Ce dernier peut entraîner une dépendance. En ce qui concerne l'alimentation, malgré le fait que notre alimentation se détache parfois du besoin vital, elle n'en est pas moins un besoin naturel. Nous ne sommes donc pas des « toxicomanes » guidés par la nécessité du plaisir, la consommation des aliments est maîtrisée et libre de choix personnel. Comme le souligne la morale populaire, nous mangeons pour vivre et non l'inverse.

On associe très souvent le plaisir alimentaire à une valeur qualitative du met, mais il n'en a pas toujours été ainsi. En effet, durant des siècles, le plaisir de manger était en France essentiellement d'ordre quantitatif.⁴ La quantité de nourritures présente aux repas a alors une importante valeur culturelle et sociale. On distingue ainsi les « Gros », les riches et les élites qui profitent d'une abondance quotidienne, des « Maigres », les pauvres, qui sont contraints d'attendre des occasions comme les fêtes de village, ou les mariages pour dresser les banquets.

C'est au XVIII^e siècle, que le repas des élites se raffine et que le plaisir alimentaire gagne sa valeur qualitative. La transformation du service des repas va également bouleverser la manière d'apprécier un repas. Contrairement au service dit « à la française » qui était d'usage depuis le Moyen-âge, les plats sont dès lors servis les uns après les autres à table à des convives assis. Les commensaux ne font plus leur choix eux-mêmes en fonction de l'apparence des plats. Le goût va alors s'imposer face au visuel jusque là prépondérant. Avec ce qu'on appelle « La nouvelle cuisine », apparaissent la salle à manger. Les couverts et

² Dictionnaire Hachette, 1991

³ DUMONT Jean-Noël,
« Le plaisir,
expérience cruciale »,
Colloque de l'Institut Français
pour la Nutrition, « Le plaisir
: ami ou ennemi de notre
Alimentation? », 12 décembre
2006

⁴ DROUARD Alain, « Pour une
histoire des plaisirs de la table »,
Colloque de l'Institut Français
pour la Nutrition,
« Le plaisir : ami ou ennemi
de notre Alimentation? », 12
décembre 2006

Héritage et tendance de la
cuisine française
[http://ja6.free.fr/chapitres/
heritage.htm](http://ja6.free.fr/chapitres/heritage.htm)

services de table trouvent leurs formes définitives. Après la révolution, les grands cuisiniers n'ont plus de nobles têtes à nourrir, s'ouvrent alors les premiers restaurants parisiens.

Au XIX^e va naître la gastronomie française, la littérature gourmande va également se répandre avec l'œuvre *Physiologie du goût* du gourmet BRILLAT-SAVARIN (1828) qui prône le plaisir dans la consommation de mets.

Ce siècle, souvent qualifié de « l'Âge d'or de la gastronomie française », va mettre en place les bases de la cuisine française et les grands classiques qui ont donné à la France, sa renommée gastronomique internationale. A la fin du siècle, le plaisir alimentaire gagne les autres rangs de la société, les bons produits se démocratisent. Les classes privilégiées sont imitées, on copie leurs savoir-faire, et leur raffinement culinaire ainsi que leurs rituels de table.

3.2 Les droits du plaisir

a. Le plaisir a-t-il été condamné ?

Si la mythologie grecque et romaine a offert un grand nombre de divinités du plaisir, parmi lesquels Dionysos (ou Bacchus, dieu du vin et des excès), Aphrodite (ou Vénus, déesse de l'amour), ou encore Cupidon (dieu du désir), les religions monothéistes ont quant à elles réprimandé la course hédoniste (essentiellement dans le 1^{er} testament). Primant le lien spirituel contre le lien charnel, le plaisir est toléré mais pas encouragé. C'est surtout l'excès qui est à combattre. La gourmandise, l'un des 7 péchés capitaux dans la religion chrétienne, distingue plus la glotonnerie que la gourmandise telle que nous l'entendons aujourd'hui. C'est d'ailleurs ce que prônait Epicure (Vers 306 av JC), à la recherche d'un bonheur et d'une sérénité de l'esprit, il valorise les plaisirs naturels tout en dénonçant les plaisirs non nécessaires. Il trouvait dans l'eau et le pain, tout ce qui pouvait répondre à son plaisir. Le plaisir alimentaire n'est donc pas synonyme d'excès et peut très bien s'accorder avec la frugalité d'un repas quotidien. Santé et plaisir ne sont donc pas indissociables !

Au XIX^e siècle, les progrès menés par la science et la médecine nutritive apportent de nouvelles connaissances sur la constitution des aliments. Ceux-ci vont alors être définis par une composition chimique et un nombre de calories. On passe alors de l'alimentation plaisir à l'alimentation bonne pour le corps. On parle de rations et de standard, ainsi une femme nécessitera un repas de 1800 Kcalories si elle fait moins d'une demi heure d'activité par jour contre 2800 si cette activité dure plus d'une heure. Un homme quant à lui, peut avoir besoin de 2100 Kcalories à 3500 Kcalories. Il est évident que cette standardisation des besoins et de la consommation alimentaire évacue toute sensualité dans l'acte de manger. Le plaisir devient ennemi de la table car ennemi de la bonne image corporelle. Mais le plaisir est-il mesurable ? C'est ce que l'on peut se demander avec une norme AFNOR de tests hédoniques, qui a vu le jour en 2000 et qui a pour but de faire évaluer le plaisir de différents produits par des consommateurs.

b. Le plaisir exalté

« Manger est aussi un acte de désir, désir de vivre, désir du monde, désir des autres, un acte nécessaire pour vivre, soutenu par le plaisir : le premier et le dernier qui reste à l'homme, lorsque tous les autres ont disparu », écrivait le célèbre gastronome BRILLAT-SAVARIN. Si les désirs et les envies rentrent en jeu lors de la consommation des aliments, la gourmandise est alors un moyen de faire de la contrainte nutritive, un moment de plaisir.

La gourmandise, est un attrait pour la consommation alimentaire mais elle se distingue du besoin naturel de se nourrir, la faim, pour côtoyer l'envie. En ce sens, ce n'est pas une pathologie (comme la boulimie). Au XIX^{ème} siècle, le mot gourmandise, significatif jusqu'alors de goinfrerie s'en distingue et va être, *a contrario*, appréciée comme une qualité. De sa première définition signifiant « mangeant plus que de raison », A. BRILLAT-SAVARIN en fait un geste d'élégance et de raffinement qui permet d'apprécier la bonne chair, une passion raisonnée pour tous les aliments qui flattent le sens du goût. La gourmandise brise le rapport routinier que l'homme entretient avec les aliments, car si les besoins nutritifs sont (plus ou moins) les mêmes chaque jours, les envies se renouvellent et évoluent. La gourmandise nous rend curieux, et nous pousse à découvrir d'autres cuisines et aliments, de goûter, de comparer et d'étayer notre jugement. Ainsi le plaisir gourmand se détache clairement d'une voracité sauvage.

JJ BOUTAUD¹ distingue quatre typologies de « bons » mangeurs. Ainsi le gourmand et le gourmet font leur choix alimentaire selon la qualité des mets, ils agissent avec discernement mais le gourmand reste plus avide et moins raffiné que le gourmet. Le goinfre et le glouton limitent quant à eux le repas à une fonction « ingestive » et quantitative. Mais le glouton malgré son avidité n'est point vulgaire. Cela distingue quatre comportements alimentaires différents qui montrent les différentes relations entre l'homme et sa manière de manger. Le niveau d'exigences du mangeur va caractériser son plaisir et ses sensibilités sensorielles. J.P. CORBEAU² parle de « goût jubilatoire » qui rend actif le mangeur dans sa relation à l'aliment. Manger, incorporer, est différent d'avaler.

Charles FOURIER (1772-1837), revendique une société utopique où les hommes ne seraient pas contraints par un travail supprime, mais choisiraient de travailler par passion et intérêt pour un domaine. Ainsi il imagine un phalanstère, architecture communautaire où les personnes seraient regroupées par affinités. Par manque de moyens, Il ne mettra jamais en application son phalanstère même si plusieurs tentatives d'architecture communautaire ont vu le jour après sa mort comme le Familistère de GODIN. Charles FOURIER condamne la morale qui va à l'encontre des passions et du plaisir. Grand gourmand, il tenta de dé-diaboliser le sucre, essentiel à l'activité cérébrale. Dans son régime utopique, « La gourmandise est source de sagesse, de lumière et d'accords sociaux ». Il prône le plaisir comme médecine de cœur et de goût, et fait de la médecine alimentaire, la cause de la morosité de la société et de la dégradation de la santé publique. Utopiste du plaisir, il mêle bonheur et santé, en regrettant que la médecine s'oppose au plaisir alimentaire et le réprime. « On a vu des cures opérées par des

¹BOUTAUD J.J., *Le sens gourmand, de la commensalité- du goût- des aliments*, édition J.P. Rocher, troisième partie : des aliments

²CORBEAU J.P., conférence «Nourrir de plaisir» du 3 décembre 2008

¹FOURIER Charles, *Le Nouveau Monde Industriel et Sociétaire*, 1829, 10^e Notice, « Etude en mécanique des passions », édition Flammarion, 1973 p. 398-399.

²Brillat-Savarin A., *Physiologie du goût*, édition Flammarion, Paris, 1982, aphorisme p.19

³POULAIN J.P., *Manger aujourd'hui. Attitudes, normes et pratiques*, éditions Privat, Paris, 2002, Chapitre 1 Les modèles alimentaires

⁴BOURRE J.M., *La diététique du cerveau, de l'intelligence et du plaisir*, édition France Loisirs, 1990, p.108

confitures, des raisins, des pommes reinettes, de bons vins ; j'ai vu une fièvre coupée et dissipée par un petit verre de vieille eau-de-vie. Le peuple a contre le rhume un remède agréable, une bouteille de vin vieux, chaud et sucré, et le sommeil à la suite. »¹

3.3 Les bienfaits du plaisir

a. Le plaisir, motivation et récompense

« Le créateur, en obligeant l'homme à manger pour vivre, l'y invite par l'appétit, et l'en récompense par le plaisir »². Le plaisir de la table est ici, utilisé comme motivation à l'acte de manger. On retrouve d'ailleurs cette importance du plaisir à la table de beaucoup de familles. Pour un enfant, le dessert apparaît comme l'aboutissement du repas, un moment tant attendu. Les parents s'en servent souvent comme récompense d'un repas bien mangé. Le plaisir du dessert se mérite. Ce type de comportement peut influencer les goûts et les aversions de l'enfant, puisqu'il identifie l'aliment-récompense comme bon et l'aliment qui nécessite une récompense comme mauvais. Or, le plaisir du repas ne doit pas être défini par un élément du repas mais comme une appréciation personnelle de l'ensemble des mets.

D'après Jean-Pierre Poulain³, le plaisir, en France, est même la première finalité consciente de l'alimentation.

b. Le plaisir, soin nécessaire

Tous les animaux ressentent du plaisir. Il est lié à l'activité cérébrale de l'hypothalamus. Cependant l'homme est le seul à posséder un cortex qui permet le rêve, l'amour, et le fantasme propre à chacun. « L'homme [...] ne voit pas une proie ou un danger, mais admire un paysage le long de la Vézère, ou un tableau de Jan Vermeer, il ne flaire pas la présence d'un partenaire ou d'un prédateur, mais hume le fumet d'un repas [...] ou l'exquise senteur d'un parfum. Il n'entend pas des bruits inquiétants ou attirants, mais écoute avec un ravissement tout personnel la symphonie pathétique de Piotr Ilitch Tchaïkovski. »⁴. Les plaisirs provoqués par nos perceptions sensorielles donnent sens à notre existence. Ils font de nous un être humain et un individu unique aux appréciations personnelles.

À l'hôpital, le plaisir est encore plus nécessaire qu'à l'extérieur. La maladie, parce qu'elle bouleverse le rythme de la vie et nous effraye par la fragilité de notre existence, permet de voir ce qui est vraiment essentiel, de relativiser. Les liens familiaux se resserrent et les choses simples reprennent de l'importance. Le plaisir de la table en fait partie. L'alimentation est parfois maltraitée dans la vie quotidienne, mais les patients prennent conscience de l'importance d'un bon repas lorsqu'ils sont hospitalisés. En outre, manger est le signe que le patient est en vie, et que son combat continue.

Donner du plaisir au patient lors des repas, c'est lui donner le goût de manger mais aussi de vivre. Lorsque l'hôpital, grâce au repas, réintroduit le plaisir, il réintroduit une part d'humanité qu'aucune technologie ou traitement médical ne peut apporter.

3.4 La transgression à table

Transgresser nous vient du latin *transgressio*, « passer de l'autre côté », « traverser », « dépasser une limite ». La transgression, parce qu'elle naît d'une envie personnelle permet, par l'infraction, de retrouver un peu de liberté amputée par une règle, une loi, ou un ordre. Les interdits créent le cadre de nos civilisations et permettent à l'être humain de contrôler ses pulsions au profit de sa conscience et de sa raison. Mais l'être humain entre nature et culture, se plaît à enfreindre les règles sociétales car l'interdit provoque le désir (plus ou moins assumé) de transgresser et d'aller à l'encontre d'une autorité établie.

Le mythe de la Genèse, naissance de l'humanité, illustre le penchant naturel de l'homme à transgresser. En croquant le fruit défendu, la métaphore du péché originel s'illustre par une transgression alimentaire. Manger en tant qu'acte social, nous arrache à la nature par les normes et les règles établies au fil des siècles. La table, est par excellence le lieu des interdits ; on ne met pas ses coudes sur la table, on ne joue pas à table, on ne mange pas debout, on ne se lève pas avant d'avoir fini... et plus les interdits sont riches, plus le plaisir de les transgresser est grand.

Si les artistes contemporains ont basé leurs œuvres sur le dépassement, et donc la transgression des règles établies par l'art classique et moderne, les designers et artistes culinaires s'amuse à réinterroger les manières de table, les tabous culinaires et les normes sociales et morales du bien-manger. La transgression devient alors un outil pour interroger le bien fondé de nos normes et modèles alimentaires en permettant de manger autrement. La transgression peut s'établir sur des règles morales, comme le montre le travail du studio de design culinaire Bouchées Doubles avec les chocolats empreints d'érotisme « Mangez-moi ». Le travail d'Ioli Sifakaki et son « Dîner de Tantale » questionne quant à lui, notre héritage culturel et nos modèles mythiques, tandis que Charlotte Brocard permet des repas « en-jouer » qui font table rase des interdits de la table instaurés par le modèle social.

En quoi ces trois types de consommation alimentaire, en questionnant notre relation au repas par la transgression, enrichissent les règles usuelles ?

a. Le repas sensuel

Manger, c'est nourrir notre corps et notre esprit de ressentis et d'émotions. Par la consommation de mets, nous acceptons en notre corps des aliments, qui deviendront nôtres. La consommation alimentaire est souvent mise en parallèle avec la sexualité. Peut être parce que ce sont toutes deux des besoins qui, une fois comblés permettent la survie de l'espèce, mais surtout parce que ces besoins, suscitent des appétits agréables à rassasier. Avec leurs chocolats *Mangez-moi*, les Bouchées Doubles composé d'Anne-Charlotte Blanchot et d'Anne-Lise Dugat, mêlent gourmandise et luxure.

Pour rendre la consommation la plus sensuelle possible, elles ont créé différents chocolats avec des moulages de parties du corps

Les Bouchées Doubles,
Mangez-Moi
2008



¹ LIÈVRE Micheline et NOUVEL Odile, Conférence dansée « Rituels de Table » dans le cadre de l'événement « Taste, une question de [bon] goût » à Metz les 27, 28, 29 janvier 2012

aux goûts et aux odeurs qui suggèrent et construisent un univers érotique. Un coin de bouche en chocolat noir et fruits rouges, un bout de nez en chocolat noir et miel de châtaignier, une paupière, en chocolat noir, fleur de sel et poivre de Sichuan, un creux de nombril en chocolat noir au piment et poivre rouge, et enfin, un petit téton au chocolat noir et parfum de fleur. Tous les sens sont sollicités, et l'imagination érotique n'est pas en reste. En associant, goûts, odeurs et évocations, le plaisir à la dégustation des chocolats est multiplié. Par la taille des chocolats, les petits palets ne montrent que quelques petits détails du corps, les chocolats servent la sensualité. Le chocolat retrouve sa symbolique aphrodisiaque que lui avaient attribué les XVII^e et XVIII^e siècles. L'érotisme qui se mange, puise d'ailleurs ses origines dans l'histoire des arts de la table. Suivant les époques, chastes ou libertines, les détails ou motifs sont plus ou moins discrets. Il n'est pas rare de voir des boutons de couvercles à soupières en forme de pommes de pain symbolisant Bacchus ou de poignées en forme d'huitre, métaphore du sexe féminin.¹ L'une des plus assumée, est la « jatte téton » réalisée par Jean-Jacques Lagrenée en 1787. Selon la légende, Marie-Antoinette aurait prêté son sein pour le moulage du bol destiné à la laiterie que Louis XVI offrit à la reine, connue pour sa frivolité. La forme est ici très explicite. Le sein blanc en suspend est dénué de motif. Il s'oppose radicalement au support coloré tripode à têtes de béliers. Ce bol-sein mêle également l'image érotique de la « reine des plaisirs » et l'image nourricière du sein maternel jouant la dualité de l'acte de se nourrir, entre besoin et plaisir.

LAGRENÉE Jean-Jacques,
Jatte téton
1787



b. Modèles mythiques et tabous culturels

Avec sa performance « Tantalus Dinner » (en 2010), l'artiste grec Ioli Sifakaki mélange deux mythes, le mythe de Tantale qui donna son propre fils à manger aux dieux de l'Olympe, et le scénario inverse de la Cène : le sacrifice du fils de Dieu pour sauver les hommes. Ici l'artiste est dévoré symboliquement par ses 12 « disciples ». En effet, Ioli Sifakaki a auparavant réalisé des moulages de son corps en porcelaine blanche qu'il a ensuite disposés sur une table où l'on peut voir les dessins d'un corps en morceaux. Chaque zone dessinée correspond à un plat et une partie du corps tel un immense puzzle. L'artiste a choisi une sélection d'aliments rouges : fruits, légumes, plats en sauce, et les convives mangent sans couvert, rendant la scène sanguinolente. Mangeant à même le plat, ils peuvent sentir la « chair de poule » de l'artiste moulé. Ce repas illustre alors les derniers dires du christ « Prenez, mangez, ceci est mon corps » par une mise en scène cannibale. Le christianisme qui a réprouvé l'anthropophagie (car la chair humaine, à l'image du créateur, est sacrée) a instauré la théophagie avec l'hostie de la communion. Avec le cannibalisme, l'artiste interroge les différences culturelles du repas. En effet, si cet acte est considéré comme un acte de folie par les occidentaux (uniquement pratiqué lors des famines), il a représenté un rituel habituel dans nombre de tribus amérindiennes et africaines. D'autres artistes se sont intéressés à l'anthropophagie parmi lesquels, Daniel Spoerri avec son « Diner Cannibale » érigé en 1970 en collaboration avec les sculpteurs Claude et François-Xavier Lalanne. Là encore, la chair humaine est simulée et à consommer. On peut y lire comme une symbolique du don de soi (de l'artiste ou du cuisinier) aux convives à travers le partage de son corps comme l'avait fait le christ¹. La transgression de l'ordre culturel se fait au profit d'une convivialité. Celle-ci se construit autour d'un « corps commun » tout en communiquant l'héritage des mythes antiques aux religions monothéistes.

c. « On ne joue pas avec la nourriture »

Si enfants nous avons tous fait des volcans avec la purée et la sauce, le repas reste traditionnellement le lieu éducatif où l'on apprend « à se tenir » en société.

Charlotte Brocard avec ses projets « On ne joue pas à table » prend à contre pied les manières de table et fait du repas son terrain de jeu. Pour ce faire, elle a conçu de nombreux outils dont des couverts extra longs, courbés, à doubles extrémités, des gants qui soudent entre eux les voisins de table, des verres siamois qui obligent à prêter attention à leurs contenus, des tabliers pour plusieurs permettant de s'unir pour cuisiner... En transformant nos ergonomies de tables habituelles, elle change le point de vue des commensaux. Malhabiles, ils se retrouvent dans des situations improbables, tels des mangeurs « débutants », favorisant ainsi les échanges et la convivialité. Durant ces repas-performances, Charlotte Brocard invente une nouvelle nécessité : il faut jouer pour pouvoir manger et inversement. Le besoin viscéral du repas redevient alors une nécessité sociale où il faut s'entraider pour

SIFAKAKI Ioli,
« Tantalus Dinner »,
performance,
2010





BROCARD Charlotte
« On ne joue pas à table »
Depuis 2008



¹ *L'appétit vient en mangeant, Histoire de l'alimentation à l'hôpital XVe-XXe siècles*, Paris, Doin Editeurs, 1997, Catalogue du Musée de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

pouvoir manger. Ainsi, elle réactualise le repas en tant que moment d'échange et rompt avec le caractère éducatif et restrictif de la table. Les règles du jeu deviennent les règles de table pour le temps d'un repas. Les codes sont court-circuités pour surprendre et créer du lien.

A travers l'érotisme, le cannibalisme ou les manières de tables bafouées, les trois artistes ou designers ont surtout mis en œuvre différents moyens transgressifs permettant de faire du repas un moment de plaisir, de réapprécier le contenu des assiettes, et de réinventer la convivialité et le partage à table. La transgression est importante voire indispensable lorsqu'elle garde son caractère occasionnel et maîtrisé. En ce qui concerne les repas à l'hôpital, la transgression a toujours existé. Elle trouve ses origines à la naissance de l'hôpital ; des archives datant du XVIe siècle montrent déjà un important trafic de nourriture, vols et abus pour conjurer l'austérité des rations.¹ Aujourd'hui, ce qui n'est pas aseptisé, contrôlé ou qui n'a pas scrupuleusement respecté la chaîne du froid est déjà une transgression du règlement hygiéniste. Famille et amis participent à « ces petits plus » qui viennent enrichir les repas. Le cadeau alimentaire permet au patient de se rapprocher des ses habitudes et de ses rituels. L'entourage est souvent complice de ces transgressions qui permettent de marquer l'unité du groupe. La désobéissance, telle une soupape, permet d'échapper momentanément au cadre de l'hôpital ; le patient s'autorise le plaisir et favorise sa reconstruction identitaire. De plus, depuis les années 50, les cuisines diététiques ont vu le jour. Leur but était d'adapter au mieux les repas aux patients, en répondant à des besoins spécifiques. Aujourd'hui, la cuisine diététique intégrée à la cuisine centrale des hôpitaux peut proposer également des aliments plaisirs, essentiellement pour les patients dénutris ou les enfants (comme le Nutella par exemple). Le caractère occasionnel de ces « plus » alimentaires, à forte connotation de privilège, est un soin personnalisé. Ainsi, en tentant de combler les envies des patients, le plaisir « officialisé » permet d'aider à la guérison, et de reprendre goût au repas en encourageant la gourmandise.



LE REPAS À L'HÔPITAL

1

LA RESTAURATION HOSPITALIÈRE AUJOURD'HUI

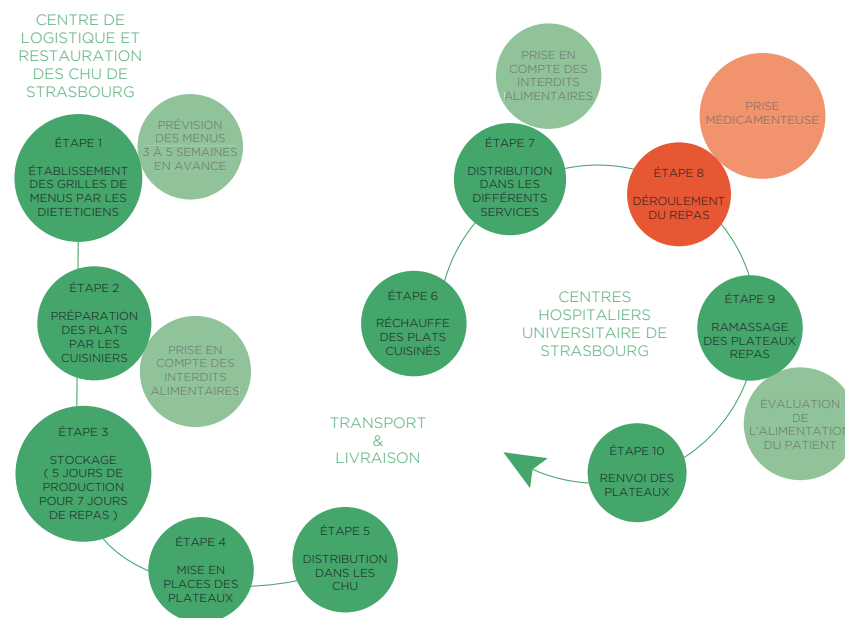
Le repas à l'hôpital a un statut complexe, entre soin médical, intendance, tâche domestique, restauration, il n'est pas estimé à sa juste valeur. Si les patients d'un hôpital placent dans les derniers rangs l'importance du repas lors d'une hospitalisation, c'est pourtant le service qui est le plus souvent critiqué à leur sortie.

Cela est dû en partie à la complexité de l'hôpital. Aujourd'hui, le repas reste ainsi l'une des rares choses que le patient connaît et est donc capable de juger. Il est également empreint d'une mauvaise réputation tenace parfois même entretenue par l'équipe médicale.

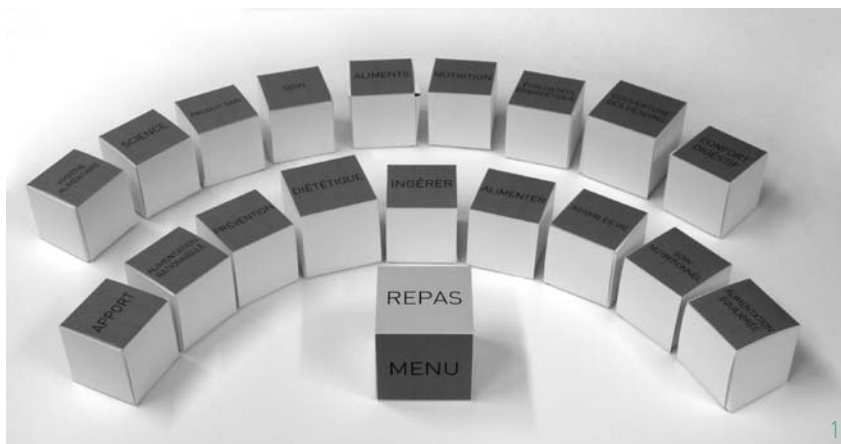
Ensuite, la restauration hospitalière rencontre grands nombres de difficultés. Ses acteurs sont multiples, les besoins et attentes des patients tous différents et spécifiques à leurs états de santé... Elle doit également combiner un système de restauration qui s'établit sur le long terme (commande, livraison, préparation...) avec une population de patients qui peut varier très vite et à toute heure de la journée (nouvelles hospitalisation, changement de services, nouveaux régimes alimentaires...).

1.1 Ses acteurs

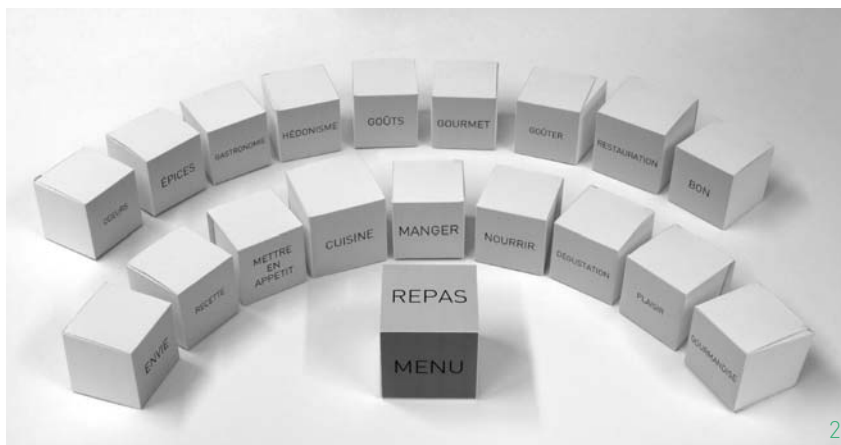
Du choix des menus, de la production, au transport et à la distribution, la restauration hospitalière est sous la responsabilité d'un grand nombre de personnes et fait intervenir toutes les professions. Les diététiciens et les cuisiniers sont chargés de la production, les aides soignants sont en contact avec les patients et peuvent les aider à manger ou les installer pour le repas, les agents de maîtrise (responsable de la logistique et de l'hôtellerie) gèrent l'équipement et les besoins des ASHQ, agents de service hospitaliers qualifiés, qui sont quant à eux, chargés de la distribution. Le sourire des ASHQ accompagné d'un « bon appétit » est par exemple aussi important que la qualité gustative ou du soin qui a été apporté au transport. La restauration hospitalière ne se limite donc pas au plateau mais englobe le temps, la bonne volonté et le professionnalisme de tous les acteurs afin de pouvoir offrir non seulement un repas mais également un service de restauration. En effet, si un des maillons de la chaîne est endommagé, le repas et ses conditions en pâtissent directement. Il est donc également important de valoriser le temps accordé à la distribution des repas et à la mise en condition des patients.



Lors de la préparation des repas, diététiciens et cuisiniers sont les acteurs majeurs. Même si les deux corps de métiers savent prendre les contradictions avec humour, ils peuvent être difficiles à concilier. Ces deux professions doivent sans cesse faire des compromis. Parce que l'une véhicule la cuisine, le goût, et les saveurs, et l'autre signe la présence du soin médical lors du repas, les cuisiniers ont parfois l'impression d'être forcés de réduire la qualité gustative au profit de la qualité nutritionnelle (sans sel, sans oignons qui peuvent par exemple réduire le goût d'une viande en sauce) et les diététiciens le ressentent. Mêler médecine nutritive à la cuisine traditionnelle est d'ailleurs la particularité de la restauration hospitalière. Elle porte également une valeur éducative qui véhicule l'équilibre alimentaire et le cycle du repas recommandé par les diététiciens. Même si du côté des soignants, la nourriture se doit d'être considérée sous l'angle nutritionnel, le vocabulaire du repas reste trop médicalisé en présence du patient. Il semble alors important de replacer symboliquement le plaisir lors du repas grâce au vocabulaire employé (manger est devenu ingérer, le plaisir alimentaire s'est transformé en soin nutritionnel...etc.)

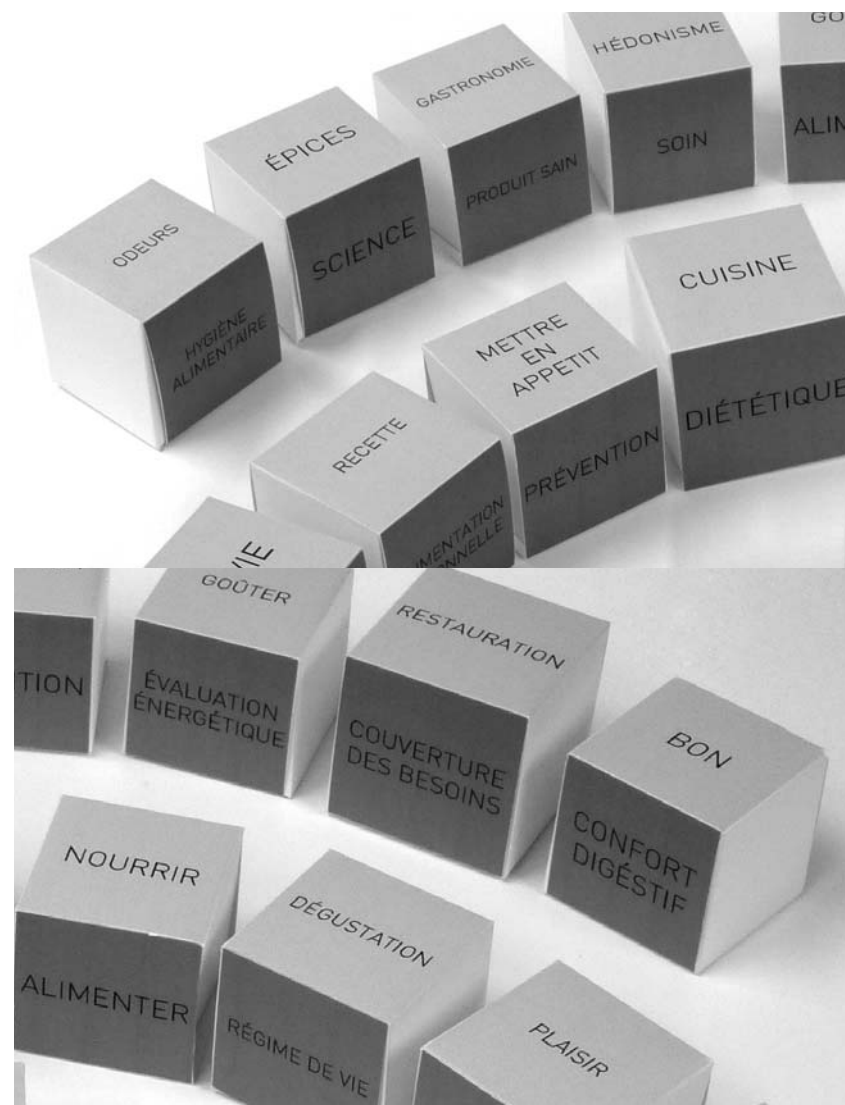


1



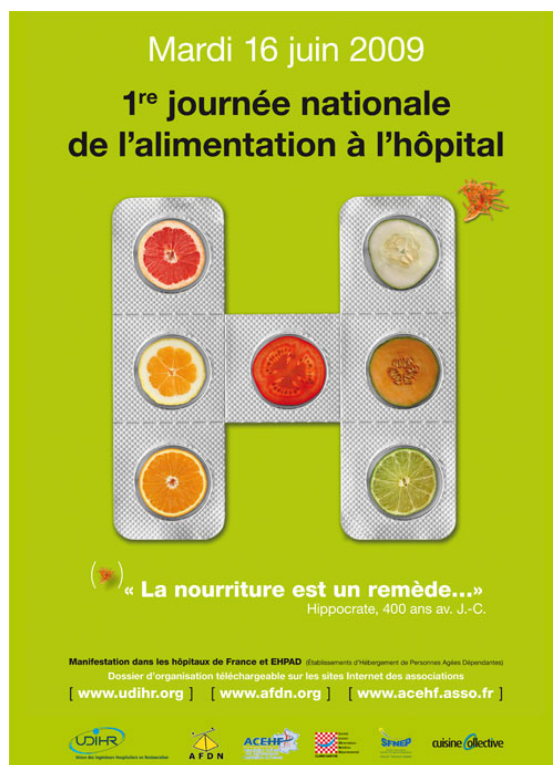
2

Diagramme évolutif,
1. Vocabulaire médical
2. Vocabulaire culinaire,
Comment créer des ponts
entre les deux disciplines pour
réinventer un vocabulaire
appétissant autour du repas?



Les liens entre repas et santé ont de manière générale tendance à être trop médicalisés. Les affiches et informations qui tentent de faire du repas un soin passent souvent, voire à chaque fois par le discours médical (le radis seringue, les légumes en plaquette...). Il est nécessaire de retrouver et de communiquer la sensualité de la consommation à l'hôpital car la métaphore des aliments en médicaments a tendance à introduire les notions de contraintes et de dégoûts ; comme l'a dit Jean Trémolières, « En réduisant le pain à des calories, le vin à une drogue, le sexuel à une hygiène, nous nions le rôle affectif de la chair et nous proclamons que notre science est suffisante pour donner un sens à la vie, nous reléguons la symbolique et le sacré au rang de vestiges barbares »¹.

¹ TRÉMOLIÈRES Jean,
Le grand livre de la nutrition,
Laffont, 1973.



1.2 Son fonctionnement aujourd'hui

La tendance actuelle est le regroupement des établissements hospitaliers. Cela est directement lié à au nouveau système de financement des hôpitaux à cause duquel les petits établissements ont du fermer au profit de grosses structures. A Strasbourg, la cuisine centrale prépare les repas pour plus de 2200 patients, qui sont ensuite distribués dans la majorité des hôpitaux strasbourgeois. Elle utilise la liaison froide qui consiste à cuire à plus de 63°C puis refroidir en moins de 2h à - 10°C. Cela permet une plus grande Date Limite de Consommation et des plats pouvant être servis dans les 3 jours, ce qui contribue à la fois à une hygiène maximale et à améliorer les conditions de travail en stoppant la production le week-end. Cependant, cette technique fait subir des chocs thermiques aux produits qui détériorent le goût des aliments. Dans d'autres CHU de France, la technique de congélation est également utilisée entre le moment de préparation et de distribution. Ces deux solutions permettent une sécurité optimale au niveau de l'hygiène. L'autre choix qui a considérablement changé l'aspect du repas, son appréhension par les patients et le travail de distribution, est le passage au contenant à usage unique. Mais quelques acteurs comme Laurent Trasrieux, (responsable de la restauration à Strasbourg), sont aujourd'hui favorables à un retour à l'assiette. Pour lui, l'usage des barquettes est l'une des causes majeures de non-appréciation du repas. L'hôpital doit également privilégier la simplicité des plats en jouant sur une carte de produits avec laquelle il est facile de séduire (les lasagnes...), en opposition à des plats à trop forte symbolique culturelle ou familiale (le gigot...).

« Si l'on veut que les patients se nourrissent, il faut qu'ils mangent. »



sans gras, ni os
produits connus et universels
ne pas concurrencer des plats indétrônables (ex: gigot)
favoriser les plats avec lesquels il est facile de satisfaire (ex: lasagne)

L. Trasrieux
Responsable de la restauration des CHU de Strasbourg

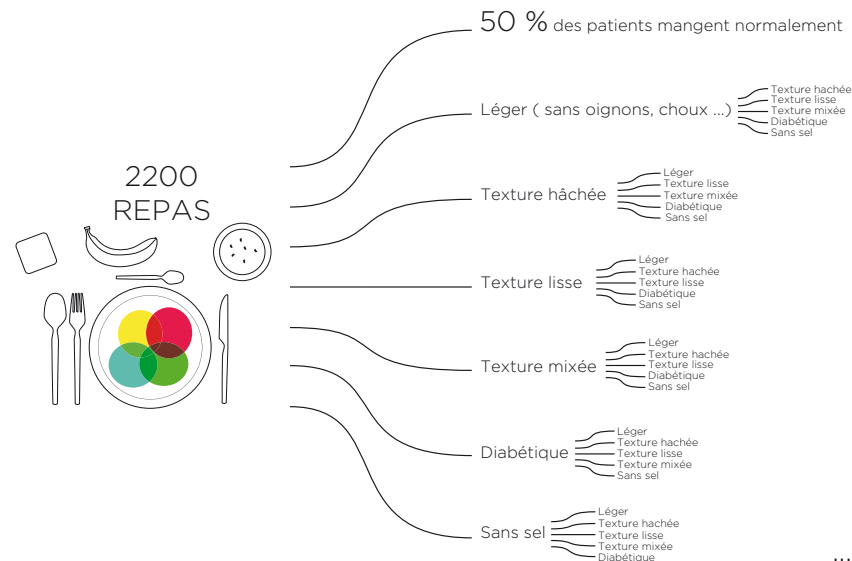
En ce qui concerne son approvisionnement en matière première, la cuisine centrale de Strasbourg divise ses commandes entre centrale d'achat et marchés régionaux. La centrale représente 70 % des achats et permet de rassembler 32 CHU pour massifier les achats

de la seringue à la boîte de conserve. Les marchés locaux, quant à eux permettent de conserver les habitudes alimentaires régionales. Cette répartition est très spécifique à Strasbourg où l'attache culturelle et le patrimoine culinaire sont importants.

Ensuite un plan alimentaire pour chaque repas est élaboré par les diététiciens en conservant les 5 composantes du repas ; un hors d'œuvre, un plat protidique, un accompagnement (féculents ou légumes), un laitage et un dessert, fixés par le GERMCN (obligations nationales). Cela correspond à une grille sur laquelle se repartissent féculents, légumes, crudités, cuites, fruits, pâtisseries et qui va permettre aux cuisiniers de composer les menus en introduisant des plats concrets sur la grille diététique. Les crudités deviennent carottes râpées, les cuites, potage...Le plan alimentaire permet de passer des nutriments aux aliments.

1.3 Une restauration à la carte de l'état de santé

Le repas hospitaliers tente aujourd'hui un compromis entre les contraintes de l'hôpital et les besoins essentiels des patients. La cuisine hospitalière derrière cette image négative de standardisation fait oublier que tous les besoins nutritionnels sont spécifiquement pris en compte.



Entretiens
avec TRASRIEUX Laurent
et COLLÉ Joséphine

Atelier
« Le goût à l'hôpital » lors de
la 4eme Journée Régionale
de Restauration et nutrition
à l'Hôpital, TRASRIEUX L.,
RINGENBACH JL. et DOTTORI F.,
responsables de la restauration
de Strasbourg, Mulhouse et
Colmar, 12 janvier 2012

*L'appétit vient en mangeant,
Histoire de l'alimentation
à l'hôpital, XVe et XXe
siècles, édition Doin, 1998,
photographies.*

Une multitude de régimes et de menus sont ainsi élaborés pour répondre aux besoins de chacun. Seulement 50 % des patients mangent normalement, l'hôpital doit donc composer les menus en s'adaptant à plus de 70 régimes différents. Les non-goûts de chaque personne sont répertoriés lors de l'arrivée dans un service. Cette individualisation rend impossible la présentation des menus avant les repas. Cependant, dans certains établissements, un pad est utilisé pour faire choisir le menu au patient la veille, si cela nécessite du personnel disponible, le pad permet de lier les besoins aux demandes des patients et d'ouvrir le dialogue sur la cause des interdits alimentaires. Le patient qui comprend pourquoi il n'a pas droit à tel ou tel aliment, est plus apte à apprécier son repas.

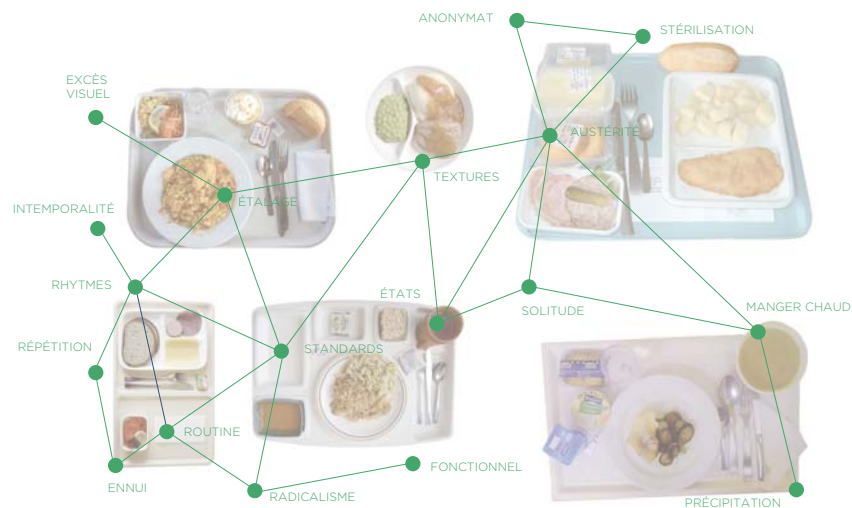
Du service à la louche à la restauration en plateau d'usage dès 1970, le repas hospitalier s'est individualisé. On ne trouve aujourd'hui que trop rarement des réfectoires où les patients autonomes peuvent venir se restaurer. La plupart des patients, bien que mobiles, mangent leur repas seuls dans leur chambre. Si peu de personnes hospitalisées ont envie de manger avec des inconnus, (l'hôpital n'étant pas le lieu idéal pour les rencontres, à l'exception peut être de la maternité), rien ne favorise une prise de repas partagée avec l'entourage familiale ou amicale. Cela pourrait réintégrer de la commensalité à l'hôpital, les liens sociaux viendraient alors nourrir l'appétit du patient et contredire les scènes de repas actuel où les visiteurs sont spectateurs des repas, créant alors une situation de déséquilibre qui n'est pas forcément agréable ni pour les mangeurs, ni pour les spectateurs.

1.4 Le repas hors de son contexte habituel

Les repas à l'hôpital transposent de nombreux codes de la restauration rapide ou nomade ; les plats tous servis en même temps, l'usage du plateau repas... Pourtant il ne correspond pas à un scénario de prise de repas rapide, au contraire, le repas n'a pas été cuisiné dans l'instant, le patient a tout son temps et est sédentaire, chose que le plateau actuel ne met pas du tout en valeur. La perte de repère et d'habitude est mise en exergue par cette forme de repas.

En avion, les plateaux repas ou encas, sont ressentis comme une sorte d'occupation qui permet de raccourcir le temps perçu du transport. Il peut être perçu comme un cadeau de la compagnie (tendance qui tend à disparaître avec le développement des compagnies low cost). La particularité du repas hospitalier, est qu'il n'est pas choisi par le patient. Celui-ci est captif, et n'a pas basé son choix d'établissement sur la qualité de la restauration¹.

Le repas ne fait pas que répondre à un besoin nutritionnel, il est aussi la métaphore de la rupture physique et symbolique avec le monde extérieur et les habitudes de chacun². L'image du bon et du sain n'est pas la même pour les patients que pour les diététiciens, même si les règles diététiques tendent à se démocratiser aujourd'hui, il existe toujours une rupture entre le savoir scientifique mis en application à l'hôpital qui évacue toute symbolique et les usages et croyances populaires. Il est important de réintégrer les dimensions symboliques qui sont aussi nécessaires que les dimensions nutritives et entretiennent l'identité de chaque mangeur.



¹ TRONCHON Paul, « Le projet « Restauration Service » une démarche qualité pour améliorer l'alimentation à l'hôpital », *L'appétit vient en mangeant ! Histoire de l'alimentation à l'hôpital XVe-XXe siècle*, éditeurs Doin, 1998

² LOUX Françoise, « Place et fonction de l'alimentation dans les représentations populaires. Le vin et le lait des vieillards », *L'appétit vient en mangeant ! Histoire de l'alimentation à l'hôpital XVe-XXe siècle*, éditeurs Doin, 1998

¹ LAUGIER Sandra et PAPERMAN Patricia (sous la direction de), *Le souci des autres, Ethique et politique du care*, édition de l'école des Hautes études en sciences Sociales, 2006

² LAUGIER Sandra, Conférence : « Le care : éthique, genre et société » http://www.canal-u.tv/themes/sciences_humaines_sociales_de_L_education_et_de_L_information/sciences_de_L_homme/psychologie/le_care_ethique_genre_et_societe

MOLINIER Pascale, LAUGIER Sandra, PAPERMAN Patricia, « Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité » sous la direction de Petite bibliothèque Payot

RAYMOND Gilles, « Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité, sous la direction de MOLINIER Pascale, LAUGIER Sandra et PAPERMAN Patricia », *Sociétés et jeunesse en difficulté*, hors série, 2010, <http://sejed.revues.org/index6658.html>

2 LE REPAS HOSPITALIER, UN SOIN ?

2.1. Est-il légitime de penser le repas comme un soin ? Philosophie et sciences humaines

De nombreuses affiches qui visent à revaloriser le repas en milieu hospitalier arborent le slogan : « l'alimentation est un soin », affirmant l'importance du repas dans le processus thérapeutique. Dès lors nous pouvons nous interroger sur ce qu'est le soin.

On limite souvent sa signification aux soins médicaux, physiques ou psychologiques, en milieu hospitalier, tels les moyens par lesquels on s'efforce de rendre la santé, alors que dans la définition du soin (Larousse) nous pouvons trouver les notions d'attention, d'application, où l'idée de soigner s'accompagne également de l'idée de « veiller sur », d'« être attentif à », et de « préserver ».

Sandra Laugier et Patricia Paperman, philosophes, dans leur ouvrage *Le souci des autres, Ethique et politique du care*¹ ont préféré conserver l'anglicisme pour parler du soin, à l'échelle de la relation entre deux individus, mais également à l'échelle de notre société. Le mot anglais « care » est plus riche encore que son équivalent français, il peut-être à la fois traduit par « soigner », « s'occuper de », « faire attention à », « prendre soin de » (*to care for*), « se soucier de », « s'intéresser à » (*to care about*) et également signifier « soins, attention, sollicitude ». Le *care* est effectivement une démarche, ou un comportement emprunt de bienveillance. Il y a dans le *care* un souci de le signifier, de le faire comprendre, mais avec tact et délicatesse, de sorte que le soin prodigué ne soit pas perçu comme une « dette » par le malade... On entre alors dans une relation de communication, celle-ci n'est plus seulement univoque, mais se transforme en attention mutuelle, car l'échange vise la réciprocité.

Le soin n'est donc pas seulement un acte objectif et médical mais invite plus littéralement à se soucier des autres, de l'autre, à être toujours concerné par autrui, et à lui prêter attention. C'est pourquoi le *care* suppose sans doute aussi la prise de conscience : le soin doit provenir d'une demande pour pouvoir entrer dans une relation d'équilibre et non pas se transformer en une relation de pouvoir (explicite ou dissimulée).

On estime que l'éthique du *care* a émergé dans les années 1980 au Etats-Unis² ; le plus souvent rattachée au mouvement féministe, elle est pourtant loin d'être une éthique réservée aux femmes, car elle vise à combattre l'inhumanité et la froideur de nos institutions et à réhabiliter dans les relations humaines la part de sensibilité singulière qui fait le propre de chacun.

La philosophie du *care*, arrivée bien plus récemment en Europe, a aujourd'hui pris une ampleur politique dans notre société (elle a été récemment prônée comme une valeur morale et sociétale, mais proprement politique au fond, par Martine Aubry) ; mais les pouvoirs publics ne sont pas les seuls à s'interroger sur l'importance du *care*, et sur les formes qu'il pourrait prendre. De plus en plus d'entreprises compétitives donnent une place particulière au *care* dans leur société. Par exemple, on peut observer que le principe des crèches d'entreprise se répand. Cela permet aux parents de concilier plus facilement leurs vies privées et activités professionnelles. En veillant au bien-être de chacun et en valorisant chaque acteur de l'entreprise, il a été montré que cela favorisait l'investissement de chacun en amenant ainsi à être plus efficace et performant. Le soin ne serait donc pas indissociable de la croissance économique. Qu'en est-il alors des établissements hospitaliers ?

L'hôpital devrait logiquement être le lieu du soin. Or, de l'hospice religieux à l'avènement de la médecine jusqu'à l'ère de la technicité, l'hôpital français a connu de nombreuses évolutions. D'un établissement pour des êtres sans ressource à un établissement pour corps mal en point, le soin de l'esprit s'est peu à peu transposé au corps.

2.2. Où trouver le soin à l'hôpital aujourd'hui ?

Au delà du soin médical, de nombreuses actions sont menées dans les hôpitaux visant à améliorer le quotidien des patients et du personnel. On trouve d'une part des associations qui apportent une aide et un soutien humain. L'une des plus connues est l'association bénévole des Blouses Roses¹ présente partout en France. Créée en 1944, elle a pour mission de distraire les malades de tout âge, du bébé à la personne âgée, par des activités ludiques, créatives ou artistiques. Le bénévole a de nombreuses missions parmi lesquels : être à l'écoute du malade pour le soutenir dans sa lutte contre la maladie, stimuler le malade en lui redonnant le goût d'être actif, développer sa créativité, rompre la solitude dont souffrent trop souvent les personnes âgées et accompagner les familles dans l'épreuve de la maladie ou de la vieillesse.

La blouse marque l'appartenance à l'équipe de « Soin » mais le rose, couleur décalée en milieu hospitalier est là pour faire oublier le « médical » et apporter un soin autrement. Si les blouses roses s'adressent essentiellement aux patients, elles permettent également de prendre le relais de l'équipe de soin et de la famille comme présence et soutien au chevet du malade.

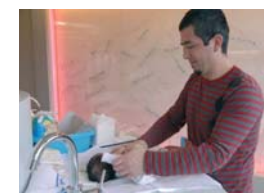
D'un autre côté certains hôpitaux, grâce à l'intégration d'acteurs culturels, permettent d'améliorer l'espace de vie et de travail de l'hôpital et particulièrement à Strasbourg. Dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital »² mené par le ministère de la Culture et par le ministère de la Santé dès 1999, Christelle Carrier et Barbara Bay, déléguées culturelles des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg ont permis la réalisation de plusieurs projets qui mêlent création contemporaine et innovation hospitalière. En organisant des

¹ Association des Blouses Roses, <http://www.lesblousesroses.asso.fr/>

² <http://www.hi-culture.fr/>

¹ ISEHAYEK Ilana et WILDY Édith, *Arbre de vie source de vie, Espace de transmission*, http://www.chru-strasbourg.fr/Hus/HTML/pdf/culture/com-mande_publique.pdf

ISEHAYEK Ilana et WILDY Édith, *Pouponnières, Maternité de Huteppierre, 2004-2008*



appels à projet (nécessaires puisque l'hôpital correspond à un marché public), elles encouragent la collaboration entre artiste et designer. Ainsi plusieurs lieux hospitaliers ont été restructurés, parmi eux, l'Unité des soins palliatifs par l'artiste Cécile Holveck et l'atelier de design Fou du Roi ; le nouvel Hôpital Civil par V8DESIGNERS et la Maternité de l'hôpital de Huteppierre par l'artiste Ilana Isehayek et Édith Wildy de l'atelier de design Fou du Roi¹.

Mené entre 2004 et 2008, ce dernier projet a eu un coût de 571 000 euros. En réponse à la commande publique du ministère de la culture et de la communication, l'artiste et la designer ont décidé de collaborer afin de repenser les différents espaces de la maternité dont les pouponnières, les salles d'allaitement et les salles à manger. En repensant l'aménagement intérieur, le mobilier et la circulation du service, elles tentent d'intégrer une dimension sensible et esthétique favorisant l'ouverture et les échanges. Elles bouleversent les codes de l'hôpital à travers l'utilisation de matériaux comme le bois ou le Corian, de l'éclairage et de la couleur. Elles restituent également le statut d'être social grâce au mobilier qui invite au dialogue comme celui en forme d'œuf éclos (destinée à la toilette et au soin des nouveaux nés) ou à l'intimiste salle à manger.

Ce projet est né de longs entretiens menés avec le personnel soignant permettant de prendre en compte à la fois les besoins du corps médical mais également ceux des parents et des nouveaux nés. L'artiste et la designer ont choisi de mettre en avant la notion de transmission très présente dans la maternité qu'elle soit une transmission de soin (du corps médical aux jeunes parents, des parents à l'enfant, et de parents à parents) ou une transmission culturelle (par la mixité des origines des mères).

Cette transmission est également symbolisée par un arbre de vie, Ilana Isehayek et Édith Wildy nomment d'ailleurs leur projet « Source de vie – Arbre de vie : Espace de transmission ». En valorisant l'échange et la convivialité au sein des lieux de soin, le projet recentre l'attention sur l'importance des liens humains et de la transmission dans les soins.

2.3. La contradiction humaniste et techniciste

Philosophie et sciences sociales

a. Naissance de l'hôpital

Le terme hôpital vient du latin *hospitalis* « d'hôte, hospitalier » et évoque à son apparition moyen-âgeuse des notions d'hospitalité et d'accueil des malades, des mourants ou des indigents. En effet, du Moyen-âge à la fin du XVIII^e siècle, l'hôpital appelé aussi hospice, apparaît dans un contexte religieux. Le soin offert s'apparente à l'acte de charité, devoir moral chrétien. Du latin *charitas* (« cherté », « affection »), et proche de *caritas* (« valeur élevée, mérite, amour et estime ») on peut le définir religieusement comme une vertu théologale pour le bien et l'amour envers Dieu et ses prochains.

Le soin par charité se traduit dans l'accueil et le repas des malades et des démunis. L'alimentation est alors le premier soin apporté mais garde une symbolique religieuse détachée de tout plaisir de consommation. Anne Nardin, conservatrice du Musée de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, insiste sur le fait que le repas est « vécu comme un don, absorbé dans la louange »¹. Le verbe « absorber » illustre parfaitement la place de l'alimentation. Il signifie à la fois ingérer (sans aucune évocation de plaisir) et s'imprégner et entretenir en soi la spiritualité du repas. Ce rapport à la nourriture instaure donc une hiérarchie dans le soin (le dissociant ainsi de la relation réciproque du *care*). Le corps religieux, en offrant le repas, induit que les personnes soignées réinvestissent leur force pour servir Dieu et « rendent grâce à Dieu ». Le soin puise toute sa symbolique généreuse dans le geste de don et de partage. Sa théâtralisation fait également du repas une cérémonie tout aussi ritualisée que l'office religieux. L'incapacité de l'époque à soigner le corps donne tout son sens au soin de l'âme grâce au don de soi-même.

b. L'appropriation de l'hôpital par les médecins

À la fin du XVIII^e siècle, grâce à l'évolution de la science et les apports du Siècle des Lumières, la médecine va considérablement évoluer. Le terme « médecine » trouve son origine dans le latin *medicus*, « qui guérit » et signifie la science et la connaissance du corps humain, le fonctionnement de celui-ci afin de préserver ou restaurer la santé d'un malade. En mêlant anatomie, physiologie, prévention et thérapie, la médecine fait du corps un outil pour soigner l'Homme, cœur de ses préoccupations. L'alimentation évacue alors toute visée spirituelle et morale religieuse pour être contrôlée par le médical. Les médecins vont traiter l'alimentation de deux manières différentes, en instaurant une action préventive : la diététique et une action thérapeutique : la diète participant à la médecine des humeurs reposant sur les principes de médecines antiques d'Hippocrate (entre 460 et 377 avant JC) revus ensuite par Galien (entre l'an 132 et 201). En s'appropriant le domaine du repas, ils dépouillent ainsi le corps religieux de son pouvoir hospitalier pour ainsi, par le repas s'approprier petit à petit tout les autres domaines du soin médical. Cependant, toute morale n'est pas évacuée

¹ NARDIN Anne, « Introduction L'hôpital face à la question de l'alimentation », *L'appétit vient en mangeant ! Histoire de l'alimentation à l'hôpital, XVe-XXe siècles*, édition Doin, 1998, p14

BILLON Jacqueline, CAZENOVES Dominique, CÉSAR D'ORNANO Anne-Marie, DUTRIPON Michèle, GARRAULT Corrinne, MAÎTRE Michèle, Marie-Christine, PUISSANT, RAOULT Odette, ARNOULD Paulette, FLAMENT Claudie et MARTIN Denise, « La diététique, bientôt 50 ans ! », *L'appétit vient en mangeant ! Histoire de l'alimentation à l'hôpital*, catalogue du Musée de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Doin Éditeurs, Paris, 1997, p. 123-138

puisque la morale religieuse laisse place à une morale sociale. La qualité du repas va s'accorder avec le niveau de vie du malade.

La fonction actuelle de l'hôpital est apparue au lendemain de la Révolution Française. Désormais, ce n'est plus un lieu d'accueil des personnes dans le besoin, mais bien un lieu de soin médical... Mais une fois que l'hôpital est aux mains des médecins, ceux-ci se désintéressent rapidement de la question alimentaire pour s'intéresser d'avantage à l'évolution de la médecine et à la recherche scientifique.

c. L'apparition de la médecine diététique

L'évolution de la science a fait des médecins de véritables techniciens du corps et de la santé. En comparaison aux « miracles » que permet d'accomplir la science, l'alimentation apparaît comme un bien faible facteur de santé.

La diététique, du grec *diatêtikos* signifiant « régime de vie » existe depuis l'antiquité, mais la science qui va s'y intéresser va apparaître aux États Unis au cours de la première Guerre Mondiale. La médecine diététique va débarquer en France en 1945 sous l'appellation de « spécialisation en alimentation rationnelle » et sera longtemps associée à une restriction sévère ou une fatalité par les patients. Mais d'un point de vue médicale, la médecine diététique aura du mal à s'imposer, apparaissant comme une médecine « molle », loin de la tangibilité techniciste, son action dépend effectivement plus de la prévention que de la guérison.

« La diététique permet aux biens portants de conserver la santé et aide ceux qui l'ont perdue à la retrouver », cette définition d'Hippocrate permet encore aujourd'hui de définir l'importance de l'alimentation. Le régime de vie que propose la médecine diététique, lorsqu'elle est suffisamment communiquée au patient, permet de valoriser l'investissement de celui-ci dans sa guérison. Mais aujourd'hui, la diététique est opérée en amont du choix du patient et les « interdits alimentaires » parfois peu compris. Améliorer la communication du soin diététique permettrait au patient de mieux prendre conscience des bienfaits de quelques privations, adoucissant certainement son jugement gustatif en accord avec les recommandations des diététiciens.

Ainsi la médecine diététique tend à faire du repas un soin, mais il est nécessaire qu'une place soit redonnée au patient afin de pouvoir ouvrir le dialogue et de faire de ce soin non seulement une médecine humaniste mais pleinement un acte de *care*.

d. L'envahissement de la technicité

Aujourd'hui l'hôpital apparaît de plus en plus comme une entreprise. Suite au « Plan Hôpital 2007 » qui vise à réduire les dépenses de la sécurité sociale et des établissements hospitaliers, (et tout particulièrement la réforme de tarification à l'activité), son fonctionnement a changé. Ce sont les recettes de l'hôpital qui définissent ses moyens et ses dépenses possibles.

Cependant, ce qui a réellement bouleversé les manières de soigner à l'hôpital remonte à l'entrée de la technicité dans la sphère

hospitalière. Les nouveaux moyens techniques, perpétuellement en progrès, prônent sans cesse leur efficacité. L'hôpital devient peu à peu une machine à combattre et soigner les maladies plus qu'un lieu de soin humaniste.

La technicité de l'hôpital amène un équipement coûteux qu'il est nécessaire de rentabiliser. Ces lourds investissements vont peu à peu accélérer le rythme de vie à l'hôpital. En effet, à l'hôpital tout va très vite, de services en services, d'examen en examen, les malades défilent car au nom de la rentabilité, le rythme s'accélère. Cependant du côté des malades, l'hôpital est un lieu de ralentissement, salle d'attentes, attentes des résultats, guérison plus ou moins longue. Cette dualité de temporalité accentue le clivage entre la technicité de l'hôpital et le soin que nécessite le malade et renforce ainsi le sentiment de passivité du patient.¹

En effet, le pouvoir de soigner amène une véritable hiérarchie au sein de l'hôpital, et ce qui peut rassurer le patient (termes médicaux comme gages de savoir faire, traitements et ordonnances comme promesses de guérison) est aussi ce qui le rend observateur de sa guérison, et par conséquent impuissant. L'alimentation est un des rares éléments de l'hospitalisation qui dépend de l'action du malade : « manger » / « se nourrir », seul moment de la journée qui lui est alors vraiment familier. Mais lorsque l'on observe le déroulement du repas et la forme du plateau-repas, on s'aperçoit qu'ils sont très cadrés dans la temporalité du soignant (horaires précis de début et de fin de repas) alors que ceux-ci devraient être inclus dans la temporalité même du soigné et, au fond lui appartenir. Car permettre de prendre le temps favorise l'appropriation, physique et mentale, du repas par le patient autant que son appréciation, faisant ainsi du repas un véritable moment de care.

L'alimentation à l'hôpital n'est pas la seule à avoir souffert du progrès technique, l'industrialisation a profondément bouleversé nos habitudes et nos pratiques alimentaires. Cela a modifié notre rapport à la nourriture et la relation à notre propre corps. Selon Claude Fischler : « Nos produits alimentaires sont de plus en plus transformés par l'industrie, donc de plus en plus loin de nous, mystérieux, étrangers, inconnus : se sont des OCNi, des Objets Comestibles Non Identifiés ». Quant à JJ Boutaud, il parle d'innovation alimentaire menant à ces « OCNi » et à des « alicaments » qui mêlent discours de santé et discours alimentaire, créant une perte de sens et de repères. Le produit laitier « Actimel » est un exemple de produit alimentaire consommé comme un médicament.

La place qui était donnée au repas comme un rite d'importance sociale et symbolique est de plus en plus relayée par un besoin vital. Ne serait-il pas judicieux de revaloriser le moment-repas à l'hôpital en faisant du lieu de soin un espace de reconstruction du malade ? En ce sens, il serait pleinement légitime, tant sur le plan éthique que sur le plan médical, de penser le repas comme un soin et ainsi par le repas, ré-humaniser le soin à l'hôpital et soigner l'homme avant le corps. On retrouve cette approche humaniste du soin chez Roxane Andrés qui a la volonté de créer une poésie du soin en prenant le contre pied du « corps-machine ». Elle tente de replacer l'homme au

¹ GRIMALDI André, *Réinventer l'hôpital public, contre l'hôpital-entreprise*, édition la discorde, Paris, 2005

NARDIN Anne, « L'hôpital face à la question de l'alimentation », *L'appétit vient en mangeant ! Histoire de l'alimentation à l'hôpital, XVe-XXe siècles*, catalogue du Musée de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Doin Editeurs, Paris, 1997, p. 11-18

BOUTAUD Jean-Jacques, *Le sens gourmand, de la commensalité du goût des aliments*, Jean-Paul Rocher, Paris, 2005, p.p. 153-165.



ANDRÉS Roxane,
«Bandes-Originals»,
Panser autrement,
2008

cœur du soin hospitalier en adoucissant l'image du milieu médical et en apportant fraîcheur et optimisme. Ces objets de soin, permettent de créer un lien entre soignant et soigné en favorisant la relation entre « être humain ». En gommant l'aspect hiérarchique du savoir faire spécialiste (voire technicien) du médecin face à la maladie du patient elle favorise, avec ses projets « Panser autrement », une relation de confiance et d'échange.

2.4 L'importance des liens humains dans la guérison

- a. Avec les médecins et les diététiciens :
Prendre soin de soi

Il est nécessaire d'aller au delà de la relation traditionnelle entre patients et soignants. Celle-ci consiste en la compétence et le savoir du personnel soignant auquel le patient donne toute sa confiance. Si les moyens techniques peuvent relayer les médecins, la part de psychologie et d'apprentissage n'est possible que par le médecin. La santé selon la définition donnée par l'organisation mondiale de la Santé dans sa constitution de 1948, définie «un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de

maladie ou d'infirmité. ». En ce qui concerne l'alimentation, la médicalisation intensive ne peut pas remplacer une politique de santé car l'on soigne les effets sans soigner les causes (par exemple : l'usage des anneaux gastriques dans des cas de boulimie.). La médecine diététique est alors porteuse de beaucoup de sens si elle agit avec les patients et non uniquement en amont au sein de la cuisine centrale. Trop peu de place est accordée à la prévention en France, à la différence de la médecine chinoise qui illustre le proverbe pourtant français « Il vaut mieux prévenir que guérir ». Ce problème est encore une fois du à la loi de Tarification à l'Activité qui ne prend pas en compte des résultats obtenus grâce à la prévention alors qu'aujourd'hui de nouveaux traitements nécessitent la participation active des patients initiés grâce à des formations spécialisés¹. Les soins apportés aux diabétiques, asthmatiques, cardiaques, greffés prennent déjà en compte le caractère éducatif de la médecine pour permettre au patient de prendre « soin » de lui. Cela signifie aussi de mettre fin à un système de soin objectif. F.Dagognet² insiste lui aussi sur l'importance de la relation entre médecins et patients qui pour lui est l'essence même de l'acte médicale. Ainsi l'équipe soignante doit prendre en compte l'identité du malade, ses habitudes, son mode de vie, son contexte social et sa manière de gérer la maladie pour pouvoir adapter le diagnostic et le soin apporté.

- b. Avec les cuisiniers :
Prendre conscience du soin qui est apporté au repas

Dans la présentation et la forme des repas, rien ne permet de deviner qui a préparé les plats. La standardisation et l'aspect industriel du plateau sont porteurs d'une forte symbolique négative. Il y a une véritable rupture entre la production et le moment du repas, certes temporelle, mais également en termes de communication, les plats sont rigoureusement étiquetés (avec le nom, la date et le régime), une fiche repas énumère les éléments du plateau. Le repas est anonyme, le vocabulaire, minimal. Or, il est très difficile de manger quelque chose dont on ne connaît pas la provenance. La grande distribution nous a également habitués à être informés sur l'origine des produits quitte à en faire un outil marketing. Certaines marques vont même jusqu'à reprendre des noms communs comme Ducros, Justin Bridou, William Saurin... pour mettre des visages, métaphore des savoir-faire, derrière tel ou tel produits. Nous avons besoin de nourrir notre repas d'un imaginaire sur le soin apporté à la préparation. Cela permet d'être rassuré mais également d'avoir quelqu'un à qui s'adresser, d'être ainsi respecté en tant que consommateur et personne sociale, en créant un lien qui permet l'échange. De plus, à l'hôpital, les cuisiniers apportent leur savoir-faire aux repas de personnes qu'ils ne rencontreront jamais et ne peuvent donc pas avoir de retour direct.

A la cuisine centrale, les plats préparés (pour un régime normal) sont quotidiennement goûtés par le qualitatif et le responsable de production. Tout les deux mois, un « Repas-qualité » est également organisé avec tous les acteurs du repas et des patients. Les plats sont réchauffés dans les mêmes conditions (c'est-à-dire dans les chariots utilisés dans les différents services) et permettent ainsi une dégustation

¹ GRIMALDI André,
Réinventer l'hôpital public,
contre l'hôpital-entreprise,
édition la discorde, Paris,
2005, p.27

² DAGOGNET François,
Pour une philosophie de la
maladie, Editions Textuel, 1995

PALUEL-MARMONT Augustin et
DE ROVIRA Michel,
créent leur marque alimentaire
en 2004



similaire aux patients (au niveau du goût). Ainsi cela permet de savoir exactement ce qui est à garder et ce qui est à corriger. La cuisine centrale de Strasbourg tente tous les jours d'améliorer le service, d'ajuster les recettes et de mieux choisir les matières premières. Ne serait-il pas agréable pour les patients des CHU de savoir que les plats sont goûtés, qu'un soin particulier est apporté au repas afin d'équilibrer les menus, d'établir les recettes, et d'améliorer le repas hospitalier ? Si le patient pouvait se sentir plus en confiance avec le repas qu'on lui propose, les acteurs de la cuisine centrale se sentiraient également valorisés par la reconnaissance de leur travail et de leur savoir-faire. La revalorisation du travail établi en cuisine et du personnel pourrait également permettre d'améliorer la dynamique de travail et l'investissement de chacun au profit de la qualité du repas.

Les produits de la marque alimentaire Michel & Augustin ont réussi ce challenge de faire du packaging un lien entre producteur et consommateur. Bien que le produit soit vendu en grande surface et préparé de manière industrielle, il communique le soin apporté à la conception des recettes et des produits. Le moindre espace de l'emballage est sollicité, pour faire rire le consommateur, l'informer, l'emmener dans un univers appétissant, l'inviter à apporter son grain de sel. Les ingrédients sont remplacés par la recette, jouant ainsi sur la symbolique des produits « fait maison ». Les packagings des nouveaux produits apparaissent comme des newsletters de la marque, (comme la recherche de nouveaux locaux ou d'emploi) dont le consommateur se surprend à lire chaque ligne. La marque fait oublier le côté industriel et mercantile (pas de réduction sur les prix, pas de lots par trois ou formats familiales) pour peindre un portrait d'une entreprise passionnée et dynamique.

3 LA RESTAURATION HOSPITALIÈRE, UN INVESTISSEMENT VIABLE ?

« Deux sous chez le boulanger rapportent plus que trois francs du médecin » ou encore « mieux vaut payer le boucher que le médecin » les proverbes montrent l'opposition qui existe depuis toujours entre l'alimentation et la médecine, et fait du repas une priorité.¹

En effet, si le point de vue économique, tel un alibi est souvent porté responsable de la difficulté de l'hôpital à convaincre dans le domaine culinaire, il n'est pourtant que très peu fondé. L'hôpital a tout à gagner à revaloriser l'importance des repas ; que ce soit pour son porte monnaie, en réduisant les coûts entraînés par la dénutrition, ou pour son image, en ré-humanisant l'hôpital et en favorisant les relations entre les patients et le personnel hospitalier. Si les médecins sont aujourd'hui capables de réduire ou d'anesthésier la douleur des malades, en quoi le plaisir de la table pourrait-il être encore tabou ? Il est tant de lui redonner une place toute particulière, au cœur de l'hôpital, car le repas sera toujours ce qui transmet une éthique, rassemble les hommes et offre le premier soin.

¹ *Sagesses du corps: La santé et la maladie dans les proverbes français*, LOUX Françoise et RICHARD Philippe, G.-P. Maisonneuve et Larose, 1978, p.68

Photographies,
www.le-manger.fr



Vers le projet INVITER L'APPÉTIT

Imaginer le repas de demain à l'hôpital c'est d'abord se lancer dans une quête de l'utopie, du repas idéal loin du modèle actuel. Or, il m'a été difficile de percevoir l'utopie dans mon projet. Que pourrait-il y avoir d'utopique en la restauration hospitalière, en un repas exclu de toute commensalité? Le sujet me semblait bien trop imbriqué dans le monde réel, les besoins trop présents et les demandes des patients et des professionnels de la santé déjà précipitamment formulées... J'ai alors compris que mon rôle n'était pas de chercher à améliorer ce système existant contraint par le carcan hospitalier, mais bien de l'amener ailleurs, dans cet inexistant. Ce repas autre, qui peut être aujourd'hui, soumis aux contraintes budgétaires et à l'organisation complexe plus ou moins figée de l'hôpital, ne pourra s'ancrer dans le réel, mais pourra donner à voir ailleurs et surtout à faire renaître la nécessité de penser l'humain au cœur du repas et au cœur de l'hôpital. Inviter l'appétit c'est faire oublier, le temps du repas, la complexité techniciste de l'hôpital pour ramener du lien, de la vie, du plaisir, de la simplicité et de l'hospitalité à l'hôpital. C'est en cela que l'utopie devient un instrument de prospective, pour penser le repas de demain aujourd'hui.

Je souhaite donc prendre deux directions dans mes recherches de projet.

D'une part je désire mener **une démarche prospective à partir du fonctionnement actuel de l'hôpital**. Cela intègre la prise en compte de la tendance de regroupement des établissements hospitaliers, de la nécessité de transport et de distribution, de l'usage de la liaison froide ou d'un autre moyen permettant la production des repas en cuisine centrale. Le projet doit donc trouver sa cohérence et sa légitimité dans une cuisine industrielle répondant au marché publique qu'est l'hôpital, tout en valorisant les besoins et les usages individuels des patients.

De l'autre, je souhaite mener **un travail plus expérimental prônant la proximité entre cuisiniers, soignants et soignés pouvant s'appuyer sur des petits établissements** indépendants qui ont plus facilement les moyens d'agir sur les outils du repas. Ces lieux de soin peuvent être des petits hôpitaux ou cliniques, ainsi que des services tels que Paul Strauss à Strasbourg qui ont conservé leur propre cuisine et fonctionnent encore en liaison chaude (liaison directe entre la cuisine et les patients).

Ces deux directions pourront se rejoindre sous différents axes de recherches, parfois complémentaires :

- La revalorisation du travail mené en cuisine et des savoir-faire des cuisiniers et pâtisseries.
- Stimuler une approche plurisensorielle du repas pour favoriser l'appréhension des mets par le patient, pendant ou avant le repas.
- Valoriser l'individu et ses pratiques lors du repas.

La revalorisation du travail mené en cuisine et des savoir-faire des cuisiniers et pâtisseries.

En effet, je suis convaincue que l'anonymat du plateau repas est l'une des choses qui provoquent méfiance et préjugés de la part des patients à propos de la manière dont les plats sont préparés.

Il est nécessaire de communiquer l'envers du décor, en mettant à profit tous les supports existants non exploités (fiche de non-goûts, étiquettes des plats, fiches repas, menus, TV interne...) ou en réinventant de nouveaux supports de communication et d'échange. Revaloriser l'image des acteurs du repas et donc de l'hôpital peut être une manière de ré-humaniser le repas hospitalier. La traçabilité du repas et la valorisation du message diététique peuvent également permettre d'instaurer un climat de confiance entre tous les acteurs du repas et une meilleure compréhension des soins.



1. FERRARI Sara,
Dining Agenda, 2009

2. LAPIERRE Aurélie, FFunction,
Nutrition Facts Packaging, 2010

3. Les employés de la marque
Michel & Augustin,
visuel présent sur tout les
emballages.



Stimuler une approche plurisensorielle du repas pour favoriser l'appréhension des mets par le patient, pendant ou avant le repas.

En mêlant sensations nouvelles ou retrouvées, évocations littéraires ou artistiques, je souhaite amener le patient à redécouvrir son repas... Le plaisir, invité à la table hospitalière, permettrait alors une expérience sensible, le temps d'un repas, le mangeur peut s'abstraire de sa condition de patient. En favorisant des typologies d'expériences qui invitent le patient à prendre son temps, on le rend plus apte à apprécier son repas, et on brise la routine hospitalière. Ici, il est donc nécessaire de conjuguer la découverte d'une expérience nouvelle et une approche du repas conservant une familiarité, proche du modèle connu. Cela touche aux nombreux outils de la mise en appétit, que ce soit la forme générale du repas, les contenants, la table, les couverts, le menu, l'environnement spatial...

1. GNIDZAZ Romain et
LAMBERT Marie, *La bouchée*,
plats de dégustation en Corian,
(Une cuillère, un morceau de
pain, le doigt ou la langue)



2. BAKKER Aldo, *Oil platter*, 2007

3. ROTHHAHN Julie,
Pâtadoigts, Sial, 2004, Nouilles
aromatisées: basilic, paprika,
cumin



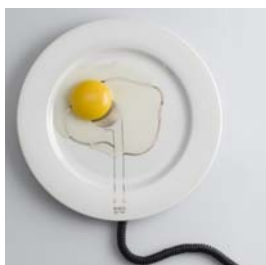
4. ROTHHAHN Julie, *Légumier*,
Sial, 2006, Nuancier de purée de
légumes surgelés



5. BOURRÉ Germain, *Cloches
de saveurs*, 2009, le défaut du
chocolat (qui capte les odeurs)
est ici utilisé comme un atout
pour le parfumer.

Valoriser l'individu et ses pratiques lors du repas

Je souhaite inviter chaque patient à s'appropriier plus facilement son repas, dans l'usage et sa temporalité, et lui permettre de faire ses propres choix dans sa manière de manger. Il n'aurait plus à s'adapter à la forme standard du repas car celui-ci offrirait une liberté d'usage. Le moment du repas peut également être propice, dans la mesure du possible, au partage et à la convivialité lors des visites familiales ou amicales. En effet, en dé-standardisant les usages, cela valorise l'individu et préserve son identité, son histoire et ses habitudes. Je désire trouver une alternative au plateau repas, qui contraint l'espace et le temps du repas, pour que chaque patient se les approprie... Les contenants ou ustensiles nécessiteraient un choix de la part des patients qui deviennent acteurs de leur repas et perdent la sensation de subir le repas imposé. Le moment du repas s'ouvre alors aux choix et aux envies du moment et de chacun et réinstalle un cycle de repas rythmé (à contrario du plateau repas qui impose un rythme continu de l'entrée au dessert sans pause, dû à la proximité des plats entre eux).



1. Ami DRACH et Dov GANCHROW, +/- *hotplate*, concours 2008 : « Dining in 2015 ».

Les assiettes chauffantes sont équipées de résistances qui dessinent également le motif de l'assiette. En imaginant le dîner de demain, ils invitent à une nouvelle manière de manger par une cuisson individualisée. Ce type de scénarios met en scène une « petite cuisine » permettant au mangeur d'être acteur de la préparation de son repas (ou de la réchauffer). Le temps de cuisson par l'attente, les odeurs qui s'en dégagent, constituent un outil de mise en appétit olfactive et visuelle. Le mangeur peut alors choisir de prendre son temps puisque le plat est au chaud.

2. ENTRESUELO1A, *Plate*, Les différents contenants permettent de pallier les difficultés de dégustation, en facilitant la gestuelle. Le mangeur est alors encouragé par le contenant et l'usage qu'il incite.
<http://entresuelo1a.com/>

BIBLIOGRAPHIE

Histoire, philosophie et sciences sociales

- AARON Jean-Paul, « De la glaciation dans la culture en général et dans la cuisine en particulier », Culture, Nourriture, internationale de l'imaginaire, nouvelle série n°7, Babel, Maison des cultures du monde
- ARIÈS Paul, *Petit manuel anti-McDo à l'usage des petits et des grands*, Éditions Golias, 1999
- BOURRE Jean-Marie, *La diététique du cerveau, de l'intelligence et du plaisir*, Éditions Odile Jacob, 1990
- BOUTAUD Jean-Jacques, *Le sens gourmand, de la commensalité - du goût - des aliments*, Jean-Paul Rocher Editeur, 2005
- BOUTAUD Jean-Jacques (sous la direction de), *L'imaginaire de la table, Convivialité, Commensalité et Communication*, L'Harmattan, 2004
- BRILLAT-SAVARIN, *Physiologie du goût* [1825], Paris, Flammarion, 1982, Collection Champs classique
- CORBEAU Jean-Pierre et POULAIN Jean-Pierre, *Penser l'alimentation*, Privat, Toulouse, 2002
- CORBEAU Jean-Pierre, conférence «Nourrir de plaisir» du 3 décembre 2008
- CORBEAU Jean-Pierre, « La filière du manger en milieu hospitalier », Face à face [En ligne], 2001, faceaface.revues.org/565
- DE CERTEAU Michel, GIARD Luce et MAYOL Pierre, *L'invention du quotidien, Tome 2 : Habiter, Cuisiner*, Édition Gallimard, 1994
- FISCHLER Claude, *L'homnivore. Le goût, la cuisine et le corps*, Éditions Odile Jacob, 2001
- FISCHLER Claude, (sous la direction de), *Manger magique. Aliments sorciers, croyances comestibles*. Autrement, Coll. Mutations/Mangeurs, N°149, Paris, 1994
- FOURIER Charles, *Le Nouveau Monde Industriel et Sociétaire*, 1829, 10e Notice, « Etude en mécanique des passions », édition Flammarion, 1973
- GOODY Jack, *Cuisines, cuisine et classes*, coll. Alors, Centre de Création Industrielle et Centre Georges Pompidou, Paris, 1984
- GRIMALDI André, *Réinventer l'hôpital public : contre l'hôpital entreprise*, Collection La Discorde, Éditions Textuel, 2005
- Héritage et tendance de la cuisine française, ja6.free.fr/chapitres/heritage.htm
- *L'appétit vient en mangeant ! Histoire de l'alimentation à l'hôpital, XVe-XXe siècles*, Paris, Doin Éditeurs, 1997, Catalogue du Musée de l'Assistance Publique et des Hôpitaux de Paris
- LAUGIER Sandra et PAPERMAN Patricia (sous la direction de), *Le souci des autres, Ethique et politique du care*, édition de l'école des Hautes études en sciences Sociales, 2006
- LAUGIER Sandra, Conférence : « Le care : éthique, genre et société », www.canal-u.tv/themes/sciences_humaines_sociales_de_l_education_et_de_l_information/sciences_de_l_homme/psychologie/le_care_ethique_genre_et_societe
- « Le plaisir : ami ou ennemi de notre Alimentation? », colloque de l'Institut Français pour la Nutrition , 12 décembre 2006
- LEURET F., *Traitement moral de la folie*, 1840, source : gallica.bnf.fr
- LEVI-STRAUSS Claude, *Mythologiques, Tome III : L'Origine des manières de table*, Paris, Plon, 1968
- LOUX Françoise et RICHARD Philippe, *Sagesses du corps: La santé et la maladie dans les proverbes français*, G.-P. Maisonneuve et Larose, 1978
- MOLINIER Pascale, LAUGIER Sandra, PAPERMAN Patricia, *Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, (sous la direction de), Petite bibliothèque Payot

- Observatoire Cniel des Habitudes Alimentaires, www.lemangeur-ocha.com
- ONFRAY Michel, *La raison gourmande*, Paris Grasset, 1995
- ONFRAY Michel, *Le Ventre des philosophes. Critique de la raison diététique*, Livre de Poche n°4122, coll. «Biblio Essais», 2009
- ONFRAY Michel, « Confessions d'un gastrosophe », entretien avec LEGROS Marc, Philosophie Magazine, juin 2011, n°50
- POULAIN Jean-Pierre, *Manger aujourd'hui. Attitudes, normes et pratiques*. Éditions Privat, Paris, 2002
- PERLES Catherine, *L'acte alimentaire dans l'histoire de l'homme, Les origines de la cuisine*, 1979
- ROUSSEAU J.J., *Essai sur l'origine des langues*, Chapitre IX Formation des langues méridionales

Arts et design

- *Biennale internationale du design 2006, le livre, du 22 nov au 3 déc*, Saint Étienne, éditions Cité du design
- Bouchées Doubles, www.lesboucheesdouble.fr
- BRETILLOT Marc et DE BEAUMONT Thierry, *Culinaire Design*, Éditions Alternatives, 2010
- BROCARD Charlotte, www.onnejouepasatable.com
- BRUREAUX Stéphane et CAU Céline, *Design culinaire*, éditions Eyrolles, 2011
- CHAMPION Caroline, exploratricedesaveurs.com
- GUIXÉ Marti, *Food Designing*, Corraini Editore, 2011
- ISEHAYE Ilana et WILDY Édith, *Arbre de vie source de vie, Espace de transmission*, www.chru-strasbourg.fr/Hus/HTML/pdf/culture/commande_publique.pdf
- NEUFERT Ernst et Peter, *Architects Data*, Third Edition, Blackwell Science, www.placeaudeisign.com
- *Restaurant Spoerri, Maison fondée en 1963, 1 place de la concorde*, Paris 75008, Jeu de Paume, 2002
- « Rituels de Table », conférence dansée par LIEVRE Micheline et NOUVEL Odile dans le cadre de l'événement « Taste, une question de [bon] goût » à Metz les 27, 28, 29 janvier 2012
- ROTHHAHN Julie, www.juliehhh.com
- SIFAKAKI Ioli, www.iolisifakaki.com/work/01tantalus_dinner/performance01.html

Romans

- BARBERY Muriel, *Une gourmandise*, édition Gallimard, 2000
- *Des mots à la bouche. Festin littéraires*, Édition Gallimard, 2003
- SÜSKIND Patrick, *Le Parfum* 1986, édition Le Livre de Poche, 2008

Filmographie

- AKIN Fatih, *Soul Kitchen*, 2009
- CAMPELL Scott et STANLEY Tucci, *Big Night*, 1996
- EPHRON Nora, *Julie & Julia*, 2009
- FERRERI Marco, *La grande bouffe*, 1973
- KENNER Robert, *Food Inc*, 2009
- ZIDI Claude, *L'aile ou la cuisse*, 1976

MERCI!

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnée tout au long de ce projet.

Toute l'équipe enseignante et en particulier, [Cécilia Rohmer](#), [Bruno Lavelle](#) et [Michel Volmer](#) pour leur lecture, leur re-lecture et leurs conseils.

[Laurent Trasrieux](#), responsable de la restauration à l'Unité Centrale de Production Culinaire des hôpitaux de Strasbourg, pour sa disponibilité, sa considération et son énergie ainsi que pour m'avoir fait rencontrer les bonnes personnes.

[Julie Morgen](#), pour son regard enrichissant et régulier sur mon projet.

[Sabah Bouhmida](#), agent de maîtrise, pour son accueil et sa disponibilité, ainsi que toutes les ATHQ du service Neurochirurgie de l'hôpital de Hautepierre.

[Joséphine Colle](#), diététicienne à l'UCPC pour ses explications et ses éclaircissements.

[Christelle Carrier](#) et [Barbara Bay](#), déléguées à la Culture des hôpitaux de Strasbourg, pour m'avoir montré qu'il était possible de secouer l'Hôpital public.

[Mes parents](#), [ma famille](#) et [Daym Ben Hamidi](#) pour leur soutien et leur aide.

[Cédric Boutin](#), pour nos collaborations, [Véronique Mongeot](#) pour ses conseils de graphiste, et tous les autres pour leur amitié.

MÉMOIRE
DE PROJET

-

QUAND
L'APPÉTIT
VA
TOUT
VA

-

DESFLACHES
ANNE LAURE

-

DSAA
LE CORBUSIER
2012