Cuisiner pour ”bien vieillir” : les liens entre santé et alimentation développés par et pour les personnes vieillissantes

Julie Mayer

▶ **To cite this version:**

Julie Mayer. Cuisiner pour ”bien vieillir” : les liens entre santé et alimentation développés par et pour les personnes vieillissantes. Sociologie. Université de Toulouse, 2025. Français. ⟨NNT : 2025TLSEJ091⟩. ⟨tel-05565384⟩

HAL Id: tel-05565384

https://theses.hal.science/tel-05565384v1

Submitted on 24 Mar 2026

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

HAL Authorization

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté Égalité Fraternité

Université de Toulouse

Doctorat de l'Université de Toulouse

préparé à l'Université Toulouse - Jean Jaurès

Cuisiner pour « bien vieillir » : les liens entre santé et alimentation développés par et pour les personnes vieillissantes

---

Thèse présentée et soutenue, le 27 novembre 2025 par

Julie MAYER

École doctorale
TESC - Temps, Espaces, Sociétés, Cultures

Spécialité
Sociologie

Unité de recherche
CERTOP - Centre d'Étude et de Recherche Travail, Organisation, Pouvoir

Thèse dirigée par
Jean-Pierre POULAIN et Laurence TIBERE

Composition du jury
M. Philippe CARDON, Président, Université de Lille
M. Vincent CARADEC, Rapporteur, Université de Lille
Mme Cecilia DIAZ MÉNDEZ, Rapporteure, Universidad de Oviedo
Mme Agathe RAYNAUD SIMON, Examinatrice, Université Paris Cité
M. Jean-Pierre POULAIN, Directeur de thèse, Université Toulouse Jean-Jaurès
Mme Laurence TIBÈRE, Co-directrice de thèse, Université Toulouse Jean-Jaurès

Résumé

Cette recherche interroge la manière dont la promotion de la santé par la cuisine se construit, pour et par les personnes vieillissantes. Elle explore les tensions entre des ateliers de prévention portés par une association, qui opérationnalise les politiques publiques, et les expériences singulières des participant·es, ancrées dans leur parcours de vie. La revue de la littérature montre que les politiques publiques tendent à produire une image homogène des personnes âgées, souvent décrites comme « en pertes » physiques et sociales. La prévention est alors centrée sur la responsabilité individuelle, où la cuisine devient un outil au service du « bien vieillir ». Comment, dès lors, les personnes vieillissantes reçoivent et se réapproprient les ateliers de cuisine prévus pour elles ?

L'approche mobilisée articule l'analyse des structures sociales à celle des pratiques ordinaires, pour penser conjointement les inégalités sociales de santé et les ajustements individuels qui s'opèrent dans les pratiques culinaires quotidiennes. Cette recherche-action « embarquée » repose sur une méthodologie mixte, combinant analyses compréhensives (25 observations participantes en atelier, 69 entretiens semi-directifs et 77 documents analysés) et une approche quantitative, avec un questionnaire diffusé aux participant·es des ateliers (626 répondants).

L'histoire de l'association à l'origine des ateliers illustre les tensions entre une logique militante, valorisant « le vivre-ensemble » à travers une alimentation « conviviale », et les exigences des financeurs publiques, axées sur des preuves mesurables d'amélioration des habitudes alimentaires. Les réponses aux appels à projets positionnent la cuisine comme un levier d'autonomie, de lien social et d'adéquation aux recommandations diététiques. Du côté des participant·es, les attentes se construisent autour du *care* pour les proches et pour soi, d'événements de vie, ou encore d'attentes spécifiques, à un moment donné du parcours de vie.

Les participan·tes des ateliers sont en majorité des femmes, investies dans la cuisine et dans les structures locales accueillant ces dispositifs. L'espace culinaire domestique est souvent perçu comme un lieu facilitant santé et sociabilité. Mais la cuisine agit aussi comme un révélateur d'inégalités : tous·tes les participant·es ne l'envisagent pas sous l'angle de la prévention. Quatre types d'appropriations des normes diététiques émergent, articulant normes du « bien-manger » et pratiques culinaires, et éclairant les diverses manières d'investir l'atelier de cuisine.

Les ateliers, pris sous l'angle du changement alimentaire, profitent principalement aux personnes déjà investies dans l'activité culinaire : elles y consolident des compétences et en retirent un sentiment de valorisation, renforçant, de fait, un travail de « *care* alimentaire », déjà plus souvent supporté par les femmes. À l'inverse, les effets sont plus limités chez les personnes qui s'en remettent aux intervenant·es pour obtenir des conseils nutritionnels ou transformer en profondeur leurs pratiques. Leur rapport à l'atelier est souvent marqué par un décalage entre attentes et contenus proposés. Ces effets différenciés soulignent un risque de renforcement d'inégalités sociales de santé par la participation. Enfin, les effets les plus marquants résident dans les dimensions relationnelles : bien-être, reconnaissance sociale et renforcement des liens sociaux (« faibles » et « forts »). La cuisine, qu'elle soit menée collectivement ou dans la sphère domestique, se révèle ainsi ambivalente, à la fois ressource de sociabilités et terrain d'inégalités en matière de santé et de travail alimentaire.

Cette recherche souligne également la manière dont l'expertise académique peut contribuer à renforcer la légitimité scientifique d'un acteur associatif, en l'inscrivant dans une dynamique de production de savoirs situés et partageables avec les acteur·ices des politiques publiques.

Abstract

This research examines how health promotion through cooking is constructed, both for and by ageing individuals. It explores the tensions between preventive workshops run by an association, implementing public policies, and the unique experiences rooted in the life trajectories of the participants. The literature review shows that public policies tend to produce a homogeneous representation of ageing individuals, often portrayed as being "in decline" (physically and socially). These policies promote a model of prevention focused on individual responsibility, where cooking becomes a tool to support "healthy ageing". The question thus arises: how do ageing individuals receive and reappropriate these cooking workshops designed for them?

The theoretical framework combines social determinism and interactionism, allowing for an analysis of both health inequalities and the individual adjustments that occur in and through everyday culinary practices. This "embedded" action-research is based on a mixed methodology, combining qualitative analysis (25 participant observations in workshops, 69 semi-structured interviews, and 77 documents analysed) with a quantitative approach, using a questionnaire distributed to workshop participants (626 respondents).

The history of the association behind the workshop illustrates current tensions between an activist approach, emphasising "conviviality" and "living together" through food, and the demand of public funders, who seek measurable evidence of improved dietary habits among older adults. The responses to calls for funding frame cooking as a vector of autonomy, social connection, and alignment with dietary recommendations. From the participants' perspective, expectations are shaped by caregiving roles (towards self and others), life events, and the ability to use the workshop as a response to a specific need at a given point in their life course.

Most participants are women already engaged in cooking and in the local structures hosting these workshops. For them, the domestic culinary space often represents a site for health and sociability. At the same time, cooking appears as a marker of inequality: not all participants view culinary activity as a means of prevention. Four types of appropriation of dietary norms were identified, combining "eating well" norms with culinary practices, shedding light on how participants engage with the cooking workshops.

Workshops, when approached from the perspective of dietary change, primarily benefit those who are already invested in culinary activity: they strengthen their skills and provide them with a sense of recognition, thereby reinforcing a form of "food care" work that is already more often carried out by women. Conversely, participants who rely on facilitators for nutritional guidance or hope for a deep transformation of their practices often experience a disconnection between their expectations and the content of the workshop. These differentiated effects reveal the risk of reinforcing social health inequalities through participation. Finally, significant impacts lie in the relational dimension: well-being, social recognition, and the strengthening of both "strong" and "weak" social ties. Cooking – whether collective or domestic – thus emerges as ambivalent: both a space for connection and a site where health and food-related inequalities are reproduced.

Finally, this embedded research highlights how academic expertise can help strengthen the scientific legitimacy of an association, by contributing to the production of situated knowledge that can be shared with public policy stakeholders.

« J'espère que vous êtes désormais d'accord,
et que vous êtes peut-être prêt à confronter votre engagement, si vous en avez un,
à ce modèle des sciences sociales qui exige que vous changiez la société pour le meilleur.
Si seulement on savait comment procéder ! »

(Howard S. Becker, *Outsiders,* 1963/2020, p. 290)

Remerciements

Mes remerciements s'adressent à mes directeur et directrice de thèse, Jean-Pierre Poulain et Laurence Tibère. Merci pour la confiance que vous m'avez accordée tout au long de ce travail. La rigueur de vos regards, associée à une certaine dose de bienveillance et d'encouragements, ont constitué pour moi une combinaison précieuse, qui m'a permis de mener cette thèse dans les meilleures conditions. Au-delà de ce travail, je suis reconnaissante de poursuivre les interactions et des travaux communs depuis 20 ans déjà, depuis le début de mon immersion dans la socio-anthropologie de l'alimentation.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude aux membres du jury : Vincent Caradec, Philippe Cardon, Cecilia Díaz-Méndez et Agathe Raynaud Simon. Je suis reconnaissante du temps que vous avez pris pour relire et évaluer mon travail, et honorée de pouvoir discuter de cette thèse avec vous. Merci pour les conseils et encouragements que vous m'avez chacun apportés.

Philippe Cardon et Agathe Raynaud Simon, vous avez également accompagné cette thèse en tant que membres du comité de suivi, et Anne Dupuy est venue compléter cette équipe. Je vous remercie sincèrement de votre implication et d'avoir, en fin de 2e puis de 3e année de thèse, contribué à relancer ma réflexion et à lui donner de nouvelles perspectives.

Je souhaite remercier le Groupe SOS et plus particulièrement, je remercie la direction de l'association « Les Insatiables », qui a accueilli ce travail de thèse. Floriane Lenoir, merci d'avoir été à l'origine de cette idée : celle qu'une recherche approfondie sur les effets d'actions de prévention avait du sens. Merci d'avoir toujours porté ce projet, en interaction avec la direction de thèse. Puis, Yoann Dumontet – qui a pris la suite de la direction de l'association – je te remercie d'avoir soutenu ce travail jusqu'à sa finalisation.

Je tiens également à remercier l'université de Toulouse et l'équipe de l'unité mixte de recherche du CERTOP. Merci à la direction de ce laboratoire pour son soutien, à la fois sur ce projet et de manière plus générale, envers les doctorant·es. Je remercie en particulier les membres de l'axe de recherche SANTAL. Anne, merci pour tes précieux conseils, parfois entre deux portes, parfois au détour d'un colloque. Merci enfin de m'avoir encouragée à intégrer les spécificités de mon parcours professionnel et de la Cifre à ce travail.

Je remercie également celles et ceux qui facilitent la coordination de la recherche, des déplacements et de la communication du laboratoire CERTOP, en particulier Matthieu Guionnet, Myriam Istoczak, Joël Courant, Nazha Waladi, Isabelle Ramahlo et Sophie Gandner.

Je suis reconnaissante à l'université de Toulouse et l'association « Les Insatiables » de m'avoir permis de bénéficier du programme Erasmus +, puis d'une Aide à la mobilité internationale. Ces soutiens m'ont offert la possibilité de participer à des colloques à l'étranger, riches d'échanges et de nouvelles perspectives.

Aux doctorant·es et jeunes docteur·es du CERTOP : merci pour cette belle équipe soudée, toujours partante pour l'aventure ou pour une pétanque. J'espère encore avoir de nombreuses occasions de vous retrouver. Sophie, Léa, David, Sabine, Françoise, Maria, Mélanie, Capucine, Lila, Anaïs, Farah, Camille, Mathieu, Lorena, Tassadit, Baptiste, Marie-Cécile, Lucile, Maël, Paul et celles et ceux arrivé.es plus récemment : merci pour ces bons moments partagés. Ce, toujours ou presque en compagnie de mon frère Michaël que vous avez accueilli à bras ouverts. Merci à lui, ainsi qu'à Cécile, Éric et Marie, et Sophie, de m'avoir hébergée sur Toulouse.

À l'équipe de l'association « Les Insatiables », cette autre équipe soudée, je vous remercie de m'avoir accueillie pendant un peu plus de trois ans. Merci pour le travail accompli ensemble, dans une ambiance joyeuse et solidaire, et pour les déjeuners partagés (ah, le Bouillon République !). Caroline, Victoire, Mathilde, Pierre, Nicolas, Cécile, Maëlys, Anaïs, Juliette, Madeleine, Mathilde, Mathieu, Constantin, Lucille, Rachel, Lou, Élisa, Arthur, Clémence, Marine, Catherine, Diane, Emma, Amandine, Marine, j'ai eu la chance de travailler avec vous dans un cadre fondé sur l'entraide et le respect.

Je suis particulièrement reconnaissante à Cyril Bitton, Cécile Charlap, Chloé Devis, Magalie d'Oliveira, Solène Leprince, Léa Massavie, Sabine Meïer, Coline Pélissier, David Rodriguez, Sophie Thiron et Raquel Villaécija pour leur relecture attentive. Grâce à vous, le contenu de cette thèse est plus fluide, mieux traduit et plus exempt de coquilles.

Enfin, je tiens à remercier chaleureusement toute ma famille pour ses encouragements et son soutien : mes parents, frères, oncles et tantes, cousines et cousins. Je remercie en particulier la famille avec qui je vis au quotidien : Alice, Abigail, Anna, Joseph et Cyril, merci de m'avoir soutenue, chacun·e à votre manière. Cyril, tu m'as motivée pour que ce projet devienne réalité. Ton soutien sans faille, y compris dans les moments difficiles et lorsqu'il a fallu prendre le relai des responsabilités parentales, a été d'une valeur inestimable. « On fait de notre mieux » comme on se le dit souvent, et cette thèse, grâce à toi, a été faite du mieux possible.

Je dédie ce travail à mes grands-parents.

Sommaire

INTRODUCTION GÉNÉRALE 11

PREMIÈRE PARTIE. CADRAGE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE 23

Chapitre 1 - Les changements alimentaires au cours du vieillissement : la définition d'un problème public touchant la sphère privée 25

Chapitre 2 - Mise en problématique et méthodologie 145

DEUXIÈME PARTIE. LES PARTICIPANTS VIEILLISSANTS : PROFILS ET ÉVOLUTIONS DU RAPPORT ALIMENTATION – SANTÉ 193

Chapitre 3 – Les participants des ateliers : profils sociodémographiques, de santé, et activités autres qu'alimentaires 195

Chapitre 4 – Parcours de vie culinaire et changements alimentaires au cours du vieillissement 225

Chapitre 5 – La cuisine comme médiatrice des liens entre alimentation et santé 275

TROISIÈME PARTIE. L'ASSOCIATION ET SES ATELIERS DE CUISINE : EFFETS D'UNE CERTAINE CONCEPTION DE LA PRÉVENTION 301

Chapitre 6 – Une association à la croisée de logiques militantes et d'exigences institutionnelles 303

Chapitre 7 – Les ateliers de cuisine : enjeux d'une brève rencontre 339

Chapitre 8 – Les ateliers de cuisine : effets d'une brève rencontre 381

CONCLUSION GÉNÉRALE 429

BIBLIOGRAPHIE 445

ANNEXES 477

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES 563

TABLE DES FIGURES 567

LISTE DES TABLEAUX 573

TABLE DES MATIÈRES 575

RÉSUMÉ / ABSTRACT 587

Introduction générale

Le vieillissement de la population et la gestion de la fin de vie, dans les pays développés (Europe, États-Unis et certains pays d'Asie, comme le Japon, la Corée du Sud et la Chine) et notamment en France, sont aujourd'hui considérés comme un problème public. Ce phénomène prend pour origine la baisse de la mortalité infectieuse qui, suivant la transition démographique, a pu être qualifiée de « transition épidémiologique » (Omran, 1971 ; Picheral, 1989), ainsi que la diminution du nombre de naissances. L'allongement de la durée de vie et le vieillissement accéléré des générations du baby-boom génèrent en effet des inquiétudes concernant la prise en charge des personnes âgées dites dépendantes, tant sur le plan financier que sur le plan social, en risquant d'amplifier des ruptures entre générations (Martin, 2001).

1. Les enjeux multiples et interdépendants du vieillissement

Le vieillissement de la population pose des enjeux multiples et interdépendants, à la fois démographiques, économiques, sanitaires et enfin, scientifiques.

L'enjeu démographique concerne l'augmentation du nombre de personnes âgées, et de la proportion des personnes âgées par rapport aux plus jeunes. En mettant à part les effets des guerres successives, l'espérance de vie à la naissance augmente régulièrement en France depuis au moins 1740 et elle a même quasiment doublé entre le XVIII^{e} et le XX^{e} siècle (Blayo, 1975 ; Vallin & Meslé, 2001 ; Ined - Institut national d'études démographiques, 2021). En effet, en 2023, les plus de 60 ans représentent 26 % de la population et selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) ils seraient près d'un tiers en 2040, portés par la hausse du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus (INSEE, 2016, 2023). Ainsi, alors que fin 2019, on estimait la population âgée de 60 ans et plus en France à presque 18 millions, il est anticipé qu'elle progresse pour atteindre 22,6 millions en 2040 (INSEE, 2016).

Cette augmentation du nombre absolu et relatif de personnes âgées soulève un enjeu économique : la question du financement des retraites, du logement et des frais de santé. Le moment du passage à la retraite reste un moment clé de réflexion dans les politiques publiques. Autrefois considérée comme une protection de l'invalidité, la retraite est aujourd'hui une forme de « récompense », pour les années de travail effectuées (Guillemard, 1986 ; Caradec, 2008).

Son financement est appréhendé comme un premier mouvement de gestion de la fin de vie, pris en charge d'abord par certaines branches patronales dans un but de gestion de la main-d'œuvre, dans un contexte d'industrialisation, puis repris par l'État (Guillemard, 1986).

Une autre problématique financière est celle des frais de logement et de santé des populations âgées. De nombreux sondages montrent que, dans leur majeure partie, les individus souhaitent continuer d'habiter dans leur lieu de vie jusqu'à leur décès, plutôt que dans une institution telle que l'hôpital ou un Établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)[1]. La réalité reflète, dans une certaine mesure, l'ambition du maintien à domicile jusqu'à un certain âge, puisque seules 8,8 % des personnes âgées de 75 ans et plus vivent en institution (INSEE, 2019a). Cependant, la toute fin de vie, notamment le dernier mois de vie, se passe dans 55 % des cas en dehors du domicile. Rester au domicile implique de pouvoir bénéficier, en cas de besoin, de l'aide suffisante pour bien vivre, notamment pour les 7 %, et jusqu'à 9 % dans certains départements, de personnes âgées de 60 ans et plus définies comme étant en « perte d'autonomie » (Institut des politiques publiques, 2022). La majorité (70 %) des personnes étant restées chez elles jusqu'à la fin de leur vie ont pu compter sur l'aide de proches. Par ailleurs, l'entrée en institution est coûteuse – le prix médian d'une chambre en EHPAD s'élevait à 1977 euros par mois en 2018 (Direction des établissements et services médico-sociaux, 2019) – et se pose également la question de l'équilibre de son financement, partagé entre la collectivité et la sphère privée. Au cours de l'histoire, la reprise de la gestion de la fin de vie au domicile par les institutions a connu de profonds changements, depuis une gestion intrafamiliale au domicile, et une relégation des « vieillards et des infirmes » à l'hospice, jusqu'à une institutionnalisation qui se veut soutenir un mode de vie au domicile le plus longtemps possible (Capuano & Weber, 2015). En témoigne notamment l'institutionnalisation de l'« aidant familial », qui fait aujourd'hui l'objet d'aménagements du temps de travail et de versements d'aides financières (Bloch, 2012). La question de la gestion de la fin de vie dans le cadre des politiques publiques a été réactualisée encore plus récemment, à travers les propositions de lois sur l'accès aux soins palliatifs et sur le « droit à l'aide à mourir », adoptées par l'Assemblée nationale le 27 mai 2025[2]. Ces lois s'inscrivent dans une démarche au long cours, visant à donner aux individus le droit de décider de leur sort jusqu'à la fin de leur vie, ce, quel que soit leur degré d'« autonomie »[3].

---

[1] 61 % dans le sondage Odoxa, 2024, pour la Mutualité française https://www.odoxa.fr/wp-content/uploads/2024/09/MF-Carnet-de-sante-2024_VDEFFINAL_WEB.pdf Page consultée le 25 février 2025.

[2] Les deux lois adoptées le 27 mai 2025 : https://www.editions-legislatives.fr/actualite/fin-de-vie%C2%A0-la-loi-sur-laide-a-mourir-adoptee-en-premiere-lecture-par-lassemblee-nationale/ Site Internet consulté le 15 juin 2025.

[3] Sur les droits du malade en fin de vie : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031970253 Site internet consulté le 25 février 2025.

Enfin, toujours à propos des enjeux économiques, il faut souligner qu'au regard des enjeux actuels et futurs du vieillissement de la population, la cinquième branche de la Sécurité sociale, créée en 2020 et centrée sur l'« autonomie » des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, apparaît pour de nombreux acteurs comme étant beaucoup trop peu financée[4] (ordonnance du 1er décembre 2021 - création de la cinquième branche Sécurité sociale Autonomie, 2021).

L'institutionnalisation de la fin de vie est également considérée comme intrinsèquement liée à des enjeux sanitaires, donnant lieu à des actions de prévention financées par cette branche. En effet, en même temps que l'alimentation devient un objet d'attention dans les politiques de promotion de la santé, la gérontologie et la gériatrie intègrent les politiques du vieillissement, contribuant à définir la « dépendance », puis la « perte d'autonomie » (Ennuyer, 2013 ; Alvarez, 2016), et, dans une approche inverse, le « bien vieillir » (Gangbè & Ducharme, 2006 ; Puijalon & Trincaz, 2014). Nous assistons donc à une médicalisation du vieillissement, parallèle à la médicalisation de l'alimentation, c'est-à-dire que ces thématiques font toutes deux l'objet de redéfinitions, qui les inscrivent dans le domaine du contrôle médical (Conrad, 1992).

Dans ce contexte, le statut de l'alimentation évolue, en devenant un levier essentiel de prévention de la santé (Poulain, 2002c, p. 110-116). Pour les personnes âgées, il s'agit d'éviter la survenue de maladies chroniques et de handicaps physiques et mentaux. En effet, malgré les nets progrès concernant la gestion de la santé des populations, un écart de 16 à 21 ans demeure en France, entre l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé (INSEE, 2023).

Au tournant des années 2000 émerge l'idée de la dénutrition comme une pathologie pouvant survenir particulièrement chez les personnes âgées (Guy-Grand, 1997). Celle-ci se caractérise par la perte de poids, de muscle et par un affaiblissement de l'immunité. Elle survient quand la prise alimentaire est insuffisante par rapport à l'énergie dépensée et aux besoins en protéines (Hébuterne et al., 2009). En France, sa prévalence est évaluée à environ 5-10 % pour les personnes vivant à domicile, à 15-38 % pour celles vivant en institution et à 30-70 % pour les patients hospitalisés (Haute autorité de santé, 2007 ; Cereda et al., 2016). On estime ainsi qu'elle concerne 800 000 personnes âgées (Fontaine, 2015). Elle fait l'objet d'un plan national, initié avec le Programme national nutrition santé (PNNS) 4, et devient une problématique centrale de santé publique. Par ailleurs, en 2007, le Plan national « Bien vieillir » (PNBV) reprend certaines notions du PNNS – l'alimentation adaptée et la lutte contre la sédentarité à travers la promotion de l'activité physique – et ajoute un thème qui apparaît comme

[4] https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/07/02/grand-age-la-cinquieme-branche-de-la-securite-sociale-une-coquille-vide_6044933_3224.html Béatrice Jérôme. Grand âge : la cinquième branche de la sécurité sociale. *Le Monde*. Publié le 2 juillet 2020. Page consultée le 3 octobre 2024.

étant spécifique aux personnes âgées : « le maintien d'un lien social intergénérationnel pour réduire l'isolement et l'exclusion » (ministère de la Santé et des Solidarités et al., 2007). Dans ces textes, l'alimentation apparaît comme un levier clé sur lequel il faut agir pendant le cours du vieillissement, pour trois raisons : 1) la quantité et la qualité de l'alimentation sont associés dans les études épidémiologiques à de moindres risques de perte d'autonomie et de maladies chroniques (Torres et al., 2014 ; Rodríguez-Mañas et al., 2021 ; Van Wymelbeke-Delannoy et al., 2022 ; Jacquemot et al., 2023). 2) le fait de ne plus préparer soi-même à manger est considéré comme une « variable illustrative » de la perte d'autonomie de la personne âgée, dans la grille « Autonomie Gérontologique et Groupe Iso Ressources » (AGGIR) qui définit le niveau de perte d'autonomie d'une personne. Il s'agit donc de trouver des moyens pour la maintenir le plus longtemps possible (Service Public, 2021). 3) l'alimentation, et plus particulièrement la cuisine et le partage du repas, représentent des enjeux de convivialité, valorisés en « rempart » contre la perte de liens sociaux et l'isolement des personnes âgées (Guérin, 2016).

2. Les enjeux scientifiques soulevés dans la thèse

Dans ce cadre, l'étude des changements alimentaires au cours du vieillissement, à la fois au niveau des habitudes des personnes vieillissantes et des stratégies de changements mises en place dans les politiques publiques, pose plusieurs enjeux scientifiques, à la croisée de ces approches nutritionnelles, culturelles et sociales.

Une première problématique concerne l'étude des solidarités publiques et privées en cours pendant la fin de vie. Une thèse initiale sur le sujet, dite du remplacement, soutient que les institutions publiques se sont substituées aux solidarités privées, car celles-ci pouvaient être défaillantes, et en même temps, que le développement des solidarités publiques a provoqué une démobilisation de la famille. Une autre thèse émerge de la sociologie des relations intergénérationnelles, soutenant que, dans le contexte de modernité actuel, les sphères institutionnelles et privées sont de plus en plus imbriquées. Künemund et Rein (1999) ont ainsi montré que la thèse du remplacement était trop générale pour expliquer la diversité des solidarités publiques et familiales. Cette diversité de gestion du vieillissement, et plus particulièrement de la dépendance, varie considérablement selon le type d'« État providence » en place. Dans les modèles libéraux, les personnes âgées doivent penser à leur prévoyance individuelle et compter sur l'aide des proches. Dans le modèle institutionnel « social-conservateur », la protection sociale s'organise autour du travail salarié. Dans un modèle social-démocrate qui se veut « universel », des droits sociaux sont alloués dans une logique de réponse à des besoins (Martin, 2003). Enfin, il existe un modèle qualifié de « latin », où la prise en charge des

personnes âgées est pensée comme relevant des solidarités familiales (Esping-Andersen, 1990/2007). Les États investissent et comptent en réalité sur plusieurs types de modèles, et il ressort qu'en France, les quatre types s'articulent (Caradec, 2008, p. 38).

Dans ce contexte de pluralité des modèles de prise en charge, où s'entrelacent responsabilités publiques et familiales, il conviendra d'observer comment les politiques de santé publique, et en particulier celles liées à l'alimentation, investissent la sphère domestique et redéfinissent les rôles d'intervention.

La gestion publique du vieillissement et de la fin de vie, notamment à travers l'alimentation, a été décrite, dans une optique de « gouvernement des corps », comme s'immisçant jusque dans l'espace domestique (Foucault, 1975/2011 ; Cardon, 2015b). Il s'agit donc d'une gestion collective, portée par des politiques de santé publique, mais s'opérant dans la sphère privée et visant un certain contrôle sanitaire. Dans ce système, les associations jouent un rôle de plus en plus central, reprenant certaines missions de prévention au niveau local (Cottin-Marx, 2019). En effet, le secteur associatif est aujourd'hui décrit comme un « opérateur » (*ibid.,* p. 47) des politiques publiques, à la fois soumis à un cadrage de ses activités, dans la recherche de subventions, et revendiquant certains besoins des populations cibles, allant parfois au-devant des politiques publiques (Marival, 2011).

Notre recherche va porter sur cette délégation des politiques publiques vers le secteur associatif, concernant la prévention par l'alimentation adressée aux personnes âgées.

Il s'agira d'abord d'étudier comment les politiques publiques sont adaptées et réinterprétées par le milieu associatif. Ce secteur vise à normaliser certaines habitudes domestiques liées à l'approvisionnement, à la préparation et au service des repas, ainsi qu'à l'alimentation des personnes âgées. D'autre part, il s'agira de comprendre comment les personnes vieillissantes envisagent de manière dynamique les liens entre alimentation et santé, et se réapproprient les dispositifs de prévention.

La distinction entre des personnes âgées et vieillissantes n'est pas neutre : elle reflète une opposition entre une perception des politiques de la vieillesse qui considèrent les personnes âgées comme un groupe, et une approche en matière de processus social de vieillissement, privilégiée aujourd'hui par la sociologie (Barthe et al., 1988).

Jusqu'à présent, les politiques publiques concernant la prévention par l'alimentation des personnes âgées ont surtout été analysées sous l'angle du gouvernement des conduites, en explicitant certaines tentatives de normalisations des comportements (Foucault, 1979/2004 ; Fassin & Memmi, 2015 ; Cardon, 2015b). L'un des enjeux de notre recherche, laquelle s'inscrit dans ce paradigme, sera d'apporter un éclairage complémentaire, en expliquant comment les acteurs associatifs, vers qui cette

prévention est déléguée, intègrent dans leurs stratégies différents cadres conceptuels de la prévention, piochant dans certains champs scientifiques, dans leurs parcours professionnels et personnels. Actuellement, ces « opérateurs » sont de plus en plus contraints par leurs financeurs d'adopter une posture calquée sur celle de l'intervention en santé publique. Cette dernière fait largement appel à des théories de la psychologie sociale et se concentre sur certains effets de la participation à des dispositifs de prévention.

On retrouve en effet l'héritage de modèles successifs de prévention dans les politiques publiques actuelles. Les premières tentatives de prévention active à grande échelle, où il s'agit de convaincre les individus de changer leurs comportements, sont centrées sur les risques qu'ils encourent. L'idée est alors que les mesures de prévention ont plus de chance d'être adoptées par les individus si eux-mêmes perçoivent les risques qu'ils encourent et évaluent les bénéfices d'un changement de comportement (Rosenstock, 1974 ; Raude, 2013). Cette posture mobilise des ressources symboliques afin de faire évoluer les représentations sociales, vers des représentations positives des comportements à adopter, et négatives des comportements à éviter (Bouchayer, 1984). Elle a été critiquée pour le fait qu'elle ne prenait pas en compte l'environnement et les habitudes de vie dans lesquelles s'inscrivent les comportements alimentaires (Raude, 2013). La charte d'Ottawa, adoptée en 1986, puis la définition de la santé publique en 1999, ont redéfini l'ambition de la prévention, comme devant permettre le bien-être complet des individus (OMS Europe, 1986 ; Romeyer, 2015). L'objectif devient de donner aux citoyens la capacité d'agir favorablement sur leur santé. Il s'agit à la fois d'expliquer et de promouvoir les comportements à adopter pour rester en bonne santé, et moins d'exposer les risques associés aux « mauvais comportements ». En parallèle, avec l'émergence de la prise en compte des déterminants environnementaux de la santé, se diffuse l'idée d'une prévention communautaire, de lutte contre les inégalités de santé, via le développement d'actions locales, dans laquelle les populations cibles ont une forte part de décision (Ninacs, 1995 ; Raude, 2013 ; Carra & Varlet, 2023). Nous explorerons les points d'appui, notamment théoriques, de dispositifs de préventions plébiscités par les financeurs de ces dispositifs, et ceux d'une association financée pour les mettre en place.

Par ailleurs, la prévention de la santé par l'alimentation pose la question de ses représentations sociales polymorphes et évolutives au fil du parcours de vie. La médicalisation de la société (Conrad, 1992 ; Delanoë & Aïach, 1998) s'opère dans un contexte de modernité, propice à la réflexivité individuelle (Giddens, 1995). Elle donne lieu à l'émergence d'une pensée de l'alimentation dans ses aspects nutritionnels – ou « nutritionnalisation » - étudiée pour la communication institutionnelle dont elle fait l'objet (Scrinis, 2013) et comme une évolution des valeurs, normes et représentations sociales de l'alimentation des populations (Poulain, 2002c). C'est sur ce dernier aspect que nous allons nous

concentrer, pour tenter de comprendre l'évolution du lien entre santé et alimentation tout au long du parcours de vie, et en particulier au cours du vieillissement.

Certaines études longitudinales ont montré que les pratiques alimentaires des personnes vieillissantes rejoignaient les recommandations nutritionnelles au fur et à mesure de l'avancée en âge (Plessz et al., 2015 ; Dion et al., 2020). On note par ailleurs que les représentations sociales du « bien-manger » évoluent, entre les années 1990 et 2000, vers des considérations sanitaires, d'équilibre alimentaire, associées au « fait maison », ce, dans un contexte de défiance qui concerne les aliments « ultratransformés » (Mathé et al., 2014 ; Thiron, 2024). Préparer à manger à partir d'aliments bruts est une pratique qui se retrouve plus souvent chez les personnes les plus âgées, ce qui est couramment attribué à un effet générationnel (Recours et al., 2008 ; ANSES, 2017, p. 264).

Il est cependant important de souligner que ces évolutions dans les pratiques alimentaires et dans les représentations du « bien-manger » ne concernent pas uniformément l'ensemble de la population. Plusieurs travaux ont mis en évidence que l'appropriation des normes nutritionnelles reste socialement différenciée, car elle suppose un certain nombre de ressources, inégalement acquises et distribuées au sein de la population (Aïach & Fassin, 2004 ; Régnier & Masullo, 2009 ; Peretti-Watel, 2013).

Ces inégalités se traduisent non seulement dans les choix alimentaires, mais également dans la manière dont les personnes peuvent ou non mobiliser certaines pratiques concrètes pour ajuster leur alimentation, au premier rang desquelles figure la cuisine.

Le « fait maison » plébiscité aujourd'hui en santé publique implique un certain investissement dans la cuisine domestique. Or, les femmes retraitées passent plus de deux fois plus de temps que les hommes retraités à cuisiner (Brousse, 2015). Ceci soulève un enjeu de rôle, construit selon le genre et dédié à la préparation alimentaire, qui se poursuit au cours du vieillissement (Mathieu et al., 2023). Les activités engageant l'alimentation ont pu aussi être décrites comme des activités de *care* ou de « prendre soin » (Charles & Kerr, 1988 ; DeVault, 1994 ; Voléry & Legrand, 2012 ; Fournier et al., 2015). Si des travaux de recherche ont déjà mis en avant la préparation alimentaire comme une activité structurant le quotidien des personnes vieillissantes (Cardon, 2009), les formes de liens entre alimentation et santé portés par la cuisine, sous l'angle du travail domestique comme sous l'angle du *care*, sont encore peu étudiées. Ils sont d'autant plus intéressants à explorer que les dispositifs de prévention préemptent la cuisine, réalisée en groupe, comme un élément central de leur stratégie.

En outre, les modalités et les effets des dispositifs de prévention développés à destination des personnes âgées ont surtout été étudiés sous un angle épidémiologique. Dans ces études, les aspects socioculturels des comportements alimentaires correspondent à une entrée par les styles de vie, car

ils sont analysés sous l'angle du genre, du niveau de diplôme et de la position sociale. Ainsi, Torres (2014) montre à ce sujet que l'état nutritionnel des individus âgés est plus susceptible d'être altéré chez les femmes, les personnes qui ne sont pas mariées, les personnes veuves, de faible position sociale ou ayant un faible niveau de diplôme.

Des études sociologiques se sont par ailleurs déjà intéressées aux interactions sociales en cours dans des ateliers visant à changer les comportements alimentaires. Cressida Heyes (2006), puis Muriel Darmon (2010) ont montré comment les ateliers de cuisine « *WeightWatchers »* s'inscrivaient dans des tentatives de « biopouvoir », traduit à travers des recettes écrites. Anne Lhuissier et Mélanie Augor (2006) ont mis en avant certains jeux de sociabilités, liés aux positions sociales, en cours dans des ateliers culinaires en centres sociaux, tandis que Sonia Bouima (2021) a porté la focale sur les conditions sociales des participants vieillissants[5], au sein d'un dispositif intégrant la cuisine, conditions sociales qui sont rejouées au cours des ateliers organisés. Nous en savons en revanche peu sur les types d'interactions en cours dans des ateliers de prévention de la dénutrition et de la perte d'autonomie à destination des personnes âgées. Ainsi, nous proposons de saisir, dans cette même approche, les jeux de normalisation, de transmission et de sociabilités qui se jouent en atelier entre les intervenants et les participants, et entre participants. Ceci permettra d'apporter un éclairage à la fois sur les raisons de la participation et sur certains effets de ces dispositifs.

Les recherches mettant en lien l'alimentation avec des risques de maladies et de handicaps associés invitent à mieux appréhender les manières dont les habitudes alimentaires évoluent au cours de la vie, incluant le vieillissement, en partant d'une approche par le cycle de vie (Gillette-Guyonnet et al., 2007). Le cycle de vie est un concept développé tout d'abord dans un contexte d'homogénéité relative de l'évolution des foyers (mise en couple, enfants, départ des enfants, retraite…) (Duvall, 1957 ; Martin, 2018). Malgré les critiques sur sa première définition, qui ne correspond plus aux évolutions de la société, et suite à des redéfinitions (Hill, 1986 ; O'Rand & Krecker, 1990), son intérêt demeure néanmoins aujourd'hui, en ce qu'il permet d'avoir en tête un certain nombre d'étapes prévisibles, au cours desquelles les rôles sociaux et les routines associées évoluent. Ainsi, le passage à la retraite et le veuvage ont déjà été étudiés avec cette approche, comme des périodes reconfigurant les habitudes alimentaires et plus particulièrement la prise en charge des courses, de la cuisine et le lieu des repas (Cardon, 2010a ; Poulain, 2017a ; Rochedy et al., 2022). Si le concept de cycle de vie permet de cibler

[5] Dans ce travail, nous avons fait le choix de ne pas recourir systématiquement au langage inclusif, bien que nous soyons sensible aux enjeux d'égalité et de visibilité portés par cette démarche. Ce choix ne reflète pas un désaccord de fond, mais plutôt une volonté de clarté et de lisibilité, pour un texte dense. Lorsque nous employons le masculin, il doit donc être compris dans une acception générique, englobant l'ensemble des personnes concernées, quel que soit leur genre.

des étapes et d'observer les manières dont elles modifient l'alimentation, une de ses limites est qu'il n'intègre pas les évolutions plus intimes dans le vécu du vieillissement. L'étude des changements au cours du vieillissement fait l'objet de concepts spécifiques, adoptant une approche majoritairement interactionniste, caractérisant les effets des évolutions internes et externes, physiques et sociales, des individus vieillissants, qui entraînent des évolutions dans le rapport à soi et au monde (Barthe et al., 1988 ; Caradec, 2014 ; Cavalli & Lalive d'Épinay, 2019). Concrètement, ces changements sont la source de maintiens, d'arrêts et d'évolutions dans les activités quotidiennes. L'alimentation, sous cet angle, a déjà été étudiée à travers le concept de « délégation alimentaire » au cours du vieillissement (Cardon, 2007 ; Cardon & Gojard, 2008). Il semble pertinent d'étendre cette vision du vieillissement à la participation aux dispositifs de prévention par l'alimentation : ces derniers provoquent potentiellement des adaptations alimentaires, ou bien la participation pourrait être la conséquence de changements antérieurs.

Notre recherche visera donc à mieux comprendre différentes dimensions sociales de la prévention de la santé par l'alimentation à destination des personnes âgées aujourd'hui :

- La construction et l'actualisation du lien entre alimentation et santé au cours de la vie et en particulier au cours du vieillissement ;
- Le rôle de la cuisine, envisagée comme travail domestique genré et activité de *care,* dans d'articulation possible entre alimentation et santé ;
- Les fondements des dispositifs de prévention, tels qu'ils sont décrits par les organismes financeurs et mis en œuvre par une association en particulier, notamment la place accordée à la cuisine dans ces stratégies ;
- Les dynamiques de normalisation, de transmission et de sociabilités qui se déploient dans les ateliers entre les différents acteurs ;
- Enfin, la participation aux ateliers comme s'inscrivant au cœur du processus de vieillissement : une participation qui résulte de transformations en cours pendant le vieillissement et une participation qui provoque des transformations dans le processus de vieillissement.

En filigrane, cette recherche s'attachera à interroger les inégalités sociales de santé que ces dispositifs peuvent à la fois refléter et produire.

La méthodologie adoptée se veut embarquée, interactive et articulant l'approche compréhensive avec l'approche déterministe.

Notre expérience professionnelle passée sur la prévention et les changements de comportements alimentaires constitue un apport dans cette méthodologie. Impliquée dans plusieurs programmes de prévention, portant sur la prévention de l'obésité infantile, puis du diabète de type 1, coordonnant des études portant sur les représentations et pratiques alimentaires, cette trajectoire a permis d'observer de l'intérieur certaines logiques à l'œuvre dans la conception et la mise en œuvre des stratégies de prévention par l'alimentation. Elle nourrit aujourd'hui une démarche réflexive sur les paradigmes mobilisés dans ce champ. Loin d'être extérieure à notre positionnement de chercheuse, cette expérience constitue un point d'entrée pour interroger les logiques de conception, de mise en œuvre et de réception des dispositifs de prévention.

La recherche est embarquée : la posture de chercheuse en thèse en Cifre (Convention industrielle de formation par la recherche), au sein d'une association, nous place à la fois comme observatrice de l'organisation, des interactions entre intervenants et bénéficiaires en ateliers, mais aussi comme initiatrice de changements, portant sur le cadrage scientifique des interventions, et plus largement, sur la stratégie de l'association.

Elle est interactive : la méthodologie et les résultats ont été partagés à chaque étape avec l'association et ont parfois mené à des traitements spécifiques des résultats. Par ailleurs, le statut de responsable scientifique de l'association a amené à revoir le dispositif d'évaluation de celle-ci et à travailler sur le cadrage stratégique et méthodologique des actions menées. Enfin, une partie du terrain consiste en des observations des interactions en cours dans les ateliers de prévention, entre les intervenants et les participants, et entre les participants. Cette posture d'observatrice-participante n'est pas neutre et implique aussi une réflexion sur le sens du recrutement en thèse, puis sur le travail réalisé.

La démarche est compréhensive : la première étape de la recherche porte sur la compréhension de l'intégration d'actions de prévention dans les parcours de vie individuels de personnes âgées participant à des ateliers de cuisine et de diététique. Cette étape puise dans des théories et concepts existants pour formuler des hypothèses, dans ce sens elle est hypothético-déductive. Elle est aussi inductive et ancrée (Glaser & Strauss, 1967/2010 ; Kaufmann, 1996), dans le sens où de nouvelles hypothèses ont émané de cette étape.

La méthode de recherche est aussi quantitative : certaines hypothèses, émanant de la littérature et des résultats de la recherche qualitative, sont testées à l'échelle quantitative, auprès d'un échantillon représentatif des participants des ateliers de cuisine.

Enfin, la recherche menée auprès des participants à des ateliers de cuisine est complétée d'entretiens d'experts en prévention, en économie sociale et solidaire et en mesure d'impact, et de l'analyse de la

littérature grise de l'association. Cette approche entend compléter ce que nous savons de la mise en place associative des politiques publiques de prévention par ce cas précis, dont nous sommes témoins.

3. La structure de la thèse

La thèse est organisée en trois parties. La première fait le point sur l'état des connaissances, concernant l'évolution des politiques publiques de prévention portant sur les personnes âgées et leur alimentation, et les déterminants des changements alimentaires au cours du vieillissement. C'est également dans cette partie que nous poserons la problématique de notre recherche, avant de présenter l'approche théorique mobilisée et la méthodologie de recherche mise en œuvre.

Le premier chapitre traite des enjeux théoriques portant sur les modèles d'action des politiques publiques du vieillissement « en santé », et met en avant les apports des sociologies du vieillissement, de la santé et de l'alimentation. Il s'agit, plus précisément, de mettre en lumière les cadres conceptuels qui appréhendent les interventions en santé publique en matière de prévention auprès des personnes âgées.

Le deuxième chapitre porte sur la problématisation et la méthodologie de la recherche. La problématique vise à mettre au jour des zones de tensions et d'articulation : d'un côté, des politiques publiques qui tendent à produire une représentation homogène des personnes âgées, souvent perçues comme vulnérables, avec une approche de la prévention centrée sur l'individu ; De l'autre, des personnes vieillissantes qui ont construit et actualisé tout au long de leur parcours de vie, des liens entre alimentation, cuisine et santé, et opèrent des adaptations au cours du processus de vieillissement, à la suite de certaines épreuves vécues. La réflexion sur le cadrage scientifique et méthodologique de la recherche découle des expériences professionnelles passées et de la particularité d'une thèse en Cifre, « embarquée ». Elle s'inscrit dans une démarche de recherche-action, reposant sur une méthodologie mixte. Celle-ci combine des analyses compréhensives fondées sur des observations, entretiens et analyses de documents, et une approche quantitative, reposant sur un questionnaire diffusé auprès des participants des ateliers.

Les deuxième et troisième parties de la thèse portent sur l'analyse des résultats.

La deuxième partie vise à comprendre qui sont les participants des ateliers et quels sont leurs rapports à la cuisine[6], à l'alimentation et plus largement à la santé, pour mieux analyser ensuite ce que les ateliers peuvent ou non transformer.

[6] Ce terme fera l'objet d'une définition dans la revue de la littérature, puis lors de la présentation des résultats.

Le chapitre 3 décrit tout d'abord les caractéristiques sociodémographiques des participants, puis s'intéresse à leur profil de santé et plus particulièrement à certains facteurs définis comme des risques de dénutrition. Il analyse enfin l'activité physique et la pratique d'activités, autres que la cuisine, chez les répondants.

Puis, le chapitre 4 s'intéresse aux « parcours de vie alimentaires », avec un focus sur la cuisine et sur les changements alimentaires au cours du vieillissement.

Enfin, le chapitre 5 se concentre sur les représentations sociales et pratiques culinaires des participants, ainsi que sur les normes du « bien-manger » qui les régissent. Il établit un lien entre savoir diététique et savoir-faire culinaire, ce qui aboutit à une typologie articulant ces deux dimensions.

La troisième et dernière partie de la thèse porte sur les modalités du déploiement et les effets des ateliers de cuisine destinés aux personnes vieillissantes, organisés par une association engagée dans le champ de la santé publique et du vieillissement. Son objectif est d'analyser les effets, et les limites, de ce dispositif de prévention, en tension entre l'objectif de changer les habitudes alimentaires et de créer du « lien social », entre des tentatives de normalisation à la fois diététiques et culinaires, enfin, entre des attentes, un vécu et une réappropriation de l'atelier par ses participants.

Le chapitre 6 porte sur l'évolution de l'association, d'un concours de gastronomie en EHPAD au développement d'actions en nutrition pour divers publics. Il illustre les tensions entre des logiques militantes, fondées sur l'idée de convivialité, et les exigences croissantes de rationalisation des politiques publiques. C'est dans cet espace que se sont développés les ateliers de cuisine, conçus comme des dispositifs à la fois conviviaux et préventifs.

Puis, le chapitre 7 explore ce qui se joue pendant l'atelier, entre stratégies adoptées par les animateurs et attentes des participants, et à la suite d'une sélection orientée des personnes vieillissantes qui vont participer. Les résultats mettent en avant l'articulation nécessaire, en atelier, entre les domaines de la gastronomie, du culinaire, de la diététique et de l'alimentation durable, mais aussi une certaine domination de la diététique sur les autres dimensions.

Le chapitre 8 porte sur les effets des ateliers de cuisine. Il s'agit ici d'analyser ce qu'il se joue pendant et à la suite de l'atelier, au regard des parcours de vie des participants, sur les apprentissages, sur certains changements et sur ce que fait l'atelier aux liens sociaux.

Ces résultats permettent enfin d'interroger ce que la recherche en thèse Cifre fait à l'association, en matière d'évolution de ses actions et d'intégration de la recherche scientifique à sa stratégie.

Partie 1

Enjeux théoriques, problématisation et cadrage méthodologique

Dans cette première partie, les enjeux théoriques abordés portent sur les modèles d'action des politiques publiques du vieillissement « en santé », ainsi que sur les apports des sociologies du vieillissement, de la santé et de l'alimentation. Il s'agit plus précisément d'éclairer la manière dont ces cadres théoriques conçoivent les interventions en santé publique en matière de prévention à destination des personnes âgées.

Cet état de la recherche nous permettra d'identifier des zones de tension, à l'origine de la problématique. D'un côté, les politiques publiques tendent à produire une représentation homogène des personnes vieillissantes, souvent perçues comme vulnérables, avec une approche de la prévention centrée sur l'individu. De l'autre, les personnes vieillissantes construisent et actualisent tout au long de leur parcours de vie des liens entre alimentation, cuisine et santé, et opèrent des adaptations au cours du processus de vieillissement, à la suite de certaines épreuves vécues.

La recherche menée, « embarquée », s'inscrit dans une démarche de recherche-action. Elle repose, d'une part, sur une méthodologie mixte, combinant analyses compréhensives fondées sur des observations, entretiens et documents, et d'autre part une approche quantitative, reposant sur un questionnaire diffusé aux participants des ateliers.

Finalement, l'état de l'art, la problématique et la méthodologie visent à mettre au jour les logiques de pensée et les pratiques quotidiennes des différents acteurs concernés par les enjeux de vieillissement, de santé, et d'alimentation.

Chapitre 1

Les changements alimentaires au cours du vieillissement : la définition d'un problème public touchant la sphère privée

Dans ce chapitre, nous commencerons par retracer l'évolution des politiques depuis le début du XX^{e} siècle, pour mettre en lumière la manière dont l'intervention sur les « modes de vie » des personnes vieillissantes s'est traduite concrètement en mesures à leur égard (première partie). Nous poursuivrons avec une analyse de l'évolution de la sociologie du vieillissement, pour montrer comment ce champ envisage aujourd'hui le vieillissement comme un processus inscrit dans un parcours de vie, caractérisé par des transitions à l'intérieur du parcours de fin de vie (deuxième partie).

Nous proposerons ensuite une analyse des recherches sur les changements alimentaires au cours du vieillissement, qu'elles soient menées hors d'un cadre de promotion de la santé (troisième partie) ou à l'intérieur de celui-ci (quatrième partie). Un détour par les approches de santé publique permettra d'interroger la manière dont le changement de comportement y est conceptualisé, souvent à partir des théories de psychologie sociale, mobilisées dans la conception des programmes de prévention.

Nous verrons, dans la dernière partie, en quoi ces approches du changement d'habitude se distinguent d'une lecture sociologique du changement, en particulier du changement alimentaire, appréhendé en partant des schèmes de pensées (valeurs, normes et représentations sociales), ainsi que des contextes des pratiques.

Cet état de la recherche nous permettra à la fois d'identifier des zones de tension dans les enjeux soulevés et des points d'articulation possibles entre les analyses, et de dégager des pistes de réflexion utiles pour notre problématique de recherche.

1. Les politiques publiques du vieillissement et leurs usages de l'alimentation

Les politiques publiques en France, telles que nous les connaissons actuellement, concernant les personnes âgées[7] et gérées par l'État, émergent au tournant du XX^{e} siècle. Plusieurs phases se succèdent, aboutissant à l'articulation entre d'une part, la vieillesse représentée comme une période distincte des autres périodes de la vie et d'autre part, la prévention, jugée nécessaire, de la santé au cours du vieillissement. À partir des années 1950, ces politiques portent sur les conditions de vie après la retraite, puis sur la dépendance et la perte d'autonomie, cette seconde notion se substituant peu à peu à la première. Quelques décennies plus tard, elles vont inclure l'alimentation à ce projet individualisé du « bien vieillir ». Du point de vue de la prise en charge de la prévention, celle-ci va peu à peu passer de l'État aux collectivités locales, elles-mêmes déléguant des missions aux associations. Ceci soulève la question des modalités de la mise en marché et en concurrence des dispositifs de prévention, mais aussi la manière dont cette prise en charge va contribuer à la redéfinition de la prévention.

1.1. Quels modes de vie à partir de la retraite, selon les politiques d'État ?

Les chercheurs en sciences sociales s'accordent sur le fait que le premier document de politique publique abordant les conditions de vie au cours du vieillissement, et plus particulièrement après le passage à la retraite, est le « rapport Laroque » (Laroque & Haut Comité Consultatif de la Population et des Familles, 1962), publié en 1962 et rédigé par le conseiller d'État Pierre Laroque, qui avait également contribué à la création de la Sécurité sociale en 1945 (Ennuyer, 2007 ; Grand, 2016 ; Giraud & Bihan-Youinou, 2022). Comme dans d'autres documents traitant du vieillissement de la population française, le sujet est traité comme un problème, auquel il faut apporter des solutions (Ennuyer, 2020). Le problème est économique – les retraites et les soins à apporter aux personnes âgées augmentent si cette population augmente, a fortiori si elle vit de plus en plus longtemps – et soulève également des questions de modes de vie : quel mode de vie souhaite-t-on à partir de la retraite ?

[7] Nous utilisons les termes « personnes âgées » lorsqu'il s'agit de décrire les politiques publiques et les acteurs, notamment associatifs, qui emploient ce terme, et « personnes vieillissantes » lorsqu'il s'agit d'adopter une approche en termes de processus de vieillissement.

Le rapport Laroque met spécifiquement en avant l'enjeu, éthique, du maintien des personnes âgées dans la société, rompant ainsi avec l'idée centrale jusqu'alors de l'institutionnalisation des personnes âgées n'ayant ni les ressources financières suffisantes, ni la descendance à même de s'occuper d'elles (Ennuyer, 2007).

Comment en est-on arrivé là ? Jusqu'au début du XX^{e} siècle, l'aménagement de la fin de vie repose en majeure partie sur la gestion des propriétés intrafamiliales, pour ceux qui en possèdent ; le viager et l'adoption constituent alors les seules autres solutions économiques de maintien au domicile pour les personnes vieillissantes (Fauré & Sédillot, 2022). Les personnes âgées qui n'avaient pas de solution intrafamiliale pouvaient néanmoins recevoir une maigre aide financière, gérée via les institutions religieuses à la veille de la Révolution française (bureaux de la charité, sœurs de la Charité), puis reprise par les collectivités locales au tournant du XX^{e} siècle (Fauré & Sédillot, 2022). En effet, la loi d'assistance sociale promulguée le 14 juillet 1905[8] va rendre obligatoire pour les municipalités et les départements l'assistance aux « vieillards, infirmes et incurables », c'est-à-dire notamment l'obligation de recevoir gratuitement les personnes âgées d'au moins 70 ans ayant peu de ressources, ou de leur verser une maigre somme. Pour Christophe Capuano, la mise en œuvre de cette loi témoigne d'une obsession portée sur les dépenses. Les dépenses publiques augmentent avec le nombre croissant de personnes vivant en institution, dans un contexte d'inflation des prix de l'alimentation. Ainsi, le thème de l'« encombrement asilaire » va émerger à partir des années 1870 et demeurer dans l'agenda politique jusqu'à l'après-Seconde Guerre mondiale (Capuano, 2021b).

Dans le même temps, la conception de la retraite comme « récompense » des années de travail va prendre le pas sur l'idée d'une protection contre l'invalidité (Guillemard, 1986 ; Caradec, 2008). Anne-Marie Guillemard aborde l'histoire sociale des politiques de la vieillesse comme la conséquence de l'émergence des premières caisses de retraite, prises en charge en premier lieu par les acteurs de la société industrielle, organisations ouvrières et patronales (Guillemard, 1986). La question des conditions économiques de la vie après le travail émerge alors dans un contexte d'industrialisation, qui impose de nombreux changements sociaux et où la condition des travailleurs de cette société en mutation est économiquement précaire (Castel, 1998). En 1910, le système de retraite, jusqu'alors décidé branche par branche, va être généralisé pour les travailleurs les plus pauvres (Pigenet, 2008). Le rapport de force entre le salariat et le patronat, modéré par l'État, se poursuit et aboutit en 1945 à un régime de retraite unique.

[8] https://francearchives.gouv.fr/fr/findingaid/084c32ea3d8ca15a7d6dede49bf62ab305b9366a Page consultée le 4 février 2025.

Pour Guillemard et al. (1988), la Commission Laroque, puis le rapport qui en découle, augurent une seconde période de politique de la vieillesse, car c'est à partir de ce moment que l'État prend le relai des acteurs sociaux pour gérer la politique du vieillissement. La volonté éthique du rapport Laroque, du maintien des personnes âgées dans la société, justifie le renforcement de dispositifs ayant pour but, pour ces dernières, de vivre à leur domicile le plus longtemps possible. Ainsi, la Commission et le rapport Laroque marquent une évolution, depuis une politique centrée sur la retraite d'une part et sur les « vieillards » indigents d'autre part, vers une politique prenant pour objet les modes de vie des personnes âgées et redéfinissant par là même la gestion des rapports entre vieillesse et société (Guillemard, 1986 ; Alvarez, 2014). Ce rapport va entraîner des mesures telles que la structuration de dispositifs d'aide à domicile, la création de foyers-logements pour les personnes âgées et des actions d'éducation pour la santé (Caradec, 2008 ; Alvarez, 2014). Bien qu'elle soit présentée comme un tournant dans la manière de penser le vieillissement, cette évolution des représentations concernant les modes de vie des personnes âgées se traduit peu en actions concrètes ; Guillemard et al. le qualifieront de « contribution idéologique et normative » (1988, p. 130).

1.2. Des personnes âgées « dépendantes », « vulnérables » et « fragiles » appelées à agir sur leur sort

1.2.1. Une médicalisation de la gestion publique du vieillissement

Au cours des années 1970, la question des coûts du vieillissement pour la société demeure centrale, dans un contexte de crise pétrolière et d'inflation. Ces préoccupations économiques vont faire évoluer les politiques du vieillissement, en intégrant, à partir de cette période, les médecins gériatres à leur définition, en même temps que se développe le secteur du soin aux personnes âgées (Alvarez, 2016). Tout d'abord, en 1970, la loi de réforme hospitalière va distinguer les personnes handicapées des personnes âgées de 60 ans et plus dans leurs modes de prise en charge, entraînant une segmentation des structures et une naturalisation des différences sociales liées à l'âge (Barthe et al., 1988 ; Alvarez, 2016). Puis, le terme de « dépendance » va apparaître pour la première fois dans un rapport public, intitulé « L'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes », produit par l'Assemblée nationale en 1979 (Arreckx, 1981). Le concept de « dépendance » émerge d'une nouvelle articulation des politiques publiques, centrées sur la médecine.

Pour Hélène Thomas (2005), la catégorie « dépendant » repose sur l'existence de dispositifs d'assistance propres aux personnes âgées. Ceux-ci sont de deux types :

- L'hospicialisation d'une part, c'est-à-dire « l'assistance et le contrôle social total des personnes âgées dans leur vie quotidienne, à leur domicile ou en établissement » ;
- L'hospitalisation d'autre part, car que le vieillissement devient une forme de pathologie, grâce à l'invention d'une « clinique du vieillard ».

Ces dispositifs témoignent de la médicalisation de cette période de la vie, entraînant une « protection rapprochée » à l'endroit des personnes âgées (*ibid*.). Le terme de « dépendance » est alors décrit comme une perte de fonctions physiques des personnes, qui ne sont plus capables d'assurer elles-mêmes les actes de la vie quotidienne. En 1997, la dépendance est définie dans la loi « comme l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou requiert une surveillance régulière » (Loi n° 97-60, 24 janvier 1997).

Jusqu'alors, il était question d'invalidité, et tandis que ce terme définissait l'incapacité à travailler, le concept de dépendance marque un tournant : il va déplacer le domaine où s'inscrivent les « pertes » de capacités, depuis la sphère professionnelle vers la sphère de la vie quotidienne (Capuano & Weber, 2015).

La notion de « perte d'autonomie » émerge à la suite de celle de la « dépendance ». La prestation d'autonomie est mise en place en 2001 et va concrètement signer l'avènement de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) (Loi n° 2001-647, 2001). Puis, la Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées va notamment permettre la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la doter d'une nouvelle ressource financière, la « contribution solidarité pour l'autonomie ». Celle-ci est initialement abondée par des contributions nouvelles sur les salaires et les revenus du capital, en contrepartie de la suppression d'un jour férié. Elle a pour but de financer des actions en direction des personnes handicapées et des personnes âgées « dépendantes » (Priou & Demoustier, 2023, p. 3).

La définition donnée à la perte d'autonomie, dans l'Arrêté du 13 mars 1985 est la suivante : « impossibilité pour une personne d'effectuer certains actes de la vie courante dans son environnement habituel » (Arrêté du 13 mars 1985 relatif à l'enrichissement du vocabulaire relatif aux personnes âgées, à la retraite et au vieillissement., 1985). Bernard Ennuyer (2013) et Vincent Caradec (2020) mettent en avant le fait que cette dernière notion pose, tout comme la définition de la dépendance, l'incapacité à effectuer des actes de la vie quotidienne comme élément central. Il s'agit donc dans les deux cas de venir en aide à cause d'incapacités à faire. Le fait d'avoir actuellement une

politique de l'autonomie s'adressant à toutes les personnes âgées à partir de 60 ans sous-entend que celles-ci sont déjà plus ou moins dans cette situation de perte de savoir-faire (Ennuyer, 2020).

C'est donc une vision déficitaire de la vieillesse, avec un déficit qu'il faut tenter de compenser le plus longtemps possible, qui s'impose. Selon Stéphane Alvarez (2016), cette vision s'impose, car c'est celle qui va le mieux répondre aux exigences de gestion d'un État faisant face à une augmentation des dépenses sociales liées à la santé. En médicalisant la vieillesse, les gériatres ont pu être considérés comme des « entrepreneurs politiques » (Frinault, 2009), fournissant des critères objectifs d'évaluation et de prise en charge. En suivant la pensée de Didier Fassin (1998, 2005), nous pouvons appréhender cette politique de maintien en autonomie comme un phénomène de « sanitarisation du social », c'est-à-dire une « traduction sanitaire » du problème de société identifié concernant le vieillissement, qui concerne plus particulièrement les modes de gestion des personnes âgées.

1.2.2. La « vulnérabilité » et la « fragilité » des personnes âgées

Du latin *vulnus, vulneris* (la blessure) et *vulnerare* (blesser), le vulnérable est, selon le dictionnaire Larousse, celui « qui est exposé à recevoir des blessures, des coups », « qui est exposé aux atteintes d'une maladie, qui peut servir de cible facile aux attaques d'un ennemi »[9]. Ce terme, ayant pour synonymes « fragile » et « sensible », a connu un succès et un renouveau considérables au cours des dernières décennies (Martin, 2019). Parce qu'elle part d'une conception biomédicale, la notion de vulnérabilité est beaucoup utilisée dans le secteur de la gérontologie et de la gériatrie, souvent en complément à celle de fragilité. La « fragilité » devient un objet de recherche ; elle va distinguer des personnes âgées en bonne santé de personnes développant plusieurs formes d'incapacités et de dépendances durables dans le temps (Lalive d'Épinay & Spini, 2008, p. 34-35). Un article souvent cité dans ce domaine la définit ainsi : « la fragilité est une notion synthétique pour rendre compte du risque lié à l'âge, ou à l'accumulation, du fait de la maladie, de pertes au niveau de différentes composantes du système physiologique, qui restent inférieures à certains seuils » (Fried et al., 2004). Dans cette vision, la « fragilité » qui caractérise les personnes dans la fin de leur vie, affecte les individus de manière variée, et la « dépendance » peut être considérée comme une forme aggravée de fragilité. Les « vulnérables » ou les « fragiles », sont, comme les « dépendants », définis dans cet état à cause de pertes fonctionnelles. Par ailleurs, la fragilité, comme la dépendance, appelle à des mesures de l'état des « pertes », mais tandis que l'état de dépendance se mesure à l'aune de capacités dans la vie quotidienne (à communiquer, à s'orienter, à s'habiller, à s'alimenter…), celui de fragilité est caractérisé

[9] Définition du dictionnaire Larousse, sur le site Internet https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vuln%C3%A9rable/82657. Consulté le 31/01/2025.

par des pertes touchant le corps (perte de force, de masse musculaire, de mobilité, de poids…). Christian Lalive D'Épinay et Dario Spini (2008), mettent en outre en avant l'importance de l'environnement de vie pour comprendre ce que signifie le fait de vivre en étant fragile, et ainsi relier « fragilité » et « perte d'autonomie » : « la fragilité désigne une réduction des réserves au sein de divers systèmes physiologiques et psychologiques de l'individu, diminution associée à l'âge, et qui rend la personne moins apte à assumer les tâches de la vie quotidienne et plus vulnérable devant les défis de l'environnement » (*ibid.* p.35). Enfin, l'environnement social et familial a pu être décrit comme porteur d'une certaine « complexité sociale » susceptible de fragiliser encore plus physiquement ou psychiquement la personne âgée (Thomas, 2005). Au contraire, la qualité des relations avec les proches est un facteur qui explique l'atténuation des effets négatifs des contraintes physiques sur le bien-être subjectif (Olawa et al., 2025). Ces deux visions soulignent l'importance de l'environnement social et des formes de soutien pour appréhender le vécu de l'évolution de la santé par les personnes vieillissantes.

Du fait de ces représentations de personnes subissant de multiples « pertes », les personnes âgées sont minorisées, en matière de pouvoir et de visibilité sociale. Pour Hélène Thomas (2005), c'est le processus d'institutionnalisation, à la fois en institution et au domicile, qui conduit les personnes vieillissantes, pensées comme « vulnérables », à se trouver « assignées à une position protégée de personne sans qualité ». Ennuyer va même plus loin à propos de la caractérisation de personnes âgées « dépendantes » ou « en perte d'autonomie » : il s'agirait d'une manière de créer les conditions pour exclure ces personnes de la société (Ennuyer, 2013). Nous allons voir que cette caractérisation de personnes amoindries dans leurs possibilités d'action et de participation à la société est aussi pensée comme étant réversible.

1.2.3. Réagir en vue de « bien vieillir »

Axelle Brodiez-Dolino (2016), travaillant sur l'emploi du terme « vulnérabilité » dans le domaine du droit, montre que ce concept a emprunté à la psychologie celui de résilience, comme la capacité de l'individu à s'adapter à un environnement changeant. Dans cette perspective, il est possible de sortir de son statut de « vulnérable » en réalisant un travail sur soi. C'est également ce qu'indique le développement de terminologies génériques pour catégoriser les personnes vieillissantes (mais aussi les personnes handicapées, pauvres, immigrées…). Cette catégorisation des personnes âgées date surtout de la période des Trente glorieuses, car auparavant, les représentations de personnes assujetties et indigentes englobaient « les vieillards, les infirmes et les incurables » (Capuano, 2021b). Concernant les personnes âgées, il s'agissait en réalité des plus pauvres, ayant besoin d'une aide financière ou de soin extérieure à ce qu'elles pouvaient recevoir dans la sphère familiale (Brodiez-

Dolino, 2016). Or, « dans un contexte d'idéologie du progrès et d'intégration sociale portées par le Programme national de la Résistance, la Sécurité sociale, les progrès médicaux, la croissance économique, les minima vieillesse, la résorption de la crise du logement ou encore, sur le tard en 1975, la loi d'orientation sur le handicap, il s'agit de repositionner au sein de la société les divers publics en difficulté, désormais explicitement perçus comme relégués à ses marges depuis les révolutions industrielles du XIX^{e} siècle » (*ibid.*). C'est ainsi à l'aune de leur capacité à travailler que les personnes vont être catégorisées. D'où l'émergence de termes englobants, tels les « inadaptés sociaux », appelant à une « réadaptation sociale ». Ainsi les « vulnérables » sont-ils attendus pour agir sur leur sort, afin de sortir de ce statut. À l'objectif premier d'assistance, porté par les institutions, s'ajoute ainsi un travail de sécurisation et de disciplinarisation des personnes âgées, et de leur santé (Thomas, 2005).

En effet, toujours en provenance du secteur de la gériatrie et à partir des années 1960 aux États-Unis, émerge le concept du « vieillir en santé », ou du « bien vieillir » (Gangbè & Ducharme, 2006). Marcellin Gangbè et Francine Ducharme (2006) détaillent les dimensions multiples intégrées à ce concept. Leur revue de la littérature montre que le « bien vieillir » peut inclure tout ou partie des dimensions suivantes : la longévité, la performance cognitive, la satisfaction face à la vie et le sentiment de bien-être, certains traits de personnalité, les ressources personnelles (sentiment « d'autoefficacité », capacité d'adaptation) et les ressources sociales (réseaux de relations, participation à des activités). Dans cette perspective, la solitude, ou l'isolement social, et ce, quelles que soient les définitions qui leur sont données, sont considérés comme un dommage pour la santé des personnes âgées (Schirmer & Michailakis, 2016 ; Guérin, 2018).

Dans un travail proche de celui de la caractérisation du « bien vieillir », Monica Aceti et al. (2019) vont tenter de dessiner les contours de ce que signifie la « forme » des personnes âgées. Dans un contexte d'injonction à prendre soin de sa santé à l'échelle individuelle, émergeant au cours des années 1970 (on parle alors de « vieillir actif »), ces auteurs mettent en avant le manque de facteurs structurels pour définir cette « forme ». Cette vision du vieillir en santé émerge, tandis que l'espérance de vie mais aussi l'espérance de vie en bonne santé augmentent, que les rapports de forces entre les générations changent, valorisant l'autonomie des parents âgés (Caradec, 2008, p. 19) et tandis qu'émerge une distinction entre les 3^{e} âge et 4^{e} âge, entre les personnes âgées plus ou moins fragiles et les « *oldest old* », qui constituent le groupe des personnes les plus âgées (Lalive d'Épinay & Spini, 2008). Ainsi, comme l'expliquent Jean-François Barthe, Serge Clément et Marcel Druhle (1988) dans leur article princeps sur la déprise, la gériatrie intègre la pensée, culturelle, selon laquelle les personnes âgées pourraient mieux vieillir : « La gériatrie s'intéresse tout particulièrement au fonctionnement physiopathologique des corps vieillissants, mais on se préoccupe autant d'assurer la perpétuation

d'une bonne fonctionnalité corporelle que de « maîtriser » les processus de dégradation et d'usure qui affectent l'apparence physique : on voit combien le regard biologique est affecté par un certain point de vue culturel » (Barthe et al., 1988, p. 36).

Nous voyons dès lors comment le concept de « bien vieillir », qui se veut maîtriser les pertes physiques et psychologiques liées au vieillissement, entend ralentir la dépendance et la perte d'autonomie, en mobilisant les personnes âgées elles-mêmes, afin qu'elles se « reprennent en main ».

La médicalisation (Conrad, 1992) des politiques sur le vieillissement résulte donc d'une triple mutation. Tout d'abord, celle de l'émergence de la gestion étatique du moment qui suit l'arrêt de l'emploi, conduisant à la mise en place des caisses de retraite. Ensuite, la transformation d'une politique centrée sur les retraites, vers une politique centrée sur les modes de vie. Enfin, l'utilisation des connaissances en gériatrie afin de gérer les politiques publiques de la vieillesse sous l'angle des pertes de capacités, caractérisées en vue de les pallier, avec l'idée que les personnes âgées, résilientes, vont réussir à sortir de leur situation de « vulnérabilité », pour « bien vieillir ».

Cette vision, d'une personne âgée seule face à ses perte et chargée de les pallier, est relativisée alors qu'émerge un mouvement de refamiliarisation de la gestion des personnes âgées, à travers la reconnaissance institutionnelle de l'« aidant familial ».

1.2.4. Familiarisation, défamiliarisation et renaissance de l'aidant familial

L'étude des politiques publiques a donné lieu à un paradigme d'analyse autour des concepts de familiarisation et de défamiliarisation, comme manière d'envisager la protection des citoyens (Esping-Andersen, 1990). L'arbitrage entre familiarisation et défamiliarisation a été analysé à l'aune d'une vision plus ou moins marchandisée des soins donnés à autrui dans une société donnée (Orloff, 2002). Les politiques publiques de certains pays ont été ainsi décrites en fonction de la plus ou moins grande défamiliarisation des processus de soin (Leitner, 2003). Ces études sont proches, dans leur angle d'analyse, de celles portant sur l'éthique du *care*, s'intéressant aux relations de soins : des soins prodigués au sein des familles et le soin en tant que profession (Tronto, 1993 ; Paperman & Laugier, 2011 ; Molinier, 2020). L'entrée en masse des femmes sur le marché du travail, mais aussi le fait qu'un travail tout au long de la carrière professionnelle est de moins en moins garanti, remettent en question la répartition des tâches domestiques, notamment celle du soin donné aux autres (Saraceno, 2011). La politique « active » des années 1990 va proposer aux personnes en âge de travailler de se tourner quoi qu'il arrive vers un emploi salarié et en parallèle, de maximiser le travail payant, c'est-à-dire d'augmenter la marchandisation des soins donnés (*ibid.).* Des études féministes remettent en question

l'idée d'une citoyenneté accomplie qui passerait exclusivement par l'exercice d'un travail rémunéré, ignorant les rôles des services de soins donnés par ailleurs. Ces soins sont souvent décrits comme des actes cachés, notamment car ils ne sont pas marchandisés et qu'ils ont lieu dans l'espace domestique (Chadeau & Fouquet, 1981). Ce constat a conduit les politiques publiques à reformuler le concept d'autonomie, en y intégrant les interdépendances, mais aussi pour que le soin marchandisé puisse être considéré comme un droit social, car nécessaire aux citoyens. Enfin, c'est cette évolution dans la réflexion sur les besoins de soins des citoyens qui a remis au centre de l'attention le rôle des aidants familiaux.

Une nouvelle notion a émergé en lien avec le vieillissement de la population, appréhendé en termes de problèmes : celle de l'aidant familial ou de proche aidant (Bruno, 2018). Ainsi, avant les évolutions sociétales du XX^{e} siècle (dans un contexte de familiarisation), les soins étaient considérés comme des obligations familiales et ne donnaient pas lieu à une reconnaissance particulière en tant que fonction dans la société. Ils n'étaient pas non plus rémunérés au sein de la sphère familiale. Dans le même mouvement d'institutionnalisation du cours de la vie, concomitant de l'individualisation, le travail domestique de soin, avait un temps été passé sous silence (Capuano, 2021a; Cresson, 2006). Il a depuis les années 2000 ré-émergé dans les politiques publiques, dans un contexte d'inquiétude démographique où la crainte de l'augmentation des personnes dépendantes pose la question du « réservoir d'aidants » (Capuano, 2021a). Les premiers chiffres concernant les aidants des personnes âgées et des personnes en situation de handicap sont publiés en 2001 et en 2002 par la DREES (Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques) (Bruno, 2018). Alexis Ferrand a tenté de comprendre comment se construisait le rôle d'aidant, c'est-à-dire les manières dont les individus en viennent à reconnaître ou pas une personne comme ayant besoin d'aide, et comment ils vont la reconnaître ou non comme devant apporter de l'aide (Ferrand, 2019). Cette réflexion s'inscrit plus largement dans les travaux portant sur le soin profane, développés en premier lieu par Anselm Strauss (1988), Eliot Freidson (1961) et Michel Foucault (1963/2015). Patrick Peretti-Watel (2017) montre que ces travaux renouvellent l'approche sociologique des relations entre médecins et patients, ou entre professionnels et profanes. Les aidants familiaux deviennent des intermédiaires, voire des auxiliaires médicaux, à même d'interagir avec les professionnels de santé et de les assister.

Globalement, les personnes âgées et les aidants sont en responsabilité concernant le maintien en santé et en activité pendant le vieillissement. Des plans d'action vont émerger pour guider ce sur quoi doit porter le maintien ou la remise en activité.

1.3. Les plans nationaux qui vont associer l'alimentation à la prévention du vieillissement

Dans une dynamique de « sanitarisation » des modes de vie, comparable à celle observée autour du vieillissement, l'alimentation – envisagée à travers ses attributs nutritionnels – s'est progressivement intégrée aux politiques publiques de santé. Jean-Pierre Poulain puis Gyorgy Scrinis (Poulain, 2002c ; Scrinis, 2013) ont chacun conceptualisé ce phénomène à travers les notions respectives de « nutritionnalisation » et de *nutritionism*. La « nutritionnalisation », chez Poulain, désigne la tendance à penser l'alimentation dans ses attributs nutritionnels. Il montre que les politiques publiques de la prévention, s'appuyant sur les savoirs en diététique (d'abord la diététique quantitative, puis celle des nutriments, à laquelle on peut ajouter plus récemment la pensée en termes de degrés de transformation), participent à la diffusion et à l'intégration de ces dimensions nutritionnelles dans les normes alimentaires des mangeurs. Ainsi, la pensée diététique peut-elle être articulée avec d'autres approches du « bien-manger » en matière de savoir-faire culinaire, de partage, de plaisir gustatif, etc. (Mathé et al., 2014 ; Poulain, 2009b, p. 561). « Bien manger » pour sa santé peut aussi consister en des analogies qui ne sont pas vérifiées au sens scientifique, comme par exemple le fait de se fortifier en mangeant de la viande rouge (Hubert, 2007, p. 31), renvoyant au principe d'incorporation décrit par les anthropologues, où « l'homme devient ce qu'il mange » (Lévi-Strauss, 1964/2009 ; Douglas, 1966/2005 ; Fischler, 1990/2001). Le concept de *nutritionism* de Gyorgy Scrinis fait quant à lui référence à des représentations de « bons » ou de « mauvais » aliments, réduites à leur composition nutritionnelle. Cette pensée nutritionnelle de l'alimentation est considérée comme une nouvelle forme de légitimation des valeurs, basée sur la rationalité scientifique (Poulain, 2002c).

Hélène Romeyer (2015) montre par ailleurs à quel point la définition large de la santé énoncée dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé en 1946 va façonner les politiques publiques à partir de cette époque : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »[10] Il s'agit d'un élargissement de la notion de santé, hors du champ médical, dans laquelle il moins question de maladie que de bien-être. Le rapport remis en juin 2000 par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) intitulé « Pour une politique nutritionnelle de santé publique : enjeux et propositions » intègre cette définition de la santé et contient les prémices du premier Programme national nutrition santé (PNNS), lancé en 2001 (Romeyer, 2015).

[10] https://www.who.int/fr/about/governance/constitution Page Internet consultée le 27 juillet 2025.

La nutrition, qui y est présentée comme un levier de bien-être par le fait qu'elle permet un certain contrôle du corps, l'inscrit dans une perspective « biopolitique » : « maintenant, il y a des corps et des populations. Le pouvoir est devenu matérialiste. Il cesse d'être essentiellement juridique. Il doit traiter avec des choses réelles qui sont le corps, la vie. La vie entre dans le domaine du pouvoir […] » (Foucault, 1994/2001, p. 1013). L'alimentation devient alors un outil de gouvernement des corps, par lequel les autorités publiques cherchent à réguler, au quotidien, les comportements individuels dans la sphère privée. Cette logique est particulièrement visible dans les dispositifs de prévention ciblant les personnes âgées, où l'alimentation agit comme un vecteur d'une discipline sanitaire diffusée dans l'espace domestique (Cardon, 2015b).

Il est ainsi observé au niveau des politiques publiques et ce, depuis les années 2000, un changement de paradigme, vers l'idée de prévention, qui traduit la volonté de maîtrise des risques économiques et sociaux liés au vieillissement. Ce tournant reflète une représentation négative des personnes âgées, perçues comme un poids pour la société, en raison de leur consommation accrue de soins et de services (Déchamp-Le Roux, 2012).

Au cours des années 2000, deux programmes majeurs consacrés à la prévention en santé des personnes âgées ont vu le jour de manière successive : le premier PNNS en 2001, puis le Programme national « Bien vieillir » (PNBV) en 2003, prolongé par un plan éponyme en 2007. Ils sont portés par le ministère de la Santé et des Solidarités, mais le PNBV inclut aussi le ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille ainsi que le ministère de la Jeunesse et des Sports.

Ces initiatives s'inscrivent dans un contexte international marqué par des dynamiques similaires, comme le programme « *Healthy Ageing* » de l'Union européenne (2004) ou encore le programme « Villes amies des aînés » de l'OMS (Organisation mondiale de la santé), qui encourage la création d'environnements urbains inclusifs pour les personnes âgées.

Dès le premier PNNS, en 2001, les personnes âgées deviennent destinataires de recommandations nutritionnelles spécifiques, centrées sur l'amélioration du statut en calcium et en vitamine D, et sur la lutte contre la dénutrition. Selon Stéphane Alvarez (2016), cette orientation préventive constitue la dernière forme de mise à l'agenda politique de la vieillesse comme problème public. Dès lors, les personnes âgées, considérées comme des personnes à risque pour leur santé, sont appelées à être « informées », « éduquées » et « orientées », via des messages et actions ciblés (ministère délégué à la Santé, 2001).

On observe donc une convergence entre prévention du vieillissement et prévention par l'alimentation, sur les plans économique et éthique. Sur le plan économique, d'une part, car le pivot de ces deux

systèmes politiques, tel qu'il est exprimé dans les sciences sociales, est le moment de l'intensification de la production par le travail : il faut produire des richesses par le travail puis diminuer les dépenses lors de la retraite, et ceci est favorisé par la bonne santé des populations actives. Sur le plan éthique, d'autre part, par l'individualisation de la responsabilité du maintien en santé. Car si les modes de vie en cours pendant le vieillissement sont traités sous l'angle des diminutions des capacités physiques et mentales, il est paradoxalement de plus en plus demandé aux individus vieillissants de prendre soin de leur santé et de leur autonomie (Crignon, 2010), notamment grâce à leur alimentation.

L'annonce du futur Plan national « Bien vieillir » (PNBV) en 2004 par Philippe Bas, alors ministre délégué à la Famille, marque la première utilisation officielle de l'expression « bien vieillir » dans le discours public en France (Alvarez, 2016). Cette notion telle qu'elle est formulée dans le PNBV s'oppose explicitement à celle de « dépendance ».

Le Plan de 2007 reprend certaines notions du PNNS – l'alimentation adaptée et la lutte contre la sédentarité à travers la promotion de l'activité physique – et ajoute un thème qui apparaît comme spécifique aux enjeux du vieillissement : « le maintien d'un lien social intergénérationnel pour réduire l'isolement et l'exclusion » (Aquino, 2008). Ce Plan peut être perçu comme un prolongement de la vision défendue dans le rapport Laroque, qui promeut le maintien des personnes âgées dans la société, et comme un prolongement du processus de médicalisation du vieillissement, articulant la pensée gérontologique aux politiques publiques. En plus de promouvoir l'équilibre nutritionnel, et se distinguant par cet aspect du PNNS, le PNBV intègre la notion de lien social et de diminution de l'isolement social, mais pas encore en lien avec l'alimentation et le repas convivial. Ce lien sera mis en lumière plus tard par Laura Guérin (2018), qui décrit le repas collectif en EHPAD comme représentant un contexte socialisateur fort et utile à la santé dans ce type de politique de prévention.

Enfin, les dimensions nutritionnelles associées au vieillissement seront reprises, dans les mêmes termes, dans le Plan national d'Action de la prévention de la perte d'autonomie, qui paraît en 2015 (Beauduret, 2017).

Si le mouvement de médicalisation du social est antérieur à ces différents Plans, le fait qu'il concerne la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, pour qui les financements portaient jusqu'alors sur la prise en charge des déficits et des handicaps, est nouveau (Déchamp-Le Roux, 2012). S'est ainsi opéré un déplacement, depuis la médicalisation du vieillissement (traiter des maladies), vers sa sanitarisation (maintenir un certain bien-être) (Fassin, 1998 ; Pelchat et al., 2006).

1.4. Le gouvernement, par l'alimentation, des corps vieillissants

1.4.1. L'émergence de normes dominantes à l'adresse des individus vieillissants

Le PNNS, le PNBV et le Plan national d'Action de la prévention de la perte d'autonomie s'inscrivent tous trois dans un mouvement de responsabilisation individuelle (Cardon, 2015b; Alvarez, 2016). La prévention de la dénutrition des personnes âgées, présente dès 2001 avec le PNNS 1, apparaît pour Cardon (2015b) comme étant concomitante des politiques publiques de la prise en charge des personnes âgées à leur domicile. En effet, ces politiques nutritionnelles sont pensées comme participant au maintien à domicile et dans ce sens, s'inscrivent dans la pensée du rapport Laroque (Ennuyer, 2007), puis du « bien vieillir ». Si ce principe a entraîné l'émergence d'une politique de prise en charge à domicile via l'intervention de professionnels concernant l'alimentation, il a également donné lieu à d'autres formes de prévention de la santé des personnes âgées à travers leur alimentation.

La prévention par la responsabilisation individuelle des personnes vieillissantes a été décrite, comme pour d'autres populations, comme une manière de penser issues de positions sociales favorisées. C'est ce que soulignent Monica Aceti et al. (2019), dans leur travail de recherche comparative sur les programmes de santé publique concernant le « bien vieillir ». Les injonctions adressées aux personnes vieillissantes, d'« appel à une responsabilité individuelle par rapport à l'adoption de conduites d'hygiène » correspondent à des dispositions de classes[11] plutôt favorisées. Elles oblitèrent la culture du corps spécifique aux classes populaires, « son ancrage dans les usages et les symboliques d'un corps déjà fonctionnel » (Aceti et al., 2019). Les sociologues du vieillissement, dans le courant interactionniste porté sur le quotidien, vont par ailleurs considérer cette période de la vie comme une suite d'ajustements, notamment du corps. D'autre part, sans parler spécifiquement des personnes vieillissantes et dans une approche basée sur la reproduction des normes sociales, Faustine Régnier et Ana Masullo (2009) montrent une variabilité dans la réception des normes diététiques. Ces normes font référence à des « goûts » alimentaires dans au sens de Bourdieu (1979), qui ne sont pas reçus ni intégrés de la même manière selon les classes sociales. Notamment, les normes présentes dans les recommandations de santé publique correspondent plus à celles des classes sociales supérieures. Cette étude montre que, pour celles-ci, « bien manger », c'est-à-dire selon les recommandations de

[11] Le concept de « classe » est employé lors de la citation d'études y faisant référence. Dans la thèse, c'est plutôt le concept de « position sociale » qui est préféré, pour insister sur les différences de systèmes de relations sociales à l'intérieur de l'espace social. Ce point est spécifié dans la partie 2.5.2.

santé publique, correspond à un certain ordre moral et participe à se distinguer des autres. Ingrid Voléry et Monique Legrand (2012) ajoutent que cette vision de la prévention fonde la protection sociale sur deux représentations, portant d'une part sur les individus vieillissants, d'autre part sur l'aide qu'ils peuvent recevoir :

- « un individu "asexué" qui se doit à lui-même en s'activant et en veillant à préserver sa solvabilité » ;
- « et des "communautés de proximité présentées comme le seul lieu permettant de vieillir dignement" – ce qui, pour les milieux populaires et de plus en plus de classes moyennes, implique le dévouement des conjointes, des filles et des belles-filles » (Voléry & Legrand, 2012, p.27).

Bien qu'il tente d'investir l'espace domestique, le contenu de ces politiques nutritionnelles n'est pas contraignant et ne cherche pas à imposer de l'extérieur une norme décidée par une autorité (Bergeron, 2010). Il vise plutôt à changer de l'intérieur les représentations, les croyances et les attitudes qui seraient source de comportements alimentaires à risques (Bouchayer, 1984). Dans cette perspective préventive, idéalement, il s'agit de « remplacer un style de mangeur, jugé a priori non conforme à l'orthodoxie nutritionnelle et diététique, par un autre style de mangeur, un "mangeur âgé sain" » (Cardon, 2015b). Cette opération est possible dans une visée néolibérale dans laquelle les individus, vus comme des « entrepreneurs » de leur santé, gèrent leur corps et leurs décisions alimentaires (Thanem, 2009).

La prévention de la santé par l'alimentation à l'endroit des personnes vieillissantes part d'une approche centrée sur l'individu, intégrant aussi dans une certaine mesure les proches. Dans une perspective « biopolitique », elle vise à changer les représentations sociales pour agir jusque dans l'espace domestique. Cependant, elle n'intègre pas les différences de construction du rapport entre corps, santé et alimentation selon la position sociale des personnes. Le discours de santé publique est ainsi décrit comme une vision de la santé appartenant aux personnes de positions sociales supérieures. Par ailleurs, comme cette prévention ne distingue pas non plus les rôles genrés de gestion de la santé, par le soin apporté aux autres, elle fait potentiellement porter le travail de soin sur les femmes de positions sociales inférieures et moyennes.

1.4.2. La cuisine et l'alimentation comme moyens de remédier aux maux de la société

La valorisation du « fait maison » tend à responsabiliser les individus face aux dérives supposées de la société. Par ailleurs, la proposition d'activités culinaires se révèle être une réponse à différentes crises, notamment celle d'une certaine identité individuelle et collective qu'il faut réaffirmer, dans un contexte de fragmentation sociale, qui touche les personnes âgées sous la forme de l'« isolement social ».

La cuisine a été décrite comme faisant partie d'un ensemble de pratiques du quotidien, fruit de socialisations et d'un développement de savoir-faire (Giard et al., 1980/2006 ; Kaufmann, 2005 ; Warde, 2016). Elle est aussi pensée depuis les années 1970 comme un travail domestique dévalorisé et dans ce sens, qui ne nécessiterait pas de compétences particulières (Chadeau & Fouquet, 1981 ; Chaudron et al., 1995).

Faire la cuisine est aujourd'hui une activité investie par certains ménages dans une logique de compensation face à des enjeux à la fois sanitaires et environnementaux. Tout d'abord, le « fait maison » s'érige comme une priorité sanitaire, encouragée dans les politiques publiques comme le Programme national nutrition santé 4 (« augmenter le fait maison »), sans qu'il n'y ait pour autant encore beaucoup de preuves, à sa parution en 2020, des liens entre la consommation d'aliments ultra-transformés et effets sur la santé (cette problématique étant, depuis, étudiée de près[12]). Cependant, la représentation du « fait maison » comme liée au « bien-manger » apparaît dans la société, comme en témoigne une étude du CRÉDOC sur les représentations sociales de l'alimentation, régulièrement réitérée (Mathé et al., 2014). L'emploi des expressions « aliments ultratransformés » et « fait maison » est ainsi justifié au nom de représentations sociales jugées partagées dans la société. Il s'agit d'un cas où les représentations sociales de ce qu'ils signifient, à une certaine époque de l'histoire d'une société,

[12] Le texte accompagnant la Note n°35 sur l'alimentation ultra-transformée, de l'Office parlementaire des choix scientifiques et technologiques, paru en 2023, indique : « plusieurs études épidémiologiques concordantes montrent que la consommation d'aliments fortement transformés, dits "ultra-transformés", est associée aux risques de certaines maladies chroniques. Ces associations, qui ne semblent pas résulter uniquement de la composition nutritionnelle des aliments ou d'une surconsommation, tendent à justifier la pertinence du concept d'alimentation ultra-transformée. Cependant, des recherches restent nécessaires pour démontrer la causalité de ces associations, déterminer les mécanismes sous-jacents et, sur ces bases, construire une définition consensuelle et scientifique de l'alimentation ultra-transformée. Pour l'Office, l'état actuel des connaissances appelle néanmoins déjà à la mise en place d'actions préventives de santé publique permettant de réduire la consommation de ces aliments. » https://www.senat.fr/salle-de-presse/communiques-de-presse/presse/cp20230126c.html Page consultée le 26 mai 2025.

prennent le pas sur les savoirs scientifiques et s'inscrivent dans le cadre institutionnel (Bouchayer, 1984, p. 94).

Par ailleurs, le fait de cuisiner selon des pratiques pensées comme plus respectueuses de l'environnement reflète une montée de la légitimité de modes de vie s'inscrivant « hors des lieux et temporalités de l'économie de masse » et visant à réhabiliter un certain « savoir-être » à travers les compétences manuelles (Comby, 2024, p. 75). Dans cette perspective, le fait de consommer des aliments bruts plutôt que transformés est également encouragé par des institutions engagées en faveur du développement durable, telles que l'ADEME : « […] en privilégiant les denrées peu transformées, locales et de saison, il serait possible d'arriver à l'objectif fixé par la Stratégie nationale bas carbone »[13].

Toutefois, cette valorisation de la cuisine n'est pas neutre. Elle s'inscrit dans un processus où les personnes de positions sociales supérieures, cumulant capital économique et culturel, retirent les plus grands bénéfices symboliques à pratiquer la cuisine comme mode d'action face aux enjeux écologiques et sanitaires. Par ailleurs, dans une approche partant des ressources matérielles, si cuisiner devient au XXI^{e} siècle une pratique socialement valorisée, elle l'est surtout pour les groupes sociaux à même d'y consacrer ces ressources (temporelles, spatiales, financières, d'équipement, de savoir-faire) (Bowen et al., 2019). Les ouvrages *Écolos, mais pas trop* (Comby, 2024) et *Pressure cooker* (Bowen et al., 2019), révèlent, chacun à leur manière (l'un étant axé sur les styles de vie et abordant des pratiques choisies, l'autre partant des contraintes du quotidien et mettant en avant la pression engendrée par l'injonction culinaire) une utilisation de l'activité culinaire pour résoudre, à l'échelle du foyer, des « maux » de la société.

Une autre promesse sous-jacente est celle du « vivre-ensemble ». Estelle Masson explore la symbolique du mangeur solitaire en exposant les figures de l'ermite, aspirant par l'ascèse, à se rapprocher de Dieu et du sauvage, ignorant tout des manières de table. Le mangeur solitaire représente la figure de l'exclu, dans un contexte où « culturellement, manger, c'est manger ensemble » (Masson, 2004). Puis, avec Claude Fischler (Fischler & Masson, 2008), elle met en lumière l'ancrage culturel français particulier du partage de la nourriture, par comparaison avec d'autres pays en Europe, et avec les États-Unis. Par ailleurs, l'inscription du « repas gastronomique français » au patrimoine de l'UNESCO depuis 2010 remet en avant le fait qu'un « bon » repas est un repas pris en commun : « Le repas gastronomique met l'accent sur le fait d'être bien ensemble »[14]. Laura Guérin

[13] https://infos.ademe.fr/magazine-fevrier-2023/dossier/alimentation-durable-laffaire-de-tous/ Page consultée le 6 février 2025.

[14] https://ich.unesco.org/fr/RL/le-repas-gastronomique-des-francais-00437 Page consultée le 6 février 2025.

aborde spécifiquement le rôle dédié au repas au cœur de la commensalité des personnes âgées dans le traitement social de la solitude des résidents d'EHPAD. Le repas collectif est intégré dans les recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), comme un dispositif central de plaisir et de convivialité en institution (Guérin, 2018). L'idée de convivialité est associée au « vivre-ensemble ». Ainsi, tandis que « les commensaux peuvent manger les uns à côté des autres, sans un sourire » (Corbeau, 2005), manger en convivialité, selon l'invention de Brillat-Savarin dans *La physiologie du goût* (1925), c'est « le plaisir de vivre ensemble, de chercher des équilibres nécessaires à établir une bonne communication, un échange sincèrement amical autour d'une table ». Manger ensemble, dans l'imaginaire collectif français, met à distance l'isolement et l'exclusion sociale.

Ainsi, cuisiner vise un objectif de normalisation des pratiques qui suit des représentations sociales du « bien-manger » dans un but sanitaire et plus récemment environnemental, partagées surtout en haut de l'échelle sociale, et un objectif de « vivre-ensemble », symbolisé par le partage du repas.

C'est dans ce contexte de prise en main de l'alimentation et, plus particulièrement, de la cuisine à des fins de prévention, que se développent des relais locaux, qui vont tendre à normaliser certains discours et pratiques à travers des dispositifs (Foucault, 1975/2011 ; DiMaggio & Powell, 1983 ; Cardon, 2015b). Car, tout comme pour d'autres sujets de santé publique touchant l'alimentation et entrés en politiques, tels que l'obésité (Poulain, 2009a), la promotion de la santé par l'alimentation chez les personnes âgées a entraîné la mobilisation des collectivités locales. Nous allons voir comment s'est opéré ce transfert du niveau national vers les niveaux régionaux et départementaux.

1.5. Un double transfert : la gestion de la prévention à une échelle locale et sa délégation au secteur associatif

La mobilisation de politiques locales autour du vieillissement, sous l'angle de la prévention de la dépendance, est antérieure à l'émergence de la nutrition en prévention individuelle de la santé, mais elle va peu à peu inclure une politique de prévention de la santé par l'alimentation. Elle prend son origine dans la décentralisation du pouvoir, au tournant des années 80, avec deux lois de 1983 qui ont transféré plusieurs responsabilités, dont l'action sociale et la santé, depuis l'État vers les collectivités locales (Cottin-Marx et al., 2023). À partir de ce moment, ce sont en priorité les départements qui vont prendre en charge la politique de prévention autour du vieillissement à l'échelle locale. Ils vont être complétés et articulés par la suite avec les Agences Régionales de Santé (ARS), créées par la loi du 21 juillet 2009, portant la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires). Cette loi institue la région comme niveau de pilotage de la

politique de santé et de prévention élaborée au niveau national (Alvarez, 2016). Plus récemment, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), en charge de la politique de l'autonomie en France, va déléguer aux départements la gestion des fonds en vue d'organiser la prévention de la perte d'autonomie. Les Commissions (anciennement « Conférences ») des financeurs pour la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA), chargées de coordonner des actions de prévention dans chaque département, voient le jour à partir de 2016[15]. Celles-ci n'agissent pas directement, elles délèguent cette activité à des acteurs locaux : centres sociaux, associations…

Simon Cottin Marx (2019) décrit l'émergence de solutions associatives pour répondre à ces demandes émanant des collectivités publiques, à travers des systèmes d'appels à projets. Les appels à projets ont la particularité de proposer des financements à court terme, conduisant les associations à adopter un processus d'institutionnalisation du secteur : les associations se muent en « entreprises associatives » (Hély, 2009), s'alignant sur les logiques publiques pour obtenir des financements (Cottin-Marx, 2019 ; Chevallier, 2022). Cette évolution met en conflit une logique gestionnaire, celle de répondre efficacement au plus grand nombre d'appels à projets en un temps réduit, et une logique militante des associations, mettant parfois à l'ordre du jour des sujets qui ne sont pas encore pris en compte par les politiques publiques (DiMaggio & Powell, 1983 ; Marival, 2011). Ainsi, dans un mouvement inverse, les interactions entre associations et politiques publiques participent également à l'élaboration de ces dernières, en détectant certains besoins (Laville & Nyssens, 2001). Cette didactique peut également être analysée comme une « traduction », menée par différents types d'acteurs d'un besoin, en solutions (Callon, 1986). Il s'agit en réalité d'une double traduction sociale : d'une part, une opération de traduction du social dans le langage sanitaire, puis, d'une inscription de cette nouvelle réalité dans l'espace public local (Fassin, 1998, p. 14-15 ; Bergeron, 2010). Il s'agit enfin d'une rencontre entre des acteurs ayant des intérêts à la fois communs et divergents, aboutissant à des compromis plus ou moins durables (Crozier & Friedberg, 1977/2014). Les incertitudes quant à la mise en place d'actions sur le terrain engendrent donc potentiellement certains pouvoirs du point de vue des acteurs impliqués (*ibid*., p. 24).

Ces nouvelles missions régionales et départementales publiques ont permis à la fois de structurer l'offre intercommunale sur la perte d'autonomie, de préciser des besoins spécifiques par zone géographique et d'y répondre de manière innovante, mais aussi de mettre sous le sujet de l'« autonomie », une diversité de besoins. C'est à partir de ce moment que l'alimentation va émerger comme un sujet local de santé publique, qui concerne particulièrement les personnes vieillissantes.

[15] https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032112654 Page consultée le 6 février 2025.

1.6. La définition de l'âge des personnes âgées dans ces politiques publiques

L'imbrication des programmes politiques spécifiques aux personnes âgées et ceux de l'alimentation et de la santé sont intéressants à regarder sous l'angle des âges, car cette analyse met au jour des modes de pensée différenciés et qui pourtant coexistent dans les politiques publiques aujourd'hui. La thèse de l'âge comme un marqueur social porte sur la définition de périodes de la vie et d'âges spécifiques, dans une société et à un temps donné. Dans ce sens, les limites d'âge sont normées. Percheron et Rémond (1991) montrent notamment comment les politiques de l'âge, ou selon leur expression, « la police de l'âge », répond à trois préoccupations sociales : l'équilibre et les changements démographiques, le maintien de l'ordre public et de la protection sociale pour tous, et les seuils d'âges administratifs correspondants à des « ayants droits ».

Ainsi, pour définir qui sont les « personnes âgées », les normes sont très variables. Il existe tout d'abord la classe d'âge de l'INSEE des 65 ans et plus, qui a surtout pour objectif de comparer les enquêtes successives menées par cette instance (Ennuyer, 2011). Il y a par ailleurs, nous l'avons vu, l'âge butoir de 60 ans, propre à la branche autonomie, qui fait suite à la loi du 24 janvier 1997, instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes. Comme le soulignent Capuano et Weber (2015), une personne recevant une aide financière pour son handicap bascule ainsi dans la catégorie des personnes âgées dépendantes à partir de ses 60 ans. Ces auteurs montrent également comment la politique qui émerge sur le thème de la perte d'autonomie retient l'âge de 60 ans, quand bien même l'âge moyen de la retraite recule et que les « incapacités résultant de l'âge » apparaissent en moyenne plutôt à partir de 76 ans.

Par ailleurs, si les gérontologues et nutritionnistes spécialisés s'accordent sur une hétérogénéité des conditions de santé des personnes âgées, ils distinguent cependant une augmentation des risques à partir de 70 ans (Ferry, 2010). 70 ans est aussi l'âge qui est retenu aujourd'hui par la Haute autorité de santé (2021), concernant le diagnostic de la dénutrition chez les personnes âgées.

Enfin, les politiques de prévention ont tendance à avancer le moment où il faut s'intéresser au lien entre alimentation et santé ; le PNNS 1 et le PNBV s'adressent à des personnes âgées de 55 ans et plus, estimant qu'en ciblant un âge précédant potentiellement le moment du départ à la retraite, il est possible de promouvoir pour cette population « une vie active et adaptée pour maintenir au plus haut niveau ses performances et ainsi prévenir ou retarder l'apparition de pathologies ou d'incapacités ». Le Plan « bien vieillir » préconise ainsi « à tout âge et plus encore entre 55 et 75 ans, d'adopter des conduites favorables au "bien-vieillir" » (Escalon & Beck, 2010).

Ainsi, l'âge à partir duquel les individus sont considérés comme appartenant à la catégorie des personnes âgées a pu être perçu comme une norme purement conventionnelle et administrative, mais aussi comme un moyen de traiter les citoyens « âgés » de manière égalitaire, comme des « ayant droits » (Percheron & Remond, 1991). Ces âges butoirs différents peuvent enfin être envisagés comme les sédiments des politiques sociales de retraite et de modes de vie abordés dans cette partie, comme des manières différentes d'approcher le sujet du vieillissement (par l'arrêt du travail, par l'augmentation du risque pour la santé, à court ou à long terme…). Ils sont une preuve de la difficulté à définir de manière univoque ces personnes que l'on cherche à atteindre et à mobiliser à travers ces politiques publiques.

Les politiques publiques relatives à la retraite et au vieillissement ont évolué au fil du temps, passant d'une logique d'assistance institutionnelle à une approche centrée sur le maintien à domicile, en autonomie. Cette évolution a impliqué une traduction sanitaire des problèmes de société identifiés à l'égard du vieillissement, en adoptant une vision médicale de la vieillesse, souvent interprétée à travers les pertes physiologiques, donnant lieu à la définition de personnes âgées « fragiles ». Cette approche englobe plus largement les pertes de capacités dans la vie quotidienne, à travers les termes de « dépendance », puis de « perte d'autonomie ». En conséquence, les personnes âgées sont souvent considérées comme amoindries dans leurs possibilités d'action et de participation à la société, et assignées à la catégorie des « vulnérables ». Par le biais du concept de « bien vieillir », elles sont encouragées à sortir de leur « vulnérabilité », sur la base de l'idée qu'elles peuvent être résilientes et pallier leurs « pertes », en premier lieu physiologiques.

La prévention de leur santé par l'alimentation se fonde principalement sur une approche centrée sur l'individu, intégrant aussi dans une certaine mesure les proches. Dans une perspective « biopolitique » (Foucault, 1975/2011 ; Romeyer, 2015), elle vise à changer les représentations sociales pour agir jusque dans l'espace domestique, sans forcément considérer l'hétérogénéité des manières de penser la santé en lien avec le corps et l'alimentation. Le discours de santé publique a été décrit comme porté majoritairement par les personnes de positions sociales supérieures (Aceti et al., 2019). Par ailleurs, cette prévention ne distingue pas les rôles genrés de gestion de la santé, qui se traduisent par le soin apporté aux autres, faisant potentiellement porter ce travail de soin sur des femmes de moindres positions sociales.

Les programmes nationaux PNNS et PNBV ont intégré l'alimentation et le maintien de liens sociaux dans l'approche préventive du vieillissement en France. Ils tentent de répondre à certains maux de la société : une société décrite comme étant en crise sanitaire, environnementale et en perte de liens

sociaux. Ainsi, faire à manger vise un objectif de normalisation des pratiques qui suit des représentations sociales du « bien-manger », partagées surtout en haut de l'échelle sociale, et un objectif de « vivre-ensemble », symbolisé par le partage du repas en convivialité.

Concrètement, des dispositifs de prévention financés à un niveau majoritairement régional et départemental sont mis en place localement, notamment par des associations. Ceci soulève trois questions qu'il nous faudra explorer : celle de la mise en concurrence des acteurs de la prévention, mais aussi celle de la traduction des politiques par les différents acteurs sociaux, enfin, l'effet de la réponse associative sur l'évolution des appels à projets.

Finalement, cette entrée en matière soulève de premiers questionnements : comment les personnes vieillissantes perçoivent leur mode de vie et le rôle que peut avoir leur alimentation pour leur santé, leur bien-être ? Comment s'approprient-elles les politiques qui les concernent, et plus particulièrement les dispositifs de prévention ? Afin de monter en compréhension, nous allons entrer plus en détail dans l'analyse sociologique de certains objets : le vieillissement, le changement alimentaire et la prévention par l'alimentation à l'endroit des personnes vieillissantes.

2. Les évolutions des manières de penser le vieillissement, et la santé au cours du vieillissement

La sociologie du vieillissement s'est développée en réponse aux défis posés par l'allongement de l'espérance de vie et par la question morale du « bien vieillir » dans les sociétés contemporaines. Nous allons aborder comment la vision du vieillissement s'est déplacée, depuis le paradigme structuro-fonctionnaliste, vers une compréhension du vécu des personnes vieillissantes elles-mêmes. Ceci, pour comprendre ce qui change spécifiquement dans leur rapport au monde, ce qui en somme les caractérisent comme des personnes vivant la dernière partie de leur vie. Ces approches sont à mettre en regard des politiques publiques à l'égard des personnes âgées, pour montrer que les changements en cours n'y sont pas décrits de la même façon.

2.1. Les intérêts et limites des premières théories sur le vieillissement

L'émergence de la sociologie du vieillissement s'inscrit dans un contexte où la question de la gestion de la fin de vie prend une place croissante dans les politiques publiques. Au XIX^{e} siècle, l'augmentation de l'espérance de vie et la baisse du taux de natalité conduisent à un intérêt accru pour les maladies liées à l'âge. Au XX^{e} siècle, les premières réflexions sociologiques sur le vieillissement émergent, parallèlement à la modernisation de la société et à la remise en question des institutions. L'industrialisation rapide et l'évolution des formes d'emplois, avec l'émergence du salariat, font que la productivité se trouve valorisée et que les aînés ne vivent plus forcément avec leurs enfants. Cette rupture dans les structures familiales et sociales suscite l'intérêt des sociologues, qui cherchent à comprendre la place des aînés dans cette société en transformation, et ce, dans une perspective plus large visant à comprendre les évolutions des structures sociales et des inégalités. Le vieillissement devient alors un objet d'étude. Parallèlement, dans les années 1950-1960, émerge la gérontologie. Interdisciplinaire, elle se concentre sur l'étude du vieillissement sous différents angles (médical, économique, social).

Le processus de vieillissement y a tout d'abord été appréhendé sous l'angle d'une évolution de rôles sociaux au fil de l'avancée en âge. L'ouvrage *Growing old* de Cumming et Henry (1961/1979) est considéré comme le texte fondateur de la théorie du désengagement aux États-Unis (Hochschild, 1975). Il paraît en 1961, soit dans une période où le structuro-fonctionnalisme domine la pensée sociologique et cherche à comprendre le vieillissement comme un phénomène social. Selon cette perspective, le vieillissement est pensé comme un retrait naturel et nécessaire, permettant aux plus jeunes générations de devenir actives dans la société. Cette théorie repose sur neuf postulats, dont un stipule que le désengagement s'opère d'un commun accord entre la société et la personne vieillissante. Il s'agit aussi d'un désengagement réciproque : l'individu opère une mise à distance de la société, quand, dans le même temps, la société réduit les attentes à son égard (Guillemard, 2022). Cette théorie associe donc le vieillissement aux pertes des capacités à interagir avec le reste de la société. Elle a été critiquée dès les années 1970 pour son approche déterministe et normative (Hochschild, 1975). Sa dimension universalisante a également été remise en cause, notamment par des travaux montrant que les personnes vieillissantes maintenaient, sous diverses formes, des engagements sociaux (*ibid.*). Par ailleurs, les personnes âgées semblent, à travers le prisme du désengagement, n'avoir aucun pouvoir pour changer le cours des choses, à partir du moment où la société ne veut plus d'elles (Barthe et al., 1988). Si elle est controversée rapidement après son élaboration, la théorie du désengagement demeure néanmoins la première tentative d'analyse des

enjeux sociaux propres au vieillissement. Par ailleurs, elle présente l'intérêt de poser les rôles sociaux comme un enjeu décisif du vieillissement.

À la même période, le vieillissement commence à être pensé comme pouvant être plus ou moins « réussi ». Cette pensée fait écho à l'intégration de la gériatrie aux politiques publiques, qui décrit des pertes physiologiques inhérentes au vieillissement du corps, pertes à ralentir ou à pallier. C'est dans ce contexte que va émerger la théorie dite de l'activité (Havighurst, 1961).

Inspirée des travaux de la psychologie du développement, cette approche repose sur l'idée que le développement humain dépend de la maturation biologique, de la culture et des choix personnels. Elle met ainsi l'accent sur les interactions entre l'individu et son environnement social et culturel. La théorie de l'activité s'articule autour de trois principes :

- « Bien vieillir » implique de maintenir un certain engagement social ;
- La participation active à la société permet un sentiment de bien-être de la part des personnes vieillissantes ;
- Contrairement à la théorie du désengagement, celle de l'activité suggère que le retrait de la société pourrait être nocif, tant pour l'individu que pour la société.

Dans la théorie de l'activité, l'adaptation due au vieillissement consiste à substituer aux rôles perdus de nouveaux rôles, de manière à maintenir une insertion et un statut social satisfaisants *(ibid.).* On voit donc comment la théorie de l'activité, tout comme celle du désengagement, est en prise avec une réflexion sur le vieillissement comme une période particulière du cours de l'existence, qui suit le passage à la retraite et pose la question du rôle des individus dans la société. Pour illustrer le contexte d'émergence des premières théories sur le vieillissement, comme étant le fruit de certains changements sociétaux en cours dans la même période, touchant à la manière de considérer le vieillissement sous un angle sanitaire, ainsi que de la prégnance de courants sociologiques qui mettent l'accent sur la stabilité et l'ordre social, nous proposons la figure 1 ci-après.

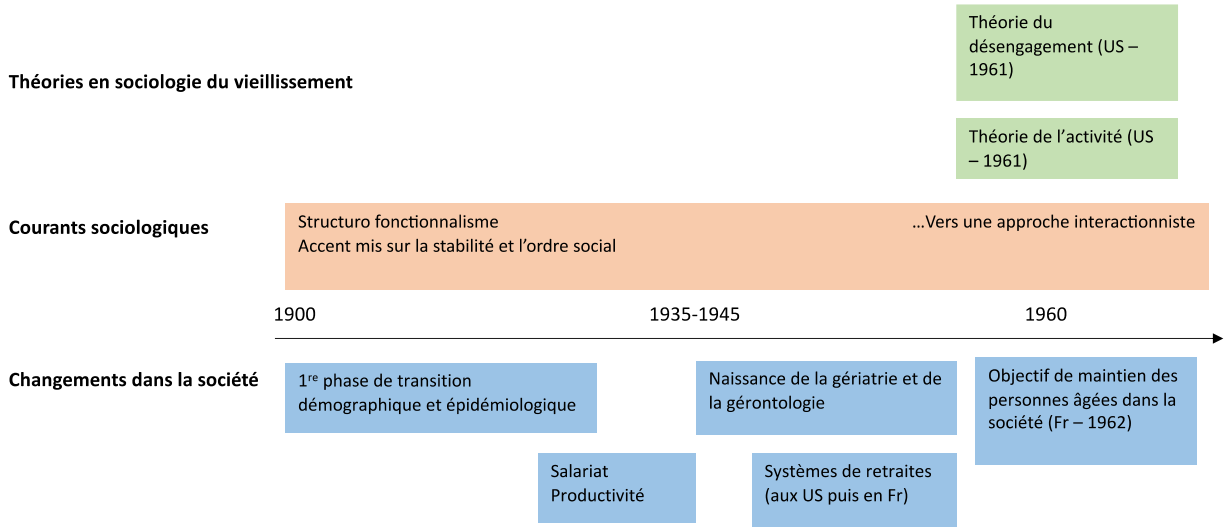


Figure 1 : Contexte d'émergence des premières théories sur le vieillissement

Plus tard, Paul et Margret Baltes développeront la théorie du « vieillissement réussi » (Baltes & Baltes, 1987/1990), qui s'inscrit dans une approche du cours de la vie (*lifespan*, *lifecourse*) en psychologie du développement, et décrit le vieillissement sous forme de gains et de pertes. Cette théorie distinguera trois types d'aménagements, entre « sélection », « optimisation » et « compensation » :

- La sélection de certaines activités importantes aux yeux des personnes vieillissantes ;
- L'optimisation pour développer au mieux les activités conservées ;
- La compensation, qui permet de pallier des déficiences (avec des aides techniques ou sociales) (Freund & Baltes, 1998).

Ainsi, au-delà de la psychologie du développement, cette théorie est influencée par les connaissances en gérontologie et en sociologie. On y retrouve en effet, comme dans la théorie de l'activité, l'idée de maintenir des activités comme source de bien-être. Cependant, en plus, est intégrée une dynamique de changement, visant à conserver ou à adapter ce qui compte le plus pour les personnes vieillissantes. Cette manière de considérer le vieillissement s'inscrit dans un contexte de « modernité », postulant une certaine réflexivité de la part des individus sur leur vie (Giddens, 1995). Elle s'inscrit aussi dans le courant de l'interactionnisme symbolique[16], qui se développe aux États-Unis dans les années 1950, puis en France. Derrière ces termes, il y a l'idée que la société, et par extension le vieillissement peuvent être appréhendés comme un processus se construisant sans cesse à travers les actes et les interactions entre les personnes. L'interactionnisme symbolique va aussi, dès ses prémices, avec les

[16] Expression employée par Blumer, dès 1937.

travaux de George Herbert Mead, introduire la notion de symbole, entendue comme un système de significations, inhérent à tout acte d'interaction (Mead, 1934/1985). Ainsi, c'est à travers ce prisme que le vieillissement va être pensé sous ses formes quotidiennes d'une part, mais aussi en mettant en avant l'importance de l'identité, à l'œuvre, lors des interactions sociales. Le développement de cette sociologie du vieillissement coïncide avec l'émergence d'une sociologie française portée sur le processus d'individualisation, avec les travaux notamment de François De Singly (2016) et de Raymond Boudon (2002), et d'une sociologie de l'individu, mettant en avant le rôle prépondérant de la socialisation (Martuccelli & Singly, 2012).

2.2. L'émergence du concept de déprise, ses formes et ses évolutions

Dans ce contexte français de la sociologie, le concept de déprise va venir critiquer et compléter la théorie du désengagement (Barthe et al., 1988). En effet, auparavant, les études sur le vieillissement ont eu tendance à considérer la vieillesse comme un état statique et non comme un processus (Lalive d'Épinay et al., 2005a, p. 143). Les fondateurs du concept de déprise présentent le vieillissement comme un processus dynamique, au sein duquel les personnes âgées font preuve d'agentivité pour s'adapter aux évolutions, intérieures et extérieures à eux-mêmes, de leur quotidien. Le résumé de l'article princeps présentant le concept de déprise débute par la phrase suivante :

> « Comme n'importe quel acteur social, les personnes âgées mettent en œuvre diverses sortes de tactiques (on ne préjuge pas que leurs pratiques sont le fruit d'une élaboration consciente ou l'adaptation de routines) pour affronter les difficultés de la vie quotidienne. » (Barthe et al., 1988, p. 1).

On comprend dès lors comment le concept de déprise décrit les personnes âgées comme actrices, à même de réaliser des adaptations au fil des difficultés rencontrées pendant le vieillissement. Dans cette première description, deux aspects ressortent : 1) les tactiques d'adaptation des personnes âgées sont plus ou moins le fruit de réflexions conscientes, 2) ces tactiques viennent répondre à un besoin d'adaptation, face à des difficultés. L'article met par ailleurs en avant les limites inhérentes à la sociologie du vieillissement jusqu'alors : penser le vieillissement uniquement en termes de classes d'âges, ou sous l'angle de la retraite (*ibid*. p.36). Caradec (2018) dira d'ailleurs de ses premiers travaux, menés à cette période et portant sur des moments de transition, tels que la retraite et le veuvage, qu'ils étaient limitants. Ils ne permettaient pas d'appréhender des transformations plus « souterraines » en cours pendant le vieillissement, tels que des changements du corps et

l'appréhension du temps et de l'espace. Ces classements de la vieillesse, en termes d'âges ou d'activité professionnelle, entrent en effet plutôt en premier lieu dans la catégorie du droit. Les fondateurs du concept de déprise insistent pour dire que le vécu du vieillissement est autre. Un second écueil serait de considérer l'âge comme un déterminant biologique de dégradation, tandis que les études menées en gériatrie montrent l'hétérogénéité de l'évolution biologique des corps vieillissants (*ibid.* p.36). Enfin, le fait de « reléguer » toutes les personnes dans la catégorie « âgées » à partir d'un certain âge appuie l'idée d'une disqualification de celles-ci, par comparaison avec la population active. Cette image négative postule que la personne âgée demeure dans un état physique et mental stable, ou régresse, tandis que la société moderne, elle, évolue rapidement (*ibid.* p.36). Pour Barthe, Clément et Drulhe, « cet étiquetage implique un rapport d'extériorité » (*ibid.* p.37). Au contraire, le concept de déprise va viser à comprendre le vieillissement depuis le point de vue des personnes vieillissantes. Les auteurs expliqueront plus tard que l'idée de la déprise est venue au cours de l'analyse des résultats d'une étude longitudinale, menées auprès de personnes âgées en Haute-Garonne. Dans cette analyse, les facteurs subjectifs de santé apparaissaient comme plus déterminants pour prédire la mortalité que les facteurs objectifs de santé (Clément et al., 2018).

Un autre aspect de la déprise est qu'elle aborde la conservation de l'identité, construite pendant le cours de l'existence. Ainsi, l'évolution des activités en cours de vieillissement va viser à maintenir l'identité et ceci passe en priorité, d'une part, par les relations aux autres (Clément et al., 2018), d'autre part, par certaines résistances (ne pas abandonner une activité, une relation…), démontrant un certain contrôle exercé sur sa vie (Drulhe et al., 2007). Ce maintien d'identité induit la préservation d'une certaine familiarité avec le monde, en termes d'espaces et de temporalités (Caradec, 2007). En parallèle, le vieillissement est aussi une période où se développent des « identités potentielles » (Caradec, 2014), donnant lieu à l'initiation ou au renforcement de certaines activités et relations.

Depuis sa création, le concept de déprise à fait l'objet de critiques, de nuances et de spécifications. Une première critique adressée porte sur le manque d'explications sur sa spécificité, celle de se centrer exclusivement sur le vieillissement (Caradec, 2018). Cette réflexion a amené d'autres chercheurs à produire des typologies sur les formes et parcours possibles de la déprise au cours du vieillissement. Dans l'*Épreuve du grand âge*, Caradec (2007), va notamment décrire cinq types de déclencheurs :

- Les problèmes de santé ;
- La fatigue ou le manque d'envie ;
- La raréfaction des « opportunités d'engagement » ;
- Les interactions avec autrui (proches ou anonymes) ;
- La conscience accrue de sa finitude.

Cette classification spécifie les déclencheurs internes et externes en cours lors du processus de vieillissement, tandis que la définition première s'attachait exclusivement aux déclencheurs internes. Elle inclut de fait l'environnement physique et social. Les créateurs du concept vont par la suite revenir sur ce point et intégrer eux aussi les changements dans les relations sociales au processus de déprise (Clément et al., 2018). Dans ce sens, la déprise prolonge la théorie du désengagement, mais en laissant ouvert le sens des engagements et des désengagements en cours. Par ailleurs, les types de changements opérés pendant la déprise ont pu être classés, entre « l'adaptation, l'abandon et le rebond » (Caradec, 2007). À la manière de Michel de Certeau (1980) s'agissant des pratiques quotidiennes, Isabelle Mallon (2005) va différencier les déprises « stratégiques » (l'entrée précoce en maison de retraite relève d'une anticipation, clé de l'adaptation au vieillissement), des déprises « tactiques », qui relèvent d'une moindre anticipation. Le fait que d'autres chercheurs, à l'intérieur et hors du champ de la sociologie, discutent, précisent et critiquent le concept, surtout à partir des années 2000, témoigne d'un retentissement de la déprise dans les modèles d'analyse du vieillissement (Meidani & Cavalli, 2018).

Une critique, formulée notamment par les concepteurs eux-mêmes (Clément et al., 2018), va porter sur le préfixe négatif « dé- ». En effet, le mot « déprise » concernant le vieillissement proviendrait du concept de « déprise agricole », décrivant le retrait ou l'abandon des terres agricoles et des activités relatives, dans certaines régions (*ibid.*). D'autres formulations sont venues enrichir le concept. Notamment, Caradec va peu à peu décrire le vieillissement comment un processus permettant un certain maintien de « prises » sur un monde devenant étrange. Il y distingue alors quatre registres et quatre enjeux :

- Le processus de déprise des activités, qui se trouve associé à l'enjeu de la conservation de « prises » sur le monde ;
- Le phénomène d'étrangeté croissante du monde, qui pose la question du maintien d'espaces de familiarité avec lui ;
- Les tensions de l'identité (entre « devenir vieux », « être vieux », « être » et « avoir été »), renvoyant à la manière dont les personnes très âgées cherchent à préserver le sentiment de leur propre valeur ;
- Le développement des limitations fonctionnelles et du besoin d'aide, qui pose la question du maintien du pouvoir de décider par soi-même (Caradec, 2014).

Ainsi, contrairement à la théorie de l'« optimisation sélective avec compensation » décrite plus haut, la déprise ne cherche pas à décrire un vieillissement « réussi », mais plutôt à en comprendre le processus. En outre, elle met davantage l'accent sur les difficultés rencontrées par les personnes âgées dans l'environnement physique et social (Caradec, 2018).

Une dernière critique formulée à l'encontre du concept de déprise est son approche trop centrée sur les aspects internes au vieillissement et son manque de prise en compte du contexte socioculturel. Le concept a ainsi évolué, en intégrant des dimensions contextuelles et en s'inspirant de concepts tels que les « épreuves » et les enjeux de pouvoir sur le monde. La déprise se fait ainsi plus nuancée et permet une meilleure appréhension des inégalités sociales et des défis contemporains du vieillissement. Caradec va ainsi commencer à décrire le vieillissement en termes d'épreuves. Le concept d'« épreuves » prend son origine dans les travaux de Danilo Martuccelli (2006), sur l'individualisation dans la société contemporaine. Selon Martuccelli, les sociétés façonnent les individus à travers les épreuves qu'elle leur impose. Vue sous cet angle, l'une des conséquences de la longévité accrue est d'exposer les individus à de nouvelles épreuves. Une épreuve est définie comme une tension vécue individuellement du fait des structures et des exigences du monde social. Ce concept permet ainsi de mieux inscrire le processus de vieillissement dans un contexte social particulier (Caradec, 2014). C'est le même constat que posent Aceti et al. (2019), s'agissant de la variabilité des vieillissements en Europe, en fonction des contextes socioculturels dans lesquels ils se vivent. Cette manière d'aborder le vieillissement intègre des problématiques contemporaines, telles que l'« âgisme », ou les « vulnérabilités ». Elle permet par ailleurs de mieux comprendre les ajustements opérés, en fonction de ressources acquises auparavant et de celles qui sont disponibles au moment où s'opèrent les ajustements. Le concept d'épreuve permet, tout comme celui de déprise, d'éviter de considérer le vieillissement comme un état figé, celui d'un être devenant vulnérable à partir d'un certain âge. Il permet plutôt d'envisager le fait que certaines épreuves vécues au cours de la vie, notamment au cours du vieillissement, vont rendre les individus plus ou moins vulnérables (Meidani et al., 2024).

L'entrée par la déprise ou par les épreuves du vieillissement ne se substitue pas aux étapes de changement définies à travers le concept de cycle de vie (détaillées dans la partie suivante) ; elles s'y articulent, dans le sens où certains passages dans le cycle de vie, tels que le passage à la retraite ou la perte du conjoint, peuvent être pensés comme des épreuves prévisibles. Enfin, les épreuves s'inscrivent dans le contexte, décrit en premier lieu par Ulrich Beck et al. (1994), de « modernité réflexive », où la modernité devient réflexive dès lors que la société commence à se remettre en cause elle-même. Les institutions (santé, retraite, famille) ne garantissent alors plus des parcours linéaires et sécurisés et les individus sont de plus en plus sommés de choisir, anticiper, ajuster leur trajectoire de vie, y compris leur vieillissement. Nous proposons la figure 2 ci-après, afin de présenter le contexte d'émergence des concepts de déprise et d'épreuves en lien avec le vieillissement.

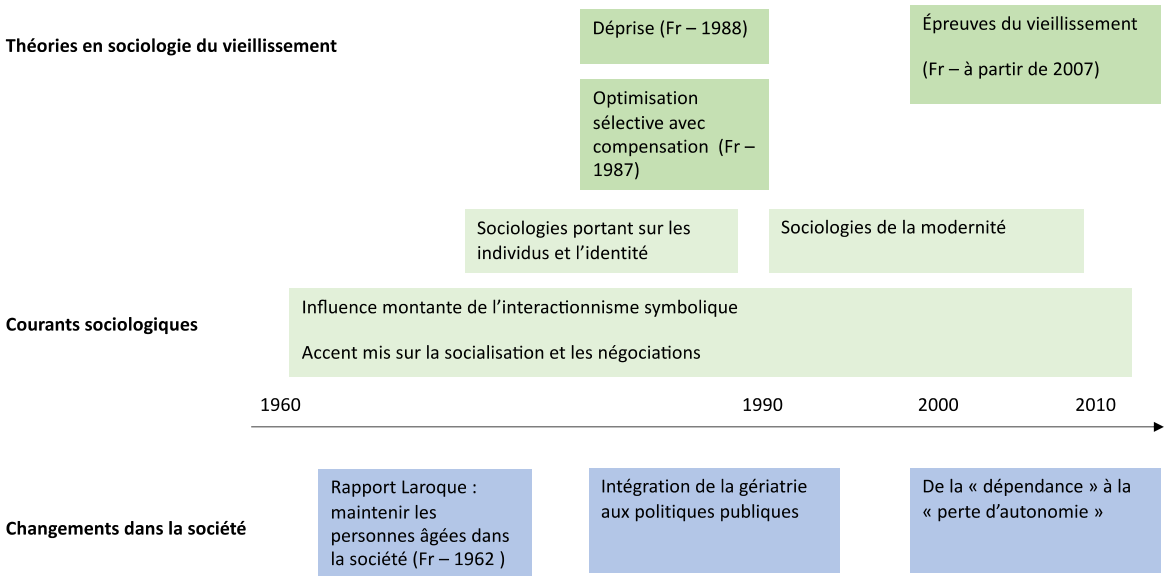


Figure 2 : Émergence des concepts de « déprise » et d'épreuves » en lien avec le vieillissement

2.3. Cycle de vie, trajectoire de vie et parcours de vie

2.3.1. Le cycle de vie comme une succession d'étapes prévisibles

Le concept de cycle de vie émerge au tournant des années 1950, alors que certaines disciplines de recherche, dont la psychologie, se penchent sur le développement humain, dans le but de mieux comprendre la manière dont les individus se développent et traversent différentes périodes de la vie. En 1948, les sociologues américains Evelyn Duvall et Reuben Hill vont siéger au comité sur les dynamiques d'interactions familiales, lors de la conférence nationale sur la vie familiale. Ils construisent une approche du développement familial basée sur l'interactionnisme symbolique : la famille peut être considérée comme une arène, dans laquelle interagissent des personnalités. Par ailleurs, ils intègrent à cette pensée la théorie développementale, selon laquelle les rôles sociaux se complexifient au cours de la vie. L'approche du cycle de vie, telle qu'elle a été définie en premier lieu par Evelyn Duvall (1946, 1957) décrit un parcours de vie linéaire, composé de trois temps forts de la vie que sont la jeunesse, le travail et la famille. Cette première manière de concevoir le cycle de vie se joue comme une succession d'étapes prévisibles, ou une séquence ordonnée d'étapes, marquées par des transitions sociales importantes (van de Velde, 2022). Plus précisément, dans sa forme initiale, Duvall distingue huit étapes : jeune adulte célibataire, couple marié sans enfants, familles avec enfant en bas âge, familles avec enfants en âge préscolaire, familles avec enfants scolarisés, familles avec adolescent, familles « rampe de lancement » (premier enfant parti et dernier à la maison), familles

« nid vide », familles vieillissantes (retraite, jusqu'à la mort d'un des conjoints) (Duvall, 1957 ; Poulain, 2017a). Hill va utiliser les stades du cycle de vie pour décrire une plus ou moins grande « réussite » des foyers, définie en matière de capacité à organiser leur vie et à accumuler des biens de consommation (Michel, 1972). Duvall, de son côté, va peu à peu porter ses recherches plus particulièrement sur les facteurs sociaux et culturels qui influencent le cycle de vie. Ainsi, elle va décrire les normes sociales comme un élément permettant de comprendre des différences dans les manières de vivre et d'interpréter les moments de transition dans le cycle de vie.

Le concept de cycle de vie va par la suite être critiqué pour sa linéarité, qui ne correspond pas à la diversification des parcours de vie mise en évidence dans un contexte de modernité. Il ignore par exemple l'augmentation des taux de divorce et les périodes de chômage au cours du parcours professionnel (Hill, 1986 ; Hill & Mattessich, 1999). Le cycle de vie constitue, par ailleurs, une vision normative de ce qui est attendu pour chaque individu dans la société (qu'il aille à l'école, qu'il travaille, qu'il fonde une famille…). Le cœur du concept, tel qu'il est repris actuellement, réside dans les notions de prédiction et de reproduction (O'Rand & Krecker, 1990). Ainsi, certaines étapes du parcours de vie, bien qu'elles n'arrivent pas à tous ni dans un ordre prédéterminé, ont de fortes probabilités d'arriver. Dans ce sens, le prisme du cycle de vie reste une approche ayant une certaine utilité pour aborder le vieillissement. Certaines périodes mises en avant dans les études sur le vieillissement et les changements alimentaires renvoient d'ailleurs à des périodes de transition dans le cycle de vie ; il s'agit principalement du passage à la retraite, de la maladie, du veuvage et de l'emménagement dans un nouveau type de logement (Cardon, 2010a, 2015a ; Poulain, 2017a ; Zuddas, 2019).

Ces événements marquent souvent des tournants biographiques majeurs, qui affectent à la fois les pratiques alimentaires et les rapports au corps, à la santé ou à autrui. Pour les appréhender dans toute leur complexité, ils ont pu être replacés dans une lecture plus large des trajectoires individuelles : celle offerte par la perspective des parcours de vie.

2.3.2. Les parcours de vie pour raconter des trajectoires inscrites dans une perspective historique et sociale

La pensée en termes de parcours de vie prend son origine dans l'approche générationnelle et longitudinale de la vie. Les générations ont été étudiées comme la résultante d'interactions entre histoire sociale et histoires de vies individuelles (Ryder, 1965). Cette approche souligne l'importance de l'histoire pour expliquer les phénomènes humains. L'avènement des études de cohortes va permettre de mieux comprendre l'évolution des représentations, des attitudes et des comportements au cours de l'avancée en âge, dans un contexte social spécifique. Contrairement à la perspective du

parcours de vie, l'approche par cohorte ou génération va reposer exclusivement sur une séquence d'événements historiques pour expliquer les caractéristiques communes à un groupe d'âge (Lalive d'Épinay et al., 2005a, p. 154-155). La sociologie du parcours de vie trouve ses racines dans ces analyses par cohorte. L'essai pionnier, « *Life course and social structure* » (Cain, 1964), va combiner une analyse par les classes sociales, à une entrée par les groupes d'âges (Marschall & Mueller, 2003). Dans ce type d'études, l'âge se comprend à la fois comme un stade du développement biologique et psychologique, comme une certaine position dans l'organisation sociale des statuts et des rôles, et comme une appartenance à une cohorte spécifique dans l'histoire (Lalive d'Épinay et al., 2005a, p. 157-158). La modernité, marquée par une montée en individualisation et par l'idée que la vie se construit comme un projet de long court, va aller de pair avec l'idée d'une approche en termes de parcours de vie. En effet, celle-ci va permettre d'exprimer une pluralité de trajectoires individuelles. Le paradigme du parcours de vie s'appuie ainsi sur l'idée d'un contexte générationnel, dans lequel peuvent se dérouler différentes trajectoires individuelles.

Glen Elder va introduire ce concept de parcours de vie comme une trajectoire de long terme composée d'un enchaînement de rôles sociaux, parfois entrecroisés (par exemple, la profession exercée et la vie familiale), et fait de transitions. Lui et Janet Giele préciseront par la suite cinq principes clés composant ce parcours de vie : le développement tout au long de la vie, l'agentivité, le contexte historique, les moments de décision et l'interdépendance des vies (Giele & Elder, 1998, p. 22).

Certains événements, plus ou moins anticipés, peuvent réorienter ces trajectoires de vie. Ainsi, si les « transitions » correspondent à des moments prévisibles du cycle de vie, tels que nous les avons définis auparavant, les *turning points* ou « tournants » définis par Everett Hughes (1950 [1971]) désignent des événements ponctuels, articulés au cycle de vie, plus ou moins prévisibles et qui réorientent en profondeur un processus. Ses travaux ont permis d'expliquer des trajectoires de carrière professionnelle et d'insertion sociale. Andrew Abbott (2001), propose de considérer ces tournants sous un angle relationnel et contextuel, axé sur les interactions sociales. Pour leur part, Marc Bessin, Claire Bidart et Michel Grossetti (2010) introduisent le concept de « bifurcations », qui désignent des moments imprévisibles, ayant cependant des effets durables sur les trajectoires de vie. Le paradigme du parcours de vie vise ainsi à saisir les logiques qui sous-tendent ces trajectoires variées, en analysant les interactions qui les façonnent. Cette approche invite à prendre en considération les ressources accumulées au cours de la vie, qu'elles soient économiques, liées à l'état de santé, à la capacité d'initiative ou aux soutiens sociaux, afin de comprendre le processus de vieillissement (Guillemard, 1972). La position dans le système social est également éclairante pour penser les changements au cours du vieillissement. Par exemple, Lalive d'Épinay et al. (1983) montrent que l'implication de cadres dans leur travail rend la transition vers la retraite particulièrement difficile. D'autre part, Caradec

(2010) étudie comment des femmes ayant repris une activité professionnelle tardivement ont ainsi souhaité échapper au rôle de maîtresse de maison. Dans d'autres travaux, il décrit comment le fonctionnement conjugal antérieur au décès du conjoint permet de comprendre la manière d'envisager la période qui fait suite au décès (Caradec, 2014).

Afin d'expliciter ce qu'il entend par « parcours de vie », Lalive d'Épinay part de quatre principes heuristiques : 1) ils sont enchâssés et façonnés par les temps sociohistoriques et événements dont l'individu fait l'expérience, 2) un changement dans le temps sociohistorique n'entraîne pas les mêmes impacts selon la position qu'occupe l'individu dans le système social (en termes de profession, d'âge…) 3) les existences sont vécues dans l'interdépendance et les réseaux personnels se développent et se transforment en fonction du contexte sociohistorique, les adaptations individuelles se font en connexion avec ces réseaux 4) l'identité narrative, selon la pensée de Paul Ricœur (1988), est à l'œuvre, c'est-à-dire que les individus construisent leur propre parcours à travers leurs choix de vie, qui dépendent d'opportunités et de contraintes imposées par l'histoire, des circonstances sociales, des ressources disponibles, de l'accumulation d'expériences et de savoirs, et du développement de l'identité (Lalive d'Épinay et al., 2005a, p. 164-165).

Ainsi, quand l'approche par le cycle de vie repose sur un ordre de séquences prévisibles, celle du parcours de vie s'analyse à travers les types de trajectoires attendues (cognitive, familiale, professionnelle, de santé et de bien-être) (Sapin et al., 2007, p. 37) et implique aussi des d'événements de vie moins prévisibles (Hughes, 1950 [1971] ; Abbott, 2001 ; Bessin et al., 2010).

Le vieillissement peut alors être perçu comme la dernière portion de ce parcours. L'intérêt d'entrer dans le vieillissement par le parcours de vie est de le penser comme découlant de ce qu'il s'est passé auparavant, en matière de socialisations, de valeurs et de représentations, qui façonnent l'expérience de la vieillesse, insérés dans un certain contexte sociohistorique. À l'instar du concept de déprise, le parcours de vie est dynamique et dépend d'éléments internes et externes aux individus.

Stefano Cavalli (2007) va distinguer le modèle institué du parcours de vie, du modèle de parcours de vie individuel. Cette définition portée sur les institutions s'inspire de celle de Martin Kohli, qui considère le parcours de vie comme un fait social, une institution sociale, non pas dans le sens d'agrégat d'individus, mais en tant qu'« ensemble de règles qui organisent une dimension-clé de la vie » (Kohli, 1989), dans une société et un temps historique donnés. En effet, Kohli met en évidence une organisation chronologique des événements de la vie (études, travail, retraite…), découlant de transformations économiques et sociales, notamment de l'évolution de l'économie, depuis une économie située dans la sphère domestique, vers une économie de marché. L'augmentation de l'espérance de vie est l'un des pans de cette institutionnalisation. Prévisible, elle introduit une

délimitation par l'âge. Kohli relie ainsi le phénomène d'individualisation à celui de l'institutionnalisation.

De nombreuses typologies ont permis de mettre au jour la diversité des trajectoires de vieillissement. Guillemard (1972, 2002) a proposé d'aborder le vieillissement à partir de la retraite en termes de pratiques sociales. Elle distingue cinq types de trajectoires des personnes retraitées, en fonction du plus ou moins grand engagement de celles-ci dans la société, de leurs activités de production et de consommation, et de leur adhésion ou rejet de la place faite aux personnes âgées dans la société. Elle montre que cette typologie demeure valable trente ans après sa conception, mais que les proportions de chaque catégorie ont évolué, avec un recul de la « retraite-retrait » et l'émergence d'une « retraite solidaire », comme une nouvelle pratique de contestation, remettant en cause les rôles et assignations des retraités (Guillemard, 2002).

La Fondation nationale de gérontologie a proposé une typologie basée sur une étude quantitative menée auprès de jeunes retraités, âgés de 62 ans (Paillat, 1989). Celle-ci distingue les personnes selon un premier axe d'activités (le fait de réaliser plus ou moins d'activités), un deuxième distingue les personnes réalisant des activités dites traditionnelles, d'autres dites modernes. Le troisième axe a trait à la sociabilité. Cinq types de retraités résultent de ce classement, entre « retraite loisirs », « retraite conviviale », « retraite intimiste », « retraite retranchée » et « retraite abandon ».

Enfin, Lalive d'Épinay (1983), dans son étude sur deux cantons suisses, un urbain et un rural, a proposé de distinguer les personnes âgées en fonction des valeurs, normes sociales et modèles qui régissent leur style de vie. La position sociale est intégrée à cette typologie, qui distingue six manières d'être vieux, selon que l'on appartient aux classes populaires rurales ou urbaines, que l'on soit un « petit possédant », un cadre, un bourgeois, ou une personne issue de la « petite bourgeoisie intellectuelle ».

L'intérêt de ces typologies réside dans la diversité des panoramas de parcours de vieillissement qu'elles présentent, entre normes, pratiques, sociabilités et positions sociales. Toutefois, elles reposent sur des indicateurs différents et sur différentes échelles d'observations, ce qui les rend uniques et difficilement comparables.

En conclusion, les trois concepts – cycle de vie, trajectoire et parcours de vie – ont chacun des intérêts certains dans l'étude du vieillissement. Quand l'entrée par le cycle de vie permet d'anticiper des transitions biographiques attendues, le maintien ou l'évolution de rôles sociaux en conséquence, l'entrée par le parcours de vie permet d'analyser certaines spécificités et inégalités qui se manifestent au cours du vieillissement, expliquées par les trajectoires de vie. En outre, la comparaison entre

parcours de vie personnel et institutionnel permet d'étudier les effets de l'application des modèles de politiques publiques à destination des personnes âgées. De telles comparaisons montrent un décalage entre, d'une part, les potentialités offertes aux personnes retraitées, et d'autre part, les opportunités qu'offre la société pour les actualiser (Riley, 1994 ; Guillemard, 2022).

Parce qu'elles prennent en compte la diversité des parcours individuels pour caractériser le processus de vieillissement, ces approches permettent de nuancer la vision de la vieillesse comme un état, tout comme celle du vieillissement comme une succession de pertes de capacités. Elles revisitent aussi la manière de penser les étapes du vieillissement dans les politiques publiques. Si celles-ci définissent un ensemble de règles qui organisent cette période, les personnes vieillissantes y adhèrent plus ou moins.

Il convient à présent de nous arrêter sur le concept d'autonomie, central dans les discours relatifs au vieillissement. Nous avons en effet constaté qu'il est attendu de la part des personnes âgées une certaine remise en autonomie. Cependant, ce concept pose un problème de définition : s'agit-il, dans la définition donnée par les politiques de l'autonomie – par opposition à la dépendance – d'être en capacité de réaliser seul des actes de la vie quotidienne ? Ou s'agit-il, en suivant la pensée de Kant, de pouvoir décider par soi-même ? Par ailleurs, n'est-on pas tous, à tout moment de la vie, dépendants les uns des autres ?

2.4. Penser la dépendance en lien avec le soin et l'appui sur les autres

Le concept de « dépendance », tel qu'il a été introduit par la gériatrie, puis repris par la santé publique pour désigner la perte de capacités fonctionnelles chez certaines personnes âgées va être critiqué par les sociologues, comme la réduction d'un concept s'appliquant à tout un chacun (tout individu étant pensé comme appartenant à et dépendant de son environnement physique et social). La dépendance sera un objet d'étude (Memmi, 1979 ; Ennuyer, 2013), relié notamment à la pensée complexe (Morin, 1981), au lien social (Paugam, 2008) et au champ du *care* (Laugier & Gefen, 2019 ; Molinier, 2020).

Une première critique porte sur l'idée que la dépendance constitue un « fait social relationnel », inhérent à la vie en société (Morin, 1981 ; Caradec, 2008, p. 78). La description des fragilités au cours du vieillissement, tout comme la perspective de déprise, dans laquelle les personnes s'appuient sur des ressources internes et externes au fil des épreuves qu'elles vivent (Barthe et al., 1988 ; Caradec, 2007 ; Cavalli & Lalive d'Épinay, 2019), est inscrite dans cette pensée. Dans cette optique, Margret Baltes (1996) va défendre l'idée selon laquelle la dépendance et la perte d'autonomie ne sont pas des catégories figées ni liées à l'âge ; elles sont plutôt contextuelles et socialement construites. Elle va aller jusqu'à considérer la dépendance, d'une part, comme étant nécessaire à un vieillissement « réussi »,

d'autre part, comme une notion positive, d'opportunité de changement ou de développement, grâce aux solidarités qu'elle engendre (Baltes, 1996).

En mobilisant l'approche du lien social proposée par Serge Paugam (2025), il devient possible de préciser les dimensions des notions, telles que la « perte de liens sociaux », l'« isolement social », ou encore « le maintien de liens sociaux ». Pour Paugam, c'est précisément l'état de dépendance à l'égard des autres et de l'État qui « contribue à faire de l'individu une partie intégrante du tout social et, partant, un être moral » (*ibid.,* p. 60). Les liens sociaux sont donc décrits comme des relations morales, procurant une certaine protection, ainsi qu'une certaine reconnaissance (*ibid.* p. 119). Poursuivant les réflexions d'Émile Durkheim sur les solidarités nécessaires qui découlent de la division du travail social (Durkheim, 1930/2013), de Norbert Elias sur la nature émotionnelle de l'attachement social (Elias, 1991, p. 262-263) et de Pierre Bourdieu, avec le concept d'habitus (adapté, en incluant une part plus ou moins grande de réflexivité concernant le développement des attachements) (Bourdieu, 1979), Paugam identifie quatre types d'attachements sociaux :

- Le lien de filiation (entre parents et enfants) ;
- Le lien de participation élective (conjoints, amis, proches, mais aussi la participation dans des associations) ;
- Le lien de participation organique (entre acteurs du monde professionnel) ;
- Le lien de citoyenneté (entre membres d'une même communauté politique) (*ibid.* p. 17).

Dans cette grille de lecture, l'« isolement social » peut être interprété de deux manières : soit comme un manque d'attachements sociaux à l'intérieur de ces quatre types de liens, qui procureraient insuffisamment de protection et de reconnaissance, soit comme la présence d'attachements qui oppressent ou fragilisent, entravant la liberté individuelle (*ibid*., p. 267).

Un autre axe central de réflexion sur la dépendance va porter sur le fait de « prendre soin ». La sociologie du *care*, née dans le sillage de la « deuxième vague » féministe des années 1980 aux États-Unis (Gilligan, 2019), va, à terme, permettre d'aborder le vieillissement et plus particulièrement la dépendance et la perte d'autonomie, sous l'angle du « prendre soin ». Joan Tronto propose une définition large du concept : une forme d'activité qui inclut tout ce que nous faisons pour maintenir, contenir et réparer notre monde, de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Depuis la parution du *Souci des autres. Éthique et politique du care*, un ouvrage coordonné par Patricia Paperman et Sandra Laugier (2011), un ensemble de recherches s'inscrivant dans la perspective du *care* s'est développé en France. Par ailleurs, au même moment que l'émergence de ce concept aux États-Unis, émerge en France une sociologie s'intéressant aux activités domestiques, contribuant à les définir comme un « travail » à part entière, bien que très rarement rémunéré (Chadeau & Fouquet,

1981 ; Delphy, 2003). Ces deux courants se rencontrent dans leur critique du travail rémunéré, par rapport au travail non (ou mal) rémunéré du « prendre soin », le plus souvent domestique, assigné aux femmes, dévalorisé et invisibilisé. La sociologie du *care* renouvelle la définition de l'autonomie, de se gouverner soi-même, issue de la pensée de Kant (Kant et al., 1787/2006) en insistant sur le rôle central du soin reçu dans l'autonomie réelle. L'éthique du *care*, à un niveau plus microsocial, refuse l'idée selon laquelle l'autonomie serait le seul fait de la pensée des individus, en montrant que le fait de prendre soin des autres est une démarche indispensable à leur autonomie. Cette démarche est socialement dévalorisée et invisibilisée, source d'inégalités entre ceux qui prennent soin et ne sont pas rémunérés ou faiblement rémunérés pour cela, et ceux qui reçoivent le soin. L'inégalité n'est pas seulement économique, est réside aussi dans la dévalorisation de cette activité, voire dans l'invisibilisation de celles et ceux qui prennent soin des autres, à la faveur d'un travail rémunéré, visible et socialement gratifiant. Cette idée d'inégalités dans le soin se rapproche de celle de la division du travail social de Marx, dans laquelle le travail est fait de dominations sociales.

Concernant les personnes vieillissantes, Voléry et Legrand ont décrit une essentialisation du *care*[17], portée sur les femmes, qui se voient assigner les tâches ayant trait au bien-être et au souci de l'autre, sous prétexte de certaines habiletés découlant de leur sexe biologique (Voléry & Legrand, 2012). En ligne de fond, il y a l'idée selon laquelle les ressources des femmes doivent avant tout être dirigées vers le collectif et notamment vers le collectif familial, ce qui a déjà été décrit concernant le travail domestique en général (Delphy, 2003 ; Kaufmann, 2005). Ces études axées sur le genre des personnes vieillissantes mettent par ailleurs en exergue un certain rapport au corps, qui diffère entre hommes et femmes (Voléry & Legrand, 2012 ; Membrado, 2013). Elles partent du paradoxe suivant : les femmes vivent la fin de leur vie en plus mauvaise santé (fonctionnelle) que les hommes (Cambois, 2019), elles sont décrites comme « vieilles » avant les hommes. Pourtant, on attend d'elles qu'elles continuent à s'occuper des autres. Et la perception du corps vieillissant par l'entourage compte dans l'attribution des rôles : les femmes ont tendance à poursuivre les tâches du quotidien « quoiqu'il en coûte » et elles vont plus souvent être considérées par l'entourage proche comme robustes et aptes à se débrouiller seules, alors même qu'elles se décrivent comme étant « fatiguées ». Les hommes, quant à eux, ont plus souvent tendance à poursuivre des tâches extérieures au domicile et qui mettent en valeur leur masculinité (porter des charges lourdes, jardiner, conduire, séduire). Ils vont décrire leur vieillissement par une perte de forces, ce qui est plus souvent perçu par l'entourage proche comme le signe qu'il faut leur apporter de l'aide. Femmes et hommes vieillissants n'entretiennent ainsi pas le même rapport à

[17] Dans la suite de nos propos, l'emploi du mot « *care* » sera privilégié à celui de « soin ». En effet, si le mot « soin » renvoie en français sur la dimension technique et médicale permettant un bien-être, le concept de *care* permet d'englober les dimensions affectives, éthiques et relationnelle de l'attention portée à autrui.

l'autonomie et au soin (Voléry & Legrand, 2012). Dès la théorie du désengagement, la question des rôles différenciés entre hommes et femmes dans le vieillissement est posée. La sociologie du *care* prolonge cette réflexion, soulignant l'inégale répartition des activités du « prendre soin », ainsi que le rôle des représentations sociales – notamment celles de l'entourage – dans le maintien de ces inégalités. Le genre apparaît dès lors comme un élément clé d'interprétation du vécu de la dépendance et de la perte d'autonomie par les personnes vieillissantes.

Florence Weber propose, dans ses travaux en sociologie de la parenté, une lecture plus nuancée sur cette division genrée de rôles. Elle montre que la compréhension de « qui s'occupe de qui » demande d'étudier la construction des liens de filiation familiale et leur expression dans le quotidien (Weber, 2005).

Enfin, les types d'appuis mobilisés au cours du vieillissement sont plus ou moins valorisés. Travaillant sur les limitations fonctionnelles des personnes vieillissantes, Éric Gagnon (2018) a décrit l'idée d'autonomie dans la déprise, autonomie qui ne s'y définit pas comme la capacité à se passer des autres, mais comme la possibilité de prendre appui sur les autres. Il met en évidence la valorisation et la dévalorisation sociale des types de déprises, en fonction des types d'appuis mobilisés. Ainsi, certains appuis, comme le conjoint, sont socialement valorisés, tandis que d'autres, comme faire appel à des aides sociales, sont socialement dévalorisés. Cette position suit la démarche de Tronto, qui a mis auparavant en évidence la visibilité et la valorisation inégales des appuis sur lesquels les individus se reposent (Tronto, 1993). Ainsi, la dépendance des plus riches, faisant appel à des aides ménagères ou à des solutions de repas, se trouve invisibilisée ou minimisée. Au contraire, celle des plus pauvres, avec par exemple le recours à des aides sociales, est soulignée et stigmatisée.

Ces travaux ont permis de démontrer que l'autonomie et la dépendance pouvaient être pensées, au même titre que d'autres situations de vie, comme des rapports sociaux, plutôt que comme des états, que le soin donné et reçu à l'égard des personnes vieillissantes faisait l'objet d'assignations genrées et que les types d'appuis mobilisés au cours du vieillissement étaient plus ou moins valorisés socialement. C'est-à-dire que, tandis que les personnes âgées ne sont pas égales en matière de ressources accumulées au cours de leur vie, faire appel à une aide sociale, ou demander de l'aide lorsqu'on est une femme vieillissante, vont pourtant les exposer à un certain jugement moral.

Dans la partie qui suit, nous allons faire le point sur les manières dont les modes de vie, et les trajectoires de vie, ont pu être liées à des inégalités sociales de santé au cours du vieillissement. Nous mettrons en lumière le décalage entre les connaissances sur les inégalités de santé au cours du vieillissement et les logiques à l'œuvre dans les campagnes de prévention, lesquelles risquent de renforcer des inégalités sociales déjà existantes.

2.5. Les inégalités sociales de santé dans les parcours de vieillissement

2.5.1. L'émergence de l'idée qu'il existe des inégalités sociales de santé

Depuis les travaux de la gérontologie dans les années 90, un constat persiste : bien que le risque de souffrir de pathologies augmente à mesure que l'on vieillit, on trouve, à un âge donné, une forte hétérogénéité dans l'état de santé des individus (Lalive d'Épinay & Spini, 2008).

Penser le vieillissement sous l'angle des inégalités sociales de santé a conduit, comme nous l'avons vu, à envisager le vieillissement comme un processus, inscrit dans les parcours de vie ; cela suppose également de considérer la santé comme une valeur positive et de mettre en évidence les formes spécifiques que prennent les inégalités sociales dans ce domaine.

L'idée même d'inégalités sociales de santé ne peut émerger que si la bonne santé est socialement valorisée. C'est le constat que font Aïach et Fassin (2004), suivant la perspective de la médicalisation de la société. En effet, le phénomène de médicalisation, intrinsèquement associé au phénomène de modernisation de la société, entraîne l'expansion de la pensée médicale, au-delà des sphères de la santé (Delanoë & Aïach, 1998). Cette pensée investit ainsi l'ensemble des champs sociaux, touchant particulièrement le vieillissement et l'alimentation. La santé devient dès lors une valeur centrale, opposée à la maladie, au handicap et à la souffrance. Des pratiques considérées comme déviantes, par exemple l'usage de drogues, auparavant condamnées au nom de la religion ou de la criminalité le deviennent au nom de la santé (Conrad, 1992). Dans cette perspective, on cherche à mettre au jour les maladies, leurs facteurs déclencheurs et les causes de mortalité. Drulhe (1996b) a mis en lumière la manière dont les données de mortalité et de morbidité sont construites, en montrant que la mise en évidence des causes de décès en lien avec des maladies dépend des critères de classement retenus, et des organisations chargées de classer. Ainsi, loin de refléter une réalité brute, ces données sont le produit de choix méthodologiques et politiques.

Dans le prolongement de cette réflexion, rendre visibles les inégalités sociales de santé suppose un déplacement du regard : cela signifie que l'on cesse de considérer la maladie ou la mort comme des fatalités naturelles, universelles, ou encore comme des manifestations d'un ordre divin. Aïach et Fassin (2004) expliquent la faible prise en compte des inégalités sociales de santé par la persistance de cette pensée : « Cette prédominance du rôle de la nature et du biologique, sinon du divin, dans ce qui touche à la vie corporelle et à ses manifestations – notamment pour ce qui est des maladies et du vieillissement – est ainsi aujourd'hui encore à l'ordre du jour » (Aïach & Fassin, 2004, p. 2225).

L'augmentation de l'intérêt porté sur la santé des populations à partir du début du XIX^{e} siècle s'explique en premier lieu par l'objectif d'accroître la main-d'œuvre en bonne santé. Ceci conduit les pouvoirs publics à mieux analyser les facteurs de bonne et de mauvaise santé, analyse rendue possible grâce à l'émergence concomitante des outils statistiques, qui permettent de comparer des segments de la population (*ibid.,* p. 2225).

Enfin, l'identification d'inégalités de santé nécessite la construction d'indicateurs pertinents, capables de les rendre visibles et entendus par la société. Cette identification n'est possible que si des distinctions préexistantes entre groupes sociaux sont reconnues et mobilisées. Les comparaisons les plus usuelles s'appuient sur des critères tels que l'origine sociale, les revenus, le niveau d'éducation, la catégorie socioprofessionnelle, l'âge et le genre ; l'ethnicité n'ayant été incluse que plus récemment. Dans ce cadre, les inégalités de santé sont envisagées comme des produits de l'incorporation des inégalités sociales (Niewiadomski & Aïach, 2008). La perspective du vieillissement invite à adopter une posture longitudinale, plutôt que statique, pour penser ces inégalités. Dans cette visée, plusieurs études ont montré que les trajectoires de vieillissement dépendaient en grande partie des expériences passées. Pour Anne-Marie Guillemard (1972), ce constat demande de prendre en considération les ressources accumulées au cours de la vie, qu'elles soient économiques, liées à l'état de santé, à la capacité d'initiative ou aux soutiens sociaux.

Différents termes vont émerger pour aborder les maladies et les incapacités pouvant se développer en fin de vie : l'espérance de vie en bonne santé, sans incapacités (donnant lieu au calcul d'années de vie sans incapacités, DALY : *Disability Adjusted Life Years*), sans limitation d'activités. Depuis 1980, l'OMS définit les incapacités comme des limitations d'activités. Celles-ci sont « des difficultés qu'un individu peut éprouver dans l'accomplissement de ses activités. L'écart de la capacité d'exercer l'activité par rapport à ce que l'on peut attendre de la part d'individus n'ayant pas ce problème de santé, peut être plus ou moins grand, tant en qualité qu'en quantité. » (Organisation Mondiale de la Santé, 2001, p. 223).

2.5.2. Les liens faits entre conditions de vie, parcours de vie et santé au cours du vieillissement

Parcours professionnel et santé au cours du vieillissement

La méthode longitudinale et diachronique, qui suit les effets des trajectoires professionnelles, permet de mettre en évidence un lien entre la Catégorie socioprofessionnelle (CSP) tout au long de la carrière et l'évolution de la santé perçue à l'âge de 60 ans. Ainsi, on voit que 7 % des hommes qui étaient cadres

à 35 ans jugent leur santé altérée à 60 ans, contre 30 % de ceux qui étaient ouvriers, employés ou artisans-commerçants à 35 ans, et 23 % de ceux qui étaient agriculteurs ou occupaient une profession intermédiaire (Montaut & De Riccardis, 2010, p. 35). Pourtant, en début de carrière, à 35 ans, la proportion d'hommes qui jugent leur santé altérée est très faible et du même ordre de grandeur pour toutes les catégories sociales (*ibid.,* p. 35). Au contraire, chez les femmes, des différences sont déjà perceptibles dès l'âge de 35 ans. Une autre différence étant la proportion plus élevée de femmes âgées de 35 ans sans activité professionnelle (*ibid.*). En outre, la pénibilité liée à la catégorie socioprofessionnelle définit de plus ou moins grands risques d'avoir une santé dégradée au cours du vieillissement. Sur ce point, les ouvriers sont largement plus exposés à des conditions de travail pénibles (travail de nuit, travail répétitif, travail physiquement exigeant, exposition à des produits nocifs) que les autres CSP (Bahu et al., 2011). Par ailleurs, l'enquête « Santé et itinéraires professionnels » de 2006-2007, menée par la Drees et la Dares, met en lumière des disparités en matière d'état de santé à 65 ans, directement liées à la pénibilité du travail exercé. À cet âge, les personnes n'ayant jamais été exposées à un travail pénible sont 4 % à déclarer deux maladies ou plus, contre 10 % parmi celles qui y ont été exposées. La mortalité après 60 ans est en outre supérieure parmi les personnes ayant effectué des travaux pénibles (*ibid*. p. 36*).* En effet, on peut considérer que les ouvriers subissent une « double peine », due à la pénibilité de leur carrière professionnelle : non seulement leur espérance de vie est inférieure à celle des cadres, mais en plus, ils passent plus de temps que ces derniers avec des incapacités et des handicaps. Les cadres peuvent ainsi espérer vivre jusqu'à dix ans de plus que les ouvriers, sans limitations fonctionnelles sensorielles ou de mobilité (Cambois, 2023).

Inversement, les recherches sur les effets de l'état de santé sur les trajectoires professionnelles montrent une association, bien que sans lien de causalité démontré, entre un état de santé dégradé, source d'incapacités, et le non-emploi, ou le départ anticipé à la retraite pour les personnes âgées de plus de 50 ans (Barnay, 2005 ; Barnay & Jusot, 2018). L'enquête *SHARE*[18] révèle quant à elle une association entre le souhait de départ à la retraite précoce, et des problèmes de santé, des conditions de travail pénibles et le sentiment d'insatisfaction au travail (Blanchet & Debrand, 2007 ; Barnay & Jusot, 2018).

Enfin, Drulhe tente d'expliquer pourquoi le travail domestique combiné au travail professionnel chez les femmes est lié pour elles à de meilleures conditions de santé. Cela contraste avec les situations de

[18] SHARE est une infrastructure européenne de recherche, lancée en 2004, dédiée à l'étude de problématiques liées à la santé et aux soins, à l'emploi et la retraite, à la situation socio-économique et financière, aux relations sociales et familiales, ou aux conditions de vie et de logement envisagées sous le prisme de la dynamique de vieillissement. https://share.dauphine.fr/ Page consultée le 15 juillet 2025.

travail domestique seul chez les femmes, qui entraînent une surmorbidité, et avec le travail professionnel seul chez les hommes, qui entraîne une surmortalité par rapport aux femmes, à partir de la seconde et de la troisième phase de la transition épidémiologique (Drulhe, 1996b, p. 225-232). Il est difficile de trouver une explication simple à ce phénomène, notamment car les trajectoires professionnelles des femmes sont plus souvent fragmentées que celles des hommes. Selon l'auteur, ce paradoxe ne peut être compris que si on dépasse le cadre d'analyse strictement axé sur les classes sociales et le genre. Ce constat invite à envisager la santé sous l'angle des positions sociales et des styles de vie.

Positions sociales et styles de vie en lien avec la santé

Plusieurs études ont montré que les trajectoires de vieillissement dépendaient en grande partie des expériences passées (Guillemard, 1972). Pour comprendre ces trajectoires, il est utile de considérer les positions sociales, comme un pont entre les analyses de Karl Marx sur les classes sociales, et celles portant sur les stratifications sociales (les revenus et les styles de vie). Cette approche s'avère particulièrement utile pour appréhender la santé au cours du vieillissement.

L'approche par les positions sociales s'inscrit dans la ligne de pensée de Max Weber, montrant que les rapports de classes ne suffisent pas à expliquer seuls toutes les différences de conditions de l'existence (Weber, 1905/2017). Des groupes sociaux en compétition ne le sont pas seulement concernant leur classe sociale (en matière de pouvoir économique), il faut aussi prendre en compte leur possibilité de prendre des décisions (leur pouvoir politique) et leur statut, ou prestige (leur pouvoir social) (Weber, 1921/1971). Ainsi, pour Weber, il convient de comprendre les styles de vie comme une médiation symbolique. En ce sens, les styles de vie ne sont pas uniquement des indicateurs de statut socioéconomique, mais aussi des expressions symboliques des différentes positions sociales. Bourdieu soutient que le style de vie retraduit symboliquement la position sociale d'un individu, en étant l'espace de jeu entre ordre économique et ordre symbolique (Bourdieu, 2014). Dans cette optique, il est l'un des moyens par lesquels l'individu exprime et reproduit ses conditions sociales et les valeurs qui lui sont attribuées.

À travers notamment les travaux de Deborah Wingard, l'épidémiologie va intégrer les styles de vie en lien avec certains états de santé ou de maladie. Wingard (1984) propose une première approche, consistant à établir une typologie de styles de vie, en fonction des attitudes et pratiques de personnes confrontées à certaines pathologies. Cette approche permet de mettre au jour des liens entre le genre, le statut matrimonial, le niveau d'éducation et l'état de santé. Thomas Abel va quant à lui proposer une définition des styles de vie spécifiquement en lien avec la santé. Celle-ci inclut les attitudes, les

valeurs et les comportements en matière de santé que les individus adoptent dans un environnement économique, culturel et social donné (Abel, 2007).

Le concept de locus de contrôle (ou lieu de contrôle) peut lui aussi être mis en relation avec les styles de vie. Ce concept fait référence à la manière dont un individu perçoit le contrôle qu'il a sur sa propre vie. Il trouve des racines dans le travail sociologique d'Elias, sur l'intériorisation des normes au fil de l'histoire. Elias décrit l'intériorisation des normes comme un élément central du processus de civilisation (Elias, 1939/2017), qui se manifeste par un contrôle accru des émotions et des comportements. Le locus de contrôle est proche de l'idée du processus d'intériorisation des normes, dans le sens où il décrit un certain contrôle perçu de soi par rapport à ses pulsions. Il est défini comme pouvant être externe ou interne aux individus (Rotter, 1990). La psychologie comportementale va appliquer ce concept à la santé (Wallston & Wallston, 1982), distinguant des individus ayant un lieu de contrôle interne – c'est-à-dire ayant le sentiment d'avoir du contrôle sur leur propre santé – et des individus ayant un lieu de contrôle externe, attribuant leur état de santé à des facteurs extérieurs : professionnels de santé qu'ils consultent, ou bien le destin, la chance. On voit comment cette définition du « lieu de contrôle de la santé interne » se rapproche de celle de l'autonomie morale selon Kant, dans laquelle les individus ont la capacité de se gouverner eux-mêmes. Cette distinction a permis de mieux comprendre comment le sentiment de contrôle pouvait déterminer certains comportements de santé des personnes vieillissantes. Un lieu de contrôle interne a souvent été associé à des comportements de prévention, à une meilleure qualité de vie, à une estime de soi plus élevée et à une meilleure santé (Alaphilippe & Bailly, 2014). À l'inverse, les personnes ayant un locus externe sont souvent moins enclines à adopter des comportements préventifs, puisque considérant la santé comme échappant à leur contrôle (*ibid.,* p. 107). La position sociale et plus particulièrement le statut socioéconomique ont été identifiés comme associés à cette dynamique, en conditionnant un certain degré de liberté individuelle perçue par les individus (Poortinga et al., 2008 ; Alaphilippe & Bailly, 2014). Plus celles-ci occupent une position sociale élevée, plus elles pensent pouvoir décider pour elles-mêmes. À l'inverse, les personnes de position sociale inférieures se pensent davantage tributaires de facteurs extérieurs (Poortinga et al., 2008).

Par ailleurs, l'approche par le style de vie a intégré un rapport plus réflexif au corps, pour expliquer certaines inégalités de santé. Dans son article *Les usages sociaux du corps* (Boltanski, 1971, p.205-223), Luc Boltanski formule l'hypothèse selon laquelle un rapport réflexif au corps – c'est-à-dire la prise de conscience de ses propres symptômes – est peu compatible avec une utilisation intensive du corps, dans des activités qui négligent ses besoins (travail physique, sédentarité). Il met en évidence des cultures corporelles différenciées selon les positions sociales des travailleurs. Considérant également les perceptions du corps, Pierre Aïach montre que la fréquence des consultations médicales dépend

de la fréquence des symptômes perçus et admis comme tels. Ce dernier contribue néanmoins à relativiser les résultats de Boltanski, en montrant que le type de médecin consulté est une variable plus pertinente à saisir que le nombre de consultations médicales : les personnes de positions sociales supérieures consultent plus souvent des spécialistes, tandis que les personnes de positions sociales inférieures consultent plus souvent des médecins généralistes (Aïach, 2013). Ceci a également été démontré concernant la fréquence des consultations pour des raisons de prévention, notamment de cancers (Chun & Kim, 2007).

Henri Bergeron (2010) va critiquer l'intérêt croissant de l'épidémiologie pour les styles de vie, car celui-ci reflète l'émergence d'une « médecine nouvelle de surveillance » (*ibid.* p. 84) qui va s'intéresser aux individus au-delà de leur seul corps, en analysant les pratiques de santé et les représentations sociales qui les sous-tendent.

Enfin, aborder les variables épidémiologiques comme faisant partie d'un certain style de vie pose la question de leur élaboration. Il s'agit en effet de juxtaposer des indicateurs non nécessairement liés directement entre eux (par exemple, le statut matrimonial et la maladie) et d'autre part, des indicateurs de natures multiples (il peut s'agir de pratiques, tout comme de normes ou de représentations). Comme le souligne Drulhe (1996b), cette démarche de juxtaposition induit nécessairement un flottement dans l'interprétation qui en est faite. Pour aller plus loin, il proposera de s'intéresser à la construction sociale de la définition des symptômes et des maladies, ainsi qu'à une culture de la maladie et de la santé (*ibid.* p. 284). Celles-ci peuvent être lues sous le prisme du genre. Nous allons voir que la construction sociale de rôles genrés permet d'expliquer des différences d'état de santé, de maladie, d'espérance de vie et d'action en faveur de la santé entre hommes et femmes au cours du vieillissement.

Différences de genre et santé au cours du vieillissement

En moyenne en France, les femmes vivent plus longtemps que les hommes. En 2023, l'espérance de vie à la naissance des femmes est de 85,7 ans, tandis que celle des hommes est de 80 ans (INSEE, 2023). Cet écart, bien que toujours présent, tend à se réduire : en 1994, il était de 8,2 ans, alors qu'en 2023, il est passé à 5,7 ans. Cette évolution n'est cependant pas linéaire. En effet, jusque dans les années 1950, l'écart était stable. Aux États-Unis, l'écart s'est au contraire accru en lien avec la pandémie du Covid, les hommes ayant plus de risques d'en mourir que les femmes (Kharroubi & Diab-El-Harake, 2024).

Plusieurs facteurs liés aux modes de vie contribuent à expliquer la réduction de cet écart depuis les années 1990 en France. Parmi les principaux : le tabagisme et la consommation d'alcool, qui restent

plus récurrents chez les hommes, mais deviennent de plus en plus courants chez les femmes (Oksuzyan et al., 2008). En effet, chez les individus de positions sociales supérieures, les consommations quotidiennes de tabac et régulières d'alcool se rapprochent entre hommes et femmes, avec globalement une diminution pour les hommes et une augmentation pour les femmes et allant en moyenne dans le sens d'une diminution des consommations (Richard & Beck, 2016/2023). En outre, les risques professionnels, qui restent plus prégnants dans les activités professionnelles des hommes, continuent de jouer un rôle dans ces disparités d'espérance de vie.

Au sujet des pensions de retraite, les femmes âgées connaissent un niveau de vie moyen plus faible que celui des hommes, reflétant des carrières professionnelles différenciées, en matière de durée et de montants moyens de salaires. En effet, les femmes articulent plus souvent leurs carrières avec les activités domestiques et parentales, dont elles ont encore davantage la charge (Brousse, 2015). L'écart de niveau de vie atteint 26 %, et si l'on se concentre sur les carrières complètes, la différence ne se réduit que marginalement, à 20 % (Sécurité Sociale, 2024). De plus, les femmes âgées de 62 ans et plus vivant seules sont beaucoup plus nombreuses à toucher l'« allocation supplémentaire du minimum vieillesse » que les hommes et que les femmes vivant en couple. En effet, 50,3 % des femmes vivant seules touchent cette allocation, contre 23,4 % des hommes vivant seuls, et 5,1 % des femmes vivant en couple (Arnaud, 2021, p. 175-180).

Hommes et femmes ne sont pas non plus affectés par les mêmes pathologies, ce qui explique en partie les écarts de mortalité. Tout d'abord, à âge égal, les hommes présentent un risque de mortalité globalement supérieur, multiplié par 1,7 par rapport aux femmes. Ce risque est plus élevé concernant les tumeurs (risque multiplié par deux), plus que pour les maladies cardiovasculaires (risque multiplié par 1,6). Il est aussi particulièrement élevé chez les hommes pour les cancers de l'œsophage (risque multiplié par cinq), de la cavité buccale et du pharynx (risque multiplié par 4,7), du cancer du foie et du poumon (risque multiplié par 3,6) (Fourcade et al., 2017, p. 96-108).

Cependant, les femmes souffrent plus souvent de limitations fonctionnelles sévères, et ce, pour tous les types de limitations et pour quasiment toutes les tranches d'âge. En effet, ces limitations sont déjà présentes parmi les 44-65 ans, où 18 % des femmes déclarent des limitations motrices, contre 9 % des hommes de la même tranche d'âge (Bellamy, 2024, p. 50-51). Cette différence a pu être attribuée à une plus grande fréquence de consultation des femmes, qui seraient plus enclines à déclarer des troubles que les hommes (Aïach, 2001). Toutefois, ce facteur ne peut pas à lui seul expliquer ces écarts, qui sont davantage liés à des modes de vie ainsi qu'à des maladies différenciées selon le genre. Aïach propose de se concentrer sur les types de maladies déclarées qui ne présentent pas un risque de mortalité, pour montrer que c'est là où les différences de genre sont les plus grandes (*ibid*., p. 137). Pour lui, l'explication de ces différences de maladies réside dans la construction sociale du rapport au

corps, ainsi que dans les rôles sociaux, différenciés selon le genre. Ainsi, pour les femmes, ce sont notamment les interdits concernant le tabac, l'alcool, les attentes de moindres comportements à risques et le conditionnement à une moindre violence, qui expliqueraient des différences dans les maladies, par rapport aux hommes.

En conséquence, au cours du vieillissement, les femmes continuent d'avoir plus que les hommes des maladies invalidantes pour le quotidien. Les années supplémentaires de vie des femmes sont majoritairement vécues en mauvaise santé, ou plus précisément, avec des limitations d'activités : 4,5 des 6 années supplémentaires d'espérance de vie des femmes par rapport aux hommes sont vécues avec des limitations d'activité (Cambois, 2019). Elles déclarent plus que les hommes des maladies invalidantes, telles que les troubles musculo-squelettiques et les maladies mentales (*ibid.,* p. 2).

Ces observations soulignent l'importance des rôles sociaux genrés et des modes de vie associés pour comprendre ces écarts et les évolutions des taux de morbidité et de mortalités. On peut ainsi distinguer plusieurs caractéristiques différenciées des modes de vies telles que :

- Des carrières professionnelles entrecoupées et/ou avec des salaires moindres pour les femmes, les conduisant à recevoir une retraite moindre, notamment lorsqu'elles vivent seules ;
- Un tabagisme et une consommation d'alcool qui restent plus faibles chez les femmes, bien que la tendance s'inverse pour celles de positions sociales élevées ;
- La prise en charge des rendez-vous de santé pour le foyer, ainsi que le soin aux autres, qui restent majoritairement l'apanage des femmes ;
- La fréquence de consultation médicale plus élevée chez les femmes ;
- Les types de maladies déclarées différentes, plus létales chez les hommes et plus invalidantes, sans être nécessairement létales, chez les femmes.

Enfin, concernant l'alimentation dans une perspective de prévention de la santé, il est avéré que les femmes ont en moyenne des consommations qui se rapprochent plus des recommandations de santé publique que celle des hommes. Cette différence tend à s'amenuiser au fil du vieillissement, sans pour autant que les hommes ne rattrapent les femmes (Dion et al., 2020). De plus, les travaux portant sur le *care* mettent au jour une plus grande attention portée par les femmes aux liens entre alimentation et santé pour leur famille, soulevant les problématiques à la fois de construction de rôles sociaux, et de rapports de pouvoir au sein du foyer (Charles & Kerr, 1988; Delphy, 2003 ; Fournier et al., 2015 ; Plessz & Guéguen, 2017). Pour asseoir l'idée d'un rôle assigné pour les femmes de pourvoyeuses de soins à travers l'alimentation (y compris à travers leur propre alimentation lorsqu'elles sont enceintes)

et à la suite des travaux de Marjorie DeVault (1994) définissant le *care* comme un travail genré, Tristan Fournier et Julie Jarty (2019, p.1) ont employé l'expression de « *care* alimentaire ».

L'approche intersectionnelle des inégalités de santé

Si le concept d'intersectionnalité a été développé dans les années 1980 en lien avec les études sur le genre, c'est à partir des années 2000, devant le constat d'inégalités sociales interconnectées, qu'il a commencé à être largement employé (Collins, 2015). Cette approche insiste sur une vision des inégalités en termes de relations de pouvoir, ou d'oppression, de certains groupes sociaux sur d'autres. Elle est proche du concept de cumulation d'inégalités, utilisé en sociologie de la santé (Aïach, 2013). L'approche intersectionnelle vise à analyser des effets conjugués de critères d'inégalités, pensés comme des discriminations (Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, 2014). Ainsi, en France, la faible position sociale, le genre féminin, la racialisation et la zone de vie sont identifiés comme une somme de sources d'inégalités conjuguées, qui ont pour conséquence un moindre accès aux soins de santé, et plus largement, un moindre accès aux services publics (*ibid.* p. 3).

Dans cette perspective intersectionnelle, le vieillissement peut être pensé comme une source supplémentaire de discrimination. Ainsi, dans une étude sur les personnes migrantes vieillissantes, celles-ci décrivent une mise à distance des lieux de santé, à la suite de discriminations, que les personnes attribuent à l'origine ethnique, sociale, à la religion, à l'âge et au genre. Pourtant, ces personnes qui avaient migré en France pour travailler, puis étaient retournées dans leur pays d'origine à la retraite, repartent en France justement pour le système de soin qui y est proposé (Lebbal, 2021). Enfin, le gouvernement du Canada est pionnier dans ses recherches sur l'intersectionnalité des personnes âgées, en vue de proposer une politique plus inclusive. Un rapport, commandité par la Direction générale de la sécurité du revenu et du développement social, met en avant le risque de formes d'âgismes plus grands lorsque les personnes âgées font l'objet de discriminations intersectionnelles, du fait de leur position ou classe sociale, de leur ethnicité, de leur genre et de leur orientation sexuelle. Il identifie ainsi le fait que les femmes et les hommes homosexuels âgés ont plus de risque d'être victimes d'âgisme (Emploi et développement social Canada, 2022).

2.5.3. La dénutrition : une maladie associée au vieillissement, inégalement répartie dans la société

Depuis la fin des années 1990 et notamment à la suite d'investigations sur l'alimentation à l'hôpital, la dénutrition est identifiée comme un risque majeur pour la santé des personnes vieillissantes. Nous allons voir comment la dénutrition a émergé comme une « maladie » spécifique au vieillissement –

bien qu'elle ne touche pas exclusivement les personnes âgées – puis comment des recherches ont permis de décrire des parcours de vie et des styles de vie de personnes plus à risque de dénutrition.

L'identification d'un problème à l'hôpital

En 1997, un rapport portant sur l'alimentation à l'hôpital alerte sur l'importance de la dénutrition au moment de l'admission dans les services de moyenne et de longue durée, et notamment, mais pas exclusivement, concernant les personnes âgées (Guy-Grand, 1997). Ce rapport met en évidence une négligence dans l'évaluation nutritionnelle des patients et des effectifs de diététiciennes insuffisants. Il recommande la création d'un Comité de liaison alimentation nutrition (CLAN), c'est-à-dire un comité consultatif d'appui auprès de la Commission médicale d'établissement (CME) et du directeur d'établissement, dans chaque établissement de santé, sur le modèle des Comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN). En 2002, dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS) et à la demande de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), deux études viennent compléter la réflexion. La première, portant sur les CLAN, évalue leur mise en place dans les établissements de santé (Poulain et al., 2002). La seconde est une analyse croisée des regards de différentes catégories d'acteurs de l'institution hospitalière et des usagers sur l'alimentation à l'hôpital (Poulain, Tibère & Jeanneau, 2002-2). La mise en place des CLAN s'est opérée lentement, en débutant par les centres hospitaliers universitaires et les centres hospitaliers régionaux universitaires (55 %, contre moins de 15 % dans les autres établissements publics ou privés en 2002). Les premiers effets de leurs actions ont été le développement de formations dédiées à l'alimentation pour les personnels de soin (aide-soignante, agent des services hospitaliers et infirmière), dans lesquels la dénutrition a trouvé une place modeste. Dans le contexte du passage aux 35 heures, la mise en place des CLAN n'a pas eu les effets attendus sur la création de postes de diététiciens. Plus globalement, dans cette première étape, si la dénutrition est bien présente dans les préoccupations des CLAN, elle est avant tout liée aux questions de gestion des systèmes alimentaires, de la production au service de soins (Poulain et al., 2002). Le sujet de la dénutrition reste aujourd'hui peu connu du grand public. L'enquête IFOP menée en juin 2023 pour le Collectif de lutte contre la dénutrition montre que si 80 % des Français en ont déjà entendu parler, seuls 43 % indiquent voir précisément de quoi il s'agit et 20 % la considèrent comme une maladie (IFOP, 2023). En outre, ces chiffres ont peu évolué depuis 2020.

Définitions et origines de la dénutrition

La Haute autorité de santé (HAS), en 2021, définit la dénutrition comme « l'état d'un organisme en déséquilibre nutritionnel. Le déséquilibre nutritionnel est caractérisé par un bilan énergétique et/ou protéique négatif. » Elle « peut être liée à un ou à une association des facteurs suivants :

- Un déficit d'apport protéino-énergétique ;
- Une augmentation des dépenses énergétiques totales ;
- Une augmentation des pertes énergétiques et/ou protéiques. »

Les facteurs portent donc à la fois sur les apports et dépenses énergétiques et sur les apports en aliments sources de protéines, et restent strictement diététiques. Les recherches en physiologie montrent que le vieillissement du corps entraîne des modifications de la masse corporelle maigre (les muscles) et du métabolisme de base, qui déclinent avec l'âge ; ceux-ci demandent par conséquent de plus gros apports alimentaires au total et en protéines, afin d'être compensés. Cela explique pourquoi les recommandations diététiques spécifiques aux personnes âgées (de 50 ans et plus dans le PNNS) portent sur des apports journaliers en protéines supérieurs à ceux des autres adultes.

Le vieillissement du corps s'accompagne aussi d'une baisse d'efficacité dans les mécanismes de faim et de satiété, d'autre part, le goût et l'odorat peuvent s'altérer, soulevant l'enjeu de continuer à avoir envie de manger, notamment des aliments sources de protéines, alors que ces sensations sont moins présentes (Griep, Verleye et al., 1996 ; Griep, Mets et al., 1997 ; Mackay-Sim et al., 2006).

La dénutrition est le plus souvent déclenchée par des pathologies aiguës ou chroniques. Puis, la dénutrition aggrave le pronostic de ces pathologies en augmentant les complications médicales et chirurgicales, générant elle-même d'autres pathologies et faisant le lit des états de fragilité et de dépendance (Raynaud-Simon et al., 2011 ; Ferry et al., 2012). Si la dénutrition repose sur des critères diététiques d'apports et de dépenses, les conséquences relevées sont d'ordres multiples :

- « Des effets délétères sur les tissus avec des changements mesurables des fonctions corporelles et/ou de la composition corporelle ;
- Une aggravation du pronostic des maladies ;
- Une diminution de la qualité de vie ;
- Plus particulièrement chez les personnes âgées, une augmentation du risque de dépendance » (HAS, 2021).

Si elle ne parle pas spécifiquement de la dénutrition comme d'une maladie, la HAS insiste par contre, comme d'autres instances telles que les Gérontopôles[19], sur les liens entre dénutrition et dépendance chez les personnes âgées, ici de 70 ans et plus. Ces acteurs parlent ainsi de « spirale de la dénutrition »

[19] Les Gérontopôles sont des organisations ayant des objectifs de recherche, de développement territorial, d'activité économique et de formation en lien avec le vieillissement. Ces structures, souvent associatives, sont développées en France depuis 2007, par certaines communes ou à un niveau régional (Berrut & Podevyn-Menant, 2022).

(*ibid*.), souvent illustrée par des schémas (voir la figure 3 ci-dessous), suggérant un destin funeste pour qui en souffre.

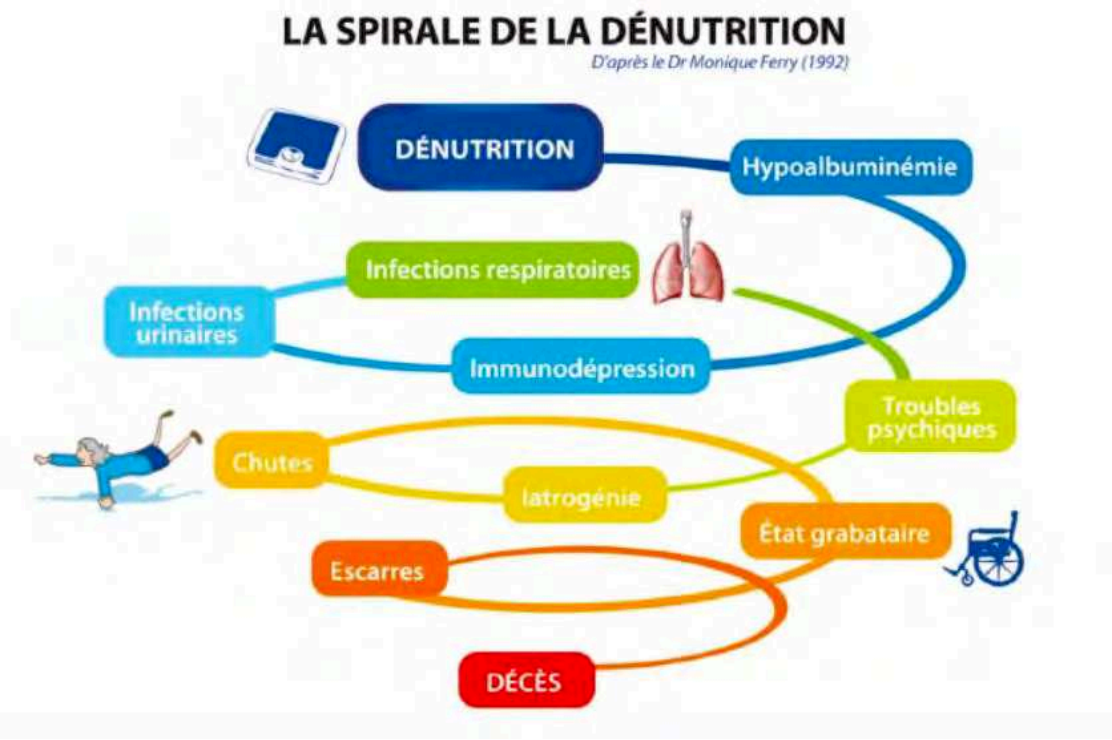


Figure 3 : « La spirale de la dénutrition », retrouvée sur plusieurs sites Internet traitant de ce sujet, et dont l'origine est attribuée à Ferry, 1992.

Le fait que la dénutrition soit déclenchée par de multiples facteurs bio-psycho-sociaux fait également consensus. En 2007, la HAS en listait plus de 30 (*ibid.* p.7), dont la dépendance pour les actes de la vie quotidienne, tels que l'alimentation et la mobilité, faisant alors le lien dans l'autre sens, entre un état de « dépendance » qui provoquerait, à terme, une dénutrition.

Parmi les risques psycho-socio-environnementaux se trouve l'isolement social. Celui-ci est défini en prenant pour référence l'étude suivante (*ibid.,* p. 21) :

> « Chez 154 personnes âgées (71 % de femmes, âge moyen 74 ans) vivant à domicile en zone rurale, le risque de dénutrition a été évalué (par téléphone) avec le Nutritional Risk Index, par la Nutrition Screening Initiative, au moyen d'une enquête alimentaire portant sur 7 aliments, et par la Perceived Nutrition Barriers. Les risques d'un apport nutritionnel insuffisant étaient associés à un isolement social (faible nombre de repas partagés, peu de confidents), à une alimentation non savoureuse, à la polymédication, aux troubles bucco-dentaires, aux difficultés financières et aux difficultés pour se rendre dans un commerce » (Hendy et al., 1998).

L'isolement social est ici défini en fonction de la fréquence de partage des repas et du nombre de confidents. Dans cette étude, les critères utilisés se basent sur la théorie sociale cognitive de Bandura (1997) (qui sera détaillée dans la partie 4.3.1.), selon laquelle les individus ont besoin de soutien social, ici pour permettre une certaine « efficacité nutritionnelle ». Dans la revue de littérature que nous avons effectuée, nous constatons qu'il n'y a pas de consensus à l'heure actuelle sur une définition de l'« isolement social », qui serait utilisée par les organes des politiques publiques (ARS, CNSA, Gérontopôles, HAS) sur le thème de la dénutrition et de la perte d'autonomie. Nous verrons cependant que le fait de cuisiner et de manger en groupe sont suggérés pour favoriser le « lien social ».

Pourtant, l'alimentation commensale, ou le fait de manger ensemble a montré des effets ambivalents sur les prises alimentaires. Jeffery Sobal et Mary Nelson (2003), ont identifié trois caractéristiques inhérentes à la commensalité, entre soutien social (soutenir par exemple l'observance d'un régime), incitation sociale (inciter par exemple à manger ou boire plus) et contrôle social (régulation des comportements individuels en fonction des normes du groupe). Toutefois, concernant les personnes vieillissantes en France, il a été montré que la vie en couple ou la cohabitation dans un ménage favorisaient la préparation culinaire et la prise des repas en commun, ainsi qu'une alimentation plus diversifiée (Gojard & Lhuissier, 2003 ; Cardon, 2010b).

Les données de prévalence de la dénutrition en France

Les données les plus souvent utilisées par les instances qui travaillent sur ce sujet indiquent jusqu'à 50-60 % des personnes âgées hospitalisées dénutries à l'hôpital. La dénutrition atteint par ailleurs 40 % des malades souffrant de cancer (Hébuterne et al., 2014) et 40 % des malades d'Alzheimer. Enfin, à domicile, la prévalence de la dénutrition est estimée à 5-10 % chez les personnes âgées de 70 ans et plus (Haute autorité de santé, 2007 ; Cereda et al., 2016). Bien qu'un risque de dénutrition puisse être identifié par certains facteurs, tels qu'une perte de poids de 5 à 10 % au cours des derniers mois, des difficultés pour manger (avaler de travers, tousser), avoir un appétit très faible ou encore sauter des repas, il n'existe pas, à ce jour en France, de données sur le risque de dénutrition des personnes âgées[20].

[20] Une étude sur le sujet débute au 4e trimestre 2025 et permettra, à terme, d'estimer ce risque.

L'émergence de la prévention de la dénutrition comme un objectif de santé publique

La prévention et la prise en charge de la dénutrition dans les protocoles de soin ont émergé comme un sujet majeur de santé publique au cours des dernières années. Le dépistage systématique, grâce aux critères de la HAS actualisés en 2021 (Haute autorité de santé (HAS), 2021) et à des outils destinés au grand public (notamment le questionnaire « PARAD »[21], pour Poids, appétit, repas, alimentation, dénutrition, comportant quatre questions et diffusé, entre autres, lors de la Semaine nationale de la dénutrition) sont apparus comme déterminants.

Ce diagnostic est important aux yeux des gériatres engagés sur le sujet, pour qui la dénutrition est trop peu considérée comme une maladie, tandis que d'autres acteurs du domaine de la santé remettent en question cette caractérisation. En effet, les personnes vieillissantes peuvent s'inscrire dans des représentations de « vieillards », partagées dans la société, dont l'apparence fragile apparaît comme un trait de vieillissement normal. D'autre part, nous l'avons vu, si cette maladie a été identifiée en premier lieu dans l'hôpital, elle y reste trop peu diagnostiquée, car insuffisamment considérée comme une maladie. Comme d'autres troubles, la dénutrition se trouve à la frontière entre savoirs expérientiels et connaissances médicales, c'est-à-dire à la « frontière épistémique » où l'on admet des symptômes, mais pas forcément une maladie (Fassin, 2021). Avec la spécificité qu'ici, le corps médical lui-même a des avis divergents sur la qualification des symptômes, quand bien même les critères de caractérisation sont définis par la HAS (2021) et que la dénutrition à l'hôpital, une fois diagnostiquée, fait l'objet de soins spécifiques, tels que la supplémentation en aliments riches en protéines.

Dès le premier PNNS (ministère délégué à la Santé, 2001), la dénutrition est inscrite comme l'une des deux préoccupations spécifiques concernant les personnes âgées de 55 ans et plus (l'autre concerne les apports en calcium et en vitamine D). Le PNNS 4 (2019-2023) inclut quant à lui la mise en place d'une Semaine nationale de la dénutrition, idée portée par un collectif depuis plusieurs années. En effet, dès novembre 2018, le collectif de lutte contre la dénutrition formulait 14 propositions à destination des pouvoirs publics, des professionnels de santé et des associations, dont la création d'une semaine dédiée[22]. La Semaine nationale de la dénutrition voit le jour grâce à cette mobilisation. Elle vise depuis lors, « chaque année, à sensibiliser le grand public, les professionnels de santé et du secteur social, à cette maladie qui touche notamment nos aînés » (ministère des Solidarités et de la Santé, 2021, p. 4). Par ailleurs, le PNNS 4 fixe un objectif chiffré de réduction de la prévalence de la dénutrition : « Réduire le pourcentage de personnes âgées dénutries vivant à domicile ou en institution

[21] https://www.reseau-national-nutrition-sante.fr/fr/parad-4-questions-pour-prevenir-la-denutrition_-r.html. Site Internet de présentation du questionnaire PARAD. Consulté le 11 mars 2025.

[22] https://www.luttecontreladenutrition.fr/nos-14-propositions/ Page consultée le 09/01/2025.

de 30 % au moins pour les plus de 80 ans » (*ibid*., p.6). Plus particulièrement ; l'action 37 de l'objectif 37 du PNNS 4 propose une action conjointe auprès des professionnels de santé et du grand public :

> « Prévenir la dénutrition en sensibilisant le grand public et les professionnels de santé et du secteur social en mettant en place chaque année « une semaine nationale de la dénutrition.
>
> Mettre en place une semaine nationale de la dénutrition afin d'améliorer la connaissance de cette pathologie partout en France, et développer localement cette semaine nationale.
>
> Proposer, durant cette semaine nationale, des actions de communication et d'information à destination du grand public, des professionnels de santé et du secteur social afin de :
>
> - Concevoir des outils adaptés pour déployer des actions d'information auprès de la population et des professionnels de santé ;
> - Organiser la pesée chez les pharmaciens volontaires ;
> - Mobiliser des professionnels et des bénévoles pour animer des rencontres afin de sensibiliser et informer la population sur cette thématique, lui permettre de disposer de temps d'échanges et de conseils avec des professionnels dont des diététiciens et des pharmaciens (faire le point sur l'équilibre alimentaire, calculer son indice de masse corporelle, participer à des ateliers de dégustation...) ;
> - Sensibiliser aux mesures de repérage et de prévention (importance d'une bonne hygiène bucco-dentaire, évaluation des apports alimentaires, aide aux repas avec mise en place d'un portage des repas si nécessaire, adaptation des repas aux goûts de la personne, développement de la connaissance et de l'utilisation d'outils numériques validés), notamment pour les aidants et les personnes en interaction avec la personne âgée à domicile » (ministère des Solidarités et de la Santé, 2021, p. 56).

Cette politique, centrée sur la mobilisation d'acteurs multiples autour de la dénutrition, s'appuie implicitement sur l'identification de publics cibles. En effet, certaines recherches permettent de mieux cerner les profils sociodémographiques les plus exposés à ce risque, en identifiant les facteurs liés à l'âge, au contexte de vie ou à l'état de santé.

Certains profils plus à risque de dénutrition

Des études de cohorte vont permettre d'identifier des profils sociodémographiques plus à risque de dénutrition. Puis, certains auteurs vont proposer des listes de situations à risque de dénutrition chez les personnes âgées, basées à la fois sur les données de la littérature et sur des consensus d'experts (Morley, 1997).

On met ainsi au jour le fait que ce risque augmente avec :

- L'âge ;
- Le fait d'être une femme ;
- Avoir de bas revenus ;
- Un faible niveau d'éducation ;
- Le fait d'être veuf et d'être « isolé »[23] (Castel et al., 2006 ; Haute autorité de santé, 2007).

Des changements dans les modes de vie, comme faire appel à une aide à domicile ou déménager dans un foyer logement, sont également des indicateurs de plus grand risque (Haute autorité de santé, 2007, p. 16).

La dénutrition est aussi associée à certaines pathologies, notamment les cancers ORL et digestifs, l'insuffisance intestinale chronique, l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance respiratoire, les maladies métaboliques, l'hémodialyse, la bronchite chronique et les maladies neurodégénératives, comme la maladie l'Alzheimer (Haute autorité de santé, 2007 ; Gillette-Guyonnet et al., 2007). Elle peut enfin être liée à la prise de médicaments susceptibles d'être impliqués dans la perte de poids (Haute autorité de santé, 2007).

Des précurseurs de la dénutrition ont pu être analysés, tels que le statut nutritionnel altéré (Torres, 2014). Tout comme les individus à risque de dénutrition, les personnes qui sont le plus souvent concernées par un statut nutritionnel altéré sont « les plus âgées, de genre féminin, veufs/veuves, de niveaux de revenus et scolaire faibles, déments, présentant une symptomatologie dépressive et des incapacités aux activités de la vie quotidienne » (*ibid.*). Ces individus ont de moins « bonnes » habitudes alimentaires, caractérisées par des consommations faibles de poisson, légumes, fruits, et par des consommations élevées de biscuits et viennoiseries. Un statut nutritionnel altéré à l'inclusion est significativement associé à la survenue de divers événements au cours des 12 ans de suivi : démence, chute, fracture, incapacités, incontinence, institutionnalisation et décès (*ibid.,* p.4), contribuant à le penser comme un indicateur pertinent de risques pour la santé.

Puisque la dénutrition est le plus souvent la conséquence d'une baisse des apports alimentaires, que les maladies associées sont considérées comme en partie évitables grâce aux modes de vie adoptés, cette pathologie est considérée comme la conséquence des modes de vie, et plus particulièrement des habitudes alimentaires. Et, tout comme pour d'autres maladies chroniques, telles que l'obésité ou le

[23] La définition du terme « isolé » provient ici à nouveau de l'étude citée dans l'argumentaire de la HAS, portant sur les stratégies de prise en charge de la dénutrition des personnes âgées, dans laquelle l'« isolement social » est défini en termes de faible fréquence de partage des repas et de faible fréquence des confidences avec autrui (Hendy et al., 1998).

diabète de type 2, la position sociale est un facteur avéré d'inégalité. Enfin, le genre, autre facteur d'inégalité mis au jour, soulève un paradoxe : si, comme nous l'avons vu, les femmes vieillissantes sont plus souvent en charge des questions de *care*, de prévention et de travail alimentaire que les hommes, elles se trouvent aussi plus souvent à risque de dénutrition.

Malgré la reconnaissance croissante du rôle des facteurs sociaux – tels que la position sociale ou le genre – dans la survenue de la dénutrition, ces inégalités restent encore insuffisamment prises en compte dans les politiques publiques de prévention. Cette limite s'inscrit dans une histoire plus large de la santé publique, marquée par une intégration tardive, en France, des inégalités sociales de santé.

2.5.4. La faible prise en compte d'inégalités de santé dans les politiques publiques de prévention

La mise au jour d'inégalités sociales de santé a pu être considérée comme étant concomitante de l'augmentation des inégalités dans les sociétés adhérant au capitalisme industriel (Fassin, 1996). Il s'agit d'un contexte qui exacerbe les inégalités sociales. Et dans une perspective réformiste, hygiéniste et de contrôle social, des recherches vont porter sur les conditions de vie, en premier lieu, des ouvriers et de leur famille. Ainsi, des inégalités sociales de santé sont mises en avant dès 1976 par l'INSEE dans l'enquête sur la mortalité sociale différentielle, commencée en 1965 (Blanpain, 2011). L'OMS inscrit dans son programme « Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 » un objectif de réduction des inégalités de 25 %, encourageant la communauté scientifique à travailler sur ce thème (Organisation Mondiale de la Santé, 1981). Il s'agit à ce moment-là de lutter contre la pauvreté pour viser à améliorer la santé de la population dans les pays en voie de développement. La Fondation européenne de la science commence, dès les années 1980, à organiser des ateliers internationaux sur les inégalités de santé. Les inégalités sociales de santé vont par la suite, dans certains pays, structurer les politiques de santé (Aïach & Fassin, 2004).

Toutefois, l'orientation politique sur les inégalités de santé en France est plus récente que dans d'autres pays d'Europe (Suède, Royaume-Uni), qui la placent au cœur de leurs dispositifs de recherche en santé. Si elle est affirmée dans la nouvelle loi de santé publique de 2004, c'est sans traduction en objectifs concrets de réduction. Pour Fassin, qui note plusieurs lois dans lesquelles les inégalités sociales de santé ont été volontairement passées sous silence, il s'agit d'un refus conscient de s'attaquer sérieusement à ce problème, alors que de nombreux travaux montrent que ces inégalités sociales persistent en France : « La politique de négligence est donc une politique délibérée, de longue haleine, produit d'une vision de la société qui privilégie d'autres valeurs que l'égalité et la solidarité » (Fassin, 2011, p. 2).

Concernant le vieillissement, l'évaluation du Plan national « Bien vieillir » (Haut conseil de santé publique, 2010) met justement en avant dans ses conclusions le fait que la question des inégalités de santé devrait être beaucoup plus prise en compte dans les politiques publiques de la vieillesse. Quant à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), en charge de la politique de l'autonomie en France, son intérêt porte en priorité sur deux types d'inégalités sociales de santé. La première concerne les inégalités territoriales. Ce, en premier lieu, pour viser à réduire, chez les personnes âgées ou en situation de handicap, les inégalités d'accès géographique aux soins de santé. La seconde porte sur l'isolement social des personnes âgées, notamment celles en situation de perte d'autonomie (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, 2017). Pour définir l'isolement, le ministère chargé de l'Autonomie se base sur la définition de la Fondation de France. La définition employée depuis 2016 est la suivante : « Les personnes isolées sont celles qui indiquent avoir des contacts de visu "plusieurs fois dans l'année", "moins souvent" et "jamais" » (Berhuet et al., 2020). La définition antérieure à 2016 portait elle aussi sur la fréquence des contacts de visu. La caractérisation de l'isolement se joue donc ici à l'aune de la fréquence des contacts visuels, et non pas sous d'autres jours étudiés en sociologie, tels que la définition de réseaux personnels (Bidart et al., 2011), de la force des interactions et notamment des potentialités offertes par les « liens faibles » (Granovetter, 2000) ou encore à travers le sentiment de solitude (Kaufmann, 1995).

La trop faible prise en compte des inégalités de santé dans les politiques publiques pose la question des effets des politiques de prévention à l'endroit des populations cumulant des inégalités. Peretti-Watel fait l'hypothèse d'une prévention plus efficace parmi les catégories sociales les plus aisées et les plus éduquées (Peretti-Watel, 2013). À partir des données disponibles sur les différenciations sociales des conduites à risque, en prenant l'exemple de la consommation de tabac en France, il constate qu'entre 2000 et 2007, parmi les cadres et professions intellectuelles supérieures en emploi, la proportion de fumeurs est passée de 36 % à 28 %, tandis que, parmi les ouvriers en emploi, cette proportion a également diminué, mais la baisse observée est de moindre amplitude, car elle est passée de 45 % à 40 %. Et parmi les personnes au chômage, la prévalence tabagique observée en 2007 est identique à celle de 2000, avec 44 % de fumeurs. La prévention primaire pourrait ainsi provoquer des « effets inattendus », accroissant potentiellement les différences sociales de conduites à risque (*ibid.,* p. 159).

Peretti-Watel cite par la suite le travail de Patrice Pinell sur l'*homo medicus* (Pinell, 1992), pour décrire l'écueil des professeurs et médecins concevant des campagnes de prévention (ici sur le cancer).

Ils s'adressent implicitement à une « cible fictive » (l'*homo medicus*), possédant les caractéristiques suivantes :

- elle est concernée par sa santé sur le long terme (nous verrons plus loin que cette pensée correspond aussi au *health belief model* de Rosenstock) ;
- elle est censée se fier aux informations délivrées dans ces campagnes, pour mettre en œuvre une rationalité de type instrumentale (selon la pensée de l'économie néoclassique sur les prises de décisions) (Peretti-Watel, 2017, p. 159).

L'auteur souligne des décalages entre cette cible idéale et les « personnes réelles », plus particulièrement les populations précaires ou défavorisées, au sujet desquelles la sociologie classique met en évidence un horizon temporel raccourci et par là même un moindre risque perçu de maladies (Halbwachs, 1912 ; Peretti-Watel, 2017). Elles sont aussi souvent plus méfiantes vis-à-vis des campagnes de prévention (Peretti-Watel, 2013). Deborah Lupton, dans l'ouvrage *The imperative of health : Public health and the regulated body* (1995), pose aussi la question des effets des campagnes de prévention. Elle va décrire des campagnes australiennes de prévention de l'obésité en s'intéressant aux conceptions socioculturelles et politiques de la santé publique, qui, en l'état, stigmatisent les individus obèses, les mettant en scène comme étant inactifs et sans volonté. Cette méthode de dissuasion symbolique, complémentaire d'autres systèmes, tels que la taxation (par exemple, la taxation sur les boissons sucrées en place depuis 2012 en France[24]), porte l'écueil de potentiellement dégrader les conditions de vie de personnes qui se trouvent déjà dans des situations matérielles et sociales précaires. Enfin, une revue d'études sur les effets délétères non intentionnels de programmes de prévention en santé publique met en évidence des effets à la fois physiques, psychosociaux, économiques, culturels et environnementaux, qui pourraient être contrecarrés par une meilleure planification et évaluation de ces dispositifs (Allen-Scott et al., 2014).

Les paradigmes de la sociologie du vieillissement ont évolué, passant d'une vision statique du grand âge à une approche dynamique fondée sur les processus, partant du vécu des personnes vieillissantes. Si la théorie du désengagement, comme celle du cycle de vie, s'intéresse aux rôles sociaux attendus, la pensée en termes de processus propose une lecture plus complexe. Les concepts de déprise et d'épreuves intègrent les transformations sociales (notamment l'allongement du temps de la vie), sans toutefois négliger l'impact des changements de position dans le cycle de vie au cours du vieillissement. La sociologie du vieillissement invite ainsi à repenser cette période de la vie, à travers les changements

[24] https://entreprendre.service-public.fr/vosdroits/F32101 Page consultée le 3 février 2025.

qu'elle induit dans le rapport au monde, en tenant compte du parcours de vie et de la position dans le cycle de vie propres au vieillissement.

Par ailleurs, les inégalités sociales de santé dans le vieillissement ont pu être analysées comme le résultat des trajectoires sociales et de contextes économiques. Les approches longitudinales explorant les parcours de vie ont permis d'intégrer la construction de rôles sociaux relatifs à la santé, pour expliquer l'état de santé. Cependant, cette perspective, basée sur les trajectoires de vie, ne coïncide pas toujours avec les logiques des campagnes de prévention. Ces dernières, en imaginant les publics comme réceptifs et enclins à adopter des comportements vertueux pour leur santé sur le long terme, risquent de renforcer certaines inégalités de santé, notamment envers les personnes les moins favorisées.

Au premier abord, l'idée du vieillissement en termes de processus présente des similitudes avec l'approche de la santé publique : dans les deux cas, les personnes sont décrites comme évoluant au cours du vieillissement. Cependant, les politiques publiques identifient et mesurent des pertes à pallier, puis développent des programmes de prévention pour mobiliser les personnes âgées, les conduire à changer, notamment leur alimentation, en vue de « bien vieillir ». Les personnes vieillissantes décrites dans la sociologie du vieillissement sont quant à elles amenées à changer car elles vivent des épreuves multiples ; celles-ci ne sont pas restreintes aux pertes physiologiques et couvrent à la fois des changements dans l'environnement physique et social, et des changements plus internes. Dès lors, dans la même perspective que celle d'Anne-Marie Guillemard (2022) abordant les potentialités des personnes retraitées et les opportunités disponibles qu'offre la société pour les actualiser, on peut se demander comment les personnes vieillissantes préemptent les dispositifs de prévention prévus pour elles : viennent-ils aider à passer certaines transitions, certaines épreuves ? L'aide apportée est-elle du même ordre pour tous, ou bien dépend-elle du parcours de vie ?

Nous allons à présent nous centrer sur l'alimentation en partant d'une dialectique similaire à celle adoptée concernant le vieillissement : comment les changements alimentaires au cours du vieillissement sont décrits dans des études analysant les comportements des personnes vieillissantes d'une part, comment ils sont pensés dans les politiques de prévention en santé publique d'autre part. Enfin, nous verrons comment la sociologie de l'alimentation théorise la décision alimentaire et le changement alimentaire et peut apporter une vision complémentaire de celle de la santé publique sur le sujet.

3. Les changements alimentaires au cours du vieillissement

L'étude des changements relatifs à l'alimentation pendant le vieillissement s'inscrit dans un contexte d'émergence et de renforcement des politiques publiques sur le sujet. Cette partie propose un état des lieux des travaux menés depuis le début des années 1980 sur les habitudes alimentaires des personnes vieillissantes. Une attention particulière sera portée sur la question de la dénutrition, objet d'enquêtes épidémiologiques ayant étudié en particulier certains facteurs sociaux en lien avec ce trouble.

Pour analyser ces changements, divers paradigmes issus de la sociologie du vieillissement sont mobilisés. Certains reposent sur des cadres d'analyse relativement stables, comme l'approche par génération d'appartenance, tandis que d'autres proposent une lecture plus dynamique, à travers la notion de parcours de vieillissement, envisagé sous l'angle du cycle de vie et des épreuves traversées. Dans ces perspectives, l'alimentation est étudiée à travers des logiques de décision (intégrant valeurs, normes et représentations sociales), les préférences, les pratiques alimentaires et leurs évolutions, en lien plus ou moins explicite avec des enjeux de santé.

3.1. Générations, valeurs et normes alimentaires

Une première approche intégrant la question du changement est celle des effets générationnels sur les comportements alimentaires. Les spécificités sociales et culturelles propres à une époque, que nous avons évoquées pour décrire l'avènement d'une pensée en termes de parcours de vie, sont au cœur des études générationnelles sur les habitudes alimentaires. Pour décrire les spécificités des générations, les études du Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CRÉDOC) s'appuient sur une décomposition entre « âges », « périodes » et « cohortes », utilisant le modèle de Rodgers (1982), qui propose d'en distinguer les effets spécifiques, en remplaçant l'un des trois effets par des variables explicatives (Volatier, 1997 ; Recours et al., 2008). Les données analysées sont celles des enquêtes Budgets des familles réalisées par l'INSEE depuis 1979. Celles-ci ont mesuré les dépenses des ménages, dont celles en alimentation, avec une distinction entre les dépenses alimentaires au foyer et hors foyer (café, restauration). Dans l'étude du CRÉDOC publiée en 2008, quatre générations de personnes âgées se distinguent, à la fois dans leurs valeurs et dans leurs pratiques (Recours et al., 2008). Ces générations correspondent aux personnes âgées de 60 ans et plus actuellement. Les auteurs s'appuient sur l'hypothèse, déjà mobilisée dans d'autres travaux, selon laquelle les valeurs acquises vers l'âge de 20 ans perdurent tout au long de la vie (*ibid.* p. 37). Cette étude met en avant une différence de fond dans les valeurs, qui coupe ces générations en deux : tandis

que celles nées avant la Seconde Guerre mondiale, âgées aujourd'hui d'au moins 88 ans, se réfèrent principalement à des valeurs collectives et adhèrent à des représentations holistes de la société, les plus jeunes générations de personnes âgées, nées pendant et après-guerre, aujourd'hui âgées de moins de 88 ans, se réfèrent quant à elles à des valeurs à dominante individualiste (*ibid.* p. 37). Ainsi, les pratiques de prévention du vieillissement et de santé, pour les personnes âgées nées avant Seconde Guerre mondiale, découleraient de décisions qui s'imposent à elles, plutôt qu'au fait qu'elles en sont les initiatrices. Ces générations seraient plus centrées sur le domicile que les plus jeunes. Les représentations du « bien vieillir » pour les générations nées après-guerre seraient quant à elles basées sur le dynamisme, les relations sociales et l'utilité revendiquée vis-à-vis des autres. Chez elles, les pratiques de prévention sont plutôt perçues comme une condition nécessaire au « bien vieillir ».

Les travaux de Chantal Crenn et de son équipe, réalisés pour l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) en vue de comprendre la réception des messages nutritionnels dans différentes configurations d'âges, de migration et de structure du foyer, apportent un autre regard sur l'approche générationnelle (Crenn et al., 2007). Ils définissent, d'une part, une « génération pivot » de personnes âgées, ayant la particularité d'aider à la fois ses ascendants et ses descendants et d'être plutôt en contrôle de ce que les convives vont manger lors des repas familiaux de fête (*ibid.* p.115). Et d'autre part, des « générations » en lien avec la migration (immigrés de 1re, 2e génération), ayant composé avec ce qu'elles considèrent comme leur héritage culturel, pensé comme « bon à manger ». Les recommandations nutritionnelles en France constituent alors pour ces personnes immigrées une autre forme de nourritures « bonnes à manger » (*ibid.* p. 48). Dans cette optique, les effets générationnels de l'immigration sont articulés au parcours de vie.

L'analyse des comportements alimentaires à travers l'approche générationnelle permet de mieux comprendre l'influence des valeurs et certains parcours de vie sur les pratiques alimentaires. Toutefois, cette lecture doit être nuancée par d'autres facteurs. Les comportements observés sont également tributaires de multiples dimensions du parcours de vie : état de santé, recompositions familiales, mobilités résidentielles, événements biographiques, ou encore transformations des rôles sociaux. En ce sens, les effets de génération doivent être articulés à une lecture plus dynamique du vieillissement, attentive aux ruptures, aux ajustements et aux arbitrages qui marquent les trajectoires individuelles.

3.2. Typologies d'habitudes alimentaires au cours du vieillissement

Cette entrée par les typologies vise à mettre en lumière les associations d'indicateurs mobilisés pour définir des « types de mangeurs vieillissants ».

Une étude, menée auprès de 402 personnes âgées de 55 ans et plus, a tenté de dégager des groupes de personnes âgées en fonction de leur profil diététique, de leurs fonctions cognitives et de leur état de santé perçue (Ferrand et al., 2018). Chez les hommes comme chez les femmes, les profils diététiques ne sont pas associés à des statuts sociodémographiques particuliers. Par ailleurs, chez les femmes uniquement, le profil de « gros consommateur de poisson de fruits et de légumes » est associé à une bonne santé perçue et à l'absence de symptômes dépressifs. Au contraire, le profil de femmes consommatrices de plats « tout prêts » était associé à un déclin cognitif, à une légère dépression et à un faible niveau de santé perçue (*ibid.).* Nous pouvons noter l'utilisation de la variable « santé perçue », reconnue en sociologie et en santé publique pour sa pertinence prédictive : une bonne santé perçue est généralement corrélée à une fréquence plus élevée de contacts sociaux et au sentiment d'être soutenu par son entourage (Peretti-Watel, 2006). Elle constitue également un indicateur fiable de la mortalité, toutes choses égales par ailleurs (Kaplan & Camacho, 1983).

Une autre recherche, portant sur la psychologie et la nutrition, tente de cerner l'hétérogénéité des statuts nutritionnels et de santé des personnes âgées de 65 ans et plus en France, recrutées en fonction de leur niveau de dépendance (Maître et al., 2021). L'objectif y est d'adapter les stratégies de promotion de la santé en fonction des profils dégagés dans la typologie. Les entretiens menés auprès de 559 individus permettent d'identifier plusieurs types de liens entre alimentation et santé, en fonction de la tranche d'âge, des préférences alimentaires et des pathologies dont les personnes souffrent. Il apparaît, d'une part, que les personnes âgées de moins de 80 ans avec un « bon » statut nutritionnel, ont à la fois des préférences alimentaires, un désir d'avoir une alimentation saine et un intérêt pour l'alimentation variables. D'autre part, un groupe est constitué principalement de personnes âgées de plus de 80 ans, ayant un statut nutritionnel jugé moins bon, un mode de vie sain, actif, et de l'appétit. Enfin, un troisième groupe comprend les personnes ayant un statut nutritionnel déclinant, souffrant de difficultés pour manger ou de dépression. Cette étude illustre le fait que plusieurs types de schèmes de pensée concernant l'alimentation et la santé peuvent être associés à un même « bon » statut nutritionnel.

En outre, la recherche de Gourmelen et al. (2024), comportant une première phase qualitative, permet de dégager des attitudes de personnes âgées par rapport à leur expérience des facteurs de dénutrition (les facteurs sociaux et de modes de vie, les facteurs liés à la santé, et les facteurs psychologiques). Cette phase révèle trois types d'attitudes face aux facteurs de dénutrition : « rigoureuse »,

« désinvolte » ou « optimiste ». Sur la base des comportements alimentaires et de leurs évolutions, une typologie quantitative montre ensuite que les individus peuvent être caractérisés de « stables », « désengagés », ou « bouleversés ». Ces groupes se différencient selon leur rapport à l'avenir, mais aussi selon des marqueurs des vieillissements, biologique et social.

Enfin, l'étude des habitudes alimentaires de la cohorte Gazel[25] permet de dégager trois « patterns » alimentaires, sous la forme de trois axes. Les auteurs distinguent un premier axe de consommations renvoyant aux produits valorisés par des normes dites marchandes, car faisant une place importante aux produits transformés et valorisés par la publicité et les supermarchés. Le deuxième axe renvoie à une alimentation régie par des normes diététiques et marquée par une logique de frugalité qui semble faire écho aux recommandations qui visent de plus en plus les enquêtés au fur et à mesure qu'ils vieillissent : les produits laitiers sont particulièrement recommandés après 55 ans. Le troisième axe renvoie quant à lui à une alimentation régie par des normes gastronomiques et culinaires, mettant à distance autant les produits transformés de la dimension « Produits gras et sucrés » que la frugalité de la dimension « Fruits, légumes, laitages », comme le montre la présence du fromage et non des laitages ou du lait. Les auteurs y décèlent trois façons de « bien-manger », inscrites dans des logiques différentes et portées par des prescripteurs spécifiques (Plessz et al., 2015).

L'intérêt de ces typologies est de dégager des interdépendances entre état de santé et états nutritionnels, entre genre et état nutritionnel ou encore entre attitudes et facteurs de dénutrition. Cependant, leurs limites résident dans le fait qu'elles ne permettent pas d'appréhender le sens des causalités ni les parcours de vie aboutissant à ces types de pensées et pratiques de mangeurs. Par ailleurs, comme cela avait été mis en avant par Druhle (1996a) concernant les styles de vie et la santé, étudiés en épidémiologie, l'écueil peut être d'associer des variables sans chercher à comprendre en profondeur ce qui les relie véritablement entre elles.

Nous allons à présent aborder les études sur les changements alimentaires au cours du vieillissement, qui ont comme spécificité d'intégrer la perspective générationnelle, et les évolutions des représentations sociales et des pratiques alimentaires et de santé, pendant le vieillissement. Elles mettent particulièrement en avant des moments marquants de changements, propres à cette période de la vie : retraite, maladie, veuvage. Ces moments sont autant de transitions dans le cycle de vie,

[25] La cohorte Gazel, lancée en 1989 par EDF-GDF et l'INSERM, est une étude longitudinale explorant notamment les évolutions d'habitudes alimentaires, dans une population de 20 000 employés chez EDF-GDF. L'analyse des habitudes alimentaires de 10 000 répondants âgés de 50 à 75 ans permet de suivre pendant une très longue durée l'état de santé et les principaux facteurs de risque de cette population. https://www.gazel.inserm.fr/fr/les-origines-de-la-cohorte-gazel. Site Internet sur la cohorte Gazel. Page consultée le 25 avril 2025.

amenant à reconsidérer les rapports entre alimentation et santé. L'approche par la déprise va aller explorer ces réaménagements, notamment au sein du couple et dans le lieu de vie.

3.3. Parcours de vie et changements alimentaires

L'étude longitudinale sur la cohorte Gazel (Dion et al., 2020), qui a inclus des personnes volontaires travaillant chez l'Électricité de France et le Gaz de France, a permis de suivre un large échantillon d'adultes, depuis leurs 45 ans, jusqu'à leurs 75 ans. Elle met en lumière des changements alimentaires pendant une tranche de parcours de vie. L'alimentation de cette cohorte tend à se rapprocher des recommandations nutritionnelles au fil de l'avancée en âge. En effet, le score correspondant à une alimentation riche en produits gras et sucrés se réduit avec l'avancée en âge, tandis que le score concernant les consommations de légumes, de fruits et de laitages augmente. Bien que les femmes gardent en moyenne des pratiques alimentaires plus proches des recommandations officielles que les hommes, ces derniers s'en rapprochent au cours du vieillissement.

Poulain aborde, quant à lui, une évolution des représentations sociales concernant l'alimentation au cours du vieillissement, vers une sensibilité de plus en plus grande aux questions de santé. Pour lui, celle-ci peut être la conséquence d'une perméabilité plus grande aux arguments nutritionnels inscrits dans une logique de prévention (Poulain, 2017a). De plus, il semble qu'il y ait là aussi un rapport genré au corps, qui passe par une pratique différenciée du régime. Ce sont les femmes qui font le plus souvent des régimes amaigrissants ou à restrictions, en lien avec une maladie (Poulain, 2009b). Par ailleurs, le régime relèverait majoritairement d'une décision personnelle pour les femmes, et de la demande d'un médecin pour les hommes (Depecker et al., 2023).

Dans les deux perspectives présentées, deux éléments expliquent l'évolution des habitudes alimentaires. Il y a, d'une part, le genre, qui continue de caractériser un certain rapport au corps et à la santé pendant le vieillissement. Il y a, d'autre part, les représentations sociales des liens entre alimentation et santé, qui semblent évoluer au fil du vieillissement, vers une prise de conscience des liens entre habitudes alimentaires et effets plus ou moins « bons » pour la santé. Cependant, ces études ne permettent pas de savoir si cette évolution des représentations est due à des événements particuliers, à un ressenti, ou à d'autres facteurs. Les mécanismes précis à l'origine de ces changements restent donc à approfondir.

3.4. Cycle de vie et changements alimentaires au cours du vieillissement

Poulain aborde les changements d'habitudes alimentaires des personnes âgées avec une entrée par le prisme du cycle de vie, dégageant trois grandes étapes. La première correspond à la cessation de l'activité professionnelle, qui induit le rapatriement des déjeuners au domicile si ceux-ci étaient pris à l'extérieur jusqu'à présent. La seconde est l'aide apportée pour préparer à manger, à travers par exemple le portage alimentaire à domicile, et la dernière est l'alimentation en institution (Poulain, 2017a). Le changement de rapport à l'alimentation dans le vécu quotidien est également abordé dans les travaux de Philippe Cardon (2009) : en avançant en âge, l'alimentation devient de plus en plus structurante de l'organisation du quotidien, à la fois dans le domicile et en dehors de celui-ci.

Par ailleurs, le passage à la retraite conduit à réaménager la division du travail alimentaire au sein des couples (Kaufmann, 2005). Les femmes vont avoir tendance à continuer à préparer les repas elles-mêmes, tandis que les hommes vont s'investir plus qu'auparavant dans les courses alimentaires (Caradec, 2008 ; Brousse, 2015). Lorsque les hommes sont à la retraite avant leur conjointe, ils peuvent aussi investir la cuisine en semaine (Rochedy et al., 2022) et certains travaux montrent plus généralement une montée de la pratique de la cuisine quotidienne chez les hommes (Fouquet, 2019). À la suite d'événements de vie comme la perte du conjoint, ou encore un problème de santé, les courses et la préparation des repas seront parfois délégués. À partir de ce moment, l'alimentation « déléguée » présente au moins deux limites : il a été démontré, d'une part, qu'elle provoque une alimentation de moindre qualité nutritionnelle dans le cas d'un portage alimentaire (Fleury, Van Wymelbeke-Delannoy, et al., 2021). D'autre part, le fait de moins aller faire des courses alimentaires peut diminuer les occasions d'interactions sociales et d'activités motrices et cognitives (Poulain, 2017a).

La période qui suit la perte du conjoint a également été étudiée sous l'angle des habitudes alimentaires (Cardon, 2010a). Ainsi, le veuvage entraîne de profonds changements alimentaires. Il s'agit tout d'abord d'adapter les quantités préparées et de supprimer certains plats qui étaient mangés par le couple (*ibid.,* p.86). Par ailleurs, les savoir-faire culinaires se retrouvent rapidement au centre de la décision de poursuivre ou non la préparation, soi-même, des repas. Sur ce point, les hommes ont plus facilement tendance à chercher des solutions à l'extérieur d'eux-mêmes, tandis que les femmes recherchent plus souvent à poursuivre l'activité culinaire le plus longtemps possible (*ibid.* p. 87-89). Enfin, femmes et hommes vivant seuls n'ont pas les mêmes pratiques d'achats, les femmes seules

tendent à acheter plus souvent l'alimentation au marché et à manger moins souvent hors du domicile (De Saint Pol, 2008).

Nous voyons là aussi émerger certains facteurs expliquant des changements dans les rôles attribués, en lien avec l'alimentation, au cours du vieillissement. Le passage d'étapes dans le cycle de vie apparaît comme une fenêtre d'ouverture au changement, où les rôles et les pratiques d'approvisionnement et de cuisine peuvent être reconfigurés.

3.5. Déprises, épreuves et délégations alimentaires

Dans une perspective microsociologique qui s'apparente à l'étude d'une certaine déprise alimentaire, Philippe Cardon et Séverine Gojard (2008) introduisent la notion de « dépendance culinaire », pour désigner « des situations dans lesquelles des personnes âgées ne peuvent plus assurer l'approvisionnement et/ou la préparation des repas et sont conduites à les déléguer à un tiers » (*ibid*., p . 170). Avec l'apparition de problèmes de santé, les couples tentent de maintenir leurs habitudes alimentaires et réajustent leurs activités. Dans cette enquête, menée auprès de couples dont l'un des membres est « dépendant » pour des raisons physiques ou psychiques (par exemple à cause de la maladie d'Alzheimer) les auteurs mettent au jour de profonds changements dans l'organisation du quotidien lorsque la femme ne peut plus préparer à manger (Cardon & Gojard, 2008). Certains conjoints remplacent leur épouse à la cuisine, malgré leurs compétences culinaires réduites, d'autres préférant déléguer la préparation des repas à un tiers. À l'inverse, lorsque c'est le conjoint qui souffre de troubles psychiques ou physiques, les femmes tendent à concilier l'aide apportée à leur conjoint et les activités alimentaires, entraînant parfois des conséquences concrètes délétères sur leur propre santé physique et mentale (*ibid.,* p. 175).

Lorsque la préparation alimentaire est déléguée, des différences sont identifiées, en matière de qualité nutritionnelle, selon le type de délégation opéré. En effet, elle conduit à une baisse de la diversité alimentaire lorsqu'elle se fait en dehors du ménage. Plus précisément, lorsque l'aide est apportée par une personne professionnelle, la diversité de l'alimentation est légèrement plus élevée que dans le cas d'une aide apportée par un membre de la famille non cohabitant (Cardon & Gojard, 2014 p. 294). Dans une autre étude, Cardon constate que la délégation alimentaire se fait d'autant plus tard en âge qu'on monte dans la hiérarchie sociale (Cardon, 2010 b, p.36), témoignant d'une inégalité sociale dans le rapport à l'autonomie domestique.

La recherche d'Agathe Zuddas a quant à elle porté sur les changements alimentaires des résidents en foyers-logements (Zuddas, 2019). Elle met au jour des formes de « reconversions-déprises » (Caradec, 2018), qui s'articulent autour de plusieurs dimensions : les contraintes rencontrées dans son quotidien,

des ressources disponibles, les normes et représentations associées à l'alimentation et au vieillissement, ainsi que les formes de solidarités familiales et publiques mobilisées. La typologie qui s'en dégage met en relation l'alimentation avec l'identité des personnes vieillissantes, distinguant des pratiques de « conservation » (maintien des pratiques et continuité identitaire), de « rénovation » (modification des pratiques alimentaires et continuité identitaire) et de « chambardement » (modification des pratiques alimentaires et discontinuité identitaire) (*ibid*., p. 253-297).

Ces recherches soulignent à quel point les changements liés au vieillissement – qu'ils relèvent de la perte de capacités physiques ou cognitives, de maladies ou de transitions résidentielles – doivent être appréhendés à l'intersection de multiples dimensions : la répartition des rôles dans le couple, les savoir-faire culinaires, et les ressources sociales et économiques disponibles. La capacité à maintenir ou non la préparation alimentaire au domicile constitue ainsi un indicateur révélateur des rapports sociaux et des inégalités liées au vieillissement.

3.6. Les normes, représentations et pratiques alimentaires actuelles des personnes vieillissantes

3.6.1. Normes et représentations sociales alimentaires

« Bien manger »

Dans l'étude du CRÉDOC portant sur les représentations sociales du « bien-manger », fondée sur les données de l'enquête Comportements et consommations alimentaires en France (CCAF) 2013, des différences marquées apparaissent selon les tranches d'âge (Mathé et al., 2014). La catégorie des 55-64 ans utilise du vocabulaire se rapportant au plaisir et à la quantité. L'importance de la convivialité se manifeste par un suremploi du mot « plusieurs » dans le syntagme « à plusieurs », qui est mis en lien avec celui de « restaurant » (figure 4). Cette catégorie d'âge se préoccupe également de la présence de « sel » dans les aliments, et semble particulièrement concernée par le « bio ». Les auteurs décèlent une préoccupation concernant la santé directement influencée par l'âge et les préoccupations relatives à l'environnement. Ces représentations sont davantage portées par les actifs les plus âgés. Les 65 ans et plus suremploient le terme « naturel » au singulier, dans les syntagmes « manger naturel » ou « le plus naturel possible ». L'interprétation donnée est que les personnes les plus âgées ont sans doute été plus proches du monde rural, pouvant expliquer, selon les auteurs, un lien entre cette familiarité et l'attrait pour les produits jugés naturels. La restriction est quant à elle incarnée dans les termes « modération » et « normalement », traduisant la volonté d'une certaine retenue dans les

consommations. Cette catégorie d'âge est enfin la seule à suremployer des pronoms personnels pour parler de ses représentations (« je », « me », « mon »), suggérant une implication subjective plus marquée.

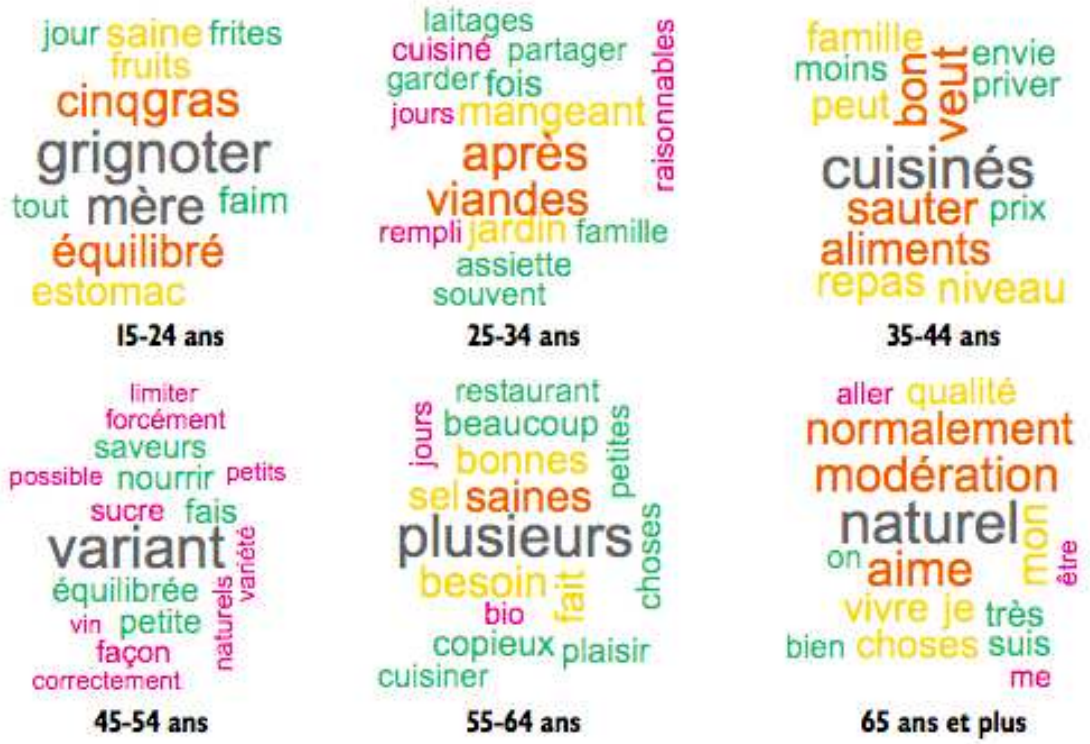


Figure 4 : Nuage de mots des formes graphiques caractérisant la catégorie d'âge. Source : CRÉDOC, enquête CCAF 2013, Mathé et al. 2014, p.33

En outre, l'étude des habitudes alimentaires de la cohorte Gazel montre que l'effet de la socialisation antérieure persiste et se manifeste par le fait que les cohortes les plus anciennes sont plus proches d'une définition gastronomique du « bien-manger », et les moins diplômés restent plus distants des recommandations de santé publique (Dion et al., 2020).

Les aliments essentiels

L'enquête de l'Observatoire CNIEL des habitudes alimentaires (OCHA), menée en 1998, mettait en lumière des différences de perception genrées quant aux aliments jugés « essentiels » (Poulain, 1998). Chez les hommes âgés de 50 à 60 ans, les viandes arrivaient en tête des aliments considérés comme indispensables, suivies des légumes. À l'inverse, les femmes de la même tranche d'âge plaçaient les légumes en première position, devant les viandes (figure 5).

Par ailleurs, les produits laitiers étaient plus fréquemment cités comme aliments essentiels avant les féculents chez les femmes, tandis que les hommes les mentionnaient plus souvent après les féculents.

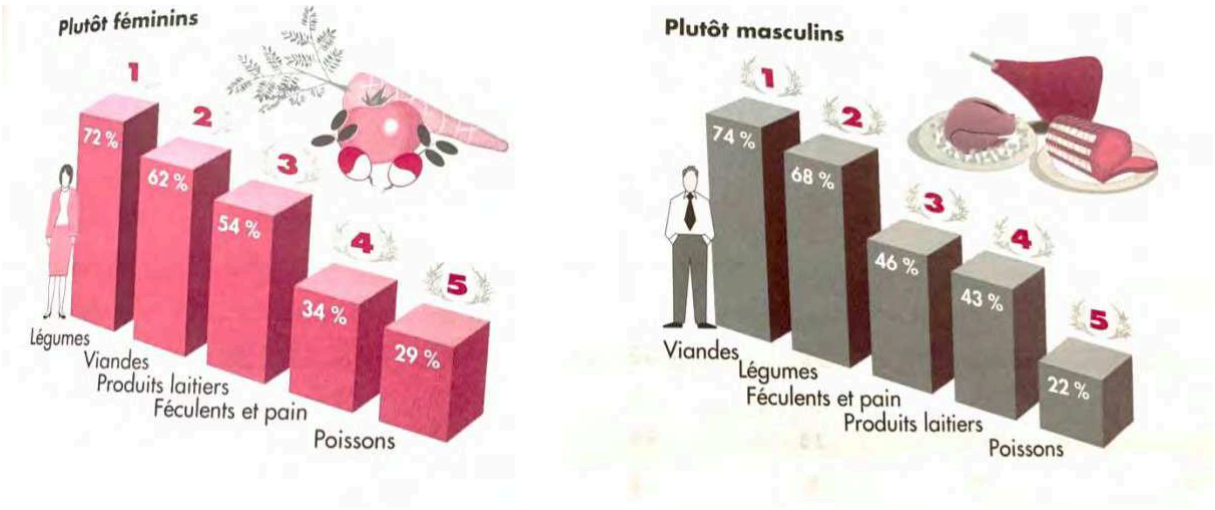


Figure 5 : Les aliments essentiels des 50-60 ans en fonction du sexe (échantillon total OCHA, 1998, en % des individus). Source : enquête de l'OCHA, « Les jeunes seniors et leur alimentation », Poulain, 1998, p.43

Ces résultats révèlent un modèle alimentaire plus traditionnel et nourrissant du côté masculin, centré sur la viande et les apports énergétiques, tandis que les femmes semblaient accorder une plus grande importance aux équilibres nutritionnels et à la diversité des groupes alimentaires.

3.6.2. Pratiques alimentaires des personnes vieillissantes

Les pratiques alimentaires des personnes âgées se distinguent de celles des plus jeunes, tant en termes de quantité que de qualité. Les études portant sur les quantités et fréquences de consommation par groupe d'aliments, notamment l'étude individuelle nationale des consommations alimentaires 3 (INCA 3), permettent de comparer les habitudes alimentaires des personnes vieillissantes à celles des plus jeunes. Ces approches reposent sur une lecture statique, où l'âge est utilisé comme variable indépendante. Elles mettent en lumière des différences à un moment donné, sans pouvoir toujours attribuer la cause de ces différences à une évolution au fil de l'avancée en âge, ou bien à la génération d'appartenance.

Globalement, les personnes âgées consomment moins de nourriture, tant en quantité qu'en apport énergétique. Si la ration ne varie pas significativement entre 18 et 64 ans, elle est plus faible chez les

adultes de 65 à 79 ans (ANSES, 2017, p. 136). Au regard de la ration journalière, les retraités et autres inactifs ont une ration alimentaire plus faible (respectivement 2 643 g/j et 2 733 g/j) que les employés, professions intermédiaires et cadres (respectivement 3 084 g/j, 3 098 g/j et 3 143 g/j) (*ibid.,* p.140).

Nous savons que si la viande reste présente dans le modèle alimentaire au cours du vieillissement (ANSES, 2017), sa consommation baisse au fur et à mesure de l'avancée en âge : de 55 g/jour à 55-64 ans celle-ci baisse à 47 g/jour pour les personnes âgées de plus de 65 ans (CRÉDOC, 2012, p. 6), ainsi que les légumineuses, qui passent de 8,8 g/j chez les 18-44 ans, à 7,4 g/j chez les 45-64 ans, puis à 5,4 g/j chez les 65-79 ans (ANSES, 2017, p. 135). Toutefois, ces résultats peuvent être nuancés. Une étude plus récente de Zohra Bouamra et al. (2025), basée sur les achats alimentaires, suggère que les plus de 65 ans achèteraient en réalité davantage de légumineuses que les plus jeunes, soulignant ainsi la complexité de l'objectivation des comportements alimentaires (entre méthodes de recueil des prises alimentaires, et entre achats et consommations) et la nécessité de croiser les sources de données.

Le vieillissement semble également s'accompagner d'une baisse de la diversité alimentaire, avec une diminution de la consommation de certains produits de base tels que le pain, la viande, le fromage ou les légumes frais (Gojard & Lhuissier, 2003 ; Larrieu et al., 2004 ; Cardon & Gojard, 2008).

Ces évolutions vont ainsi parfois à l'encontre des recommandations du Programme national nutrition santé (PNNS), qui encourage à maintenir une alimentation suffisante – notamment en protéines – et équilibrée, au cours du vieillissement.

Il est à noter que, bien que leur ration globale soit moindre, certains aliments sont surconsommés par les 65-79 ans par rapport aux adultes plus jeunes. Ainsi, les pains et produits de panification sèche raffinés, les œufs et les plats à base d'œufs, le poisson, les abats, les viandes (hors volailles), les légumes, les fruits, le fromage, les soupes et bouillons, ainsi que le sucre et les matières sucrantes, et les matières grasses végétales sont consommés par un plus grand nombre d'adultes de 65 à 79 ans que d'adultes de 18 à 44 ans, et en plus grande quantité.

La tendance s'inverse pour les céréales du petit déjeuner et barres céréalières, les pâtes et autres céréales raffinées, les viennoiseries, pâtisseries, gâteaux et biscuits sucrés, les entremets et crèmes desserts, la confiserie et le chocolat, les plats à base de féculents ainsi que les sandwichs, pizzas, tartes, pâtisseries et biscuits salés qui sont davantage consommés par les jeunes adultes, et en plus grande quantité. En effet, nous l'avons vu, préparer à manger à partir d'aliments bruts est une pratique qui se retrouve plus souvent chez les personnes les plus âgées, ce qui est attribué à un effet générationnel (Recours et al., 2008 ; ANSES, 2017, p. 264).

Enfin, concernant les boissons, les habitudes varient également selon les tranches d'âges. Les adultes de 18 à 44 ans sont plus nombreux à consommer des boissons rafraichissantes sans alcool, des jus de

fruits et de l'eau du robinet, alors qu'ils sont moins nombreux à consommer des boissons chaudes et des boissons alcoolisées par rapport aux adultes de 65 à 79 ans.

Ces études montrent des représentations et pratiques alimentaires spécifiques aux personnes vieillissantes. L'étude des représentations révèle une valorisation du plaisir et du partage alimentaire, par ailleurs, chez les 65 ans et plus, une plus grande mise en avant des aliments pensés comme naturels. Les normes du « bien-manger » restent plus éloignées des normes de santé publique pour les personnes ayant un faible niveau de diplôme, et les femmes considèrent plus souvent que les légumes sont essentiels, tandis que les viandes sont plus essentielles pour les hommes.

En pratique, les personnes vieillissantes mangent moins en quantité, plus d'aliments bruts et moins d'aliments transformés que les adultes plus jeunes. Les pratiques restent, elles aussi, différenciées par le genre, les femmes se rapprochant plus des recommandations nutritionnelles que les hommes, même si ces derniers s'en rapprochent peu à peu au cours de leur avancée en âge.

Les études présentées sont parties d'approches macrosociologiques pour expliquer les changements alimentaires des personnes vieillissantes, et au cours du vieillissement. Penser en termes de générations d'appartenance est intéressant dans la mesure où cela permet d'inclure le contexte social de vie. Cependant, c'est une vision trop limitante si elle est mobilisée seule. L'approche par les âges de la vie permet d'entrevoir que le fait de manger ne recouvre pas les mêmes enjeux que l'on ait 20 ans ou 70. Ainsi, les représentations sociales et les pratiques sont bien différenciées. Cependant, penser en termes d'âge seul n'explique pas les raisons pour lesquelles les personnes changent d'alimentation au fil de l'avancée dans la vie. Cela permet néanmoins de formuler des hypothèses concernant une évolution du rapport au corps et à la santé, qui tend à faire prendre des décisions allant dans le sens des recommandations de santé publique. Pour expliquer les changements alimentaires au cours du vieillissement, les approches en termes de cycle de vie et d'épreuves sont complémentaires : le cycle de vie a permis de centrer l'analyse sur la retraite et le veuvage. Ces moments apparaissent comme des fenêtres de reconfiguration des tâches domestiques, notamment les approvisionnements et la cuisine, où les rôles genrés continuent d'avoir un fort impact. Enfin, l'analyse en termes de déprise ou d'épreuves a concerné particulièrement l'apparition de maladies invalidantes, que celles-ci soient d'ordre physique ou psychologique. À nouveau, les rôles attribués selon le genre sont mis en avant – les femmes tendant à conserver l'activité culinaire – mais aussi des délégations alimentaires différenciées selon la position sociale. Conservation ou délégation de la préparation des repas vont avoir des effets tant sur la qualité de vie des personnes, que sur la qualité nutritionnelle de ce qui sera mangé.

Nous retenons de cette littérature certains apports pour notre recherche. Tout d'abord, l'importance de comprendre les parcours de vie, en matière de socialisations (parcours professionnel, etc.), de construction et de reproduction de rôles sociaux, pour penser les changements alimentaires au cours du vieillissement. Notons que l'approche en termes de parcours de vie appréhende le contexte socioculturel dans lequel ont évolué les personnes, elle intègre donc l'approche générationnelle.

De plus, les étapes du cycle de vie propres au vieillissement sont particulièrement éclairantes, elles ont montré à quel point elles constituent des fenêtres de reconfiguration des pratiques, au niveau de la redistribution des rôles au sein des couples, mais aussi au niveau des relations extérieures (familles qui peuvent apporter de l'aide, reconfiguration des interactions avec les commerçants, appels à des professionnels…).

Enfin, l'approche en termes d'épreuves, moins prévisibles et parfois plus intimes, est également éclairante, même si on peut la considérer comme étant jusqu'à présent moins mobilisée pour expliquer les changements alimentaires. Il se pourrait que les « opportunités d'engagement » et leurs évolutions pendant le vieillissement jouent sur l'alimentation. Ainsi, les invitations à manger par les proches, l'implication dans des activités de loisirs et dans des associations, pourraient avoir un impact non seulement sur les activités alimentaires, mais aussi sur l'envie d'avoir une activité alimentaire (envie de faire à manger et de manger notamment).

Dans ce sens, nous pourrions considérer les dispositifs de prévention comme de potentielles opportunités d'engagement pour les personnes vieillissantes, également comme des supports d'aide à la reconfiguration des rôles, lorsqu'il faut par exemple réinvestir la cuisine, car le conjoint est malade.

Dans la partie suivante, nous allons nous placer du côté des dispositifs de prévention, pour comprendre leurs manières d'appréhender les comportements, notamment les comportements alimentaires des personnes vieillissantes, dans un objectif de prévention des risques de maladie.

4. Le changement alimentaire dans les interventions en santé publique

4.1. La prévention de la santé par l'alimentation, depuis Hippocrate, jusqu'à la diététique actuelle

La prévention des maladies et du vieillissement remonte à l'Antiquité et se divise en deux principales branches : l'une consacrée à la gestion de la santé grâce aux conseils nutritionnels et l'autre axée sur la chirurgie (Agrimi et al., 1997). La médecine d'Hippocrate conçoit l'équilibre alimentaire comme étant à même de se maintenir en bonne santé, grâce à l'équilibre des humeurs et dans un rapport harmonieux à l'environnement, selon les saisons (Hippocrate, 1839 ; Flandrin, 1996). Galien, médecin romain, reprend ces principes grecs et décrit aussi l'importance du maintien des humeurs corporelles pour conserver une bonne santé (Powell, 2003). Au Moyen Âge, la diététique demeure influencée par ces pensées issues de l'Antiquité grecque et romaine, basées sur les humeurs et définissant les propriétés chaudes ou froides, sèches ou humides, des aliments. Jean-Louis Flandrin (1996) souligne que, si la diététique européenne de la fin du Moyen Âge repose encore sur cette médecine antique, elle s'enrichit aussi de la physique d'Aristote.

C'est à la Renaissance, toutefois, que le rééquilibrage alimentaire par les contraires devient une norme diététique, marquant l'émergence d'une véritable notion d'équilibre alimentaire. La diététique à la Renaissance ne se contente pas de reproduire des schèmes anciens ; elle se précise notamment en lien avec les grandes épidémies, comme celle de la peste, dans laquelle les mesures alimentaires en prévention et en traitement sont utilisées pour endiguer la maladie (Laurioux, 2022). La période de la Renaissance augure aussi une scission importante, entre l'alimentation pensée dans ses dimensions diététiques, et la gastronomie. Au XVII^{e} siècle, la vision hygiéniste de l'alimentation, qui était jusqu'alors centrale dans l'alimentation des personnes de position sociale élevée, tend à disparaître des cuisines ; les cuisiniers se libèrent des principes diététiques stricts pour fonder leur propre cuisine. S'opère alors une distinction, encore en cours aujourd'hui, entre une alimentation dictée par l'éthique catholique et la gourmandise (Poulain & Neirinck, 2000). La période de la Renaissance va aussi être marquée par l'avènement de l'expérimentation scientifique, qui va porter des conclusions sur les propriétés des aliments pour la santé. Ceci conduit à abandonner, peu à peu, le concept de l'équilibre des humeurs. C'est au XVIII^{e} puis au XIX^{e} siècle que se façonnent les sciences diététiques telles que nous les connaissons à présent, avec tout d'abord une attention portée à la ration et au régime alimentaire. Manger de manière modérée des aliments pensés comme étant purs reste une manière

de prévenir et de guérir la maladie. Puis, au XIX^{e} siècle, la montée en compréhension des propriétés, tout d'abord des macronutriments, puis des micronutriments, et des liens entre des carences en micronutriments et le développement de maladies, va faire monter une pensée de type rationnelle scientifique sur l'alimentation (Aron, 1961).

Jusqu'au début du XVIII^{e} siècle, les principes de la nutrition tels que définis par Hippocrate seront surtout connus et utilisés par les populations les plus favorisées. La fin du XIX^{e} siècle et la première moitié du XX^{e} siècle sont marqués, dans les pays industrialisés, par les progrès en matière d'hygiène publique. Les sciences de la nutrition vont alors porter leurs effets au-delà des seules populations plus favorisées. Pour Annie Hubert, les prémices de la santé publique telle que nous la concevons aujourd'hui se sont fondés à cette période, c'est-à-dire au tournant de la révolution industrielle (Hubert, 2007, p. 31). La montée en Occident de la nécessité d'une main-d'œuvre productive et donc en bonne santé devient une question économique de production de richesses (Lhuissier, 2002). La collecte des ordures, le traitement des eaux, la multiplication des égouts et des canalisations sanitaires sont alors considérés comme étant directement liés à une forte baisse de la mortalité par infection et de la mortalité infantile (Cutler & Miller, 2005 ; Raude, 2013). Le même mouvement s'intéresse à la ration alimentaire adéquate pour les ouvriers (le rapport entre les aliments et calories consommées, et la force de travail) et justifie des recommandations alimentaires en faveur d'une ration calorique minimale, ou de certaines sources de protéines (Cardon et al., 2019). Se produit alors ce qui a été décrit comme la « transition épidémiologique », c'est-à-dire une tentative d'explication de la « transition démographique », mise en évidence par les démographes et historiens (Omran, 1971 ; Drulhe, 1996b, p. 24 ; Poulain, 2002c, p. 108) : l'espérance de vie augmente fortement, tandis que les taux de mortalité baissent. Abdel Omran (1971) a le premier tenté de théoriser le modèle de la « transition épidémiologique », correspondant à une baisse de la mortalité infectieuse (à la fin d'un stade qu'il nomme « le temps des épidémies et des famines ») et à une transition vers « l'âge des maladies de dégénérescence et des maladies de société ». Cette dernière période, émergente, étant marquée par la poursuite de l'augmentation de l'espérance de vie et à un accroissement des tranches d'âges les plus élevées. Le géographe Henri Picheral va aller plus loin, en ajoutant une période caractérisée par le fait, pour les populations, de vivre en connaissant de mieux en mieux les maladies chroniques ; elles apprennent à vivre avec ces maladies, et ceci correspond aussi au moment de l'avènement des campagnes de prévention en la matière (Picheral, 1989 ; Poulain, 2002c, p. 109).

Ainsi, à la transition vers une société vieillissante est associée l'idée de prévenir des maladies. S'opère alors un déplacement du moment où il faut se soucier de la santé des personnes vieillissantes (comme nous l'avons expliqué dans la première partie de ce chapitre), depuis la gestion des risques liés au

vieillissement, vers la prévention de ces risques (de la « médicalisation » vers la « sanitarisation »), justifiée par le coût élevé des soins de services aux personnes âgées (Déchamp-Le Roux, 2012).

L'histoire de la prévention de la santé et du vieillissement par l'alimentation montre un ancrage ancien et une évolution constante des pratiques, depuis les conceptions fondées sur l'équilibre des humeurs, vers une conception de la diététique dite moderne, employée dans un contexte d'augmentation des maladies chroniques. Ceci marque un tournant vers la prévention des risques associés aux modes de vie dans nos sociétés contemporaines.

Les programmes publics de prévention visent à toucher un ensemble large d'individus. Nous allons voir qu'ils reposent sur une certaine conception des manières de faire changer les pratiques, en premier lieu celle d'individus rationnels, à même de s'intéresser à leur santé à long terme et de saisir les impacts de leurs actes sur leur santé future.

4.2. Les points d'appui théoriques des programmes publics de prévention par l'alimentation : modèle rationnel classique et représentations sociales

La rationalité de l'économie classique

Pour penser leurs stratégies de prévention de la santé, dont celles qui vont porter sur l'alimentation, les organes publics vont rapidement s'adosser à des experts de différentes disciplines en sciences humaines et sociales. Leurs stratégies diffèrent selon leur lieu d'implantation. D'une part, en Amérique et en Europe du Nord, les organes de santé publique utilisent les expertises des psychologues sociaux et des sciences de l'information et de la communication pour développer des campagnes de prévention. D'autre part, en France, les organes de prévention vont surtout partir d'un principe éducatif : éduquer la population, pour qu'elle puisse faire des choix éclairés concernant sa santé (Raude, 2013).

L'idée d'informer pour que la population puisse faire des choix éclairés fait référence à la pensée rationnelle, telle qu'elle est définie par l'économie classique, issue du libéralisme économique des XVII^{e} et du XVIII^{e} siècle. La théorie du choix rationnel s'est cristallisée à la fin du XIX^{e} siècle chez des économistes des écoles de Lausanne (avec notamment Pareto), de Cambridge (avec notamment Marshall) et de Vienne (Carl Menger, Ludwig Von Mises…). Dans cette théorie, on attribue aux acteurs une logique de la recherche d'un plus grand profit, d'une maximisation des récompenses, et d'un

moindre mal. Il s'agit d'une pensée sur le mode d'un ratio entre les coûts et les bénéfices induits par un comportement. Elle est assimilée à la pensée néolibérale, dans laquelle les choix sont pensés comme opérant de manière « pure et parfaite », en dehors de tout contexte. Dès 1905 en France, on trouve des recommandations portées vers les individus sur leur alimentation, qui ne serait pas adaptée pour leur bonne santé. Le nombre de calories par type de nutriment a récemment été découvert et une étude est menée auprès de personnes issues de la classe ouvrière (Bruegel, 2023). Les médecins, notamment, faisant fi des inégalités de santé, du temps de travail ou de la pénibilité propre au travail des classes ouvrières, s'empressent de conclure à un manque de savoir-faire en gestion de budget alimentaire. S'ensuit, comme cela sera régulièrement le cas jusqu'à ce jour, une liste de recommandations à leur égard (*ibid.*). Il s'opère donc un transfert de responsabilité, depuis les pouvoirs publics chargés de nourrir suffisamment les classes ouvrières, vers ces dernières, accusées de « mal » faire.

Cette pensée rationnelle est encore active dans la prévention aujourd'hui. Elle a pourtant fait l'objet de vives critiques. Raymond Boudon pense qu'elle permet d'expliquer seulement une partie des comportements. Il va traiter la théorie du choix rationnel comme une branche de la théorie qu'il développe, l'individualisme méthodologique (Boudon, 2002)[26]. Pour Jon Elster, les individus sont le plus souvent incapables de prendre des décisions dans ce système de pensée, car d'une part, leurs choix sont souvent désintéressés (Elster, 2009), et d'autre part, une multitude de contraintes, notamment structurelles, réduisent l'ensemble des choix possibles (Elster, 2010).

Le modèle des croyances en santé

Dans la même logique que le choix rationnel, les travaux de Irwin Rosenstock sur la décision médicale vont montrer que les comportements relatifs à la santé résultent d'un ratio entre la perception des risques liés à la maladie, et celle des bénéfices associés à la prévention. Ces travaux vont donner lieu à la naissance du *health belief model*, ou « modèle des croyances en santé », issu de recherches menées à partir des années 1950 dans le domaine de la prévention aux États-Unis (Rosenstock, 1974). Rosenstock cite Lewin comme le grand influenceur de la pensée de cette époque sur les changements de comportements (Rosenstock, 1974, p. 329). Il en reprend la partie qui va concerner les croyances. Le modèle des croyances en santé repose sur la motivation des individus, elle-même basée sur la connaissance des risques et des bénéfices de leurs comportements sur leur santé. Ce modèle, et ceux

[26] L'individualisme méthodologique de Boudon (2002), même s'il intègre la théorie du choix rationnel, conserve la surdétermination du social décrite par Durkheim mais en la décrivant dans un contexte de décision individuelle. Dans cette perspective, les fins justifiant la décision peuvent être de plusieurs ordres, incluant les représentations qui donnent sens à l'action.

qui ont suivi (*protection motivation theory*, *common sense model*), ont largement été utilisés aux États-Unis, puis en Europe, au cours des années 1960 puis 1970, pour développer les discours des campagnes de prévention (Raude, 2013). L'émergence de cette pensée s'inscrit plus largement dans la remise en cause d'un rapport dominant/dominé, entre les institutions et les populations *(ibid.,* p. 52). En découle une montée en légitimité d'un certain devoir d'informer la population. Le modèle des croyances en santé sera critiqué, notamment car il semble plus approprié pour étudier les comportements liés à la détection et au traitement des maladies, plutôt qu'à la compréhension des comportements de prévention. Également, car il pose les croyances comme seules explications des comportements, en oubliant d'autres facteurs, tels que les expériences passées (Godin, 1991).

Peretti-Watel (2017) va plus loin dans la description des attentes de santé publique à l'égard de ses « patients ». Les individus devraient, selon les organes de santé publique, non seulement comprendre les liens entre comportements et effets sur la santé, mais aussi savoir s'autodiagnostiquer, déceler les signes avant-coureurs, ou les symptômes de pathologies (il le montre au sujet des cancers). C'est dans ce sens qu'il reprend l'expression « *homo medicus »* à Patrice Pinell (1992) : des individus à même de percevoir leur corps comme un « objet clinique ». Ces sortes d'assistants-médecins doivent enfin faire fi de leur peur d'aller consulter, en cas de symptômes embarrassants, car la cause médicale est pensée comme supérieure.

La revendication d'une nouvelle discipline : l'éducation à la santé

En France, la théorie des croyances en santé sera peu employée lors de l'initiation de campagnes en nutrition. En effet, bien que des comportements alimentaires aient commencé à être associés, dans les études épidémiologiques, à des risques de développer des maladies, la communication sur la nutrition à l'endroit du grand public mettra en avant des expériences positives quotidiennes, plutôt qu'une approche basée sur les risques.

La première campagne de prévention d'ampleur concernant la nutrition et décrite par Françoise Bouchayer (1984), émane du Comité français d'éducation pour la santé (CFES), une association créée au sortir de la Seconde Guerre mondiale, dans un contexte d'augmentation des dépenses de santé et où la prévention apparaît comme un moyen d'améliorer « le mieux-être et le mieux vivre des populations ». Si le CFES est créé en 1952, il ne se structure et n'obtient des fonds conséquents qu'à partir de son adossement au ministère de la Santé, dans les années 1970, sous l'impulsion de Simone Veil, alors Ministre. Les premières campagnes du CFES sont d'envergure nationale et ont pour but d'informer largement les populations. Il s'agit d'une « information de masse », avec la conviction de la part des hauts fonctionnaires et des personnalités politiques que les médias, et en particulier la télévision, ont un pouvoir de transformation sociale (Berlivet, 2004/2015). La pensée « pouvoir-

savoir » y est dominante, c'est-à-dire qu'on y trouve la relation étroite et indissociable entre les mécanismes de pouvoir et les systèmes de savoir dans la société, déjà envisagée et décrite par Foucault (1975/2011, p. 288-289) et toujours en cours dans les campagnes de santé publique actuelles (Lupton, 1995 ; Berlivet, 2004/2015).

C'est dans ce contexte que va naître l'idée d'un devoir d'informer les populations : « les acteurs publics reconnaissent qu'ils doivent prendre en compte la liberté des individus et leur permettre de faire des choix éclairés, c'est-à-dire "en toute connaissance de cause" » (Raude, 2013, p. 53). Pour Drulhe (1996b, p. 38), cette évolution traduit aussi le passage d'une manière de penser la santé soumise à l'autorité de la tradition religieuse, vers une pensée plus autonome, en lien avec un individualisme naissant. Il s'agit donc de responsabiliser les individus vis-à-vis de leurs comportements, plus ou moins favorables à leur santé. La prévention faite envers les individus, y compris les individus vieillissants, va dès lors être privilégiée, au détriment d'une prévention d'approche collective (Déchamp-Le Roux, 2012). Elle s'inscrit dans la définition de la prévention que développera par la suite l'OMS en 1986 dans la charte d'Ottawa : « La promotion de la santé soutient le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle permet aux gens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et de faire des choix favorables à celle-ci » (OMS Europe, 1986).

Lors de la campagne sur la nutrition dans les années 1970 en France, la préface de la brochure « La santé dans votre assiette », indique que le but du document « est de mettre à votre service des informations confirmées sur ce que sont les aliments et leur relation avec notre santé, afin que chacun d'entre nous ait les moyens de choisir librement de manger selon la raison et la nature » (Bouchayer, 1984, p. 92). La visée démocratique de la démarche se situe dans l'accès universel à des informations, pensées comme permettant à tout un chacun de faire des choix éclairés. L'accent est mis sur les aspects positifs et agréables de l'alimentation : « bien se nourrir, ce n'est pas triste… santé et gastronomie font bon ménage : c'est une cuisine plaisir », « le petit déjeuner, premier plaisir de la journée » (*ibid.* p. 93). Ainsi, contrairement aux campagnes anti-tabac produites à la même époque, celles portant sur l'alimentation n'adressent ni ne montrent des comportements considérés comme mauvais. Pour Bouchayer, ceci montre que les discours en éducation pour la santé sont basés sur des valeurs dépassant les risques et les bénéfices : ils « ne correspondent pas seulement à des « risques de maladies » ou des « facteurs de santé », mais également « à des valeurs sociales et comportementales, à une désignation explicite ou implicite de la cote psychologique et sociale des attitudes individuelles, à une certaine époque de la vie sociale d'une société » (*ibid*. p. 94). Ainsi, les messages et illustrations concernant l'alimentation portent sur des comportements valorisés socialement, quotidiens et ritualisés dans l'espace domestique. Le « plaisir de manger », décrit par

Anne Dupuy dans sa thèse (Dupuy, 2010) dans les multiples dimensions qu'il sous-tend, est considéré dans ces campagnes nutritionnelles comme un plaisir qui s'exerce dans la juste mesure (et non pas comme un plaisir hédoniste ou ascétique).

En parallèle de l'émergence des premières grandes campagnes de prévention en France, la création de l'unité de recherche Inserm intitulée « Nutrition et diététique humaine », dirigée par Jean Trémolières en 1964, va également être une étape décisive dans l'histoire de l'institutionnalisation des sciences de la nutrition en France (Poulain et al., 2008). L'originalité de la démarche tient dans sa dimension pluridisciplinaire : Trémolières ouvre la médecine aux sciences sociales et humaines. C'est ainsi que les premières recherches sur les comportements alimentaires des Français voient le jour. Celles-ci s'appuient sur la compréhension des représentations sociales et des positions sociales, pour expliquer les pratiques alimentaires. L'enquête de l'INSERM, menée en 1966 sous sa direction, va ainsi montrer que le souci d'une alimentation saine et hygiénique augmente avec le niveau de vie, le taux d'instruction et le degré d'urbanisation de la commune habitée (Claudian et al., 1969).

Comprendre et changer les représentations sociales, pour changer les pratiques

Comme l'explique Françoise Bouchayer, la construction des campagnes d'envergure, dans une volonté de rationalisation de la démarche de création, débute par une étape de diagnostic, psychosocial, des populations (Bouchayer, 1984, p. 84). Cette étape d'exploration d'éléments de la pensée, qui sous-tendent les comportements, a été développée dans les années 1940 aux États-Unis, avec les travaux du National Research Council et de son comité sur les habitudes alimentaires (Lewin, 1943). Ces travaux ont participé à l'émergence de la psychologie sociale, aux États-Unis tout d'abord, puis à un niveau international. Dans une période de guerre, où les morceaux de viande nobles sont destinés aux soldats, les études de Lewin visent à faire consommer des abats à une population américaine qui n'en n'a pas l'habitude. Les objectifs de la recherche sont, d'une part, d'investiguer les raisons pour lesquelles les personnes mangent ce qu'elles mangent et, d'autre part, d'étudier des stratégies de changement d'habitudes alimentaires. La méthode utilisée va combiner une approche issue de l'anthropologie culturelle – avec la compréhension des valeurs et des représentations alimentaires – à la psychologie quantitative.

La première partie de la recherche vise à identifier les valeurs et représentations sociales qui sous-tendent les choix alimentaires. En constituant des groupes de discussion, en fonction des revenus et de l'origine ethniques des personnes, Lewin montre qu'au moins quatre cadres de référence sont utilisés pour évaluer les aliments : les dépenses, la santé, le goût et le statut. Certaines valeurs sont invoquées dans certains contextes de consommation, ou pour remplir certains objectifs. Ce premier volet permet de penser les choix alimentaires comme issus de canaux (*channel theory*), passant par

une zone d'approvisionnement et une zone de stockage, et avec une personne décisionnaire, le « *nutritional gate keeper* », ou « portier nutritionnel » (*ibid.*). Lewin met en avant le fait que les femmes responsables des courses sont très souvent les « portières nutritionnelles » du foyer. Cette vision sera ultérieurement remise en question dans d'autres travaux, portant sur le genre, montrant la force des préférences des maris et des enfants dans les choix des courses et des repas (Charles & Kerr, 1988 ; Zey, 1998). Plus récemment, une revisite de travaux anthropologiques sur l'alimentation a mis en lumière la prédominance de rapports de pouvoirs genrés, expliquant la consommation, par les hommes, d'aliments valorisés, notamment des meilleurs morceaux de viande, dans plusieurs contextes culturels (Fournier et al., 2015).

L'autre pan des travaux de Lewin sur l'alimentation porte sur les stratégies de changement de comportement et est à l'origine d'une théorie sur la dynamique de groupe (Lewin, 1943). Ceux-ci montrent, d'une part, l'utilité de l'expérimentation par les personnes ciblées, pour opérer un changement, par comparaison avec l'exposition seule à des informations. Ils montrent par ailleurs que la perception de ce que font les autres personnes, issues du même groupe social, est importante dans la décision d'adopter un nouveau comportement, initiant une réflexion sur la pression sociale dans les groupes restreints. Cette réflexion sur les mécanismes sociaux du changement de comportement a progressivement influencé les approches en santé publique, notamment en France, où les campagnes de prévention ont évolué vers des dispositifs plus pédagogiques et durables.

Progressivement, les campagnes avant tout publicitaires et basées sur des slogans voués à rester dans la mémoire (« un verre, ça va, trois verres, bonjour les dégâts ! ») vont évoluer vers des programmes, avec une pédagogie renforcée et de plus long terme. C'est à ce moment que vont se développer des formes de « tests », menés par des laboratoires de recherche en santé publique. Ces études recrutent des personnes « cibles », pour participer à une intervention visant à modifier les comportements alimentaires. Cette évolution est concomitante d'une utilisation croissante des études et données épidémiologiques, à partir des années 1980 en France (Bergeron, 2010), permettant de faire des liens entre l'alimentation, la santé et le vieillissement. Les études statistiques servent d'abord à définir les normes et les écarts jugés inacceptables par rapport à celles-ci. De ces écarts sont définis les groupes cibles des politiques d'intervention, avec pour objectif de corriger les comportements considérés comme déviants (Becker, 1963/2013 ; Lupton, 1995 ; Massé, 2009).

Le premier plan national sur la nutrition (PNNS) ne sera lancé qu'en 2001. En effet, il faudra pour cela que la France, nommée à la présidence d'Union européenne au second semestre 2000, mette sur la table le sujet de l'alimentation, après qu'un rapport sur l'obésité ait été rédigé par l'OMS en 1997. Peu après son lancement, en 2002, le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) deviendra l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), chargé des campagnes de communication

et intégrant au sein de ses équipes des expertises en diététique, en santé publique et en communication. Le PNNS, en pratique, verra naître à la fois une campagne de communication nationale, mais aussi des guides nutritionnels pensés par cible, des circulaires dans les cantines et la constitution d'une équipe interne (Lupton, 1995 ; Massé, 2007).

Les programmes publics de prévention par l'alimentation ont ainsi évolué, depuis une approche mettant l'accent sur la rationalité économique des décisions, vers la compréhension des représentations sociales visant à leur déstabilisation, pour changer les pratiques. Initialement centrées sur l'information et l'éducation, les campagnes concernant la nutrition ont intégré des recherches en sciences sociales et en psychologie, afin de mieux comprendre les déterminants des comportements.

4.3. Les modèles de la psychologie sociale utilisés dans les interventions, notamment celles touchant à l'alimentation des personnes âgées

Certaines théories de la psychosociologie ont été largement employées, depuis les années 1970 et jusqu'à aujourd'hui, dans le domaine de la recherche interventionnelle, notamment concernant l'alimentation des personnes vieillissantes. En effet, la santé publique s'appuie sur d'autres disciplines pour comprendre ses objets et mettre en place des interventions (Bélanger & Godin, 2003). Le fait que la prévention soit adressée en priorité aux individus, considérés comme des personnes agissant de manière rationnelle au sens de l'économie classique, permet d'expliquer l'ampleur de l'utilisation de la psychosociologie pour changer les comportements. Nous avons déjà abordé plus haut le modèle des croyances relatives à la santé de Rosenstock, issu de la théorie du choix rationnel et largement utilisé dans les campagnes de santé publique d'ampleur. D'autres modèles, complémentaires, vont rapidement émerger par la suite et être employés dans le domaine de la recherche interventionnelle :

- La théorie de l'action raisonnée de Fishbein et Ajzen (1975) ;
- La théorie du comportement planifié d'Ajzen (1985) ;
- La théorie de l'apprentissage social de Bandura (1977) ;
- L'approche transthéorique des stades du changement de Prochaska et DiClemente (1984).

Lors de leur développement, ces modèles n'ont pas pour vocation initiale d'être appliqués à la prévention de la santé, ni à la prévention de la santé par l'alimentation. Ils tentent plutôt d'expliquer les comportements dans une perspective sociale, d'interaction, qui ne tient pas compte d'un objet d'étude en particulier (Godin, 1991). Si les premières théories citées tentent d'expliquer les

déterminants de la conduite d'un comportement, l'approche transthéorique, quant à elle, va se centrer sur le processus de changement de comportement.

4.3.1. Des modèles axés sur les attitudes et intentions de changements

La théorie de l'action raisonnée, développée par les psychosociologues Fishbein et Ajzen (1975), définit les liens entre les croyances, les attitudes, les normes, les intentions et les comportements des individus (figure 6). Cette théorie explique les intentions de comportements par les attitudes et les normes subjectives.

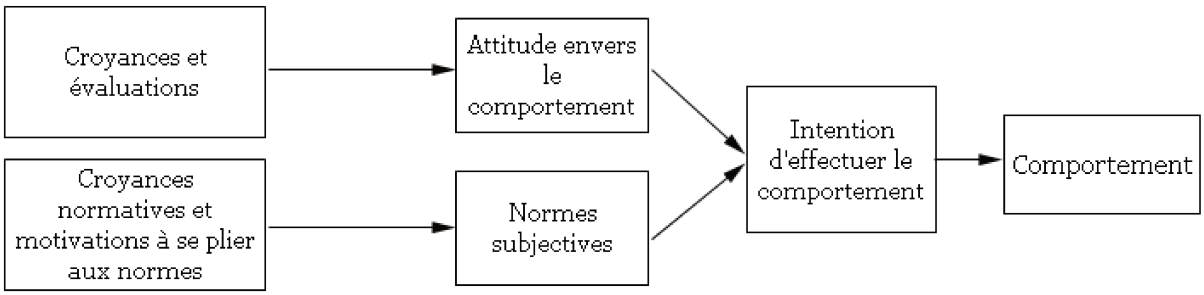


Figure 6 : Schéma représentant les éléments de la théorie de l'action raisonnée. Traduit du schéma de Davis, Bagozzi et Warshaw (1989)

La norme subjective y est définie comme la perception individuelle de la norme sociale. Elle concerne plus précisément la pression sociale qui s'exerce sur l'adoption d'un comportement. Cette définition diffère donc partiellement de l'approche des normes sociales en sociologie, pensées comme des règles de conduite, socialement sanctionnées si elles ne sont pas suivies (Durkheim, 1893).

Par la suite, la théorie du comportement planifié sera considérée en psychologie sociale comme une amélioration de la théorie de l'action raisonnée. Elle la complète en intégrant la notion de contrôle perçu aux déterminants du comportement (figure 7). Cette notion est toujours mobilisée actuellement, sous les termes de « sentiment d'auto-contrôle », ou d'« auto-efficacité ».

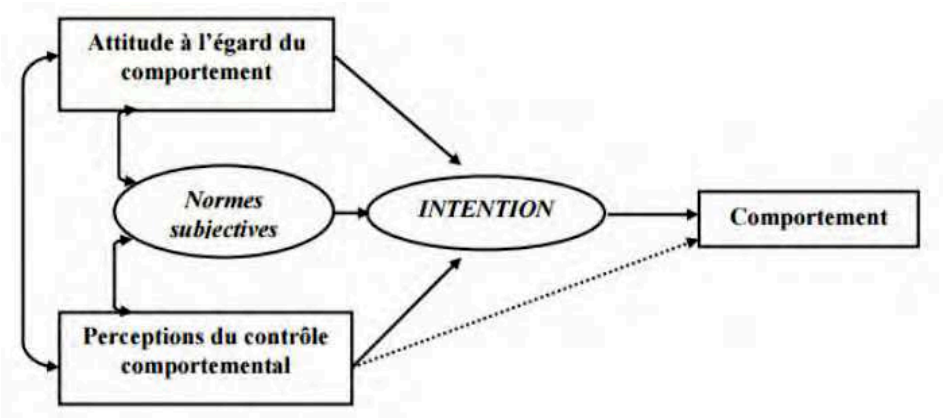


Figure 7 : illustration du modèle de la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991)

Par ailleurs, tout comme Irwin Rosenstock, Albert Bandura va faire reposer les comportements sur les motivations des individus, motivations qui se développent, selon ses travaux, grâce au sentiment d'auto-efficacité, autrement appelé sentiment d'efficacité personnelle. Là où Bandura (1977) va aller plus loin que ses prédécesseurs, c'est en intégrant un contexte social de construction du sentiment d'auto-efficacité au modèle d'explication des comportements. Le modèle porte sur différents stades d'apprentissages d'un comportement. Le premier consiste à prêter attention à un comportement réalisé par une autre personne, puis à retenir ce comportement comme quelque chose de positif. Ceci implique que le comportement observé ait été réalisé par une personne jugée légitime, ce qui revoie au concept de légitimité développé par ailleurs en sociologie, par Weber en premier lieu (Weber, 1921/1971). Le comportement va ensuite être reproduit plusieurs fois, et pendant ce processus, la personne qui le réalise va augmenter son sentiment d'auto-efficacité. Celui-ci est renforcé également par l'entourage. Ainsi, l'effet d'une boucle rétroactive tient une place importante dans le modèle de Bandura, pour expliquer la permanence d'un comportement. Il parle de renforcement positif des comportements. Cette vision comporte des points communs avec le processus de socialisation, dans le sens où les individus acquièrent des façons de faire propres à leurs expériences sociales. Certains travaux représentent ce modèle sous la forme d'un triangle, comportant, pour expliquer la « réussite » dans une tâche, la compétence, le sentiment de compétence et les attentes de l'environnement (figure 8).

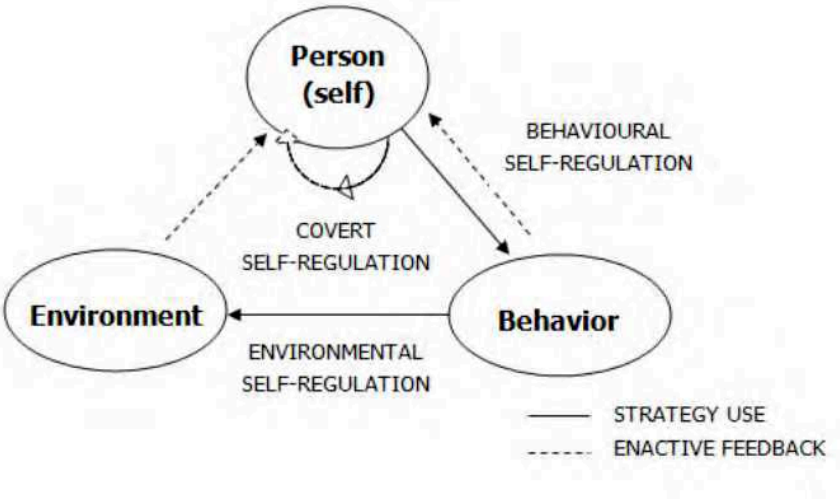


Figure 8 : Illustration du modèle social cognitif de Bandura (1977)

Enfin, le modèle transthéorique des stades de changement de Prochaska et DiClemente (1984) va émerger à la suite d'études sur les processus de changement, en particulier concernant l'arrêt du tabac. Ces chercheurs remarquent que les stratégies n'ont pas la même efficacité selon l'état d'esprit des personnes ciblées, qui sont plus ou moins informées des risques encourus à fumer et envisagent plus ou moins concrètement d'arrêter. Ce modèle identifie cinq étapes dans le changement, depuis la pré-contemplation où l'individu n'a pas l'intention de changer, vers l'action, où l'individu a mis en œuvre le changement de comportement et la maintenance du comportement modifié. Une sixième étape, de rechute, a pu être ajoutée à ce modèle. Celui-ci est influencé par le modèle de Bandura, dans le sens où le sentiment d'auto-efficacité est considéré comme un élément important dans la décision de changer de comportement. Concernant les stratégies à employer, le modèle transthéorique reprend l'idée des croyances en santé de Rosenstock (1974), avec le rapport entre bénéfices et risques perçus par rapport au comportement à adopter, pour initier les premières étapes de changement. La dynamique d'influence sociale est aussi utilisée, à la fin du processus, pour éviter la « rechute » vers le comportement antérieur (figure 9).

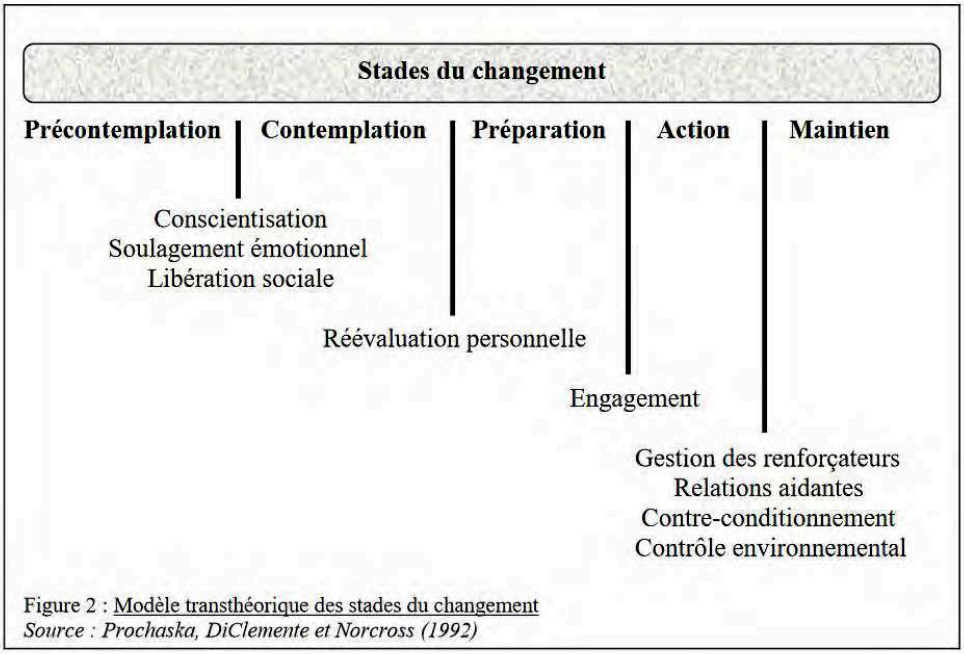


Figure 2 : Modèle transthéorique des stades du changement
Source : Prochaska, DiClemente et Norcross (1992)

Figure 9 : Le modèle transthéorique des stades du changement, selon Prochaska, DiClemente et Norcross (1992)

Dans ce modèle, l'issue du premier stade de changement est la conscientisation d'un problème. Nous pouvons faire un parallèle avec l'idée de « sensibilisation » défendue dans les politiques de promotion de la santé par l'alimentation. La « sensibilisation » serait un prérequis pour développer l'intention de changer. À nouveau, dans ce modèle, l'individu est considéré comme totalement maître de ses actions : le changement opère parce qu'il est suffisamment décidé à le faire. L'idée d'un comportement stabilisé renvoie à la pensée de Lewin. Ce dernier détaille une première phase lors de laquelle un comportement est déstabilisé, ou « dégelé (« *unfreeze* »), puis une autre où il est à nouveau stabilisé, ou « gelé » (« *freeze* ») (Lewin, 1947). Enfin, dans le dernier stade du changement (le maintien), la force des contraintes extérieures, et notamment sociales, est mise en avant pour expliquer la maintenance du comportement, ou la « rechute » (« *relapse* »).

4.3.2. L'utilisation de ces modèles pour changer l'alimentation des personnes vieillissantes

Ces différents modèles, décrivant tour à tour les déterminants d'habitudes et des stades de changement, ont été utilisés pour tenter de changer des habitudes alimentaires, notamment celles des personnes vieillissantes.

C'est ainsi qu'a été employée par exemple la théorie du comportement planifié, en 2012, dans une intervention visant à réduire la prévalence du diabète de type 2 chez les personnes âgées (White et al., 2012), aboutissant à une hausse de l'activité physique chez ces dernières.

En 2015, une revue des études utilisant cette théorie pour viser à changer des comportements alimentaires montre que non seulement les intentions, mais aussi les caractéristiques sociodémographiques des participants sont des modérateurs des associations dans le modèle (McDermott et al., 2015). Cette revue d'études critique le fait que la théorie du comportement planifié n'intègre aucune donnée sociodémographique. Or, il ressort que celles-ci permettent de contribuer à expliquer la variabilité des comportements. Ainsi, des associations plus fortes entre l'intention et le comportement sont observées dans les groupes d'âges plus élevés par rapport aux groupes plus jeunes. La variabilité de l'association de la théorie du comportement planifié avec différents comportements alimentaires, mise en évidence par les analyses de modération effectuées, suggère enfin que les futures recherches devraient mieux comprendre la nature du comportement étudié avant de choisir une théorie. Elle remet ainsi en question l'universalité de cette théorie du changement de comportement.

Par ailleurs, le modèle social cognitif de Bandura, appliqué à l'alimentation des personnes vieillissantes, a montré une relation proportionnelle entre l'auto-efficacité, l'importance accordée à la nutrition, l'ouverture aux changements dans les habitudes alimentaires et le soutien social perçu (Matheson et al., 1991). Si cette articulation est éclairante, elle ne montre pas comment changer, notamment comment augmenter le sentiment d'auto-efficacité, ni comment ces attitudes en lien avec la nutrition et le changement d'habitudes découlent de schèmes de pensée préalablement construits.

Enfin, l'étude qui préfigure le programme Alapage[27] relève que la plupart des interventions portant sur les changements alimentaires des personnes vieillissantes sont construites sur la base des théories psychosociales de l'action raisonnée, de la théorie sociale cognitive et de la théorie des stades du

[27] Alapage est un programme de prévention à destination des personnes âgées, sur l'alimentation et l'activité physique, mis en place par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) Provence-Alpes-Côte-D'Azur. http://www.orspaca.org/alapage/le-projet. Page Internet consultée le 25 août 2025.

changement (Bocquier et al., 2017). Ce programme utilisera le modèle social cognitif de Bandura et retiendra en particulier l'auto-efficacité et le soutien social pour construire son modèle d'intervention, concepts qui sont également intégrés dans la théorie des stades du changement (Jacquemot et al., 2021).

4.3.3. Les critiques formulées envers les modèles de la psychologie sociale

Les modèles issus de la psychologie sociale ont été critiqués dans leur approche des comportements et dans leurs objets d'application. Ils ont tout d'abord pu être qualifiés de modèles « naïfs » (Lahlou, 2005). En effet, ils reposent principalement sur l'idée selon laquelle un individu qui possède (dans le sens où il l'a en tête et où il la comprend) l'information sur le « meilleur » comportement à adopter en faveur de sa santé, appliquera ce comportement. Selon cette logique, la diffusion de la « bonne information » est centrale pour inciter une population à adopter des comportements alimentaires favorables à la santé. Or, ce paradigme ignore à la fois la construction sociale des habitudes alimentaires (socialisations, modèle alimentaire, représentations sociales, etc.) et les contraintes structurelles de celles-ci (politiques publiques, intérêts économiques, éducation, revenus, etc.). Saadi Lahlou évoque également le biais cognitif de l'attribution pour expliquer cette vision : nous avons le plus souvent tendance à expliquer les choix selon nos décisions individuelles, et non pas selon les contextes dans lesquels ces décisions sont prises (*ibid.,* p. 93).

Plus largement, les théories se centrant sur les individus, perçus comme étant seuls responsables de leurs comportements, ont pu être qualifiées de « *victim blaming* » (Ryan, 1976 ; Crawford, 1977). En effet, en posant comme condition de base le fait que les personnes sont responsables de leurs comportements, elles les accusent d'être entièrement responsables de leurs « mauvais » comportements concernant leur santé.

En outre, les modèles psychosociaux du changement sont généralement conçus comme applicables à n'importe quel objet (McDermott et al., 2015). Or, l'alimentation est à la fois un objet complexe (à l'intersection entre le biologique et le culturel) et singulier, dans la mesure où elle induit l'acte d'incorporation (Nemeroff & Rozin, 1989). De plus, nous avons vu que le vieillissement est également un objet spécifique, mobilisant des processus propres à cette période de la vie.

Certains rapports d'évaluation de politiques de santé publique pointent par ailleurs le manque de prise en compte des inégalités sociales dans la mise en place de plans d'actions de prévention, notamment à l'endroit des personnes vieillissantes (Haut Conseil de Santé Publique, 2010, p. 14). En effet, l'utilisation de théories issues de la psychologie sociale oblitère en partie la construction sociale des

habitudes et des décisions, ainsi que l'environnement physique et social, dont nous avons pu voir qu'ils étaient sources d'inégalités de santé, construites pendant le parcours de vie.

Enfin, une autre critique porte sur les décisions d'utiliser ces théories dans le cadre de politiques de santé publique, décisions qui seraient guidées par les intérêts d'institutions en grande partie privées, celles mêmes qui financent la recherche et en déterminant les contours (Aronowitz, 2006 ; Bergeron, 2010). Dans cette pensée, les actions de prévention axées sur l'alimentation, parce qu'elles sont centrées sur la responsabilité des individus, n'affectent pas l'activité des industries en lien avec la production ou la distribution alimentaire. Bergeron ajoute que ce paradigme d'action est en réalité le seul qui soit tenable aux vues des budgets, trop faibles, alloués au secteur de la prévention en santé (Bergeron, 2010).

Ainsi, ces approches ont été critiquées pour leur vision trop centrée sur l'individu et son comportement, en négligeant les dimensions sociales et contextuelles qui influencent les choix alimentaires au cours du vieillissement. Face à ces limitations, de nouvelles approches plus globales et communautaires voient le jour, intégrant mieux les facteurs sociaux et environnementaux.

4.4. Le développement de capacités : littératie et *empowerment*

4.4.1. La littératie nutritionnelle et alimentaire

Il est désormais établi que la simple diffusion d'informations ne suffit pas à induire les changements de comportements alimentaires visés en santé publique. Ce constat a conduit la discipline, dans le cadre de ses réflexions sur l'éducation à la santé, à développer le concept de « littératie en santé », puis de « littératie alimentaire ». Le concept de littératie repose sur l'idée que l'éducation en santé doit impliquer des compétences pratiques et de réflexivité critique vis-à-vis des informations disponibles. En anglais, le terme *literacy* désigne les connaissances et les compétences dans les domaines de la lecture, de l'écriture, de la parole et du calcul, permettant aux individus de participer à la société. Sa première définition est donc proche de celle de l'alphabétisme. La « littératie en santé » est tout d'abord employée aux États-Unis pour aborder le suivi ou le non-suivi de recommandations thérapeutiques (Nutbeam, 2000). La première définition du concept par Nutbeam va associer les compétences en lecture et écriture (qu'il nomme des compétences basiques), à d'autres compétences : l'utilisation des informations selon certains contextes (des compétences sociales) et un certain pouvoir critique sur l'information *(ibid*. p.260). Des travaux vont par la suite mettre en lien une faible littératie avec une moindre participation à des activités de prévention et avec une prévalence plus forte des facteurs de risque pour la santé (OCDE, 2016). À partir de 1998, ce terme sera inscrit

dans le glossaire de promotion de la santé de l'OMS : il correspond aux « aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations d'une façon qui favorise et maintienne une bonne santé » (Nutbeam & Kickbusch, 1998). Il s'agit d'une approche plus interactionniste que les précédentes ; l'information est inutile si elle n'est pas comprise, questionnée et mise en pratique.

Le concept de « littératie alimentaire », ou de « littératie nutritionnelle », est retrouvé au milieu des années 1990 au Canada, dans une étude visant à comprendre les connaissances concernant les étiquettes alimentaires (Sullivan & Gottschall-Pass, 1995). Il n'a pas d'emblée été défini précisément, car il a été considéré comme une extension directe du concept de « littératie en santé ». Paula Silva et al. (2023) ont réalisé une revue de la littérature visant à faire le point sur les définitions et différences entre « littératie nutritionnelle » et « littératie alimentaire ». Les auteurs montrent que, tandis que la « littératie nutritionnelle » porte sur la connaissance de la nutrition et des services associés afin de faire des choix diététiques, la « littératie alimentaire » porte sur les décisions d'achat et les savoir-faire culinaires, mais aussi sur les conséquences sociales et environnementales des systèmes alimentaires. Les auteurs soulignent ensuite l'importance de savoir manier, de manière articulée, ce qui va concerner à la fois la santé, la nutrition et l'alimentation. Ces littératies forment donc un triptyque de savoirs et savoir-faire : il faut savoir manier les informations nutritionnelles et les conséquences de la diététique sur la santé, mais aussi les connaissances et pratiques d'approvisionnement et de cuisine, pour être à même d'adopter des comportements alimentaires en faveur de sa santé. Cette vision a pu être rapprochée d'une conception sociale de la santé publique, dans laquelle les facteurs socioculturels de construction des comportements sont prédominants (Abel, 2007). Ceci s'explique par le fait que le concept de littératie créée un pont entre des facteurs sociodémographiques, tels que le niveau d'éducation, ou le quartier d'habitation et certaines inégalités de santé.

4.4.2. L'*empowerment* des communautés âgées

Plus récemment, en lien avec les mouvements émergeant « par le bas », comme les mouvements féministes américains dans les années 1970, naît l'idée d'une prévention communautaire, d'*empowerment* (Abel, 2007), comme une capacité d'agir, non plus individuelle, mais communautaire. L'idée principale et originelle défendue par ces mouvements féministes est celle de pallier les rapports de force, entre des groupes considérés comme majoritaires, et d'autres, considérés comme minoritaires. Pour Marie-Hélène Bacqué et Carole Biewener (2015), qui ont fait un état des lieux de la recherche anglo-saxonne sur le sujet, l'*empowerment* articule principalement deux dimensions : celle du pouvoir, qui constitue la racine du mot, et celle du processus d'apprentissage pour y accéder.

Le concept d'*empowerment* va prendre place notamment dans l'univers de la prévention dans un temps où l'évaluation des politiques publiques montre des effets limités, voire contreproductifs, concernant les stratégies de prévention en cours (Raude, 2013). Dans l'approche par l'*empowerment*, c'est la capacité, ou le pouvoir d'agir de groupes ayant des intérêts communs sur lesquels il faut travailler dans un objectif de prévention. Cette manière de faire de la prévention a émergé et s'est développée en Amérique du Nord, et plus particulièrement au Canada, à l'égard des aînés (Beaulieu et al., 2015). Les travaux des chercheurs participant au projet européen HAIRE (*Healthy Ageing Through Innovation in Rural Europe*), centrés sur le « vieillissement en santé » des personnes vieillissantes via l'emploi de méthodes d'*empowerment,* montrent que ce concept peut être compris de manières différentes selon les chercheurs impliqués et les projets mobilisant cette approche :

- Entre la vision d'une certaine prise de pouvoir par les personnes âgées, ou bien celle de la participation de celles-ci à des projets ;
- Mais aussi entre l'idée d'engagement et celle d'autonomie (Carra & Varlet, 2023).

Plus spécifiquement, dans le champ de la santé publique à destination des personnes âgées, le concept d'*empowerment* est utilisé en lien avec le vieillissement dit « actif ». Ainsi, les chercheurs étudient le rôle d'activités sur la santé, incluant le bien-être physique et psychologique, avec pour objectif central, la préservation d'une certaine autonomie, et par là même, d'une forme de pouvoir sur soi.

Dans cette perspective, c'est la participation, et non l'exercice direct d'un pouvoir, qui apparaît comme le levier principal d'un maintien d'autonomie. Les études portant sur le vieillissement « en pouvoir » (ou utilisant le concept de « vieillir acteur »), mettent en évidence l'importance de certains déterminants sociodémographiques tels que la classe sociale, le niveau d'étude, le genre, ou encore le milieu de vie, dans la construction de types de profils de personnes âgées (Morrone, 2005 ; Rochman & Tremblay, 2010). Cette perspective est à l'origine de critiques, au sujet du « vieillissement actif », dans le sens où cette notion occulte les différences individuelles et sociales en cours dans le processus de vieillissement (Marchand, 2018).

Les concepts de littératie alimentaire et d'*empowement* portent tous deux la promesse d'une vision plus inclusive de la santé publique, car ils visent à surmonter des inégalités et à pallier des écarts de pouvoir pour conduire à des changements durables.

Finalement, les différents modèles issus de la psychologie sociale nous invitent à penser les comportements comme plus ou moins liés à des réflexions conscientes et correspondant plus ou moins à un modèle de rationalité classique de prise de décisions. Nous pouvons les différencier selon qu'ils portent sur une réflexion plus ou moins consciente et qu'ils mobilisent plus ou moins l'individu seul, ou bien les « forces » de groupes sociaux restreints (figure 10).

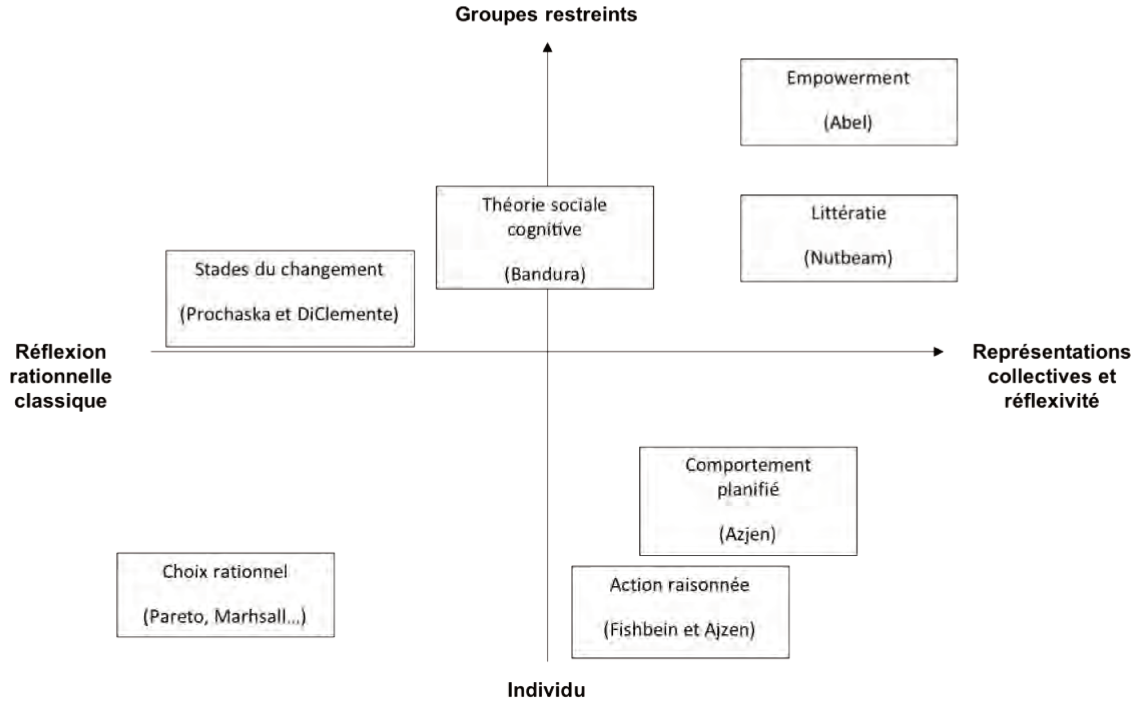


Figure 10 : Les modèles de décision issus de la psychologie sociale, utilisés en santé publique

L'histoire de la prévention de la santé par l'alimentation a montré une évolution dans les manières de penser, depuis des conceptions basées sur la régulation de certains déséquilibres, vers une prise en compte des enjeux de santé publique, puis environnementaux, contemporains.

En santé publique, les modèles psychosociologiques sont les plus souvent utilisés pour expliquer les décisions de santé, notamment celles liées à l'alimentation. S'ils ont permis de mieux comprendre les décisions relatives aux comportements alimentaires et s'ils montrent certains effets positifs au regard des objectifs de santé publique (souvent ramenés aux consommations, par groupe d'aliment), ils ont été critiqués pour leur manque de prise en compte des dimensions sociales et contextuelles. Plus précisément, les modèles de changements de la psychologie sociale ignorent la construction sociale des schèmes de pensée et des habitudes, tout comme ils ignorent les contextes de prise de décision. Par ailleurs, ils ne sont pas spécifiques à l'alimentation, dont on sait qu'elle recouvre des dimensions

socioculturelles fortes et qu'elle porte la singularité de l'incorporation. Enfin, les concepts de « littératie alimentaire » et d'*empowerment* s'inscrivent dans une vision plus inclusive et sociale de la santé publique, visant à surmonter des inégalités et à conduire à des changements durables. Néanmoins, la littérature sur le sujet est majoritairement nord-américaine et ces concepts demeurent peu utilisés en France.

4.5. Ce qui est évalué dans les dispositifs de prévention visant à changer l'alimentation des personnes vieillissantes

4.5.1. Les types de dispositifs identifiés

Dans cette partie, nous nous appuierons sur une recherche d'articles scientifiques sur le site PubMed[28], en utilisant les mots clés suivants, recherchés dans les titres et résumés des articles :

- « Intervention », « ageing/aging », « nutrition » ;
- « Intervention », « ageing/aging », « malnutrition » ;
- « Intervention », « ageing/aging », « cooking »[29,30].

De premières études en santé publique, intégrant des facteurs psychologiques tels que les attitudes, pour expliquer des comportements de santé, apparaissent au tournant des années 1980 aux États-Unis, dans la littérature scientifique accessible en ligne. À partir de 1993, des interventions pionnières, comme le projet « *Healthwatch* », voient le jour. Celles-ci établissent des liens longitudinaux entre certaines caractéristiques nutritionnelles et des facteurs de santé ou de maladie. Parallèlement, de premières interventions concernant la prévention de la dénutrition (*malnutrition*) et sa détection par le grand public sont également identifiées au tournant des années 1990 aux États-Unis, dans des revues telles que le *Journal of American Dietetics Association* ou encore *Geriatrics* (Davies & Knutson, 1991). À partir de 2011, des revues d'études s'intéressent aux interventions en nutrition menées auprès des personnes âgées (Bandayrel & Wong, 2011 ; Rea et al., 2019). Ce type de revues d'études va être repris par la suite dans des rapports de santé publique en France, comme le rapport de l'Inpes « Actions collectives "Bien vieillir" : repères théoriques, méthodologiques et pratiques. Guide d'aide à

[28] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/. Page consultée le 26 septembre 2025.

[29] Le choix a été fait de n'utiliser que des mots-clés en anglais, car la proportion d'études en français sur le sujet est faible.

[30] 890 articles sont recensés. En excluant les articles portant sur une supplémentation alimentaire, ou encore sur des régimes imposés (tel que le régime méditerranéen ou des régimes restrictifs en calories), on aboutit à une sélection de 70 articles, dont 55 revues systématiques.

l'action » (Barthélémy et al., 2014) et plus récemment, dans celui produit par la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie & Union des Gérontopôles de France, 2024a). Enfin, les premières interventions mobilisant la cuisine comme outil de prévention auprès des personnes âgées – à travers l'organisation de sessions collectives de cuisine à visée préventive – apparaissent à partir de 2014 (Chung & Chung, 2014 ; Moreau et al., 2015). Les revues d'études sur le sujet sont en revanche plus récentes : les premières ne sont publiées qu'en 2023 (Alghamdi et al., 2023 ; Domper et al., 2023) – ce qui témoigne du caractère encore émergent de l'utilisation de la cuisine, réalisée en commun, comme outil de prévention auprès des personnes âgées.

4.5.2. Intérêts et limites identifiés dans les interventions visant l'alimentation des personnes vieillissantes

À l'échelle internationale, certaines revues d'études ont montré l'efficacité d'actions dites d'éducation en nutrition sur les consommations alimentaires chez les personnes âgées vivant à domicile (Bandayrel & Wong, 2011 ; Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie & Union des Gérontopôles de France, 2024a). Toutefois, d'autres revues d'études appellent à davantage de prudence, estimant que le niveau de preuve des études analysées reste faible (Rea et al., 2019). La revue d'études de Maryam Alghamdi et al. (2023) présente l'intérêt de porter particulièrement sur des interventions culinaires menées auprès de personnes âgées vivant à domicile. Celles-ci pouvaient consister en des ateliers de cuisine, complétés de démonstrations, de dégustations, de vidéos et de ressources en ligne. Toutefois, elle ne conclut pas sur l'efficacité des interventions, car la plupart ne s'adressent pas exclusivement aux populations vieillissantes.

Les méthodes employées et ce qui est évalué

Les auteurs de ces revues d'études s'accordent sur l'utilité de s'appuyer sur des théories de changement de comportements, telles que celles présentées précédemment, afin d'assurer une meilleure cohérence entre les objectifs des interventions et les résultats attendus. Ainsi, la revue d'études produite par la CNSA souligne que la stratégie de changement la plus souvent employée est celle de l'apprentissage social de Bandura (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie & Union des Gérontopôles de France, 2024a, p. 4). Dans le rapport de l'Inpes, c'est la théorie du comportement planifié qui est identifiée comme la plus pertinente à utiliser (Barthélémy et al., 2014, p. 28). Les indicateurs d'évaluation retenus sont alors généralement alignés avec le modèle théorique sélectionné (mesure de la motivation, des attitudes, du sentiment d'auto-contrôle, du sentiment d'auto-efficacité…), auxquels s'ajoutent des indicateurs relatifs aux habitudes alimentaires. Par exemple, dans

la revue d'étude de Kristofer Bandaryel et Sharon Wong (2011) ce sont les évolutions de la consommation de lait, de fruits, de légumes et d'aliments riches en calcium qui sont analysées. L'évaluation, dans ces interventions, porte principalement sur les habitudes alimentaires. Celle-ci est réalisée le plus souvent avec des questionnaires de fréquence de consommation, incluant parfois la taille des portions consommées.

Facteurs méthodologiques favorisant l'efficacité

Plusieurs aspects méthodologiques sont mis en avant pour expliquer l'efficacité des interventions. Ils concernent tout d'abord la participation des personnes âgées à l'élaboration des dispositifs. En effet, Bandaryel et Wong (2011) observent que l'adoption d'une posture compréhensive pour donner des conseils en nutrition, la participation active des personnes âgées au développement d'un plan personnel de santé, le fait de fixer des objectifs et le sentiment d'auto-efficacité sont les éléments favorisant des résultats positifs concernant le statut nutritionnel et d'autres éléments reliés à la nutrition. Ces études sont souvent collaboratives et incluent des méthodes d'action, telles que des sessions d'apprentissage en groupe, le support de pairs et des réunions de suivi.

Par ailleurs, la revue réalisée par la CNSA invite dans sa conclusion à combiner l'information et la pratique : « En effet, selon une récente revue systématique (Teggart et al., 2022), l'association de conseils nutritionnels à des ateliers de modification du comportement alimentaire est plus prometteuse pour améliorer la qualité des aliments et boissons consommés, le statut nutritionnel et les connaissances en matière d'alimentation saine. » (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie & Union des Gérontopôles de France, 2024a, p. 9). Cela traduit l'influence des travaux en psychologie sociale, notamment ceux de Lewin sur les dynamiques de groupe (Lewin & Lewin, 1948) et de Bandura sur l'apprentissage social (Bandura, 1977), qui insistent sur l'importance d'articuler information et action concrète.

Hétérogénéité des dispositifs étudiés

Ces revues, notamment celle produite par la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie & Union des Gérontopôles de France, 2024a), pointent une grande variété méthodologique dans les interventions analysées :

- Des modes d'action distincts sur l'alimentation et/ou l'activité physique ;
- Des programmes comprenant un nombre variable de sessions (entre 5 et 12) ;
- Des actions réalisées en présentiel ou en distanciel (par email, par la poste, par téléphone) ;
- Des actions accompagnées de différents types de supports écrits, par exemple des livrets ;

- Enfin, des conseils diététiques hétérogènes, portant sur la consommation de fruits et légumes, d'alcool, de produits laitiers, de poissons ou de protéines (*ibid.* p. 6-7).

Les limites identifiées

Les limites identifiées dans ces revues d'études sont de trois ordres. Elles concernent tout d'abord la méthodologie appliquée :

- Les études ne sont pas forcément basées sur des stratégies de changement de comportement ;
- Le calcul de l'effectif minimum de l'échantillon pour observer un effet, pendant la durée des interventions, puis au cours des suivis, n'est pas forcément réalisé ;
- Des suivis de trop courte durée, ou un taux de décrochage des participants trop élevé lors du suivi post-intervention, empêchent de conclure sur l'efficacité des programmes étudiés (Bandayrel & Wong, 2011 ; Rea et al., 2019 ; Alghamdi et al., 2023 ; Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie & Union des Gérontopôles de France, 2024a).

Les critiques émises portent par ailleurs sur une méconnaissance des cibles des interventions. Il est rare d'avoir des données sur les habitudes alimentaires des personnes incluses dans les interventions, en amont de leur participation. Ainsi, l'objectif est d'augmenter ou de réduire certaines consommations alimentaires, mais on connaît rarement les habitudes, le modèle alimentaire ou le répertoire culinaire des participants, et on ne sait pas à quel point celui-ci s'éloigne des recommandations officielles de santé publique.

Enfin, Kristofer Bandayrel et Sharon Wong (2011) soulignent le fait que la majorité des études évaluées ont été menées auprès de personnes âgées fortement motivées, ayant un haut niveau d'éducation et percevant leur santé de manière modérément élevée. Cela limite la généralisation des résultats à l'ensemble de la population âgée et met en évidence des inégalités dans l'accès, la participation et les bénéfices potentiels de ces interventions.

Freins au recrutement et angles morts des évaluations

Certaines revues d'études se sont penchées sur les leviers et barrières au recrutement. L'une d'elles, portant sur des interventions en prévention des chutes (Pin et al., 2015), montre que les représentations sociales (par exemple, les chutes perçues avant tout comme des événements inévitables) et la confiance accordée à certains professionnels de santé ou à des proches influencent l'inclusion des populations cibles dans des actions de prévention.

Enfin, un aspect inexploré concerne les effets indésirables, ou « dommages non-intentionnels » (*inattended harm*), rarement évalués (Allen-Scott et al., 2014). En effet, comme le montrent les

sociologues s'intéressant à la mise en place de la santé publique, la démarche d'intervention cherche à étudier un phénomène en particulier, en mesurant certains facteurs modifiables. Cette démarche peut avoir tendance à occulter la compréhension du phénomène étudié (Armstrong, 2009 ; Bergeron, 2010). Cet oubli s'explique en partie par l'approche individuelle de la prévention : « dans ce vaste éventail de facteurs individuels, les conduites des individus reçoivent une attention particulière : de variables dépendantes, elles se sont transformées en variables indépendantes sur laquelle il convient désormais d'intervenir » (Armstrong, 2009). Dès lors, des indicateurs comme le sentiment d'auto-efficacité ou les attitudes sont pensés comme des objets d'intervention en vue de modifier des habitudes, quand bien même ils s'inscrivent dans des phénomènes de socialisations et d'interactions plus larges.

4.6. Ce que révèlent les études socio-anthropologiques en ateliers culinaires : jugements, pouvoirs et normes de partage

D'autres ateliers de cuisine à destination d'un public adulte – pas nécessairement vieillissant – ont déjà été étudiés sous un angle socio-anthropologique. Ces travaux mettent en lumière des enjeux de pouvoir (des organisateurs sur les participants et entre les membres du groupe) et de réappropriation de ce qui est proposé. Ils révèlent des décalages entre les volontés de normalisation des personnes qui définissent les interventions d'une part, et les usages concrets des participants d'autre part.

Ces études mettent tout d'abord en évidence les représentations sociales des intervenants, notamment envers les participants dits défavorisés : celles de n'avoir que peu de connaissances des choix alimentaires « bons » pour la santé, également, peu de pratique culinaire (Augor & Lhuissier, 2006 ; Crenn & Delavigne, 2020 ; Ossipow & Counilh, 2023). Cet imaginaire peut aussi être ambivalent, notamment lorsqu'il s'agit de personnes à la fois en situation de précarité et issues de l'immigration : « les bénéficiaires marocaines occupent dans l'imaginaire des professionnels et des bénévoles une place ambiguë, oscillant entre pratiques de malbouffe par adoption du modèle de l'agroalimentaire, et pratiques authentiques par héritage d'une cuisine marocaine » (Crenn & Delavigne, 2020, p.108).

La volonté première des intervenants se veut alors éducative : pour « bien manger » avec un budget maîtrisé, il faut éduquer à la cuisine, celle allant dans le sens des recommandations de santé publique (« augmenter le fait maison »), avec la préparation d'aliments frais plutôt que transformés (Augor & Lhuissier, 2006).

Certaines recherches analysent en particulier les dimensions biopolitiques de ces ateliers. L'observation de réunions « *WeightWatchers* » a permis de mettre en évidence une logique moralisatrice, qui dépassait la logique sanitaire. Muriel Darmon souligne notamment la fonction des

supports écrits, qu'elle qualifie de « délégations scripturales » de ce biocontrôle (Darmon, 2010, p. 1). Ainsi, les écarts aux normes du « bien-manger », telles que définis par cette entreprise et posés à l'écrit, sont présentés comme allant au-delà d'une déviation à la bonne santé. La norme agit comme une morale plus générale de bonne conduite, où maîtriser son poids signifie être une « bonne personne » (Heyes, 2006, p.141).

Dans le même registre, Sonia Bouima (2021) évoque le travail des animateurs en atelier comme une « croisade morale », celle décrite par Howard Becker (1963/2013) : « celui qui participe à ces croisades n'a pas seulement le souci d'amener les autres à se conduire "bien", selon son appréciation. Il croit qu'il est bon pour eux de "bien" se conduire » (*ibid.,* p. 171-172). Chantal Crenn et Anne-Elène Delavigne montrent également que l'intervention de chefs cuisiniers en atelier à destination de publics précaires s'inscrit dans une conception paternaliste des rapports sociaux, une traduction de l'imaginaire des responsables et des bénévoles de l'aide alimentaire, visant à « transformer l'être et lui redonner de la qualité par les cours de cuisine » (Crenn & Delavigne, 2020, p. 110). Leur analyse d'ateliers de cuisine en épiceries sociales, faisant intervenir des chefs cuisiniers renommés, met en avant l'enjeu d'une certaine montée dans la hiérarchie sociale, à travers la maîtrise de certaines recettes, dans un mouvement plus large de mise en avant médiatique de la gastronomie et de ces chefs.

L'étude de Mélanie Augor et Anne Lhuissier (2006) met en évidence deux formes d'interactions sociales en ateliers : le « faire ensemble » tout d'abord, avec une socialisation à la cuisine collective qui se joue au fil des ateliers, et l'« être ensemble » ensuite, c'est-à-dire le fait de manier certaines formes de sociabilités au cours de ces activités. Elles notent que ces deux manières de faire groupe ne répondent pas à l'objectif initial des organisateurs, qui était celui d'une certaine éducation à la diététique. Ces dynamiques mises au jour en atelier révèlent la pluralité des enjeux à l'œuvre, au-delà de l'enjeu diététique.

L'imaginaire convivial de la cuisine collective puis du repas collectif n'échappe pas à ces autrices, suggérant une vision normative du repas partagé, « pensé comme étant nutritionnellement plus sain et systématiquement convivial » (Bouima et al., 2019). On pense à la figure du « mangeur solitaire » décrite par Estelle Masson, perçu par les autres comme en marge de la société (Masson, 2004). L'une des visées normatives de ces ateliers étant la « création de liens sociaux », on comprend l'importance d'y provoquer la commensalité. Proposer en atelier un repas commensal, c'est-à-dire le fait de manger en groupe, de partager la même table, ferait alors glisser automatiquement les mangeurs dans le domaine de la convivialité, c'est-à-dire que, grâce au repas partagé, on célèbrerait le « plaisir de vivre ensemble, de chercher un échange sincèrement amical autour d'une table proposant des mets propices au développement de l'esprit » (Corbeau & Poulain, 2002, p. 97).

Enfin, certaines recherches, notamment celle de Bouima (2021), rappellent que les conditions sociales de participants (notamment le statut professionnel avant la retraite) continuent d'influencer les dynamiques à l'œuvre au sein des ateliers : il s'y rejoue des rapports sociaux vécus ailleurs.

Les enjeux spécifiques à l'alimentation et la cuisine des personnes vieillissantes et la nature des partenariats associatifs laissent entrevoir trois dernières clés de lecture pour analyser les ateliers de cuisine dans notre recherche.

Premièrement, par la revue de littérature, nous savons que le genre de la cuisine ne peut être ignoré. Il s'agit d'une activité qui continue à être exercée par les femmes, et lorsqu'elles sont en couple hétérosexuel, ce sont le plus souvent elles qui passent du temps à cuisiner. Ceci soulève certaines questions : le genre oriente-t-il le recrutement, les échanges et ce qui est attendu des participants ?

Deuxièmement, les messages diététiques sont nombreux à l'égard des personnes âgées, combinant des aspects nutritionnels valables pour les adultes, d'autres spécifiques à leur condition de « vieux », et de plus en plus, des recommandations qui, bien qu'elles appartiennent à la sphère de la santé publique, sont tout autant sinon plus relatives à l'alimentation durable (le « fait maison » et le fait de manger des aliments issus de l'agriculture biologique lorsque c'est possible). Ceci soulève des questions concernant la compréhension et la réappropriation d'une grande quantité de recommandations, renvoyant peut-être à une forme de « cacophonie nutritionnelle » (Fischler, 1979) en atelier de cuisine.

Troisièmement, la mobilisation de partenaires dits « locaux » dans la mise en place de ces ateliers – centre social, émanation locale d'une association, ou association « sénior » de la ville – suggère que les modèles d'organisation et notamment les voies de recrutement vont être utiles à explorer pour comprendre quels types de personnes viennent et sous quelles conditions.

Les modèles dominant la prévention de la santé par l'alimentation à l'endroit des personnes vieillissantes sont centrés sur l'individu et son comportement. Ils amoindrissent globalement l'impact des dimensions sociales et contextuelles qui influencent les choix alimentaires et ne prennent pas la mesure de l'influence, ni des parcours de vie, ni du processus de vieillissement sur ces comportements. Ils considèrent très souvent les personnes âgées comme un groupe homogène, dont il faut faire évoluer individuellement les habitudes alimentaires, et ce, quelles que soient les habitudes en cours.

Si les revues d'études recommandent une approche compréhensive à l'endroit des personnes ciblées, cette recommandation est peu retrouvée en pratique. Ainsi, la connaissance des publics se limite souvent aux caractéristiques du quartier d'implantation ou des structures mobilisées pour recruter des

participants. Peu d'études entrent dans l'analyse des parcours de vie pour comprendre ce qu'il se joue lors des interventions. Pourtant, nous avons vu à quel point cette analyse permet d'expliquer les parcours de vieillissement, les réaménagements de vie et l'appréhension de l'alimentation, notamment sous un jour plus ou moins diététique.

Ainsi, les programmes de prévention agissent majoritairement comme si les individus vivaient « hors sol », hors du façonnement social de leurs pensées et pratiques, mais aussi hors de leur contexte de vie quotidien, avec l'enjeu de convenir, notamment au sein du foyer, de ce qu'il est « bon » de manger jour après jour. Si, face à ces limitations, de nouvelles approches plus globales et communautaires voient le jour, intégrant mieux les facteurs sociaux et environnementaux, elles restent encore utilisées de manière confidentielle en France.

Les ateliers de cuisine s'avèrent être bien plus que des lieux d'apprentissages culinaires et diététiques. Ils activent des normes sociales et des imaginaires collectifs, et sont des lieux où se jouent des rapports de pouvoir (entre intervenants et participants, et entre participants). Cela explique le fait que les usages réels des ateliers par les participants s'écartent en partie des objectifs des organisateurs. Ces dynamiques méritent d'être interrogées afin de comprendre comment ces dispositifs sont pensés par les différents acteurs, notamment matière d'effets attendus, et les différents usages qu'en font les personnes vieillissantes.

Notre recherche vise à comprendre comment sont construits de tels dispositifs par les acteurs chargés de traduire les politiques publiques en actions concrètes et les manières dont les participants vieillissants se réapproprient ces dispositifs. Pour mener à bien cette recherche, il nous faut mobiliser des manières de penser les décisions alimentaires des personnes vieillissantes ayant participé à un atelier de cuisine. Nous proposons dans la dernière partie de décrire des théories déjà éprouvées concernant les choix alimentaires et d'en retenir certaines pour notre recherche. Celles-ci partent d'une approche par les schèmes de pensées (légitimations, représentations sociales), ou d'une approche par les contraintes pratiques (sociologie du quotidien, théorie des pratiques), avec parfois une attention plus poussée portée au contexte de consommation.

5. Penser les changements alimentaires : une entrée par les schèmes de pensée et une entrée par les contextes de pratiques

La réflexion socio-anthropologique sur les changements alimentaires repose d'abord sur la reconnaissance de l'alimentation comme objet d'étude légitime. Cette prise en compte s'est inscrite dans un contexte de modernité, avec une attention de plus en plus prégnante portée aux désordres sociaux liés à l'alimentation. L'autre versant de l'intérêt pour la sociologie de l'alimentation s'est inscrit dans une tentative d'expliquer et de changer les comportements alimentaires, dans un contexte d'augmentation des maladies chroniques, pensées comme étant liées à l'alimentation.

Nous allons voir que certaines approches macrosociologiques mettent en exergue le contexte de modernité réflexive, pour expliquer un affaiblissement de l'appareil normatif, couplé à une multiplication des normes alimentaires à l'endroit des mangeurs.

Dans ce contexte, nous pouvons dégager deux grands pôles théoriques pour expliquer les décisions alimentaires :

- Un pôle qui va partir des schèmes de pensée (où les valeurs, les normes et les représentations sociales expliquent les choix en pratique). Dans ces paradigmes de pensée, axés sur les individus, on part des rationalités et des légitimations mobilisées pour expliquer les décisions alimentaires ;
- Et un autre pôle, qui part des pratiques (en contexte, avec certaines contraintes et avec un certain espace de liberté), pour expliquer les choix opérés.

Par ailleurs, certaines théories tentent de réunir ces deux pôles, comme la théorie de la structuration (Giddens, 1984) ou plus récemment, la théorie des pratiques appliquée à l'alimentation (Southerton et al., 2011 ; Dubuisson-Quellier & Plessz, 2013 ; Warde, 2016). Elles vont intégrer à la fois le poids des structures sociales (incluant la socialisation et les rôles sociaux), les effets des contextes de consommation et le potentiel de remise en question et de renouvellement d'habitudes, en particulier lors de certains moments de vie.

5.1. L'alimentation au prisme de la modernité : affaiblissement de l'appareil normatif et montée en réflexivité

Les théories sur les décisions alimentaires ne peuvent être appréhendées qu'à l'intérieur du contexte de modernité. C'est pourquoi nous réalisons tout d'abord une introduction sur ce sujet. Les liens entre alimentation et modernité en sociologie sont étroits. En effet, l'alimentation n'a été reconnue comme un objet de sciences sociales légitime en France qu'à partir du moment où des crises majeures, particulièrement au XX^{e} siècle, ont mis en lumière ses implications sociales.

Les premières analyses sociologiques de l'alimentation se sont développées dans le cadre de l'étude des inégalités sociales, en particulier à travers les travaux de Maurice Halbwachs (1912), qui ont exploré les liens entre classes sociales, niveaux de vie et pratiques alimentaires. Puis, Elias, avec « La civilisation des mœurs » (Elias, 1939/2017), et plus tard, Pierre Bourdieu (1979), ont approfondi cette perspective en analysant les distinctions à l'œuvre à l'intérieur de l'espace social, à travers la construction des manières de tables et des « goûts », qui distinguent, symboliquement et socialement, ce qui doit être apprécié ou non. L'intériorisation des normes alimentaires est ainsi apparue comme un élément clé pour expliquer le façonnement des habitudes alimentaires et les enjeux de distinction de classe qui lui sont sous-jacents. À partir des années 1970, Pierre Bourdieu élargit la réflexion en mobilisant la théorie du champ, pour décrire l'espace social et les positions qu'y occupent les individus (Bourdieu, 1979).

L'approche socio-anthropologique de l'alimentation qui se développe par la suite en France, sous l'impulsion de Fischler (1979, 1990/2001) puis de Corbeau (1997) et de Poulain (2002b, 2002c), hérite de ces premières recherches, mais aussi des apports de l'anthropologie. En effet, les travaux de Claude Lévi-Strauss, Mary Douglas et Audrey Richards ont conceptualisé l'alimentation comme un prisme d'analyse des structures sociales. Leurs travaux posent tout d'abord un cadre structuraliste sur le fait alimentaire, perçu à la fois comme une mise en symboles de la structure des sociétés et, à travers la transformation culinaire des aliments, comme faisant le pont entre nature et culture (Lévi-Strauss, 1964/2001). L'alimentation est par ailleurs décrite comme structurant la vie quotidienne et les échanges au sein d'une société (Richards, 1932/2004). Enfin, dans l'ouvrage *De la souillure* (Douglas, 1966/2005), Douglas va explorer les manières de classer les risques et notamment les risques alimentaires, établissant une symbolique de l'hygiène, qui distingue des éléments purs et impurs. Ces approches constituent le socle d'une nouvelle manière de penser l'alimentation, qui connaît un regain d'intérêt à partir des années 1990 avec l'émergence de crises alimentaires ; en premier lieu, celle de la « vache folle » (Raude, 2008 ; Poulain, 2017b). Les sciences sociales vont alors devenir légitimes pour

aborder le fait alimentaire, dans une société pensée comme moderne, réflexive et en perpétuelle recomposition normative.

Les sociologues Anthony Giddens et Ulrich Beck introduisent le concept de « modernité réflexive », comme une phase de la modernité où la société prend conscience des risques qu'elle génère elle-même, liés à la technologie, à l'environnement et à l'économie (Beck et al., 1994). Cette modernité remet en cause l'autorité des structures établies (famille, État-nation, formes classiques de travail), en raison des interdépendances accrues entre les sociétés, induites par la mondialisation et rendant obsolètes les politiques nationales classiques. La gestion des risques et la recherche de solutions collectives vont alors devenir de nouveaux enjeux collectifs (Beck, 1992). Beck développe l'idée d'une « société du risque » : les sociétés modernes doivent apprendre à vivre avec des risques incertains. Pour lui, ce contexte transforme la nature des politiques publiques : si les sciences sont à l'origine de nombreux risques, elles sont aussi mobilisées pour trouver des solutions (*ibid.*).

Cette approche s'inscrit dans la continuité des travaux de Max Weber, qui avait décrit, dès le début du XX^{e} siècle, un processus de rationalisation croissant des activités humaines, où les institutions, les structures sociales et les modes de pensée deviennent de plus en plus fondés sur la logique, l'efficacité et la prévisibilité, plutôt que sur des valeurs traditionnelles, affectives ou charismatiques (Weber, 1905/2017). Ce processus de rationalisation, particulièrement mis au jour dans le domaine du travail, va aussi être décrit concernant l'alimentation et plus particulièrement les politiques publiques qui la mobilisent, à partir des années 1980 (Bouchayer, 1984 ; Cardon et al., 2019).

L'affaiblissement de l'appareil normatif concernant l'alimentation a été nommé « gastro-anomie » par Fischler (1979). Les évolutions alimentaires dans ce contexte ont été décrites comme prenant deux directions principales :

- D'un côté, certaines permanences demeurent : le fait de manger à certaines heures de la journée, la norme du partage des repas (de Saint Pol & Ricroch, 2012), des habitudes alimentaires genrées (Fischler, 1990/2001) et typées selon la position sociale (Régnier & Masullo, 2009). L'alimentation se révèle ainsi un espace de stabilité et de résistance aux transformations ;
- De l'autre, certains changements sont observés dans les pratiques alimentaires, avec une simplification de la structure des repas, passant de trois ou quatre composantes à une à deux (Poulain, 2002c, p. 57-58) et une réduction du temps passé à cuisiner pour les femmes (Champagne et al., 2015), cette diminution étant attribuée surtout à une plus forte prégnance de l'emploi des femmes, couplée à des innovations visant à cuisiner en un temps réduit (robots ménagers, aides culinaires…). Toutefois, ces changements ne sont pas uniformes à l'intérieur

d'une même société ni lorsqu'on compare différents contextes socioculturels (Fischler & Masson, 2008 ; Díaz-Méndez & García-Espejo, 2014).

La modernité s'accompagne également d'une multiplication d'informations contradictoires concernant l'alimentation. Notamment, les recommandations formulées à destination de la population peuvent provoquer une forme de « cacophonie ». La « cacophonie alimentaire » a été décrite au tournant des années 1990, en lien avec la difficulté de prendre des décisions concernant l'alimentation : « pour effectuer ces choix, il n'y a guère de critères univoques, cohérents. Il y a plutôt une mosaïque, une cacophonie de critères proposés, souvent contradictoires, ou dissonants » (Fischler, 1990/2001, p. 204). De plus, Crenn et ses collègues (2007, p. 140-141) soulignent que cette cacophonie est amplifiée par la multiplicité des émetteurs de ces messages. Scrinis (2013) aborde également la multiplication de messages au sujet de l'alimentation, en critiquant la tendance à penser les aliments comme une somme de nutriments, ce qui incite à se concentrer sur les effets de ces groupes alimentaires, plutôt que sur les régimes alimentaires (il nomme ce phénomène « *nutritionism* »). Ainsi, d'une part, les recommandations pourraient être perçues comme étant complexes, d'autre part, elles pourraient s'inscrire en décalage avec les normes, représentations et pratiques alimentaires des mangeurs.

Cette « cacophonie » aurait pour conséquence de contribuer à l'anxiété des mangeurs (Giddens, 1995 ; Poulain, 2002c, p. 53) et contribuerait à éroder les repères « traditionnels », portés par la religion et la culture (Fischler, 1990/2001). La « cacophonie » entre dans une pensée selon laquelle les mangeurs doivent régler le « paradoxe de l'omnivore » (Rozin, 1976 ; Fischler, 1990/2001, p. 62). En effet, les êtres humains doivent se nourrir d'une variété d'aliments, et dans le même temps s'assurer que ceux-ci sont comestibles. Selon cette approche, une certaine anxiété est inhérente à l'acte alimentaire. Celle-ci est régulée notamment par le système culinaire, qui permet de rendre les aliments mangeables, à la fois sur les plans physiologiques et symboliques (Lévi-Strauss, 1964/2001 ; Poulain, 2002c, p. 233).

Cette approche, qui aborde les choix alimentaires sous l'angle de la régulation de l'anxiété des mangeurs, a pu être nuancée. En effet, certains travaux ont montré la prédominance de pratiques alimentaires routinières, engageant peu de réflexion, c'est-à-dire d'une forme de prise de décision s'apparentant à la rationalité traditionnelle (Weber, 1921/1971 ; Poulain, 2002c ; Dubuisson-Quellier, 2006 ; Warde, 2016). D'autres ont décrit des mangeurs « pluriels » (Corbeau, 1997), dont les choix vont s'ajuster et se justifier selon des situations spécifiques, sans forcément générer de l'anxiété (Lamine, 2008). Nous allons voir que ces modes de pensée renvoient à des théories sur la décision alimentaire et sur le changement alimentaire, dont les approches partent plus ou moins des pensées ou des pratiques.

5.2. Comprendre les décisions alimentaires en partant des schèmes de pensée

5.2.1. Les rationalités de la décision alimentaire : en valeur, en pratique, en routine

Certains courants sociologiques permettent d'appréhender les raisons pour lesquelles les individus ne fonctionnent pas selon une rationalité pure, telle que décrite par l'économie classique. Weber va être un des premiers sociologues à proposer un cadre d'analyse sur les rationalités, qu'il détaillera dans l'ouvrage *Économie et société* (Weber, 1921/1971). Il va distinguer quatre types d'activités sociales, prenant forme selon les raisons pour lesquelles elles sont déterminées. On y distingue des décisions :

- Rationnelles en finalité, par rapport à un but ou une finalité que l'individu se fixe et cherche à réaliser en développant des moyens adéquats, produit d'une réflexion ;
- Rationnelles en valeur : l'individu suit alors une éthique de conviction ou de devoir. Il croit en la valeur intrinsèque d'un comportement ;
- D'ordre traditionnel : l'individu se plie aux usages et aux coutumes, rendus immuables par leur durée ;
- D'ordre affectif. Elles concernent tout ce qui a rapport à une expression spontanée donnant cours à l'affect et aux pulsions : sentiment immédiat, émotion, passion (Weber, 1921/1971 ; Durand & Weil, 2006 ; Mien, 2018).

Weber détaillera en particulier la distinction qu'il opère entre rationalité en finalité et rationalité en valeur. Bien que sa définition de la rationalité en finalité soit proche de la théorie du choix rationnel, elle est néanmoins plus complexe. Dans la perspective de Weber, les moyens mis en place pour atteindre un but sont valables selon ce qu'en pense l'individu qui les met en place ; il s'agit d'une position subjective. Si l'on pousse cette pensée, la finalité peut être la valeur accordée au but de l'action (à ce moment-là, la rationalité en finalité est une rationalité en valeur). Par ailleurs, la rationalité en valeur permet de penser les individus non plus comme irrationnels, mais comme rationnels, y compris lorsqu'ils sont mus par la volonté de respecter certaines valeurs.

Poulain a analysé les choix alimentaires selon ce modèle de rationalités (Poulain, 2002c) (figures 11 et 12). Sous ce prime d'analyse, l'alimentation en termes de décisions d'approvisionnement, de transformation et de consommation peut répondre à la fois à des rationalités en finalité, en valeur, mais aussi en routine. En effet, pour compléter les rationalités en finalité et en valeur, Poulain décrit une troisième rationalité en routine, dont la définition est proche de celle de la rationalité traditionnelle décrite par Weber : il s'agit de décisions, qui, parce qu'elles sont répétées fréquemment,

nécessitent à terme peu de réflexivité. Par ailleurs, les modes de rationalités invitent à penser l'alimentation non pas seulement pour ses seules conséquences sur la santé, mais aussi pour les valeurs qu'elle véhicule et pour les objectifs variés qu'elle sous-tend. Sous ce prisme, la « *nutritionnalisation* » et le « *nutritionism* » de l'alimentation décrits respectivement par Poulain et Scrinis (Poulain, 2002c; Scrinis, 2013), comme le fait de penser l'alimentation dans ses dimensions nutritionnelles (que l'on soit mangeur, pouvoir public ou industrie agroalimentaire) peut s'inscrire à la fois dans une rationalité en finalité (je mange tels aliments ou nutriments pour être en bonne santé) et dans une rationalité en valeur (la nutrition comme une valeur, supplantant ou complétant d'autres valeurs, telles que le partage, l'hédonisme…).

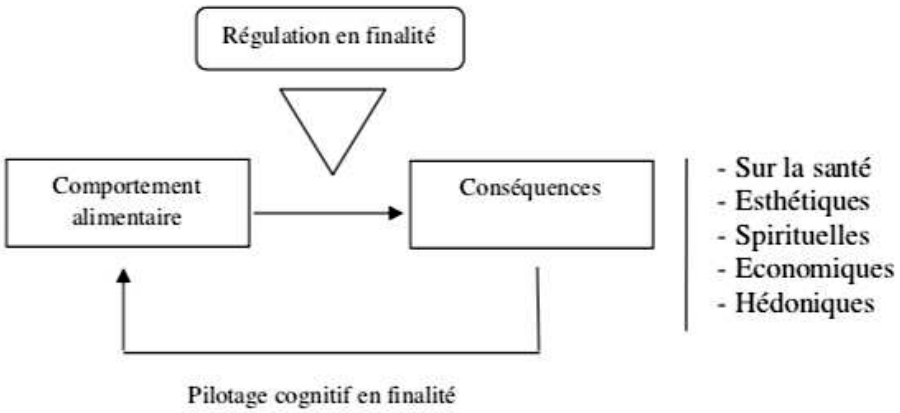


Figure 11 : La rationalité en finalité (Poulain, 2002c)

Concernant la rationalité en valeur, Poulain reprend les modes de légitimation définis par Weber, pour les appliquer à l'alimentation : légitimité charismatique, traditionnelle, rationnelle ou légale.

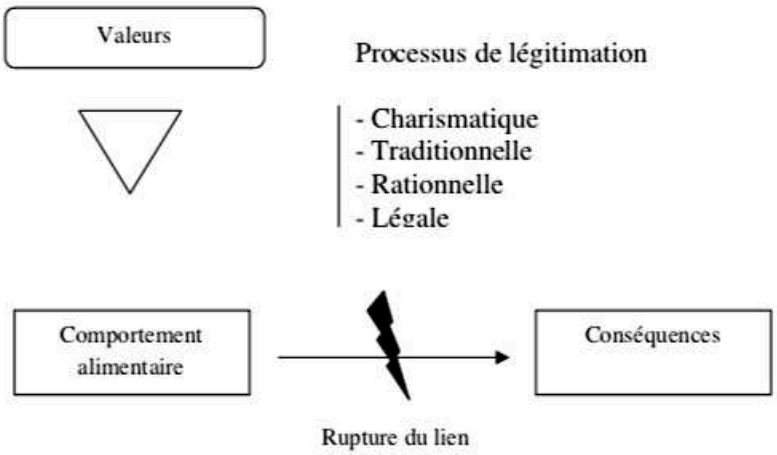


Figure 12 : La rationalité en valeurs (Poulain, 2002)

Dans la légitimation charismatique, c'est le prestige social attribué qui est la valeur dominante. Dans la légitimation traditionnelle, les traditions sont les valeurs dominantes. La légitimation rationnelle ou légale est, elle, fondée sur la norme dominante, notamment celle du droit et de la loi (Weber, 1921/1971).

En appliquant les modèles de rationalité à l'alimentation, Poulain montre d'une part que la vision médicale de l'alimentation tend à ériger les connaissances scientifiques comme une valeur. Il montre par ailleurs que celle-ci est nécessairement articulée à d'autres visions, ou d'autres rationalités, préexistantes (relatives notamment à la religion ou à la famille) : « la médicalisation de l'alimentation n'est donc en soi ni nouvelle ni problématique tant que le nutritionnel ne devient pas dominant et n'éclipse pas les autres univers alimentaires (goût, identité et socialité) » (Poulain, 2002b, p. 194). Plus largement, la construction culturelle du rapport à l'alimentation prend une forme particulière en France, où, comme l'ont montré notamment Fischler et Masson dans des études comparatives, la commensalité, le goût et le plaisir prédominent dans les valeurs qui lui sont associées (Fischler & Masson, 2008). Cette manière de penser les décisions alimentaires en termes de rationalités invite donc à nuancer et à articuler différents modes de décisions, au sein d'un système culturel fait de valeurs qui perdurent, y compris à l'ère de la médicalisation de la société. Elle est utile pour notre recherche, car elle vise à comprendre les rationalités des décisions alimentaires des mangeurs vieillissants, selon le type de décision à prendre et selon le contexte. De plus, on peut imaginer que des changements, par exemple, dans le fait de perdre son conjoint, ou dans l'appréhension du corps et de l'évolution de ses possibilités, amènent à des évolutions dans les rationalités mobilisées dans les décisions alimentaires.

5.2.2. Les liens faits entre représentations sociales, normes et pratiques alimentaires

Une autre approche des décisions alimentaire part des représentations sociales. Nous l'avons vu, celle-ci est dominante dans les programmes de prévention de la santé par l'alimentation. Nous allons à présent mieux définir ce que sont les représentations sociales, puis expliquer en quoi elles se différencient et s'articulent avec les normes sociales. Analyser la décision alimentaire en entrant par la compréhension des représentations sociales nécessite de partir du postulat suivant : les individus agissent selon ce qu'ils perçoivent de la réalité. Le concept de représentation sociale a été développé par Serge Moscovici, pour désigner ce qui est commun dans les visions subjectives des individus (Moscovici, 1961/2004). Ce concept, qui n'avait pas été réactivé depuis plusieurs décennies, a permis à certains psychosociologues d'étudier les comportements et les relations sociales avec une certaine complexité (Moscovici, 2003). Ces représentations sociales, telles qu'elles sont définies en France à partir des années 1960, s'apparentent aux représentations collectives définies par Durkheim. Cependant, ce dernier distingue des représentations collectives, stables et permettant de fonctionner en groupe, et des représentations individuelles plus instables. Les représentations collectives de Durkheim servent à préserver le lien entre les individus, pour les préparer à penser et à agir de manière uniforme. Durkheim ne va pas décrire plus en avant les caractéristiques cognitives de ces représentations (Durkheim, 1912). Plus tard, dans une perspective interactionniste, il sera affirmé que ce qui permet de qualifier de sociales les représentations, « ce sont moins leurs supports individuels ou groupaux, que le fait qu'elles soient élaborées au cours de processus d'échanges et d'interactions » (Codol & Leyens, 1982, p. 2).

Par ailleurs, Weber va décrire, avec les représentations sociales, un savoir commun ayant le pouvoir d'anticiper le comportement des individus : « ces structures comme telles ont une importance causale considérable, souvent même dominante, pour la nature du déroulement de l'activité des hommes réels » (Weber, 1921/1971, p. 12). C'est cette approche qu'adoptent les psychosociologues, dans le renouveau de la pensée sur les représentations sociales. Ainsi, Denise Jodelet les définit en tant que schèmes de pensée qui précèdent et prédisent l'action : « on reconnaît généralement que les représentations sociales, en tant que systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres, orientent et organisent les conduites et les communications sociales » (Jodelet, 2003, p. 14). Ou encore : « qualifier ce savoir de "pratique" » réfère à l'expérience à partir de laquelle il est produit, aux cadres et conditions dans lesquels il l'est, et surtout au fait que la représentation sert à agir sur le monde et autrui » (*ibid.* p. 32).

Ces représentations sont par ailleurs considérées comme des formes de connaissances : « c'est une forme de savoir, la représentation se présentera comme une "modélisation" de l'objet directement lisible dans, ou inférée de, divers supports linguistiques, comportementaux ou matériels. Toute étude de représentation passera par une analyse des caractéristiques liées au fait qu'elle est une forme de connaissance » (*ibid.,* p. 31).

Jean-Claude Abric (2003) va définir plus précisément des « noyaux » de sens, composant les représentations sociales, permettant d'articuler plusieurs éléments à l'intérieur d'une même représentation. Le « noyau central » de la représentation est le lieu de cohérence d'une représentation autonome, tandis que des « noyaux périphériques » lui sont associés. Claude Flament (2003) décrit ces noyaux périphériques comme des schèmes d'action, ou scripts : « le script "aller au restaurant" qui peut se résumer par : "entrer, commander, manger, payer, sortir" ». Ces scripts permettent de faire fonctionner la représentation comme une grille de décryptage. Cette structuration des représentations sociales, entre noyaux centraux et périphériques, permet d'éclairer la manière dont certaines pratiques, comme celles liées à l'alimentation, prennent sens pour les individus dans des contextes variés.

Ce que signifie « bien manger », selon les contextes de consommation, avait déjà été saisi dans les recherches de Lewin (1943) comme premier élément de compréhension des comportements. Saadi Lahlou, analysant les structures sous-jacentes aux mots en lien avec l'alimentation, en a fait sa thèse de doctorat (Lahlou, 1995). En France, le CRÉDOC (2013) réalise régulièrement une étude portant notamment sur l'évolution des représentations sociales du « bien-manger ». L'expression « bien manger » recouvrant un aspect normatif, il est légitime de se demander quelles sont les distinctions qui peuvent être faites entre normes et représentations sociales portées sur l'alimentation. Les normes sociales constituent des règles implicites et intériorisées concernant l'alimentation, un socle de pensée guidant les décisions alimentaires, jugées comme plus ou moins adéquates en fonction du contexte, du lieu et des convives (Poulain 2002 ; Corbeau 2003 ; Warde 2016, p. 69). Représentations ou normes ; il s'agit dans les deux cas de schèmes cognitifs régulant les activités sociales, produites et utilisées au cours des interactions. Nous trouvons une première manière de les différencier du côté de la psychologie sociale décrivant les représentations : « Les schèmes périphériques assurent le fonctionnement quasi instantané de la représentation comme grille de décryptage d'une situation : ils indiquent, de façon parfois très spécifique, ce qui est normal (et par contraste, ce qui ne l'est pas), et donc, ce qu'il faut faire comprendre, mémoriser… Ces schèmes normaux permettent à la représentation de fonctionner économiquement, sans qu'il soit besoin, à chaque instant, d'analyser la situation par rapport au principe organisateur qu'est le noyau central. » (Flament, 2003). Dans ce sens, les représentations périphériques incluent nécessairement des normes sociales, comme des règles de

conduite. Une autre distinction se situe dans le fait que les normes appellent à une sanction sociale si elles ne sont pas respectées (Durkheim, 1930/2013) ; cela ne sera pas le cas pour les représentations, qui ont avant tout un but opératoire. Les normes ont un objectif moins opératoire que les représentations. Pour illustrer nos propos, nous pouvons reprendre l'étude de Poulain (2002b, p. 65-70), qui va mettre en évidence des décalages entre normes et pratiques, dans ce qui peut être considéré pour les Français comme un « vrai repas ». Celui-ci met au jour, dans les normes sociales, un attachement à des structures complexes de repas, tandis que la dimension diachronique des repas en pratique s'affaiblit. Ces résultats invitent à penser les normes alimentaires comme un cadrage idéal, mais parfois irréaliste, de ce qui peut être réalisé en pratique.

Ces différents types de schèmes de pensées – rationalités, représentations sociales, normes – apparaissent comme complémentaires pour comprendre les pratiques alimentaires : quand les normes sociales définissent ce qui est acceptable ou attendu, les représentations sociales vont être un système d'interprétation des normes et des situations, éclairant finalement les rationalités mobilisées dans les logiques d'action.

5.3. Partir des contextes des pratiques pour penser les décisions alimentaires

5.3.1. Le mangeur « pluriel » : un mangeur, un aliment, un contexte

Le concept de mangeur pluriel de Corbeau (1997) constitue une première grille de lecture des décisions alimentaires dans leur contexte. Il permet d'analyser des choix alimentaires en fonction des mangeurs, de ce qui est mangé et de la situation de consommation. Ce concept dépasse la description situationnelle de Luc Boltanski et Laurent Thévenot, dans les cités (Boltanski & Thévenot, 2008), car Corbeau intègre, au-delà des situations, une pluralité d'identités pour les mangeurs. Dans l'élaboration de ce concept, Corbeau s'inscrit dans une perspective constructiviste, influencée par la sociologie de la connaissance de Peter Berger et Thomas Luckmann (2002/2018). Il s'intéresse au sens que les acteurs donnent à leurs comportements alimentaires, en distinguant deux notions clés : la socialité et la sociabilité. Sa définition de la socialité est proche de celle de Berger et Luckmann : il s'agit d'une réalité objective extériorisée. La sociabilité, pour lui, est autre chose : elle se joue dans l'interaction, lorsque les individus choisissent comment, avec qui et sur quoi ils veulent interagir. Pour approfondir le concept de mangeur pluriel, Corbeau introduit la notion d'« éthos du mangeur ». Cette notion permet de le penser à l'intersection de mécanismes internes et de contraintes sociales et culturelles : « une forme typicale qui résulte de la rencontre entre les forces centrifuges – les pulsions, les passions,

l'imaginaire et l'invention résultant des interactions de l'ego – et des forces centripètes civilité, normalisation des images corporelles, contraintes diététiques, économiques ou commerciales, socialités, etc. » (Corbeau, 1997, p. 151). Ce mangeur pluriel, avec son éthos, est placé dans différentes situations de consommations alimentaires. Pour représenter ces interactions, Corbeau propose le « triangle du manger » (figure 13) (Corbeau, 2021) :

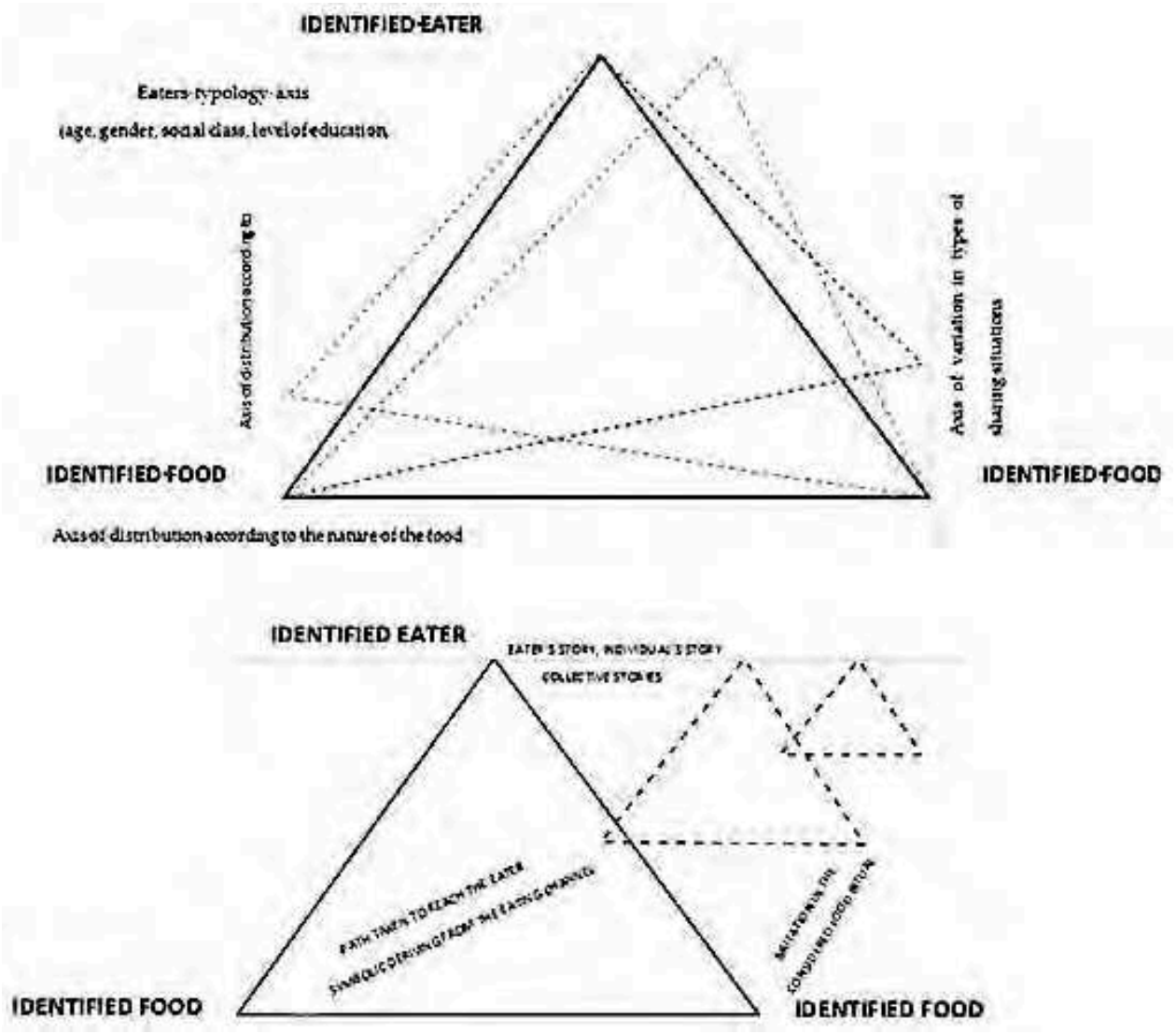


Figure 13 : illustration du triangle du manger (Corbeau, 2021)

Chacun de ces trois pôles évolue à la fois d'une manière synchronique (un contexte, un mangeur et un aliment à un moment donné) et diachronique (selon l'histoire individuelle du mangeur et l'histoire collective). Le « triangle du manger » permet donc de replacer chaque acte alimentaire dans un temps et un lieu spécifiques, à l'intersection d'enjeux personnels, sociaux et culturels.

Une version poussée à l'extrême du mangeur pluriel en contexte de modernité est décrite dans l'ouvrage *Le mangeur hypermoderne* (Ascher, 2005). Celui-ci propose d'analyser les pratiques alimentaires au prisme de la société contemporaine. Le mangeur qu'il décrit est « hypermoderne » dans le sens où il évolue dans un temps et un espace comprenant de nombreuses variables, ce qui le rend « éclectique » dans ses représentations et choix. Il n'a pas de goûts exclusifs, ses choix sont individualisés et chacun peut y exprimer son identité, il fragmente ses repas, qu'ils ne situent plus forcément dans la norme traditionnelle des trois repas par jour. Enfin, ayant une conscience des enjeux sociaux et environnementaux de l'alimentation, il s'intéresse à des questions telles que l'origine des produits et la pollution qu'ils génèrent. L'alimentation devient pour lui un enjeu d'éthique personnelle et sociale. Cette approche a pu être critiquée, d'une part, pour son manque d'attaches à des valeurs traditionnelles (Hurez, 2006), d'autre part, car ce mangeur n'est pas socialement neutre. Les normes de santé par l'alimentation, tout comme les comportements liés aux enjeux environnementaux proches de ceux du mangeur « hypermoderne », appartiennent aux classes sociales supérieures (Régnier & Masullo, 2009 ; Comby, 2024).

En outre – nous n'allons pas développer cette théorie car nous ne l'utiliserons pas dans notre recherche – nous n'ignorons pas que la théorie conventionnaliste développée par Boltanski et Thévenot a pu être utilisée pour expliquer les décisions alimentaires, à travers les justifications apportées par les mangeurs, en fonction du contexte de la décision alimentaire (Lamine, 2008). Cette théorie revendique son appartenance au courant de l'individualisme méthodologique de Raymond Boudon (2002), tout en prenant en compte l'existence du collectif dans les décisions ainsi que dans les cadres d'action (Jean-Pierre Durand & Robert Weil, 2006, p. 205). Cette théorie se rapproche, comme la théorie des pratiques, de la sociologie pragmatique, développée notamment par Dewey (1925/2012), dans laquelle la connaissance et la vérité sont construites à travers l'action. Dans ce sens, les accords passés entre individus, fruit d'interactions, peuvent être qualifiés d'accords pratiques. Les accords passés y sont considérés comme « vrais » dans un contexte donné. Les individus sont capables de s'ajuster aux situations et de réviser leur jugement en fonction du déroulement de l'action. Dans ce sens, la décision alimentaire se joue en contexte, selon certaines justifications, vues comme des mondes d'échelles de valeurs. Nous allons préférer mobiliser la théorie des pratiques.

5.3.2. Des styles de vie à la théorie des pratiques

La théorie des pratiques a été appliquée aux pratiques alimentaires, dont la cuisine, en opposition à une approche purement économique néoclassique (avec l'idée d'individus rationnels) et à celle de la psychologie expérimentale des comportements (qui s'inscrit hors des contextes macro et micro sociologiques) (Dubuisson-Quellier & Plessz, 2013 ; Warde, 2016). Le premier principe de la théorie

des pratiques appliqué à l'alimentation correspond aux travaux concernant l'analyse des pratiques sociales, considérées comme des expériences répétées, avec un mécanisme de reproduction (Giddens, 1984). Dans sa théorie de la structuration, Giddens met en évidence la structure des pratiques à la fois comme moyen (dans la même idée que Mauss) et comme résultat de la reproduction des pratiques. Cette vision de la reproduction se rapproche de celle de Pierre Bourdieu lors de sa description de l'« habitus », qui met en avant l'importance, dans l'action, des pratiques routinières par rapport à la délibération (Bourdieu, 1972). Alan Warde, dans l'ouvrage *The practice of eating* (2016, p. 36) définit l'habitus de Bourdieu comme suit (traduction personnelle) : « l'habitus d'un agent est un sédiment de l'expérience passée et qui fonctionne dans le présent, formant les perceptions, les pensées et les actions, et façonnant les pratiques sociales d'une façon régulière. Cela consiste en dispositions, schémas, formes de savoir-faire et en compétences et cela fonctionne au-delà de la limite de la conscience ». On y retrouve l'idée de pratiques sociales peu amenées à évoluer dans l'action présente, puisqu'elles puisent totalement dans le passé pour fonctionner dans le présent. Cependant, si les pratiques sont conditionnées par les structures et routinisées, elles sont aussi vues comme productrices de ces structures (Giddens, 1984).

En outre, dans la perspective de cette théorie, les pratiques alimentaires sont des réalisations du social, elles peuvent être décrites comme étant « intégratives », car elles supposent d'avoir acquis au préalable des compétences partagées par la société. Warde s'appuie sur les travaux de Theodore Schatzki pour définir ce que sont les pratiques intégratives dans le domaine de l'alimentation : 1) il y a des mots pour les nommer, 2) elles coexistent dans différents espaces du monde et moments de l'histoire, et 3) elles peuvent être évaluées (comme étant correctes, acceptables, innovantes…) (Schatzki, 1996). On retrouve dans cette interprétation des pratiques certains principes proches de ceux de l'ethnologue Yvonne Verdier (1969, p. 51) lorsqu'elle aborde la cuisine, avec l'idée de classement d'une séquence d'actions jugées performantes au sein d'un groupe social. Elle décrit plus spécifiquement la recette et la cuisine : « on définira une recette de cuisine comme le processus de transformation que l'on fait subir à un matériau reconnu mangeable afin qu'il puisse être ingéré, et une cuisine comme la somme de ces traitements ainsi que la séquence des comportements impliqués dans la préparation et la consommation des aliments ». L'idée de séquences ou de performances répétées est au cœur de la théorie des pratiques appliquée à l'alimentation et plus particulièrement à la cuisine. Lors de cette activité, une série de gestes sont répétés, avec un cœur d'actions qui n'évoluent pas ou peu au fil de leur répétition. Cette approche n'est pas sans rappeler la rationalité traditionnelle définie par Weber, c'est-à-dire la justification d'une pratique au nom de la tradition (Weber, 1921/1971), et la rationalité en routine développée par Poulain concernant les choix alimentaires (2002a). Une fonction de ces répétitions de gestes est mise au jour par Fischler et Poulain :

en répétant des scénarios d'actions, le mangeur s'épargne une certaine part réflexive et par là même réduit potentiellement l'anxiété générée par la nécessité de gérer le paradoxe de l'omnivore (Fischler, 1990/2001 ; Poulain, 2013a). Sophie Dubuisson-Quellier (2006) pose le même constat concernant les décisions en routine, dans un contexte de courses en supermarché. Elle précise aussi, comme Warde dans l'ouvrage *The practice of eating*, que ces routines s'activent selon le contexte de prise de décision.

Ainsi, nous constatons que la part de l'innovation dans la cuisine, telle qu'elle est définie dans la théorie des pratiques, est réduite par le poids des structures macrosociales. C'est notamment ce que lui reproche un pan de la sociologie du quotidien.

En effet, la théorie des pratiques s'oppose, dans une certaine mesure, à une approche par le quotidien défendue dans l'ouvrage *L'invention du quotidien* (Certeau et al., 1980/2010 ; Giard et al., 1980/2006). Cette dernière met en évidence les innovations émanant de la pratique. Nous la détaillerons plus loin.

La théorie des pratiques se différencie aussi dans une certaine mesure de l'individualisme méthodologique de Boudon, sur le sujet de la conscience d'une prise de décision alimentaire. Boudon distingue une part de contrôle individuel dans les prises de décision et une part de « forces », échappant à ce contrôle (Boudon, 2002). Dans la théorie sur l'individualisme méthodologique, il intègre la théorie du choix rationnel issue de l'économie, c'est-à-dire les notions d'instrumentalisation des choix par les individus et de l'analyse coût-avantages de leurs choix. L'approche peu réflexive inhérente à la théorie des pratiques s'écarte enfin des théories de changement de comportement issues de la psychologie sociale, dans le sens où elle retire une grande partie de la part d'agentivité individuelle pour expliquer les décisions, au profit de la formation d'un répertoire d'habitudes, activées en fonction des situations dans desquelles elles se produisent et des institutions de la société considérée. Pour illustrer nos propos par un exemple, dans la théorie des pratiques, si une personne change ses habitudes de préparation alimentaire à la suite d'une maladie, elle le fait en suivant un processus déjà intériorisé (« quand on est malade, on doit manger comme cela »), plutôt qu'en adoptant de nouvelles normes et représentations.

5.3.3. La sociologie du quotidien pour discuter le poids des normes dominantes

Y a-t-il alors une place pour l'innovation dans les pratiques alimentaires quotidiennes ? Cette question a suscité des réflexions de la part des sociologues du quotidien. Nous abordons cette approche non pas pour proposer une nouvelle théorie, mais pour apporter des nuances aux entrées proposées par la théorie des mangeurs « pluriels » et par la théorie des pratiques.

Le terme « quotidien » est issu du latin *quotidie*, qui signifie « chaque jour » : *quot* signifie « chaque », et *dies*, « jour ». Le quotidien désigne ce qui se déroule chaque jour. Pour en rendre compte, les

approches macrosociologiques, comme les enquêtes « Emploi du temps » de l'INSEE, quantifient des temps passés par type de pratique. Concernant l'alimentation, ces données permettent d'attribuer des temps passés aux courses et à la préparation des repas, en fonction du genre, de la catégorie professionnelle et de l'âge (Brousse, 2015). Ces données sur les temps alimentaires permettent aussi d'expliquer des évolutions de pratiques dans le temps. Notamment, l'étude de Dale Southerton, Cecilia Díaz-Méndez et Alan Warde (2011) sur la comparaison des rythmes des repas au Royaume-Uni et en Espagne a permis de décrire l'impact des institutions sur l'évolution des horaires des repas, et sur la coordination temporelle de la vie quotidienne. Toutefois, ces enquêtes ne permettent pas de rendre compte des temps indéfinis, des activités non classées, ni du sens que les individus donnent à ces activités.

Sans omettre le fait que certains courants de la sociologie du quotidien le pensent comme subi par les individus (Lefebvre & Ross, 1981/2024 ; Ciccarelli, 2004), nous allons plutôt ici nous pencher sur les courants qui mettent en valeur leur pouvoir d'innovation. Avant que la sociologie ne prenne le quotidien comme objet central, Alfred Schütz a été le premier à appliquer les concepts de la phénoménologie aux sciences sociales et va contribuer à la thématisation de cet objet. Dans son recueil d'articles, *Le Chercheur et le quotidien* (Schütz, 2008), il aborde la « rupture épistémologique » entre la pensée scientifique et la pensée construite, faite de constructions mentales, fruit des intersubjectivités (des compréhensions communes). La pensée scientifique est alors une construction mentale portant sur une construction préexistante. Le chercheur doit chercher à comprendre la manière dont les acteurs sociaux attribuent des significations à leurs actions et interactions, et à leur environnement, à partir de leur expérience quotidienne.

Le quotidien va également être analysé en creux, à travers ce qu'il n'est pas. Nous avons déjà abordé la notion d'événement, plus ou moins prévisible, s'agissant du vieillissement (changement dans le cycle de vie, *turning point*, bifurcation). L'événement peut être ici considéré de deux manières opposées : comme inscrit inévitablement dans le quotidien, puisqu'il n'arrive pas au milieu du néant, ou bien comme une rupture dans le quotidien, l'interrompant temporairement. Dans cette seconde approche, le quotidien va, à terme, se réinstaller de manière potentiellement transformée (Ciccarelli, 2004). Dans ce sens, l'événement recadre le quotidien.

Luce Giard, Michel de Certeau et Pierre Mayol (Giard et al., 1980/2006), tout comme Michel Maffesoli (2000), mettront en avant le potentiel d'innovation propre à la quotidienneté. Ils remettent en question la passivité des individus dans leur quotidien, qui avait été décrite notamment par Henri Lefebvre (Lefebvre & Ross, 1981/2024 ; Carretero Pasín, 2002). Pour eux, en se concentrant sur les usages réels (de l'alimentation, de l'espace de vie, du quartier…) il est possible de mettre au jour des innovations dans le quotidien. Dans ce sens, s'il existe des biens de consommation, produits et vendus

pour certains usages, cela ne signifie pas que c'est l'usage indiqué qui sera réalisé en pratique ; l'usage pourra être détourné. Avec Luce Giard et Pierre Mayol, Michel De Certeau définit la culture ordinaire, comme une réappropriation incessante de connaissances :

> « À sa manière humble et tenace, la culture ordinaire fait ainsi le procès de notre arsenal de procédures scientifiques et de nos catégories épistémologiques, car elle ne cesse de réarticuler du savoir à du singulier, de remettre l'un et l'autre en situation concrète particularisante et de sélectionner ses propres outils de pensée et ses techniques d'usage en fonction de ces critères » (Giard et al., 1980/2006, p. 360).

Ici, l'innovation est donc plus précisément une réappropriation de codes et d'usages. Pour faire un lien avec la théorie des pratiques, nous pouvons envisager les réappropriations et détournements d'usages dans l'espace du quotidien comme à la base de nouvelles pratiques qui sont, à terme, partagées dans la société.

Dans cette culture ordinaire, la cuisine est décrite en tant que technique du corps, faisant référence à la pensée de Marcel Mauss (1934). Le rapport au corps s'exprime d'une part dans les techniques culinaires employées, qui se transmettent et évoluent selon le contexte sociohistorique. Ainsi, la manière de cuisiner et le vocabulaire des recettes se transforment également au fil des innovations ménagères (robot culinaire, aides techniques…). Il s'exprime d'autre part par l'intérêt et le soin accordés aux repas, qui traduisent une certaine relation au corps : « peut-être faut-il être réconcilié avec son corps pour se donner la peine de le nourrir convenablement, ou faut-il avoir déjà connu la plénitude d'un lien affectif durable, pour trouver plaisir à préparer un repas destiné à autrui » (Giard et al., 1980/2006, p. 271). Dès lors, la cuisine en tant que pratique corporelle et sociale, révèle une articulation entre techniques, transmission et rapports intimes au corps et à l'autre.

Les auteurs viennent ainsi critiquer la vision statique, immobile, des pratiques alimentaires selon Bourdieu : « dans la perspective de Bourdieu, les pratiques alimentaires sont aussi immobiles que les autres, sinon davantage, car elles sont toujours liées à la prime enfance, au monde maternel » (*ibid.* p. 257), et « l'inventivité de l'individu est ainsi récusée par avance, rien de nouveau qui importe vraiment ne peut advenir, ni élargissement du goût par une découverte de hasard, ni rencontre marquante d'un nouvel interlocuteur qui vous fasse connaître d'autres pratiques culturelles, ni désir personnel d'autoformation dans un domaine… » (*ibid.* p. 256). Pour eux, la réflexion de « la distinction » (Bourdieu, 1979) ne décrit jamais les manières de faire. Les auteurs attribuent ce manque d'éclairage au fait que les activités féminines, dont la cuisine fait partie, sont un lieu de silence et de désintérêt (*ibid.* p. 258). Enfin, l'une des critiques majeures adressée à ces approches « par le haut » réside dans leur tendance à nier tout rapport d'emprise du quotidien sur le changement social. La sphère domestique, privée, étant un lieu assigné d'activités pour les femmes, celles-ci sont par là même

exclues du champ de l'historicisation ; on ne leur connaît pas d'emprise sur les mouvements sociaux. Cependant, pour Isabelle Berteaux-Wiame (2000), si l'on considère la famille comme ayant des projets sociaux (d'études, de profession), le sens des pratiques quotidiennes peut alors être lu comme producteur d'existences sociales : « les femmes mettent en pratique les aspirations familiales ». La sociologie du quotidien vient ainsi mettre l'accent sur le pouvoir d'innovation, de réinterprétation ou de réappropriation, par les individus, dans leurs techniques, de ce qui émane d'« en haut », ainsi que sur l'existence d'un impact du quotidien sur la « grande » histoire.

Finalement, nous avons déjà classé ces théories sociologiques portant sur les modes de décisions, dont beaucoup ont déjà été appliquées pour analyser les décisions alimentaires, selon qu'elles partaient des pensées ou des contextes pratiques. Nous pouvons également les différencier selon le pouvoir d'action qu'elles laissent aux individus. Nous proposons la figure 14 pour illustrer cette répartition des théories selon deux axes : l'un, vertical, sur les pensées et les pratiques, l'autre, horizontal, sur le degré de réflexivité qu'elles permettent.

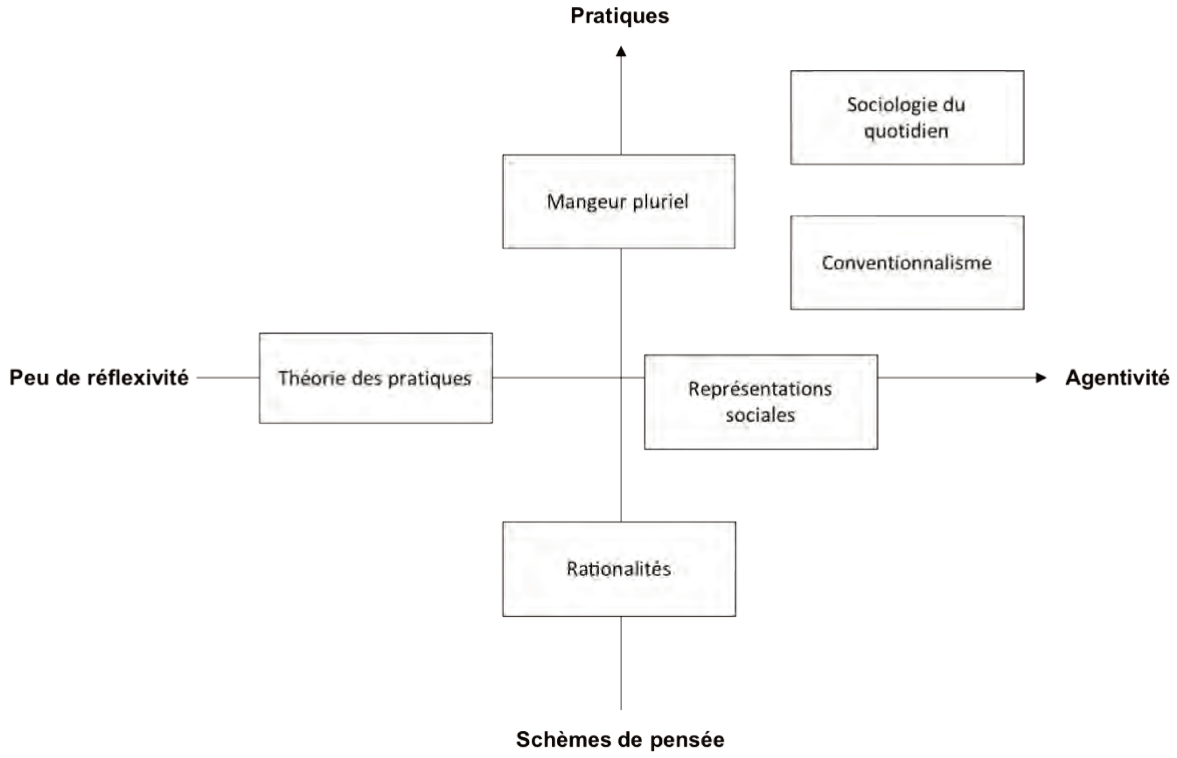


Figure 14 : Théories de la sociologie appliquées à la décision alimentaire

L'analyse des comportements alimentaires des personnes vieillissantes demande de croiser les apports des normes sociales, des représentations sociales et des rationalités mobilisées. Ces différents schèmes de pensée, qui s'articulent dans l'action, permettent d'appréhender les habitudes alimentaires dans leur complexité. Toutefois, ces dimensions symboliques ne peuvent être comprises qu'à la lumière des contextes concrets dans lesquels elles prennent forme.

C'est pourquoi il apparaît nécessaire d'intégrer une lecture située des décisions alimentaires, en partant des acteurs (et de leur entourage), en contexte. Le concept de « mangeur pluriel » (Corbeau, 2003) incarne cette dynamique en reconnaissant la pluralité des identités alimentaires et des situations de consommation, dans un temps sociohistorique donné. De même, la théorie des pratiques (Giddens, 1984 ; Dubuisson-Quellier & Plessz, 2013 ; Warde, 2016) met en évidence le caractère routinisé et incorporé des gestes alimentaires, tout en montrant que ces pratiques sont dans le même temps créatrices de nouvelles formes d'actions. L'approche de la sociologie des pratiques se révèle pertinente, car elle permet d'articuler les normes sociales dominantes à la construction des habitudes quotidiennes, tout en rendant compte des ajustements des routines alimentaires face aux transitions dans le cycle de vie et aux épreuves biographiques.

Nous souhaitons néanmoins apporter une nuance en intégrant l'entrée par l'innovation dans le quotidien (Giard et al., 1980/2006) à la théorie des pratiques. En effet, la théorie des pratiques appliquée à l'alimentation a tendance à mettre l'accent sur les routines plutôt que sur le changement. Nous pensons qu'il est nécessaire d'y intégrer un certain pouvoir de réinterprétation des individus, qui, après tout, peuvent détourner ou rejeter des normes dominantes.

Il s'agit, enfin, de souligner que le processus de vieillissement est vécu intimement, que si des changements dans le cycle de vie vont certainement faire reconsidérer des pratiques alimentaires, d'autres phénomènes, moins saillants, peuvent opérer en provenance et à l'endroit des individus. Notamment, l'approche par le corps, prégnante dans la sociologie du quotidien, s'avère particulièrement pertinente dans le cadre de cette étude portant sur les personnes vieillissantes, dont le rapport au corps évolue, dans ses fonctionnalités et besoins. La cuisine peut être envisagée comme une technique du corps, fruit d'une intériorisation de gestes, et amenée elle aussi à évoluer au fil des épreuves du vieillissement. Enfin, l'incorporation alimentaire souligne, de manière littérale et symbolique, le lien entre l'acte de manger et le corps, les aliments devenant matière du corps lui-même.

Conclusion du chapitre 1

L'état de l'art a permis d'identifier deux manières assez distinctes de considérer les changements alimentaires au cours du vieillissement, avec une vision portée par les politiques publiques et acteurs de la santé publique, et une autre vision portée par les sociologies du vieillissement, de la santé et de l'alimentation. En dégageant les grandes lignes de ces deux approches, nous allons pouvoir, par la suite, préciser notre problématique. Nous les avons synthétisées dans le tableau ci-dessous (figure 15).

Politiques publiques de promotion de la santé pour les personnes âgées	Sociologies du vieillissement, de la santé et de l'alimentation
La vieillesse comme un état Une catégorisation de personnes âgées : vulnérables, inactives, en pertes (d'autonomie, de liens sociaux)	**Le vieillissement comme un processus** de déprise, faite d'épreuves, liées au contexte macrosocial, au cycle de vie et à des éléments plus intimes de rapport au monde
La santé comme étant en déclin, avec des pertes qu'il faut pallier La perte d'autonomie est centrée sur les individus, il faut les rendre actifs, les « ré-autonomiser »	**L'état de santé/maladie comme un cumul d'inégalités sociales (éducation, parcours pro, genre…)** Et le maintien en santé comme associé à certaines représentations du corps, du contrôle de soi et à un rôle de *care* pour autrui
L'alimentation et la cuisine comme leviers de remise en activité des individus âgés La cuisine, représentation du « vivre ensemble », un moyen d'entrer dans la sphère privée, en vue d'une prise de conscience et d'une diminution des risques	**L'alimentation et la cuisine comme des activités structurant le quotidien des foyers** faites de routines assignées (au genre notamment) et de moments de déstabilisations (des représentations et des pratiques)

Figure 15 : Perspectives différenciées des politiques publiques et de la sociologie du vieillissement, de la santé et de l'alimentation

Tout d'abord, le vieillissement est aujourd'hui pensé majoritairement en matière de gestion des modes de vie par les pouvoirs publics. Les politiques de l'autonomie font l'objet de traductions sanitaires des problèmes de société identifiés à l'endroit des personnes vieillissantes. La vision médicale interprète le vieillissement comme une succession de « pertes » (physiologiques, psychologiques), donnant lieu à la définition de personnes plus ou moins « fragiles ». Cette approche englobe plus largement les pertes de capacités dans la vie quotidienne, à travers les termes de « dépendance », puis de « perte d'autonomie », notamment provoquées par, et engendrant, une perte de « liens sociaux ». En conséquence, les personnes âgées sont considérées comme amoindries dans leurs possibilités d'action et de participation à la société, et assignées à la catégorie des « vulnérables ».

La sociologie du vieillissement adopte aujourd'hui majoritairement une approche centrée sur les individus, approche au sein de laquelle le vieillissement est pensé comme un processus. La sociologie du vieillissement invite ainsi à repenser cette période de la vie à travers les changements qu'elle induit dans le rapport au monde, en tenant compte du parcours de vie. Enfin, l'approche en matière d'épreuves met l'accent sur le contexte sociohistorique du vieillissement. Des inégalités sociales de santé sont saillantes au cours de cette période de la vie. Elles sont analysées comme le résultat des trajectoires sociales et de contextes économiques, mais aussi comme découlant de la construction de rôles sociaux relatifs à la santé.

Cependant, cette perspective, basée sur les processus et les trajectoires, s'inscrit en décalage avec l'approche des politiques publiques. Quand ces dernières ont tendance à catégoriser les individus âgés comme un groupe homogène susceptible de connaître des « pertes », la sociologie du vieillissement décrit des trajectoires de vieillissement plus variées, constituées de réaménagements ou de réadaptations, pouvant faire l'objet de « pertes » (avec, par exemple, l'abandon de certaines activités), mais aussi de « gains » (avec par exemple la participation à de nouvelles activités et le développement de nouvelles relations). Parce qu'ils concernent aussi les relations sociales et l'identité, les « pertes » et les « gains » décrits en sociologie dépassent le domaine exclusif de la santé et des capacités tel qu'il est décrit dans les politiques publiques.

Les politiques de promotion de la santé se sont développées dans l'objectif de diminuer des risques de maladie, avec en ligne de mire l'idée qu'il faut remettre en activité des personnes à risque pour leur santé. Ainsi, à la vision sanitaire du déclin s'ajoute une considération morale des conduites actives et responsables que devraient adopter les personnes âgées. Cette vision libérale est particulièrement prégnante les concernant, car les personnes âgées sont considérées comme des êtres résilients par rapport à leur état de vulnérabilité.

Ainsi, les personnes âgées sont elles encouragées à sortir de leur état, sur la base de l'idée qu'elles ont le pouvoir de pallier leurs « pertes ». Les campagnes de prévention vont imaginer les publics âgés comme étant réceptifs et enclins à adopter des comportements vertueux pour leur santé sur le long terme. Nous avons vu que, du côté de la sociologie de la santé, en considérant les individus comme des « *homo medicus* » (Pinell, 1992 ; Peretti-Watel, 2017), ce qui apparaît comme une approche portée par les personnes de positions sociales supérieures, on prend le risque de renforcer certaines inégalités de santé, en particulier concernant les personnes les moins favorisées. Les campagnes de prévention qui vont viser à changer les représentations sociales, pour agir jusque dans l'espace domestique, ne vont que très peu intégrer la variabilité des schèmes de pensée concernant l'alimentation et la santé au cours du vieillissement. Elles ne vont pas non plus faire cas des rôles, notamment domestiques et de *care*, construits selon le genre. En effet, s'occuper des autres, notamment en préparant à manger,

mais aussi l'attention portée au contrôle de son corps à travers l'alimentation, apparaissent comme des éléments forts décrivant le quotidien des femmes pendant le vieillissement.

Les changements alimentaires au cours du vieillissement ont ainsi été étudiés en majorité comme des conséquences de changements dans le quotidien, touchant au cycle de vie : passage à la retraite, maladie, veuvage. Ils produisent des reconfigurations des tâches domestiques. Potentiellement, d'autres changements pourraient être explorés pour expliquer par exemple le gain ou la perte d'appétit, l'envie de préparer à manger ou encore l'envie de participer à un atelier de cuisine.

Au cœur de notre problématique, nous avons deux points de vue : celui des politiques publiques, traduit en programmes de prévention pour les personnes âgées d'une part, et celui des personnes vieillissantes d'autre part. Les acteurs construisant les programmes de prévention pensent les changements alimentaires en termes de groupes alimentaires à rééquilibrer, grâce à une remise en activité culinaire des individus, couplée à la diffusion d'informations sur les liens entre aliments et effets sur la santé. L'autre l'idée majeure mise en avant est que l'action de groupe va créer du « lien social », pallier un certain « isolement » et ainsi prévenir l'apparition de maladies. Les personnes vieillissantes, quant à elles, reconfigurent leurs habitudes alimentaires lors de transitions dans leur cycle de vie au cours du vieillissement et lors d'autres évolutions qui touchent aussi au rapport à l'identité et au monde. Ces changements s'inscrivent dans des manières de penser et de faire à manger, et d'un certain rapport à la santé, construits au fil de leur parcours de vie.

À partir de cette tension entre logiques institutionnelles et vécus individuels du vieillissement, le chapitre suivant propose de problématiser cette articulation, en interrogeant plus précisément la manière dont les liens entre alimentation, santé et prévention se construisent dans le cadre des ateliers de cuisine, à la croisée des normes sociales, des trajectoires biographiques et des pratiques quotidiennes.

Chapitre 2

Mise en problématique et méthodologie

Ce chapitre est structuré en deux parties complémentaires. La première est consacrée à la mise en problématique de la recherche. Dans un contexte où les politiques publiques tendent à homogénéiser les figures du vieillissement et les modèles de prévention, cette recherche interroge la construction des liens entre santé et alimentation, tels qu'ils se déploient par et pour les personnes vieillissantes. Elle propose d'analyser l'atelier de cuisine comme un espace d'interactions situé au croisement entre les tentatives de normalisation des comportements, les parcours de vie et les pratiques quotidiennes. Cette réflexion vise à comprendre comment se conjuguent les rôles sociaux, les épreuves biographiques et les normes sanitaires dans ces dispositifs de prévention. La revue de littérature met en lumière quatre axes majeurs : les événements liés au vieillissement, qui reconfigurent les pratiques culinaires, pouvant susciter un « rebond » via la cuisine, ou un « rejet » de celle-ci ; l'alimentation et la santé, envisagées comme un espace d'expression de rôles sociaux, marqué par le genre et la position sociale ; la posture des intervenants, partagée entre une écoute des besoins et la volonté d'orienter les pratiques vers une norme du « bien vieillir » ; enfin, les effets différenciés des ateliers, qui varient selon la trajectoire sociale des participants, interrogeant les inégalités de santé.

La seconde partie du chapitre est dédiée au cadrage méthodologique de la recherche. Développant une démarche « embarquée » et de recherche-action, nous exposons ici ses origines, ses dimensions et ses objectifs. Le terrain dépend des apports sociologiques, de mon expérience professionnelle antérieure et de ma place au sein de l'association. Il s'appuie sur une approche qualitative plurielle, mêlant l'observation participante dans le cadre du travail associatif, des entretiens avec différents acteurs institutionnels, l'analyse de documents, ainsi que des entretiens menés auprès des participants aux ateliers de cuisine. Une enquête quantitative vient compléter ce dispositif. Réalisée auprès du même public, elle permet de mieux cerner les profils des participants et de valider certaines hypothèses, issues du terrain qualitatif. Cette combinaison méthodologique vise à offrir une compréhension fine et étayée des pratiques et des dynamiques sociales en jeu.

1. Mise en problématique

À partir des analyses développées dans l'état de l'art, mettant en avant une gestion homogène des personnes vieillissantes dans les politiques publiques, perçues comme amoindries, vulnérables, avec une gestion de la prévention qui part d'une approche individuelle, nous nous demandons comment la promotion de la santé par la cuisine se construit, pour et par les personnes vieillissantes :

- « Pour » : avec une certaine idée de ce que doit être la prévention, traduite par différents acteurs sociaux mettant en place des actions de prévention, centrée sur les individus, visant à les (re)mobiliser pour aboutir à certains effets sur les catégories alimentaires consommées, autant que sur la création et le maintien de liens sociaux ;
- « Par » : avec des normes et des représentations, ainsi que des liens entre alimentation, cuisine et santé, construits et actualisés dans le parcours de vie, avec des adaptations au cours du processus de vieillissement, à la suite de certaines épreuves vécues, dont des transitions dans le cycle de vie.

L'approche développée dans cette recherche propose de penser l'articulation entre les pratiques ordinaires et les structures sociales, en prenant appui sur des cadres théoriques qui rendent compte à la fois de la stabilité des habitudes et de leur capacité d'évolution.

Dans cette perspective, nous nous inscrivons dans la lignée des travaux d'Anthony Giddens, dont la théorie de la structuration (1984) souligne le rôle central des routines dans la reproduction de la vie sociale, tout en reconnaissant chez les individus une capacité réflexive qui leur permet de s'ajuster, voire de transformer certaines de leurs pratiques. Ce regard est prolongé par les apports de la théorie des pratiques, notamment en sociologie de l'alimentation, qui montre comment les comportements alimentaires s'inscrivent dans des configurations complexes, au croisement de logiques sociales, matérielles et culturelles (Dubuisson-Quellier & Plessz, 2013 ; Warde, 2016).

Dans ce cadre, les pratiques ne sont pas uniquement des répétitions mécaniques : elles peuvent être réinterprétées, ajustées ou négociées au fil des situations vécues. Ce potentiel de transformation se manifeste notamment dans les rapports de genre et de génération qui traversent les rôles liés à l'alimentation, comme l'ont mis en lumière Fournier et Jarty (2019, p.1) à travers la notion de « *care* alimentaire », ou encore dans les postures tenues par les professionnels ou bénévoles des ateliers, qui peuvent être analysées à la lumière de la figure de l' « entrepreneur de morale » décrite par Becker (1963/2013, p. 171-188) – ceux qui définissent ce qui est bon ou acceptable pour autrui.

En somme, cette recherche propose une lecture située et relationnelle de la prévention par l'alimentation, attentive à la manière dont les personnes vieillissantes composent avec des injonctions

normatives, tout en mobilisant leurs expériences, leurs ressources et leur rapport au corps dans un contexte de vieillissement. Elle prend appui sur les pratiques ordinaires, considérées non seulement comme des révélateurs des structures sociales, mais aussi comme des lieux d'agencement, d'interprétation et parfois de résistance aux normes dominantes.

1.1. Définition des termes de la problématique

Nous utiliserons les termes de « personnes vieillissantes » pour souligner que la vieillesse est appréhendée ici comme un processus (Barthe et al., 1988 ; Cavalli & Lalive d'Épinay, 2019 ; Caradec, 2018). Dans le cadre de cette recherche, ces personnes sont âgées de 60 ans et plus et ont pour point commun d'être à la retraite. C'est en cela qu'elles sont incluses dans des dispositifs financés en majorité par la branche « autonomie » de la Sécurité sociale.

Les expressions « prévention de la santé » et « promotion de la santé » seront employées comme des notions équivalentes, bien que nous ayons en tête que la seconde mette davantage l'accent sur l'éducation à la santé des individus afin d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé, en cohérence avec la définition proposée par l'OMS (1986).

Les « changements alimentaires » désignent en premier lieu ceux que les personnes vieillissantes caractérisent par elles-mêmes (dans l'enquête qualitative puis quantitative). Nous compléterons cette approche dans la partie qualitative de la recherche, par une mesure, à deux temps donnés, des prises alimentaires. Pour ce faire, nous utiliserons dans l'enquête qualitative un score, ORCHID, qui est défini et validé pour évaluer la diversité alimentaire des personnes âgées en France (Jacquemot et al., 2024).

Les « acteurs sociaux », étudiés dans cette recherche pour leur traduction des politiques publiques, incluent des financeurs publics, des membres de l'association mettant en place des actions à différents niveaux hiérarchiques ainsi que les animateurs présents pendant les actions (diététiciennes et chefs de cuisine).

La « cuisine » entendue ici comme inscrite dans un « espace du culinaire », représente l'ensemble des opérations symboliques et techniques qui rendent les aliments mangeables, dans un certain espace matériel (géographique, espace de cuisine), où s'observe une répartition genrée et sociale du travail alimentaire (Poulain, 2002c, p. 233). Cette conception rejoint celle qui est retrouvée dans la théorie des pratiques appliquée à l'alimentation, dans la notion d'« activité intégrative » (Schatzki, 1996; Warde, 2016) : la cuisine est une pratique partagée, nommée, évaluée. Elle est susceptible de donner lieu à des innovations, comme l'ont montré de Certeau, Giard et Mayol dans leur travail sur les usages quotidiens (1980/2006, p. 256).

L'« alimentation » est abordée dans le cadre d'un « espace social alimentaire » (Poulain, 2002c, p. 233), comprenant l'« espace du culinaire », l'espace du mangeable (inclusion et exclusion d'aliments dans cet espace), le système alimentaire (accès via des filières), les habitudes de consommation (structure des repas et hors repas), les temporalités alimentaires (tout au long du cycle de vie, selon les périodes de l'année et de la journée) ainsi que l'espace des différenciations sociales (marque les frontières entre les groupes sociaux) (*ibid.*, p.228-235).

Le « parcours de vie » est entendu comme un parcours façonné par les temps sociohistoriques et les événements dont l'individu fait l'expérience. Les parcours s'inscrivent dans des réseaux d'interdépendance, et les ajustements individuels se font toujours en interaction avec ces réseaux, les opportunités et contraintes sociales, les ressources disponibles, ainsi que l'accumulation d'expériences et de savoirs (Elder, 1998 ; Lalive d'Épinay et al., 2005a, p. 164-165).

Nous nous centrons sur le « cycle de vie » au cours du vieillissement, en particulier sur certaines étapes déjà identifiées dans la littérature comme des moments de réaménagement du quotidien : passage à la retraite, maladie, veuvage, déménagement. Ces événements sont décrits comme constituant des points de transformations possibles dans les relations entre alimentation et santé (Cardon, 2010a ; Poulain, 2017a ; Cavalli & Lalive d'Épinay, 2019).

Enfin, nous abordons le vieillissement et l'alimentation avec une entrée par les « épreuves ». Ce concept ne se substitue pas aux étapes de changement définies à travers le concept de cycle de vie (par exemple le veuvage peut être décrit comme une « épreuve »), ni au concept de déprise. Certaines épreuves, telles que le passage à la retraite (pour les personnes ayant une activité professionnelle) et la perte du conjoint (pour l'un des deux conjoints), correspondent à des transitions repérables et prévisibles, tandis que d'autres, plus diffuses, relèvent plutôt de l'expérience intime. Caradec (2007) définit ces épreuves selon plusieurs dimensions :

- Elles dépendent du temps sociohistorique, c'est-à-dire du contexte dans lequel on vieillit ;
- Elles sont vécues comme des expériences individuelles, dans lesquelles l'enjeu est de gérer son maintien dans le monde. Comme cela a déjà été décrit par les auteurs qui ont défini le concept de déprise pendant le vieillissement (Barthe et al., 1988), ceci donne lieu à des réaménagements de la vie (abandon, maintien et investissements dans certaines activités et relation). Elles posent trois enjeux fondamentaux :
    - Le rapport au « faire », avec l'enjeu de conserver une certaine prise sur le monde ;
    - Le rapport à soi (entre « être » et « avoir été », entre « devenir vieux » et « être vieux »), avec l'enjeu de préserver le sentiment d'une certaine valeur sociale ;

- Le sentiment d'appartenance au monde, avec l'enjeu du maintien d'une certaine familiarité avec lui (Caradec, 2007, 2009).

Dans ce cadre, cuisiner, agir sur la santé et participer à des ateliers culinaires sont des pratiques qui s'inscrivent dans ces enjeux.

L'illustration du cadrage que nous posons à la suite de la revue de littérature (figure 16) permet de visualiser le point de connexion entre traductions de politiques publiques et parcours de vie des personnes vieillissantes, en particulier au moment de l'atelier de cuisine.

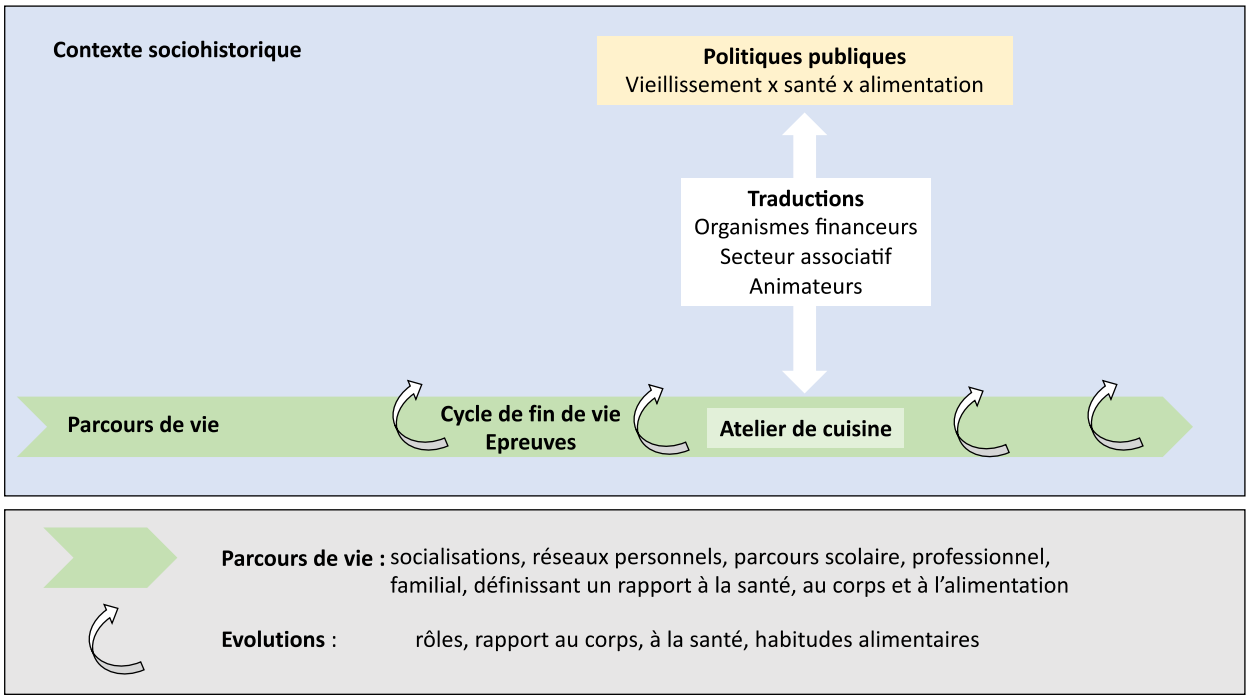


Figure 16 : Illustration du cadrage de la question posée

1.2. Les questions de recherche, formulées à partir de la revue de la littérature

À partir de l'état de l'art développé précédemment, plusieurs questions de recherche ont émergé. Celles-ci structurent notre démarche et orientent l'exploration empirique présentée dans les chapitres suivants. Nous verrons, dans la partie méthodologique, que ces questions initiales ont été enrichies en cours d'enquête, selon une approche inductive et située.

1.2.1. Les épreuves du vieillissement comme catalyseurs de transformations alimentaires

Les événements biographiques associés au vieillissement, tels que la retraite, le départ des enfants, la maladie, ou encore le veuvage, entraînent des reconfigurations du quotidien, et en particulier des pratiques alimentaires. Trois formes principales de transformations culinaires sont généralement observées : le maintien, l'abandon ou la reprise (mais différemment) de l'activité culinaire. Certains moments, comme le veuvage ou la dépendance d'un conjoint, constituent des tournants dans la gestion alimentaire du foyer. Ces périodes de transition peuvent fragiliser les routines, mais aussi ouvrir de nouvelles possibilités d'engagement, comme la participation à un atelier de cuisine, perçu comme un espace de redéfinition des pratiques et des rôles

Comment les événements biographiques liés au vieillissement transforment-ils les pratiques culinaires et alimentaires des personnes vieillissantes ? Dans quelle mesure les ateliers de cuisine peuvent-ils constituer un espace de rebond, de revalorisation ou de réinvention de ces pratiques, à la suite d'épreuves de vie ?

1.2.2. L'alimentation et la santé comme espaces d'expression des rôles sociaux

Les rôles sociaux liés au genre et à la position sociale influencent de manière significative les pratiques alimentaires et les représentations de la santé. Le soin par la cuisine, ou « *care* alimentaire », demeure majoritairement féminin, et ce jusque dans les dernières étapes de la vie. La transmission culinaire, bien qu'inégalement investie, est également traversée par des tensions entre héritage, assignation et stratégies d'émancipation. De plus, la position sociale module le rapport à la santé, au corps et à la norme alimentaire. Les personnes de positions sociales favorisées ont tendance à intégrer plus facilement les messages de santé publique et à valoriser le contrôle de soi comme un capital corporel.

À l'inverse, d'autres groupes peuvent se montrer plus défiants vis-à-vis de normes perçues comme éloignées de leur réalité sociale.

Comment les rapports de genre et de positions dans le monde social structurent-ils les pratiques alimentaires et les représentations de la santé chez les personnes vieillissantes ? De quelle manière les normes alimentaires et sanitaires sont-elles intériorisées, réappropriées ou contestées selon les trajectoires sociales et genrées ?

1.2.3. Le rôle des intervenants : entre accompagnement et injonctions morales

Les acteurs qui conçoivent ou animent les dispositifs de prévention, notamment les ateliers de cuisine, occupent une position ambivalente. D'un côté, ils accompagnent les participants dans un objectif de remobilisation autour de la santé. De l'autre, ils incarnent des figures normatives qui participent à la diffusion de modèles de comportement valorisés, à travers des discours sur le « bien-manger » ou le « bien vieillir ». Cette dynamique s'inscrit dans un fonctionnement plus large des politiques de santé publique, qui visent à transformer les représentations sociales et les comportements individuels, souvent sans prendre totalement en compte les inégalités d'accès aux ressources ou les aspirations divergentes des individus.

Comment les financeurs publics, décisionnaires dans la mise en place d'actions, puis les intervenants de terrain, définissent-ils leur rôle dans les ateliers de prévention ? Dans quelle mesure contribuent-ils à diffuser des normes sociales et sanitaires, et comment ces normes sont-elles formulées, justifiées, et perçues ?

1.2.4. L'atelier de cuisine comme dispositif de prévention, dont les effets sont différenciés selon les parcours de vie

Pensés comme des espaces de prévention, les ateliers de cuisine peuvent produire des effets variés selon le parcours de vie des participants. Ils peuvent potentiellement reconduire des inégalités (en renforçant des rôles genrés ou en valorisant certains types de savoir-faire éloignés des pratiques réelles) mais aussi offrir des opportunités de socialisation ou de réinvestissement des pratiques. Les effets peuvent également différer selon la proximité des participants avec les normes diététiques portées par la santé publique. Certaines personnes peuvent se sentir visées, tandis que d'autres s'approprient librement ou détournent les objectifs affichés par les institutions.

Quels effets les ateliers de cuisine produisent-ils sur les participants, en matière de savoirs, de compétences et de sociabilités ? Comment ces effets varient-ils selon les parcours de vie des participants ? De quelles manières s'approprient-ils, détournent-ils ou réinterprètent-ils les objectifs de ces dispositifs ?

Ces questions constituent le socle de cette recherche. Elles permettent d'explorer les articulations entre expériences biographiques, rapports sociaux, normes sanitaires et dispositifs de prévention. La partie suivante présente la méthodologie mobilisée pour y répondre, en détaillant les choix d'approche, les matériaux et les modalités d'enquête sur le terrain.

2. Cadrage méthodologique

J'emploie dans cette partie la première personne du singulier, car il est question des conditions sociales, académiques et professionnelles dans lesquelles cette recherche s'inscrit.

La méthodologie de cette recherche vise à analyser les rapports différenciés entre alimentation et santé au cours du vieillissement, construits par les institutions et par les personnes vieillissantes, et comment ceux-ci agissent sur les effets des dispositifs de prévention mis en place.

La revue de la littérature a amené à définir de premières questions de recherche. Certaines nécessitent une exploration approfondie de thématiques, notamment, la construction genrée du rapport au culinaire, ou encore la construction d'une approche plus ou moins diététique de l'alimentation. D'autres appellent à des mesures quantitatives. C'est le cas, par exemple, de la caractérisation des profils sociodémographiques particulièrement retrouvés en atelier. C'est pourquoi la méthodologie retenue articule les approches qualitative et quantitative.

Cette méthodologie a été construite au fil de la recherche. En effet, la « commande » de départ de la thèse et nos premières lectures l'orientaient vers la compréhension des parcours de vie alimentaires des participants et vers l'observation participante des interactions en atelier de cuisine. À l'aune des premiers résultats, il est apparu nécessaire, en complément, de comprendre la construction sociale des ateliers par les différents acteurs décisionnaires – financeurs, responsables et chefs de projets de l'association, et intervenants (diététiciennes et chefs de cuisine). Chacun porte une vision des objectifs des ateliers et de ce qui devait être dit et/ou fait pour les atteindre.

Le partage des résultats au sein de l'association a également conduit à formuler de nouvelles hypothèses. Ce va-et-vient entre terrain et analyse illustre l'articulation entre approche hypothético-déductive et démarche inductive. Par exemple, lors d'un échange informel avec une cheffe de projets de l'association, j'évoque le fait que les recettes semblent plaire aux participants pour des contextes

d'invitation, ce qui contraste avec les attentes des intervenants, qui anticipent une reproduction des recettes dans le quotidien. La cheffe de projets me répond alors que c'est « déjà bien » si les recettes sont mobilisées dans certains contextes, car cela signifie que les participants se les approprient. Cette discussion m'amène à reconsidérer l'atelier non plus seulement comme un espace de transmission culinaire ou de promotion de la santé, mais aussi comme un levier possible à l'entretien de relations sociales signifiantes, en dehors de celui-ci.

Dès lors, il est important d'expliquer comment le cadre de la recherche a nourri le terrain et ses évolutions et dans quelle mesure nous pouvons la qualifier de « recherche-action ».

2.1. L'expérience professionnelle, la Cifre et l'immersion comme méthode

Mon parcours débute par une formation technique en biotechnologies, ancrée dans un intérêt pour les sciences naturelles, transmis en partie par mes grands-parents, investis dans des métiers liés à l'alimentation. Très tôt, une tension s'est fait sentir entre la recherche en laboratoire et le désir d'en sortir pour comprendre le monde social. Cette orientation initiale a été transformée au fil de mes séjours à l'étranger, en Angleterre puis en Malaisie, où mon intérêt s'est déplacé vers les pratiques culinaires, dans leurs dimensions à la fois quotidiennes, culturelles et commerciales.

C'est dans ce contexte que j'ai progressivement investi les sciences sociales, à travers un premier master en journalisme scientifique, puis un second en ethnologie, avec un mémoire vidéo consacré aux pratiques alimentaires hors foyer. Ces expériences ont été poursuivies à Toulouse, au sein de l'équipe dirigée par Jean-Pierre Poulain et Laurence Tibère, avec un stage de recherche au CIRAD portant sur la perception des risques alimentaires à Hanoï. Mon intérêt initial pour les transformations techniques du vivant s'est peu à peu déplacé vers le sens donné à ces transformations, les justifications sociales et politiques qui les accompagnent.

L'exercice de fonctions en agence de communication m'a permis de travailler sur des sujets de prévention, notamment autour de l'obésité infantile, révélant des tensions entre les logiques normatives de la santé publique et la diversité des modes de vie et des référentiels sociaux. En mobilisant des méthodes d'enquête, je me suis heurtée à une vision prescriptive de l'alimentation, centrée sur des comportements attendus, souvent standardisés. Cette expérience m'a amenée à formuler une interrogation centrale : selon quelles justifications et au nom de quelle éthique cherche-t-on à modifier les habitudes de vie d'autrui ?

Ce questionnement s'est approfondi lors de la coordination d'un projet européen sur la prévention de l'obésité chez les adolescents, qui m'a permis de confronter la diversité des approches nationales et de commencer à problématiser le concept de changement d'habitudes alimentaires. L'envie de reprendre une activité de recherche s'est alors dessinée, et c'est dans ce contexte qu'a émergé l'opportunité de mener une thèse Cifre.

Le contrat proposé m'invitait à coordonner les aspects scientifiques d'une association, tout en engageant un travail doctoral. Cette configuration m'a semblé cohérente avec mon parcours, car si je doutais encore de ma légitimité en tant que chercheuse, je pouvais m'appuyer sur mes compétences en coordination de projet, en communication scientifique et en évaluation. Mais cette double posture a immédiatement introduit une tension méthodologique : produire des données et des rapports valorisables pour l'association qui accueille la thèse d'un côté, et mener une analyse critique des logiques d'évaluation et des normes sous-jacentes de l'autre. Cette tension, typique de nombreuses thèses Cifre en sciences humaines et sociales, renvoie à ce que Ghislaine Gallenga et Manon Pesle (2023) décrivent comme une « double contrainte ».

Dans le cadre d'une telle configuration, l'immersion au sein de l'association ne peut être seulement un cadre d'observation. Elle constitue en elle-même une méthode de production de savoirs, engageant le chercheur dans une posture hybride, à la fois acteur, observateur, et producteur de matériaux (Beaud & Weber, 2012). Cette immersion prolongée permet d'accéder à une compréhension fine des dynamiques internes, des logiques d'action, des contraintes institutionnelles, mais aussi des implicites organisationnels.

La spécificité de cette posture immersive repose sur une double implication : d'une part, une participation active aux projets de l'association (notamment à sa mesure d'impact et à sa valorisation auprès d'acteurs de la santé publique), et d'autre part, un positionnement réflexif sur les pratiques observées et sur mes propres interactions. Cette double implication produit un matériau empirique composite, que l'on peut regrouper en deux grands ensembles :

- Les notes ethnographiques, rédigées à la suite de réunions internes (réunions d'équipe, comités de pilotage, groupes de travail) et externes (réunions avec des partenaires institutionnels comme la CNSA ou Santé Publique France). Ces notes constituent un carnet de terrain réflexif, dans lequel s'élabore progressivement l'analyse. Elles permettent de problématiser les situations vécues, d'identifier les logiques à l'œuvre, et de construire une compréhension située des pratiques organisationnelles (Becker, 2002).
- Les documents produits en contexte professionnel, tels que les fiches de cadrage, la base bibliographique de justification stratégique des actions, ou encore les rapports de mesure

> d'impact. Ces documents, bien qu'élaborés dans une finalité opérationnelle, sont également des objets de recherche, car ils cristallisent des arbitrages et des tensions entre valeurs associatives et exigences évaluatives. Ils traduisent un rapport à la normativité des politiques publiques (Lascoumes & Le Galès, 2005).

Cette immersion s'inscrit ainsi dans une démarche de co-construction des savoirs, où les frontières entre participation et observation sont en constant déplacement. La position d'acteur intégré à l'équipe permet une compréhension fine, mais nécessite aussi des moments de prise de distance critique, rendus possibles par les séminaires scientifiques, les échanges en laboratoire, ou la rédaction académique. Ces espaces jouent un rôle de contrepoint, permettant de recontextualiser l'expérience vécue à l'aune des cadres théoriques et des outils méthodologiques issus des sciences sociales.

En somme, la méthodologie adoptée dans cette recherche est située, façonnée par mon parcours, mes savoirs acquis en sociologie de l'alimentation, et les exigences propres à la thèse en Cifre. L'immersion dans l'association devient une modalité de recherche à part entière, qui ne se contente pas de produire des données mais engage une posture réflexive et une attention constante aux dynamiques de pouvoir, de légitimation et de justification.

En ce sens, cette recherche s'inscrit dans la tradition des recherches qualitatives impliquées, où le terrain est un espace de négociation et d'interprétation.

Nous allons à présent spécifier en quoi cette recherche peut être qualifiée de « recherche-action ».

2.2. Une recherche-action : des réflexions sur la recherche et des évolutions dans l'action

L'expression « recherche-action » est communément attribuée à Kurt Lewin (Dubost & Lévy, 1984). En effet, ses travaux de recherche avaient notamment pour visée une transformation de l'action des consommateurs, concernant plus particulièrement le répertoire alimentaire des foyers. Cette approche avait pour ambition de modifier des pratiques sociales tout en produisant des connaissances sur les processus de transformations.

La recherche-action s'inscrit aussi dans une vision plus large, démocratique, de la production de savoirs, prolongeant la pensée des philosophes John Dewey et Jacques Rancière (Bonny, 2014). Ces derniers défendent tous deux une égalité des intelligences entre chercheurs et acteurs de l'action, érigée comme principe méthodologique central (Dewey 1977/1983 ; Rancière et al., 2012). La recherche-action devient alors un processus partagé, dans lequel chacun, chercheur comme acteur de terrain, contribue activement à la construction du savoir.

En France l'expression « recherche-action » se diffuse davantage à partir de 1977 et en 1983, un numéro de la revue « Pour » sera pour la première fois dédié à ce sujet (Hess, 1983). Dès lors, plusieurs auteurs ont cherché à poursuivre la définition de cette notion. Michel Dubost (1983) interroge le sens, pour le chercheur, du trait d'union qui se situe entre « recherche » et « action » proposant plusieurs formes de recherche-action : celle qui utilise l'action ou l'observation participante comme instrument de connaissance, celle qui vise à résoudre un problème à partir des résultats d'une étude, ou encore celle qui analyse une expérience vécue pour aider un acteur à comprendre ses pratiques. Les trois approches sont incluses à différents moments de cette recherche : les interactions avec les membres de l'association font partie du matériau de recherche, celle-ci vise à apporter des réponses à cette organisation, et plus précisément, elle vise à mieux comprendre les effets de certains dispositifs mis en place.

De son côté, Robert Rapoport (1973), insiste sur certains dilemmes de la recherche-action, liés à l'équilibre entre rigueur scientifique et engagement social : tandis que l'action relève de pratiques sociales, la recherche demande un investissement théorique, une exigence démonstrative et une position d'extériorité. Ce dilemme a été particulièrement présent dans la thèse, puisqu'elle s'inscrit dans un contexte de travail au sein de l'association étudiée, rendant la position d'extériorité propre au rôle de chercheur difficile à assumer. Cette extériorité n'a pas été posée d'emblée ; elle s'est progressivement construite, notamment grâce à l'imprégnation scientifique (à travers des lectures, la participation à des réseaux de recherche et à des événements académiques).

D'autres auteurs soulignent l'importance de de considérer les acteurs sociaux comme des sujets à part entière de la recherche. Ainsi, Guy Le Boterf insiste sur la capacité à conduire eux-mêmes une part de la recherche (Le Boterf, 1983, p. 44). Cette approche rejoint la vision systémique et interactive des phénomènes sociaux, que l'on retrouve également chez Jean Piaget, pour qui « connaître un objet, c'est agir sur lui et le transformer, pour saisir les mécanismes de cette transformation en liaison avec les actions transformatrices elles-mêmes » (Piaget, 1969, p. 48). Autrement dit, c'est par l'action que se construit véritablement la connaissance. Cette dynamique est pleinement à l'œuvre dans cette recherche : la thèse interagit directement avec les dispositifs de prévention analysés, contribuant parfois à les transformer, tout en étant éclairée par ces transformations. L'articulation entre les deux sphères, recherche et intervention, a permis de révéler certains enjeux qui seraient restés invisibles dans une posture purement extérieure.

Enfin, Alexia Morvan, reprenant l'idée d'une reconnaissance de la fonction politique de toute recherche en sciences sociales, met en avant la prise de conscience intrinsèque à la recherche-action, à l'égard de certaines formes d'oppression et de mobilisation politique (Morvan, 2013). Dans ce sens, la recherche-action est orientée vers le développement du pouvoir d'agir et la transformation sociale

pour des publics en situation de domination. Cette finalité transformatrice, orientée vers une plus grande justice sociale, guide également notre travail.

La recherche vise ainsi, dans un premier temps, à observer et analyser différents niveaux de réalité : les pratiques et représentations alimentaires et de santé des personnes vieillissantes, les modalités de mise en œuvre des ateliers de cuisine proposés comme leviers de prévention de la dénutrition et de la perte d'autonomie, ainsi que les logiques sous-jacentes aux politiques publiques qui les financent et les orientent. Cette phase de connaissance prend en compte les parcours de vie, les rôles sociaux et les expériences différenciées des participants, qui influencent leur rapport à l'atelier, à la cuisine et à la prévention.

Dans un second temps, la recherche s'ancre dans une perspective pragmatique, en ce qu'elle vise à produire des connaissances « en prise sur des finalités pratiques » (Bonny, 2014). Elle interroge les effets des représentations sociales portées par les acteurs concevant le dispositif sur la manière dont ce dernier est construit, déployé et rendu accessible. Elle met également en lumière les effets potentiels de ces ateliers sur l'inclusion (ou l'exclusion) des publics, sur l'évolution des représentations en matière de cuisine, de diététique ou d'alimentation durable, ainsi que sur les apprentissages générés par la participation.

Au regard de l'ensemble de ces dimensions, cette recherche interagit avec l'action de quatre manières différentes :

1) elle est guidée par l'action, dans la mesure où son origine répond à une commande institutionnelle, et où ses résultats ont nourri des réflexions internes ayant influencé la méthodologie même de l'enquête.

2) Elle constitue une recherche sur l'action, dans la mesure où l'objet étudié, l'atelier de cuisine, est analysé dans ses dynamiques évolutives, à travers les justifications mobilisées par ses promoteurs, les interactions entre acteurs (notamment entre financeurs et membres associatifs) et les transformations opérées au fil du temps.

3) Il s'agit d'une recherche pour l'action, au sens politique du terme : elle rend parfois visibles des mécanismes de production ou de reproduction d'inégalités sociales, et invite à une réflexion critique sur les effets, parfois ambivalents, des actions de prévention ciblant les publics âgés.

4) Cette recherche se révèle aussi dans l'action, en ce sens que ses résultats ont parfois eu un effet retour sur l'association, permettant d'éclairer ses contraintes structurelles comme ses marges de manœuvre, et contribuant ainsi à reconfigurer certains de ses espaces d'innovation.

Dans cette perspective, comprendre les logiques d'action ne peut se limiter à l'analyse des pratiques observées sur le terrain. Il est également nécessaire d'interroger les cadres décisionnels, institutionnels et politiques qui les encadrent et les orientent. Cette posture de recherche implique par ailleurs une responsabilité éthique forte, tant dans la conduite des enquêtes que dans l'usage des données produites. C'est pourquoi il convient maintenant de présenter les dispositifs éthiques mis en place pour garantir le respect des personnes et la rigueur de la recherche.

En somme dispositif d'enquête retenu résulte de la convergence de trois facteurs : les apports théoriques, conduisant à mobiliser certaines méthodologies plutôt que d'autres, ma place, « en immersion », à l'intérieur de l'association dans le cadre de la thèse en Cifre, et enfin, mon expérience professionnelle antérieure, en particulier en communication scientifique et en coordination de projets de prévention.

Ce dispositif permet d'analyser conjointement trois dimensions : 1) la construction, par différents acteurs, des dispositifs de prévention que sont les ateliers de cuisine, 2) les parcours de vie alimentaires et la place de la prévention par l'alimentation chez les participants, 3) les dynamiques relationnelles à l'œuvre durant les ateliers, entre participants et avec les animateurs (figure 17).

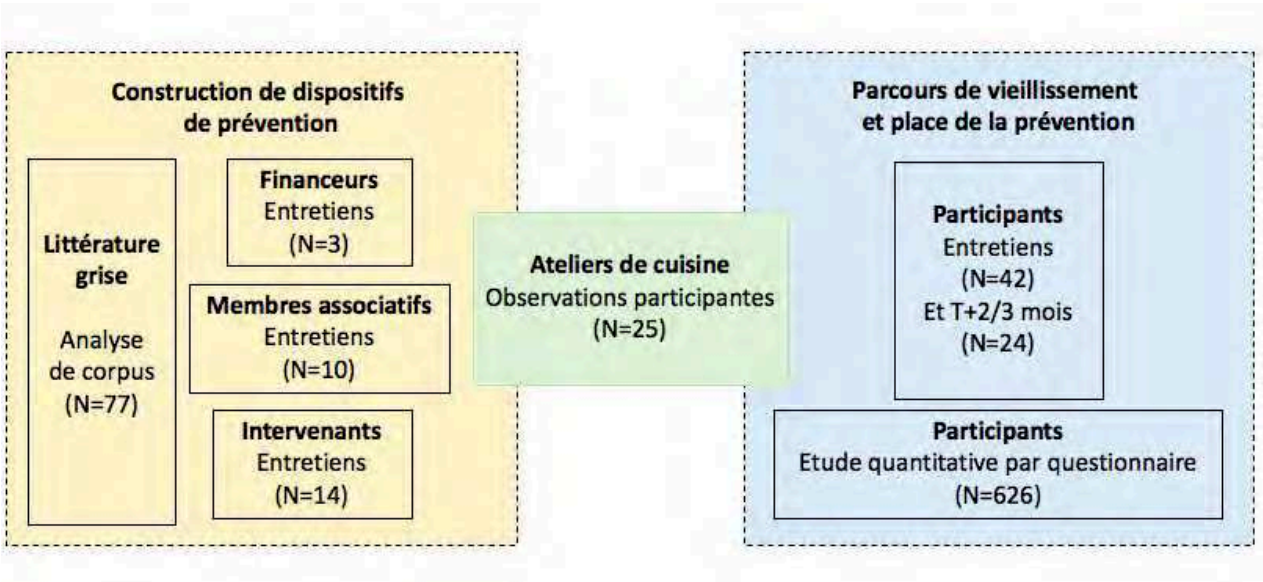


Figure 17 : Le dispositif d'enquête

2.3. Les mesures éthiques de la recherche

L'officialisation des mesures éthiques a permis de mener la recherche dans les conditions les plus respectueuses possibles, qu'il s'agisse du recueil du consentement des personnes ayant participé aux enquêtes, ou de la conservation et de l'utilisation des données collectées.

Tout d'abord, la collecte des données, l'analyse et la conservation des données ont fait l'objet d'un dépôt au registre du service de protection des données personnelles du CNRS (n°2-22148). Ce dépôt contient les informations sur l'organisme responsable du traitement des données, la chargée de mise en œuvre, les droits d'accès aux données, les traitements appliqués aux données, le nombre de personnes interrogées, les données à caractère personnel collectées (telles que l'âge, la commune de résidence ou le fait de souffrir d'une maladie), le serveur de stockage des données (avec l'assurance que ce serveur répond aux exigences minimales de sécurité requises). Le recueil du consentement éclairé a été formalisé par la signature d'un document écrit, présenté aux participants avant chaque entretien. Celui-ci est disponible en annexe 1.

Puis, de manière complémentaire, nous avons sollicité le Comité d'éthique et de la recherche (CER) de l'Université de Toulouse. Nous lui avons fait parvenir une description de la méthodologie employée, des documents d'information et de consentement éclairé, des questionnaires et des guides d'entretien. Lors d'une première réponse, le CER a conseillé de mentionner le fait que l'enquête permettait l'inclusion des personnes souffrant de déficience visuelle. Nous avons convenu avec ce comité que les personnes ne pouvant par compléter les questionnaires, pour toute limitation physique ou cognitive, pouvaient, si elles le souhaitaient, donner leur avis à l'oral sur l'atelier, et que si cet échange ne pouvait pas toujours permettre l'inclusion des résultats dans l'étude, il pouvait au moins permettre une écoute et une remontée d'information vers l'association. Nous avons par la suite reçu un avis favorable du CER (la référence de ce projet est le n°2023_653R1).

Pour l'enquête quantitative, la feuille de consentement a un peu évolué, afin d'intégrer explicitement le fait que les personnes pouvaient refuser de participer, ou s'arrêter de remplir le questionnaire à n'importe quel moment si elles le souhaitaient (voir l'annexe 8).

Enfin, une formation a eu lieu avec les chefs de projets de l'association, en amont de l'étude quantitative, afin qu'ils suivent tous le même protocole de présentation de l'étude, de collecte et de conservation des questionnaires en format papier. Notamment, sur place, les participants souhaitant remplir le questionnaire devaient être suffisamment éloignés les uns des autres pour ne pas être gênés, et lors de la collecte des feuilles complétées, les consentements signés (non anonymes) étaient séparés des questionnaires (anonymes).

2.4. Le terrain qualitatif : immersion, entretiens, analyse de corpus et observations participantes

2.4.1. Une étude qualitative auprès de personnes décisionnaires dans le financement et l'évaluation d'actions

Ce volet de la recherche a eu pour objectif de comprendre les critères sur lesquels se fondent les décisions de financement des actions, telles que les ateliers de cuisine à destination des personnes âgées. Il a fait l'objet de sept entretiens semi-directifs, avec :

- Des représentants d'organismes financeurs (le responsable du centre de preuve de la CNSA, une responsable de la prévention d'une ARS et une responsable de la politique de prévention de la ville de Strasbourg) ;
- Des personnes décisionnaires au sein du groupe SOS (son vice-président, qui a créé l'association, et l'ancienne directrice de l'association, qui l'a dirigée pendant huit ans) ;
- Des personnes définissant ce que doit être la mesure d'impact pour les acteurs de l'économie sociale et solidaire (une personne dirigeant ce pôle à l'intérieur du Groupe SOS et une autre, à la tête d'un cabinet missionné pour réaliser une mesure d'impact pour l'association en 2020).

Nous détaillons ci-après les spécificités de la démarche d'entretien semi-directif, qui a été suivie pour tous les entretiens (avec les personnes décisionnaires du financement, mais aussi avec les organisateurs des ateliers et avec les participants). Cette méthode de l'entretien compréhensif semi-directif est inspirée de la pensée weberienne, reposant sur l'« intropathie », c'est-à-dire sur la capacité du chercheur à comprendre le sens que les individus donnent à leur action en mobilisant une certaine empathie cognitive (Kaufmann, 1996, p. 9). La démarche qualitative cherche à explorer le réel, sans hypothèse figée, c'est-à-dire que les hypothèses issues de la littérature servent de premier guide, mais ne se substituent pas à des théories pouvant émerger de la démarche inductive (Glaser & Strauss, 1967/2010, p. 86 ; Alami et al., 2019, p. 25). L'objectif visé est la formulation de nouvelles théories, ancrées dans les matériaux recueillis (Glaser & Strauss, 1967/2010, p. 110). Cette posture méthodologique répond à l'exigence formulée par Elias, selon laquelle une articulation aussi fine que possible entre les données et les hypothèses est d'autant plus créatrice qu'elle est enracinée dans les faits (Kaufmann, 1996, p. 9). Elle s'inscrit aussi dans la pensée de Robert K. Merton, visant à définir des théories de « moyenne portée », c'est-à-dire inscrites dans les faits sociaux, dont les particularités propres ne peuvent être généralisées sans être déformées (Merton, 1949/2017).

L'entretien cherche à saisir en particulier trois instances de la vie sociale : l'instance imaginaire, composée notamment des valeurs, des normes et représentations sociales, l'instance de rapports sociaux, qui permettent de détecter des rapports de pouvoir, d'influence et des mécanismes de régulation, et enfin les instances matérielles, portant sur les pratiques (Alami et al., 2019, p. 26). Ces instances sont explorées dans cet ordre, afin que l'exposé des pratiques n'interfère pas sur celui des imaginaires. Le caractère « semi-directif » des entretiens, cadrés grâce à un guide composé d'une série de questions classées par thème, laisse la liberté à l'enquêté de développer ses réponses. L'objectif est d'explorer un sujet en profondeur, tout en permettant une certaine comparaison entre les différents entretiens. Le guide d'entretien se structure ainsi en thèmes, et chaque thème regroupe une série de questions (Alami et al., 2019, p. 84). Le tableau ci-dessous présente les principaux thèmes explorés lors des entretiens, en lien avec notre problématique sur le financement et l'évaluation des actions associatives à destination des personnes âgées. Chaque thème est associé à une question de recherche issue de la littérature et décliné en plusieurs questions posées aux personnes interrogées (tableau 1). Le guide d'entretien complet est disponible en annexe 2.

Tableau 1 : Entretiens avec les financeurs – Thèmes abordés et questions de recherche

Thèmes	**Questions de recherche**
Évolutions du périmètre d'action de l'association	Les associations agissent en mimétisme avec les pouvoirs publics. Comment leurs objectifs communs ont-ils évolué ? Visent-ils principalement une amélioration de la santé des personnes âgées, en particulier, des changements dans les habitudes alimentaires et la création/maintien de lien social ?
Tensions et articulation entre logique militante et rationalisation de l'action	Comment les membres de l'association articulent-ils valeurs militantes et exigences de résultats ? Dans quelle mesure les logiques de solidarité coexistent-elles avec les objectifs mesurables de santé publique ?
Légitimité de l'association	Quelles sont les attentes implicites et explicites envers l'association, pour qu'elle soit reconnue comme légitime auprès des organes financeurs ? Comment répond-elle à ces attentes ?
Logiques de décision des financeurs pour accorder des financements	Quels critères guident les décisions de financement et comment ont-ils évolué pour faciliter la prise de décision ? Quelles logiques de pouvoir sous-jacentes sont à l'œuvre ?
Prise en compte des inégalités sociales de santé	Comment l'association et ses financeurs justifient-ils une approche qui responsabilise les individus, y compris ceux confrontés à des inégalités sociales ? Cette posture est-elle remise en question ou au contraire consolidée dans les discours et les pratiques ?

Les entretiens ont été menés jusqu'à aboutir à une saturation des nouvelles informations recueillies sur les thèmes abordés. Ceci est arrivé lorsque les thèmes principaux avaient été identifiés, que les variations dans les discours étaient récurrentes ou redondantes et que poursuivre la collecte ne modifiait plus l'analyse (Glaser & Strauss, 1967/2010, p. 60). L'analyse menée est thématique (Kaufmann, 1996). Il s'agit premièrement de relever dans chaque entretien les thèmes précis analysés. Chaque entretien est retranscrit. Une première phase d'analyse est réalisée en établissant une grille de thèmes communs à tout le corpus, afin de classer, transversalement, les données recueillies grâce à chaque entretien : on passe ainsi de la cohérence du discours propre à chaque individu interrogé à la cohérence thématique de l'ensemble des données (Alami et al., 2019, p. 106). Puis, des catégories sont définies. Celles-ci revoient à des désignations substantives des phénomènes (Glaser & Strauss, 1967/2010). Il peut s'agir, par exemple, de la catégorie « charge culinaire ». C'est une étape plus interprétative que l'étape de définition des thèmes. Nous aboutissons ainsi à des séries de verbatims classées par catégorie d'analyse.

En parallèle, des appels à projets, réponses à appels à projets et contenus de présentation des actions de l'association ont été analysés. Ceci a permis de mettre en évidence un certain vocabulaire employé par les parties prenantes pour s'entendre sur les objectifs et contenus des ateliers de cuisine, de même que de mettre en évidence les représentations des problèmes à résoudre grâce aux ateliers.

2.4.2. L'analyse des appels à projets, réponses aux appels à projets et contenus décrivant les ateliers de cuisine

La documentation analysée dans le cadre de notre recherche regroupe un ensemble de 77 sources internes et externes. Complémentaire aux entretiens, il permet de contextualiser les actions menées, d'analyser les logiques de financement et d'évaluation, ainsi que de comprendre l'évolution des dispositifs de prévention mis en place autour des ateliers de cuisine. Ces documents, produits entre 2021 et 2025 et listés dans le tableau 2, couvrent à la fois des éléments de cadrage des ateliers, des recommandations institutionnelles, des appels à projets et leur réponse, les recettes utilisées en atelier et des retours médiatiques.

Tableau 2 : Les documents analysés pour la recherche

Type de document	**Détails**
Organigrammes	Organigrammes de l'association entre 2021 et 2024
Compte-rendu de groupes de travail institutionnels	Groupe de Travail de l'ARS Île-de-France. Création d'un Livre blanc : « Les ateliers de cuisine comme outils de prévention ». Et groupe de travail coordonné par le Gérontopôle de Nouvelle-Aquitaine, projet porté par la CNSA, sur un modèle de cycle d'actions couplant nutrition et activité physique adaptée.
Appels à projets et réponses aux appels à projets	8 appels à projets et réponses à appels à projets. Ces appels sont émis entre 2022 et 2024 par 6 Conférences des financeurs départementales, « Promotion santé Occitanie » et la Carsat Midi-Pyrénées.
Fiches de recommandations	3 fiches sur les recommandations de stratégies d'actions pour les personnes âgées, aidants, jeunesse
Feuilles de cadrage d'actions	3 feuilles de cadrage d'ateliers de cuisine réalisés en 2022 et 2023 1 feuille de cadrage d'une action « chasse au trésor », en 2022 1 feuille de cadrage sur le « module aidants-aidés, atelier déglutition et textures modifiées », en 2022
Recettes de cuisine	Les 44 recettes conçues pour les 25 ateliers de cuisine observés
Articles de presse	3 articles sur des ateliers de cuisine « séniors » : Le Progrès en 2022, Sud-Ouest en 2024 et La Dépêche en 2025

2.4.3. Des entretiens menés auprès des animateurs des ateliers de cuisine

Thèmes et questions de recherche associées

Bien que les ateliers soient décrits en amont de leur mise en place, notamment dans la réponse à un appel à projets, trois types d'acteurs définissent concrètement ce que seront les ateliers de cuisine : les chefs de projets de l'association et deux intervenants extérieurs, les diététiciennes et les chefs de cuisine. Ces deux derniers profils sont recrutés par les chefs de projets, pour animer des ateliers. Afin de comprendre leurs modes de pensée sur ce que devrait être un atelier, à propos des stratégies à employer et sur ce qui constitue des critères de réussite, des entretiens semi-directifs ont été réalisés quelques jours après les ateliers observés. Les animateurs participent à un entretien sur la base du volontariat. Ce temps d'entretien s'inscrit en dehors du temps d'atelier et du temps de travail avec l'association et il n'est pas rémunéré.

Ci-dessous, dans le tableau 3, figurent les thèmes et les questions de recherche associées. Le guide d'entretien complet est disponible en annexe 3.

Tableau 3 : Entretiens semi-directifs avec les animateurs des ateliers – Thèmes abordés et questions de recherche

Thèmes	**Questions de recherche**
Objectifs de transmission et de légitimation	Quelle place occupe la diététique, parmi d'autres dimensions telles que la dimension culinaire, et en quoi cela constitue-t-il une nouvelle forme de légitimation des savoirs et des pratiques ?
Représentations des comportements, des personnes âgées	Comment les animateurs perçoivent-ils les comportements, notamment alimentaires, des personnes âgées ? Quelles transformations cherchent-ils à induire ? Dans quelle mesure les participants sont-ils considérés comme responsables de leurs conduites, visant à « bien vieillir » ?
Représentations des savoirs utiles (connaissances/expériences)	Quels types de savoirs sont considérés comme pertinents selon les profils professionnels des intervenants (chefs de projets, diététiciennes, chefs de cuisine) ? Comment ces représentations varient-elles selon la formation (en cuisine, en diététique, en sciences politiques, en sciences humaines et sociales), le genre, ou l'expérience antérieure (en EHPAD, en restauration, reconversion) ?
Stratégies jugées efficaces à employer pour susciter un changement	Quelles sont les stratégies mobilisées pour induire un changement des comportements alimentaires ? Comment les théories issues de la psychologie sociale et les supports écrits sont-ils utilisés et perçus par les animateurs ?
Dynamiques de construction de l'atelier entre intervenants	Comment se construisent les ateliers dans l'interaction entre les différents intervenants (avant, pendant, après l'atelier) ? Quels rapports de légitimité ou de pouvoir sont en jeu, notamment autour de la figure de la diététicienne et de sa légitimité « légale-rationnelle » ?

Représentations de la réussite du dispositif	Quels critères de réussite sont mobilisés par les différents acteurs : taux de participation vs. modification des habitudes alimentaires vs. création de lien social ? Ces finalités sont-elles perçues comme complémentaires ou concurrentes ?
Améliorations envisagées selon les profils de professionnels	Quelles améliorations sont proposées par les différents intervenants, en fonction de leurs objectifs propres (par exemple : recrutement des animateurs, retenir des principes diététiques, envie de cuisiner) ? Comment ces propositions traduisent-elles des conceptions différenciées de la mission de l'atelier ?
Variables indépendantes, contextuelles et professionnelles	Dans quelle mesure les représentations et pratiques des intervenants varient-elles selon des facteurs sociodémographiques tels que le genre, l'ancienneté, la reconversion professionnelle et les expériences antérieures ?

Récapitulatif des entretiens réalisés avec les animateurs des ateliers

Des entretiens semi-directifs ont été menés avec les animateurs, en majorité par téléphone, quelques jours après 12 des ateliers observés : neuf diététiciennes, cinq chefs de cuisine et huit chefs de projets. Les intervenants étaient âgés de 23 à 47 ans et avaient une expérience professionnelle comprise entre deux et 24 ans. Il a été globalement facile de s'entretenir avec les chefs de projet et les diététiciennes, car ces personnes étaient intéressées par l'étude. Il a été plus difficile de s'entretenir avec les chefs de cuisine, notamment ceux ayant à gérer un commerce, ce que nous attribuons à un manque de temps et d'intérêt de leur part. Enfin, dans deux ateliers, la cuisine et les conseils diététiques étaient assurés par la diététicienne, sans présence de chef de cuisine. Les critères sociodémographiques des intervenants interrogés sont rassemblés dans le tableau 4.

Tableau 4 : Critères sociodémographiques des intervenants interrogés

Critères sociodémographiques des diététiciennes	**N (%)**
Hommes	0 (0.0)
Femmes	9 (100.0)
20-29 ans	1 (11.1)
30-39 ans	4 (44.4)
40-49 ans	4 (44.4)
0 à 5 ans d'expérience professionnelle	1 (11.1)
6 à 10 ans d'expérience professionnelle	1 (11.1)
11 à 15 ans d'expérience professionnelle	4 (44.4)
16 à 20 ans d'expérience professionnelle	2 (22.2)
21 à 25 ans d'expérience professionnelle	1 (11.1)
Diplôme : BTS diététique	5 (55.6)
Diplômes : BTS diététique et diplôme(s) universitaire(s)	4 (44.4)
Expérience professionnelle complémentaire à l'hôpital et/ou en EHPAD	5 (55.6)
Expérience professionnelle complémentaire en entreprise	2 (22.2)

Pas d'expérience professionnelle complémentaire	2 (22.2)
Reconversion professionnelle	2 (22.2)
Pas de reconversion professionnelle	7 (77.8)
Critères sociodémographiques des chefs de cuisine	**N (%)**
Hommes	2 (40.0)
Femmes	3 (60.0)
30-39 ans	2 (40.0)
40-49 ans	3 (60.0)
0 à 5 ans d'expérience professionnelle	1 (20.0)
6 à 10 ans d'expérience professionnelle	2 (40.0)
11 à 15 ans d'expérience professionnelle	2 (40.0)
Diplôme : CAP cuisine	1 (20.0)
Diplôme : CAP pâtisserie	1 (20.0)
Diplômes : CAP cuisine et Master 2 en sciences politiques	1 (20.0)
Diplômes : CAP cuisine et Master 2 en économie	1 (20.0)
Diplômes : CAP cuisine et diplôme en informatique	1 (20.0)
Reconversion professionnelle	4 (80.0)
Pas de reconversion professionnelle	1 (20.0)
Critères sociodémographiques des chefs de projet	**N (%)**
Hommes	1 (12.5)
Femmes	7 (87.5)
20-29 ans	6 (75.0)
30-39 ans	2 (25.0)
0 à 5 ans d'expérience professionnelle	6 (75.0)
6 à 10 ans d'expérience professionnelle	1 (12.5)
11 à 15 ans d'expérience professionnelle	1 (12.5)

Diplôme : Master 2 sciences sociales	3 (37.5)
Diplôme : Master 2 nutrition ou sciences et techniques des activités physiques	2 (25.0)
Diplôme : Master 2 administration des entreprises	1 (12.5)
Diplôme : Master 2 relations internationales	1 (12.5)
Diplôme : Master 2 sciences politiques	1 (12.5)

2.4.4. L'étude qualitative auprès des participants, personnes vieillissantes âgées de 60 à 90 ans

Les observations participantes en atelier

Les sociologues américains de l'école de Chicago (Whyte, 1943/2007 ; Becker, 1963/2013), à la suite du travail de terrain d'anthropologues comme Bronislaw Malinowski (1922/2007), ont démontré l'intérêt de s'immerger dans des contextes sociaux, pour en saisir les logiques internes. Cette immersion a pu prendre le nom d'« observation participante » : en observant de manière systématique les comportements et discours qui s'y déploient, en interagissant parfois, cette posture hybride d'observateur-acteur permet de comprendre les logiques sociales « de l'intérieur ».

Les observations participantes réalisées ont visé plus particulièrement à comprendre les pratiques, les représentations, les normes et les rapports sociaux à l'œuvre dans les ateliers de cuisine. L'observation d'ateliers dans plusieurs régions de France, avec des intervenants différents, a permis de comprendre ce qui était comparable et constituait la « colonne vertébrale » d'un atelier de cuisine, pour l'association étudiée. Dans cette enquête, une double posture d'observatrice et d'actrice a été adoptée, afin de recueillir des données fines, souvent inaccessibles par d'autres méthodes. Il ne s'agissait donc pas seulement de « voir » ce qu'il se passait, mais aussi de ressentir, d'interagir et d'interpréter le réel. Pour nos observations en atelier, j'ai porté mon attention sur les aspects suivants :

- L'organisation de l'espace (organisation matérielle et des participants dans l'espace) ;
- Les pratiques concrètes (gestes, usages – ordre des séquences d'actions) ;
- Les interactions sociales (formes de rapports de pouvoir, de controverses éventuelles) ;
- Les discours tenus (formels et informels) ;
- Les émotions et l'ambiance partagées.

Ces observations étaient notées dans un carnet et ont parfois fait l'objet de photographies. Il n'était pas aisé de prendre des notes pendant le déroulement des ateliers ; cela s'effectuait lors de pauses au cours de l'atelier, puis « à chaud », lorsque celui-ci était terminé.

Concernant la participation, je n'ai pas pris part à la cuisine. J'ai par contre tenu à aider les animateurs et les participants à disposer le matériel nécessaire en début d'atelier et à faire la vaisselle, comme une forme de « contre don » au fait d'avoir pu être présente. J'ai partagé le repas avec les participants lorsqu'il était pris sur place, ce qui a permis de noter également des échanges pendant ce temps de l'atelier. Le guide d'observation réalisé (annexe 4), est surtout un « pense bête » pour ne rien oublier d'observer. À mesure que je menais des entretiens, entre chaque observation participante, certains thèmes ont fait l'objet de discussions en atelier. Par exemple, il est devenu central au fil des entretiens que le fait de cuisiner pour soi impliquait une simplification des techniques employées auparavant, lorsque les personnes étaient en couple ou avec des enfants. J'ai alors demandé en atelier, à des personnes vivant seules, si elles comptaient reproduire ce qui était en train d'être cuisiné, et pourquoi. Ou bien encore, j'ai demandé à une personne qui ne prenait pas part aux activités culinaires, les raisons de ce retrait.

En combinant immersion, observation et interactions en atelier, cette démarche d'observation participante a permis de révéler des dynamiques sociales, matérielles et symboliques qui structurent les ateliers de cuisine.

Construction du guide pour les entretiens : thèmes et questions de recherche

Deux guides ont été prévus, afin de réaliser deux entretiens successifs avec les participants des ateliers. Ces entretiens sont les plus longs menés parmi tous (jusqu'à trois heures). En effet, il s'agissait d'explorer, avec les participants, non seulement la construction et les changements d'habitudes alimentaires tout au long du parcours de vie, les pratiques actuelles, mais aussi le vécu de l'atelier de cuisine. L'organisation du premier entretien peut être synthétisée en cinq temps successifs (les deux guides d'entretiens sont disponibles en annexes 5 et 6).

Un premier temps d'entretien était dédié au parcours scolaire et professionnel, et à d'autres questions portant sur les aspects sociodémographiques (âge, structure du foyer et son évolution). Par ailleurs, d'autres questions portaient sur le poids et la taille afin de calculer l'indice de masse corporelle, en lien avec un éventuel risque de dénutrition. Enfin, les éventuelles pathologies chroniques dont les personnes souffraient étaient relevées.

Un second temps d'échange portait sur les normes et représentations alimentaires actuelles, à travers des questions sur le « bien-manger » et sur les aliments jugés essentiels. Les représentations de la

santé étaient aussi explorées à travers des questions sur la définition de la bonne santé, sur sa relation de dépendance vis-à-vis de ses propres comportements, des comportements de proches ou médecins, ou bien d'autres facteurs, afin d'évaluer à quel point les personnes se sentaient actrices de leur santé. Ensuite, des questions permettant de lier l'alimentation à des effets sur la santé étaient posées.

La troisième partie portait sur la construction des savoir-faire et habitudes de préparation culinaire, occasion également de connaître les habitudes de cuisine actuelles (fréquence, types de plats préparés, pour qui).

La quatrième partie de l'entretien portait sur le rappel des habitudes alimentaires. Cette collecte d'informations a suivi la méthodologie décrite dans la formalisation du score de diversité ORCHID[31] (Jacquemot et al., 2024). Les personnes disaient tout ce qu'elles avaient mangé au cours de la journée de la veille, puis au cours d'une autre journée non adjacente. Des questions complémentaires permettaient d'éviter d'omettre des prises alimentaires hors repas, et des boissons. Puis, en complément, huit questions portant sur des fréquences alimentaires hebdomadaires étaient posées. Ces données ont permis d'une part, d'obtenir un score de diversité alimentaire, et d'autre part, d'explorer les décisions prises pour préparer à manger en fonction du contexte (notamment : repas de semaine ou de week-end, repas avec ou sans invités).

La dernière partie de l'entretien traitait de l'atelier de cuisine, afin d'explorer ce qui avait amené les personnes à participer, les échanges et actions remémorés, et enfin les éventuels effets pendant et à la suite de cette participation.

Le tableau 5, sur les pages suivantes, liste les questions de recherche issues de l'état de l'art, ayant mené à aborder chaque thème. Il spécifie également en italique les points sur lesquels ont reposé la définition des questions de l'étude quantitative, basées sur les différentes réponses obtenues dans l'étape qualitative.

[31] Le score ORCHID est un score de diversité alimentaire saine, considéré comme un proxy de l'alimentation saine, mis au point dans le cadre du projet ALAPAGE. Il a été créé à partir des recommandations nutritionnelles françaises pour les personnes âgées, afin d'évaluer le régime alimentaire sur la base des occurrences de consommation. Il constitue actuellement le seul score de diversité alimentaire validé concernant l'alimentation des personnes âgées en France.

Tableau 5 : Entretiens semi-directifs avec les participants, personnes vieillissantes âgées de 60 à 90 ans – thèmes abordés et questions de recherche

Thèmes	**Questions de recherche**
Construction et actualisation du rapport entre santé et alimentation	- Comment les individus définissent-ils le fait d'être en bonne santé, de quoi pensent-il que cela dépend ? - Le lieu de contrôle de la santé dépend-il de la position sociale ? ⇨ *Définition d'une question pour le questionnaire quantitatif* - Lien entre alimentation et effets sur la santé à long terme est-il plus prégnant chez les femmes ?
Construction du rôle de « *care* alimentaire » et apprentissage(s) de la cuisine	- Comment le rôle de « *care* alimentaire » se construit-il au fil du parcours de vie ? - En quoi est-il genré ? Quelles trajectoires permettent de s'en distancier ou de le réinvestir ? - Quels événements de vie entraînent une remobilisation autour de la cuisine ? - Comment hommes et femmes investissent-ils différemment la cuisine, en particulier au cours du vieillissement ?
Représentations sociales de l'alimentation : « bien-manger », « mal manger » et aliments essentiels	- Quelles sont les normes mobilisées autour du « bien-manger » ? Comment varient-elles selon le genre, l'âge et la position sociale ? ⇨ *Définition d'une question pour le questionnaire quantitatif* - Quels sont les aliments jugés essentiels ? Comment cela varie-t-il selon le genre, l'âge et la position sociale ?

Habitudes alimentaires, diversité alimentaire, habitudes de cuisine	- Comment évoluent les pratiques alimentaires, notamment selon l'âge, le genre et la position sociale ? - Qui cuisine au quotidien dans le foyer ? À quel point cette tâche est-elle partagée ? - En quoi les habitudes de cuisine mènent-elles à des habitudes se rapprochant ou s'éloignant des recommandations de santé publique ?
Raisons de la participation à l'atelier	- En quoi les raisons de participer reflètent-elles certains rôles ou certains besoins ? ⇨ *Définition d'une question pour le questionnaire quantitatif*
Vécu de l'atelier	- Comment les participants décrivent-ils leur participation, notamment, le fait d'« être ensemble », et de « faire ensemble » ? - Quelles normes transmises – écrite ou orales, implicites ou explicites – retiennent-ils ?
Effets perçus de l'atelier	- Quels effets les participants attribuent-ils à leur participation ? - Comment varient-ils selon le genre, la position sociale, les rôles sociaux, le fait d'avoir une pathologie chronique ? Sont-ils plus marqués chez les personnes investissant plus la cuisine, ou ayant plus de ressources économiques et culturelles ? ⇨ *Définition de questions pour le questionnaire quantitatif*
Variables indépendantes (profils)	Profils des participants : genre, âge, structure du foyer et son évolution, niveau de diplôme, parcours professionnel, IMC (poids et taille déclarés), pathologies chroniques

Le second entretien, dont les questions de recherche ayant guidé son élaboration sont consultables dans le tableau 6 en page suivante, a été réalisé deux à trois mois plus tard. Ce second temps d'entretien avait quatre objectifs. Le premier était de relever des « épreuves » vécues entre les deux entretiens, ayant pu faire évoluer les pensées et les pratiques concernant l'alimentation. Le second était de pouvoir constater des évolutions, dans les habitudes alimentaires, en lien avec la participation à l'atelier. Un troisième objectif portait sur l'exploration, plus en profondeur, de la construction des savoir-faire et habitudes de cuisine. En effet, certaines questions du premier entretien, notamment sur les périodes d'apprentissage de la cuisine, étaient à nouveau abordées. Il s'agissait enfin de re-sonder la mémoire des personnes sur le sujet de l'atelier, pour voir ce qui restait saillant dans leur esprit (tableau 6). La durée de deux à trois mois entre les deux entretiens a été choisie de manière pragmatique, pour des raisons de faisabilité. En effet, l'enjeu central était de ne pas perdre les répondants, car nous n'avions aucune interaction entre les deux périodes d'entretiens. Il s'agissait également de pouvoir mener la recherche dans le temps défini par la thèse.

Les profils sociodémographiques des personnes rencontrées lors d'un ou deux entretiens sont notés en annexe 7. Les prénoms utilisés sont des pseudonymes, afin de préserver l'anonymat des personnes. La position sociale des répondants a été appréhendée à partir d'une combinaison de trois indicateurs complémentaires : le niveau de diplôme (faible, moyen ou élevé), le parcours professionnel et les caractéristiques du logement actuel (appartement ou maison, locataire ou propriétaire, dans le parc privé ou social). Cette approche a visé à saisir la multiplicité des dimensions qui configurent une trajectoire sociale, en tenant compte à la fois des ressources acquises, des expériences de vie et des conditions matérielles d'existence.

Tableau 6 : Seconds entretiens, deux à trois mois plus tard – thèmes abordés et questions de recherche

Thèmes	**Questions de recherche**
Épreuves de vie et transitions récentes et changements alimentaires	- Certains événements récents, dont l'atelier, ont-ils modifié les habitudes alimentaires des participants ? - Comment ces ajustements se traduisent-ils en matière de choix alimentaires, de changements dans la préparation, dans la motivation à cuisiner ?
Habitudes alimentaires, diversité alimentaire, habitudes de cuisine	- Quelles différences observe-t-on dans la diversité alimentaire et les pratiques de cuisine, notamment selon le genre, l'âge et la position sociale ? - Quelles logiques président aux décisions de faire à manger : envies, contraintes, contexte social, santé ?
Vécu de l'atelier	- Quels éléments les participants retiennent-ils particulièrement, par rapport au premier entretien ? - Quels aspects sont plus saillants : ambiance, dimensions relationnelles, apprentissages, encadrement ?
Effets perçus de l'atelier	- Quels effets concrets les participants attribuent-ils à leur participation (changements de pratiques, évolutions des connaissances, sentiment de bien-être) ? - Comment ces effets varient-ils selon les rôles sociaux exercés en dehors de l'atelier ? - Observe-t-on des effets différenciés selon la position sociale, en particulier en matière de prévention et d'appropriation des contenus ? ⇨ *Définition de questions pour le questionnaire quantitatif*
Variables indépendantes (profils)	Profils des participants : genre, âge, structure du foyer et son évolution, niveau de diplôme, parcours professionnel, IMC (poids et taille déclarés), pathologies chroniques Structure du foyer et son évolution

Les observations et entretiens réalisés

L'analyse repose sur un terrain de recherche réalisé entre octobre 2021 et octobre 2023. Durant cette période, 25 ateliers de cuisine ont fait l'objet d'observations participantes, réparties dans différentes régions françaises : 18 en Île-de-France, deux en Bretagne, deux en Auvergne-Rhône-Alpes, un en Normandie, un en Alsace et un dans le Pays de la Loire. Ce choix de répartition territoriale visait à favoriser la diversité des contextes sociaux, des modes de vie, des profils d'intervenants et de participants, tout en permettant d'interroger d'éventuelles variations liées à la région d'habitation sur les habitudes alimentaires et les recettes réalisées. L'année où a été menée l'observation, la région, le département et le nombre de participants dans les ateliers observés sont récapitulés dans le tableau 7.

Tableau 7 : Année, région, département et nombre de participants dans les ateliers observés

Année, région et nombre de participants dans les ateliers observés	**N (%)**
2021	4 (16.0)
2022	14 (56.0)
2023	7 (28.0)
Île-de-France (départements : 75, 78, 91, 92, 94)	18 (72.0)
Auvergne-Rhône-Alpes (département : 69)	2 (8.0)
Bretagne (département : 22)	2 (8.0)
Alsace (département : 68)	1 (4.0)
Orne (département : 61)	1 (4.0)
Pays de la Loire (département : 72)	1 (4.0)
7 à 10 participants	11 (44.0)
11 à 14 participants	12 (50.0)
15 à 16 participants	2 (8.0)

Des entretiens ont été menés à la suite de 12 de ces ateliers. En effet, les premières observations participantes, menées dans une perspective exploratoire, n'ont pas donné lieu à des entretiens. Puis, lors de l'enquête quantitative, d'autres observations participantes ont été effectuées, sans plus proposer d'entretiens, cette phase de la recherche étant alors considérée comme achevée.

Les entretiens ont principalement eu lieu au domicile des participants, entre un jour et une semaine après l'atelier. Lorsqu'ils n'ont pas eu lieu au domicile, pour 17 répondants, ils ont été organisés dans une salle proche du lieu de l'atelier (par exemple, dans une salle de réunion de la structure accueillant l'atelier). 42 personnes âgées de 60 à 90 ans, 30 femmes et 12 hommes. Un second entretien deux à trois mois plus tard a pu être réalisé avec 24 d'entre eux (19 femmes et 5 hommes). La surreprésentation de femmes dans les entretiens reflète la plus forte participation des femmes dans ce type d'atelier (selon les données de l'association il y avait 85 % de femmes dans les ateliers de cuisine de l'association en 2023, et ce pourcentage reste stable année après année) (tableau 8).

Les entretiens ont été menés jusqu'à aboutir à une saturation des nouvelles informations recueillies sur les thèmes abordés. Tout comme pour les autres types d'entretiens menés, l'analyse est thématique (Kaufmann, 1996) et s'attache à comprendre les représentations sociales et les pratiques de la cuisine de la part des participants, les types d'interactions sur le sujet de la cuisine et des recettes proposées pendant les ateliers et les effets des ateliers sur les représentations et pratiques alimentaires des participants.

Tableau 8 : Critères sociodémographiques des participants interrogés

Critères sociodémographiques	**N (%)**
Hommes	12 (28.6)
Femmes	30 (71.4)
60-69 ans	22 (52.4)
70-79 ans	12 (28.6)
80-89 ans	7 (16.7)
90 ans	1 (2.4)
Vivant seul (Incluant les personnes dont le conjoint vit dans un autre foyer)	26 (61.9)
Ne vivant pas seul (Incluant les personnes vivant avec leurs enfants)	16 (38.1)
Peu ou pas diplômé	12 (28.6)

Diplômé du secondaire	14 (33.3)
Diplômé du supérieur	16 (38.1)
Ouvrier	2 (4.8)
Employé	15 (35.7)
Professions intermédiaires	13 (30.9)
Cadre et professions intellectuelles supérieures	10 (23.8)
Autre (parent au foyer)	2 (4.8)

Le niveau de diplôme et la profession avant la retraite des enquêtés et de leur conjoint ont été regroupés en catégories, en suivant celles de l'INSEE.

Professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) (INSEE, 2021) :

- Groupe socioprofessionnel 1 : Agriculteurs exploitants / Agricultrices exploitantes ;
- Groupe socioprofessionnel 2 : Artisans / Artisanes, commerçants / commerçantes et chefs / cheffes d'entreprise ;
- Groupe socioprofessionnel 3 : Cadres et professions intellectuelles supérieures ;
- Groupe socioprofessionnel 4 : Professions intermédiaires ;
- Groupe socioprofessionnel 5 : Employés / Employées ;
- Groupe socioprofessionnel 6 : Ouvriers / Ouvrières.

Les niveaux de diplôme ont été assignés aux définitions des diplômes de l'INSEE, puis regroupés par niveau en 3 groupes, suivant les groupes proposés « peu ou pas diplômé » = « faible niveau de diplôme », « diplômé du secondaire » = « niveau de diplôme moyen », et « diplômé du supérieur » = « haut niveau de diplôme :

- « Faible niveau de diplôme » : aucun diplôme ou certificat d'études primaires + Brevet des collèges ;
- « Niveau de diplôme moyen » : CAP, BEP ou équivalent + Baccalauréat, Brevet professionnel ou équivalent ;
- « Haut niveau de diplôme » : diplôme du supérieur court + long.

La position sociale des participants est analysée à l'aune du parcours professionnel de la personne et du conjoint le cas échéant, du niveau de diplôme et des conditions d'habitation (propriétaire / locataire, appartement / maison individuelle, parc privé / parc social).

2.5. Le passage du qualitatif au quantitatif

Nous avons appréhendé les deux formes de données (qualitatives et quantitatives) comme nécessaires, de façon complémentaire, comme vérification réciproque et comme formes différentes de données portant sur le même sujet (Glaser & Strauss, 1967/2010, p. 104). L'objectif de l'enquête quantitative a tout d'abord été de définir les profils sociodémographiques des participants d'ateliers, afin de vérifier que la représentation de ces profils différait de la population des personnes âgées en France. Puis, il s'agissait de valider, à cette échelle, certaines hypothèses issues de la phase qualitative. Notamment, le fait que les raisons de participer à un atelier, et les effets des ateliers relevés, n'étaient pas homogènes et dépendaient du parcours de vie des participants.

Toutefois, certains apports de la recherche qualitative n'ont pas fait l'objet de tests quantitatifs. Il s'agit de l'histoire de vie alimentaire, incluant l'apprentissage de la cuisine, mais aussi des pratiques alimentaires en cours, qui n'ont été que partiellement explorées, sous la forme de questions de fréquence, dans l'enquête quantitative.

Ainsi, certaines portions de résultats, comme la description sociodémographique des participants, sont purement issues des données quantitatives, tandis que d'autres, telles que la construction d'un certain rapport à la cuisine, sont uniquement issues de la phase qualitative de la recherche.

Enfin, certains thèmes étudiés dans la phase qualitative, relatifs aux normes et aux représentations sociales, mais aussi aux effets des ateliers ont été transposés en questions dans la phase quantitative. Il s'agit des thèmes suivants :

- Lieu de contrôle de la santé ;
- Normes du « bien-manger » ;
- Représentations positives ou négatives de la cuisine ;
- Apprentissages ;
- Intention de changer.

Chaque thème a été exploré de manière approfondie pour en dégager les variations de discours et les modalités de réponse possibles, sur la base des propos recueillis, mais aussi à partir de la littérature existante sur les normes alimentaires, la santé, et les pratiques culinaires (Beaud & Weber, 2010). L'objectif était de proposer des formulations claires, compréhensibles par les répondants, tout en restant fidèles à la complexité des phénomènes étudiés. Ces choix ont permis de structurer le questionnaire autour de dimensions directement issues du terrain, tout en assurant une comparabilité des réponses pour l'analyse statistique à venir.

2.6. L'étude quantitative auprès des participants

Un questionnaire autoadministré (annexe 9), composé de 66 questions, a porté sur les cinq axes suivants :

- Données sociodémographiques : genre, âge, code postal, composition du foyer, nombre d'années de vie seule, niveau de diplôme, profession avant la retraite pour soi et le conjoint, tranches de revenus pour soi et le conjoint, ainsi que l'activité physique ;
- Normes et représentations de l'alimentation, de la santé et de la cuisine : plusieurs items explorent les normes sociales du « bien-manger », le lieu de contrôle de la santé plus ou moins internalisé, les représentations de la cuisine ;
- Indicateurs de risques de dénutrition : cette section s'intéresse à l'appétit, au ressenti de solitude, à la satisfaction quant au soutien apporté, à la taille et au poids, au fait d'avoir perdu du poids involontairement au cours des 3 derniers mois et aux difficultés pour manger ;
- Pratiques alimentaires et mode de vie : bénéficier des produits d'un jardin potager, consultation de ressources sur l'alimentation (et type de contenus), nombre de repas par jour et fréquence des sauts de repas, fréquence de consommation par groupe alimentaire, fréquence à laquelle la personne mange seule ou en compagnie, fréquence des livraisons de repas à domicile, fréquence des repas dans une « cantine senior », fréquence d'aide apportée pour faire les courses, temps de marche quotidien, activités hebdomadaires, temps et fréquence de cuisine, fréquence de consommation de plats préparés, restrictions alimentaires liées à la religion ou au végétarisme ;
- Changements alimentaires : trois questions visaient à identifier des changements alimentaires au cours du vieillissement et des raisons à ces changements, le fait d'avoir eu une maladie en lien avec des changements dans l'alimentation et suivi ou non d'un régime restrictif ;
- La dernière partie concerne l'expérience de l'atelier de cuisine : raisons de venir à l'atelier, scores de satisfaction, personnes présentes à l'atelier et liens, apprentissages et types d'apprentissages, changements à venir dans le quotidien et types de changements, commentaires, conseils, ressentis.

Les hypothèses associées aux différents thèmes abordés sont présentées dans le tableau 9.

2.6.1. Construction du questionnaire : thèmes et hypothèses

Tableau 9 : Questionnaire – thèmes abordés et hypothèses

Thèmes	**Hypothèses**
Lieu de contrôle de la santé (interne vs. externe)	Les personnes de positions sociales plus élevées ont davantage un locus de contrôle interne ; elles se sentent plus actrices de leur santé.
Intérêt pour la diététique et pour la cuisine (informations consultées)	- Les femmes et les personnes ayant un haut niveau de diplôme sont plus intéressées par la diététique. - Les femmes retraitées, plus souvent responsables des repas, manifestent un intérêt et un savoir-faire plus élevé concernant la cuisine que les hommes.
Représentations sociales et pratiques de la cuisine	- Les représentations et pratiques guidées par des rôles sociaux construits : le « *care* alimentaire » est une activité féminine par défaut. - Les femmes à la retraite cuisinent plus que les hommes à la retraite. Chez les hommes, la cuisine est davantage perçue comme un loisir. - Certaines femmes expriment un rejet de la cuisine, en lien avec la volonté de s'émanciper d'un rôle assigné.
Activités physiques exercées (temps de marche et liste d'activités)	- Une activité physique correspondant aux critères de l'OMS pour les personnes âgées est associée à de moindres risques pour la santé. - Certaines activités en lien avec l'alimentation et l'activité physique (autres que la cuisine) sont genrées : les hommes retraités font plus de jardinage et les femmes retraitées font plus le ménage que les hommes retraités.

Normes du « bien-manger »	- Les femmes et les personnes de position sociale élevée privilégient une définition plus proche des recommandations de santé publique : « manger équilibré, avec modération ». - Les hommes et les personnes de positions sociales plus modestes valorisent davantage le plaisir alimentaire (« manger ce qu'on aime », « manger à sa faim »).
Habitudes de consommations alimentaires	- Les femmes vieillissantes mangent plus de fruits et légumes que les hommes vieillissants et se rapprochent plus des repères du PNNS. - La préparation d'aliments brut, de type légumes et viande, est plus fréquente aux âges élevés.
Évaluation d'un risque de dénutrition	Les personnes ayant un de ces critères ou cumulant : indice de masse corporelle faible (inférieur à 18,5 chez les 60-69 ans, inférieur à 22 chez les plus de 70 ans), pathologies chroniques, isolement social (ici : vivre seul / se sentir seul / percevoir un manque de soutien), sauts de repas, perte de poids récente (selon les critères de la HAS), sont plus à risque de dénutrition
Changements alimentaires au cours du vieillissement (changements associés à des raisons, et événements de vie associés à des changements)	Les événements de vie suivants sont associés à des changements alimentaires : - passage à la retraite ; - décès du conjoint ; - maladies chroniques ; - changements dans la structure du foyer. Ces changements peuvent entraîner un abandon, un maintien ou une reprise de la cuisine. Par ailleurs, certains changements dans les habitudes de vie sont en lien avec une attention prégnante portée à la santé.

Raisons de participer à l'atelier et connaissances parmi les participants	- Les femmes viennent plus souvent pour des motifs relationnels. - Les hommes viennent plus souvent en couple, comptant sur leur conjointe pour la gestion alimentaire du foyer. - Certains participants souhaitent perfectionner leurs compétences culinaires, en vue d'inviter ou de cuisiner pour autrui. - Certains participants viennent en lien avec une maladie ou à la suite d'une hospitalisation, afin d'apprendre ou de réentendre des conseils diététiques.
Vécu de l'atelier (satisfaction, thèmes marquants)	- Les participants issus de milieux plus favorisés sont plus satisfaits, les ateliers correspondant davantage à leurs attentes (contenus, format, rapport à la santé). - Les personnes intéressées par la cuisine ou la diététique évaluent plus positivement l'atelier. - Les personnes qui se sentent seules viennent davantage pour des raisons sociales.
Effets perçus de l'atelier (apprentissages et anticipation de changements)	- Les personnes ayant en majorité le rôle de cuisiner pour le foyer retirent plus souvent des bénéfices concrets (techniques culinaires, nouvelles recettes). - Les personnes de position sociale élevée déclarent moins de changements, car leurs pratiques étaient déjà proches des normes de santé publique. - L'atelier renforce des rôles sociaux existants (« *care* alimentaire »).
Variables indépendantes	Genre, âge, région d'habitation, bénéficiaire de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), composition du foyer (nombre d'années de vie seul, si applicable), nombre de participations à un atelier, nombre d'années à la retraite, niveau de diplôme, catégorie socioprofessionnelle avant la retraite, revenus personnels et du conjoint si applicable.

2.6.2. Recrutement, diffusion de l'enquête et échantillon final

Le questionnaire a tout d'abord été testé auprès de personnes âgées de 60 ans et plus, hors du contexte des ateliers (auprès de trois personnes) et dans un contexte d'atelier (deux ateliers). Ces tests ont permis de constater que le questionnaire pouvait être auto-renseigné en 12 à 15 minutes pour des personnes non atteintes de troubles cognitifs, de déficience visuelle ou de problème de préhension. Le questionnaire demande un bon niveau de lecture, ce qui est une limite que nous aborderons dans les résultats. Certaines réponses ont été reformulées à la suite des retours des personnes testeuses.

Toutes les personnes ayant participé à l'étude quantitative l'ont fait sur la base du volontariat. L'étude était destinée aux participants qui vivaient à leur domicile et non dans une institution (EHPAD ou résidence autonomie). La diffusion du questionnaire dans les ateliers de cuisine a eu lieu entre les mois d'avril et décembre 2023. Le questionnaire a été proposé à la fin d'ateliers de cuisine, en format papier (quatre feuilles recto-verso), en auto-remplissage.

Afin d'évaluer la faisabilité de l'enquête, deux enquêtrices (une étudiante recrutée en stage de Master 2 afin de conduire ce test de faisabilité et la responsable de la recherche) ont tout d'abord diffusé le questionnaire à environ 100 participants, entre avril et juin 2023. Cette étape a permis d'affiner les instructions à transmettre aux chefs de projets pour diffuser l'enquête. À partir du mois de juillet, 23 chefs de projets volontaires ont été formés par l'enquêtrice principale à la diffusion du questionnaire. Ces derniers ont notamment appris à répondre aux interrogations ponctuelles des participants, sur la manière de répondre à certaines questions, et à veiller à ce que les participants remplissent le questionnaire sans possibilité pour les autres de le voir.

L'enquête était présentée en début d'atelier de cuisine et environ 30 minutes étaient prévues pour remplir le questionnaire distribué. La faisabilité de l'étude était conditionnée par la possibilité d'allonger le temps total de l'atelier.

Le questionnaire était complété par les participants assis à une table, à une distance suffisante les uns des autres pour ne pas être gênés par le regard des voisins de table. Avant la complétion du questionnaire, chaque participant a signé un consentement éclairé, en deux exemplaires (annexe 8). Afin de garantir l'anonymat des répondants, les questionnaires recueillis et les consentements signés ont été rangés dans des pochettes distinctes (dans l'atelier, puis dans les locaux de l'association).

Finalement, l'étude a été proposée dans 74 ateliers de cuisine, sur 206 ateliers organisés à cette même période, soit entre avril et décembre 2023 (figure 18).

666 questionnaires complétés ont été récoltés sur un total de 884 participants, c'est-à-dire qu'une fois l'étude proposée en atelier, le taux de réponse a été de 75,3 % (figure 18). Puis, 40 questionnaires ont été exclus, en deux temps :

- 21 questionnaires complétés ont tout d'abord été exclus pour les raisons suivantes : personnes âgées de moins de 60 ans (15) (il s'agissait de personnes impliquées dans l'organisation ou bien d'accompagnants plus jeunes), personnes vivant en EHPAD (2), couples ayant répondu à deux sur le même questionnaire (2), genre manquant (1), code postal manquant (1).
- 19 questionnaires n'ont pas été inclus dans l'analyse, car ils n'étaient pas suffisamment complétés. Un questionnaire était considéré comme insuffisamment complété s'il comportait au moins deux parties vides (par exemple, la partie concernant les changements alimentaires et celle concernant le poids et la taille).

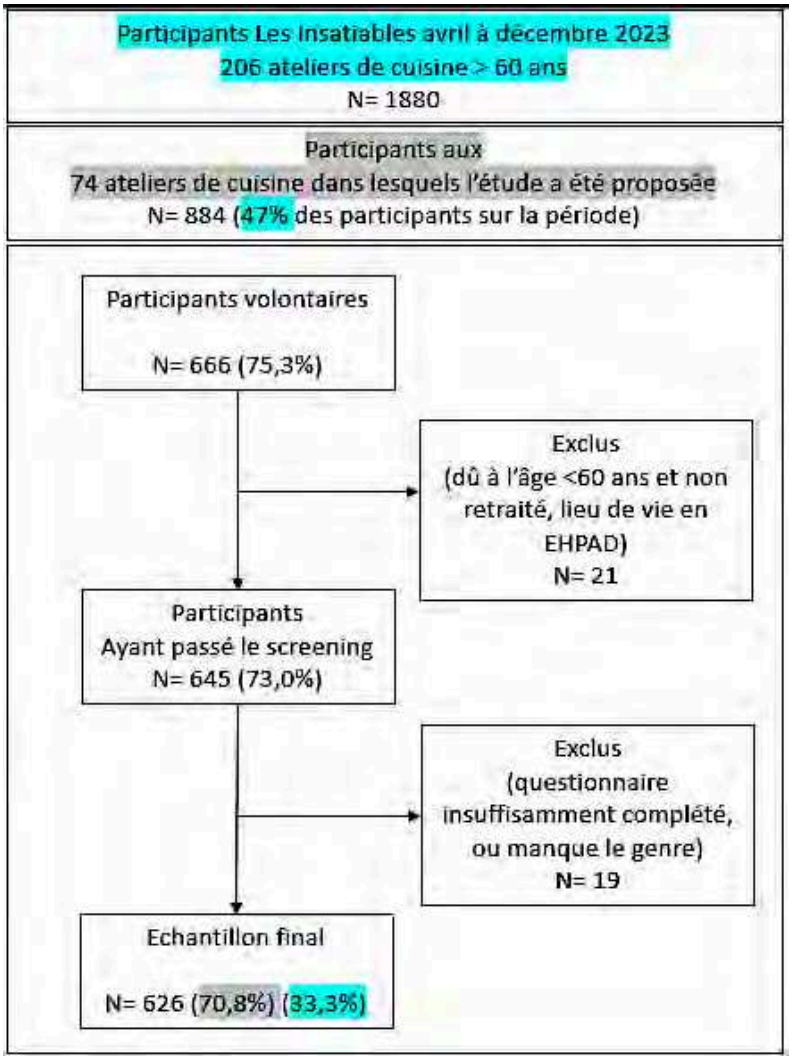


Figure 18 : Diagramme de flux. Échantillon final par rapport aux participants des ateliers de cuisine, au cours de la même période (avril-décembre 2023)

L'échantillon final représente 33,3 % (626 sur 1880) des participants des ateliers de cuisine de l'association organisés à destination des personnes âgées, entre avril et décembre 2023. Il est composé de 626 répondants, issus de 74 ateliers de cuisine, dans neuf régions de France métropolitaine. L'Île-de-France, la Nouvelle-Aquitaine et l'Auvergne-Rhône-Alpes sont les régions les plus représentées dans l'échantillon.

Les résultats ont été analysés avec le logiciel PSPP (version libre du logiciel SPSS d'IBM). Certaines données ont été reportées sur le logiciel Excel pour réaliser des graphiques.

2.6.3. Traitement des données quantitatives

Tout d'abord, certaines variables ont été traitées comme des variables descriptives, permettant de mieux comprendre les profils sociodémographiques et activités des participants. C'est le cas, dans un premier temps, de la majorité des variables traitées.

Au préalable, il a parfois été nécessaire de regrouper des types de réponses, afin d'avoir un échantillon suffisant à comparer dans chaque catégorie de réponse. Ces regroupements ont tout d'abord été faits sur la base d'indicateurs déjà établis, par exemple par l'INSEE concernant le niveau de diplôme (INSEE, 2019b), ou par l'ANSES concernant les repères de consommation du PNNS (ANSES, 2019). Ils ont pu également découler de tests pour trouver le découpage le plus adapté. C'est le cas, par exemple, de la fréquence de cuisine, regroupée en trois fréquences. Le tableau des regroupements effectués est disponible en annexe 10.

Puis, selon les hypothèses mises au jour grâce à la revue de la littérature et l'enquête qualitative, nous avons croisé certaines variables entre elles, afin d'étudier leurs relations. Ce, en réalisant des tris croisés. Il s'agit d'un tableau indiquant la distribution des individus selon deux variables simultanément, afin de mettre en évidence l'influence d'une variable sur une autre. La notion de « dépendance » ne renvoie pas nécessairement à une idée causale. Par exemple, nous avons croisé la fréquence de cuisine avec la composition du foyer (vivre seul ou en couple) (figure 19). La variable dépendante ou « à expliquer » est la fréquence de cuisine et la composition du foyer est la variable explicative. Le test du khi-deux (χ^2) consiste à mesurer le niveau de plausibilité de l'hypothèse, ici, le fait que les personnes vivant seules cuisinent moins souvent que les personnes vivant en couple.

SeulCoupl × Freq_Cuis_3

			Freq_Cuis_3			Total
			Tous les jours ou presque	De 3 à 4 fois par semaine à 3 à 4 fois par mois	Moins souvent ou jamais	
SeulCoupl	Seul.e	Nombre	186	75	14	275
		Row %	67,6%	27,3%	5,1%	100,0%
		Column %	43,2%	65,8%	53,8%	48,2%
		Total %	32,6%	13,1%	2,5%	48,2%
	Conjoint.e vivant au même domicile	Nombre	245	39	12	296
		Row %	82,8%	13,2%	4,1%	100,0%
		Column %	56,8%	34,2%	46,2%	51,8%
		Total %	42,9%	6,8%	2,1%	51,8%
Total		Nombre	431	114	26	571
		Row %	75,5%	20,0%	4,6%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	75,5%	20,0%	4,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	18,85	2	,000
Rapport de vraisemblance	19,05	2	,000
Association linéaire-par-linéaire	12,52	1	,000
Nombre d'observations valides	571		

Figure 19 : Fréquence de cuisine en fonction du fait de vivre seul ou en couple

Dans notre exemple, le test du Khi² ($\chi^2 = 18,85$; $p = 0,000$)[32] révèle une association statistiquement significative entre la fréquence de cuisine et le fait de vivre seul ou en couple. Cela signifie que le fait de vivre seul ou en couple est significativement lié à la fréquence avec laquelle les personnes cuisinent.

Si ce test est très utile pour indiquer l'existence d'une relation de dépendance entre deux variables, il ne constitue pas un indicateur de l'intensité de cette dépendance. Le test du Khi² compare les fréquences observées dans un tableau de contingence (par exemple, un tableau croisant le genre et la participation à une activité) avec les fréquences théoriques que l'on obtiendrait si les deux variables n'avaient aucun lien entre elles (elles seraient dites indépendantes). Le seuil de 0,05 (5 %) est une valeur conventionnelle qui représente le niveau de tolérance au risque d'erreur. Si $p < 0,05$, on considère que le résultat est statistiquement significatif : on rejette l'hypothèse nulle et on conclut qu'il y a probablement un lien réel. Toutefois, l'analyse de la pertinence théorique de la relation reste le travail du chercheur (Glaser & Strauss, 1967/2010, p. 323).

Pour certains thèmes d'analyse, notamment ceux relatifs à la cuisine et aux consommations alimentaires, nous avons complété les tests de significativité par des régressions linéaires. Celles-ci ont permis d'analyser l'effet d'une variable explicative en tenant compte des autres. Par exemple, si à la fois le genre, la composition du foyer et le niveau diplôme sont corrélés à la fréquence de cuisine, la régression peut déterminer si chaque effet persiste une fois les autres pris en compte (tableau 10). La régression linéaire permet, en plus, de quantifier l'intensité et la direction de la relation.

[32] Dans les parties 2 et 3 de la thèse, seuls les résultats des tests du Khi2 et des régressions seront présentées. Les tableaux associés seront mentionnés sous la forme d'un renvoi aux annexes.

Sommaire du modèle (Freq_Cuis_3)

R	R Carré (R^2)	R carré ajusté	Erreur standard de l'estimation
,27	,07	,07	,52

ANOVA (Freq_Cuis_3)

	Somme des carrés	df	Carré des moyennes	F	Sig.
Régression	11,59	4	2,90	10,77	,000
Residus	146,60	545	,27		
Total	158,18	549			

Coefficients (Freq_Cuis_3)

	Coefficients non normalisés		Coefficients normalisés		
	B	Erreur standard	Beta	t	Sig.
(Constante)	1,32	,13	,00	10,00	,000
Diplom_en_3	-,04	,03	-,06	-1,33	,185
Age_en_3	-,03	,03	-,04	-1,05	,295
SeulCoupl	-,19	,05	-,18	-4,16	,000
F_H_num	,35	,07	,22	5,38	,000

Figure 20 : Régression linéaire. Effet de quatre variables sociodémographiques sur la fréquence de cuisine

Par exemple, ici, la variable « fréquence de cuisine » augmente significativement lorsqu'on est une femme et elle diminue significativement lorsqu'on vit seul. Ces régressions linéaires permettent ainsi de connaître des conditions qui minimisent ou bien maximisent une relation.

Conclusion du chapitre 2

Cette recherche s'inscrit à l'intersection de plusieurs champs de réflexion, entre sociologie du vieillissement, sociologie de l'alimentation et sociologie de la santé. En partant d'un questionnement sur la manière dont la promotion de la santé par la cuisine se construit à la fois pour et par les personnes vieillissantes**,** elle vise à interroger les tensions entre des dispositifs prescriptifs portés par des acteurs institutionnels et des expériences singulières, ancrées dans des parcours de vie.

L'approche développée articule l'analyse des pratiques ordinaires à celle des structures sociales, en prenant appui sur des cadres théoriques qui rendent compte à la fois de la stabilité des habitudes et de leur capacité d'évolution. Cette posture théorique rend possible une analyse des usages sociaux de la cuisine hors, puis en contexte d'atelier. L'analyse des effets de ces dispositifs s'inscrit dans une perspective critique : elle vise à mettre en lumière les éventuels décalages entre les objectifs de prévention formulés par les acteurs institutionnels et les réappropriations de ces ateliers par les personnes concernées.

Ainsi, les hypothèses formulées à partir de la littérature invitent à considérer les épreuves du vieillissement comme des moments charnières, où les pratiques alimentaires peuvent se reconfigurer. Ils invitent aussi à considérer les rapports à la santé et à la cuisine comme des révélateurs de rôles sociaux différenciés. Ils mettent en valeur le fait que les intervenants jouent le rôle de médiateurs de normes sociales plus ou moins explicites. Enfin, ils mettent en avant le fait que les ateliers de cuisine peuvent être considérés comme des espaces qui à la fois tentent de diffuser des normes et sont potentiellement source d'inégalités, de réappropriations et d'émancipation.

Ce deuxième chapitre a également permis d'exposer les fondements méthodologiques d'une recherche hybride, à la croisée de la recherche-action et de la sociologie compréhensive. En retraçant le parcours professionnel de la chercheuse, les apports de la recherche-action et les dispositifs successifs mis en œuvre (entretiens semi-directifs, observations participantes, analyse de corpus et enquête quantitative), cette partie souligne comment l'ancrage dans une association a non seulement façonné le terrain, mais également nourri une analyse des logiques d'action, des représentations sociales et des effets produits par les ateliers de cuisine. Le dispositif méthodologique adopté répond ainsi à une double ambition : interroger les conditions de production et de légitimation des ateliers dans le champ des politiques publiques de prévention, et comprendre les effets sociaux de ces dispositifs sur les participants.

Le terrain qualitatif a permis de recueillir une pluralité de points de vue et d'expériences autour des ateliers de cuisine destinés aux personnes âgées. En articulant entretiens semi-directifs, analyse documentaire et observations participantes, l'étude a croisé les logiques de financement et d'évaluation des actions (côté institutionnel), les modalités concrètes de leur mise en œuvre (côté associatif et professionnel) et les vécus des bénéficiaires (côté participants). Ces résultats qualitatifs ont ensuite guidé la construction du questionnaire quantitatif, assurant une continuité logique entre les deux phases de l'étude.

Les parties qui suivent présentent les principaux résultats de cette recherche. Il s'agira, dans la partie 2, de rendre compte de la diversité des usages sociaux de la cuisine et des rapports différenciés à la santé des participants aux ateliers, pendant leur parcours de vie et en particulier au cours du vieillissement. Enfin, dans la 3^{e} partie, il s'agira d'analyser les logiques institutionnelles et professionnelles à l'origine des dispositifs, d'explorer les formes de participation, les expériences vécues ainsi que les effets produits par ces ateliers. Ces résultats permettront d'interroger les effets de la recherche elle-même sur l'action, en matière de reconfiguration des cadrages des ateliers, et d'engagement de l'association dans les sphères scientifique et politique.

Partie 2

Les participants vieillissants : profils et évolutions du rapport alimentation – santé

Cette partie vise à comprendre qui sont les participants des ateliers de cuisine, et comment leurs parcours, leurs représentations et leurs pratiques en matière d'alimentation, de santé et d'activités quotidiennes influencent leur engagement dans les ateliers de cuisine. En retraçant les parcours alimentaires et les rapports différenciés à la cuisine, il s'agit de mieux saisir ce que les ateliers peuvent ou non transformer, et pour qui.

Le chapitre 3 dresse tout d'abord un portrait des participants à travers leurs caractéristiques sociodémographiques, leur état de santé, ainsi que leur niveau d'activité physique et la pratique de certaines activités. Il accorde une attention particulière à certains facteurs identifiés comme des risques de dénutrition, afin de situer les enjeux de prévention dans les réalités vécues par les personnes concernées.

Le chapitre 4 propose ensuite une lecture biographique des « parcours de vie alimentaires », centrés en particulier sur la cuisine, en analysant les continuités, les ruptures et les adaptations dans les pratiques culinaires au fil du parcours de vie. Il met en lumière les transitions et épreuves de vie ayant marqué l'alimentation et la cuisine, et interroge leur rôle dans l'entrée dans les ateliers.

Enfin, le chapitre 5 explore plus spécifiquement les normes, les représentations sociales et les pratiques liées à la cuisine et à l'alimentation, en rapport avec la santé. Il examine les normes du « bien-manger » telles qu'elles sont perçues et mobilisées par les participants, en croisant les savoirs diététiques et les savoir-faire culinaires. L'analyse aboutit à une typologie, permettant de mieux comprendre la diversité des rapports à la cuisine, comme médiatrice entre santé et alimentation.

Chapitre 3

Les participants des ateliers : profils sociodémographiques, de santé, et activités autres qu'alimentaires

Les résultats présentés dans ce chapitre sont issus de l'enquête quantitative, menée auprès de participants aux ateliers de cuisine de l'association étudiée, entre les mois d'avril et décembre 2023. 626 questionnaires complétés ont pu être exploités, ce qui correspond à un tiers des participants aux ateliers de cuisine de l'association à cette période.

Ces participants constituent un public spécifique, que nous allons comparer à la population française des personnes vieillissantes. Cette comparaison nous permettra de dégager de premières raisons guidant la participation, ou la non-participation, à l'atelier.

Nous présentons, dans la première partie, les profils sociodémographiques des participants, en les comparant avec la population vieillissante de France métropolitaine.

Nous analysons, dans la deuxième partie, la perception du contrôle de sa propre santé, plus ou moins internalisée. Par ailleurs, des données de santé sont mises en rapport avec un risque de dénutrition et de perte d'autonomie, en lien avec les objectifs annoncés par les organismes financeurs et par l'association étudiée, afin d'évaluer ces risques pour notre population.

Enfin, dans la troisième partie, nous centrons l'analyse sur les activités physiques, afin de mieux connaître notre échantillon sur ces aspects, en compléments des aspects alimentaires qui seront détaillés dans les chapitres suivants.

Cette analyse nous permettra, en conclusion, de dégager de premières raisons, pour les différents profils de personnes vieillissantes, de participer à un atelier de cuisine.

1. Profils sociodémographiques des participants aux ateliers

La région d'habitation des participants et les résultats concernant leurs profils sociodémographiques sont détaillés dans cette partie. Nous comparons ces derniers avec la population vieillissante de France métropolitaine.

1.1. Trois régions principales de diffusion de l'enquête

Les régions dans lesquelles cette étude a été mise en place sont en majorité l'Île-de-France (140 questionnaires, soit 22,4 %), la Nouvelle-Aquitaine (125 questionnaires, soit 20,0 %) et l'Auvergne-Rhône-Alpes (101 questionnaires, soit 16,1 %) (figure 21).

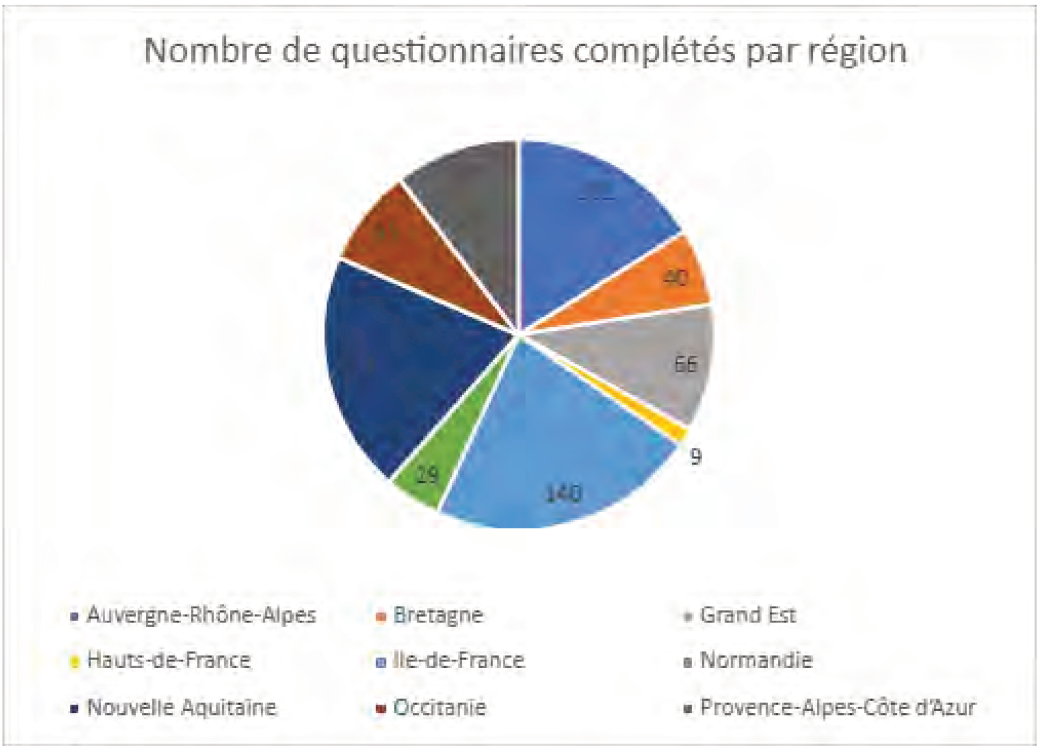


Figure 21 : Nombre de questionnaires complétés par région

Cette proportion de questionnaires complétés par région est le reflet du nombre d'ateliers organisés sur chaque territoire par l'association, plus que de la proportion de personnes âgées de 60 ans et plus par région (figure 22).

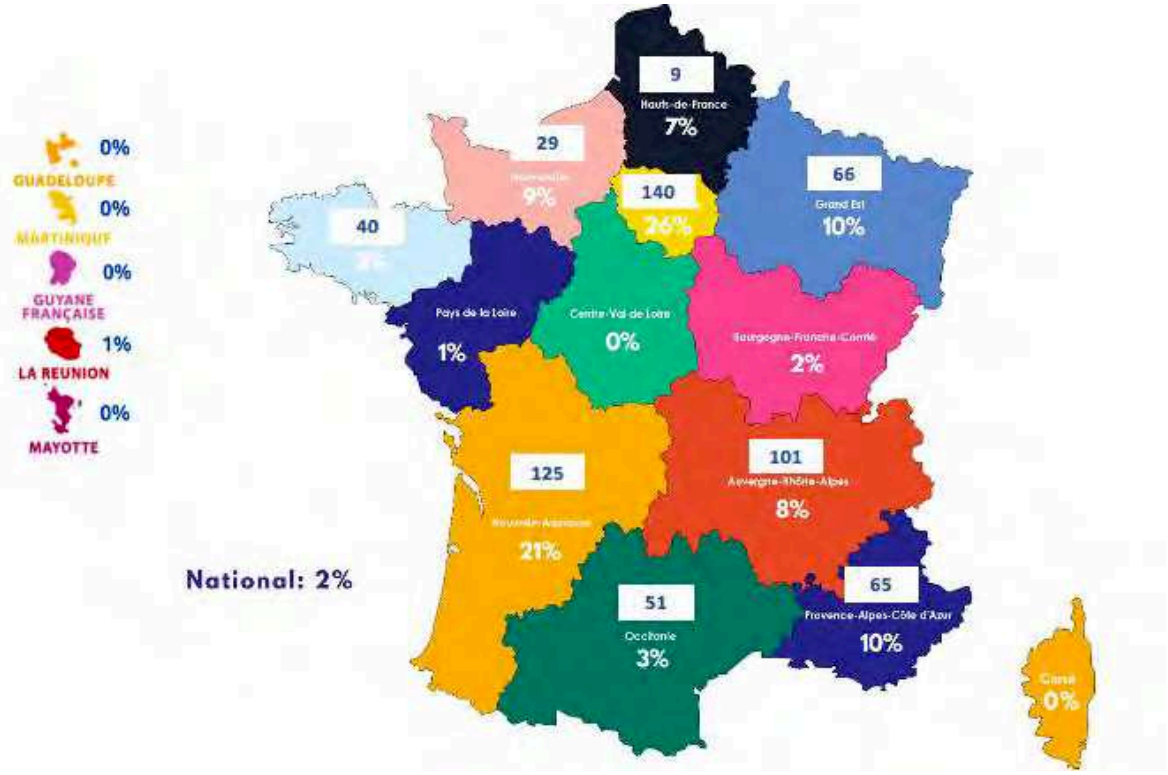


Figure 22 : Proportion d'actions organisées par l'association « Les Insatiables » en 2023, et nombre des questionnaires remplis, par région. Source : Les Insatiables et données de l'enquête

En effet, l'objectif de cette enquête n'était pas d'être représentatif du nombre de personnes vieillissantes par région en France, mais plutôt d'avoir un échantillon représentatif des participants en atelier organisés par l'association, par région de diffusion. Si la forte représentation des participants en région Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine et en Provence-Alpes-Côte d'Azur reflète la proportion d'ateliers organisés dans ces régions, les participants en Auvergne-Rhône-Alpes sont surreprésentés. Cela est dû à un effet d'opportunité, celle de pouvoir programmer l'enquête plus souvent dans les ateliers de cette région, par rapport aux autres. Enfin, le plus faible nombre de questionnaires remplis en Normandie, dans les Hauts-de-France ou encore en Bretagne, et l'absence de questionnaires complétés dans certaines régions, reflètent la moindre activité de l'association dans ces dernières.

1.2. Une grande majorité de femmes

86,7 % des participants sont des femmes et 13,3 % des hommes (figure 23). Le ratio hommes-femmes est proche de celui de la population des participants à des ateliers cuisine dans l'association en 2023, soit 85 %.

Au niveau de la population française âgée de 60 ans et plus, on compte 56 % de femmes et 44 % d'hommes, la part des femmes est de 53 % parmi les 60 à 74 ans et de 61 % parmi les 75 ans ou plus (DREES, 2021).

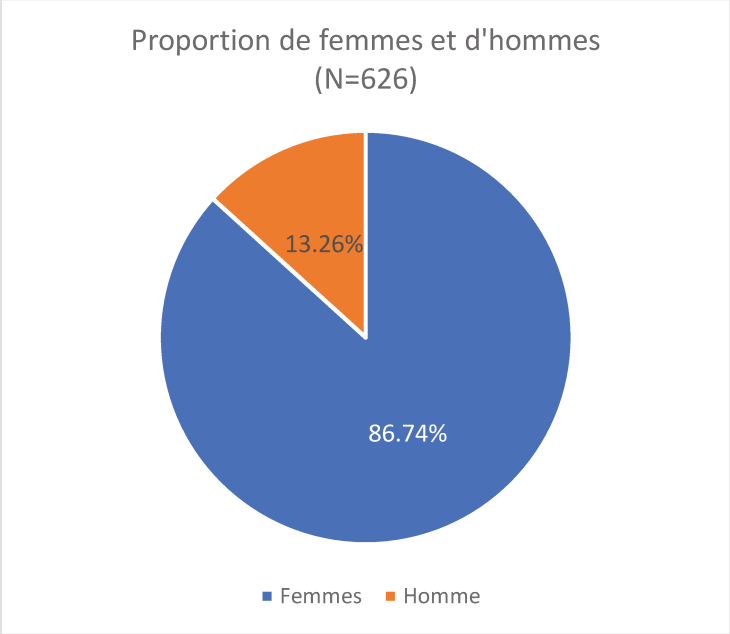


Figure 23 : Proportion de femmes et d'hommes dans les ateliers de cuisine

Par ailleurs, nous notons qu'il n'y a pas plus de femmes que d'hommes âgés de 80 ans et plus parmi les participants (figure 24).

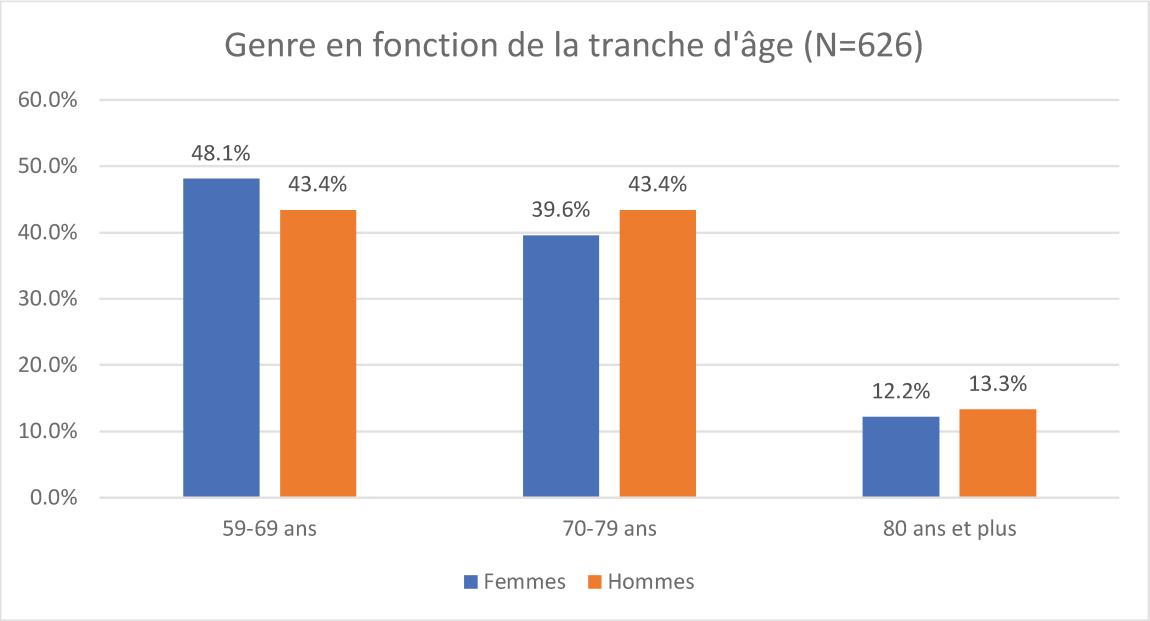


Figure 24 : genre des participants en fonction de leur tranche d'âge

Ainsi, chez les participants des ateliers, on ne trouve pas de diminution de la proportion d'hommes chez les participants les plus âgés (de 80 ans et plus), comme c'est le cas plus généralement dans la population française (ANSES, 2019).

La forte prédominance de femmes suggère que l'inclusion et la décision de participer peuvent se jouer selon des constructions et l'entretien de rôles sociaux genrés. Notamment, dans le fait d'être en charge de la cuisine pour le foyer, ou de porter particulièrement attention à la santé à travers l'alimentation.

1.3. Une surreprésentation de personnes âgées de 65 à 79 ans par rapport aux plus de 60 ans en France

La proportion de personnes âgées de 60 à 69 ans (47,3 %) dans notre enquête correspond à celle de l'ensemble des ateliers organisés par l'association au niveau national, à destination des personnes âgées vivant à domicile (comparaison avec les données internes de l'association pour les années 2022, 2023 et 2024). Par ailleurs, dans l'échantillon, 52,7 % des participants sont âgés de 70 ans et plus (figure 25).

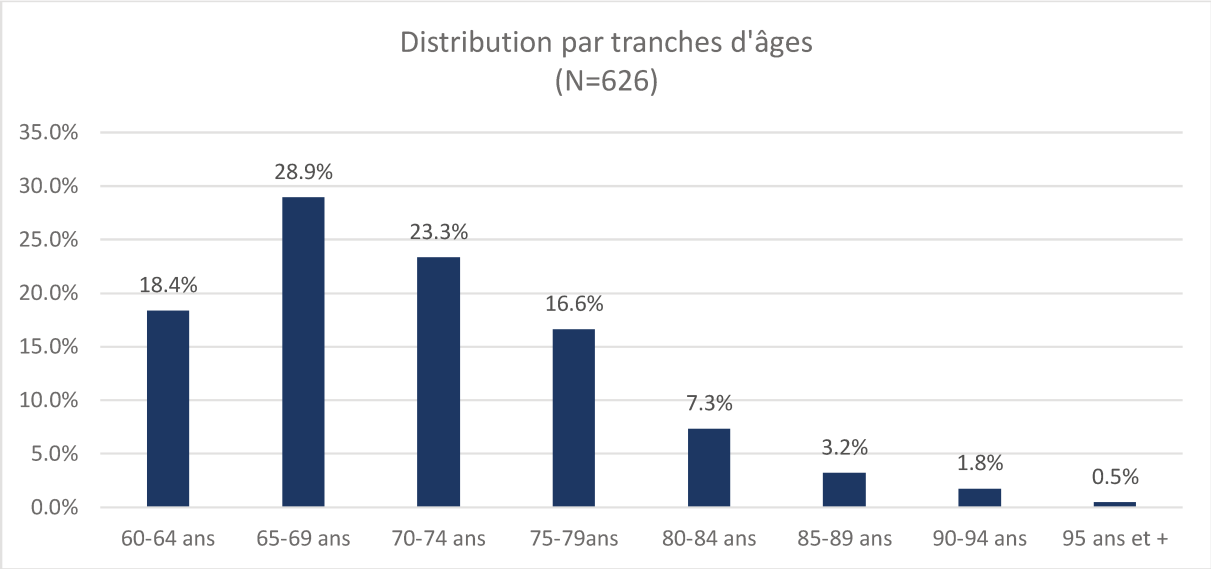


Figure 25 : Distribution par tranches d'âges

En outre, les personnes âgées de 65 à 79 ans sont surreprésentées dans les ateliers de cuisine (figure 26), par rapport à la population de France métropolitaine du même âge (INSEE, 2020).

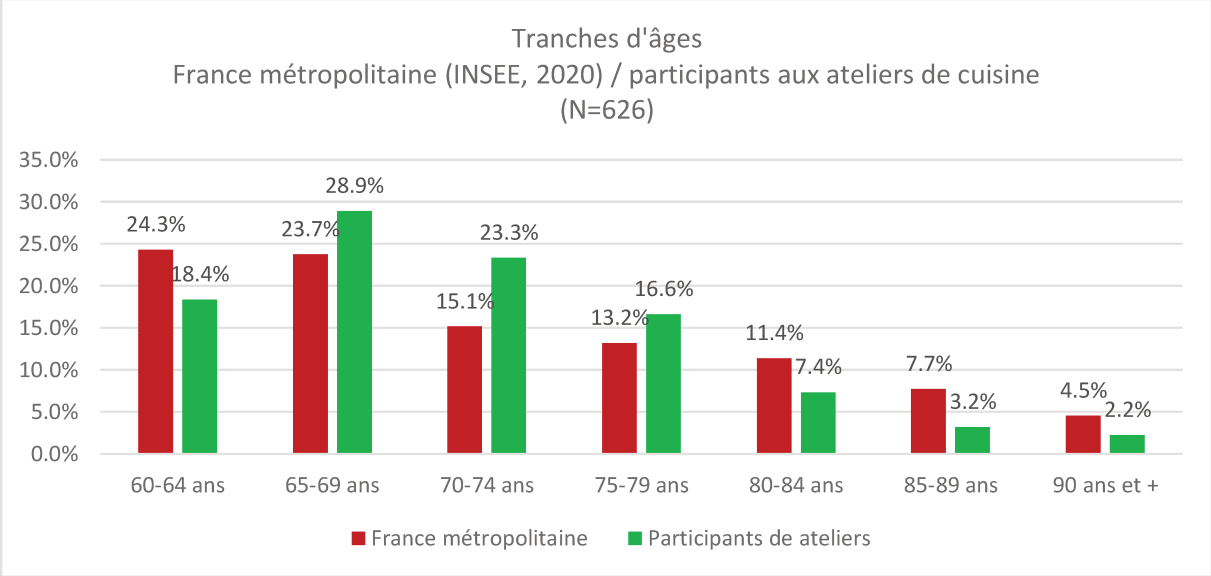


Figure 26 : Comparaison de la distribution par tranche d'âges entre la France métropolitaine (INSEE, 2020) et l'échantillon de participants à un atelier

Le fait que les personnes âgées de 80 ans et plus soient sous-représentées en atelier par rapport à la population de France métropolitaine de la même tranche d'âge (INSEE, 2020), pourrait être expliqué par la capacité à venir à un atelier, tout autant qu'à l'envie de participer ou la légitimité à participer. Il pourrait y avoir une « barrière symbolique » à l'entrée des ateliers, due à l'âge.

1.4. Une surreprésentation de personnes vivant seules par rapport aux 65 ans et plus en France

Parmi les participants, une proportion similaire vit seule (45,3 %) ou avec un conjoint (47,8 %) (figure 27). Toutefois, d'autres configurations, bien qu'elles soient peu représentées, sont également identifiées :

- Vivre seul en ayant un conjoint dans un autre domicile (1,8 %) ;
- Vivre avec un ou plusieurs de ses enfants (2,2 %) ;
- Vivre avec ses parents ou beaux-parents (0,3 %) ;
- Autre configuration (1,9 %) (figure 27).

Ces configurations seront pour certaines analysées à travers les résultats de l'étude qualitative, sous l'angle de la cuisine (notamment concernant les personnes vivant avec un ou des enfants). Pour l'analyse des résultats de l'étude quantitative, nous faisons le choix de n'étudier des différences qu'entre les personnes vivant seules (sans conjoint vivant dans un autre domicile), et les personnes vivant en couple. En effet, les autres configurations sont trop peu représentées pour réaliser des analyses robustes au niveau quantitatif.

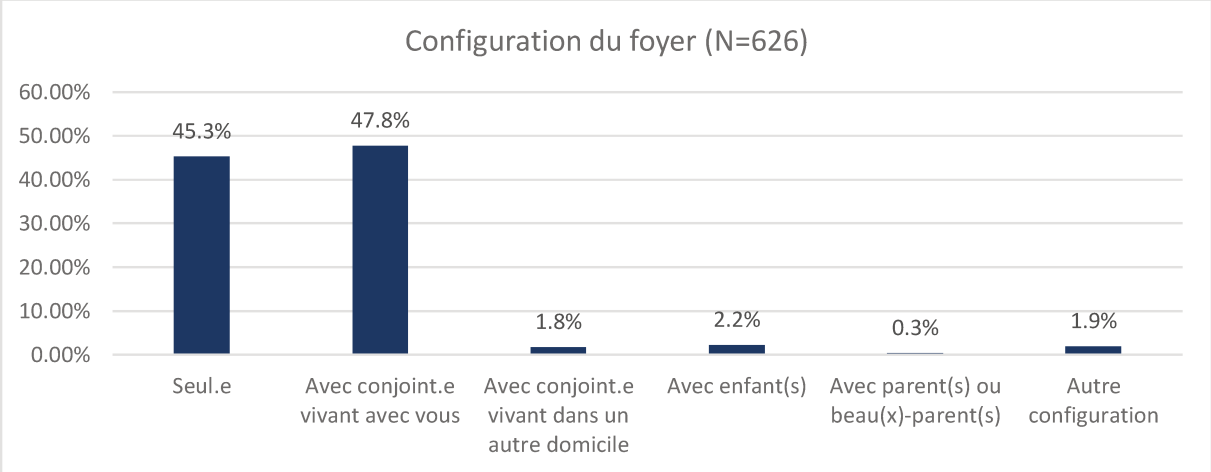


Figure 27 : Configuration du foyer

En France métropolitaine, 27,3 % des personnes âgées de 65 à 79 ans vivent seules (35 % de femmes et 18,2 % d'hommes) ainsi que 48,7 % des personnes âgées de 80 ans et plus (61,7 % de femmes et 26,6 % d'hommes) (INSEE, 2020). L'échantillon est ainsi composé d'une plus grande proportion de personnes vivant seules, par comparaison avec la population française âgée de 65 ans et plus. On retrouve cette configuration de vie, y compris chez les plus jeunes des participants (figure 28) :

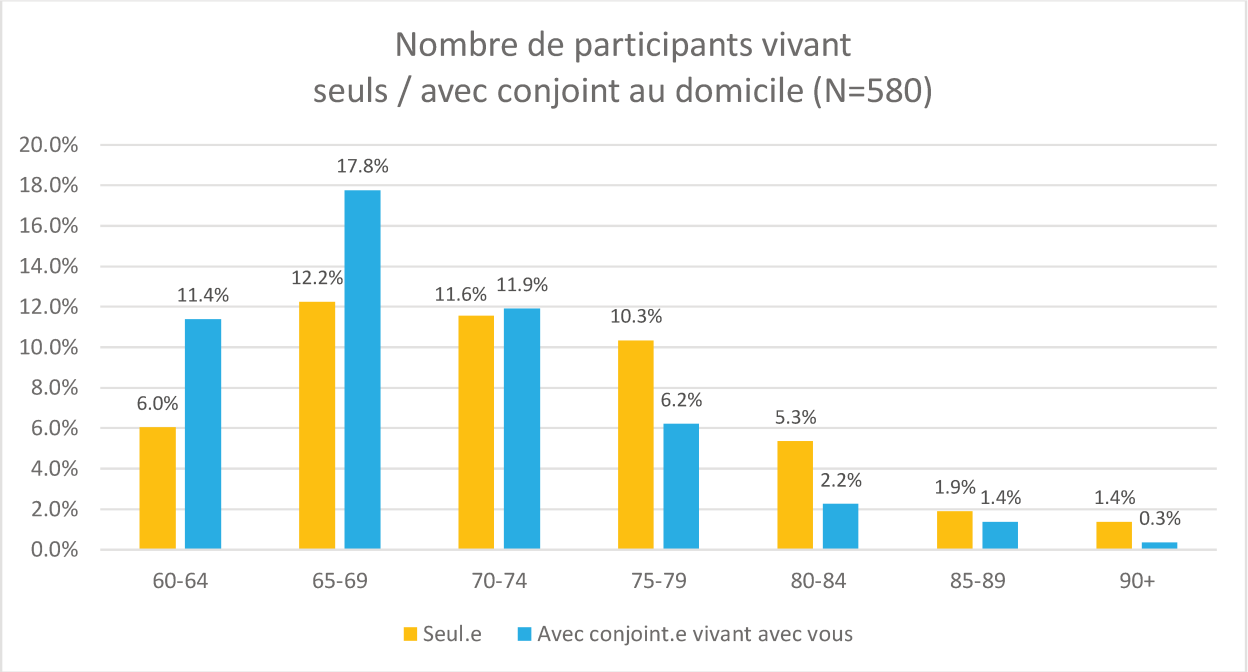


Figure 28 : Nombre de participants vivant seuls ou avec un conjoint à leur domicile (les autres configurations sont exclues du graphique. N=580)

Parmi les personnes vivant seules, la majorité (69,9 %) vit seule depuis plus de 5 ans, tandis que 30,1% vivent seuls depuis moins de 5 ans (N=236).

Lorsque nous détaillons la configuration du foyer par genre (figure 29), nous voyons que la proportion d'hommes vivant en couple (65,1 %) est double par rapport à la proportion d'hommes vivant seuls (31,3 %). Cette différence est significative (annexe A 1[33] : $\chi^2 = 9{,}76$; $p = 0{,}02$) et peut en partie être expliquée par les configurations de foyer retrouvées en France métropolitaine.

[33] Les tableaux d'analyse font tous partie de l'annexe 11.

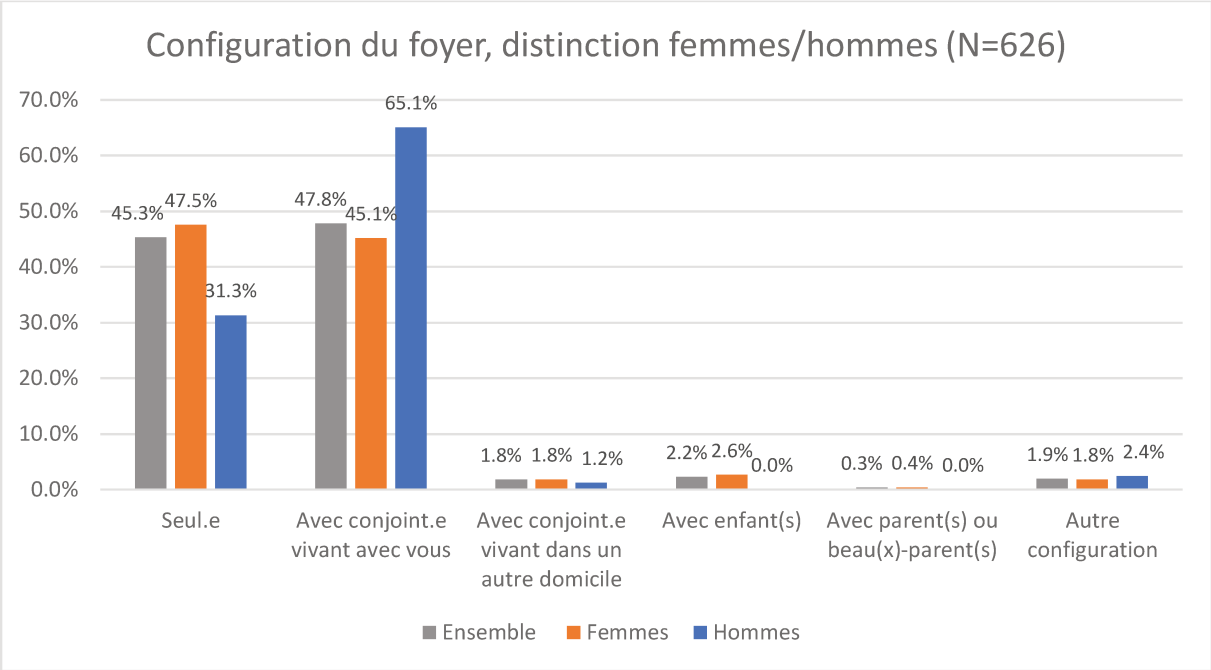


Figure 29 : Configuration du foyer selon le genre

L'échantillon est composé d'une plus grande proportion de personnes vivant seules, par comparaison avec la population française âgée de 65 ans et plus. Ce résultat ouvre des pistes d'analyse sur les raisons pour lesquelles l'atelier attire plus souvent les personnes vivant seules : ce pourrait être une recherche ou bien la poursuite de sociabilités, ou une plus grande légitimité à venir seul pour certains profils de participants. Le fait que, dans les ateliers, la proportion de participants hommes vivant en couple soit double par rapport à celles des hommes vivant seuls, interroge pour eux la légitimité à participer sans le conjoint.

1.5. Une surreprésentation des participants ayant au moins le niveau « Bac »

Concernant le niveau de diplôme, 50,0 % de l'échantillon a au moins un niveau de diplôme « Baccalauréat, brevet professionnel ou équivalent » (figure 30). Nous retrouvons le même résultat dans l'évaluation annuelle réalisée par l'association (en 2023). Par contre, c'est plus qu'à l'échelle nationale, où en 2018, seules 37,25 % des personnes âgées de 55 à 65 ans avaient au moins un diplôme « Baccalauréat, brevet professionnel ou équivalent » (INSEE, 2020).

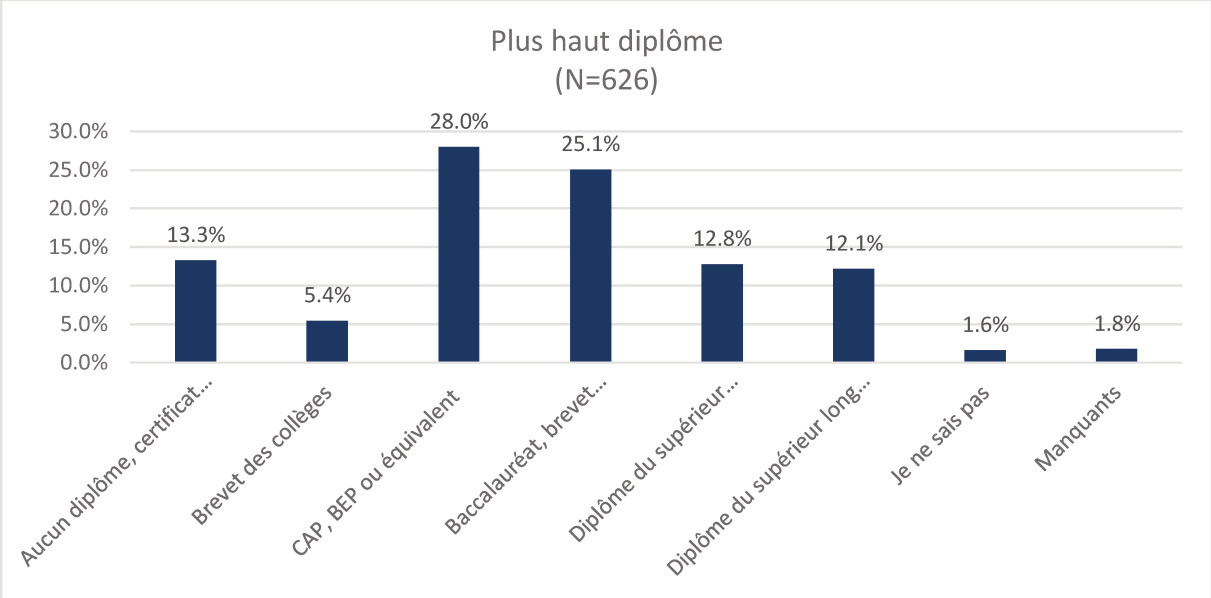


Figure 30 : Niveau de diplôme

Le niveau de diplôme n'est pas significativement différent entre les participants hommes et femmes (annexe A 2 : χ^2 = 1,11 ; p = 0.574). Par contre, il est plus souvent plus élevé lorsque les participants sont plus jeunes (âgés de 60 à 69 ans) (annexe A3 : χ^2 = 10,28 ; p = 0.036). Cela peut être expliqué par un effet générationnel : « La proportion de personnes en emploi ayant un diplôme de niveau supérieur ou égal au bac est passée de 8,5 % à 51 % entre 1962 et 2007 » (Marchand, 2010).

Les participants présentent un niveau de diplôme plus élevé que celui de la population française âgée métropolitaine, ce qui ne peut pas être expliqué que par la surreprésentation des 60-79 ans dans les ateliers (INSEE, 2020). Il y a probablement là aussi un biais de sélection, correspondant plus précisément à un biais de volontariat (Tharrey et al., 2021), de la part de participants ayant un niveau de diplôme minimum dans les ateliers, ce qui a déjà été montré dans la revue d'études de Bandayrel et Wong (2011), qui portait sur les dispositifs de prévention par la nutrition, menés auprès de

personnes vieillissantes. Ce biais peut également être présent lors de la décision de participer ou non à l'étude.

1.6. Presque la moitié sont d'anciens employés et un quart d'anciens cadres

Presque la moitié de l'échantillon (49,2 %) est constituée d'anciens employés, aujourd'hui à la retraite, et quasiment un quart (24,3 %) d'anciens cadres (figure 31). Seuls 2,7 % sont d'anciens ouvriers et seuls 0,3 % étaient « au foyer » (figure 31). Notons que presque un participant sur cinq (18,1 %) n'a pas répondu à cette question, ce qui en limite son intérêt.

Dans l'enquête « Histoire de vie » de l'INSEE, dont les données ont été recueillies en France métropolitaine en 2003, on trouve, à la retraite, 12 % de cadres, 15 % d'agriculteurs et professions libérales, 16% de professions intermédiaires, 24 % d'employés et 20 % d'ouvriers (Crenner, 2006).

Si la période d'analyse est antérieure à notre enquête, et si nous savons que la proportion d'ouvriers non qualifiés à très fortement diminué en France depuis le milieu des années 1970, passant de 2,5 à 1,5 millions (Parodi, 2004), nous pouvons tout de même constater que les ouvriers à la retraite sont sous-représentés dans l'échantillon par rapport à la population française des retraités.

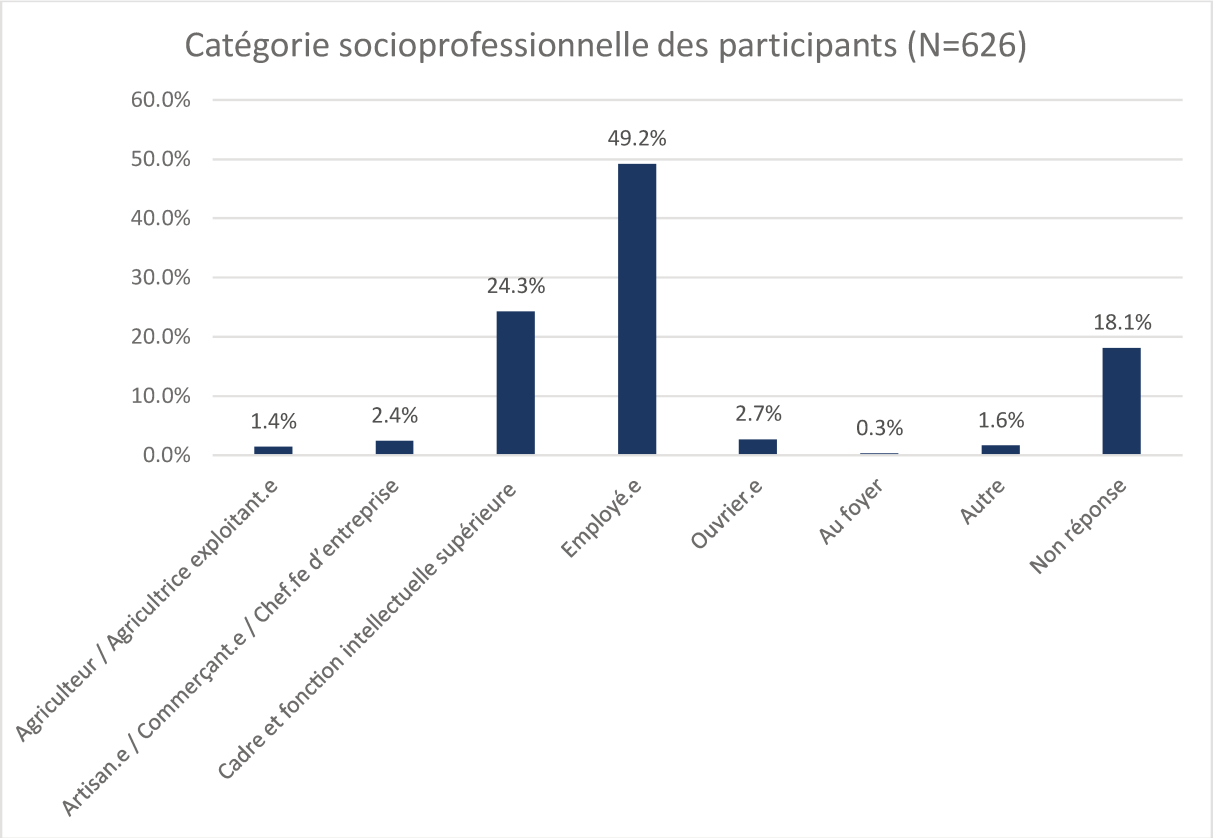


Figure 31 : catégorie socioprofessionnelle, avant la retraite, des participants

Nous nous concentrons ensuite sur les catégories professionnelles les plus représentées dans l'échantillon : les anciens cadres et employés (figure 32).

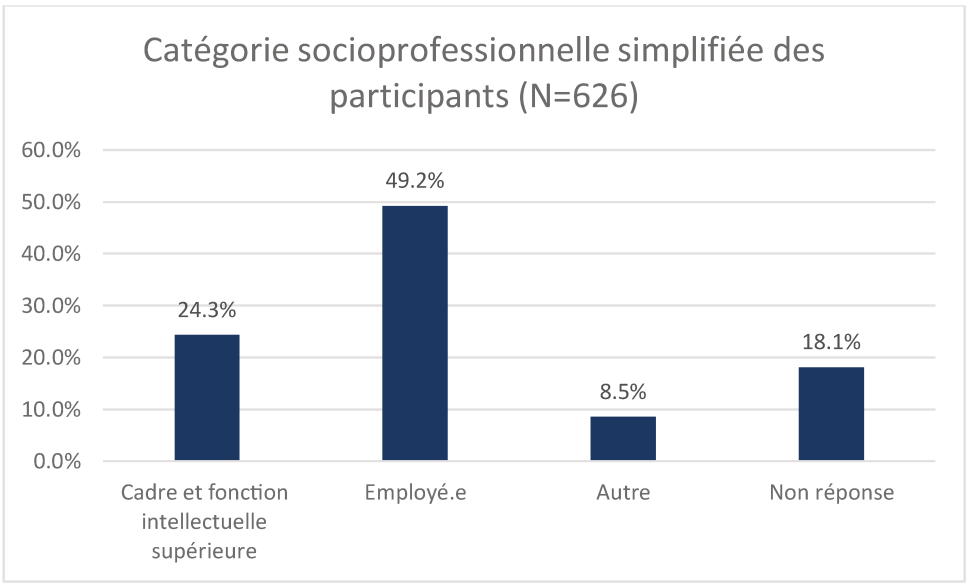


Figure 32 : catégorie socioprofessionnelle simplifiée

Les anciens cadres parmi les participants sont significativement plus souvent des hommes, tandis que les anciens employés sont significativement plus souvent des femmes (figure 33) (annexe A 4 : $\chi^2 = 12{,}65$; $p = 0.002$). L'échantillon des autres catégories socioprofessionnelles est trop faible pour pouvoir croiser ces données avec le genre.

Les anciens employés constituent la catégorie professionnelle avant la retraite la plus représentée, suivie des anciens cadres (figure 33). En revanche, les anciens ouvriers et personnes au foyer sont faiblement représentés par rapport à la population française (INSEE & Dares, 2022). Cette faible proportion d'ouvriers à la retraite peut s'expliquer par de multiples facteurs : de plus mauvaises conditions de vie (nous avons vu que les ouvriers avaient une moindre espérance de vie et souffraient de plus d'incapacités que les cadres à la retraite), une moindre attirance pour ce type d'activité, enfin, une moindre participation à l'enquête quantitative et un moindre taux de réponse à cette question (le taux de non-réponse étant de 18,1 % pour cette question).

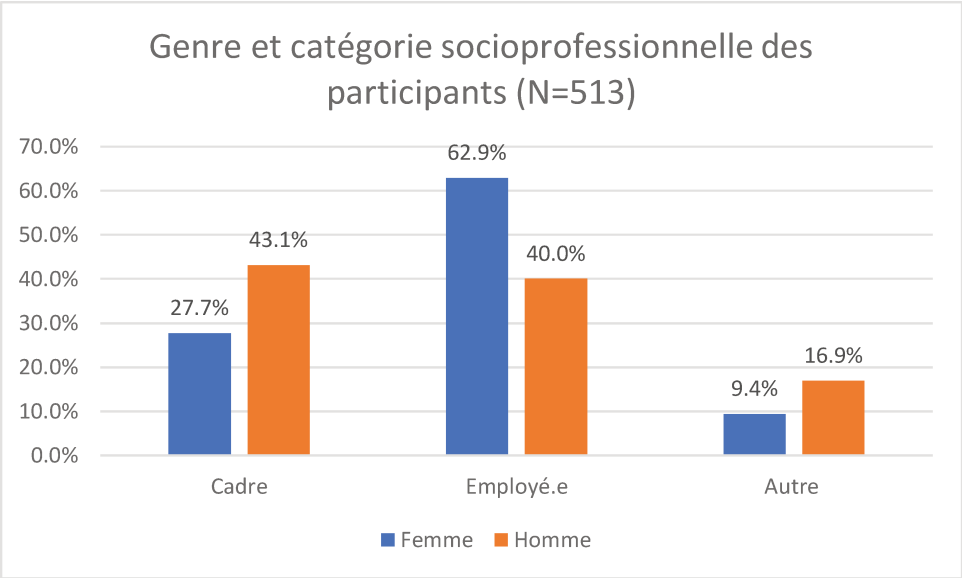


Figure 33 : Catégorie socioprofessionnelle des participants selon le genre

Enfin, les données sur les revenus nets des foyers (participants et conjoints le cas échéant) n'ont pas pu être exploitées, car il y avait une trop grande proportion, entre 19 % (pour les enquêtés) et 68 % (concernant les conjoints, le cas échéant), de données manquantes.

Dans les ateliers de cuisine organisés par l'association, on retrouve une forte surreprésentation des femmes, une surreprésentation de personnes âgées de 65 à 79 ans, de personnes vivant seules et de personnes ayant au moins le niveau « baccalauréat, brevet professionnel ou équivalent », par rapport à la population « âgée » en France métropolitaine. Les participantes femmes des ateliers vivent plus souvent seules et sont plus souvent d'anciennes employées, tandis que les participants hommes vivent plus souvent en couple et sont plus souvent d'anciens cadres.

Nous allons à présent détailler quelques indicateurs de santé, dont certains sont associés à un risque de dénutrition. L'objectif est, d'une part, de savoir à quel point les participants présentent un risque de dénutrition et d'autre part, dans les chapitres suivants, de mettre certaines de ces variables en rapport avec les habitudes alimentaires, les raisons de venir et les effets des ateliers de cuisine.

2. Profils de santé : indicateurs de risques de dénutrition et de perte d'autonomie

Nous analysons d'une part, la perception du contrôle de sa propre santé, plus ou moins internalisée. D'autre part, des données de santé sont mises en lien avec un risque de dénutrition et de perte d'autonomie, en rapport avec les objectifs annoncés par les organismes financeurs et par l'association étudiée, afin d'évaluer ces risques pour notre population.

2.1. Lieu de contrôle, interne ou externe, de la santé

Avec la question « Selon vous, à quel point votre santé dépend de… », nous avons exploré le lieu de contrôle (ou locus de contrôle) de la santé[34] des participants. Les réponses possibles, à classer de 1 à 5, correspondaient à la définition donnée en psychologie au locus de contrôle (locus interne, externe dépendant du destin, ou externe dépendant d'un tiers médecin), complétées de deux autres possibilités, relevées dans l'étape qualitative (les facteurs génétiques et les proches).

[34] Le locus de contrôle de la santé fait référence à la manière dont un individu perçoit le contrôle qu'il a sur sa propre santé. L'origine de ce concept est expliquée dans la partie 2.5. du chapitre 1. La psychologie comportementale va appliquer ce concept à la santé (Wallston & Wallston, 1982), distinguant des individus ayant un lieu de contrôle interne, c'est-à-dire ayant le sentiment d'avoir du contrôle sur leur propre santé, et des individus ayant un lieu de contrôle externe, attribuant leur état de santé à des facteurs extérieurs.

Ainsi, les réponses possibles étaient :

- Facteurs génétiques ;
- Votre mode de vie (alimentation, activité physique, stress, sommeil, tabac, alcool...) ;
- La chance, du destin ;
- Votre conjoint ou de vos proches ;
- Des médecins et autres professionnels de santé.

Le lieu de contrôle était interne pour la majorité des participants, qui pensaient en premier lieu (choix 1), que leur santé dépendait de leur mode de vie (66,6 %) puis de facteurs génétiques (choix 2) (31,1 %). Le deuxième item le plus souvent sélectionné en choix 1 correspondait également aux facteurs génétiques (16,3 %). La santé dépendait en premier lieu des médecins ou autres professionnels de santé pour seulement 3,2 %, de la chance ou du destin pour seulement 2,1 % des répondants, et du conjoint ou des proches pour seulement 1,6 % (figure 34).

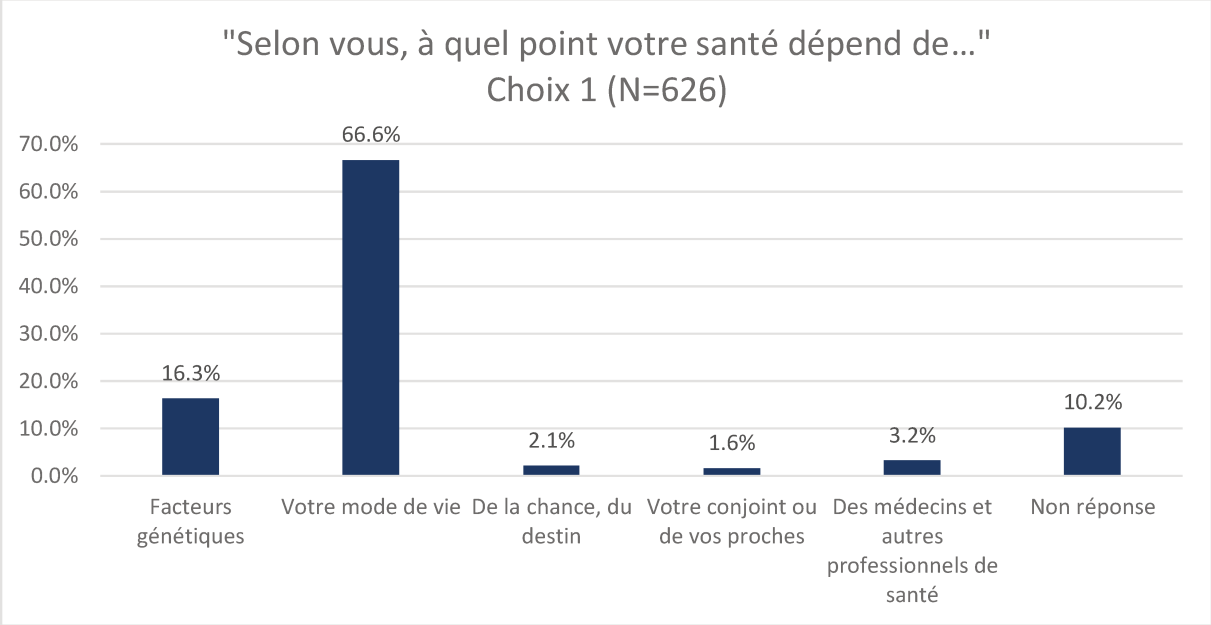


Figure 34 : Lieu de contrôle de la santé, choix 1

En analysant les effectifs cumulés (figure 35), nous constatons que le mode de vie reste le premier choix, et la réponse « de la chance, de destin », reste en dernière position.

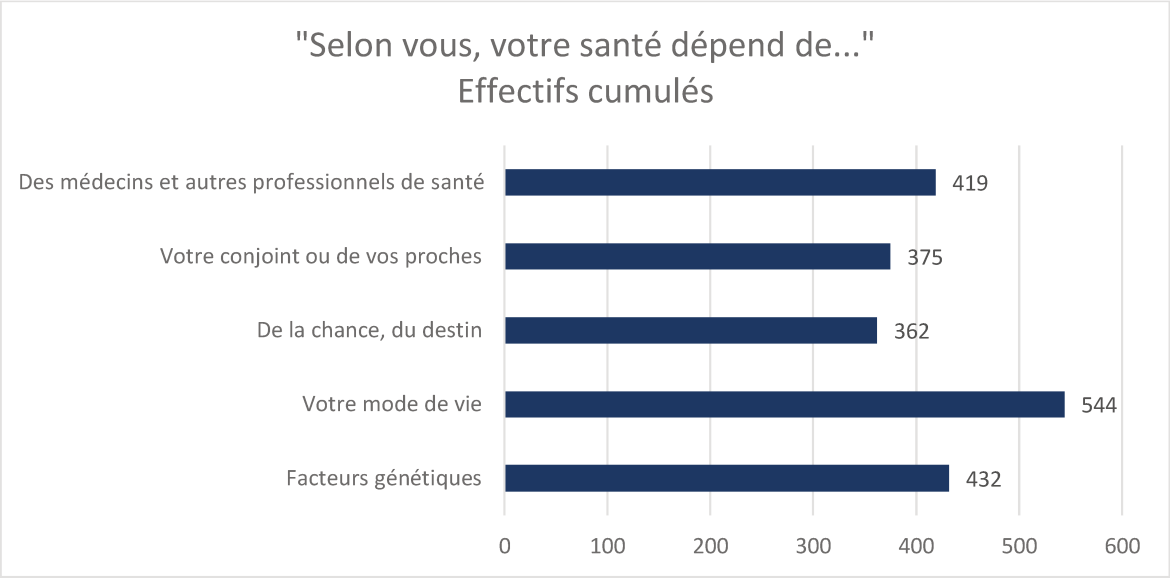


Figure 35 : Lieu de contrôle de la santé, effectifs cumulés

Le lieu de contrôle de la santé est plus souvent interne pour les personnes de plus haut niveau de diplôme. En effet, 75 % des personnes ayant un diplôme Bac+2 ou plus pensent que leur santé dépend de leur mode de vie en choix 1, contre 68 % des personnes ayant un CAP, BEP, brevet pro ou bac, et 53 % des personnes n'ayant aucun diplôme ou le certificat d'études.

Ces résultats sont concordants avec ceux identifiés dans d'autres recherches, dans le sens où un critère de position sociale, ici le niveau de diplôme, est positivement associé à un lieu de contrôle interne des personnes interrogées (Alaphilippe & Bailly, 2014 ; Poortinga et al., 2008).

2.2. Des indicateurs de risque de dénutrition et de perte d'autonomie

2.2.1. L'indice de masse corporelle

Selon la définition de la Haute autorité de santé (HAS, 2021), le diagnostic de dénutrition chez les personnes âgées de 70 ans et plus nécessite la présence d'au moins un critère phénotypique et un critère étiologique. Les critères phénotypiques sont la perte de poids d'une part (≥ 5 % en 1 mois ou

≥ 10 % en 6 mois ou ≥ 10 % par rapport au poids habituel) avant le début de la maladie, un Indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 22 kg/m² [35] et une sarcopénie[36] confirmée.

Nous n'étions pas en mesure de mesurer une sarcopénie. Par contre, nous avons pu relever le poids et la taille déclarés par les participants, calculer l'IMC et relever une éventuelle perte de poids déclarée au cours des derniers mois.

Pour information, en complément, les critères étiologiques de diagnostic de la dénutrition sont les suivants (un seul critère suffit) :

- Réduction de la prise alimentaire ≥ 50 % pendant plus d'une semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de deux semaines par rapport : à la consommation alimentaire habituelle ou aux besoins protéino-énergétiques ;
- Absorption réduite (malabsorption/maldigestion) ;
- Situation pathologique (avec ou sans syndrome inflammatoire) : pathologie aiguë ou pathologie chronique ou pathologie maligne évolutive (HAS, 2021).

Nous admettons dans les résultats que l'identification d'un critère phénotypique (IMC inférieur à 22 ou perte de poids de plus de 5 kg au cours des derniers mois) constitue un risque de dénutrition chez les personnes âgées de 70 ans et plus[37].

L'Indice de Masse Corporelle (IMC) des participants a été calculé sur la base de leurs poids et taille déclarés (figure 36). Sur l'échantillon de 626 participants, il y a 45 non-réponses. L'ensemble des réponses permet de calculer des IMC cohérents, allant de 16 à 51 kg/m² [38].

Parmi les participants, 61,6 % ont un IMC compris entre 22 et 29,9 considéré comme « normal » pour les personnes âgées de 70 ans et plus (figure 36). À l'inverse, 10,9 % des 70 ans et plus (N=330) ont un IMC inférieur à 22, et 1,7 % des 60-69 ans (N=296) présentent un IMC inférieur à 18,5. Ces valeurs sont considérées comme des seuils associés à une dénutrition pour ces tranches d'âges.

---

[35] La dénutrition peut toucher des personnes d'IMC variables, y compris des personnes en situation d'obésité (l'obésité concerne 17,4 % des enquêtés dans notre étude). Pour cette étude, nous choisissons de prendre en considération le critère d'IMC recommandé par la Haute Autorité de Santé (2021) afin d'estimer la proportion des participants ayant un risque de dénutrition, soit un IMC < à 22 chez les personnes âgées de 70 ans et plus.

[36] La sarcopénie est un syndrome gériatrique se caractérisant dans un premier temps par une diminution des capacités musculaires due à l'âge et qui en s'aggravant est à l'origine d'une détérioration de la force musculaire et des performances physiques (Rolland & Vellas, 2009).

[37] Si ces personnes ont en plus un problème de santé, elles sont considérées comme dénutries. Cependant, nos données ne permettent pas de le savoir précisément.

[38] Ces IMC extrêmes sont considérés comme plausibles. Ils correspondent respectivement aux catégories « insuffisance pondérale » et « obésité massive ». Nous avons par ailleurs retrouvé des IMC extrêmes proches lors de l'étude qualitative.

17,4 % des participants sont en situation d'obésité (IMC ≥ 30), ce qui est proche des 18,7 % de personnes en situation d'obésité dans la population française âgée de 65 ans et plus (OBEPI ROCHE, 2020).

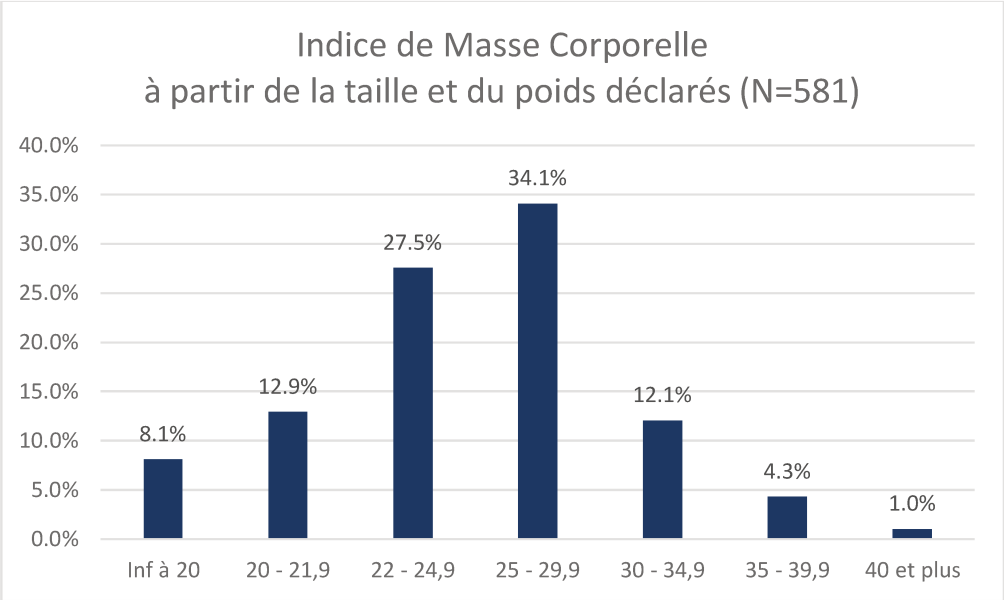


Figure 36 : Indice de Masse Corporelle (IMC, à partir de la taille et du poids déclarés

2.2.2. La perte de poids

Au total, 17,4 % des répondants ont déclaré avoir perdu du poids au cours des derniers mois : 9,7 % ont déclaré avoir perdu involontairement entre 1 et 3 kg, 2,9 % plus de 3 kg et 4,8 % plus de 5 kg (figure 37). La perte de poids est un critère pris en compte dans le questionnaire « PARAD » (Poids Appétit Repas Alimentation – Dénutrition)[39], un outil de repérage simple, en quatre questions, destiné à identifier un risque de dénutrition dans la population générale et à inciter, le cas échéant, à consulter un professionnel de santé. Avoir perdu plus de 5 kg au cours des derniers mois (c'est le cas ici pour 4,8 % des répondants) constitue en soi un risque de dénutrition.

[39] https://www.reseau-national-nutrition-sante.fr/fr/parad-4-questions-pour-prevenir-la-denutrition_-r.html. Site Internet de présentation du questionnaire PARAD. Page consultée le 11 mars 2025. Ce questionnaire a été comparé au Mini Nutritional Assessment (MNA), pour la population ambulatoire âgée. Ce travail a permis de réorganiser l'interprétation des résultats du questionnaire PARAD, pour qu'aucun patient testé n'ait un score « normal » quand le MNA était à risque.

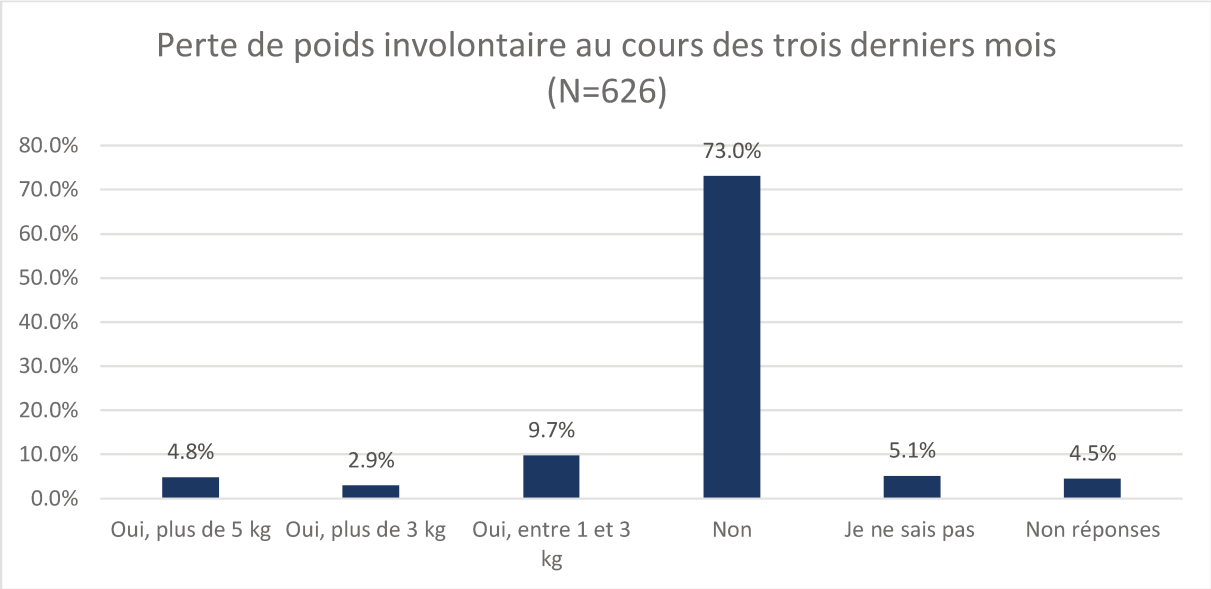


Figure 37 : Perte de poids involontaire au cours des trois derniers mois

2.2.3. Des difficultés pour manger

Un autre critère associé à un risque de dénutrition, retrouvé dans le questionnaire « PARAD », concerne la difficulté pour manger. 15,6 % des répondants ont déclaré avoir des difficultés pour manger (figure 38), dont 6,6 % des répondants pour qui il arrive souvent d'avaler de travers ou de tousser pendant les repas, ce qui constitue un risque de dénutrition.

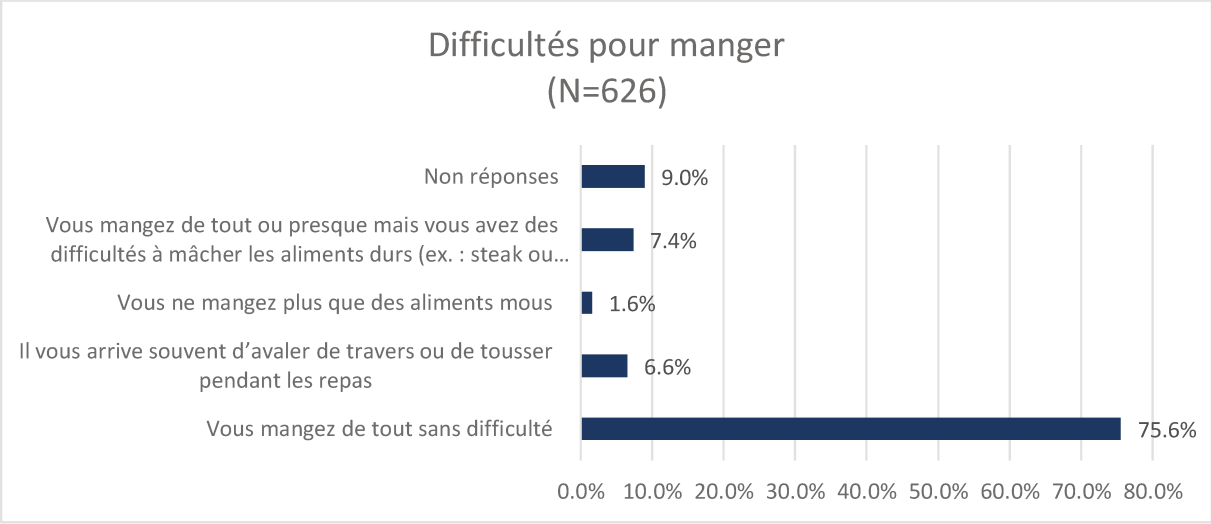


Figure 38 : Difficultés pour manger

2.2.4. Le niveau d'appétit

Toujours en suivant les critères relevés dans le questionnaire « PARAD », nous avons demandé quel était l'appétit des répondants : 7,6 % estiment avoir en ce moment un appétit « faible » ou « très faible » (figure 39), dont 1,1 % « très faible », ce qui constitue un risque de dénutrition.

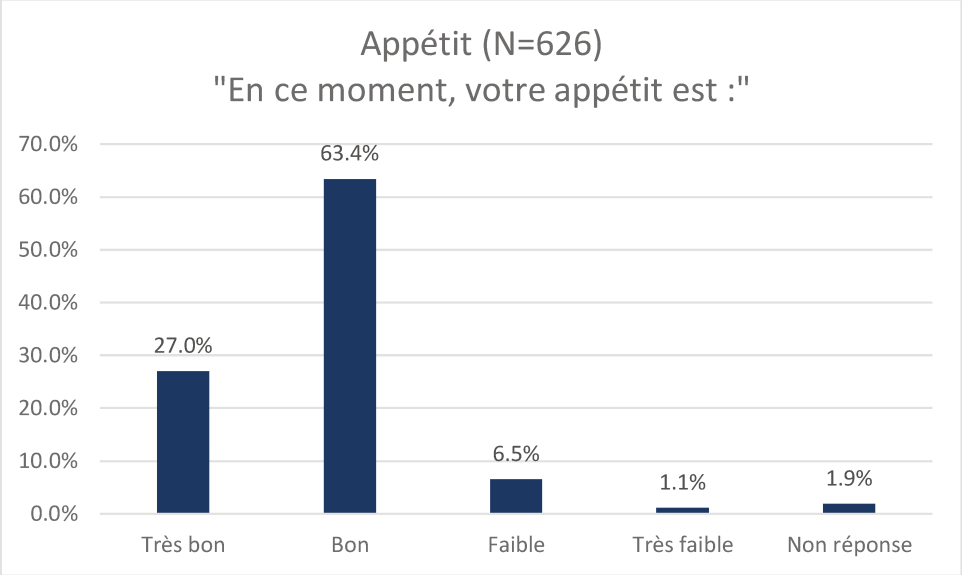


Figure 39 : Niveau d'appétit

2.2.5. Les sauts de repas

Nous avons également demandé si les personnes sautaient régulièrement des repas, le nombre de repas par jour étant également un facteur contribuant à mettre au jour un risque de dénutrition. 7,3 % des répondants ont indiqué sauter au moins un repas par jour (figure 40).

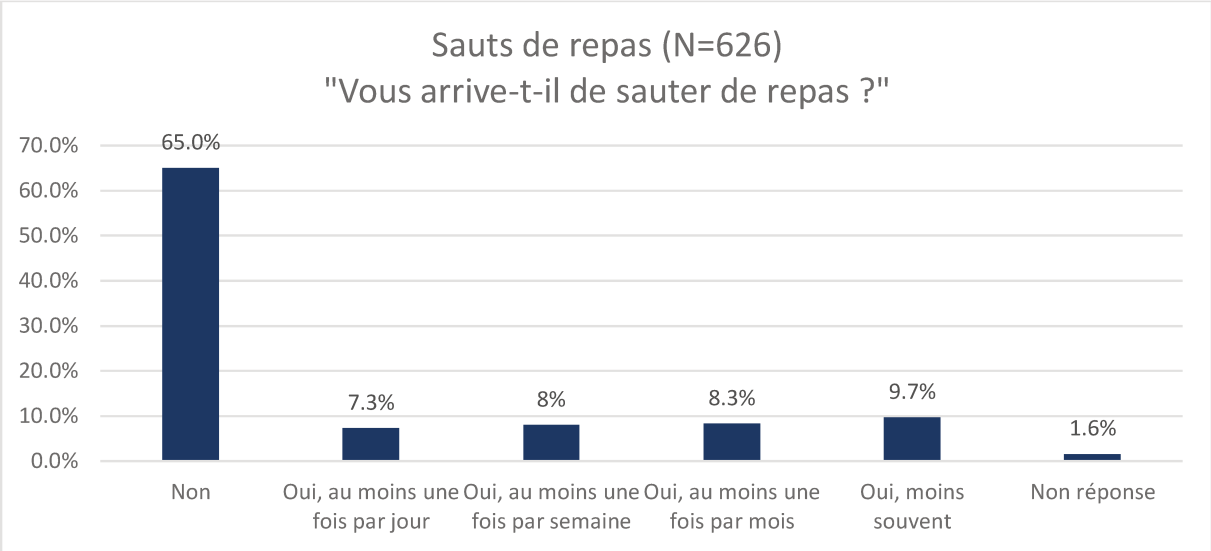


Figure 40 : Sauts de repas

2.2.6. Une maladie modifiant l'alimentation et le suivi d'un régime restrictif

22,8 % des participants ont déclaré avoir eu une maladie ayant changé leur mode de vie actuel, notamment concernant l'alimentation (figure 41).

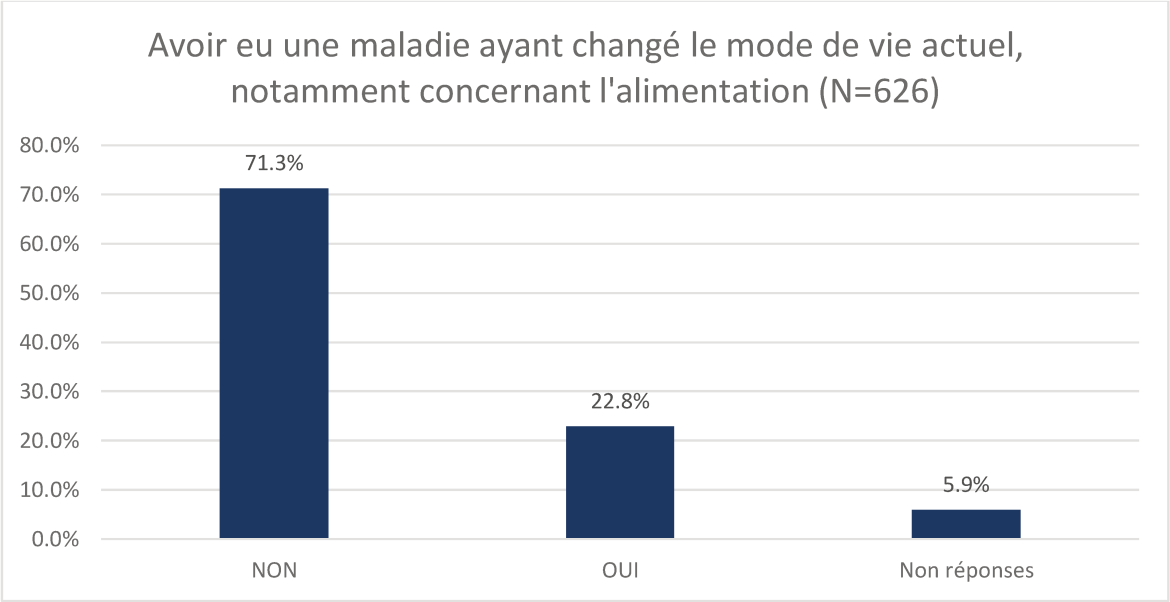


Figure 41 : Participants déclarant avoir eu une maladie ayant changé le mode de vie actuel, notamment concernant l'alimentation

Parmi eux, nous retrouvons significativement plus souvent des hommes. En effet, ils sont 31,3 % à déclarer avoir eu une maladie ayant changé leur mode de vie actuel, notamment concernant l'alimentation, tandis que les femmes sont 21,5 % à le déclarer (annexe A 5 : $\chi^2 = 11,98$; $p = 0,003$). Ce résultat invite à aller plus loin en compréhension sur des raisons éventuellement différenciées de participer à l'atelier, avec des hommes plus intéressés par des connaissances en lien avec ces maladies. Par contre, on ne trouve pas de lien significatif entre le niveau de diplôme, ou la catégorie professionnelle avant la retraite (cadre, employé, autre), et le fait d'avoir une maladie ayant changé le mode de vie actuel (annexes A 6 et A 7).

Enfin, 24,3 % des répondants ont déclaré suivre un régime restrictif, c'est-à-dire sans sel, sans gras ou sans certains aliments, dont 5,8 % de manière rigoureuse (figure 42).

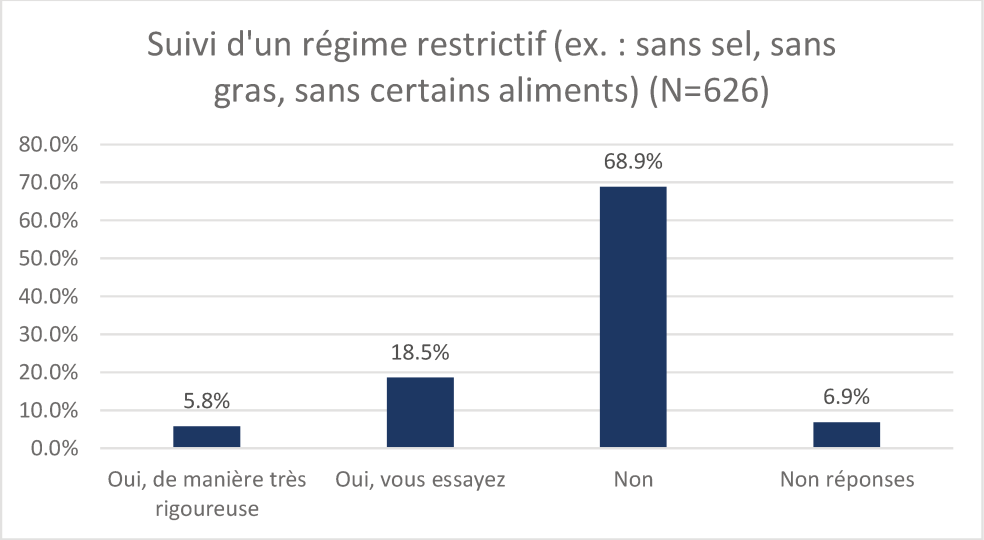


Figure 42 : Suivi d'un régime restrictif

2.2.7. Le sentiment de solitude

Le sentiment de solitude a été considéré comme un facteur potentiellement associé à un risque de dénutrition. Si ce risque est désigné par la HAS sous le terme d'« isolement social », cette notion recouvre de multiples réalités, entre le fait de vivre seul, une faible fréquence de contacts avec autrui, ou encore le fait de se sentir seul (Kaufmann, 1995 ; Van de Velde, 2018). Ces différentes acceptions coexistent dans les discours et les dispositifs des politiques publiques. En nous basant sur deux hypothèses 1) que des liens avec d'autres, mêmes « faibles », peuvent avoir un rôle social important (Granovetter, 1973), 2) que la santé perçue est un indicateur plus prédicteur du taux de mortalité que

la santé réelle (Barthe et al., 1988), nous avons retenu une variable liée à l'« isolement social » qui s'appuie sur le ressenti des personnes vieillissantes, avec la question : « vous arrive-t-il de souffrir de la solitude ? ».

7,5 % des répondants déclarent souffrir souvent de solitude et 23,3 % déclarent en souffrir parfois (figure 43).

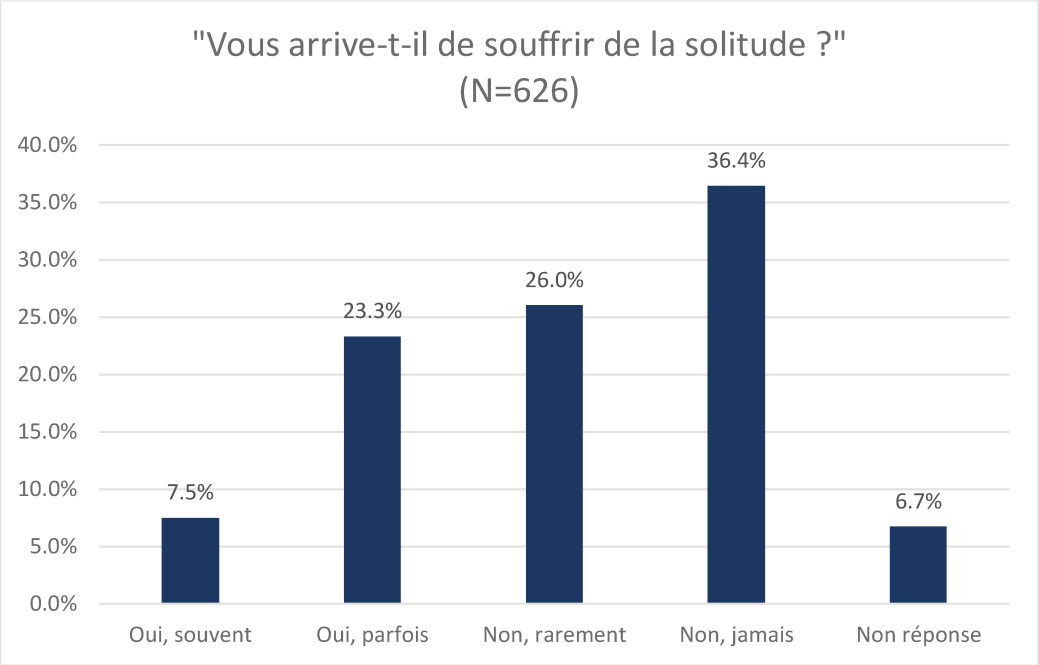


Figure 43 : Souffrir de solitude

Le fait de vivre seul est significativement associé au sentiment de solitude (annexe A8 : $\chi^2 = 144,26$; P = 0,000), de même que le fait d'être âgé de 80 ans et plus, par rapport aux personnes plus jeunes qui répondront plus souvent ne jamais souffrir de solitude (annexe A9 : $\chi^2 = 43,16$; $p = 0,000$).

2.2.8. Le soutien apporté

La satisfaction quant au soutien apporté a été demandée avec la même visée que la question sur le sentiment de solitude, comme un facteur permettant de contribuer à définir l'« isolement social », en s'appuyant sur le ressenti des personnes vieillissantes, plutôt que sur la configuration du foyer ou sur une fréquence de relations.

72,9 % des répondants déclarent être tout à fait ou parfois satisfaits du soutien apporté, tandis que 8,6 % déclarent n'être pas tellement ou pas du tout satisfaits du soutien apporté (figure 44).

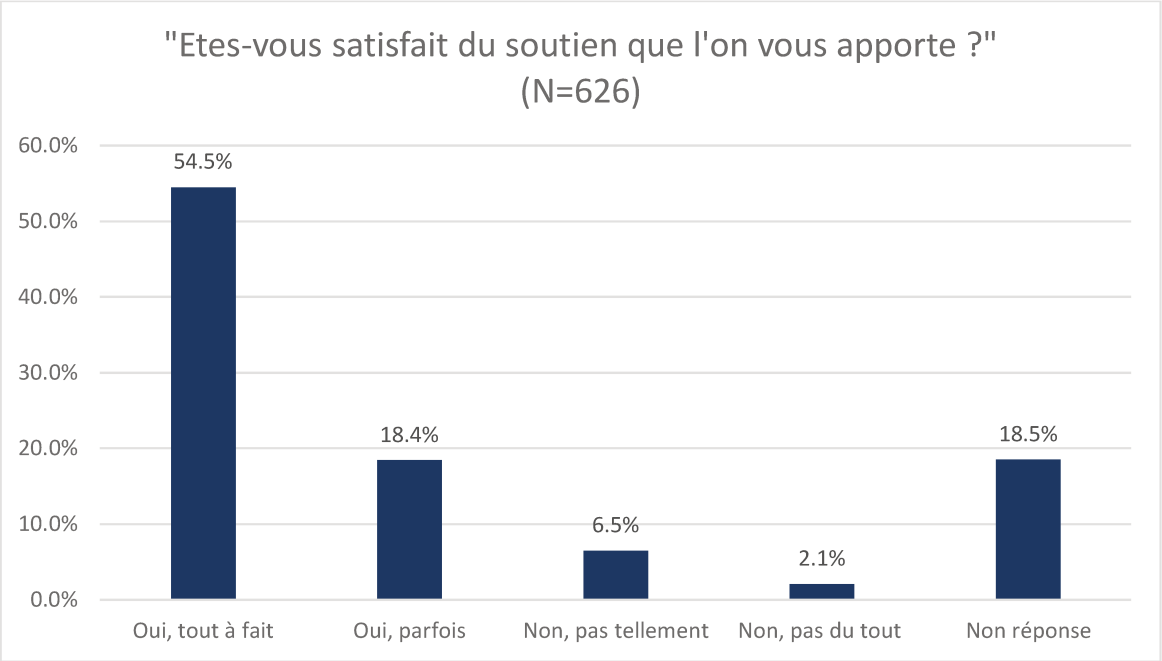


Figure 44 : Satisfaction quant au soutien apporté

La satisfaction quant au soutien apporté ne dépend pas significativement du genre, du niveau de diplôme ou de la catégorie socioprofessionnelle avant la retraite (annexes A 10, A 11 et A 12). Par contre, nous observons que cette satisfaction est significativement plus grande lorsque les personnes vivent en couple, par comparaison avec les personnes qui vivent seules (annexe A 13. χ^2 = 9,38. p = 0,009).

2.2.9. L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Le fait de demander si les personnes reçoivent l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) est un indicateur demandé par la CNSA dans toutes les actions financées à destination des personnes âgées. Ainsi, nous disposons de celui-ci dans cette étude. 20 personnes, soit 3,2 % seulement des participants ont déclaré recevoir l'APA (figure 45).

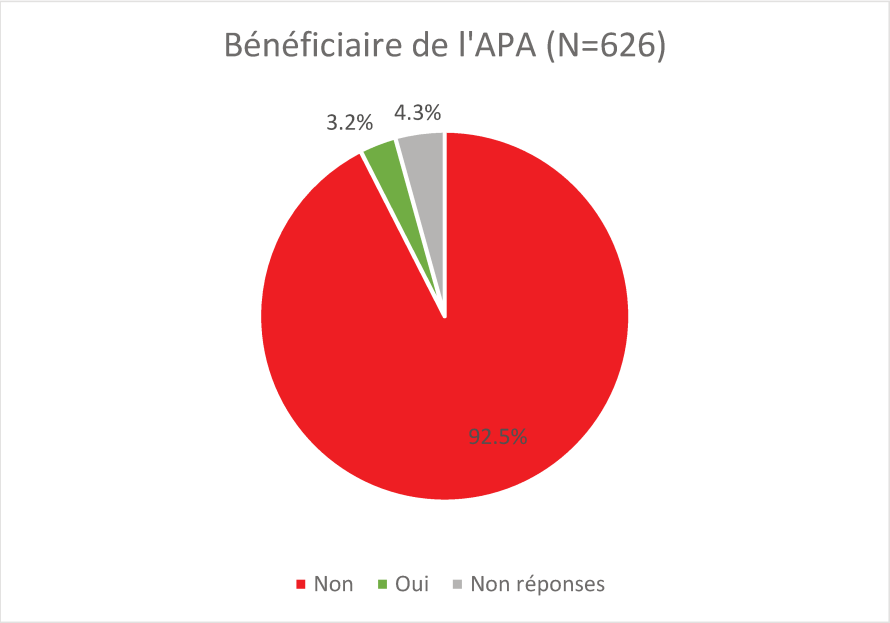


Figure 45 : Bénéficiaires de l'APA

Les risques de dénutrition mis au jour dans notre étude concernent entre 1,1 % (appétit très faible) et 10,9 % (IMC inférieur à 22 chez les 70 ans et plus) des participants. Cependant, les données comparatives avec la population française âgée manquent[40]. En intégrant des indicateurs subjectifs comme le sentiment de solitude ou la satisfaction quant au soutien apporté, au-delà de la simple situation de vie, l'étude permet de mieux comprendre les enjeux relationnels du vieillissement et des ateliers. Si vivre seul ne signifie pas nécessairement se sentir seul, ou encore mal entouré (Van de Velde, 2018 ; Paugam, 2025), dans notre recherche, ce sont les personnes vivant seules qui souffrent plus souvent de solitude et qui ne sont pas satisfaites du soutien apporté. Alors que les politiques publiques considèrent comme primordial de maintenir et renforcer les liens sociaux des personnes âgées (Haute autorité de santé, 2007 ; Aquino, 2008 ; DREES, 2015), nous visons à mieux caractériser ces formes de liens et ce que l'atelier provoque sur elles. Les bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) sont peu représentés dans notre échantillon par rapport aux personnes qui en sont bénéficiaires en France métropolitaine (DREES, 2017). Cela reflète l'orientation préventive des ateliers, destinés à un public encore « autonome » selon la définition donnée par la gérontologie.

[40] Il n'existe pas de données sur le risque de dénutrition chez les personnes vieillissantes en France. Une étude sur le sujet débute au 4e trimestre 2025 et permettra, à terme, d'estimer ce taux.

3. Des activités physiques qui diffèrent selon le profil sociodémographique

Ce dernier volet d'analyse porte sur les activités physiques : le temps de marche quotidien effectué, et le fait d'avoir d'autres activités hebdomadaires.

3.1. Temps de marche quotidienne

Le temps de marche déclaré par jour était demandé aux participants. La réponse la plus souvent sélectionnée est « au moins 30 minutes par jour » (37,7 %). La majorité des participants (64,4 %) déclare marcher au moins 30 minutes ou au moins une heure par jour, ce qui correspond à la recommandation de l'OMS pour les 65 ans et plus (« Les personnes âgées devraient pratiquer au moins, au cours de la semaine, 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée[41] ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue ») (Organisation Mondiale de la Santé, 2010, p. 30) (figure 46).

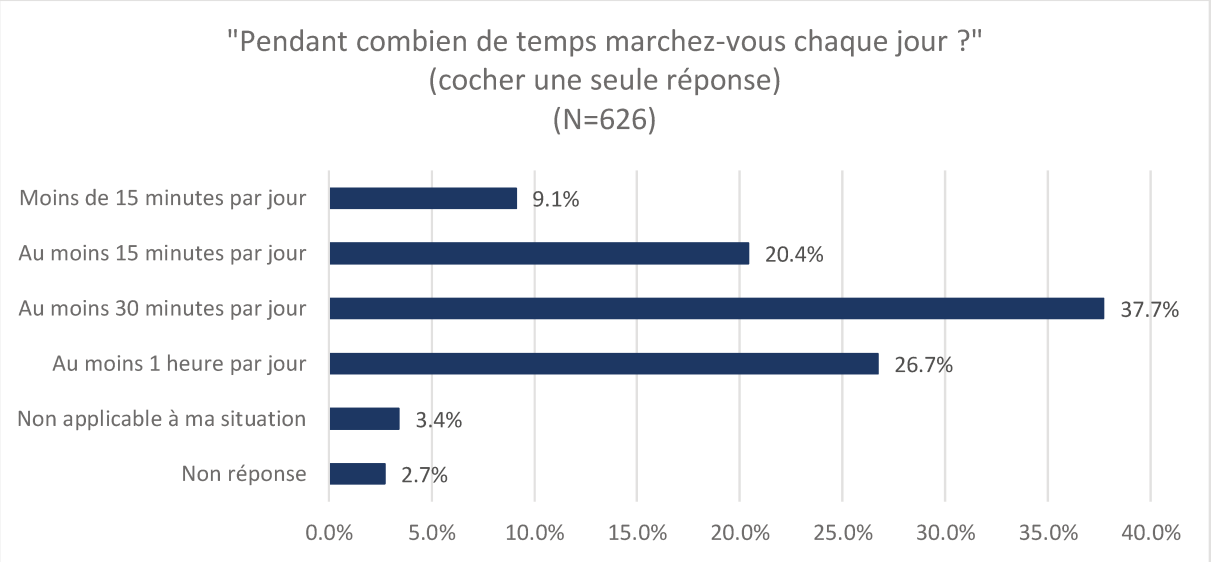


Figure 46 : Temps de marche quotidien déclaré

En France, 68 % des adultes (de moins de 65 ans) ne remplissent pas ce seuil, avec une proportion plus élevée chez les femmes (82 % contre 57 % chez les hommes) (Mariotti et al., 2022, p. 20-21). Notre population apparaît comme physiquement plus active que la moyenne nationale chez les adultes. De plus, il n'y a pas de différence significative entre homme et femme sur ce temps de marche quotidien.

[41] La marche à pied est considérée comme une activité physique d'intensité modérée.

3.2. Activités physiques réalisées chaque semaine

Dans l'enquête quantitative, nous posions la question de la réalisation, au moins à une fréquence hebdomadaire, d'autres activités physiques que la marche. Celle-ci a pour fonction de connaître le niveau d'activité physique (en complément de l'autre question). Elle permet également de mieux appréhender les pratiques des participants au cours de leur semaine, en complément de l'activité culinaire.

Il ressort que les cinq activités les plus souvent sélectionnées sont le ménage (61,2 %), la randonnée (47,6 %), la gym (35,1 %), le jardinage (34,8 %) et les activités associatives (31,5 %) (figure 47) :

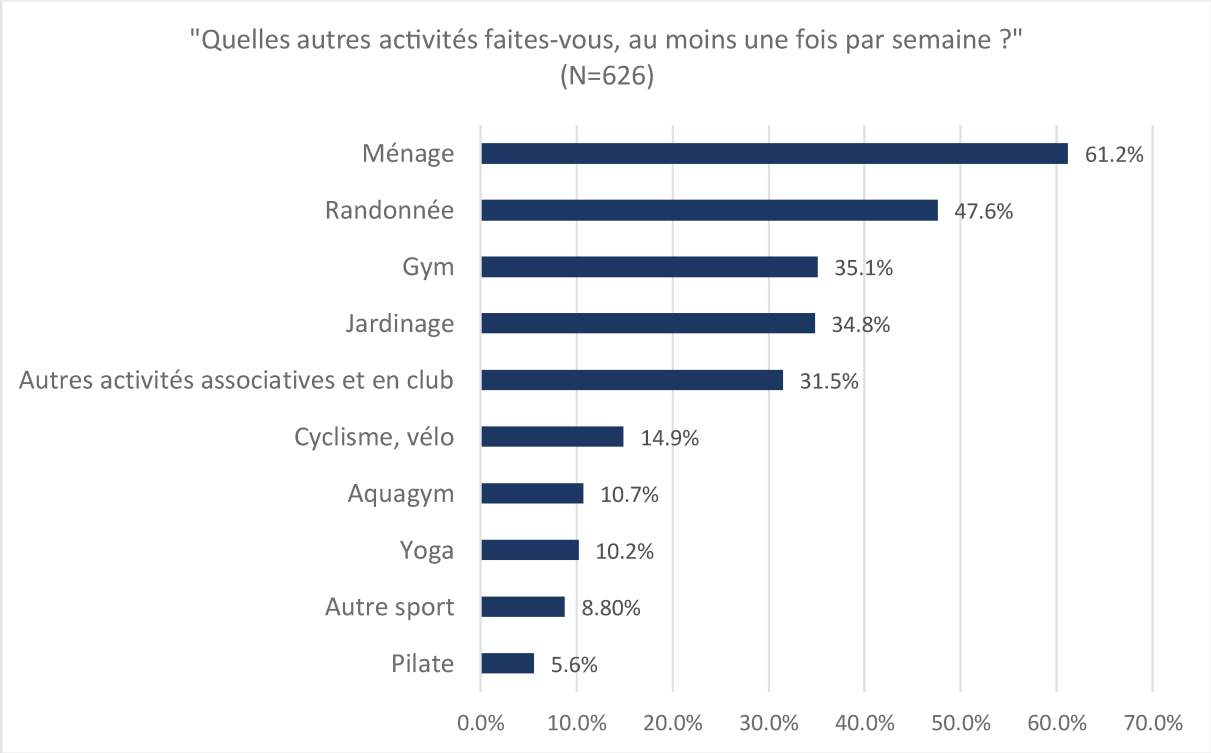


Figure 47 : Les autres activités physiques que la marche, réalisées au moins une fois par semaine

Les tests ont tout d'abord révélé que les différences significatives entre activités réalisées concernaient le genre. En effet, le ménage (annexe A 14 : $\chi^2 = 51,87$; $p = 0.000$) et la gym (annexe A 15 : $\chi^2 = 14,02$; $p = 0.000$) sont significativement plus souvent réalisés par les femmes, tandis que le cyclisme (annexe A 16 : $\chi^2 = 6,46$; $p = 0,011$) et le jardinage (annexe A 17 : $\chi^2 = 4,01$; $p = 0,045$) sont significativement plus souvent réalisés par les hommes. Il n'y a pas de différence genrée concernant la randonnée (annexe A 18 : $\chi^2 = 0,69$; $p = 0,407$), les activités associatives et en clubs (annexe A 19 : $\chi^2 = 2,41$; P = 0,120). Enfin, concernant l'aquagym, le yoga et le pilate, les échantillons sont trop faibles pour conclure à des différences significatives (figure 48).

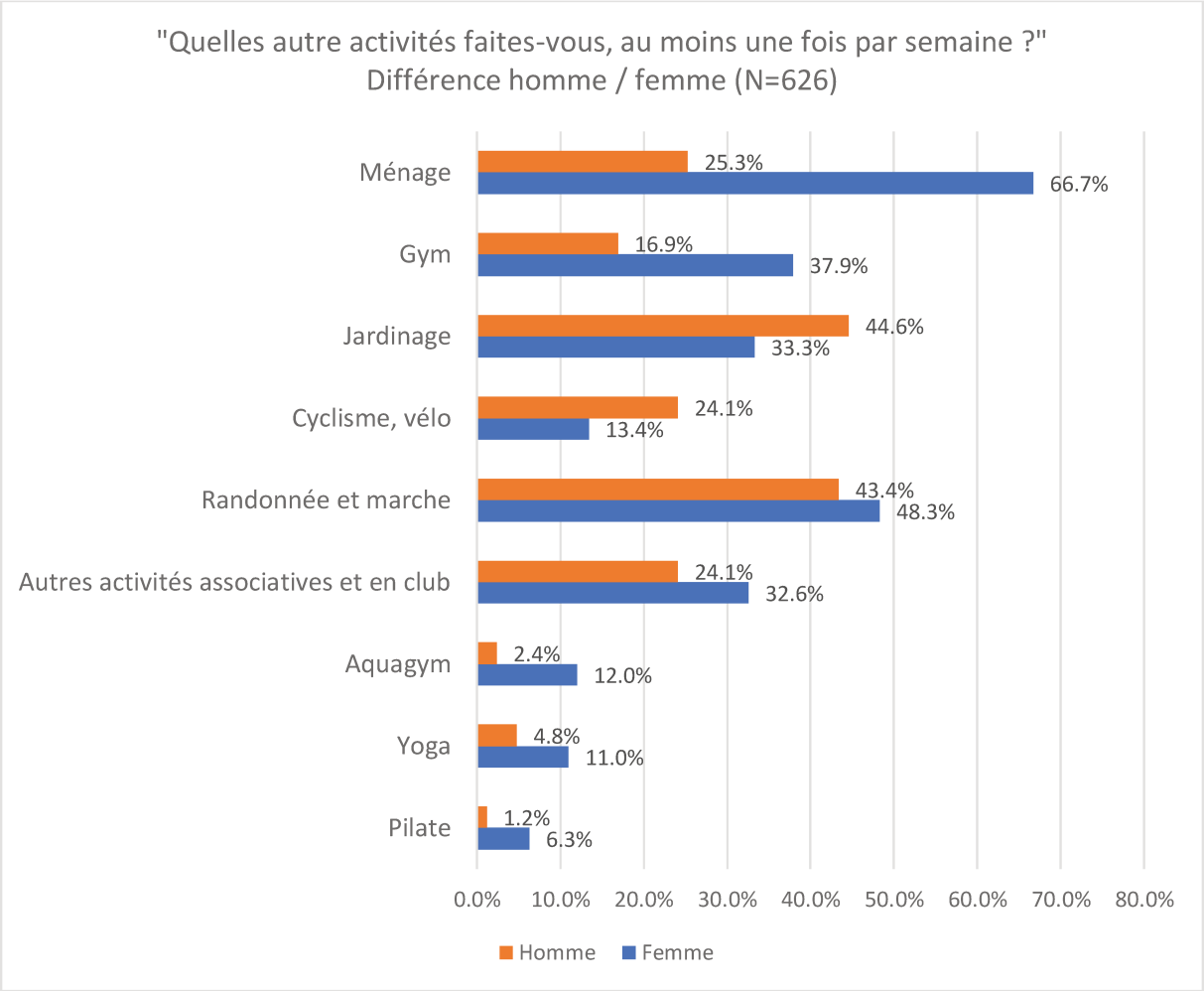


Figure 48 : Les autres activités physiques que la marche, réalisées selon le genre

Une autre variable indépendante permettant d'observer des différences significatives dans les activités réalisées est l'âge. Ainsi, les personnes âgées de 80 ans et plus font moins de randonnée (annexe A 20 : χ^2 =15,56 ; p = 0,000) ou de cyclisme (annexe A 21[42]), et jamais plus d'activités que les plus jeunes des répondants, indiquant une baisse probable du nombre d'activités physiques réalisées au fil de l'avancée en âge.

[42] En raison d'effectifs inférieurs à cinq dans une cellule du tableau, les conditions d'application du test du khi² ne sont pas pleinement remplies. Les résultats ne peuvent donc pas être interprétés de manière significative, bien qu'une tendance se dessine.

Conclusion du chapitre 3

L'analyse des profils sociodémographiques des participants aux ateliers révèle des écarts notables avec la population française âgée en France métropolitaine, mettant en évidence des effets d'inclusion des participants dans les ateliers de cuisine.

La forte surreprésentation des femmes suggère que l'inclusion et la décision de participer sont influencées par des rôles sociaux, notamment en lien avec la responsabilité domestique de la cuisine et l'attention portée à la santé via l'alimentation. Par ailleurs, le fait que les participants hommes déclarent plus de maladie en lien avec l'alimentation invite à poser l'hypothèse selon laquelle ils participeraient plus que les femmes pour cette raison. Les personnes âgées de 80 ans et plus sont sous-représentées, ce qui peut s'expliquer par des difficultés à venir, une moindre envie ou un sentiment d'illégitimité à participer, traduisant une possible « barrière symbolique » liée à l'âge. Par ailleurs, les personnes vivant seules sont surreprésentées en atelier. Cela ouvre des pistes d'analyse : l'atelier peut attirer ces personnes par une envie de sociabilité, ou en raison d'une plus grande légitimité perçue à venir seul. En revanche, chez les hommes, ceux vivant en couple sont deux fois plus nombreux à participer que ceux vivant seuls, posant la question d'une moindre envie ou légitimité à participer sans le conjoint. Les participants ont un niveau de diplôme plus élevé que la moyenne nationale concernant les personnes vieillissantes, reflétant probablement un biais de volontariat (Tharrey et al., 2021), où les personnes faisant un lien entre alimentation et santé sur le long terme sont plus attirées que les autres par l'atelier, biais déjà observé dans d'autres dispositifs de prévention nutritionnelle auprès des personnes âgées (Bandayrel & Wong, 2011). Enfin, les anciens employés et cadres sont les plus représentés, tandis que les anciens ouvriers le sont très peu. Cette faible représentation peut s'expliquer par des conditions de vie plus difficiles, une espérance de vie plus courte, un moindre attrait pour ce type d'activité ou encore un taux de non-réponse élevé à la question sur la profession (18,1 %).

Les risques de dénutrition mis au jour dans notre étude concernent entre 1,1 % (appétit très faible) et 10,9 % (IMC inférieur à 22 chez les 70 ans et plus) des participants, mais les données comparatives avec la population française manquent.

En intégrant des indicateurs subjectifs, comme le sentiment de solitude ou le soutien social, au-delà de la simple situation de vie, l'étude vise à mieux comprendre les enjeux relationnels du vieillissement et des ateliers. En effet, vivre seul ne signifie pas nécessairement se sentir seul, ou encore mal entouré (Van de Velde, 2018 ; Paugam, 2025), bien que dans cette recherche, vivre seul soit associé au fait de souffrir de la solitude et au manque de satisfaction quant au soutien apporté. Dans le prolongement des politiques publiques, qui considèrent comme primordial de maintenir et renforcer les liens sociaux

des personnes âgées en lien avec la prévention de la dénutrition et de la perte d'autonomie (Haute autorité de santé, 2007 ; Aquino, 2008 ; DREES, 2015), nous visons à mieux caractériser ces formes de liens et ce que l'atelier provoque sur elles. Enfin, les bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) sont peu représentés dans notre échantillon par rapport aux personnes qui en sont bénéficiaires en France métropolitaine (DREES, 2017). Cela reflète l'orientation préventive des ateliers, destinés à un public encore « autonome » selon la définition donnée par la gérontologie.

Ce point est renforcé par le fait que les temps de marche déclarés indiquent qu'une majorité des participants a une activité physique modérée conforme aux recommandations de l'OMS. Par ailleurs, les autres activités hebdomadaires déclarées montrent une certaine diversité, avec des tendances différenciées selon le genre (plus de cyclisme et de jardinage chez les hommes, plus de ménage, de gym et d'autres activités en association ou en club chez les femmes). Ces résultats laissent imaginer une organisation des activités quotidiennes très différente selon le genre. Enfin, les participants âgés de 80 ans et plus réalisent globalement moins d'activités physiques que les autres ; nous constaterons peut-être aussi une baisse de l'activité culinaire chez ces participants plus âgés.

Les caractéristiques sociales des participants orientent probablement les attentes vis-à-vis des ateliers. Pour les comprendre, nous allons à présent saisir le rapport à la cuisine et son évolution dans le parcours de vie.

Chapitre 4

Parcours de vie culinaire et changements alimentaires au cours du vieillissement

Pour comprendre les possibles effets préventifs des ateliers de cuisine, il est nécessaire de s'interroger en amont sur la place qu'occupe la cuisine dans la vie des personnes vieillissantes concernées. Ce chapitre s'attache ainsi à explorer, à partir de leurs parcours de vie, la manière dont elles définissent, pratiquent et investissent la cuisine.

Ce chapitre se compose de trois parties. La première porte sur les modalités de ce qu'est la cuisine (et au contraire, ce qu'elle n'est pas) pour les participants des ateliers, à travers l'analyse des représentations, des pratiques culinaires et alimentaires, relevées dans l'étude qualitative, puis quantitative.

La deuxième partie s'intéresse aux trajectoires genrées et socialement situées de l'apprentissage de la cuisine au cours de la vie, à travers l'analyse des entretiens, en particulier la partie portant sur les parcours de vie culinaires.

Enfin, la troisième partie vise à montrer les effets du vieillissement sur la cuisine et plus généralement sur les pratiques alimentaires, et les liens faits avec la santé. Il s'agit une nouvelle fois de partir des entretiens menés pour éclairer ces aspects.

Ces résultats mettent au jour le fait que les participants arrivent en atelier avec des attentes différenciées selon leur savoir-faire en cuisine et leur approche de l'alimentation pour la santé.

1. Ce que cuisiner veut dire : définitions, représentations, pratiques et consommations

« Cuisiner » recouvre des sphères de l'espace social qui en font une activité à sens multiples. Si cuisiner donne lieu à des représentations en grande majorité positives, celles-ci sont très différenciées selon le genre et le type de cuisine réalisée, entre quotidien et exceptionnel. En outre, si les participants interrogés cuisinent majoritairement tous les jours ou presque, ceci cache aussi des disparités en fonction du genre et du fait de vivre seul ou non. Enfin, la fréquence de cuisine apparaît comme associée à des prises alimentaires plus diversifiées, soulevant la question d'une inégalité sociale face à la pratique de la cuisine.

1.1. « Cuisine » : un mot polysémique et un acte polymorphe

1.1.1. Les définitions données à la cuisine diffèrent selon le degré de pratique

Le terme « cuisine » recouvre à la fois des savoir-faire, un lieu, une succession d'étapes et ce qui est cuisiné[43]. Nous allons voir que, en plus, les participants des ateliers de cuisine ont une définition qui varie en fonction du temps passé, des techniques utilisées et de l'état de la pièce où elle a été faite.

La cuisine peut tout d'abord être appréhendée sur le plan du temps passé à cette activité :

> « Je fais mes poivrons, mes oignons, des trucs simples, vite faits. Je coupe, je fais revenir tout ça, je casse deux œufs. Ça j'adore. Ça c'est pas de la cuisine. La vraie cuisine, maintenant on en fait beaucoup moins, déjà à cause du prix du gaz. C'est les choucroutes, les trois viandes, comme un pot-au-feu, là c'est de la cuisine. Un bourguignon, avant on faisait cuire ça tranquillement pendant deux trois heures. » (E15, Fabienne[44], âgée de 69 ans, de faible niveau de diplôme, gardienne d'immeuble et garde d'enfants à la retraite, vivant avec sa fille et son gendre, dans le Val-de-Marne).

[43] Le mot « cuisine » a été défini par les personnes interrogées pendant les entretiens, avec les questions, « pour vous, qu'est-ce que cuisiner ? Et quand est-ce que ce n'est pas de la cuisine ? »

[44] Les prénoms sont des pseudonymes afin de respecter l'anonymat des participants.

Au contraire, certaines personnes, et notamment celles qui revendiquent une formation dans le domaine (E9, E30, E37, anciens cuisiniers ayant un CAP de cuisine, E26, ancienne charcutière), partent du principe que tout est cuisine, y compris un sandwich préparé soi-même.

> « Cuisiner c'est préparer le repas. Même une salade, c'est cuisiner. Le sandwich pour le voyage, je le prépare, c'est cuisiner » (E30, Thierry, âgé de 67 ans, ayant un niveau de diplôme moyen, cuisinier à la retraite, vit seul, divorcé et avec une compagne qui habite ailleurs, en Seine-et-Marne).

Par ailleurs, la cuisine peut être qualifiée comme telle, car des ustensiles et des aliments ont été dérangés, ils prennent l'espace de la cuisine :

> « Ça, c'est réchauffé ! Mais comme je suis obligée de sortir plusieurs choses, ça ressemble quand même à un chantier (dans sa cuisine ndlr.) ! » (E17, Marie-Élisabeth, âgée de 68 ans, niveau de diplôme moyen, n'ayant pas eu de carrière professionnelle complète, vivant seule dans le Val-de-Marne).

Enfin, pour certains, la dimension culinaire peut être invoquée uniquement lorsqu'il s'agit de partager les repas préparés :

> « Cuisiner, pour moi c'est préparer la viande, les gâteaux, les légumes, quand j'invite les gens. Sinon c'est du bricolage » (E5, Vivianne, âgée de 69 ans, de haut niveau de diplôme, gérante d'épiceries à la retraite, divorcée et vivant seule à Paris).

Finalement, les personnes ayant le plus de savoir-faire en cuisine et qui le mettent en pratique au quotidien ont tendance à envisager le fait que toute manipulation – quels que soient le temps passé, les ingrédients ou les techniques employées – est de la cuisine.

Au contraire, les personnes ne revendiquant ni savoir-faire ni pratique culinaire ont tendance à mettre cette activité à distance : elle demande un certain temps, un certain lieu et certaines méthodes de préparation. Ainsi, la préparation alimentaire quotidienne, bien qu'elle soit réalisée en pratique par la personne, n'est alors pas définie comme de la cuisine.

Cette pluralité de définitions de la cuisine a posé certains problèmes méthodologiques. Pour les résoudre, il a fallu arbitrer les dimensions spécifiques que nous explorions à travers nos questions, à la fois dans les entretiens et dans le questionnaire. Lors des entretiens, nous avons retracé les apprentissages de la cuisine au cours de la vie en laissant les personnes qualifier elles-mêmes ces moments d'apprentissage et ce qu'elles entendaient par « cuisiner ». Ainsi, nous avons récolté certaines périodes qui étaient considérées comme pouvant être déterminantes dans leur apprentissage, parfois associées à certaines personnes ou à certains lieux.

Ensuite, la question sur ce qu'était ou non de la cuisine a permis d'aborder les représentations positives ou négatives portées sur cette activité. Puis, nous avons demandé de préciser ces représentations. Dans le questionnaire, les représentations sociales de plaisir ou de contrainte associées à la cuisine découlent des verbatims employés par les personnes lors des entretiens.

Enfin, dans le questionnaire, la question portant sur la fréquence de cuisine nous a amenés à proposer une définition, avec l'objectif de différencier la préparation d'un plat, d'un plat acheté qui serait déjà « prêt à manger ».

Ainsi, faire la cuisine recouvre plusieurs dimensions, plus ou moins mobilisées par les personnes vieillissantes interrogées pour la définir :

- Le temps passé ;
- Le mode de cuisson employé ;
- La réflexion autour des ingrédients utilisés ;
- La transformation de l'espace provoquée par cette activité ;
- Le type de plat réalisé ;
- Le caractère plus ou moins commensal du repas pour lequel on fait la cuisine.

On voit dès lors que plusieurs éléments participent à des définitions différenciées de l' « espace culinaire » (Poulain, 2002c, p. 233) qui articule les lieux, les temporalités, les personnes et les événements associés à cette activité : les variations techniques qui transforment le produit naturel en aliment et organisent le passage du cru au cuit (Lévi-Strauss, 1965, 1964/2001), le temps passé à cette tâche, l'espace investi, les ingrédients manipulés et le partage des repas.

1.1.2. Les représentations sociales, positives et négatives, de la cuisine

Dans cette partie, nous nous intéressons en particulier aux représentations sociales en cours chez les participants, au moment où a lieu l'enquête, comme des schèmes de pensées guidant l'action (figure 49). Pour saisir les représentations sociales de la cuisine à une échelle quantitative, nous avons posé la question suivante : « pour vous, cuisiner c'est avant tout… (un seul choix possible) ». Les choix disponibles ont été définis à la lumière de l'analyse des entretiens. Ainsi, l'item « un plaisir quotidien », s'il associe deux notions, est utilisé comme tel, car il reflète la manière d'aborder cette activité par une partie des personnes interrogées.

Nous retrouvons une prédominance des représentations sociales positives chez 81,9 % des répondants, contre seulement 15,3 % qui en ont une représentation négative (figure 49).

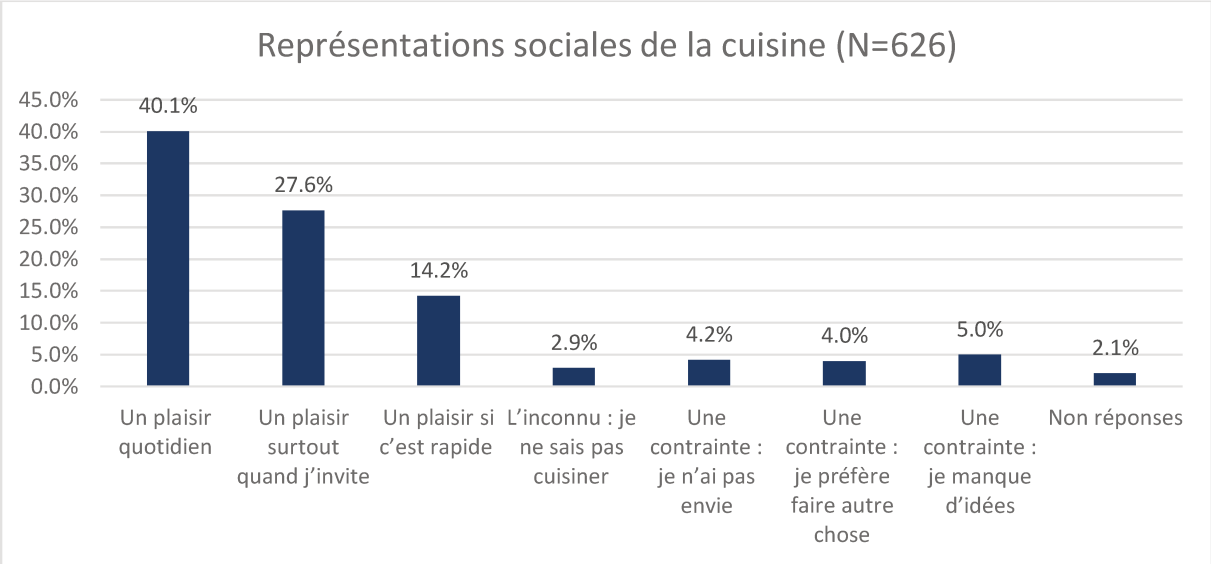


Figure 49 : Représentations sociales de la cuisine

Ce résultat est sans doute influencé par le fait que les répondants viennent de participer à un atelier de cuisine :

- D'une part, ils sont venus en connaissant la nature de l'activité proposée ;
- D'autre part, ils ont rempli le questionnaire alors qu'ils étaient encore sur les lieux de l'atelier.

Il est donc particulièrement intéressant de comprendre qui, au sein des participants, a des représentations plus négatives de la cuisine (annexe A 22 : $\chi^2 = 43{,}91$; $p = 0{,}000$[45]) (figure 50) :

- Tout d'abord, les femmes ont déclaré moins souvent que les hommes que cuisiner est un plaisir quotidien (40,0 % des femmes contre 46,9 % des hommes) ;
- Elles déclarent par contre plus souvent que cuisiner est une contrainte (14,1 % des femmes contre 8,6 % des hommes) ;
- En outre, les femmes déclarent plus souvent que les hommes que cuisiner est un plaisir lorsqu'elles invitent (elles sont 30,1 % contre 16,0 % des hommes) ;
- Enfin, 13,6 % des hommes et 1,3 % des femmes déclarent ne pas savoir cuisiner.

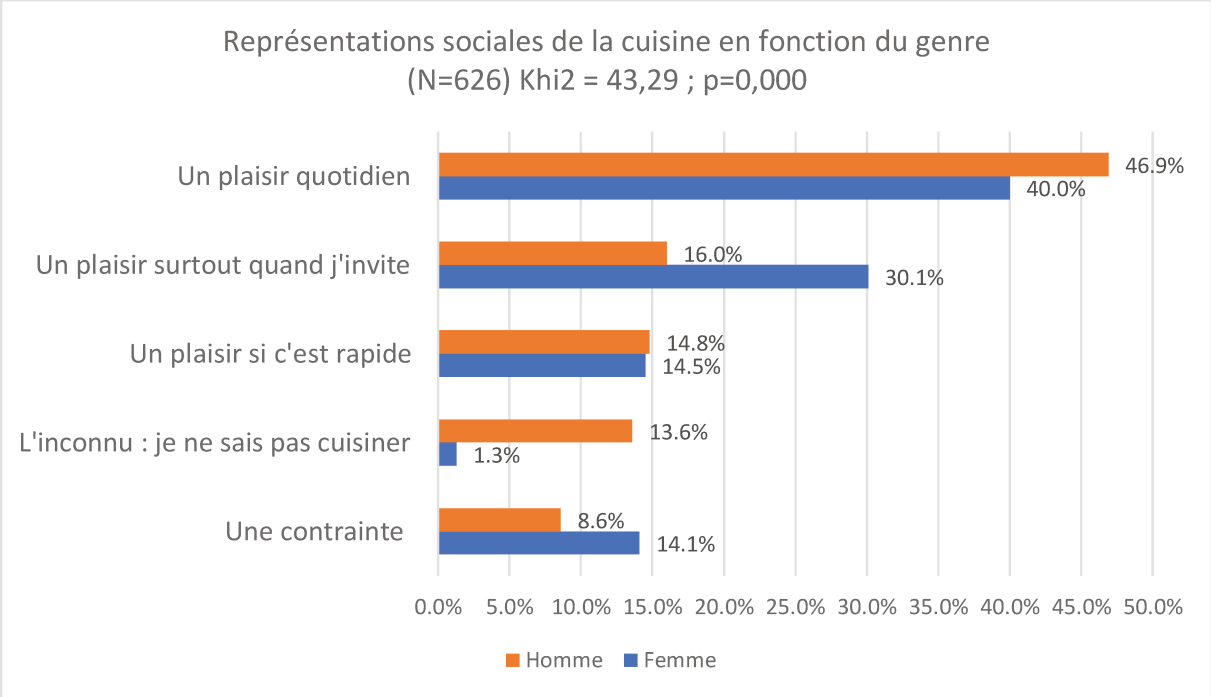


Figure 50 : Représentations sociales de la cuisine en fonction du genre

[45] Les trois variables « contraintes » ont été regroupées, afin d'avoir un échantillon suffisant pour réaliser un test de significativité.

Ce décalage hommes/femmes trouve son explication dans les entretiens et réside dans le fait que la cuisine est représentée comme une activité choisie pour les personnes qui sont moins assignées à cette tâche, donc plutôt les hommes, tandis que pour celles portant plus souvent la responsabilité de cette activité quotidienne, elle est plus souvent représentée comme un travail, sinon un fardeau. La cuisine d'invitation, alors, constitue ce temps exceptionnel, à part, qui permet d'anticiper des retrouvailles, un bon moment à passer avec des invités. Ce résultat indique l'importance de la cuisine en lien avec la commensalité pour les femmes, une commensalité élective (Paugam, 2015, p. 17), dans le sens où inviter à manger signifie faire le choix de partager sa table.

Ces représentations positives ou négatives de la cuisine ne dépendent pas du niveau de diplôme ni du type de profession avant la retraite. Par contre, elles varient significativement selon que les personnes vivent seules ou en couple (annexe A 23 : $\chi^2 = 11{,}28$; p :0,024) (figure 51).

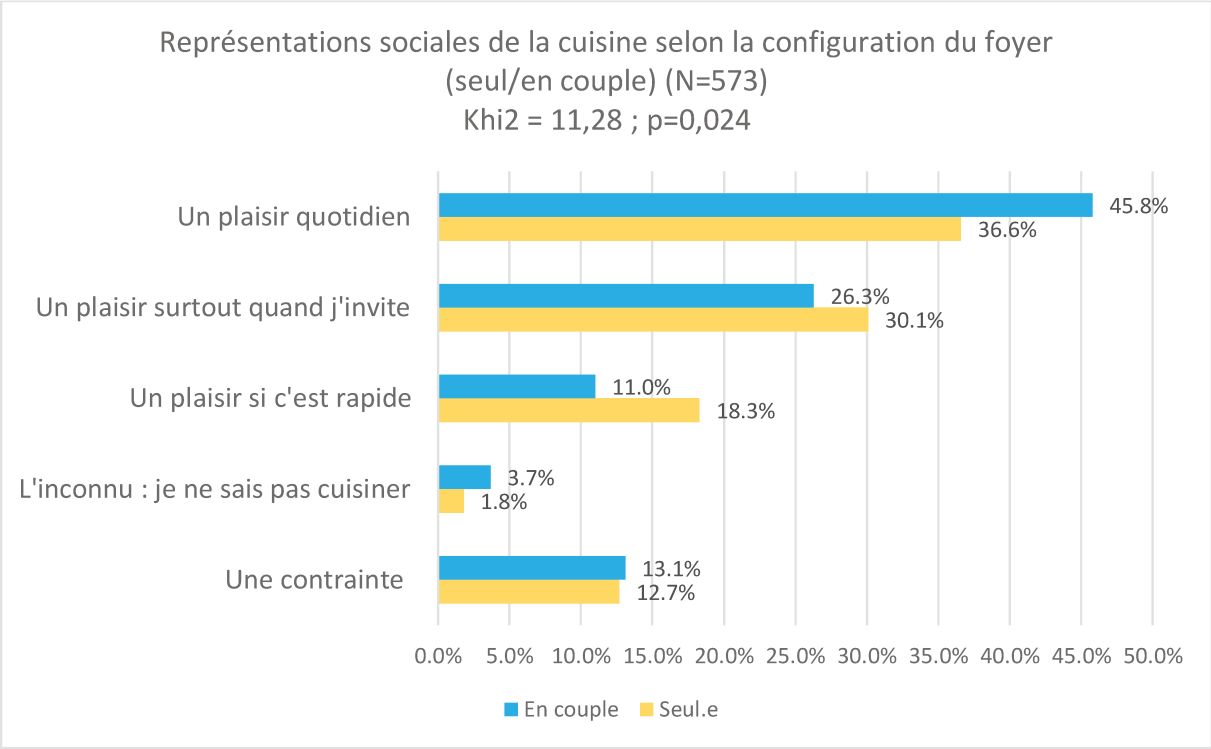


Figure 51 : Représentations de la cuisine selon la configuration du foyer seul/en couple

En particulier, les personnes vivant seules déclarent significativement plus souvent que les personnes vivant en couple que cuisiner est un plaisir si c'est rapide. Nous verrons que cette représentation sociale est concordante avec des pratiques spécifiques de la cuisine, pour les personnes vivant seules.

1.2. Des pratiques de la cuisine inégalement réparties : genre, diplôme, fréquence et contenu

Les personnes ayant une représentation positive de la cuisine sont-elles aussi celles qui cuisinent le plus souvent ? Nous pouvons à présent confronter les représentations sociales aux pratiques, en nous intéressant à la fréquence de cuisine, aux temps de préparation et aux habitudes de consommation par groupe alimentaire.

1.2.1. Fréquence et temps passé à cuisiner

Fréquence

Dans le questionnaire, « cuisiner » est défini comme le fait de « passer du temps à préparer des aliments pour manger. En incluant : préparation de salades, d'aliments préparés à la poêle… En excluant plats et sandwichs achetés tout prêts et plats livrés ».

Tout d'abord, la majorité des personnes interrogées cuisine tous les jours ou presque (73,2 %)[46]. Seules 4,8 % ne cuisinent presque jamais (figure 52).

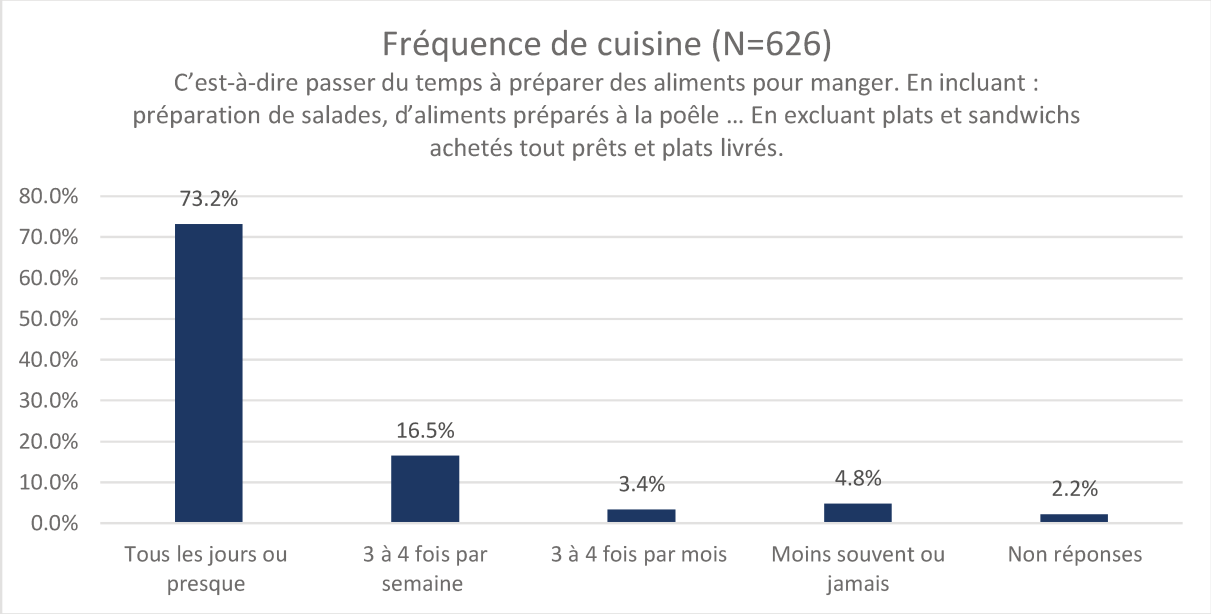


Figure 52 : Fréquence de la pratique de la cuisine

Temps passé

Par ailleurs, la majorité des participants déclare préparer un repas du quotidien en 15 à 30 minutes (45,4 %) ou en 30 à 45 minutes (35,5 %), soit probablement en moyenne un peu plus longtemps que la moyenne nationale retrouvée chez les personnes âgées de 65 ans et plus en 2019, qui est de 24 minutes (CRÉDOC, 2019) (figure 53).

[46] Les données de fréquence de cuisine, de préparation de repas et de fréquence de consommation de groupes alimentaires sont des données déclaratives.

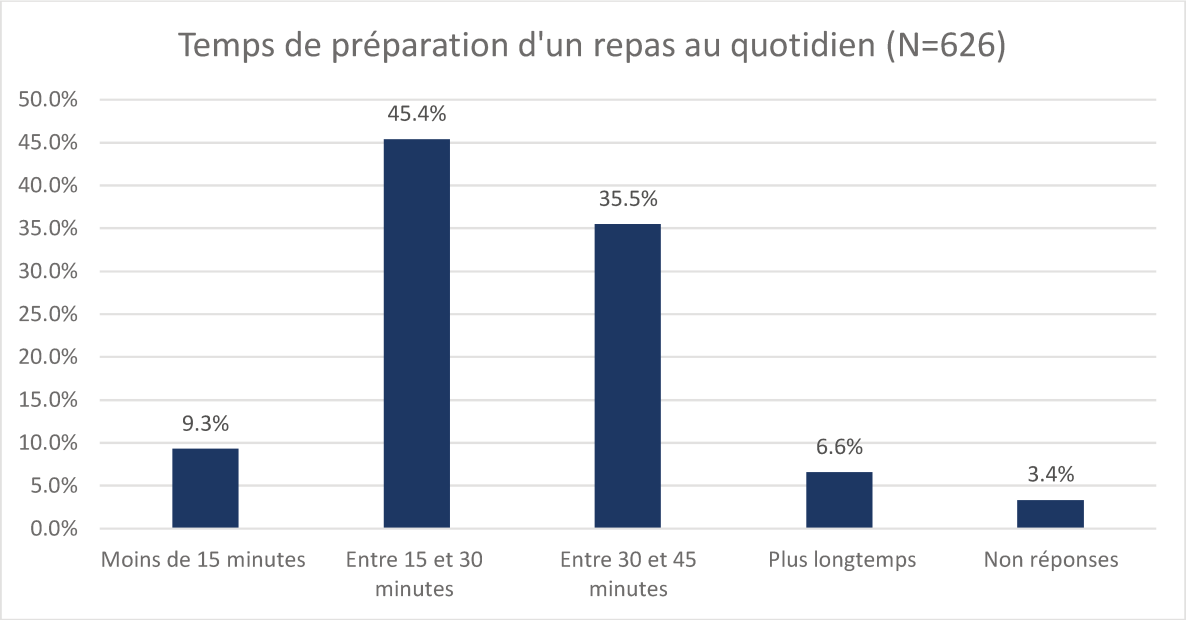


Figure 53 : Temps de préparation d'un repas au quotidien

Sur le plan du temps passé à préparer à manger, les hommes déclarent significativement plus souvent passer moins de 15 minutes à préparer un repas, tandis que les femmes déclarent significativement plus souvent y passer plus de 15 minutes – 15 à 30 minutes, 30 à 45 minutes, ou plus de 45 minutes – (annexe A 24 : $\chi^2 = 19{,}49$; $p = 0{,}001$). Ces résultats sont cohérents avec ceux décrivant le temps passé à la cuisine de la population des personnes à la retraite en France (Brousse, 2015).

Profils de cuisiniers fréquents

On observe un lien significatif et donc une adéquation entre représentation et pratique : la cuisine représentée de manière positive est associée à une plus grande fréquence de cuisine (annexe A 25 : $\chi^2 = 51{,}08$; $p = 0{,}000$) (figure 54). Ce résultat amorce l'idée que l'apprentissage de la cuisine est associé à celui d'aimer cuisiner.

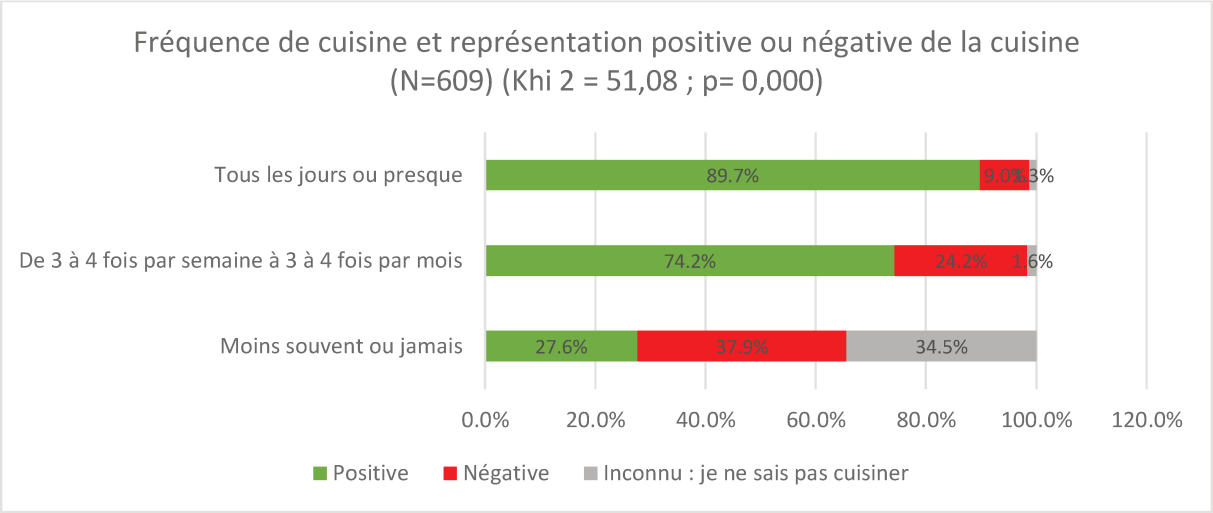


Figure 54 : Fréquence de cuisine et représentation positive ou négative de la cuisine

Pour mieux comprendre « qui cuisine », nous croisons tout d'abord les données avec le genre. Nous avons déjà vu que beaucoup plus d'hommes (13,2 %) que de femmes (1,3 %) déclarent ne pas savoir cuisiner (figure 55).

Les femmes déclarent par ailleurs significativement plus souvent que les hommes cuisiner « tous les jours ou presque », et les hommes « moins souvent ou jamais » (annexe A 26 : $\chi^2 = 45{,}51$. $p = 0{,}000$).

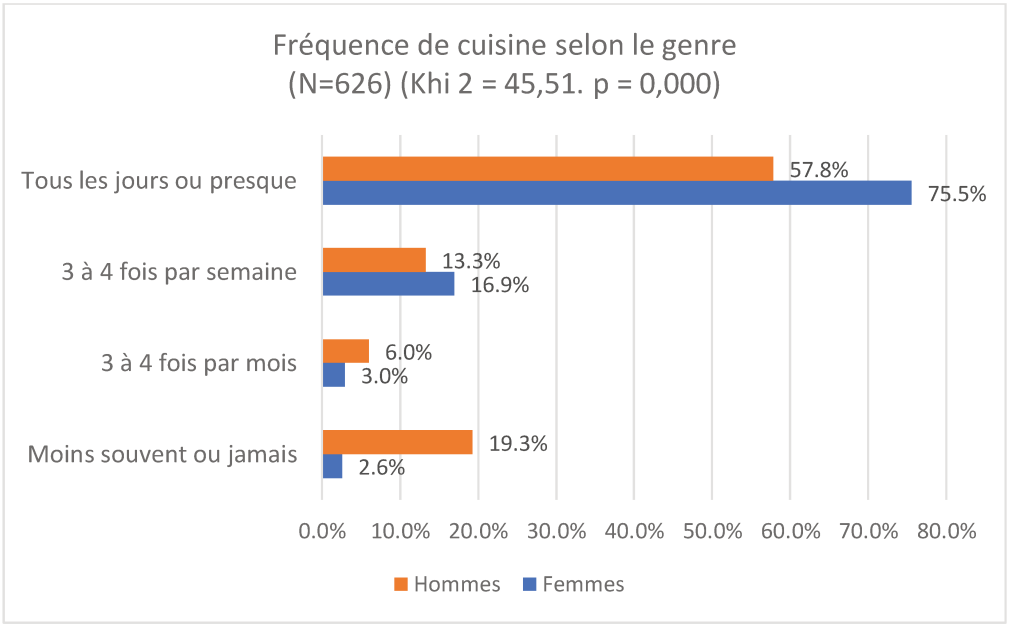


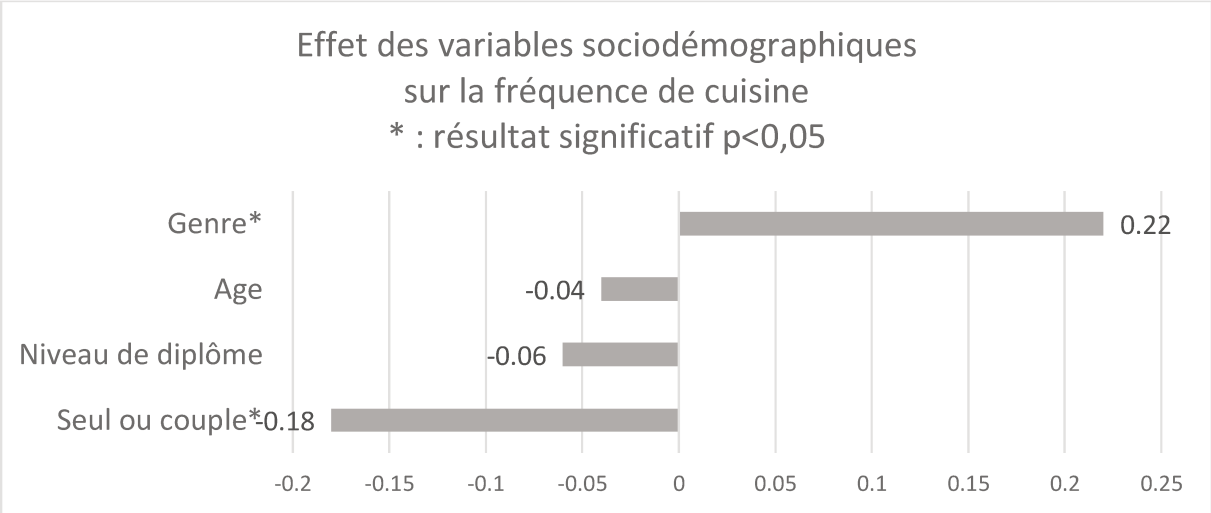
Figure 55 : Fréquence de cuisine en fonction du genre

Nous relevons ici un paradoxe : dans l'enquête qualitative, peu d'hommes expliquent cuisiner régulièrement, tandis que dans l'étude quantitative, ils sont plus de la moitié (57,8 %) à déclarer cuisiner « tous les jours ou presque ». Nous pouvons apporter deux types d'explications à ce décalage :

- Le premier type porte sur la définition de la cuisine : dans l'étude qualitative, nous avons laissé ouverte cette définition, tandis que dans l'étude quantitative, nous avons défini la cuisine comme étant toute activité de préparation alimentaire, excluant les plats achetés tous prêts. Et comme nous l'avons vu, les personnes cuisinant peu sont aussi celles qui se mettent à distance de la cuisine, qu'elles définissent comme une activité prenant un certain temps, dans un certain lieu, avec un certain savoir-faire, pour cuisiner certains types de plats. Nous pouvons conclure que ces hommes préparant à manger « tous les jours ou presque » ne définissent pas souvent cette activité comme de la « cuisine ».
- La seconde explication concerne le type de manipulations en cuisine. En effet, dans les couples rencontrés dans l'étude qualitative, bien qu'un des deux conjoints ait toujours la charge principale de cette activité, l'autre conjoint réalise aussi certaines étapes ou certains repas : découper des légumes, ou encore préparer un repas lorsque la conjointe s'est absentée. Ainsi, les personnes qui n'ont pas la charge principale des repas peuvent tout de même intervenir dans leur préparation, ce, « tous les jours ou presque ».

La fréquence de cuisine dépend aussi significativement du niveau de diplôme : les personnes avec un plus faible niveau de diplôme déclarent moins souvent cuisiner tous les jours. Les personnes ayant un diplôme du supérieur court ou long déclarent moins cuisiner « moins souvent ou jamais » (annexe A 27 : $\chi^2 = 12{,}00$; $p = 0{,}017$). La fréquence de cuisine dépend aussi significativement de la structure du foyer : les personnes vivant seules déclarent une fréquence moindre de cuisine, mais aussi un moindre temps passé à cette activité (annexe A 28 : $\chi^2 = 18{,}85$; $p = 0{,}000$).

Cependant, lorsqu'on réalise une régression linéaire sur les quatre variables que sont le genre, le niveau de diplôme, l'âge et la structure du foyer, on s'aperçoit que seuls la structure du foyer et le genre permettent d'expliquer une différence significative de fréquence de cuisine chez les participants : le fait de vivre seul plutôt qu'en couple diminue la fréquence de cuisine et être une femme augmente la fréquence de cuisine (figure 56 et annexe A 29).



Lecture : Les coefficients bêta standardisés présentés ci-dessus permettent d'évaluer la force et le sens des relations entre quatre variables sociodémographiques et la fréquence de cuisine. « Seul ou couple » (ß = - 0,18) : être seul est significativement associé à une moindre fréquence de cuisine. « Age » : l'effet de l'âge est faible et non significatif.*

Figure 56 : Effet des variables sociodémographiques sur la fréquence de cuisine

L'âge n'a pas d'effet significatif sur la fréquence de cuisine. Nous avons vu dans le chapitre précédent que les plus âgés des participants réalisaient moins d'activités, notamment d'activités physiques, de manière hebdomadaire. Cela n'est pas le cas de la cuisine et cela peut s'expliquer par le fait que les participants, y compris les plus âgés, sont particulièrement impliqués sur le sujet.

Enfin, une forte fréquence de cuisine est significativement associée à d'autres comportements, sans que nous puissions pour le moment attribuer un sens dans ces causalités :

- Un meilleur appétit (annexe A 30 : $\chi^2 = 14,79$; $p = 0,005$) ;
- Moins de sauts de repas (annexe A 31 : $\chi^2 = 8,59$; $p = 0,014$) ;
- Une moindre fréquence de consommation de plats tout prêts (annexe A 32 : $\chi^2 = 44,28$; $p = 0,000$).

Préparation de repas pour d'autres personnes

La fréquence de préparation de repas pour d'autres personnes que soi est assez variable selon les participants : 26,8 % préparent à manger tous les jours pour d'autres personnes, 24,6 % au moins une fois par mois, et 18,5 %, jamais ou presque (figure 57).

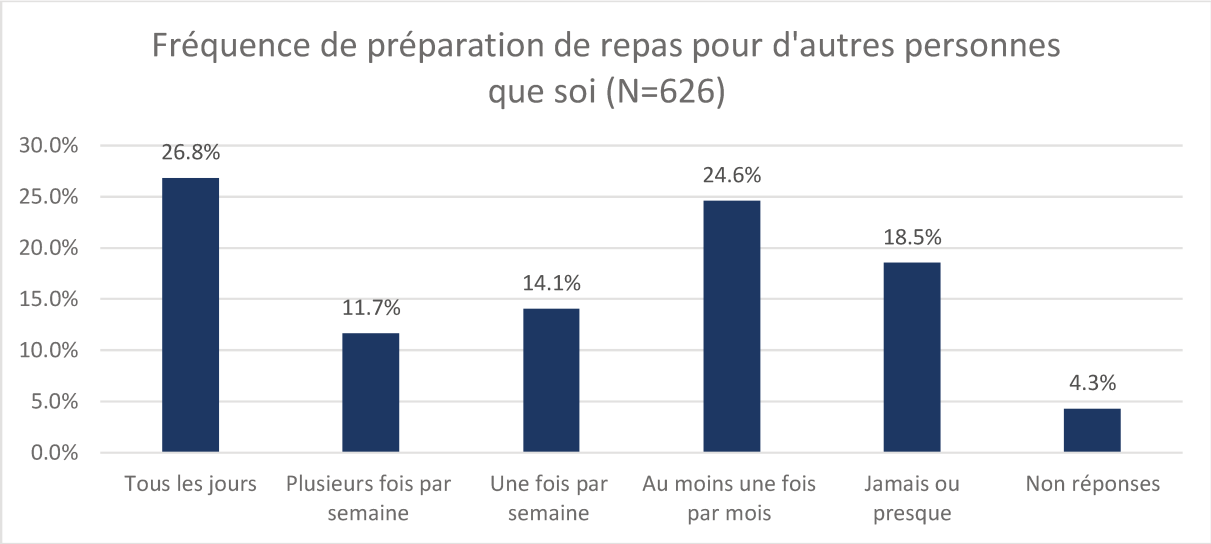


Figure 57: Fréquence de préparation de repas pour d'autres personnes que soi

Les personnes cuisinant tous les jours ou presque sont aussi plus souvent celles qui préparent tous les jours à manger pour d'autres personnes qu'elles-mêmes (annexe A 33) ; il s'agit significativement plus souvent de femmes (90,5 %, contre 9,5 % des hommes, annexe A 34 : χ^2 = 25,48 ; p = 0,000) et de personnes vivant en couple (92,9 %, contre 7,1 % pour les personnes vivant seules, annexe A 35 : χ^2 = 176,74 ; p = 0,000). Ainsi, la fréquence de cuisine s'explique par la préparation de repas pour autrui, et en particulier pour le conjoint.

Consommation de plats « tout prêts »

Enfin, la majorité des participants déclare manger des plats tout prêts « jamais ou presque » (61,8%), 28,0% « 3 à 4 fois par mois » et 6,9% plus souvent (figure 58).

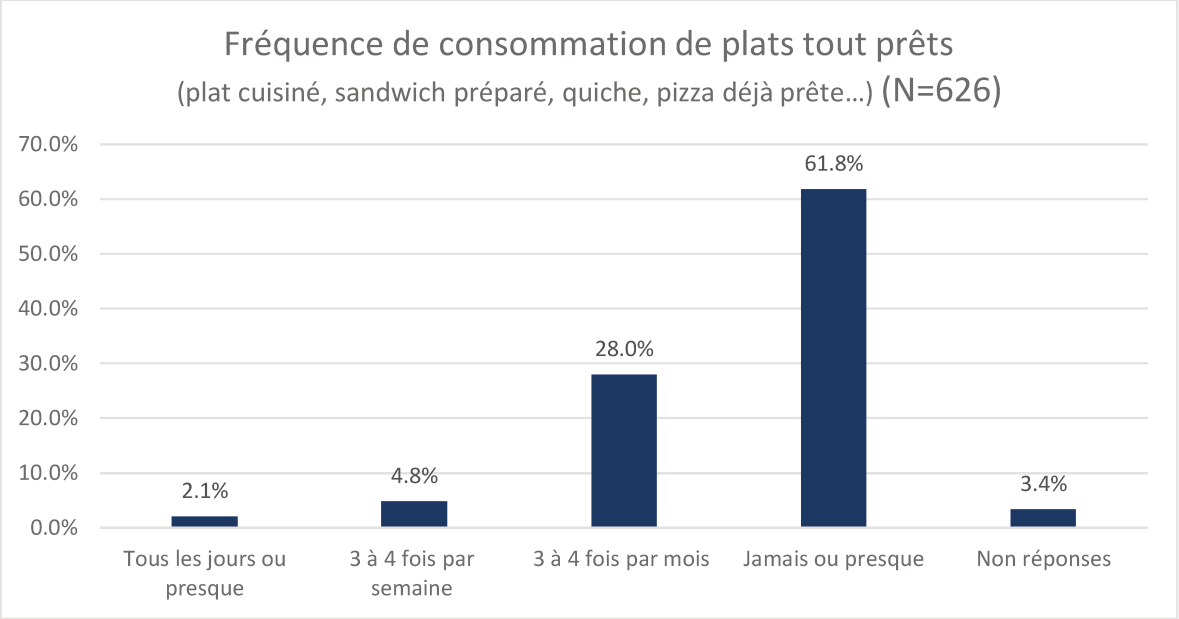
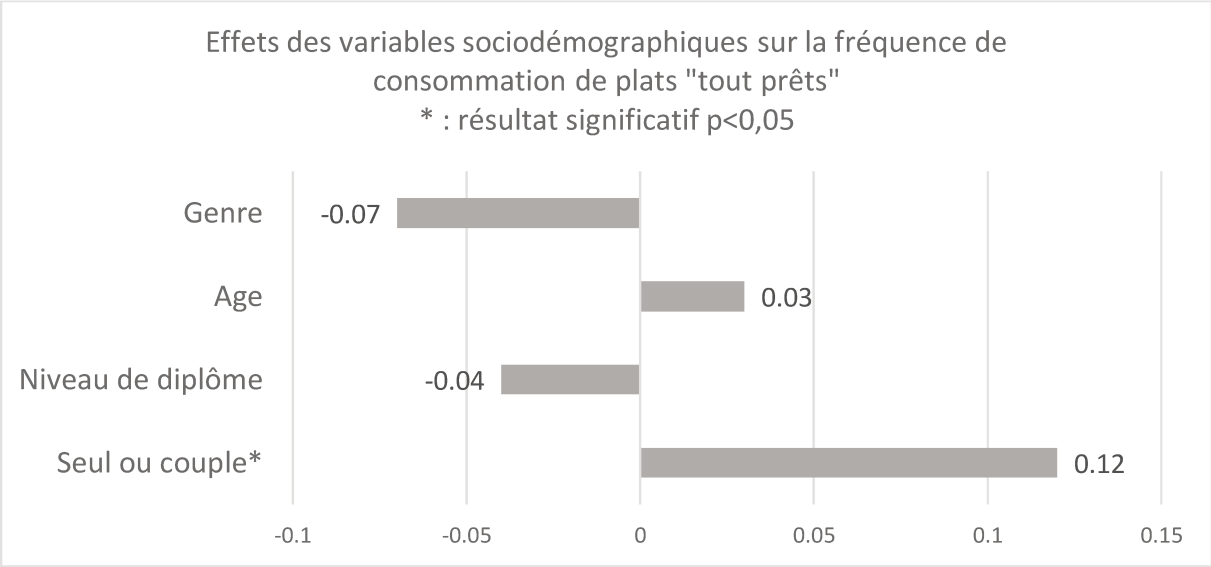


Figure 58 : Fréquence de consommation de plats « tout prêts »

Nous retrouvons une association inverse entre une grande fréquence de cuisine et la consommation de plats tout prêts (annexe A 36 : $\chi^2 = 44{,}28$; $p = 0{,}000$) ce qui, d'une part, relève de la logique (puisqu'on cuisine, on n'achète pas « tout prêt ») et d'autre part, peut être concordant avec des représentations négatives du repas « tout prêt », associé au « mal manger », à la « malbouffe », au « trop gras, trop salé, trop sucré » pour des personnes interrogées qui, en majorité, associent l'activité culinaire au « bien-manger ».

Lorsqu'on réalise une régression linéaire sur les quatre variables que sont le genre, le niveau de diplôme, l'âge et la structure du foyer, on s'aperçoit que seule la structure du foyer permet d'expliquer une différence significative de fréquence de consommation de plats « tout prêts » chez les participants : le fait de vivre seul plutôt qu'en couple augmente la fréquence de consommation de plats « tout prêts » (figure 59 et annexe A 37).



Lecture : Les coefficients bêta standardisés présentés ci-dessus permettent d'évaluer la force et le sens des relations entre quatre variables sociodémographiques et la consommation de plats « tout prêts ». « Seul ou couple » (β = 0,12) : être en couple est significativement associé à une consommation moins élevée de « plats tout prêts ». « Age » : (β = 0,03) : l'effet de l'âge est faible et non significatif.*

Figure 59 : Effet des variables sociodémographiques sur la fréquence de consommation de plats « tout prêts »

Ces résultats mettent en exergue des comportements différenciés selon que les personnes vivent seules ou en couple. Les personnes vieillissantes vivant seules se distinguent de celles vivant en couple sur tous les volets concernant les représentations et les pratiques de la cuisine :

- Elles ont des représentations plus positives de la cuisine quand celle-ci est considérée comme rapide ;
- Elles cuisinent moins fréquemment ;
- Elles passent moins de temps à préparer un repas ;
- Elles cuisinent moins souvent pour d'autres personnes ;
- Elles achètent plus souvent que les autres des plats « tout prêts ».

De même, hommes et femmes ont des représentations et des pratiques de la cuisine différenciées :

- Les hommes considèrent la cuisine plus souvent comme un plaisir quotidien, et les femmes plus souvent comme un plaisir lorsqu'elles invitent ;
- Les hommes cuisinent moins souvent et passent moins de temps à préparer un repas ;
- Les hommes cuisinent moins souvent pour d'autres personnes que les femmes.

1.2.2. Fréquence de consommation de certains groupes alimentaires

Nous allons à présent croiser les fréquences de consommations alimentaires relevées chez les participants avec leur fréquence de cuisine.

Légumes

Les deux tiers des répondants (66 %) déclarent consommer au moins deux portions de légumes par jour (figure 60).

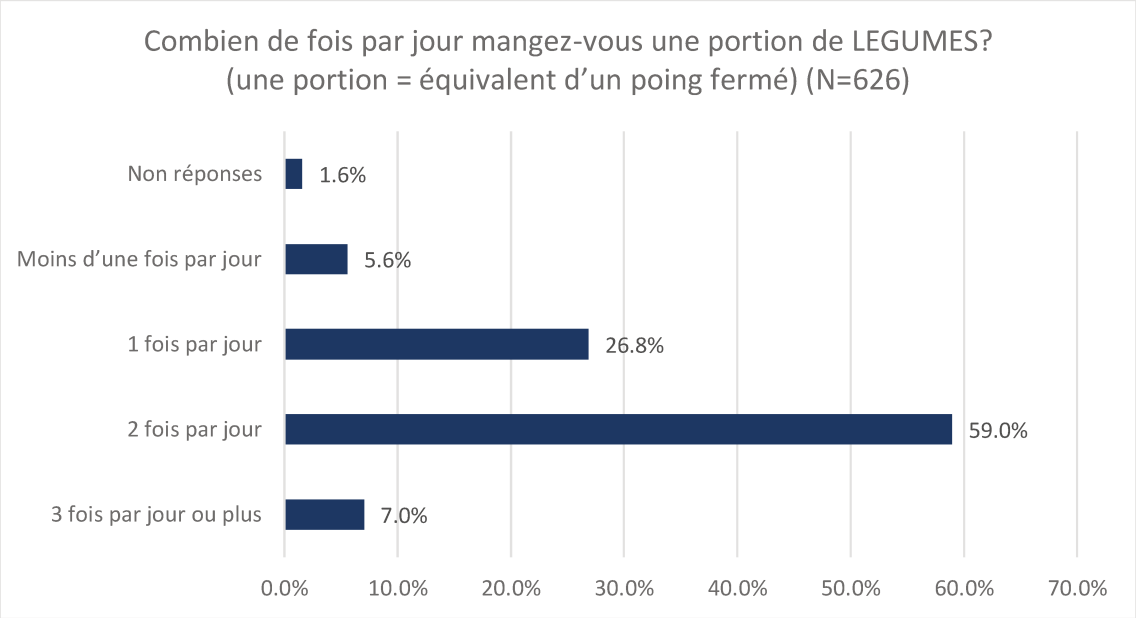
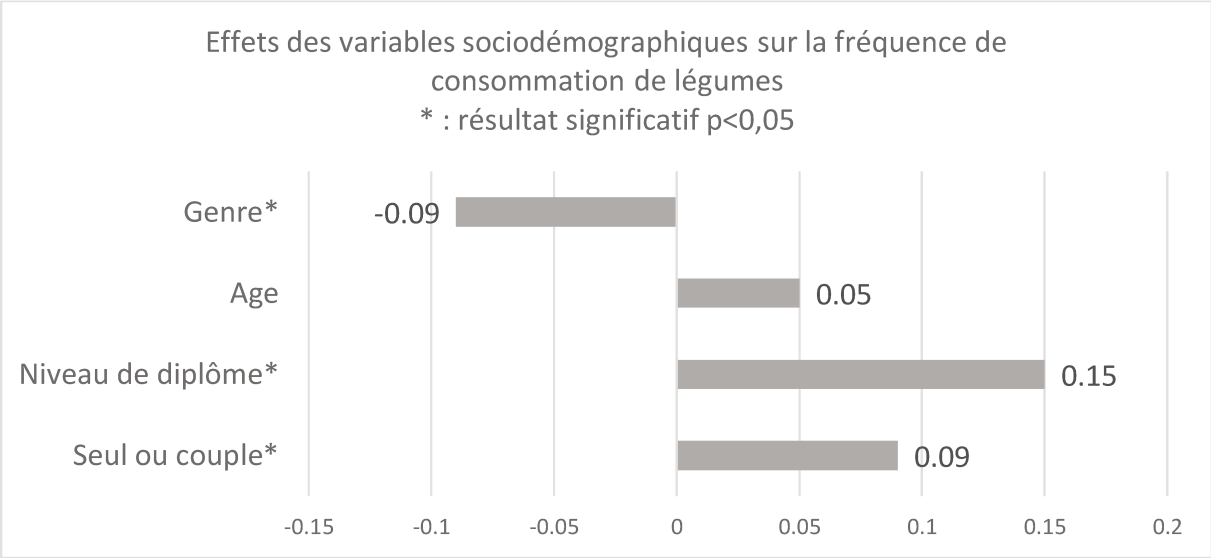


Figure 60 : Fréquence quotidienne de consommation de légumes

Une régression linéaire sur les quatre variables que sont le genre, le niveau de diplôme, l'âge et la structure du foyer, met en évidence que le niveau de diplôme, la structure du foyer et le genre permettent d'expliquer une différence significative de fréquence de consommation de légumes chez les participants : le fait d'avoir un niveau de diplôme plus haut, vivre en couple et être une femme sont des variables qui augmentent chacune significativement la fréquence de consommation de légumes (figure 61 et annexe A 38).



Lecture : Les coefficients bêta standardisés présentés ci-dessus permettent d'évaluer la force et le sens des relations entre quatre variables sociodémographiques et la fréquence de consommation de légumes. « Seul ou couple » (β = 0,09) : être en couple est significativement associé à une plus grande fréquence de consommation. « Age » : (β = 0,05) : l'effet de l'âge est faible et non significatif.*

Figure 61 : Effet des variables sociodémographiques sur la fréquence de consommation de légumes

Ces différences mettent au jour la possibilité d'un apprentissage différencié à apprécier les légumes, doublé d'un apprentissage différencié à les préparer. En effet, la fréquence de cuisine est associée positivement à la fréquence de consommation de légumes (annexe A 39 : $\chi^2 = 6,73$; $p = 0,035$). C'est un résultat qui a déjà été retrouvé par ailleurs dans d'autres études (Devine et al., 1998 ; Wolfson & Bleich, 2015), expliqué par le fait que, pour être consommés, la majorité des légumes doivent être cuisinés (coupés, cuits, mélangés…), ils demandent une certaine « littératie alimentaire » (Silva et al., 2023), c'est-à-dire des connaissances et des savoir-faire.

Fruits

Une majorité de répondants (57,7 %) déclare consommer au moins deux portions de fruits par jour (figure 62).

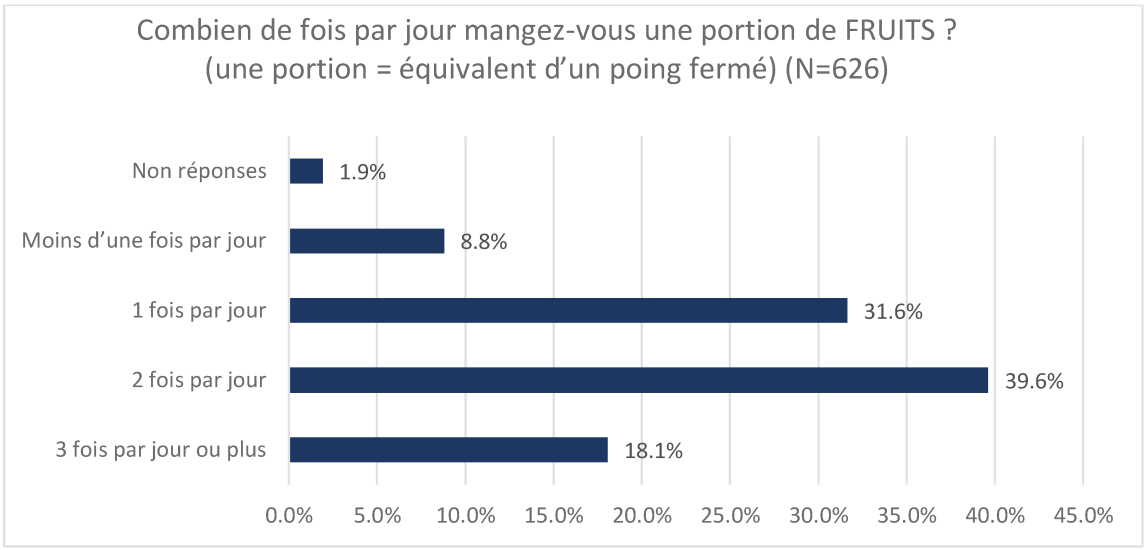
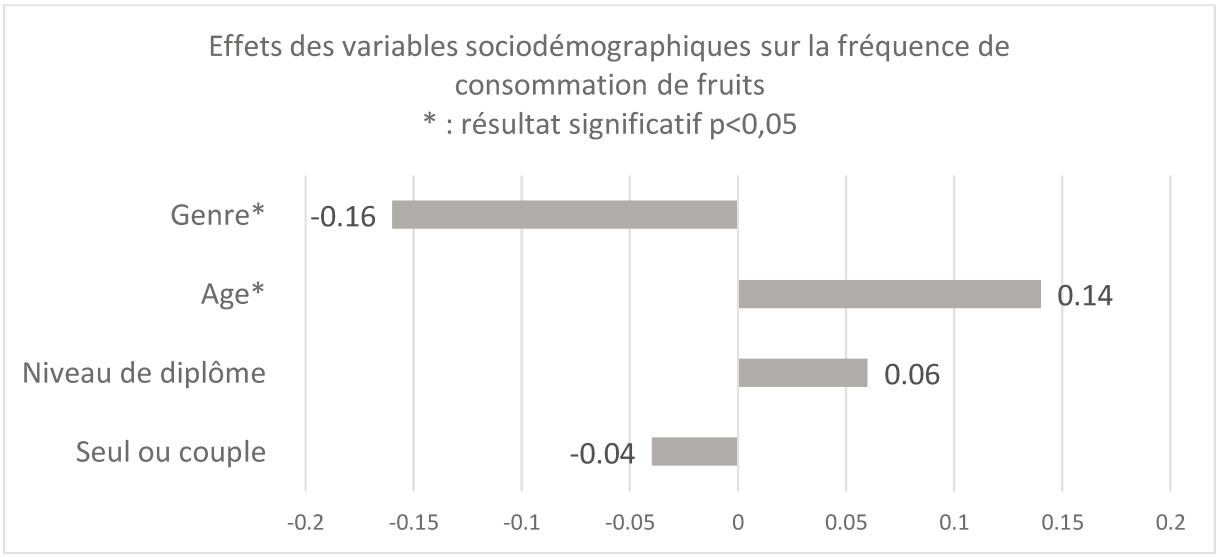


Figure 62 : Fréquence quotidienne de consommation de fruits

Lorsqu'on réalise une régression linéaire sur les quatre variables que sont le genre, le niveau de diplôme, l'âge et la structure du foyer, on s'aperçoit que le genre et l'âge permettent d'expliquer une différence significative de fréquence de consommation de fruits chez les participants : le fait d'être parmi les plus âgés et le fait d'être une femme augmentent la fréquence de consommation de fruits (figure 63 et annexe A 40).



Lecture : Les coefficients bêta standardisés présentés ci-dessus permettent d'évaluer la force et le sens des relations entre quatre variables sociodémographiques et la fréquence de consommation de fruits. « Genre » (β = -0,16) : être une femme est significativement associé à une plus grande fréquence de consommation. « Niveau de diplôme » : (β = 0,06) : l'effet du niveau de diplôme est faible et non significatif.*

Figure 63 : Effet des variables sociodémographiques sur la fréquence de consommation de fruits

La fréquence de consommation de fruits chez les participants est également associée positivement à leur fréquence de cuisine (annexe A 41 : $\chi^2 = 24{,}31$; $p = 0{,}000$). Cette fois-ci le lien est moins évident qu'avec les légumes, car les fruits sont moins souvent cuisinés avant d'être mangés.

Ce résultat amène à penser plus loin qu'uniquement en termes de modalités de transformation des aliments, vers le développement d'un « goût »[47] pour les fruits et d'une norme de consommation de fruit comme faisant partie du « bien-manger », plus présent chez les femmes et les participants les plus âgés de notre échantillon (80 ans et plus).

Viande, poisson, œufs

Les « viande, poisson, œufs », ont été regroupés en une catégorie, afin d'évaluer une consommation de protéines et de la comparer avec la norme diététique pour les personnes âgées de 55 ans et plus : « à chaque repas » (ANSES, 2019). Une majorité de participants (52,4 %) mange de la viande, du poisson ou des œufs une fois par jour, soit moins souvent que la norme de santé publique (figure 64).

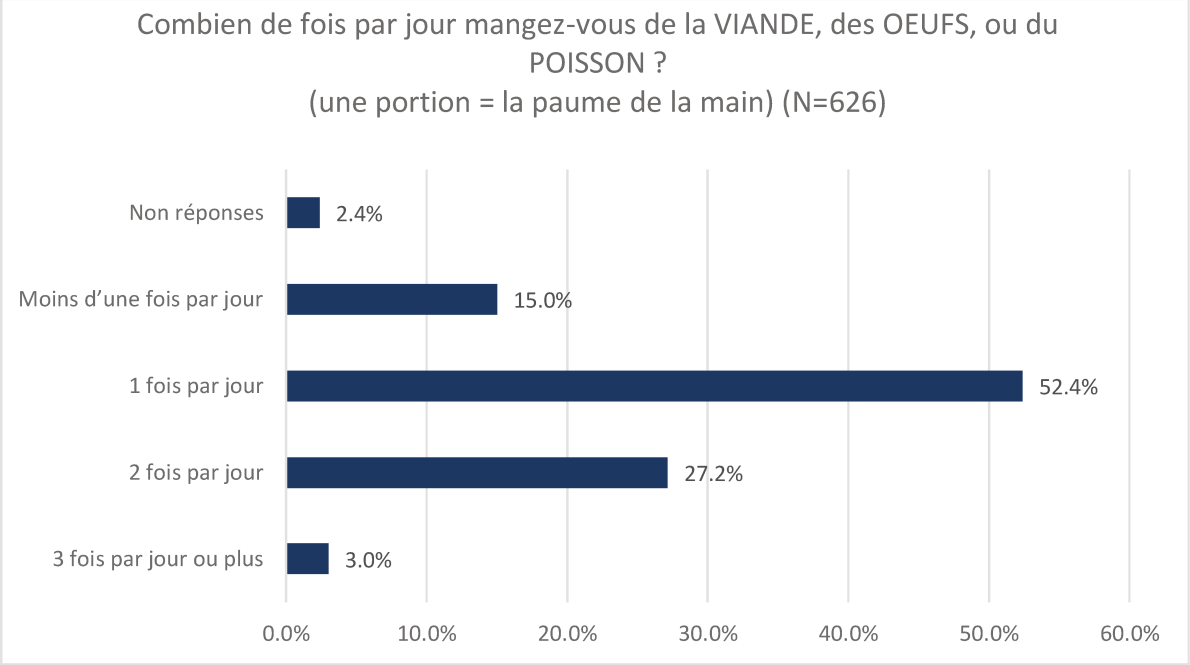


Figure 64 : Fréquence quotidienne de consommation de viande, œufs ou poisson

[47] Le terme « goût » écrit entre guillemets fait référence à la construction d'une distinction symbolique et sociale de ce qui doit être apprécié ou non. Il est défini en premier lieu par les sociologues Norbert Elias et Pierre Bourdieu, et repris depuis plus largement pour aborder les distinctions sociales opérées à travers l'alimentation.

Lorsqu'on réalise une régression linéaire sur les quatre variables que sont le genre, le niveau de diplôme, l'âge et la structure du foyer, on s'aperçoit qu'aucune n'explique de différence significative dans la fréquence de consommation de viande, œufs, poisson, chez les participants (annexe A 42).

Toutefois, les participants cuisinant tous les jours ou presque mangent plus souvent de la viande, du poisson ou des œufs deux fois par jour, que les participants cuisinant moins fréquemment. Ce résultat est proche du seuil de significativité de 5 % (annexe A 43 : $\chi^2 = 5{,}82$; $p = 0{,}055$).

Légumineuses

La consommation de légumineuses correspond aux recommandations de santé publique, de « au moins deux fois par semaine », pour 34,4 % des personnes, ce qui est un peu supérieur à l'atteinte de ces seuils pour les adultes en France concernant les légumes secs (29 %) (Deschamps et al., 2025) (figure 65).

Lorsqu'on réalise une régression linéaire sur les quatre variables que sont le genre, le niveau de diplôme, l'âge et la structure du foyer, on s'aperçoit qu'aucune n'explique de différence significative dans la fréquence de consommation de légumineuses (annexe A 44).

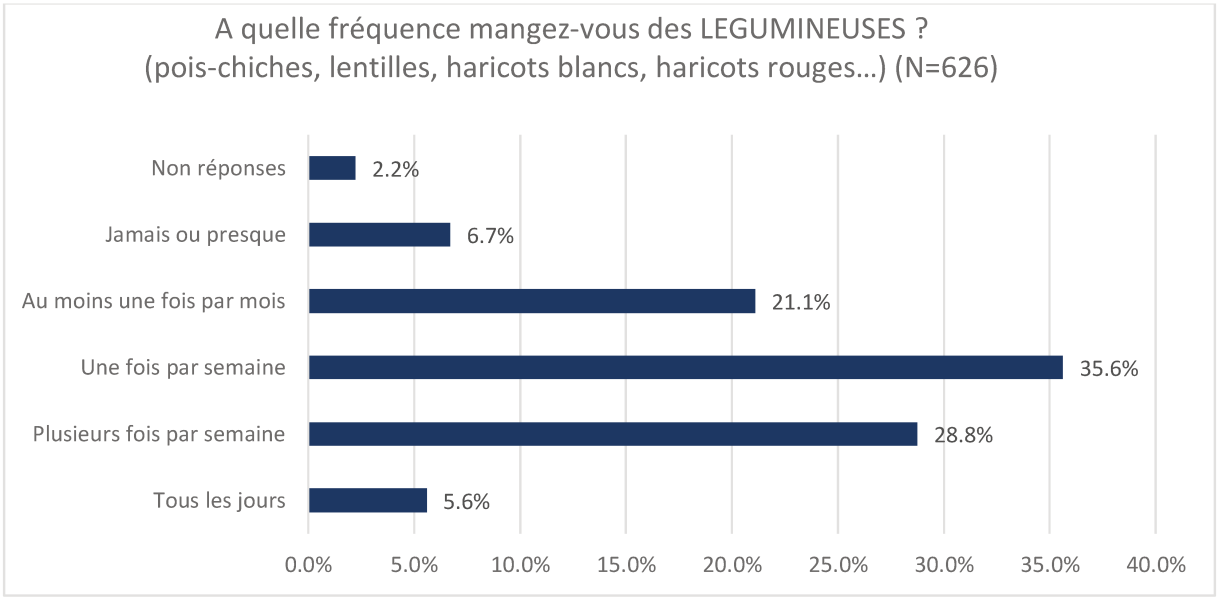


Figure 65 : Fréquence hebdomadaire de consommation de légumineuses

On n'observe pas de lien significatif entre la fréquence de cuisine et celle de consommation de légumineuses.

Pain, pommes de terre, riz et pâtes

42,7 % des personnes interrogées déclarent manger du pain, des pommes de terre, du riz ou des pâtes à chaque repas, ce qui correspond à la recommandation de santé publique « à chaque repas » (ANSES, 2019) (figure 66).

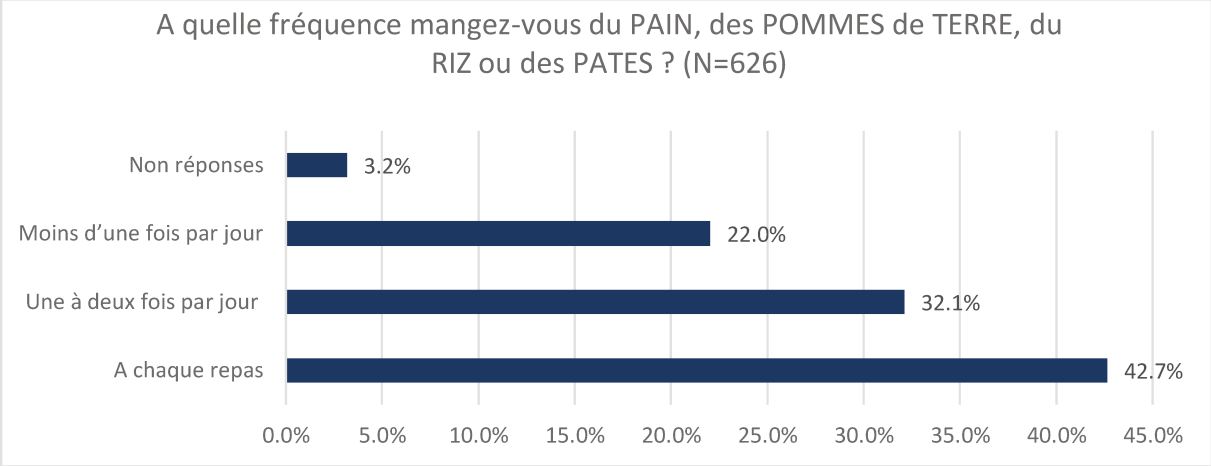


Figure 66 : Fréquence quotidienne de consommation de pain, pommes de terre, riz ou pâtes

Une régression linéaire sur les quatre variables que sont le genre, le niveau de diplôme, l'âge et la structure du foyer, ne montre aucune différence significative dans la fréquence de consommation de pain, pommes de terre, riz ou pâtes, chez les participants (annexe A 45).

Enfin, les participants cuisinant tous les jours ou presque ne mangent pas significativement plus souvent ces féculents que les participants cuisinant moins fréquemment (annexe A 46 : $\chi^2 = 3{,}55$; $p = 0{,}169$).

1.2.3. « Cuisiner plus pour manger mieux »

Les résultats montrent une forte cohérence entre les représentations positives de la cuisine et la fréquence avec laquelle les participants cuisinent ; aimer cuisiner semble aller de pair avec une pratique plus régulière, suggérant l'idée que le « goût » pour la cuisine s'acquiert en même temps que les compétences nécessaires à sa mise en œuvre.

Deux variables jouent un rôle déterminant dans la fréquence de cuisine : le genre et la structure du foyer. Être une femme et vivre en couple augmentent significativement la fréquence de cuisine, tout comme le temps passé à la préparation des repas, la cuisine pour autrui et la consommation de légumes. Les femmes et les personnes en couple sont ainsi davantage investies dans la préparation

des repas (souvent pour elles-mêmes et pour leur conjoint) tandis que les personnes vivant seules et les hommes cuisinent moins fréquemment et consomment plus de plats tout prêts.

Ce rôle central de la structure du foyer se retrouve aussi dans les habitudes alimentaires. Les personnes vivant en couple consomment plus de légumes, et celles qui cuisinent souvent consomment davantage de fruits, de légumes et de protéines animales. Cela souligne un effet structurant de la pratique culinaire sur la diversité de l'alimentation, en particulier pour les groupes alimentaires nécessitant une préparation (légumes, viandes, poissons). De plus, cuisiner au moins plusieurs fois par semaine est associé à un meilleur appétit, à une moindre consommation de plats tout prêts, à moins de sauts de repas, ainsi qu'à une consommation plus fréquente de plusieurs groupes alimentaires.

Ceci signifierait qu'à l'inverse, trouver des solutions pour manger autrement qu'en cuisinant (plats tout prêts, cantine, portage de repas) ne permet pas d'aboutir à une alimentation aussi variée et consistante que chez ces « cuisiniers du quotidien ». Notamment, il a déjà été montré que si les personnes bénéficiant d'un portage de repas améliorent leur statut nutritionnel (beaucoup étant en état de dénutrition lorsque le portage est mis en place), ce dernier n'est toujours pas satisfaisant par rapport aux recommandations d'apports nutritionnels (Fleury, Tronchon, et al., 2021).

Dès lors, l'activité culinaire peut être considérée comme un facteur qui « protège » les personnes, au cours de leur vieillissement, car elle favorise une alimentation proche de celle recommandée par les pouvoirs publics, permettant d'éviter sur le long terme des maladies, mais aussi de poursuivre le maintien et le développement de relations sociales, notamment lors d'invitations à manger. Cuisiner serait donc un facteur supplémentaire d'inégalité sociale, non seulement lié aux ressources matérielles, mais aussi aux savoir-faire développés au cours de la vie et à la valorisation sociale de cette activité.

Les inégalités mises au jour en lien avec la cuisine s'ancrent dans des trajectoires d'apprentissage et de socialisation, que nous allons à présent explorer.

2. Apprendre à cuisiner : des trajectoires genrées et socialement situées

Plutôt qu'un processus diffus dans le temps, l'apprentissage de la cuisine est décrit par les personnes vieillissantes interrogées comme composé de certains moments clés. Beaucoup ont eu lieu pendant l'enfance, mais pas seulement : une émigration, l'aide d'un ami, une formation professionnelle, tout comme la perte d'un conjoint, sont des événements ayant pu aboutir à une période d'apprentissage de la cuisine. Nous allons voir que cette activité peut être valorisée, comme un facteur de soin aux proches ou de soi, mais aussi rejetée, souvent à la suite d'une séparation ou d'un deuil.

2.1. Une socialisation précoce ou tardive à la cuisine

2.1.1. L'enfance

Dans la majorité des cas, les personnes ont décrit une ou des périodes d'apprentissage en particulier, plutôt qu'un apprentissage continu. La plupart du temps, il s'agit d'une transmission qui se joue tôt dans la vie et lors d'interactions avec des proches. Ainsi, les personnes qui s'intéressent aujourd'hui aux blogs et aux livres de cuisine ont auparavant appris à préparer des plats auprès d'une autre personne.

Cet apprentissage a pu tout d'abord être décrit comme une expérience ayant pris place dès l'enfance, à travers l'observation, de ce que faisaient les mères et les grands-mères, et la pratique avec elles :

> « Ma grand-mère, plus ma grand-mère que ma maman m'a appris, ma maman elle était plus dans le jardin. La jardinière de légumes de ma grand-mère avec les légumes du jardin, les poireaux, les petits pois, les carottes, c'est comme si je la revoyais encore aujourd'hui, les couleurs, les odeurs ! Le lapin au civet de ma grand-mère, ça c'était fabuleux ! Ma grand-mère cuisinait beaucoup. Les fameux matefins, les crêpes épaisses. Les petites pommes de terre nouvelles, les haricots. Elle a transmis, et puis j'étais toujours un peu gourmande alors j'étais aussi à cuisiner, et puis j'ai toujours aimé ça hein » (E7, Jeanine, âgée de 62 ans, niveau de diplôme moyen, aide dentaire puis aide à domicile à la retraite, veuve, vivant seule dans le Rhône).

Ou encore :

> « Moi c'est souvent la cuisine de chez moi, de La Réunion. J'ai appris avant de partir en Métropole. Tous les jours, c'est le riz » (E13, Marie-Annie, âgée de 66 ans, faible niveau de diplôme, fonctionnaire à la retraite, divorcée et vivant seule dans le Val-de-Marne).

2.1.2. Le changement dans la composition du foyer comme moment pivot

L'apprentissage de la cuisine a pu être décrit plus tard dans la vie. Les récits portent sur des moments précis de transmission.

> « J'ai une amie qui était restauratrice et en fait elle m'a dit "je vais partir aux États-Unis je vais te montrer ce que je sais faire". J'avais vingt-cinq ans, un truc comme ça. Elle m'a appris à faire des soupes, à faire sauter toutes les viandes, les légumes tout ça. Plutôt de la cuisine asiatique »
> (E5, Vivianne, âgée de 69 ans, haut niveau de diplôme, gérante d'épiceries à la retraite, divorcée et vivant seule à Paris).

Toutefois, le plus souvent, cet apprentissage apparaît comme devenant nécessaire pour les femmes, lorsqu'arrivent des enfants. En effet, comme cela a déjà été analysé pour de jeunes couples accueillant un premier enfant, cette évolution dans le cycle de vie est un facteur majeur expliquant la mise en cuisine (Poulain, 2017a ; Rochedy, 2021) :

> « Ma mère, elle avait fait l'école pour les jeunes filles ; mes filles disaient toujours "c'est mamie qui est championne" (…). J'ai appris en la regardant. Parce qu'elle ne me faisait pas travailler. Elle faisait toute seule. Donc j'ai regardé et ensuite je me suis documentée, quand j'ai eu mes enfants, à quatre, j'étais obligée. Mais j'apprends encore la preuve (en référence à la participation à l'atelier ndlr.) et je suis contente d'apprendre » (E8, Claire, âgée de 68 ans, haut niveau de diplôme, sage-femme à la retraite, divorcée et aujourd'hui en couple, dans le Rhône).

En effet, chez les personnes vieillissantes rencontrées, ce sont les femmes en couple qui, en lien avec leur assignation sociale, ont pris ce rôle. Lorsque celui-ci a été dédié aux hommes, c'est parce qu'il n'y avait plus de femme dans le foyer, à la suite d'un décès ou d'une séparation. Plusieurs périodes d'apprentissage et de pratique, distinctes, ont aussi pu être identifiées chez certains hommes.

Ainsi, pour Claude, âgé de 75 ans, habitant seul dans un pavillon à Villejuif, une première période d'apprentissage et de pratique a lieu pendant l'adolescence :

> « Adolescent, j'allais au marché, je faisais du poisson, des pâtes à tarte, chez mes parents. Mais ça prend trop de temps. Ça prend une bonne demi-heure par repas, mais ça m'a toujours plu »
> (E16, Claude, âgé de 75 ans, niveau de diplôme moyen, contrôleur des eaux à la retraite, veuf, vivant seul dans le Val-de-Marne).

Puis, c'est sa femme qui va principalement cuisiner lorsqu'ils fondent un foyer et ont des enfants. Au décès de sa femme, des suites d'un cancer, les enfants sont toujours au foyer et Claude va prendre le relai, en se souvenant de certaines pratiques de sa compagne :

> « D'une manière générale j'essaie de faire attention pour ma santé. Depuis que je suis seul. Avant, c'était ma femme qui gérait ça. Elle faisait très attention à ce qu'elle mangeait aussi. C'est une habitude de vie. Pour prendre un exemple, on n'a jamais re-salé la soupe, depuis 1973. Parce que quand elle avait accouché, elle avait une voisine qui avait fait une crise d'éclampsie, due au sel. On mettait de l'Herbamare. Alors j'essaie de limiter, en équilibrant » (E16, Claude).

Sa compagne apparaît comme un vecteur de transmission de savoir-faire culinaire en lien avec la santé. Un autre homme, cuisinier de formation, va décrire le même processus, avec une appétence pour la cuisine à l'adolescence et une pratique intensive au domicile à la suite de son divorce, alors qu'il prend la garde exclusive de ses enfants :

> « Elle, elle avait des horaires qui lui permettaient d'être là beaucoup plus souvent que moi, donc elle cuisinait, enfin pas le dimanche c'était le petit luxe, c'était moi qui cuisinais. Mais autrement j'arrivais, je n'avais pratiquement plus rien à faire. […] Quand on a divorcé, déjà c'est moi qui ai gardé les enfants, parce qu'elle partait avec un gars en caravane, je lui ai dit pour le bien-être des enfants, ils ont leur école, leurs copains, leurs habitudes, alors je cuisinais » (E30, Thierry, 67 ans, ancien cuisinier, de position sociale intermédiaire, divorcé et conjointe actuelle vivant ailleurs, en Seine-et-Marne).

Pour les hommes, la cuisine déléguée aux femmes avant le décès ou la séparation est justifiée par leur savoir-faire et par le temps dont elles disposent. Lorsque ce sont les hommes qui prennent principalement la charge de la cuisine, c'est parce qu'ils n'ont pas d'autre choix. Lorsque cela arrive, ils considèrent cette activité comme valorisante, puisque d'une part il peuvent continuer à transmettre des principes qui autrefois passaient par l'épouse, et d'autre part ils montrent qu'ils prennent concrètement la responsabilité de la charge des enfants et par là même, de leur bien-être.

2.1.3. Changer de pays, changer d'alimentation et continuer à apprendre

Les récits d'apprentissage à vivre avec une nouvelle culture alimentaire sont évoqués à chaque fois qu'une personne a quitté son pays ou un territoire d'Outre-Mer pour venir habiter en France Métropolitaine. Cela concernait quatre des 42 personnes interrogées.

> « Mon alimentation a changé aussi quand je suis arrivé ici, j'avais 19 ans, dans les années 80, au pays en Guadeloupe, on mangeait igname, fruit à pain, tous les légumes de chez nous quoi. Ici j'ai découvert les frites ! » (E9, Hugues, âgé de 63 ans, de niveau de diplôme moyen, cuisinier à la retraite, vivant avec sa fille dans le Val-de-Marne).

Lydie, arrivée des Seychelles à la fin des années 1980, a dû apprendre certains plats locaux pour travailler comme employée de maison, avant d'apprendre d'autres recettes qui correspondent mieux pour elle à ce que devrait être son alimentation :

> « Quand je travaillais, la dame m'a dit ce que je devais faire, pour préparer pour ses enfants. Par exemple, souvent, ils mangeaient beaucoup de légumes : du chou-fleur, les gratins de poireau, des gratins de courgette, des épinards. C'était une bonne idée pour chez moi aussi. Mais finalement, quand j'ai arrêté, ben je n'ai pas refait » (E23, Lydie, 70 ans, de faible niveau de diplôme, employée de maison à la retraite, vivant avec deux de ses enfants dans les Hauts-de-Seine).

Elle décrit son alimentation lorsque petite, elle vivait aux Seychelles, avant d'émigrer au Liban puis en France :

> « Quand j'étais petite, on n'avait pas trop les moyens, c'était le riz. Riz, poisson, on mangeait les racines de manioc, de patates, mais c'était pas tout le temps. Le principal c'était le riz et le poisson tous les jours. On n'avait pas de la viande. Le poulet, c'est le dimanche, ou les jours de fête. À part ça c'était le riz et le poisson. Et j'aime bien manger le riz » (E23, Lydie).

Malgré son apprentissage de la cuisine en France, il est important pour Lydie de savoir cuisiner des plats créoles :

> « Je n'avais pas appris avant de partir, alors avec les livres j'ai regardé les plats créoles. On fait des oignons, de l'ail, du gingembre, on est très épicé nous, on met à revenir, la viande, du poisson » (E23, Lydie).

Tandis que pour Hugues, Guadeloupéen, qui a été cuisinier professionnel en France métropolitaine, le savoir-faire acquis au travail sert aujourd'hui dans sa cuisine domestique, notamment pour adapter son régime alimentaire à sa maladie intestinale, pour Lydie, Seychelloise, la cuisine créole apparaît aujourd'hui comme un repère à sa culture d'origine, plus que la cuisine « contrainte » liée à sa profession, et ce, même après plusieurs décennies à pratiquer cette dernière.

2.1.4. Devenir professionnel de la cuisine

Certains participants, hommes et femmes, ont eu une importante expérience professionnelle dans le domaine de l'alimentation. Parmi nos 42 répondants, nous comptons trois hommes anciens cuisiniers professionnels, une charcutière, une cantinière et une gérante d'épiceries. Cette expérience n'est pas anodine lorsque ces personnes abordent leur cuisine, en témoignent tout d'abord les termes employés pour parler de la gestion des vivres au foyer :

> « Tout ce qui est viande, je le fais rentrer une fois par mois. Ça vient d'un boucher. Ça fait quelques kilomètres, mais bon. Ça vient en quantité, ça tient un peu plus d'un mois parfois. Et là, je mets sous vide et je congèle. Ça tient un mois tranquille. Et tout ce qui est légumes, je blanchis et je congèle. » (E37, Philippe, 67 ans, cuisinier à la retraite, de niveau de diplôme moyen, divorcé et vivant seul dans le Haut-Rhin).

Cette gestion aisée des courses, de la préparation puis de la conservation s'avère utile lorsqu'apparaissent des maladies. Catherine, charcutière à la retraite et atteinte de sclérose en plaques, réussit à pallier le fait qu'elle ne puisse pas cuisiner les jours où elle souffre de sa maladie, en préparant à l'avance des plats pour plusieurs jours.

> « Moi je congèle beaucoup. Je congèle beaucoup à cause de ma sclérose en plaques ; aujourd'hui je marche, demain, je ne sais pas » (E26. Catherine, 69 ans, de faible niveau de diplôme, divorcée, vivant seule dans les Hauts-de-Seine. Charcutière puis cantinière à la retraite, atteinte de sclérose en plaques depuis 15 ans).

Ces formations et pratiques professionnelles permettent une certaine aisance dans l'organisation de l'alimentation au foyer. Et pour ces personnes, qui sont aussi des participants à l'atelier, la cuisine a conservé une importance majeure. D'une part, comme cela a déjà été montré ailleurs, elle demeure une activité structurante dans leur quotidien (Cardon, 2015a), d'autre part, elle facilite des adaptations lorsque des événements, tels que des maladies et des traitements, surviennent. Une chimiothérapie (E33, Martine), la goutte (E37, Philippe) ou encore la sclérose en plaques (E26, Catherine) ne sont alors pas des freins à la poursuite de la cuisine. Nous verrons qu'en atelier, ces profils se font remarquer, rejouant leur rôle de professionnel de l'alimentation.

2.2. Cuisiner pour les autres ou pour soi : sens et motivations

2.2.1. La socialisation à une représentation positive de la cuisine

Dans les récits portant sur l'apprentissage puis la pratique de la cuisine, nous identifions un lien entre le fait d'avoir appris à cuisiner, la pratique actuelle de la cuisine et la description d'un plaisir pris à cuisiner :

> « Et puis il faut vous dire que j'ai été habituée à faire la cuisine parce que maman était, elle tenait un restaurant. Donc j'ai toujours aimé faire la cuisine » (E31, Yvonne, âgée de 90 ans vivant seule depuis 45 ans - son mari est décédé jeune, infirmière à la retraite, puis mère au foyer, vivant dans les Côtes-d'Armor).

Ou encore :

> « Quand j'avais une famille, j'étais bien obligée et j'avais plaisir à cuisiner. Ça faisait partie du programme. » (E35, Nicole, âgée de 84 ans, de haut de niveau de diplôme et vivant seule dans les Côtes-d'Armor).

Ce qui est décrit comme un apprentissage de la cuisine concerne le savoir-faire (l'apprentissage de techniques et de la combinaison d'ingrédients), doublé d'un apprentissage à un rapport positif à la cuisine.

À l'opposé, lorsque ce construit « savoir-faire – aimer-faire » n'a pas été réalisé, il devient possible de ne pas faire la cuisine, et de ne pas aimer cuisiner.

« La flemme » invoque ainsi Corinne, âgée de 61 ans. Pour elle, cuisiner n'est pas une nécessité ni un plaisir. Ainsi, elle achète régulièrement des sandwichs, des plats préparés disponibles en supermarché et fréquente la cantine « sénior » de la maison de l'autonomie de sa ville de résidence, où a lieu l'atelier.

Georges, vivant seul dans le Haut-Rhin, âgé de 85 ans et ayant perdu sa femme des suites d'un cancer trois ans auparavant, explique ne pas avoir appris à cuisiner car il n'était pas convié dans la cuisine lorsque sa mère ou sa grand-mère y étaient. Sa femme a par la suite pris en charge cette activité, puis sa dernière compagne. « Là où j'ai regretté, c'était ma compagne, la dernière, c'était une très très bonne cuisinière. Maintenant je me fais livrer mes repas trois fois par semaine ». Bien que certains des repas soient livrés, il en prépare d'autres, ce qui demande certaines actions de sa part : couper des légumes pour faire une salade, réchauffer des plats au micro-ondes et cuire du poisson pané à la poêle. Il explique son peu d'activité de préparation des repas, moins par le manque d'envie que par le manque de savoir-faire : « Parfois je me dis "tiens, tu pourrais faire ça", mais je ne sais pas utiliser les appareils. Ma compagne avait un Kenwood, moi, je ne sais pas. »

2.2.2. Cuisiner pour prendre soin des proches

Lorsque l'activité culinaire est quotidienne, ou presque, les personnes évoquent la préparation des repas pour autrui, en premier lieu, le conjoint. Le soin, à la fois pour soi et pour le conjoint, réside dans le temps de préparation du repas, mais aussi dans l'attention au dressage de la table, puis dans le temps passé à manger :

> « La cuisine représente la moitié de ma vie. La matinée, je prépare à manger pour le midi et pour le soir. Pour nous, le plaisir de la table c'est important. Moi je présente toujours des assiettes avec de petites verrines, peu importe l'époque de l'année. Même juste avec mon mari. […] On prend le temps de manger, pas comme ma sœur où en 20 minutes tout est bâclé » (E33, Martine, 67 ans, de niveau de diplôme moyen, commerçante à la retraite, vivant en couple dans les Côtes-d'Armor).

Ces moments partagés en couple chaque jour demandent un certain temps passé à organiser les recettes et les courses en amont.

> « J'essaie d'anticiper mes repas, "dans la semaine je vais faire ça, ça, ça". Du moment que je sais ce que je vais faire à manger, c'est plus simple. Je regarde un peu les sites : Marmiton, Journal des femmes, Pinterest, un peu de tout. » (E42, Nathalie, âgée de 60 ans, de niveau de diplôme moyen, adjointe en assurances à la retraite, vivant en couple dans le Rhône).

Ou encore, Claudine, qui évoque la réflexion en amont de la préparation, sur ce qu'elle fera dans la journée, notamment ce qu'elle va préparer à manger :

> « D'ailleurs, tous les matins, on fait notre petite réunion de chantier : ce qu'on va faire dans la journée, tous les jours, c'est écrit » (E40, Claudine, âgée de 78 ans, a été mère au foyer, vivant avec son mari dans le Rhône).

D'autre part, la cuisine pour les petits-enfants ou plus largement pour les ascendants, descendants – les enfants, leur conjoint et les petits-enfants – et les proches, est souvent évoquée comme un moment attendu :

> « Cette année on a une petite fille qui termine plus tard le mercredi, alors c'est plus difficile pour qu'on mange ensemble et c'est l'année du bac. On se retrouve pour le goûter quand même. Mais on a toujours quelqu'un à manger, au moins une fois par semaine, une copine à moi, un gendre qui passe par Lyon » (E40, Claudine).

Ou encore :

> « Dès que je vais recevoir, dès que je sais qu'on fait un moment d'atelier avec ma voisine, que je vais cuisiner pour maman, ou mes amis, j'ai 10 000 idées dans ma tête » (E18, Françoise, 66 ans, haut niveau de diplôme, cadre dans l'aviation à la retraite, divorcée et vivant seule dans le Val-de-Marne).

D'ailleurs, pour certaines participantes, ce qui est cuisiné en atelier peut être reproduit pour les petits-enfants, dans une optique de soin, en préparant quelque chose de « bon » à manger (dans le sens où elles anticipent qu'ils aimeront cela et que ce sera bon pour leur santé) :

> « Je vais refaire quand j'ai mes petits-enfants, je vais refaire avec eux, parce que c'est des fruits » (E23 Lydie, âgée de 70 ans, de faible niveau de diplôme, employée de maison à la retraite, vivant seule dans les Hauts-de-Seine).

Enfin, l'activité culinaire domestique peut contribuer à renforcer des relations à l'extérieur du domicile. C'est le cas, par exemple, de deux voisines, qui se sont mises à cuisiner régulièrement l'une chez l'autre, pour se montrer des recettes :

> « Juste avant le Covid on a commencé à parler cuisine, de l'idée de faire des ateliers cuisine. On se croisait et on s'est retrouvées pour ça juste avant le Covid » (E18, Françoise, 66 ans, haut niveau de diplôme, cadre dans l'aviation à la retraite, divorcée et vivant seule dans le Val-de-Marne).

Ainsi, cuisiner chaque jour ne se réduit pas à une contrainte domestique ; c'est aussi un acte de présence à l'autre, qui structure la vie quotidienne, crée des occasions d'échange et donne forme à des rituels partagés. En ce sens, l'activité culinaire participe pleinement à la vie relationnelle des personnes vieillissantes interrogées qui lui accordent une valeur significative. Elle est particulièrement mise en avant par les femmes en ateliers, qui, nous l'avons vu, conçoivent la cuisine comme quelque chose de positif, en particulier lorsqu'elles invitent.

Si apprendre à cuisiner, c'est aimer cuisiner, cette association de pensée peut ne pas avoir eu lieu, ou bien être brisée, notamment à la suite d'un divorce.

2.3. Ne pas apprendre, rejeter la cuisine, ou bien se la réapproprier pour soi

2.3.1. Pas d'apprentissage

Certaines personnes relatent le fait de ne jamais avoir appris à cuisiner. Éric, responsable technique en banque à la retraite, en couple mais vivant seul, à Paris, aborde les raisons, d'ordre structurel, qui l'ont empêché jusqu'à présent d'apprendre à cuisiner. Il évoque un manque de temps dans le passé :

> « J'ai fait tellement de choses dans ma vie, j'avais pas le temps d'apprendre à cuisiner !
> Bon pour faire des salades et tout ça me convient. J'ai pas le temps, j'ai jamais appris » (E4, Éric, âgé de 64 ans, de haut niveau de diplôme, responsable technique en banque à la retraite, vivant seul à Paris, sa compagne habitant ailleurs).

Il évoque ensuite le manque d'espace et d'équipement pour parler du fait qu'il ne cuisine pas à l'heure actuelle :

> « Je fais très peu de cuisine, car j'ai un petit appartement, j'ai une petite cuisine, j'ai pas beaucoup de matos en cuisine, c'est un peu compliqué. Autrement, ça serait un plaisir de faire la cuisine si j'avais un espace plus grand » (E4, Éric).

Si en pratique Éric se prépare à manger, surtout en confectionnant des salades, pour lui il ne s'agit pas de cuisiner, car il n'y a pas de moment spécifique d'apprentissage qu'il puisse décrire, ni de lieu approprié. En effet, le manque d'accès à la pièce de la cuisine peut aussi être invoqué pour expliquer le fait qu'il n'y a pas eu de période d'apprentissage, pendant l'enfance mais aussi plus tard dans la vie :

> « Moi quand j'étais jeune j'étais jamais dans une cuisine. C'était l'endroit interdit, pas d'enfant dans les jambes. Donc j'ai appris sur le tard. » (E18, Françoise, 66 ans, haut niveau de diplôme, cadre dans l'aviation à la retraite, divorcée et vivant seule dans le Val-de-Marne).

Ou encore :

> « J'ai jamais appris, à mon grand regret, parce que quand j'étais gosse, j'ai été élevé par mes grands-parents, ma grand-mère aimait bien être seule dans sa cuisine. Après quand je me suis marié, ma femme faisait la cuisine, elle aussi elle préférait être seule » (E28, Georges, 85 ans, haut niveau de diplôme, professeur d'histoire-géographie à la retraite, veuf, vivant avec son petit-fils dans le Haut-Rhin).

En filigrane, on voit que c'est parce que d'autres ont pris la charge de la cuisine à certains moments du parcours de vie, par assignation sociale, que certaines personnes ne l'ont jamais investie.

2.3.2. Rejeter la cuisine

Divorcer provoque un réaménagement de l'organisation alimentaire. Pour certaines participantes, cet événement a eu pour effet un rejet de tâches auparavant réalisées pour le foyer ; la cuisine en premier lieu. C'est le cas de Nicole, qui, depuis qu'elle est divorcée, ne considère plus ses préparations alimentaires comme une source de plaisir :

> « Bien manger, c'est pour vivre, je n'ai aucun plaisir à un bon repas. […] Je cuisine des pâtes, du riz, mais faire un plat, ça me casse » (E35, Nicole, âgée de 84 ans, divorcée, de haut niveau de diplôme, vivant seule dans les Côtes-d'Armor).

Le travail domestique, jusqu'alors produit dans le cadre d'une configuration familiale, ne peut plus se produire dans les mêmes conditions à la suite de la séparation. Ce rejet ne veut pas dire pour autant que ces personnes ne cuisinent plus, par contre, cette activité est décrite comme un fardeau :

> « Faire la cuisine, ça m'évoquait un plaisir très grand avant, on était cinq, on avait trois enfants, j'aimais faire la cuisine et aujourd'hui ça me pèse. Bien qu'hier, j'ai concocté une soupe de la mer et une blanquette de veau. Mais ça me pèse de cuisiner pour moi » (E29, Marie-Christine, 80 ans, enseignante puis psychologue, de haut niveau de diplôme, divorcée, vivant seule dans le Val-de Marne).

Toutefois, d'autres personnes opèrent une transition entre une cuisine réalisée pour le conjoint et les enfants, vers une cuisine réalisée en majorité pour soi, et valorisée comme telle.

2.3.3. Se réapproprier la cuisine pour soi

Certaines personnes, qui auparavant ont cuisiné pour une famille, considèrent aujourd'hui la cuisine comme une expérience positive pour elles-mêmes. Cela peut faire suite à un événement qui touche au cycle de vie, comme un divorce ou bien le décès du conjoint. La latitude permise par le fait d'être seule et par conséquent de pouvoir choisir pour soi est souvent évoquée par des femmes qui se trouvent libérées de contraintes autrefois dictées par les autres membres du foyer, marquant la cuisine du sceau de l'émancipation :

> « Déjà le fait de manger seule, on mange quand on a envie de manger. Il n'y a pas un horaire imposé. Et puis on mange ce qu'on a envie. Si on a envie de manger qu'une salade, on mange qu'une salade » (E19, Awa, 70 ans, haut niveau de diplôme, gestionnaire de projets internationaux à la retraite, divorcée 20 ans auparavant et vivant seule dans le Val-de-Marne).

Libérées des contraintes de faire à manger pour autrui, ces personnes testent de nouvelles manières de faire pour trouver celles qui leur conviennent le mieux. Par exemple, pour Françoise, il s'agit de trouver la juste place pour le dessert :

> « Ça m'est arrivé de faire des repas que de desserts, mais je ne suis pas satisfaite. Il me faut quelque chose de protéineux : lentilles, œufs, poisson… Mais il me faut du salé et du sucré. […]. Des fois le soir je me fais une soupe pour garder de l'énergie pour le dessert » (E18, Françoise, 66 ans, haut niveau de diplôme, cadre dans l'aviation à la retraite, divorcée et vivant seule dans le Val-de-Marne).

Lorsque nous aborderons les changements alimentaires au cours du vieillissement, nous verrons que les sensations corporelles jouent pour beaucoup dans l'adaptation de ce qui est préparé à manger, en particulier pour les personnes vivant seules.

2.3.4. Apprentissages culinaires et rapports sociaux : entre soin, genre et inégalités

Nous voyons tout d'abord un lien étroit entre le développement de savoir-faire en cuisine et le fait d'aimer cuisiner, cultivé pour certaines personnes tout au long de la vie. Cette tâche domestique soulève un paradoxe : le travail alimentaire peut à la fois être décrit et vécu comme une source d'oppression pour les femmes (Ferrand, 1983 ; Fournier et al., 2015), mais aussi comme un moyen d'exprimer l'« amour » et le « prendre soin » (Tronto, 1993 ; Simonet, 2024).

Les parcours d'apprentissage et de pratique de la cuisine se distinguent surtout selon le fait que les personnes aient eu ou non, à un moment donné dans leur parcours de vie, à s'occuper d'enfants. Les personnes ne décrivant pas de moment d'apprentissage et déclarant ne pas cuisiner à l'heure actuelle n'ont jamais été dans la situation d'avoir des enfants à charge, situation décrite comme provoquant une obligation de cuisiner. Cette activité est alors réalisée, pour ce qui est des préparations non exceptionnelles, invariablement par défaut par les mères. Les pères la reprennent dans les cas où les enfants sont toujours au foyer, et que la mère part ou décède. Bien que cette pratique fasse partie des tâches « négociables » en théorie, il ressort que la répartition du travail culinaire, chez les participants des ateliers, est restée d'ordre traditionnel, poursuivant un rapport social de genre. Cette réappropriation par les hommes lors du départ de leur conjointe, montre que cette activité reste un travail obligatoire tout autant qu'un devoir éthique, de soin pour le foyer (Paperman & Laugier, 2011). Ainsi, les personnes qui n'ont jamais eu à s'occuper d'enfants n'ont pas de mal à affirmer qu'elles n'ont jamais appris à cuisiner ; n'ayant pas eu de devoir moral de soin et d'éducation par l'alimentation, ce non-apprentissage ne porte pas de valeur négative et ne fait pas l'objet d'une stigmatisation (Goffman, 1975, p. 46).

Ces résultats montrent par ailleurs que l'apprentissage de la cuisine au fil du parcours de vie, s'il débute tôt notamment chez les femmes, est aussi marqué par des moments clés : un changement de pays, la profession exercée, l'arrivée des enfants, un divorce ou encore le décès du conjoint. La séparation et le décès sont identifiés comme provoquant un renouveau du rapport à la cuisine pour les femmes, pouvant prendre deux directions opposées :

- Déclarer ne plus cuisiner ou ne plus aimer cela peut être une manière d'affirmer son indépendance par rapport à un ancien système en couple qui ne convenait plus. C'est ici le rapport de genre inhérent au travail alimentaire qui est remis en question ; dans ce système, le désintéressement quant à la cuisine (car si elle est délaissée, elle ne disparaît pas non plus)

est un acte d'émancipation (Charles & Galerand, 2017) dans le sens où elle est une forme de « dés »appropriation du corps féminin (Guillaumin, 1978 ; Charles & Galerand, 2017). Il s'agit surtout d'arrêter une certaine manière de faire la cuisine, cette idée que l'on va permettre à travers sa préparation à faire plus qu'uniquement se sustenter.

- Cuisiner pour soi et aimer cela est l'autre direction prise pour certaines femmes qui vivent seules après une séparation ou un décès. Cette cuisine est décrite comme une attention portée à soi, qui se révèle notamment à travers des descriptions de l'écoute du corps (faim, satiété, digestion). Cette cuisine valorisée pour soi est rendue possible par l'évolution de la place de cette activité dans la société, comme une manière individuelle de prendre soin de sa santé – une activité plébiscitée en santé publique à travers la recommandation du « fait maison » (ANSES, 2019) – mais aussi de l'environnement global (mise en avant dans des ouvrages tels que « *Pressure cooker ; why home cooking won't solve our problems and what we can do about it* » aux États-Unis (Bowen et al., 2019), critiquant une vision libérale de la cuisine domestique, qui permettrait de résoudre des problèmes globaux tels que les crises sanitaire ou écologique).

Contrairement à d'autres études (Rochedy et al., 2022), on ne retrouve pas dans les entretiens réalisés d'hommes à la retraite avant leur femme, ayant pris en charge la cuisine. Ceci suggère que cette activité, lorsqu'elle est réalisée plus tard dans la vie par les hommes, ne génère pas un attrait pour participer à un atelier de cuisine.

Ces résultats révèlent à nouveau le fait que l'apprentissage de savoir-faire en cuisine peut être une source d'inégalités. La construction d'un rapport à la cuisine et d'un savoir-faire pendant le parcours de vie a nécessité des ressources sociales : ce sont les parents ou d'autres proches qui ont permis aux participants d'acquérir des compétences, bien plus que des livres, une formation spécifique, ou Internet, utilisés surtout a posteriori. L'apprentissage culinaire apparaît ainsi lié aux opportunités offertes par les relations sociales, en premier lieu le contexte familial. Sa pratique est centrale dans la sphère domestique, au quotidien et lors d'invitations, suggérant que la cuisine contribue au maintien d'attachements sociaux tout au long de la vie, y compris pendant le vieillissement. Les femmes mettent particulièrement en exergue le plaisir d'anticiper ces moments de commensalité.

Par ailleurs, cette activité est décrite comme une ressource, pour certaines personnes interrogées, dès lors qu'elle permet des adaptations pour soi. On peut ainsi distinguer une cuisine subie, vécue comme une charge de travail, d'une cuisine appropriée comme un soin. Cette dernière répond à une injonction sociétale : les politiques de prévention appuient sur l'intérêt du « fait maison », en lien avec la montée du sujet de l'« ultra-transformation » et de ses conséquences sur la santé, mais aussi en lien avec les

injonctions portant sur l'alimentation durable. Prendre soin de soi à travers la cuisine n'est alors pas considéré comme une démarche égoïste, mais plutôt comme une prise en responsabilité individuelle de problématiques de société : la santé, l'environnement et le vieillissement. Ainsi, l'émancipation de la cuisine peut devenir, tout comme le fait de ne jamais avoir appris à cuisiner, une source d'inégalité de santé. Ce, car dans notre enquête, cette activité réalisée fréquemment est liée à des prises alimentaires plus variées et à de moindres sauts de repas – tandis d'autres études concernant la cuisine à domicile et l'équilibre alimentaire chez les adultes montrent des effets plus ambivalents (Mills et al., 2017 ; Darmon, 2025). En effet, selon les études considérées, la cuisine réalisée à domicile peut avoir pour conséquence des repas plus équilibrés ou bien plus caloriques.

Ces parcours de socialisation expliquent des rapports actuels à la cuisine, mais ils sont aussi reconfigurés par le vieillissement, les événements de santé, ou la retraite.

3. Vieillir et manger : transformations alimentaires et enjeux de santé

Cette partie vise à montrer les effets du vieillissement sur la pratique culinaire et plus généralement, sur les pratiques alimentaires, et leur portée pour la santé publique.

Comme l'ont déjà souligné plusieurs travaux (Cardon, 2007 ; Cardon & Gojard, 2008 ; Poulain, 2017a ; Dion et al., 2020), le vieillissement s'accompagne de transformations dans la manière de cuisiner et de se nourrir, qu'il s'agisse d'une délégation totale ou partielle des tâches culinaires, ou d'une évolution progressive des manières de faire et des consommations. Les entretiens réalisés révèlent ces mêmes types de dynamiques, indiquant des modifications sensibles des pratiques alimentaires.

3.1. Retraite, départ des enfants, et reconfiguration des pratiques alimentaires

Dans une question de l'enquête quantitative, nous demandions aux répondants de relier certains événements de vie à certains changements alimentaires (figure 67). Le nombre de liens possibles n'était pas limité. Les événements listés faisaient référence, d'une part, à ceux déjà identifiés dans la littérature et d'autre part, à des événements récents du contexte sociohistorique de vie, mentionnés pendant la période d'enquête (réalisée en 2023), tels que la crise du Covid, ou l'inflation.

27. **Diriez-vous que les événements suivants ont ou ont eu un impact sur votre alimentation ?** Lier par un trait vos réponses, comme les exemples en gris. Plusieurs liens sont possibles.

EVENEMENT	=>	IMPACTS
Enfants quittant le domicile		Je cuisine plus souvent
Passage à la retraite		Je cuisine moins souvent
Enfants qui reviennent au domicile		J'ai plus d'appétit
Décès du conjoint		J'ai moins d'appétit
Maladie ou problème de santé		J'ai une alimentation adaptée
Maladie d'un proche		Je mange moins équilibré
Crise du Covid-19		J'invite plus souvent à manger
Augmentation des prix		J'invite moins souvent à manger
Autre : _____		

Figure 67 : Extrait du questionnaire, question 27

Cet exercice a permis de révéler que le passage à la retraite était l'événement le plus souvent associé à un changement alimentaire : le fait de cuisiner plus souvent à partir de ce moment (pour 27,2 %) (figure 68). Une explication plausible à la prédominance de cette association est le retour des repas au domicile à partir de la retraite, pour les individus qui mangeaient sur ou près de leur lieu de travail, induisant potentiellement plus de cuisine au domicile (Poulain, 2017a). Une autre voie d'analyse concerne le fait que la totalité des répondants sont à la retraite, tandis que tous n'ont pas eu des enfants, perdu un conjoint, ou vécu une maladie.

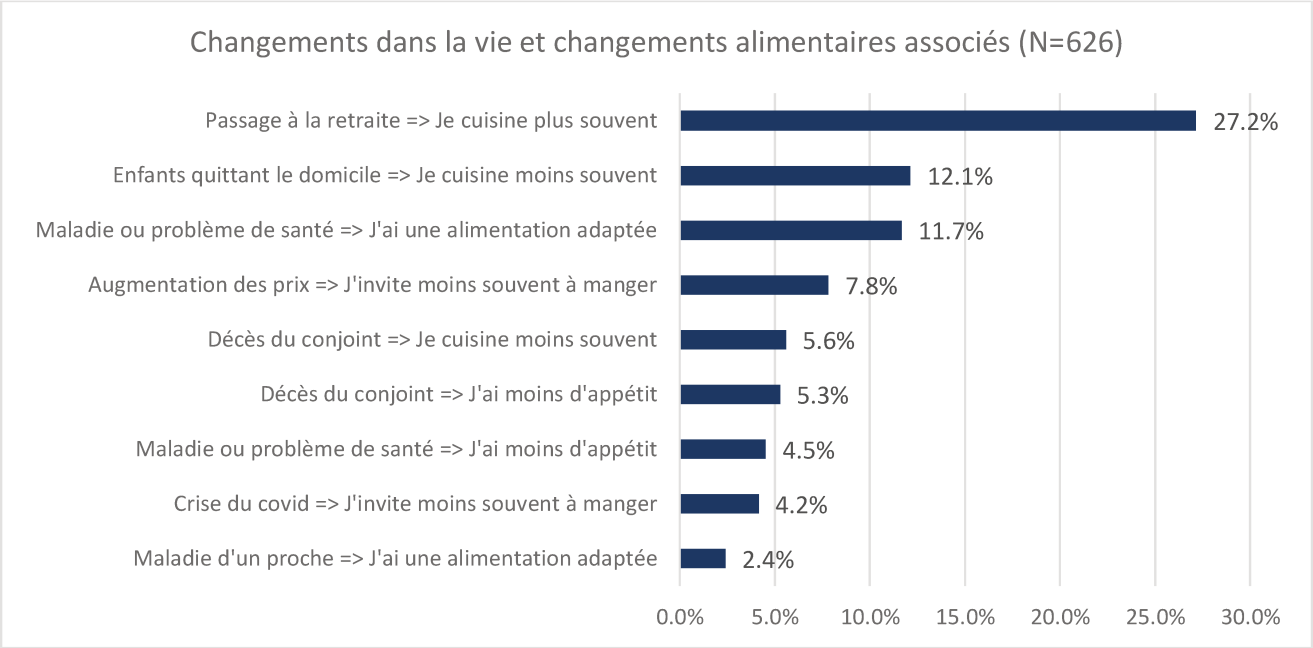


Figure 68 : Changements de vie et changements alimentaires associés

Le second événement le plus souvent cité concerne le départ des enfants, qui entraîne en majorité une diminution de la fréquence de cuisine (pour 12,1 %). Les femmes déclarent plus souvent que les hommes cuisinent moins à la suite du départ des enfants du domicile (elles sont 72 participantes, soit 13,6 %, et les hommes, 2 soit 2,4 %. Voir annexe A 47). Ceci révèle à nouveau le rôle prépondérant des participantes dans le fait de cuisiner pour le foyer, tout autant que la variable des enfants au foyer pour expliquer l'obligation perçue de cuisiner.

Ensuite, une maladie ou un problème de santé entraînent deux types de changements :

- Adapter son alimentation (11,7 %) ;
- Et avoir moins d'appétit (4,5 %).

La maladie d'un proche, moins souvent citée, est associée au fait d'avoir une alimentation adaptée (pour 2,4 %).

Le décès du conjoint entraîne quant à lui deux changements d'ordre négatif :

- Cuisiner moins souvent (pour 5,6 %) ;
- Et avoir moins d'appétit (pour 5,3 %).

Ainsi, bien que le maintien de la cuisine – notamment chez les femmes – à la suite du décès du conjoint soit souhaité (Cardon, 2010a), cet événement conduit à un moindre appétit, remettant en question la raison d'être de cette activité. On ne sait cependant pas si ce changement est durable dans le temps.

Enfin, nous avions ajouté des événements extérieurs au foyer – crise du Covid et inflation – moins étudiés concernant les personnes vieillissantes, mais ayant peut-être un impact sur leur alimentation, puisque ces événements ont par ailleurs eu des effets sur les achats et consommations alimentaires dans la population française (Bléhaut et al., 2024) et puisqu'ils ont été mentionnés en entretien. La pandémie du Covid a plus souvent été citée que l'inflation, et celle-ci a conduit en majorité à moins inviter à manger (4,2 %), mettant au jour l'effet d'un certain contexte social sur la commensalité et les sociabilités alimentaires. Il est à noter que pour nos répondants, seuls des événements extérieurs à eux-mêmes et à leur contexte familial conduisent à moins inviter à manger : ces moindres invitations à manger sont donc subies, plutôt que choisies.

3.2. La santé comme moteur principal des changements récents

Un second volet de questions sur le changement alimentaire partait d'exemples de changements relevés dans l'étude qualitative, à relier à des raisons (figure 69). Cette question permet d'explorer des changements qui ne sont pas forcément liés à des événements dans le cycle de vie, faisant toutefois eux aussi évoluer l'alimentation.

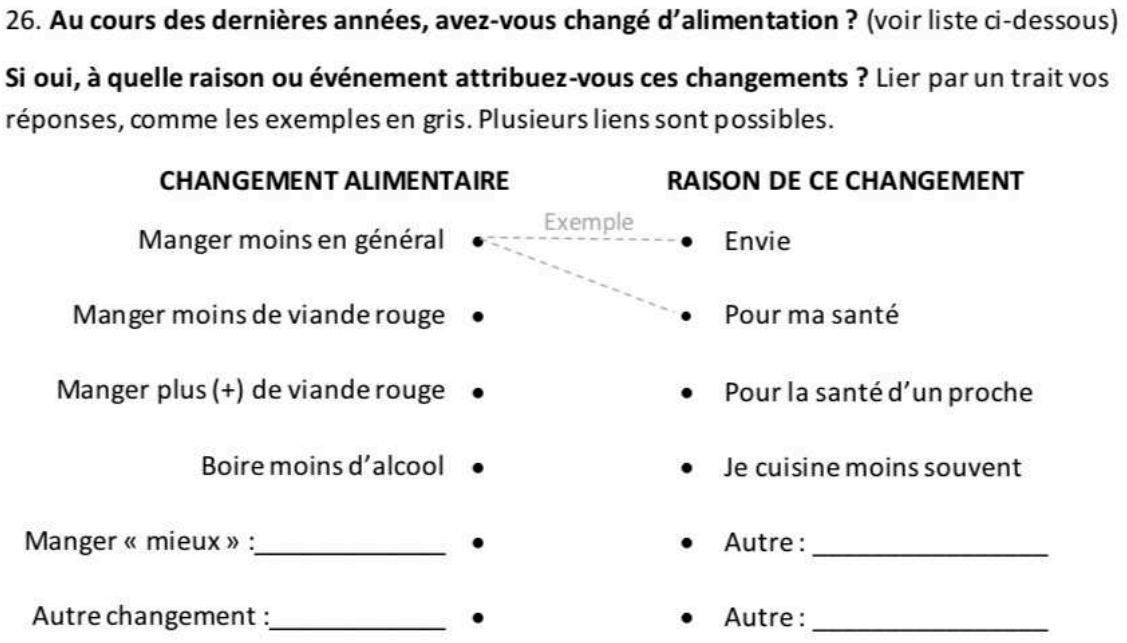
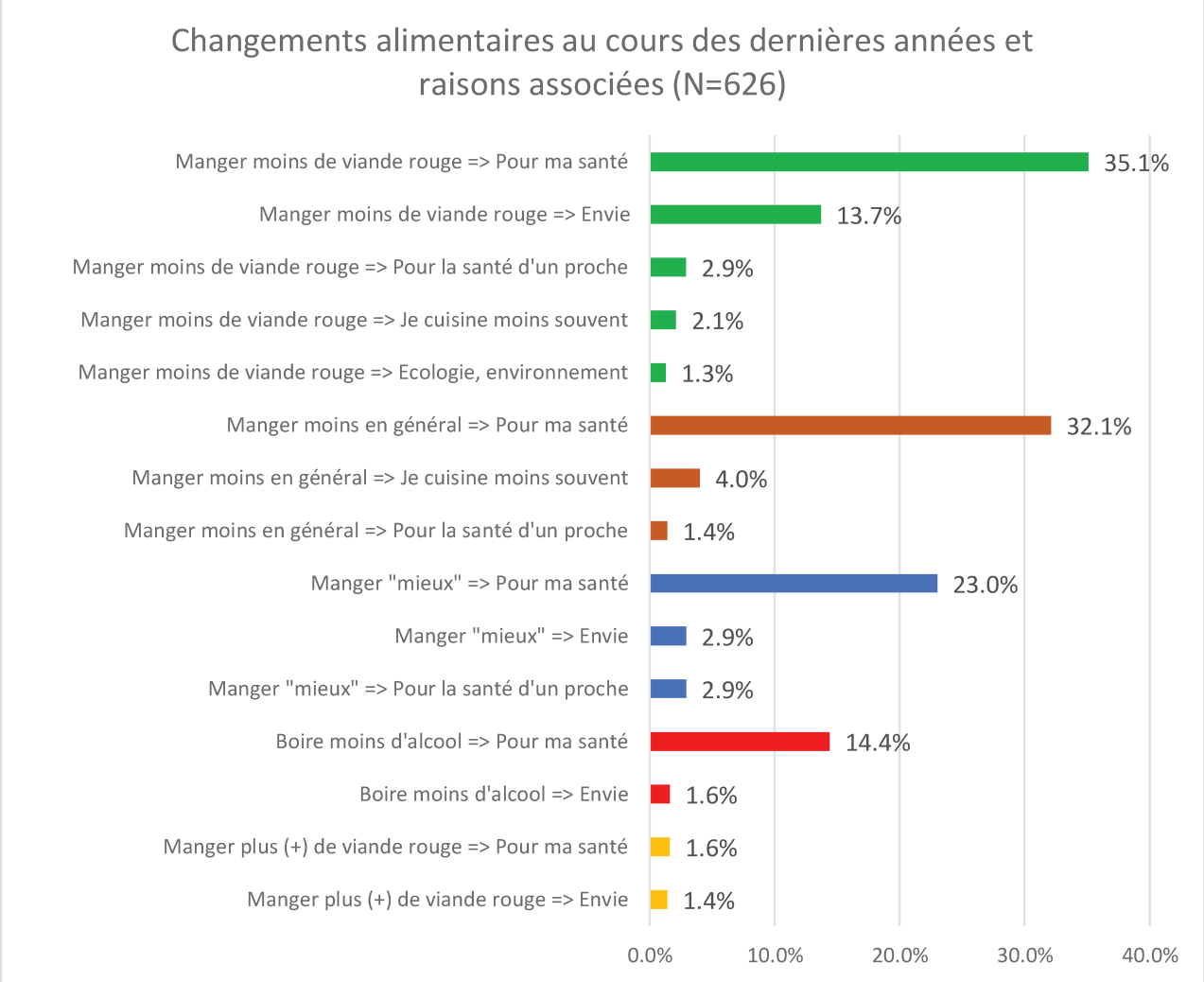


Figure 69 : Extrait du questionnaire, question 26

Les deux raisons évoquées en premier lieu en lien avec un changement alimentaire sont la santé d'une part, et l'envie d'autre part (figure 70). On ne sait cependant pas si la santé est relative à un événement en particulier ou plutôt à un sentiment plus diffus sur le fait qu'il faudrait davantage faire attention à sa santé à travers ses choix alimentaires. Ce point sera analysé par la suite, à la lumière des résultats qualitatifs.



Lecture : « manger moins de viande rouge => Pour ma santé : 35,1 % », signifie que 35,1 % des répondants déclarent qu'au cours de ces dernières années, ils ont mangé moins de viande rouge en lien avec leur santé.

Figure 70 : Changements alimentaires et raisons associées

Tout d'abord, sa propre santé (et non pas la santé d'un proche, l'envie ou encore l'environnement) est la raison qui prédomine, en lien avec chaque changement alimentaire sélectionné. Le changement le plus souvent sélectionné concernant sa santé est le fait de manger moins de viande rouge (35,1 %).

Cette raison, mais aussi la moindre envie de manger de la viande rouge (13,7 %), sont beaucoup plus souvent mentionnées que celle de la problématique environnementale (qui concerne 8 réponses seulement sur 626 répondants, soit 1,3 %). La moindre envie de viande rouge a souvent été évoquée en entretien chez des femmes plutôt que chez des hommes, renvoyant à des « aliments essentiels » différents selon le genre (Poulain, 1998) : la viande reste un aliment essentiel plus souvent pour les hommes. Toutefois, les femmes ne déclarent pas significativement plus souvent que les hommes manger moins de viande rouge pour leur santé ou parce qu'elles en ont envie. Ceci met en évidence un décalage possible entre un aliment représenté comme essentiel, mais un changement perçu comme nécessaire pour la santé, en pratique.

« Manger moins en général, pour ma santé » concerne 32,1 % des répondants, sans écarts significatifs selon le genre, l'âge ou le niveau de diplôme. Ce changement alimentaire s'écarte de la recommandation adressée aux personnes âgées, de manger au moins autant qu'auparavant, en faisant varier la proportion de certains nutriments, en particulier, en augmentant la proportion de protéines. Ce résultat peut traduire une attention prégnante portée au poids et à l'image du corps au cours du vieillissement. En effet, dans les entretiens, nombreuses sont les personnes ayant le sentiment qu'en vieillissant il faut manger moins, car on se dépense moins, au risque sinon de prendre du poids. Au-delà de l'image corporelle, les personnes interrogées révèlent le besoin de pouvoir continuer à se mouvoir comme elles le souhaitent, et ceci passe par une attention portée sur le poids.

Par ailleurs, le fait de manger « mieux » pour sa santé, a été sélectionné par 23 % des répondants, et significativement plus souvent par les femmes que par les hommes (annexe A 48 : $\chi^2 = 3,95$; $p = 0,047$) et les personnes ayant un plus haut niveau de diplôme. Ces résultats suggèrent la prédominance d'une pensée préventive diffuse, et non pas ciblée en lien avec un problème de santé, chez les femmes et les personnes de haut niveau de diplôme. Par contre, le fait de boire moins d'alcool pour sa santé concerne significativement plus souvent les hommes que les femmes (annexe A 49 : $\chi^2 = 7,34$; $p = 0,007$). Ces derniers sont également plus enclins à déclarer cuisiner plus souvent suite à la maladie d'un proche (annexe A 50 : $\chi^2 = 10,09$; $p = 0,001$). Ce résultat renvoie à certaines configurations dans les entretiens, où la mise en cuisine chez les hommes est effective, lorsque la conjointe auparavant en charge de l'alimentation pour le foyer, est atteinte d'une maladie qui l'empêche de cuisiner comme avant – ce que montrait déjà l'étude de Cardon (2015). Les entretiens révèlent une prise en main partielle par les conjoints (faire les courses, puis superviser ce que fait la conjointe en cuisine) lorsque leur compagne souffre d'une maladie, comme la maladie d'Alzheimer.

Les changements alimentaires mis au jour reflètent la plus ou moins grande facilité à opérer des ajustements dans la cuisine tout au long du vieillissement. Nous allons à présent explorer plus en détail ces aspects.

3.3. Vieillir, c'est cuisiner autrement : simplifier les techniques, écouter plus son corps, réduire le registre du mangeable

Cardon (2010a) a déjà montré combien, à la suite du décès de leur conjoint, les femmes allaient tenter de poursuivre l'activité culinaire, parfois en renouant avec des plats et des habitudes antérieurs à la mise en couple. Nous retrouvons ici ce processus à l'œuvre. Les récits recueillis témoignent en effet de trajectoires différenciées. Les femmes majoritairement, vivant seules ou en couple, adaptent progressivement leurs habitudes de préparation au fil de l'évolution du foyer, de leurs capacités physiques et envie de faire. Notons que, si ces trajectoires sont en grande partie genrées, elles ne le sont pas non plus totalement : des hommes cuisiniers à la retraite et/ou ayant eu la charge de leurs enfants à un moment donné de leur vie poursuivent aussi l'activité culinaire comme une activité centrale et signifiante au cours du vieillissement.

Les modifications de la cuisine identifiées vont toucher aux techniques employées, au répertoire de recettes, ou encore à certains aliments exclus du registre du mangeable.

3.3.1. Vieillir en vivant seule et réduire la variété des techniques et des plats

Parmi les personnes qui font perdurer la cuisine au cours du vieillissement, le premier ajustement passe par une réduction, à la fois de l'étendue des techniques de cuisine utilisées et des recettes réalisées :

> « Maintenant je fais beaucoup moins de choses qu'avant, alors que je sais faire tout : des desserts, des gâteaux, du pain. Maintenant je fais surtout beaucoup de grillades et de salades. » (E3, Samira, 77 ans, de haut niveau de diplôme, ancienne institutrice et gérante de magasin, vivant seule à Paris, son mari décédé il y a deux ans des conséquences du diabète).

Pour Samira, la quantité préparée et le temps investi ont diminué depuis plusieurs années – depuis l'aggravation du diabète de son mari, puis de son décès – sans pour autant renoncer à cette activité. Ces réductions ne sont pas évidentes à réaliser en pratique ; Samira évoque le fait de fréquemment

cuisiner une trop grande quantité d'aliments. Elle donne alors le surplus à des voisins ou à des personnes qui font la manche dans sa rue.

Une autre personne, Yvonne (E31) âgée de 90 ans et vivant dans les Côtes-d'Armor, continue de cuisiner chaque jour en conservant les mêmes structures de repas (soupe le midi, galette le soir), qu'elle fait évoluer uniquement par le choix des ingrédients. Elle a d'ailleurs un petit livre de recettes de soupes, dont elle se sert régulièrement. Si la réduction des techniques et recettes est drastique, celle-ci permet toute de même de maintenir une certaine variété dans les aliments consommés, à l'intérieur de chaque catégorie alimentaire. Ces adaptations sont notamment rendues possibles par des solutions aujourd'hui disponibles dans le commerce, telles que les aides culinaires et aides techniques (sauces, pâtes toutes prêtes, aliments précuits, crêpes et galettes prêtes à être garnies). Pour qui la cuisine reste une activité importante, ces solutions peuvent alors être appréhendées comme des « supports pour le maintien de prises », ou « entours sociaux » (Caradec & Vannienwenhove, 2015), car ils permettent au corps de continuer à « faire » dans un environnement adapté. Ainsi, bien que Yvonne achète certaines aides culinaires, elle n'aborde pas son activité culinaire comme ayant été réduite.

Enfin, ces réappropriations de la cuisine pour soi se justifient aussi par la gourmandise et le plaisir. Yvonne exprime ce rapport affectif et sensoriel à l'alimentation :

> « C'est parce que j'aime manger que je cuisine tous les jours. Je suis restée gourmande » (E31, Yvonne, âgée de 90 ans, vivant seule depuis 45 ans – son mari est décédé jeune, infirmière à la retraite puis « au foyer », vivant dans les Côtes-d'Armor).

Elle poursuit la cuisine pour elle-même avant tout car elle sait préparer ce qui lui plaira le mieux. À ce propos, elle aborde le pain perdu préparé en atelier : « J'ai pas tellement aimé, je fais un gâteau bien meilleur avec du pain ».

Dans ces deux exemples, bien que les personnes détaillent des modes de simplification, elles continuent à définir leur activité de préparation alimentaire comme de la cuisine. Cette manière d'envisager la préparation alimentaire s'oppose à celles des personnes qui, bien qu'elles préparent au moins parfois des repas, ne considèrent pas cela comme de la cuisine.

Les ajustements opérés sont aussi le fruit d'une écoute accrue de ses propres sensations.

3.3.2. Adapter sa cuisine selon les sensations du corps

Un deuxième type d'ajustement porte sur des adaptations en lien avec les sensations du corps. Ces adaptations concernent les aliments et les quantités mangées, ce, à certains moments de la journée. Elles sont le plus souvent mises en avant, mais pas seulement, par les femmes vivant seules et vont être fonction des douleurs, des problèmes de digestion rencontrés ou encore d'une moindre faim ressentie :

> « J'avais vu une diet par rapport à mon arthrose, qui m'avait conseillé de prendre des probiotiques. Symbiosos ou quelque chose comme ça. D'abord c'est pas donné, c'est 30 euros la boite pour un mois, c'est un budget ! J'ai dit "basta", je prends des yaourts grecs. Et puis je fais du kéfir de fruits. Et ça c'est excellent pour les intestins. Il faut en prendre à jeun, le matin, une petite quantité. Et je prends plus aucun médicament ! Je ne prends plus rien ! » (E3, Samira, 77 ans, de haut niveau de diplôme, ancienne institutrice et gérante de magasin, vivant seule à Paris, son mari décédé il y a deux ans des conséquences du diabète).

Les femmes vivant en couple notent aussi des adaptations individuelles. Ainsi, bien qu'il existe au sein des couples un « *nomos* alimentaire conjugal » (Cardon, 2010a), c'est-à-dire d'un univers partagé de références et d'actions autour de l'alimentation, nous observons souvent des adaptations individuelles à l'intérieur de celui-ci :

> Repas de la veille de Claudine (E40) et Jean-Jacques (E41) : « reste de poireau de midi, salade verte, potage maison potiron, butternut et marrons, pour Jean-Jacques, des rillettes, il mange un peu plus de viande que moi, j'ajoute du jambon cru parfois ou des rillettes, en dessert : une mandarine. »

Ce type d'expérience met en évidence une attention accrue portée aux ressentis. Plus largement, il a déjà été mis en avant que la perception du corps se fait plus présente au cours du vieillissement (Caradec, 2007 ; Caradec & Vannienwenhove, 2015), et nous voyons ici que cela a des retentissements sur les aliments sélectionnés, la cuisine et les quantités consommées.

Toutefois, les ressentis identifiés ne font pas uniquement référence à des symptômes du corps. En effet, certaines personnes interrogées nous ont parlé du contexte social ou politique, anxiogène, qui les a fait perdre de l'appétit et changer les habitudes alimentaires entre les deux entretiens réalisés :

> « Moi je pense que j'ai moins d'appétit, dû au contexte. Je suis de très près tout ce qu'il se passe, c'est très anxiogène. Je pense que quelque part ça me coupe l'appétit. Je pense à mes neveux et nièces qui sont encore jeunes […]. C'est une période aussi. Je n'aime pas du tout l'automne et l'hiver. Je suis obligée de me stimuler. Ce qui fait que des fois je mange parce que vraiment il faut que je mange, mais je n'ai pas faim » (E17, Marie-Élisabeth, 68 ans, ergothérapeute à la retraite, ayant une faible retraite à cause d'une coupure dans sa carrière professionnelle, vivant seule dans le Val-de-Marne, lors du second entretien).

Enfin, d'autres ajustements vont s'opérer à l'intérieur même du répertoire alimentaire.

3.3.3. Les contraintes conduisant à réduire le registre du mangeable

Le troisième type d'ajustement concerne la réduction de l'activité culinaire à la suite d'un événement de vie, ou à cause de très faibles revenus, aboutissant à une réduction du registre du mangeable. C'est le cas de Nicole (E35), âgée de 84 ans, vivant seule à Saint-Brieuc et divorcée, devenue végétarienne à la suite de son divorce. Elle n'avait jamais apprécié la viande, mais en cuisinait pourtant pour elle, son mari et ses enfants. Sa séparation l'a conduit à abandonner ce groupe alimentaire, qu'elle n'aimait pas de toute manière.

D'autres facteurs portant sur l'évolution des ressources financières sont relevés. Par exemple, Marie-Élisabeth (E17), âgée de 68 ans et habitant seule dans un studio dans le Val-de-Marne, a transformé ses pratiques alimentaires à la suite de son départ d'une organisation religieuse, dans laquelle elle est restée plusieurs années et qui, finalement accusée de dérive sectaire, a fermé. Cette communauté prônait le jeûne hebdomadaire. Les membres jeûnaient alors même qu'ils devaient préparer à manger pour les visiteurs. Avant d'entrer dans cette communauté religieuse, elle était ergothérapeute et avait beaucoup plus de ressources financières. Aujourd'hui à la retraite et vivant avec très peu de moyens, ses choix oscillent entre une alimentation restreinte (« le soir, c'est très simple, un morceau de pain, de fromage et un yaourt ») et l'achat d'aliments qu'elle apprécie particulièrement (« en sortant de la communauté, j'ai acheté des choses que j'aimais »). Ces faibles moyens financiers la conduisent à réduire le champ des possibles (« dans ma tête, ça a fermé des portes »).

Dans ces configurations, le registre du mangeable, réduit, induit une simplification des plats préparés. Ces personnes réalisent surtout une cuisine d'assemblage, sans sauce ou condiment.

Ainsi, qu'il s'agisse d'événements biographiques marquants ou d'une précarisation économique progressive, ces trajectoires de vie conduisent à une réduction du registre du mangeable, marquée par un appauvrissement des pratiques culinaires et par une simplification des plats.

Conclusion du chapitre 4

Les pratiques culinaires domestiques, pour les participants des ateliers, révèlent une pluralité de manières de considérer ce qu'est « faire la cuisine ». Si certaines personnes valorisent toute forme de manipulation d'aliments comme une activité culinaire en soi, d'autres, souvent moins familières avec cette pratique ou ne revendiquant aucun savoir-faire, la mettent à distance, l'associant à des contextes spécifiques, ou à une technicité particulière. Cette distinction renvoie à des trajectoires de vie différenciées, où la socialisation à la cuisine a dépendu du genre, d'avoir à s'occuper d'enfants, mais aussi des opportunités d'apprentissage offertes par les proches ou par la formation professionnelle.

La très forte prédominance des femmes dans les ateliers, et parmi les personnes qui cuisinent quotidiennement, illustre la persistance de normes genrées dans la division du travail domestique. Cuisiner pour autrui, notamment pour le conjoint, demeure largement une responsabilité féminine dans la population étudiée, perçue tantôt comme une charge, tantôt comme un acte de soin socialement valorisé. Dans ce sens, la cuisine domestique continue de cristalliser des tensions entre obligation sociale et investissement pour soi et pour ses proches. L'atelier de cuisine pourrait alors contribuer à renforcer ces tensions, renforçant l'injonction à cuisiner, à prendre soin de soi, mais aussi des autres, à travers cette activité.

Le fait de vivre seul ou en couple structure fortement les comportements culinaires. Ainsi, les personnes vivant en couple cuisinent plus fréquemment, consomment moins de plats « tout prêts » et préparent plus souvent des repas pour d'autres. À l'inverse, les personnes vivant seules cuisinent moins, recourent davantage à des plats « tout prêts » et sautent plus souvent des repas. Toutefois, la vie seule n'est pas synonyme de retrait culinaire : les femmes vivant seules rencontrées développent pour la majorité, et lorsqu'elles ont des ressources matérielles et de savoir-faire suffisantes, un rapport renouvelé à la cuisine, centré sur l'écoute de soi, la santé et le plaisir personnel, dans une logique de soin pour elles et d'indépendance vis-à-vis des normes domestiques passées. Par contre, l'âge apparaît comme peu déterminant des représentations et des pratiques, soulignant une hétérogénéité des parcours de vie et de l'état de santé des personnes vieillissantes. Le niveau de diplôme est quant à lui mis en lien avec le fait de manger plus souvent des fruits et des légumes, mettant en évidence une socialisation spécifique au « goût » pour ces types d'aliments, conduisant au développement du plaisir de les manger (Régnier & Masullo, 2009), ainsi que d'un certain savoir-faire pour les préparer.

La cuisine apparaît comme un espace de transformation continue au fil du vieillissement. Les modalités de préparation, les recettes choisies et les finalités associées évoluent en fonction des capacités physiques, du contexte domestique, des événements marquants de la vie, mais aussi d'un

environnement plus large, incluant l'inflation, les effets de la pandémie de Covid-19, le contexte politique ou encore la saison.

Alors que les personnes pratiquant la cuisine au quotidien témoignent d'une adaptation progressive à ces changements, en ajustant leurs pratiques culinaires par une réduction des techniques utilisées, une simplification des recettes ou une contraction du registre du mangeable, nous verrons dans la partie suivante, centrée sur les enjeux de santé, que d'autres tendent davantage à investir la cuisine à la suite d'un événement sanitaire perturbant (intervention chirurgicale, maladie chronique).

Ces différences suggèrent que la participation aux ateliers de cuisine se construit selon des dynamiques différentes : pour les uns, une continuité ou un approfondissement d'une activité valorisée, souvent liée aux sociabilités, où cuisiner devient d'autant plus source de plaisir que l'activité s'inscrit dans l'échange ou l'invitation, pour les autres, une réponse à des événements de santé.

Enfin, la cuisine quotidienne semble jouer un rôle déterminant pour avoir une certaine diversité dans les groupes alimentaires consommés (notamment les légumes et les fruits), tout comme dans le développement et le maintien de liens sociaux, notamment lors d'invitations. En cela, elle constitue à la fois un facteur direct de santé et de sociabilité. Cette sociabilité qui se joue dans la commensalité pourrait être une source de bien-être, et donc également de santé – en reprenant la définition de la santé de la charte d'Ottawa (1986). Elle est aussi, dans le même temps, un marqueur d'inégalités :

- Liées au genre – puisque ce sont surtout les filles qui sont invitées par défaut à apprendre à cuisiner ;
- Liées à l'accès aux savoir-faire – c'est-à-dire des proches ou des enseignants, prêts à expliquer de manière répétitive comment préparer des plats ;
- Liées aux conditions de vie permettant de cuisiner – matériel, achats alimentaires ;
- Liées enfin aux capacités d'adaptation pendant le vieillissement.

Savoir cuisiner et reconfigurer ses pratiques devient alors un enjeu de prévention.

L'évolution du rapport à la cuisine au cours de la vie et les changements alimentaires au cours du vieillissement révèlent que la santé est une raison majeure d'opérer des changements culinaires pendant cette période de la vie. Nous allons à présent nous centrer sur les liens que les personnes vieillissantes établissent entre cuisine et santé.

Chapitre 5

La cuisine comme médiatrice des liens entre alimentation et santé

Si le chapitre précédent a mis en évidence la diversité des trajectoires culinaires et des transformations des pratiques alimentaires au cours du vieillissement, ce cinquième chapitre s'attache à explorer plus spécifiquement les liens que les personnes vieillissantes établissent entre cuisine et santé. Il s'agit de comprendre comment les normes de santé publique, en particulier les recommandations nutritionnelles, sont intégrées, ou non, dans les pratiques quotidiennes, et dans quelles conditions elles sont réinterprétées, appropriées ou contestées.

Pour cela, nous proposons une analyse en deux temps. Dans la première partie, nous analysons les usages différenciés de la cuisine comme ressource pour la santé. À travers les récits de vie et les pratiques observées, nous montrons comment certaines personnes mobilisent la cuisine comme un outil de prévention, voire de réparation, tandis que pour d'autres, elle reste un espace contraint ou secondaire dans la gestion de leur santé. La cuisine peut alors être perçue comme un vecteur d'attention au corps ou, au contraire, comme une tâche éloignée des préoccupations sanitaires.

La deuxième partie s'intéresse aux représentations du « bien-manger » et à la manière dont les discours nutritionnels circulent, s'installent et se traduisent, ou non, dans les pratiques alimentaires. Nous montrons que si certaines normes sont largement partagées, d'autres restent plus situées socialement. Nous proposons enfin une typologie des mangeurs vieillissants, construite à partir des liens qu'ils établissent entre cuisine et normes diététiques. Cette typologie met en lumière la diversité des rapports à ces normes, entre adhésion, adaptation, distanciation ou rejet, et permet de mieux comprendre les ajustements alimentaires opérés selon les ressources, les histoires de vie, les motivations et les représentations du corps. Elle interroge la pertinence d'un modèle unique de prévention alimentaire.

1. Ce que permet la pratique de la cuisine pour la santé

Lors des entretiens, le lien entre cuisiner et santé était prégnant lorsqu'il s'agissait d'évoquer ce que « bien manger » voulait dire. Nous avons pu distinguer trois manières d'appréhender l'activité culinaire en lien avec la santé. Tandis que la première réside dans le fait même de transformer des aliments, la seconde est plus axée sur les proportions des groupes alimentaires. Enfin, la troisième se centre sur les sensations du corps.

1.1. Cuisiner comme une manière de contrôler des risques

Le fait de préparer soi-même à manger a tout d'abord été évoqué comme la garantie d'une alimentation saine, bonne pour la santé :

> « Bien manger, c'est la cuisine familiale, faite maison, goûteuse. Et on n'y met pas de cochonnerie, les colorants, les épaississants… Comme vous faire prendre du cheval pour du bœuf par exemple » (E14, Malia, âgée de 65 ans, de faible niveau de diplôme, vivant seule dans le Val-de-Marne).

Dans ce premier cas, à travers la réalisation par soi-même de la transformation des aliments, il s'agit d'éviter des risques pour la santé à la fois à court et à long terme (aussi bien une intoxication alimentaire qu'un cancer). Cette résolution d'une certaine anxiété par la pratique de la cuisine s'inscrit dans le cadre du « paradoxe de l'omnivore » (Rozin, 1976; Fischler, 1990/2001, p. 62) selon lequel les êtres humains doivent se nourrir d'une variété d'aliments et dans le même temps s'assurer de leur comestibilité. Cette tension génère une anxiété, que les systèmes culinaires contribuent à réguler en rendent les aliments mangeables, tant sur les plans physiologique que symbolique (Lévi-Strauss, 1964/2001 ; Poulain, 2002c, p. 233). Elle s'inscrit plus particulièrement dans un contexte de crises alimentaires à répétition, notamment dans les pays occidentaux (Raude, 2008), et touchant depuis environ 15 ans de plus en plus à une problématique de degré de transformation des aliments (Thiron, 2024). Cuisiner par soi-même laisse alors d'autant plus présager d'un moindre risque pour la santé.

Les personnes faisant ce type d'association entre la cuisine et le maintien en santé sont en pratique celles pour qui la cuisine est une activité positive, importante et régulière. Elle met de plus à distance les risques perçus induits par l'industrialisation de l'alimentation. Nul besoin d'adapter sa cuisine selon des préceptes d'équilibre alimentaire dans ce cas : c'est avant tout le fait de poursuivre cette activité qui est gage de bonne santé. Enfin, si ce mode de pensée est proche de la recommandation du « fait

maison », mis en avant dans le dernier PNNS, elle peut aussi témoigner d'une certaine défiance vis-à-vis des institutions, puisque c'est avant tout l'apprentissage au cours de la vie, avec les proches, et non les recommandations diététiques officielles, qui guident les choix en cuisine.

1.2. Changer sa façon de cuisiner pour maîtriser l'équilibre diététique

Le lien entre cuisine et santé a pu évoluer finement au cours du temps, au fil de la mise en avant des connaissances en diététique et de leur médiatisation comme normes de santé. Nous pouvons distinguer dans les entretiens des personnes qui ont fait évoluer leur manière de préparer à manger tout au long de leur vie en fonction de l'évolution de ces recommandations diététiques, et d'autres, qui adaptent leur cuisine « sur le tas », lorsqu'un expert légitime pour elles – diététicienne, médecin – leur demandent de changer d'alimentation.

Pour les premières, le fait d'être en bonne santé est décrit de manière proche des recommandations de santé publique. Le terme « équilibre », le fait de « bien manger » et l'activité physique sont évoqués conjointement :

> « Eh bien, être en bonne santé, c'est de manger équilibré, c'est de faire un petit peu d'activité, c'est d'avoir des envies (E7, Jeanine, âgée de 62 ans, niveau de diplôme moyen, aide dentaire puis aide à domicile à la retraite, veuve, vivant seule dans le Rhône).

Ces évocations sont le fruit d'intériorisations de normes sur un temps long. Elles sont favorisées par le fait que ces personnes se sont occupées d'autres personnes, en premier lieu de leurs enfants. Cette manière d'associer la cuisine à la bonne santé sur le long terme est donc plus prégnante chez les personnes ayant cuisiné pour le foyer.

> « Je ne pense pas que l'alimentation ait pu nous donner des problèmes de santé, et je veux pas que ce soit mon alimentation qui m'entraîne des problèmes de santé. Je me suis toujours donné cette ligne de conduite là » (E34, Chantal, 65 ans, de niveau de diplôme supérieur, comptable à la retraite, vivant en couple dans les Côtes-d'Armor).

Des changements dans les ingrédients utilisés interviennent à la suite de la lecture de recommandations diététiques dans la presse, ou bien à la suite d'une consultation chez le médecin. Ceci demande une certaine maîtrise des fonctions que jouent les différents types d'aliments pour le corps.

Par ailleurs, pour les personnes ayant récemment adapté leur cuisine à des préceptes diététiques, les liens entre adaptation et effets pour le corps ne sont pas forcément explicables. C'est-à-dire qu'elles savent qu'elles doivent faire évoluer leurs pratiques, et elles le font en comprenant l'objectif (perdre du poids à la suite d'une maladie, reprendre des forces à la suite d'une opération, ou encore diminuer son taux de cholestérol), mais sans forcément comprendre les mécanismes en jeu. Dans ce cas, c'est le professionnel de santé qui donne des recommandations sur les changements à opérer, que les personnes appliquent :

> « J'ai vu une diététicienne. Car j'ai pris 20 kg depuis 2019 et à la suite de ma stomie. Faut que je les perde hein ! Le matin, j'ai 60 g de pain, un peu de beurre, 2-3 cuillères de confitures, café au lait sans sucre et fruit dans la matinée. Le midi, j'ai droit à une petite poignée de crudités, ils parlent en poignées maintenant. Oh vous savez c'est un peu ce que je faisais avant, simplement faut que je réduise les quantités » (E33, Martine, 67 ans, de niveau de diplôme moyen, commerçante à la retraite, vivant en couple dans les Côtes-d'Armor).

Changer sa cuisine est alors la conséquence d'une prise de conscience, à la suite d'une maladie ou d'une hospitalisation, de ce que peut faire la cuisine pour le maintien en santé, ou pour retrouver une certaine santé. La cuisine va par la suite être directement associée à cet événement. Par exemple, Claude, qui est veuf et a pris en charge l'alimentation de ses enfants lorsqu'ils étaient adolescents, s'est récemment fait opérer du genou. S'il a depuis longtemps été attaché à ne pas saler les plats en lien avec la santé de son foyer, plus récemment, il a pensé à la suite de son opération à l'importance d'avoir une diversité de groupes alimentaires présents dans son alimentation. En effet, en entretien, il aborde longuement les menus proposés dans le centre de rééducation où il est resté trois semaines. Sa cuisine, qu'il qualifie de traditionnelle, a pris un sens nouveau depuis qu'il a été hospitalisé :

> « Moi j'ai conservé les menus de l'hôpital en exemple. Il y a du poisson et de la viande même le soir ! Maintenant faut que j'anticipe, cuisiner pour deux ou trois jours » (E16, Claude, âgé de 75 ans, niveau de diplôme moyen, contrôleur des eaux à la retraite, veuf, vivant seul dans le Val-de-Marne).

Dans ce cas, c'est moins le fait de contrôler les transformations alimentaires qui est pensé comme bonne pour la santé que les proportions de groupes alimentaires préparées puis présentes dans les repas, et leur lien avec la possibilité de continuer à mener des activités jugées importantes. Ainsi, si

Claude fait particulièrement attention à son régime alimentaire, c'est qu'il veut continuer à se déplacer à pied sans peine pour aller au marché deux à trois fois par semaine.

1.3. Des évolutions fines de la pratique culinaire des participants en réponse aux ressentis

Enfin, certaines personnes vont partir des descriptions des ressentis du corps – des douleurs et une digestion plus ou moins facile – pour justifier leurs décisions de préparations alimentaires. Elles anticipent les ressentis du corps à la suite du repas pour décider de la nature des aliments, des quantités préparées et de l'horaire du repas. Nous l'avons vu dans la partie précédente, ce rapport à la cuisine est particulièrement mis en évidence chez les personnes vivant seules, indiquant probablement un plus grand espace laissé à la reconnaissance de ses propres ressentis. C'est le cas, par exemple, de Vivianne :

> « De toute façon en prenant de l'âge, on n'aime pas avoir le ventre plein. D'abord vous dormez mal. Les reflux gastriques c'est aussi lié à l'âge tout ça. Après un dîner on peut pas se permettre d'aller se coucher tout de suite. Le corps est complètement différent » (E5, Vivianne, âgée de 69 ans, haut niveau de diplôme, gérante d'épiceries à la retraite, divorcée et vivant seule à Paris).

Au-delà de la cuisine et de l'alimentation, à la question « pour vous, qu'est-ce qu'être en bonne santé ? », les réponses renvoient aussi fréquemment au ressenti de plus ou moins de douleurs. Ainsi une réponse récurrente est :

> « C'est se lever sans avoir trop mal partout » (E8, Claire, âgée de 68 ans, de haut niveau de diplôme, sage-femme à la retraite, divorcée et aujourd'hui en couple, dans le Rhône).

Ces liens faits entre sensations du corps, alimentation et décisions culinaires mettent en exergue la matérialité du corps, qui se veut plus présente au cours du vieillissement (Caradec, 2007 ; Caradec & Vannienwenhove, 2015). Ces sensations corporelles, comme des douleurs ou des sensations liées à la digestion, décrites en lien avec la « forme » ou la « bonne santé », sont retrouvées toutes positions sociales confondues.

Nous voyons dès lors que tous les participants des ateliers ne « pensent » pas de la même manière les normes diététiques en vigueur. Les formes de lien entre alimentation et santé sont 1) plus ou moins tournées vers la cuisine 2) plus ou moins centrées sur la santé à court ou à long terme 3), lorsque le lien est fait entre cuisine et santé, ce n'est pas forcément lié au suivi de recommandations de santé publique. Nous allons à présent confronter les normes diététiques avec celles des personnes vieillissantes rencontrées, puis avec leurs pratiques. Cet exercice mettra en évidence différents types d'appropriations des normes diététiques au cours du vieillissement.

2. Normes du « bien-manger » et formes de « nutritionnalisation »

Dans l'état de l'art, nous avons vu que l'évolution du rapport à l'alimentation au cours du vieillissement touchait les normes sociales et les habitudes alimentaires, qui tendent à se rapprocher des recommandations officielles en matière de nutrition, et ce, de manière différenciée selon le genre, la génération et le niveau de diplôme (Régnier & Masullo, 2009 ; ANSES, 2017 ; Dion et al., 2020). Cette partie propose de spécifier certaines modalités du processus de « nutritionnalisation » de l'alimentation au cours du vieillissement.

Le fait de penser l'alimentation dans ses attributs nutritionnels a pu être décrit comme un phénomène de « nutritionnalisation » (Poulain, 2009), pan spécifique de la médicalisation de la société, dans lequel la santé supplante petit à petit les autres valeurs encadrant l'alimentation. Scrinis (2013), avec le concept proche de *nutritionism*, fait quant à lui plutôt référence à des représentations de « bons » ou de « mauvais » aliments, réduites à leur composition nutritionnelle.

Bien que les politiques publiques de la prévention s'appuient sur les savoirs en diététique (d'abord la diététique quantitative, puis celle des nutriments, à laquelle on peut ajouter plus récemment la pensée en matière de degrés de transformation), la pensée des mangeurs reste constituée de normes qui vont plus ou moins intégrer ces aspects. Ainsi, la pensée diététique est-elle articulée, ou relativisée, avec la persistance d'autres approches du « bien-manger », en matière de savoir-faire culinaire, de partage, de structure du repas, de temps passé à table, de plaisir gustatif, etc. (Fournier, 2014 ; Poulain, 2009b).

Nous allons dans un premier temps définir les normes du « bien-manger » de notre population, pour mettre l'accent sur le fait que, selon les profils sociodémographiques rencontrés, ces normes ne concernent pas toujours directement la santé. Puis, nous nous intéresserons au parcours de vie de ces personnes, afin de mettre au jour certains effets propres à la génération d'appartenance ou encore à la construction d'un savoir-faire culinaire, justifiant le fait que toutes les personnes vieillissantes ne

pensent pas à la santé par l'alimentation qu'en des termes diététiques. Enfin, nous définirons une typologie sur les formes que peut prendre la « nutritionnalisation », c'est-à-dire la prise en compte des recommandations nutritionnelles comme de nouvelles formes de valeurs. Le rôle que va jouer un certain savoir-faire culinaire dans la mise en pratique de cette pensée nutritionnelle apparaîtra alors comme déterminant.

2.1. Les normes du « bien-manger » : ce qui fait consensus et ce qui distingue

Les normes sociales constituent des règles implicites et intériorisées concernant l'alimentation, un socle de pensée guidant les décisions alimentaires, jugées comme plus ou moins adéquates en fonction du contexte, du lieu et des convives (Poulain 2002 ; Corbeau 2003 ; Warde 2016, p. 69). Dans cette étude, ce que « bien manger » signifie pour les mangeurs permet de mettre au jour l'intériorisation de normes sociales, intégrant plus ou moins l'équilibre alimentaire. L'étude qualitative a permis d'identifier l'ensemble des sphères du « bien-manger », grâce à la question suivante, posée aux 42 personnes en début d'entretien : « pour vous, qu'est-ce que bien manger ? ». Dans l'étude quantitative, à la suite de l'analyse qualitative, huit types de réponses sont proposés (figure 71). Les quatre réponses les plus récurrentes sont (les personnes pouvaient choisir au maximum deux réponses) :

- Manger ce qui est fait maison (56,1 %) ;
- Manger équilibré, raisonnablement (53,5 %) ;
- Manger des aliments de bonne qualité (46,3 %) ;
- Manger ce qu'on aime (35,5 %) (figure 71).

Il s'agit également des quatre réponses les plus associées, par paires, entre elles.

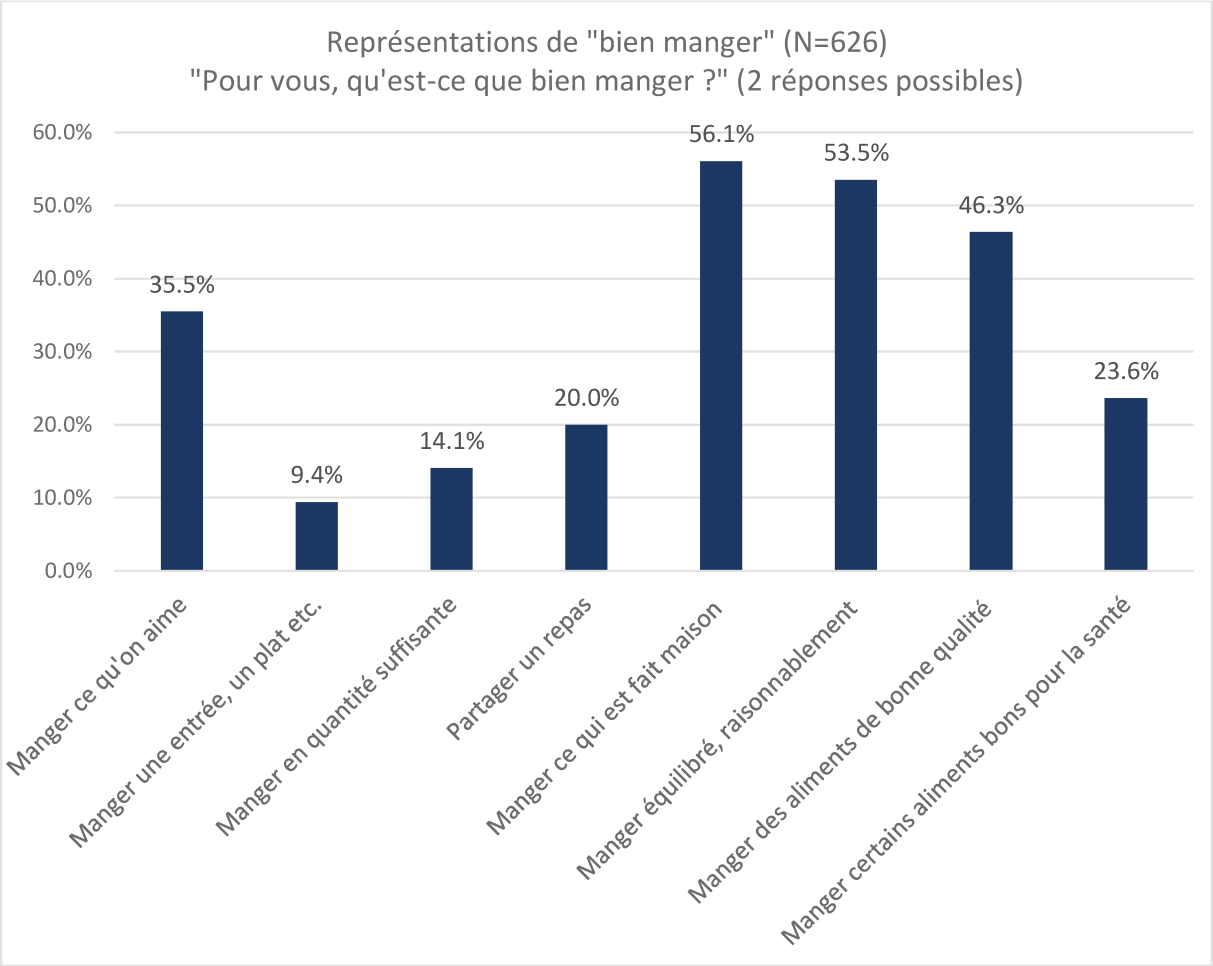


Figure 71 : Question sur les normes du « bien-manger »

Cette prédominance du « fait maison » dans les réponses est à relativiser, les participants des ateliers venant en connaissance de cause, pour cuisiner, et l'étude ayant lieu en fin d'atelier (les participants interrogés se trouvent encore sur le lieu de l'atelier lorsqu'ils répondent à cette question). De même concernant l'équilibre alimentaire, dont il est question tout au long l'atelier. Toutefois, ces normes sociales dominantes portant sur le « fait maison » et l'équilibre alimentaire ressortent dans d'autres enquêtes, telles que celle réalisée par le CRÉDOC (Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie) (Hébel & Mathé, 2015), et peuvent s'expliquer par une valorisation croissante de ces normes dans les politiques publiques de promotion de la santé par l'alimentation (ANSES, 2019). Et, nous l'avons déjà évoqué, le « fait maison » tend aujourd'hui à apparaître, tant dans les recommandations nutritionnelles que dans celles touchant à l'alimentation durable, comme une démarche permettant de « guérir », à un niveau individuel, des « maux » de la société.

Afin d'analyser les facteurs sociodémographiques associés aux différentes conceptions du « bien-manger », nous avons estimé une série de régressions linéaires multiples. Chaque modèle prend pour variable dépendante l'adhésion à une norme spécifique du bien manger, mesurée séparément : cuisiner soi-même, manger équilibré, manger ce que l'on aime, etc. Pour les quatre normes dominantes, nous avons testé l'effet de quatre variables indépendantes : le genre, l'âge, le niveau de diplôme et la situation conjugale (vivre seul ou en couple). L'objectif est d'identifier dans quelle mesure ces caractéristiques influencent l'adhésion à chaque conception du bien manger. Les coefficients estimés permettent de comparer les effets relatifs de chaque variable sociodémographique sur les différentes normes, tout en contrôlant pour les autres facteurs. Cette approche met en lumière des spécificités pour chaque norme.

Sur le plan de l'adhésion à la norme du « bien-manger », définie comme le fait de consommer des plats « faits maison », parmi les quatre variables sociodémographiques testées, seul le niveau de diplôme ressort comme un facteur significatif (annexe A 51 : $\beta = -0{,}08$, $p = 0{,}048$). Ce résultat suggère que les individus ayant un niveau de diplôme intermédiaire sont davantage en accord avec cette norme, ce qui pourrait se traduire par des pratiques culinaires plus fréquentes. Cette hypothèse est appuyée par une analyse complémentaire : un test du Khi² croisant la fréquence de cuisine et le niveau de diplôme révèle une association significative (annexe A 52 : $\chi^2 = 12{,}00$; $p = 0{,}017$), indiquant que les personnes au niveau de diplôme intermédiaire cuisinent effectivement plus souvent que celles ayant un niveau de diplôme inférieur ou supérieur.

S'agissant de l'adhésion à la norme du « bien-manger » définie comme « manger équilibré, raisonnablement », aucune des quatre variables sociodémographiques testées n'apparaît comme significativement associée au seuil classique de 5 %. Le niveau de diplôme se rapproche toutefois du seuil de significativité (annexe A 53 : $\beta = 0{,}08$, $p = 0{,}053$), suggérant une tendance selon laquelle les individus plus diplômés pourraient être légèrement plus enclins à valoriser cette norme, sans que l'effet soit statistiquement confirmé au seuil de 5 %.

Concernant l'adhésion à la norme du « bien-manger » définie comme « manger des aliments de bonne qualité », aucune des quatre variables sociodémographiques testées n'apparaît comme significativement associée au seuil classique de 5 %, ni même proche de ce seuil. Ce résultat suggère que ces caractéristiques – genre, âge, niveau de diplôme et structure du foyer – ne constituent pas des facteurs explicatifs pertinents de l'adhésion à cette norme, laquelle semble faire l'objet d'un consensus relativement transversal au sein de la population étudiée.

Enfin, sur le plan de l'adhésion à la norme du « bien-manger » définie comme « manger ce que j'aime », deux variables sociodémographiques ressortent comme significativement associées : être un

homme (annexe A 54 : β = 0,10, *p* = 0,021) et vivre seul (β = -0,11, *p* = 0,010). L'effet du genre peut être interprété à la lumière des résultats, soulignant que l'attention portée à la qualité et à l'équilibre des repas reste socialement assignée à celles et ceux qui prennent en charge l'alimentation du foyer ; une responsabilité encore largement féminine, notamment chez les femmes âgées (Brousse, 2015 ; Voléry & Legrand, 2012). Dès lors, les hommes, moins souvent en position de « gardiens » de l'alimentation familiale, peuvent plus facilement privilégier une logique hédoniste, centrée sur leurs préférences personnelles.

Par ailleurs, le fait de vivre seul est également lié à une adhésion plus marquée à cette norme du bien manger, fondée sur le plaisir personnel. Cette orientation trouve un écho dans les pratiques observées : un test du Khi² montre que les personnes vivant seules mangent significativement plus souvent seules que celles en couple (annexe A 55 : χ^2 = 399,12, *p* = 0,000). Les entretiens confirment cette adéquation entre normes et pratiques. Pour la majorité des personnes vivant seules interrogées, manger seul est perçu non pas comme une contrainte, mais comme une opportunité d'adapter son alimentation à ses envies.

Cette enquête propose ainsi une photographie nuancée des normes du « bien-manger » chez les personnes vieillissantes, au moment de la fin de l'atelier de cuisine. Certaines normes apparaissent plus consensuelles, comme la qualité ou l'équilibre, tandis que d'autres (le « fait maison » et « manger ce que j'aime ») varient selon le genre, les trajectoires sociales et familiales. Ces résultats posent les jalons de l'analyse qualitative qui suit : il s'agira de comprendre comment ces normes se traduisent, ou non, dans des pratiques culinaires. L'approche par entretien permet d'éclairer les manières dont la cuisine peut permettre, ou pas, l'adaptation de normes nutritionnelles en pratique.

2.2. Parcours de vie et dynamiques de « nutritionnalisation »

Le parcours de vie peut être analysé comme un parcours enchâssé et façonné par les temps sociohistoriques et les événements dont l'individu fait l'expérience. Les individus construisent leur propre parcours à travers leurs choix de vie, qui dépendent d'opportunités et de contraintes imposées par l'histoire, des circonstances sociales, des ressources disponibles, de l'accumulation d'expériences et de savoirs, ainsi que du développement de l'identité (Lalive d'Épinay et al., 2005b, p. 164-165).

Cette perspective, qui articule origine sociale et événements de vie, permet de comprendre la construction différenciée des manières d'appréhender les liens entre alimentation et santé.

Les plus âgées des personnes rencontrées abordent le « bien-manger » avec une sémantique éloignée des termes diététiques. Nous pouvons ici faire référence au concept d'« épreuves » développé par Martuccelli (2006), dans lequel le parcours de vie reste profondément collectif, dans une société qui produit et impose des épreuves variables selon la période sociohistorique. L'hypothèse, ici, est que les personnes les plus âgées, nées avant ou pendant la Seconde Guerre mondiale, n'ayant pas grandi dans le même contexte sociohistorique que les personnes plus jeunes, ont vécu l'émergence des préceptes de la diététique moderne (dans les discours politiques, puis médiatiques) plus tard dans leur vie. Elles ont intériorisé d'autres normes, qui restent actives et diffèrent d'une perception diététique du « bien-manger ». Par exemple, Georges (E38), 85 ans, veuf, ayant un haut niveau de diplôme, ancien professeur d'histoire géographie, parle de son petit-fils, qui a élu domicile chez lui et qui est actuellement malade :

> « Pour mon petit-fils, j'ai conseillé une bonne tranche de viande, ce sont les schémas que j'ai reçus, étant élevé à la campagne, il fallait de la viande, la qualité plus que la quantité » (George, E38).

L'objectif y est curatif plutôt que préventif et fait référence à une analogie entre la viande et la force (Hubert, 2001). Par ailleurs, Yvonne (E31), 90 ans, ayant un haut niveau de diplôme, veuve depuis cinq décennies et vivant seule, aborde ce que recouvre pour elle le fait de conserver la santé à travers l'alimentation :

> « L'alcool, c'est pas très bon. C'est drôle parce que je m'en suis déshabituée, du vin, je sais que c'est pas bon, j'en prends pas, c'est tout » (E31, Yvonne).

L'alcool a été mis en avant comme délétère pour la santé dès les années 1950, lorsque l'État s'implique à un haut niveau avec la création du Haut Comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme (Craplet, 2015), tandis que les premières campagnes concernant la diététique alimentaire émergeront 30 ans plus tard, au début des années 1980 (Bouchayer, 1984). L'idée n'est pas ici de dresser le portrait de personnes vieillissantes figées dans le temps, bloquées dans le passé. Elle est plutôt de montrer que d'autres formes de pensées liant l'alimentation à la santé sont plus anciennes et toujours actives.

Par contre, des personnes plus jeunes, celles ayant un certain niveau de diplôme, et plus souvent les femmes, emploient un vocabulaire proche de celui des professionnels de la diététique, citant nutriments et proportions de groupes alimentaires à retrouver dans une assiette « équilibrée ».

Elles vont aussi avoir la particularité de maîtriser ce qu'on peut qualifier de « savoir-faire diététique », c'est-à-dire une capacité à inscrire ces préceptes diététiques dans leur manière de préparer à manger. Des sociologues de la santé ont étudié le vocabulaire des symptômes, comme des intermédiaires nécessaires entre les perceptions du corps et la communication avec le corps médical (Boltanski, 1971). Se mettant à la place des professeurs et médecins, Pinell imagine ainsi un « *homo medicus* », patient idéal, concerné par sa santé sur le long terme et se fiant aux informations délivrées par les experts, c'est-à-dire appliquant les conseils donnés dans un but de prévention sur le long terme (Pinell, 1992). Il souligne des décalages entre cette cible idéale et les « personnes réelles », plus particulièrement les populations précaires ou défavorisées, pour qui la sociologie classique met en évidence un horizon temporel raccourci et par là même un moindre risque perçu de maladies (Halbwachs, 1912). Elles sont aussi souvent plus méfiantes et hostiles quant aux campagnes de prévention (Peretti-Watel, 2017). Cette approche médicale peut ici être appliquée au dialogue et à la compréhension mutuelle, entre les experts de la nutrition (diététiciennes et médecins spécialisés) et les personnes vieillissantes.

D'autres, enfin, des personnes aimant cuisiner et pratiquant cette activité au quotidien, mais n'ayant pas développé de « savoir-faire diététique », vont pourtant adapter leur cuisine à la suite d'un événement de santé. Par exemple, Martine, qui a souffert d'un cancer, applique aujourd'hui un régime indiqué par sa diététicienne, sans pour autant avoir de connaissance spécifique sur les liens entre nutriments et effets sur la santé. Par contre, elle a une grande maîtrise des techniques de cuisine :

> « Je suis contente de mon suivi, accroché sur le frigo, celui d'en bas avec des équivalences, ils nous ont donné des menus, avec des recettes pour deux […]. Le soir, j'ai droit à 30 g de noisettes ou de noix et après un bol de potage, complété de deux sardines ou œufs ou une tranche de jambon, 100 g de féculent cuit ou 60 g de pain, des crudités, une cuiller à soupe d'huile et un laitage » (E33, Martine, 67 ans, de niveau de diplôme moyen, commerçante à la retraite, vivant en couple dans les Côtes-d'Armor).

En conclusion, ces résultats mettent en avant la construction d'un certain rapport à l'alimentation pour « bien manger », qui est plus ou moins dirigé vers une pensée diététique telle qu'elle est actuellement mise en avant dans les politiques publiques. Chez certaines personnes, parmi les plus âgées de notre échantillon, ce rapport à la santé peut être avant tout curatif, fondé sur des associations symboliques, ou faisant référence à des campagnes de prévention anciennes, plutôt que sur une logique préventive telle qu'elle est définie depuis le premier PNNS, structurée par les nutriments. À l'inverse, des personnes vieillissantes plus jeunes, notamment des femmes de positions sociales supérieures,

adoptent plus souvent un vocabulaire et des pratiques en phase avec les recommandations diététiques contemporaines. Celles-ci ont développé un certain « savoir-faire diététique ». Cette maîtrise est révélatrice d'un rapport au corps et à la santé inscrit dans une temporalité longue, orientée vers la prévention ; un rapport valorisé dans les politiques publiques de santé et les discours experts.

Les éléments issus de l'enquête, quantitatifs et qualitatifs, permettent de faire émerger des profils différenciés au sein de la population vieillissante. Ces profils se distinguent non seulement par les normes du « bien-manger » auxquelles ils adhèrent, mais aussi par la manière dont ces normes s'inscrivent, ou non, dans des pratiques concrètes, notamment culinaires. Deux dimensions apparaissent particulièrement structurantes pour comprendre ces différences : l'adhésion aux normes diététiques contemporaines (centrées sur la prévention, les apports nutritionnels et l'équilibre alimentaire), et le degré de pratique culinaire, qui constituent à la fois une compétence, une ressource domestique et un levier d'appropriation ou de mise à distance des normes nutritionnelles.

2.3. Une typologie de mangeurs vieillissants, selon les liens faits entre alimentation et santé

Suivant la pensée de Howard Becker (1934) concernant la construction d'une typologie basée sur des explorations de terrain, les quatre profils typiques proposés ci-après sont le fruit d'observations empiriques, desquelles découle l'analyse issue des deux parties précédentes. Ainsi, les entretiens semi-directifs et l'étude quantitative ont permis de saisir des normes du « bien-manger » plus ou moins proches des normes de santé publique, mais aussi des pratiques culinaires entrant plus ou moins en cohérence avec ces normes chez les personnes vieillissantes.

2.3.1. Les personnes ayant « pris le train » de la diététique : les « *homo medica* »

Une première manière d'aborder l'alimentation en lien avec la santé est relativement proche de celle évoquée dans les contenus de santé publique. Le vocabulaire employé y est composé de termes nutritionnels. Les groupes alimentaires et l'équilibrage entre les proportions de ces groupes sont évoqués. Les personnes vieillissantes qui ont cette approche ont en commun la particularité d'être plus souvent des femmes, de haut niveau de diplôme et ne font pas partie des participantes les plus âgées. Elles ont parfois aussi la particularité d'avoir une formation en santé, permettant de comprendre les termes diététiques. Par exemple, Vivianne (E5) dit, en parlant de la diététicienne de l'atelier :

> « Elle avait dit aussi qu'il fallait absolument ensuite de la viande, parce qu'on dégrade plus de protéines. Ça, je le savais, enfin, je m'en doutais un peu. Je sais aussi qu'il faut des glucides quand même » (E5, Vivianne, âgée de 69 ans, gérante d'un commerce alimentaire à la retraite, divorcée et vivant seule à Paris).

Elle a suivi des études d'infirmière puis a travaillé avec son ex-mari comme gérante d'épiceries. Vivant seule aujourd'hui, elle dit se préparer à manger des repas simples, mais bons. Elle est très attentive à la fois aux groupes alimentaires, mais aussi à tous les polluants potentiels présents dans l'alimentation. Le fait qu'elle soit divorcée et qu'elle vive à présent seule lui permet d'adapter son alimentation à ce qu'elle aime, c'est-à-dire une alimentation qu'elle juge équilibrée. Ayant un fort taux de cholestérol depuis quelques années, elle adapte aussi son alimentation en fonction de cette pathologie, en se renseignant sur des sites Internet spécialisés. Cette pratique la conduit parfois à contredire sa cardiologue, lorsqu'il s'agit d'aborder le taux de cholestérol présent dans certains aliments.

D'autres femmes, du même profil, vivent en couple et cuisinent pour deux, ainsi, le mari profite de ce savoir-faire « par procuration » :

> « Bien manger c'est se faire plaisir, surtout que moi j'ai bon appétit, si je m'écoutais… Mais je fais quand même attention, c'est ma femme qui prépare à manger » (E28, Pierre, en couple, âgé de 82 ans, dessinateur industriel à la retraite, vivant avec sa femme, institutrice à la retraite, dans le Val-de-Marne).

En somme, ce premier profil correspond à l'*homo medicus* décrit par Patrick Pinell (1992), non plus fictif, mais bien réel et plus souvent féminin ; pour cela, nous l'appelons « *homo medica* ». Concernée par sa santé sur le long terme, se fiant aux informations délivrées dans ces campagnes de prévention, l'« *homo medica »* adapte son alimentation pour éviter la survenue de maladies chroniques ou pour en limiter le développement. Ce profil est proche de celui décrit dans l'analyse des habitudes alimentaires de la cohorte Gazel, dans laquelle les choix alimentaires sont guidés par la santé plus souvent chez les femmes, de position sociale élevée (Plessz et al., 2015). Il s'agit pour les professionnels de l'alimentation, notamment les chefs de cuisine et diététiciennes présents en atelier, d'un « bon » profil, celui qui est recherché pour participer à des actions de prévention, car on anticipe qu'il sera un « bon » élève, à même de comprendre, puis d'appliquer dans leur cuisine, certains principes. Il s'agit moins pour ces personnes de fonctionner selon une pensée du maintien en santé sur le long terme,

que de correspondances communes de valeurs dominantes, portées par elles et par les professionnels de santé, sur l'alimentation et la santé. Enfin, les hommes qui comptent sur leur conjointe pour adopter une alimentation équilibrée retiennent les conseils diététiques et parfois les transmettent, afin que celles-ci adaptent leur cuisine. Ainsi, ce « savoir-faire diététique » n'est rendu possible qu'avec un minimum de savoir-faire culinaire et une certaine assignation à la cuisine.

Ce profil démontre une appropriation active et continue des normes diététiques, portée en majorité par les femmes, pas les plus âgées des participants, ayant un haut niveau de diplôme, concernées par leur santé sur le long terme. Leur « savoir-faire diététique » conjugue savoir médical et pratiques quotidiennes, illustrant une forme de pouvoir d'agir, mais soulevant aussi la question des inégalités dans l'accès et l'application de ces savoirs. Cette manière de pratiquer l'alimentation en suivant des principes diététiques peut en effet être empêchée par de trop faibles revenus ou par une autolimitation de l'accès à la cuisine. C'est ce deuxième profil que nous allons à présent décrire.

2.3.2. Des normes en décalage avec les pratiques : les « convaincus empêchés »

Certains parcours de vie vont révéler des décalages entre adéquations aux normes diététiques et possibilités d'application. Les deux personnes décrites ci-dessous ont toutes deux un haut niveau de diplôme. Elles ont montré à la suite de leur participation à l'atelier de cuisine qu'elles comprenaient et adhéraient aux préceptes prodigués par la diététicienne. Cependant, et pour des raisons différentes, leurs pratiques alimentaires quotidiennes ne peuvent se rapprocher de ces recommandations.

> « Bien manger, c'est déjà éliminer tout ce qui n'est pas nécessaire. […] Je pense que c'est aussi le fait que j'ai des problèmes financiers, là-haut (montre sa tête, ndlr.) ça a fermé des portes. Il y a des rayons où je ne m'arrête plus. » (E17, Marie-Élisabeth, 68 ans, ergothérapeute à la retraite, ayant une faible retraite à cause d'une coupure dans sa carrière professionnelle, vivant seule dans le Val-de-Marne).

Lorsque Marie-Élisabeth relate ses dépenses mensuelles, il est clair que le budget alimentaire est source de contraintes incessantes, entre ce qu'elle aimerait manger et ce qu'elle peut se permettre d'acheter. Et bien qu'elle ait en tête le fait qu'une assiette « équilibrée » se compose de la moitié de légumes, bien qu'elle recherche des légumes peu chers (les légumes découpés et surgelés sont la solution qu'elle privilégie), ils ne peuvent être présents à tous les repas. Au fil de l'inflation, de

l'augmentation des différentes charges incompressibles, elle procède donc à l'élimination méthodique de certains aliments de son répertoire alimentaire afin de continuer à manger suffisamment.

Par ailleurs, Georges, vivant seul dans le Haut-Rhin, âgé de 85 ans et ayant perdu sa femme des suites d'un cancer trois ans auparavant, ancien professeur d'histoire-géographie, explique ne jamais avoir appris à cuisiner. C'est sa femme qui a pris en charge cette activité, puis sa dernière compagne : « là où j'ai regretté, c'était ma compagne, la dernière, c'était une très très bonne cuisinière. Maintenant je me fais livrer mes repas trois fois par semaine ». Il explique son peu d'activité de préparation des repas (faire réchauffer des plats au micro-ondes et cuire du poisson pané à la poêle), moins par le manque d'envie que par le manque de savoir-faire : « parfois je me dis "tiens, tu pourrais faire ça", mais je ne sais pas utiliser les appareils. Ma compagne avait un Kenwood, moi je ne sais pas ». Si les conseils diététiques l'intéressent, cela n'est pas applicable en pratique. Le passage à l'action concerne moins les capacités de réflexion et les capacités physiques que l'implication requise dans l'acte de cuisiner, ce que Luce Giard a défini comme « un enchaînement d'opérations ou de séquences d'activité qui vont des achats d'aliments à la consommation, en passant notamment par la préparation et la cuisson : il faut prévoir, organiser et se fournir ; préparer et servir ; débarrasser, ranger, conserver et nettoyer » (Giard, 1979). Les hommes ayant participé à cette enquête, mais n'ayant jamais eu la charge de préparer à manger pour le foyer, ne voient toujours pas cette tâche comme étant possiblement la leur. Certains iront même jusqu'à sous-entendre, en entretien, qu'ils viennent à un atelier de cuisine pour rencontrer une femme qui pourra leur faire à manger.

Les contraintes économiques et le manque de savoir-faire sous-tendu par un rapport genré à l'alimentation freinent la mise en pratique des recommandations. La « nutritionnalisation » est ici ralentie, voie elle ne sera jamais mise en pratique, à cause de réalités sociales, matérielles et biographiques. Ainsi, il y a chez ces « convaincus empêché » un décalage entre une norme proche de la norme diététique, et des pratiques qui s'en éloignent. Ce décalage n'est pas source de culpabilité chez les personnes, comme Georges, qui ne sont pas attendues en cuisine. Nous avons vu que les hommes n'ayant jamais eu la charge, seuls, d'enfants pour le foyer, peuvent ne pas cuisiner, sans sanction sociale. Au contraire, les femmes, comme Marie-Élisabeth, même si elles n'ont pas eu d'enfants, sont attendues et ceci génère chez elles une certaine culpabilité. Cette forme de culpabilité se rapproche de celle décrite chez des personnes de moindres positions sociales, attendues pour « bien » cuisiner selon les normes diététiques, mais qui sont limitées par les ressources et savoir-faire (Régnier & Masullo, 2009 ; Crenn & Delavigne, 2020 ; Ossipow & Counilh, 2023).

2.3.3. « Faire maison » pour bien vieillir : les « cuisiniers avant tout »

Les personnes pratiquant la cuisine au quotidien sont celles ayant été en charge de l'alimentation pour leur foyer (des femmes en majorité, mais aussi des hommes ayant eu seuls la charge de leurs enfants) et d'anciens cuisiniers aujourd'hui à la retraite. Dans les deux cas, la cuisine demeure une activité importante, structurante des temps de la journée. Comme cela a déjà été identifié dans une autre typologie, portant sur le rapport à la cuisine des femmes (Sluys et al., 1997), cette activité apparaît rapidement comme sous-tendue par une certaine morale de vie, touchant à la fois à la bonne tenue du foyer, mais aussi à un positionnement en contre des modèles alimentaires modernes, jugés inhumains :

> « Mal manger c'est manger à n'importe quelle heure, n'importe quoi, grignoter » (E13, Marie-Annie, 66 ans, employée de La Poste à la retraite, divorcée et vivant seule dans le Val-de-Marne).

La principale caractéristique distinctive de ces cuisinières et cuisiniers est leur haut niveau de savoir-faire revendiqué, mais aussi mis en avant par les proches. Par ailleurs, ils savent faire tout autant qu'ils déclarent aimer cuisiner. Comme nous l'avons déjà abordé dans le chapitre 4, l'apprentissage à *faire* s'est doublé d'un apprentissage à *aimer faire* :

> « Il faut vous dire que j'ai été habituée à faire la cuisine parce que maman, elle tenait un restaurant. Donc j'ai toujours aimé faire la cuisine » (E31, Yvonne, 90 ans, infirmière à la retraite, veuve depuis 45 ans, vivant seule dans les Côtes-d'Armor).

L'appréciation de la cuisine continue au cours du vieillissement et explique pourquoi on retrouve des personnes âgées de plus de 80 ans dans cette configuration de pensée et de pratique. Le vocabulaire alimentaire porte moins sur les nutriments que sur les groupes alimentaires. Il est en outre assez spécifique, concernant par exemple les morceaux de viande, les cuissons ou les plats. Par ailleurs, certaines de ces personnes ont adapté leur alimentation à la suite d'une maladie de longue durée (cancer, sclérose en plaques) ou d'une opération (genou, pied). Contrairement aux personnes parlant aisément le langage diététique, ces cuisinières et cuisiniers appliquent des conseils reçus par des professionnels de santé, souvent à l'hôpital, sans remettre en doute leurs fondements :

La cuisine n'a jamais cessé, y compris pendant les périodes de traitement ou de grande fatigue, « j'ai pris l'habitude de cuisiner pour deux ou trois jours et je congèle pour les jours où je ne peux pas » dit ainsi Catherine (E26), atteinte de sclérose en plaques. Parmi les personnes ayant ce profil, certaines ont perdu leur conjoint et, comme cela a déjà été montré par ailleurs (Cardon, 2010a), il n'a pas été question pour elles d'arrêter l'activité culinaire, mais plutôt de l'adapter en termes de quantités et de goûts personnels. De même, si les limitations physiques conduisent à simplifier certaines tâches (par exemple, acheter une pâte toute faite plutôt que de la faire soi-même), elles ne mènent pas à déléguer la cuisine à autrui.

La valorisation de la cuisine portée par ces profils de personnes vieillissantes n'est pas étrangère à celle incluse aujourd'hui dans les politiques publiques, encourageant le « fait maison ». Elle repose sur une idéalisation du culinaire comme facteur de « vivre-ensemble », permettant à la fois de régler les problèmes sociaux, tels que le délitement des liens ou la rationalisation du temps et les problèmes sanitaires de la société (Bowen et al., 2019). Dans le même temps, cette valorisation de la cuisine démontre la possibilité qu'offre cette activité à maintenir une forme de prise sur le monde et une continuité dans l'agir quotidien au cours du vieillissement.

2.3.4. Des règles de restriction pour maintenir un corps fonctionnel : les « détourneurs de normes diététiques »

Les règles diététiques peuvent enfin faire l'objet de détournements par les personnes vieillissantes. Le contrôle de l'apparence du corps à travers les restrictions alimentaires, bien documenté concernant les femmes vivant en couple, soumises à un rapport de genre (Charles & Kerr, 1988), ne disparaît pas avec l'avancée en âge.

Il est ici plus spécifiquement retrouvé chez les femmes de faible position sociale (définie comme telle par leur travail avant la retraite et leurs revenus actuels) :

> « Je ne mange pas de graisse, pas non plus de sucre. Je mange sans matières grasses, des yaourts et que du 0 %. Ma fille, qui travaille chez une dame qui était forte, m'a donné une liste de diététicienne, c'est un régime pour une personne qui était obèse. […] J'ai trop de ventre, un gros ventre, c'est pour enlever la graisse » (E39, Yvette, âgée de 76 ans, de faible niveau de diplôme, ouvrière à la retraite, veuve, vivant dans le Haut-Rhin).

Il s'agit d'un détournement, car la finalité visée n'est pas la prévention d'une maladie chronique, mais plutôt un certain maintien, ou contrôle, d'un corps en évolution.

L'enjeu lié à ce contrôle de l'alimentation ne réside pas seulement dans l'apparence du corps. Il s'agit aussi de pouvoir poursuivre des activités signifiantes. Dans ce sens, maîtriser son corps par l'alimentation, c'est faire en sorte de pouvoir bouger comme on le souhaite et continuer à se présenter aux autres (Goffman, 1956/1990). Par ailleurs, seules certaines règles sont retenues (manger moins, pas gras, pas sucré). Ainsi, les restrictions alimentaires qu'Yvette s'impose correspondent moins à une tentative de réguler une pathologie qu'à celle de maintenir un corps qui lui convienne, visant un objectif esthétique, mais aussi celui de pouvoir poursuivre des relations sociales. En effet, la socialisation genrée du rapport au corps montre une différenciation entre des hommes, percevant en premier lieu leurs défaillances physiques, mécaniques, tandis que les femmes vont plutôt faire état de symptômes qui les limitent dans leurs rôles sociaux, notamment ceux de prendre soin des autres (Voléry & Legrand, 2012).

Cette problématique de restriction alimentaire est mise au jour d'une manière différente chez Fabienne, qui a subi une chirurgie bariatrique entre le premier et le second entretien (elle a été opérée un mois avant le second entretien). Cette opération est le fait des recommandations des médecins de l'hôpital et de ses enfants, plus que d'une décision strictement personnelle. Elle qui ne s'est jamais considérée en mauvaise santé et dont la norme est d'avoir quantité d'aliments dans son assiette, avait tout de même perçu certaines limitations dans les mouvements possibles : « je ne peux plus danser […] je ne peux plus marcher longtemps. » À la suite de son opération, la donne a changé. Elle peut à nouveau danser au bal et s'essouffle moins en marchant. Par contre, le plaisir qu'elle prenait auparavant à manger en quantité est entravé par le fait qu'elle ne puisse plus beaucoup manger. Cette restriction alimentaire, imposée de l'extérieur par un système médical veillant à préserver sa santé, ne correspond pas à sa propre définition de la bonne santé, mais lui permet de poursuivre des activités importantes pour elle.

Les restrictions alimentaires ont été enfin relevées, dans une moindre mesure, chez certains hommes, témoignant d'un rapport différencié au régime, qui est une notion plus volontiers abordée par les femmes, bien que les hommes le pratiquent également (Lavrilloux & Masson, 2018).

Ces restrictions étaient surtout régulées par les compagnes :

> « Elle me dit “tu rentres tes abdos s’il te plaît”. Sur la plage elle me dit : “regarde-les bien les gros, parce que tu leur ressembles“. Donc déjà à midi, on ne mange pas de saucisson, on ne mange pas de pâté. Donc j'ai diminué, j'ai arrêté les cacahuètes, même tout seul, je ne mange pas ça » (E30, Thierry, 67 ans, de position sociale supérieure, cuisinier puis technicien à la retraite, divorcé et vivant seul, sa compagne actuelle vivant dans un autre domicile, dans le Val-de-Marne).

Moins évidentes à formuler chez les hommes, ces contraintes alimentaires sont pourtant évoquées comme le témoignage d’une préoccupation croissante portée sur le corps, l’image qu’il renvoie et les possibilités physiques qu’il permet (Caradec, 2007 ; Caradec & Vannienwenhove, 2015).

Si les règles alimentaires révèlent des enjeux esthétiques, elles mettent surtout en exergue la perception renforcée des possibilités et des limitations du corps. Ce corps qui doit continuer à permettre de poursuivre des relations sociales et autres activités signifiantes renvoie à ce que « bien vieillir » veut dire pour les personnes interrogées, au-delà de l’évitement des maladies chroniques et dégénératives.

2.3.5. La typologie selon deux axes

Ces quatre types d’approches identifiées des dimensions nutritionnelles adoptées par les personnes vieillissantes ont pour point commun d’être articulées à une plus ou moins grande habitude de la pratique de la cuisine. Nous pouvons ainsi les placer sur un schéma à deux dimensions (figure 72) : une première dimension porte sur la plus ou moins grande appropriation des normes diététiques, c’est-à-dire une pensée selon laquelle celles-ci sont liées à la santé sur le long terme. La seconde dimension concerne la pratique de la cuisine comme allant plus ou moins de soi. Ainsi, tandis que le premier axe s’intéresse aux normes, le second porte sur les pratiques. Le schéma permet de montrer que la mise en pratique de savoirs nutritionnels n’est possible que si la cuisine a été incorporée comme une pratique routinière, c’est-à-dire fruit de savoir-faire et de la répétition de schèmes d’action (Warde, 2016).

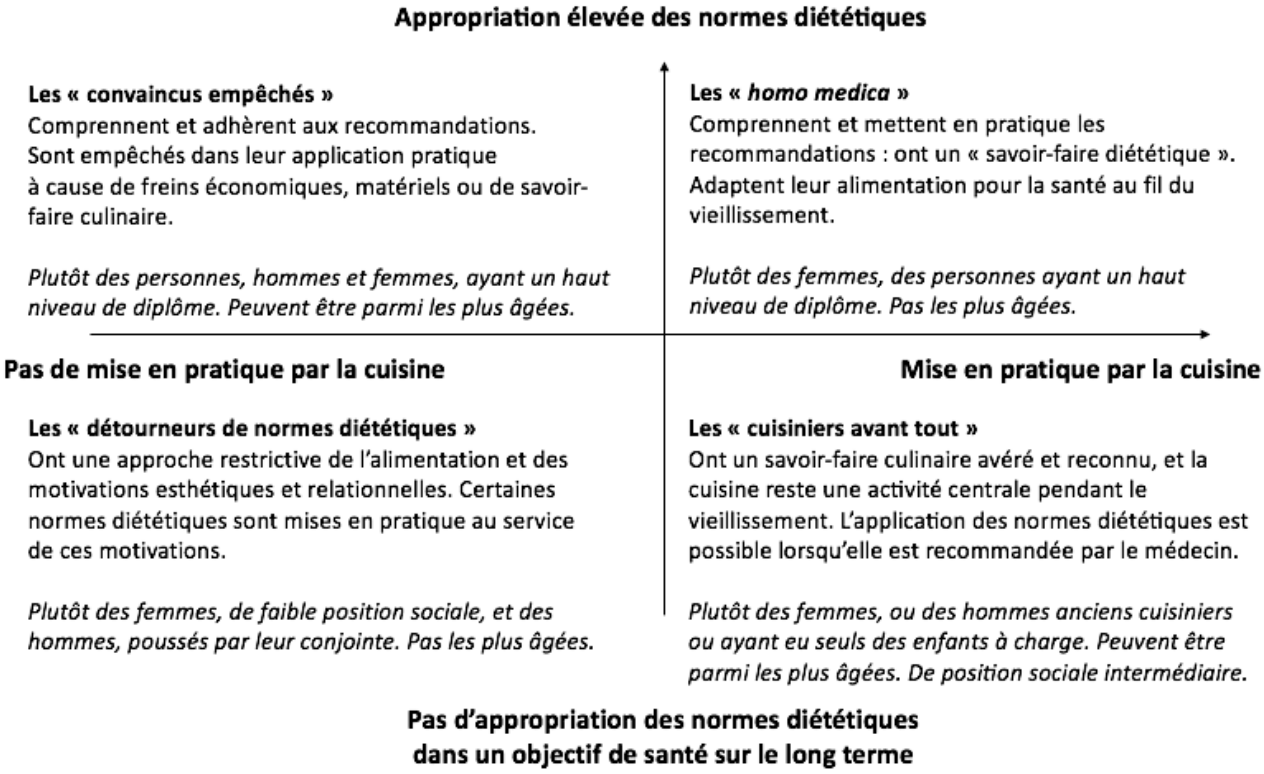


Figure 72 : Les quatre types de « nutritionnalisations » des personnes vieillissantes, associant l'appropriation des normes diététiques aux savoir-faire en cuisine

2.3.6. La « nutritionnalisation » de l'alimentation et la diversité alimentaire

Nous pouvons à présent faire un pont entre ces manières de faire le lien entre cuisine et diététique, et les pratiques alimentaires concrètes, ici plus particulièrement une certaine diversité alimentaire. Celle-ci a pu être mesurée grâce au score « ORCHID », spécifiquement défini et validé concernant l'alimentation des personnes âgées en France (Jacquemot et al., 2024).

Nos 42 participants ont répondu à des questions de fréquence de consommation, puis ont abordé leur alimentation au cours de deux rappels de 24 heures. Ces deux rappels ne doivent pas correspondre à des jours consécutifs, afin d'éviter la répétition de la consommation de plats similaires. Des scores ont été calculés à partir de ces données. Les données ont été exploitables pour 39 des 42 personnes interrogées. Parmi elles, 24 ont répondu une seconde fois, lors d'un second entretien ayant eu lieu entre deux et trois mois après le premier, permettant de calculer un second score. L'objectif était alors d'observer des variations et de tenter de leur donner un sens.

Voici un exemple de recueil des données alimentaires (tableau 10, entretiens E8) :

Tableau 10 : Exemple de rappels de 24h et de questions de fréquences (entretien 8)

Rappel de 24h	**Second rappel de 24h**	**Questions de fréquences (hebdomadaires)**
Le matin : J'ai mangé des pruneaux, avec de l'ananas frais, avec un yaourt nature non sucré Déjeuner : J'ai préparé des blancs de poulet et de la ratatouille. En dessert : un yaourt. Eau Pas de goûter. Eau Diner : J'ai fait une entrée avec les tomates, le poisson, En dessert : de la mousse au chocolat. Eau	Un autre jour : Le matin : Une part de gâche Déjeuner : De la ratatouille avec du quinoa, pas de dessert Rien Le soir : Des tomates, avec de la salade verte, des haricots verts et une pomme de terre Et du fromage : du bleu de Gex	Œufs : non Volaille / Lapin : oui une fois par semaine Poisson gras : non Poisson maigre : non Légumes secs : non Fruits à coque : oui, une fois par semaine Pain / biscottes complets ou semi : oui, 3 fois par semaine Produits céréaliers complets : non **Huiles à disposition :** - Olive - Noix - Colza - Sésame

Un score plus élevé reflète une plus grande diversité alimentaire. Les scores obtenus s'échelonnent de 20,7 à 69,7 pour le premier entretien, et de 18,3 à 74,7 pour le second entretien, deux à trois mois plus tard. L'écart-type est de 12,03 pour le premier temps d'entretien, puis de 14,01 deux à trois mois plus tard.

Le tableau suivant (11) récapitule les scores de diversité alimentaire moyens et l'écart-type (calculés à la suite du premier entretien), selon les quatre types de manières d'appréhender le lien entre alimentation et prescription diététique identifiés.

Tableau 11 : Tableau récapitulatif des types de mangeurs selon leur « nutritionnalisation » et du score de diversité alimentaire

Type de « nutritionnalisation »	**« Les *homo medica* »**	**« Les convaincus empêchés »**	**« Les cuisiniers avant tout »**	**« Les détourneurs de normes diététiques »**
Nombre de répondants	10	4	19	6
Moyenne score diversité	50,5	28,8	49,5	32,5
Écart-type	5,5	4,0	11,7	10,5

Les deux types ayant les scores moyens les plus élevés sont les « *homo medica* » et les « cuisiniers avant tout ». Ce résultat indique la transformation d'un grand intérêt pour l'alimentation vers une pratique qui va dans le sens d'une plus grande diversité alimentaire que les deux autres types. La différence entre ces deux groupes se situe dans l'écart-type retrouvé. Celui des « *homo medica* », de 5,5, est réduit, il indique une moindre dispersion autour de la moyenne. Par contre, celui des « cuisiniers avant tout », de 10,7, est quasiment deux fois plus élevé, indiquant une plus grande dispersion. Ces résultats sont cohérents avec des interprétations réalisées dans d'autres études sur les liens entre cuisine et qualité nutritionnelle alimentaire, soutenant que si la pratique culinaire n'est pas nécessaire à une alimentation équilibrée et diversifiée, que ses liens avec un certain équilibre alimentaire ne sont pas toujours prouvés, ou bien faiblement, elle a tout de même tendance à la faciliter (Mills et al., 2017 ; Darmon, 2025).

Par ailleurs, on retrouve chez les « convaincus empêchés » le plus faible score moyen de diversité, associé à un faible écart-type. Si l'échantillon est réduit (quatre répondants), les entretiens

compréhensifs et calculs de scores permettent tout de même de conclure à un lien entre des ressources financières ou de savoir-faire qui sont moindres, et une moindre diversité alimentaire.

Enfin, les « détourneurs de normes diététiques », ont un score de diversité moyen de 35,0, qui se situe entre celui des « convaincus empêchés » et des « cuisiniers avant tout ». Tout comme pour les « cuisiniers avant tout », l'écart type de 10,5 indique une plus grande dispersion autour de la moyenne que pour les deux autres types, c'est-à-dire que le fait d'utiliser des normes diététiques à des fins esthétiques, ou de maintien de capacités à faire (notamment à maintenir des relations) aboutit à des scores plus variés. L'analyse des manières de faire de ces six répondants témoigne en effet d'une variété de pratiques, avec une attention plus ou moins poussée sur la variété alimentaire et sur la pratique de la cuisine.

Ces résultats étant basés sur de petits effectifs, notamment s'agissant des « convaincus empêchés » (4) et des « détourneurs de normes diététiques » (6), il serait pertinent de les tester à une plus grande échelle, afin de confirmer l'association entre scores de diversité, pratiques culinaires et manière de penser l'alimentation plus ou moins en lien avec les recommandations nutritionnelles de santé publique.

Conclusion du chapitre 5

L'idée de ce chapitre était de préciser les modalités du processus de « nutritionnalisation » de l'alimentation au cours du vieillissement (c'est-à-dire l'intégration des normes diététiques comme des normes sociales alimentaires), et ses traductions en pratiques, mais aussi de comprendre quels ajustements alimentaires pouvaient avoir lieu en lien, au cours de cette période de la vie. En effet, une première analyse des liens faits par les participants entre alimentation et santé laissait entrevoir que cette relation était plus ou moins associée à la cuisine, plus ou moins centrée sur la santé à court ou à long terme et que, lorsque le lien était fait entre cuisine et santé, ce lien ne passait pas forcément, en pratique, par le suivi des recommandations diététiques.

Les résultats appuient tout d'abord sur l'idée que les normes du « bien-manger » majoritaires restent toutefois différenciées, notamment selon le genre, le niveau de diplôme et la composition du foyer. Si « manger des aliments de qualité » ou « manger équilibré, raisonnablement » sont des normes faisant l'objet d'un consensus relativement transversal au sein de la population étudiée, la norme du « fait maison » est plus souvent choisie par les personnes de niveau de diplôme moyen, et « manger ce que j'aime » est une norme à laquelle adhèrent plus souvent les hommes et les personnes vivant seules.

Ainsi, tandis que la perception des liens entre santé et alimentation tend bien à évoluer au cours du vieillissement, il n'y a pas une montée homogène de la « nutritionnalisation » de l'alimentation chez les participants des ateliers. Le fait que ces liens suivent plus ou moins la voie « officielle », celle de la santé publique, dépend en grande partie de la construction d'une certaine perception des rôles et du corps tout au long du parcours de vie, en premier lieu façonnée par le genre. « Prendre soin » à travers l'alimentation reste une affaire majoritairement de femme, y compris au cours du vieillissement. Si la mise en couple puis la vie conjugale peuvent avoir pour les deux conjoints une incidence positive en matière nutritionnelle, les bénéfices continuent, pendant le vieillissement, à revenir surtout aux hommes ; le corps des femmes continuant d'être « approprié » (Guillaumin, 1978) dans un objectif sanitaire. Si les hommes peuvent s'engager dans une pensée nutritionnelle, cette pensée est majoritairement traduite en pratique grâce aux repas équilibrés préparés par leur conjointe, ou autre proche.

Il faut toutefois nuancer ce premier constat. Les savoir-faire culinaires développés au fil de la vie jouent un rôle déterminant dans l'autonomie alimentaire des personnes vieillissantes. Ces compétences, bien que souvent considérées comme naturelles chez les femmes (Ferrand, 1983), ne sont ni universelles ni équitablement réparties. Les personnes issues de milieux socio-économiques moins favorisés rencontrent des obstacles d'accès à ces savoirs et à leur mise en pratique, et les personnes vivant

seules se trouvent en difficulté lorsqu'elles n'ont pas acquis ces compétences ou n'ont pas su établir des réseaux de soutien, qui permettraient une alimentation équilibrée, sinon suffisante. Nos résultats mettent ainsi en exergue une inégalité de savoir-faire culinaire au cours du vieillissement, résultat des ressources acquises pendant le parcours de vie et aboutissant à une mise en pratique différenciée des recommandations de santé publique.

Ces résultats mettent en lumière un enjeu central : tous les participants des ateliers ne vivent pas la cuisine de la même façon, notamment, ils ne l'envisagent pas tous comme une pratique de santé grâce à l'intégration des recommandations diététiques officielles. Que se passe-t-il alors quand une association veut normer ou cadrer cette pratique dans un objectif de prévention ?

Partie 3

L'association et ses ateliers de cuisine : effets d'une certaine conception de la prévention

Cette troisième partie porte sur les modalités du déploiement et les effets des ateliers de cuisine destinés aux personnes vieillissantes, organisés par une association engagée dans le champ de la santé publique et du vieillissement.

Son objectif est d'analyser les effets, et les limites, de ce dispositif de prévention, en tension entre injonctions diététiques, attentes des participants et inégalités sociales de santé.

Le chapitre 6 porte sur l'évolution de l'association, d'un concours de gastronomie en EHPAD au développement d'actions en nutrition pour divers publics. Il illustre les tensions entre des logiques militantes, fondées sur l'idée de « vivre-ensemble », et les exigences croissantes de rationalisation des politiques publiques. C'est dans cet espace que se sont développés les ateliers de cuisine, conçus comme des dispositifs à la fois conviviaux et préventifs.

Le chapitre 7 explore ce qui se joue pendant l'atelier, entre stratégies adoptées par les animateurs et attentes des participants, et à la suite d'une sélection orientée des personnes vieillissantes qui vont participer. Les résultats mettent en avant l'articulation nécessaire, en atelier, entre les domaines de la gastronomie, du culinaire, de la diététique et de l'alimentation durable, mais aussi une certaine domination de la diététique sur les autres dimensions.

Enfin, le chapitre 8 porte sur les effets des ateliers de cuisine. Nous aurons déjà abordé des effets au niveau de l'inclusion des participants. Il s'agit ici d'analyser ce qu'il se joue pendant et à la suite de l'atelier, au regard de leur parcours de vie.

Ces résultats permettent d'interroger les perspectives et les limites des effets des ateliers du point de vue des objectifs institutionnels d'une part, et des ajustements possibles au niveau associatif d'autre part.

Chapitre 6

Une association à la croisée de logiques militantes et d'exigences institutionnelles

Ce chapitre retrace l'histoire de l'association « Les Insatiables » (« Silver Fourchette », jusqu'en mars 2023) terrain de notre enquête, en lien avec les attendus des différents acteurs – organismes financeurs et direction de l'association – qui ont conduit à une évolution des formats d'action. À la croisée de logiques militantes et d'exigences institutionnelles, l'association incarne les tensions contemporaines qui traversent le secteur associatif engagé dans le champ de la santé publique et du vieillissement. Face à des normes d'action et d'évaluation de plus en plus exigeantes, elle a dû continuellement s'adapter. C'est dans cet espace ambivalent, où se croisent imaginaires et contraintes gestionnaires, qu'ont été développés les ateliers de cuisine.

La première partie du chapitre revient sur la genèse de l'association, marquée par une « gastronomisation » de la cuisine en EHPAD. L'association a proposé des actions qui faisaient sens pour les acteurs du territoire, dans lesquelles le repas partagé est décrit comme un support privilégié, chargé d'un imaginaire valorisant la convivialité. Dans ce contexte, l'alimentation n'est pas seulement envisagée sous l'angle nutritionnel, mais également comme un moyen de donner du plaisir, de restaurer ou maintenir des identités sociales, avec l'idée sous-jacente que, ce faisant, il est possible d'agir sur la santé.

La deuxième partie analyse un tournant, au cours duquel les actions sortent des EHPAD, dans un objectif de prévention de la dénutrition, de la perte d'autonomie et plus largement de promotion du « bien-manger ». À mesure qu'elle devient un opérateur fonctionnel des politiques publiques, l'association est invitée à démontrer l'impact de ses actions à travers des indicateurs chiffrés et des preuves de performance.

Enfin, la troisième partie analyse les différentes raisons pour lesquelles l'expansion de l'association est parfois empêchée par la montée en rationalité scientifique des politiques publiques. Ceci la place dans une posture difficile à tenir sur un temps long, au sein d'un processus plus large de « sanitarisation du social », freiné par des impératifs opérationnels et budgétaires.

1. Un projet de rationalisation : d'un concours de cuisine vers la prévention de la perte d'autonomie

L'association inscrit dès sa création la dimension gastronomique dans son projet, dans un contexte culturel générant certaines conceptions de l'alimentation en lien avec la santé. En suivant les recommandations de santé publique relayées par les organismes financeurs, cette dimension va peu à peu laisser la place à celle de la nutrition. Une frise est proposée afin de donner une vue d'ensemble synthétique des grandes évolutions de l'association (figure 73).

Figure 73 : Frise chronologique sur l'évolution de l'association « Silver Fourchette », qui deviendra « Les Insatiables »

1.1. À l'avant-garde de la cause du bien-être en EHPAD

La cause de la prévention de la santé par l'alimentation des personnes âgées au Groupe SOS fait suite à l'acquisition d'EHPAD par celui-ci, entre 2011 et 2015, concourant à la création du secteur « Senior » du Groupe. L'alimentation se pose alors pour les membres du Groupe SOS comme un des sujets centraux sur lesquels il est possible d'agir, aussi bien pour prévenir la dénutrition par le plaisir de manger, que pour ses fonctions conviviales, mises en avant dans les textes officiels cadrant les activités de ces institutions.

Le vice-président du Groupe SOS, en charge des secteurs Santé et Senior, relate la réflexion d'alors, qui était d'égayer ces endroits perçus comme tristes et de redonner du plaisir aux résidents grâce, notamment, à l'alimentation :

> « En discutant avec le directeur innovation groupe, dans le TGV, on parlait d'égayer ces lieux. Qu'est-ce qui pourrait plaire, procurer du plaisir dans les EHPAD. Et on a eu deux idées : la bouffe, partager des repas, tout est rythmé, adapter les horaires, pouvoir choisir l'heure à laquelle on mange, prendre plaisir à manger. Et le sexe. […] Agir sur l'alimentation, c'était plus facile » (vice-président du Groupe SOS en charge des secteurs Santé et Senior).

Tout comme dans d'autres espaces de vie, l'alimentation en EPHAD est d'abord pensée comme un objet sur lequel il est possible d'agir dans un but sanitaire. Mais elle est également envisagée comme un moment d'exception, inscrit hors du quotidien, et porteur d'une dimension festive, pour des résidents considérés comme étant en fin de vie. Dans cette perspective, la proposition du Groupe se construit avec des caractéristiques proches de l'alimentation événementielle, en mobilisant des caractéristiques qui évoquent le « repas gastronomique des Français »[48] tel qu'inscrit au patrimoine immatériel de l'Unesco : « Il s'agit d'un repas festif dont les convives pratiquent, pour cette occasion, l'art du "bien manger" et du "bien boire". Le repas gastronomique met l'accent sur le fait d'être bien ensemble, le plaisir du goût, l'harmonie entre l'être humain et les productions de la nature ». L'idée de « convivialité », comme « le plaisir de vivre ensemble, de chercher un échange sincèrement amical autour d'une table proposant des mets propices au développement de l'esprit » (Corbeau & Poulain, 2002, p. 97), occupe ici une place centrale. Le repas partagé en EHPAD devient le support de la continuité du « vivre-ensemble », en institution (Guérin, 2016).

C'est dans ce contexte que l'association « Silver Fourchette » est fondée, avec pour ambition initiale l'organisation d'un concours de cuisine mettant en valeur le rôle des cuisiniers d'EHPAD dans la préparation de repas décrits comme savoureux et adaptés. Plus qu'une simple volonté d'« égayer » le cadre de vie, cette démarche répond à une préoccupation exprimée par les équipes médicales rencontrées, qui faisaient état d'une forte prévalence de la dénutrition chez les résidents.

[48] https://ich.unesco.org/fr/RL/le-repas-gastronomique-des-francais-00437. Page consultée le 6 janvier 2025.

> « Les médecins et une diététicienne avaient mis le doigt sur ce sujet, en disant qu'il y avait beaucoup de cas de dénutrition, qu'on ne savait pas très bien comment en parler de façon positive, ludique, et pédagogique » (entretien avec l'ancienne directrice de l'association).

En effet, la dénutrition concerne entre 15 et 38 % des résidents en institution, soit un taux environ trois à quatre fois supérieur à l'estimation pour les personnes âgées vivant à domicile, qui est de 4 à 10 % (Haute autorité de santé, 2007 ; Cereda et al., 2016). Pour traiter ce sujet de manière positive, le choix est fait d'articuler ce moment festif, porteur de plaisir et de « vivre-ensemble », à des conseils sur le choix des aliments, la préparation des plats, le dressage et le contexte du repas. Ces éléments sont reconnus comme ayant une influence directe sur la prise alimentaire des résidents d'EHPAD (Wijnhoven et al., 2015 ; Divert et al., 2015 ; Navarro et al., 2016).

En 2014, une première édition du concours de gastronomie est déployée dans une quarantaine d'EHPAD du Groupe. Si le Programme national nutrition santé et le Programme national « Bien vieillir » existaient déjà (depuis respectivement 2001 et 2003), aucune ligne de financement spécifique ne ciblait alors directement les enjeux d'alimentation et de bien-être en EHPAD. Le format imaginé par l'association mobilise cependant un large éventail d'acteurs, qui vont soit apporter un soutien financier, soit soutenir moralement la cause à travers des parrainages : Agences Régionales de Santé, Conseils départementaux et ministère de la Santé sont mobilisés. En effet, cette cause fait l'objet de représentations sociales partagées, liées à la culture alimentaire en France, où le repas collectif est communément représenté comme « le haut lieu du plaisir et de la sociabilité » (Guérin, 2018, p. 93).

Le contexte socioculturel joue également un rôle facilitateur ; trois ans plus tôt, le concours Top chef est lancé à la télévision, rendant visibles les coulisses de la création culinaire telle qu'elle est réalisée en restaurant gastronomique (Béja, 2014). Et en 2010, le « repas gastronomique français » est classé au patrimoine culturel immatériel de l'UNESCO. Le concours en EHPAD revendique explicitement son inspiration de ce type de médiatisation (figure 74), rendant d'autant plus crédible l'idée qu'un repas de type gastronomique puisse être servi en EHPAD.

Figure 74 : Extrait d'article de presse sur le deuxième concours Silver Fourchette, publié sur le site Internet « Silver Eco » en 2015

Le caractère innovant de la proposition de l'association réside dans la mise en avant des chefs de cuisine d'EHPAD et plus largement, dans la revalorisation du travail de la cuisine collective, longtemps considérée comme un secteur de second plan. Ce mouvement s'inscrit dans une dynamique plus large de médiatisation des chefs cuisiniers, devenus des figures publiques à la fois admirées et accessibles (Cohen, 2015).

Il ne s'agit toutefois pas d'une tendance récente : dès 1985-86, des concours de restauration collective, parrainés par des chefs renommés comme Joël Robuchon ou André Daquin étaient organisés, avec le soutien du magazine Le Chef. L'objectif était alors de renforcer l'identité professionnelle des cuisiniers de collectivité, en les rapprochant des standards de la gastronomie. Sylvie-Anne Mériot évoque d'ailleurs une forme de « nostalgie » professionnelle chez ces cuisiniers issus de la restauration traditionnelle, qui, en rejoignant la restauration collective, moins valorisée socialement, cherchent à retrouver un statut et une reconnaissance perdus (Mériot, 2002a, 2002b).

Ce type d'initiatives repose sur l'idée que la reconnaissance des cuisiniers de collectivité comme des professionnels de la gastronomie peut conduire à une amélioration concrète de la qualité des repas servis, et donc des conditions de vie des convives. L'association Silver Fourchette s'inscrit pleinement dans cette démarche, en organisant des concours exclusivement centrés sur les EHPAD, et en valorisant les compétences des équipes de cuisine.

D'autant plus que, depuis le début des années 2000, les recherches se multiplient pour démontrer les effets directs de la qualité culinaire et de l'environnement du repas sur la prise alimentaire des résidents : diversité des aliments, présentation visuelle des plats, ambiance et décoration des salles à manger (Wijnhoven et al., 2015 ; Divert et al., 2015 ; Navarro et al., 2016).

Ainsi, les chefs et équipes de cuisine en EHPAD sont mis en avant comme pouvant non seulement égayer ces lieux à travers des mets culinaires exceptionnels, mais aussi comme à même de faire « mieux » (et plus) manger les résidents. Ce, grâce à des adaptations des aliments employés (plus de protéines), des goûts (renforcement), des textures (textures adaptées aux possibilités de mastication et de déglutition) et de la présentation des plats (voir la figure 75 sur ce dernier point).

Figure 75 : Photographie d'un plat présenté lors du concours de cuisine 2022. Crédits photo : Johann Bonfils

L'association a ainsi poursuivi une mission qui lui revient, celle de détecter des besoins sociaux, mais elle a aussi développé une démarche qui faisait sens pour les différentes parties prenantes (Ministères

en lien, ARS, CNSA, EHPAD), dans un contexte sociohistorique favorable à l'appropriation de la gastronomie comme vecteur de bien-être en EHPAD.

Le partenariat avec des établissements hospitaliers (FEHAP) contribue à élargir pour les années suivantes le cadre du concours. Ce dernier mobilise alors jusqu'à 150 chefs d'EHPAD et des lycées hôteliers participent sous le haut patronage du ministère de l'Éducation nationale et des Solidarités. A partir de 2016, Thierry Marx devient le parrain de l'événement, ce qui renforce la visibilité du concours. Il prend alors une ampleur nouvelle, tant en matière de mobilisation des établissements que de couverture médiatique.

Au-delà d'un contexte propice à l'utilisation de la gastronomie au service de la cause du bien-être en EHPAD, l'inscription de la dimension gastronomique dans le projet associatif appelle à formuler une hypothèse plus structurelle : si l'idée de la gastronomie pour les personnes âgées est aussi admise, c'est que ces dernières appartiennent à des générations pensées comme ayant eu des modes de vie à la fois plus proches de la nature et ancrés dans les particularités régionales et les savoir-faire anciens. Cette représentation s'est notamment manifestée lors des Rencontres de l'Institut Nutrition, le 23 novembre 2021[49], où les chercheurs invités proposaient, afin d'encourager les prises alimentaires des résidents d'EHPAD et ainsi lutter contre la dénutrition, de leur cuisiner des plats de « leur région ».

Nous voyons ainsi comment les membres de l'association, dialoguant avec les sphères médicales et politiques, ont su s'inscrire dans l'« arène publique » (Cefaï, 2016), dans le sens où l'association fait partie du processus d'institutionnalisation de la cuisine comme facteur de santé et de bien-être des personnes âgées. L'association est alors citée comme exemple dans certains rapports en lien avec la perte d'autonomie (voir l'extrait ci-dessous, du rapport « Concertation grand âge et autonomie », dit « rapport Libault »).

> « Proposition 66 : Créer un concours régional et national de la qualité de prise en charge des personnes âgées, organisé par thèmes : repas et nutrition, maintien de l'autonomie, écoute de la personne, ouverture de l'établissement sur l'extérieur, « chez soi ». À l'image de ce qui existe par exemple pour l'alimentation (Silver Fourchette), il est proposé de généraliser la réalisation de concours au niveau régional et national sur la qualité de prise en charge. Ils seraient organisés par thèmes : repas et nutrition, maintien de l'autonomie, écoute de la personne, ouverture de l'établissement sur l'extérieur, « chez soi » (extrait du rapport de la Concertation Grand âge et autonomie, Libault, 2019, p. 85).

[49] Page des Rencontre de l'Institut Nutrition, 2021 : https://www.institut-nutrition.fr/rencontres-de-linstitut-nutrition/rencontres-de-linstitut-nutrition-2021/ Page Internet consultée le 24/07/2025.

Les interactions entre cette initiative associative et les politiques publiques ont influencé, dans une certaine mesure, l'élaboration de politiques relatives à l'autonomie, en détectant certains besoins et adoptant des approches innovantes (Laville & Nyssens, 2001 ; Marival, 2011). Elles ont ainsi contribué à associer la cuisine collective et la prévention de la perte d'autonomie à une dimension gastronomique de l'alimentation.

La recherche de financements et la nature des actions menées vont prendre une nouvelle tournure, à la suite de l'adoption de la loi du 28 décembre 2015 sur l'adaptation de la société au vieillissement[50].

1.2. D'un concours adossé au réseau du Groupe SOS, à une association autonome promouvant le « bien-manger »

1.2.1. Les recommandations nutritionnelles prennent le pas sur la dimension gastronomique de l'alimentation

La loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 inclut la création de la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées (CFPPA). Ces regroupements d'acteurs, autour d'enjeux liés au vieillissement, se font à un niveau départemental et sont coordonnés par une personne référente. Ils donnent lieu à des appels à projets annuels, contribuant à une augmentation de la commande publique vers les associations (Cottin-Marx, 2019). Toutes les CFPPA ne se lancent pas au même moment. En 2017, la directrice de l'association entrevoit une opportunité dans ces financements, notamment pour soutenir les concours de cuisine.

Ce système de financement fonctionne et la logique des appels à projets commence progressivement à influencer l'évolution des actions portées par l'association :

> « En quelques mois, on a eu le retour de quatorze départements à l'époque (de quatorze CFPPA, ndlr.), qui ont soutenu cette programmation, ce programme de prévention Silver Fourchette, et le concept était toujours le même : on proposait neuf actions de prévention à l'époque, neuf par département, déployées en six mois, par un chef de projet […]. Il y avait des concours

[50] https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031700731 Site Internet Légifrance. Loi sur l'adaptation de la société au vieillissement. Consulté le 25 février 2025.

> départementaux aussi, on avait reproduit avec le chef local le concours de gastronomie, et je crois deux actions intergénérationnelles. Pour continuer à garder le lien avec les lycées et valoriser le métier de chef d'EHPAD » (entretien avec l'ancienne directrice de l'association).

Ces appels à projets des différentes CFPPA coïncident avec la mise en œuvre du PNNS 3. Depuis le premier PNNS, des recommandations spécifiques aux personnes âgées, portant sur les protéines, le calcium et la vitamine D, sont présentes. Celles-ci trouvent un écho avec la mise en place du Plan national « Bien vieillir » en 2007, qui intègre les mêmes recommandations. Du côté de la formation des professionnels de santé, un Diplôme interuniversitaire en nutrition et gériatrie est mis en place dès 2005-2006[51]. C'est dans ce contexte que la directrice de l'association travaille avec des gériatres et diététiciennes, pour intégrer les messages spécifiques à l'alimentation des personnes âgées dans les formats d'ateliers de cuisine et de conférences.

Les financements départementaux mobilisés à partir de 2017 appellent à un développement beaucoup plus local de l'association, garantissant des relations avec les collectivités territoriales, qui font partie des CFPPA. Pour développer ces relations, à terme, six responsables régionales seront recrutées. Elles ont en majorité une formation en sciences politiques, ce qui leur permet, pour l'ancienne directrice de l'association, d'adopter une approche stratégique des partenariats locaux à mettre en place.

Le développement de l'association, au tournant des années 2020, d'une poignée de personnes à 45 collaborateurs, est exponentiel. À ce stade, l'alimentation pour prévenir la dénutrition et la perte d'autonomie constitue encore, dans les financements de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), une petite brique d'un plan d'action visant en premier lieu à financer les aides à domicile et en résidence autonomie des personnes âgées. Pourtant, forte de son expérience et de sa réactivité, l'association finance la majorité de ses actions grâce à ces nouveaux partenaires.

> « L'alimentation, à l'époque de la conférence des financeurs, ne figurait pas dans les critères d'éligibilité. Je dirais qu'au bout d'un an et demi seulement, on a vu cet axe 6, ce critère d'appel à projets, apparaître officiellement comme un des leviers de la prévention de la perte d'autonomie. C'est quand même très très récent » (entretien du 16/02/2022 avec l'ancienne directrice de l'association).

[51] Site Internet détaillant le programme de cette formation : http://mapage.noos.fr/cfgn/diu.htm. Page consultée le 25 juin 2025.

Les premières réponses de l'association aux appels à projets de la CFPPA mettent en avant l'alimentation sous un angle nutritionnel, comme pouvant prévenir la dénutrition et la perte d'autonomie. Et c'est cette dernière approche, par la nutrition, et non plus seulement par une « gastronomisation » de la cuisine collective, qui va convaincre les financeurs.

Ce qu'apporte alors l'association, c'est une ingénierie de projet particulièrement efficace : les chefs de projets recrutent des animateurs, diététiciennes et chefs de cuisine, s'assurant de faire converger discours culinaire et diététique. Les actions mises en place plaisent beaucoup aux bénéficiaires. En effet, depuis la mise en place d'un dispositif d'évaluation en 2020, les retours écrits des participants sont élogieux et les taux de satisfaction, toujours supérieurs à 90 %, corroborent cet engouement.

Le personnel embauché n'est souvent pas spécialisé en prévention santé des personnes âgées. Ses atouts résident ailleurs : dans un fort pouvoir de réactivité, trouvant des solutions pour mobiliser plus de bénéficiaires, établissant des partenariats locaux et avec des experts en un temps record et s'adossant à des diététiciennes, chefs de cuisine, ergothérapeutes et psychologues, pour mettre en place des actions. Cette rapidité et cette réactivité sont soulignées de manière positive par les interlocuteurs des organismes financeurs. En finançant l'association, ces derniers sont rassurés sur le fait que les actions seront mises en place et toucheront le nombre de bénéficiaires annoncé.

1.2.2. Les valeurs ajoutées revendiquées par les membres de l'association

Cette partie des résultats est basée sur un dialogue initié en 2024, notamment avec la responsable de communication et cinq responsables régionaux de l'association, lorsque j'étais en contrat Cifre (Convention industrielle de formation par la recherche). L'objectif était de produire une publication rendant compte des évolutions de l'association depuis sa création. Les points forts identifiés ont fait l'objet de discussions lors de deux réunions et d'ajouts et modifications sur un document commun, pour aboutir finalement à une formulation consensuelle.

Selon ses salariés, le point fort de l'association réside dans la capacité à rassembler des expertises, notamment en cuisine et en diététique, et à créer un réseau, pour mettre en place et animer des actions. Ce réseau comprend, fin 2024, dans les régions où l'association déploie des actions, plus de 90 chefs de cuisine et plus de 180 diététiciennes. Les responsables régionaux et les chefs de projets, une fois les appels à projets déposés et validés, s'attachent à monter les interventions et à faire en sorte qu'elles soient très satisfaisantes pour les parties prenantes (participants et partenaires locaux). Le travail de coordination consiste en :

- L'identification de territoires où mettre en place des actions ;
- La rédaction de réponses aux appels à projets publics et privés ;

- L'adaptation d'actions aux besoins locaux ;
- L'élaboration d'un calendrier compatible avec la vie locale et les contraintes des différents partenaires ;
- Les choix de recettes ;
- La mobilisation des participants ;
- La mise en place de formats ludiques d'animation.

La densité de ce travail explique en grande partie pourquoi l'association ne repose pas principalement sur le bénévolat. Si des formes de collaborations entre chefs de projets et bénévoles sont parfois mises en place, pour aider à l'animation d'actions récurrentes sur un même lieu, celles-ci ne sont pas généralisables à l'ensemble des interventions.

Une autre particularité, développée assez rapidement, a été la capacité à mobiliser des personnes dans des zones dites « blanches », c'est-à-dire peu denses, du territoire. Ceci a été rendu possible grâce au travail conjoint réalisé avec des partenaires locaux, associations ou organisations publiques à l'échelle des communes ou des communautés de communes.

> « Si on parle des financeurs, donc ceux qu'on arrive à convaincre de nous soutenir, il y a le fait d'être vraiment dans cette approche multipartenariats. Je pense qu'eux ont du mal en fait à créer du lien avec tous les acteurs de leur territoire. Donc ça c'est le premier point, c'est qu'on couvre vraiment toutes les zones, avec de nombreux partenaires. On arrive à spécifier des formats en fonction de si on est dans une grande ville ou dans une zone blanche » (entretien du 16/02/2022 avec l'ancienne directrice de l'association).

En 2023, l'association opère un changement majeur, le changement de nom de l'association : « Silver Fourchette » devient « Les Insatiables ». Ce repositionnement marque la volonté de diversifier les « publics cibles ». Jusqu'alors, « Silver Fourchette » menait des actions auprès des personnes âgées et de leurs aidants. En parallèle, une petite association, acquise en 2021 par le Groupe SOS, développait des actions auprès des enfants et adolescents dans les crèches, écoles et collèges. La création de l'association « Les Insatiables » vise à rassembler cette multitude d'actions sous une seule entité. La nouvelle structure affirme comme ambition élargie de réduire les inégalités de santé, à travers des

actions portant sur l'alimentation : « Les Insatiables agissent pour permettre à chacun d'adopter une alimentation bonne pour sa santé, bonne pour la planète et surtout, bonne tout court ! »[52]

En plus des dimensions conviviale et préventive héritées de « Silver Fourchette », « Les Insatiables » intègre le sujet de l'alimentation durable. De plus, l'association ne s'adresse plus uniquement aux personnes âgées et à leurs aidants, mais élargit son action aux enfants, adolescents et adultes en situation de précarité.

Ainsi, la création de la nouvelle association témoigne à la fois d'une extension d'activités auprès de nouveaux publics et d'un élargissement des thèmes d'actions à l'alimentation durable.

Le tableau (12) des différents partenaires opérationnels par type de « public cible » illustre l'étendue des actions menées à la fin de l'année 2024 :

Tableau 12 : Les partenaires opérationnels par type de « public cible »

Vieillissement	CCAS, CIAS, EHPAD, clubs seniors, maisons de santé, Siel Bleu, communautés de communes, résidences autonomie
Aidants	France Alzheimer, France Parkinson, plateformes de répit, cafés des aidants, communes, maison sport santé, FAM
Précarité	Épiceries sociales (ANDES, Caritas et autres), Secours populaire, PAT, Habitat Jeune, universités, ADOMA, ADEF, centres socioculturels, Petits Frères des Pauvres
Jeunesse	Écoles, collèges, lycées, universités, Cités éducatives, Maison de vie citoyenne, Espace de vie social, CSC, MJC, périscolaires
Restauration collective	Restau'Co, Sodexo, Compass, Ansamble. Associations de chefs (Les Toques Françaises, Eurotoques)

[52] https://lesinsatiables.org/ Page d'accueil du site Internet de l'association Les Insatiables. Page consultée le 23 avril 2025.

Les partenaires cités dans ce tableau sont considérés comme des experts des publics ciblés et travaillent avec l'association pour cinq types de missions :

- Coconstruire les actions les plus adaptées possibles aux publics ;
- Mettre à disposition des locaux et des équipements ;
- Mobiliser les participants ;
- Former les équipes ;
- Identifier d'autres partenaires.

Il s'agit de missions que les membres de l'association ne peuvent remplir seuls, faute de temps disponible et de connaissances fines sur les publics qui fréquentent ces structures.

Entre 2021 et 2024, le « catalogue d'actions » est constitué d'une cinquantaine d'« offres ». Peu à peu et au fil des opportunités de financement, l'alimentation durable va être intégrée comme un engagement et un sujet supplémentaire de recommandations en atelier.

1.2.3. Articuler l'alimentation durable à la prévention par la cuisine

Les enjeux environnementaux, à travers le thème de l'alimentation durable, s'introduisent dans les discours et actions. L'association lance en 2021 un premier projet avec l'ADEME, axé sur les ateliers de cuisine. Il s'agit d'une opportunité de financement, mais surtout, de la concrétisation d'une démarche militante de la part des chefs de projets de l'association. En effet, la plupart se disent sensibles à la cause environnementale et adoptent une alimentation dans ce sens (sans ou avec peu de viande, à base de produits locaux, de saison et labellisés). Plus largement, si l'écologie pénètre tous les champs professionnels, celui de l'alimentation est central. Ce projet va mettre en œuvre concrètement des engagements concernant les ingrédients et les pratiques de cuisine, tels que la réduction des plastiques et emballages non recyclables, l'augmentation de la proportion d'aliments bio et locaux dans les recettes, ou la réduction du gaspillage alimentaire. Les recettes distribuées en atelier intègrent également des informations validées par l'ADEME :

- Un schéma sur la saisonnalité indiquant les mois de récolte des principaux ingrédients ;
- De courtes rubriques « Pour une alimentation durable », dont certaines sur les protéines :
    - « La production d'1kg de viande émet 5 à 10 fois plus de gaz à effet de serre que celle d'1 kg de céréales. Manger plus de légumes secs et des céréales complètes permet de limiter son empreinte sur l'environnement ».
    - « N'hésitez pas à remplacer la viande par une source de protéines végétales (légumineuses, pois chiche, tofu) afin de varier les saveurs et équilibrer vos apports nutritionnels ! »

Ainsi, les messages écrits délivrés dans un but de prévention de la santé et de l'environnement sont retrouvés principalement sur les recettes écrites (figures 76).

Par contre, ils n'apparaissent pas sur les supports visant à recruter des participants, qui mettent plutôt en avant la présence d'un chef de cuisine et d'une diététicienne, dans l'objectif d'articuler cuisine et diététique. Les participants ne sont donc pas informés à l'avance que les recommandations en matière d'alimentation durable sont également abordées durant les ateliers. Le message officiel envoyé à travers les affichages et prospectus permettant de recruter des participants reste celui d'une association entre diététique et plaisir de manger en vue de « bien vieillir ».

Figure 76 : recette utilisée et distribuée pendant les ateliers à Bonneuil-sur-Marne et à Paris, intégrant des messages sur l'alimentation durable. Crédits : Les Insatiables

Si ces contenus écrits s'appuient sur des recommandations officielles et sont validés, témoignant d'un certain pouvoir institutionnel de transmission de normes alimentaires, les recommandations environnementales ne sont pas le fruit d'un consensus scientifique concernant les personnes âgées. En effet, dans le cadre du prochain PNNS, le rapport du Haut conseil de santé publique recommande cette fois-ci d'adapter les recommandations d'alimentation durable à ce public (HCSP, 2025, p.99).

1.2.4. Grandir en conservant l'éthos de l'association

En initiant tout d'abord des projets touchant à la « gastronomisation » du repas en EHPAD, l'association a peu à peu étendu ses activités à des sphères assez éloignées, à la fois en termes d'objets, de lieux, mais aussi de publics.

Pourtant, en prenant l'approche de Weber (2017[1904-1905]), l' « ethos »[53] de l'association, c'est-à-dire le « système de croyances, valeurs, normes et modèles qui constitue un cadre de référence du comportement individuel et de l'action sociale au sein d'une collectivité définie » (Lalive d'Épinay, 1994, p. 68), est conservé. En effet, bien que les actions menées se détachent du substrat de l'EHPAD et de ses cuisines, et s'organisent comme une nouvelle forme d'institution, l'« esprit » de l'événement hors du commun incluant une dimension gastronomique est conservé. Le caractère événementiel est renforcé par le fait que l'association n'a pas de lieu dédié pour déployer ses actions. Ainsi, elle s'implante succinctement dans un environnement, y organise une action au cours de quelques heures, puis repart. Et si certains projets permettent de revenir plusieurs fois sur le même lieu, il s'agit toujours de mettre en place, de réaliser l'action, puis de repartir. Ce fonctionnement s'explique en grande partie par le modèle de financement majoritaire, à travers la réponse à des appels à projets annuels et par l'organisation de l'association, via ses antennes régionales. Cet événement culinaire ponctuel peut se rapprocher de la définition de Jean-Pierre Corbeau d'une « cuisine de foire » (Corbeau, 2005) : celle d'un lieu générant des comportements ludiques, créant l'espace d'une utopie. Toutefois, nous verrons que, dans le même temps, elle se positionne comme un lieu de normalisation des pensées et des pratiques.

[53] Max Weber pose la question suivante : « De quelle façon certaines croyances religieuses déterminent-elles l'apparition d'une "mentalité économique", autrement dit l'"éthos" d'une forme d'économie » ? (Weber, 1964 p. 11)

1.3. La logique d'entreprise de l'association

Au sein du monde associatif – et cela n'est pas spécifique à celle que nous étudions – s'installe progressivement une logique d'entreprise. Les sociologues du secteur ont ainsi pu qualifier les associations employant des salariés d'« entreprises associatives ». Matthieu Hély (2009) les définit comme « un groupement fondé sur un double contrat : le contrat d'association formalisé par la loi de 1901 et le contrat de travail la rattachant aux règles du Code du travail ».

Ces organisations se trouvent alors prises en tensions entre deux logiques : une première logique, de rationalité en valeur, est celle que nous venons de dépeindre, en faisant état d'un imaginaire commun employé entre associations et organes financeurs en faveur du « vivre-ensemble ». Celle-ci se double d'une logique en finalité, plus orientée vers l'efficacité et les impératifs de gestion, où la réflexion sur la rentabilité occupe une place centrale dans le quotidien des dirigeants. Cette orientation se reflète dans le parcours des cadres : les directeurs d'associations et des pôles du Groupe SOS (cela concerne notamment l'ancienne directrice de l'association, le directeur du pôle « transition écologique et territoires » et celui du pôle « alimentation ») sont issus de formations en commerce et en management. Le nouveau directeur de l'association vient quant à lui du secteur privé, où il occupait un poste de cadre commercial dans la restauration collective.

Dans le fonctionnement quotidien, de nombreux éléments évoquent l'entreprise, notamment concernant l'organisation du travail dans les structures, les tâches et missions quotidiennes effectuées. Sur le plan organisationnel, les pôles d'activité du groupe, qui regroupent chacun plusieurs associations, sont dotés d'une équipe administrative, chargée de gérer les finances, le suivi des budgets et les ressources humaines. Des prévisions financières annuelles et trimestrielles sont demandées à l'équipe de l'association, en particulier à son directeur, à la responsable du développement et aux responsables régionaux. C'est d'ailleurs dans les réunions portant sur les prévisions budgétaires que sont demandés en premier lieu les chiffres concernant le nombre de bénéficiaires atteints, suggérant une instrumentalisation de ces chiffres en vue de rechercher de nouvelles ressources financières.

Enfin, le directeur doit régulièrement rendre compte à ses supérieurs de l'état financier de l'association. Faire partie du Groupe SOS implique un lien de subordination à la fois avec un pôle de rattachement et avec le directoire[54]. Ces deux instances vont en effet décider de garder ou de se détacher des structures, et d'abonder ou non une structure qui se trouverait en déficit.

[54] https://www.groupe-sos.org/le-groupe-sos/notre-gouvernance/ Le Directoire constitue l'instance exécutive du Groupe SOS, qui met en œuvre les orientations définies par le CA. Le collectif du Directoire est composé d'un

2. Les appels à projets de financement : entre contraintes et imaginaires

Les appels à projets deviennent le processus principal de financement de l'association. Ceci nécessite de justifier, annuellement, de la dimension innovante des actions proposées. Ce système fonctionne grâce à des acteurs partageant des représentations et un vocabulaire commun, ce qui leur permet de se comprendre, puis de s'entendre.

2.1. Les contraintes inhérentes au système d'appels à projets

La mise en application des politiques publiques de prévention de la santé à l'endroit des personnes âgées vivant à leur domicile est principalement gérée au niveau régional et départemental, par les Agences régionales de santé (ARS) d'une part et la Conférence des financeurs pour la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) d'autre part. Ces organismes comptent notamment sur les associations pour opérationnaliser la prévention, et si l'association se développe dans une relative liberté d'action, elle va peu à peu s'efforcer de correspondre à leurs attendus de plus en plus complexes.

En 2024, la grande majorité des financements de l'association (72 %) est le fruit de réponses à des appels à projets émanant de structures publiques, en premier lieu de ces deux types de financeurs[55]. Le constat, abordé de manière récurrente en réunions d'équipe et en comités de pilotage, notamment en 2022 et 2023, est que ce fonctionnement présente trois limites structurelles difficiles à dépasser.

Premièrement, ces appels à projets ont en grande majorité une temporalité annuelle. Il s'agit donc pour les chefs de projets et responsables régionaux de développer chaque année de nouveaux projets, de les soumettre par écrit, ceci avec l'accord de principe d'un réseau d'acteurs locaux prêt à collaborer à leur mise en œuvre dès l'accord de l'organisme financeur. C'est-à-dire qu'une grande partie du temps de travail et des missions des membres de l'association est dédiée à ces réponses aux appels à projets, nécessitant de leur part un « apprentissage silencieux des normes de l'action publique » (Breton, 2014).

Président du Directoire (Jean-Marc Borello) et de 9 Vice-Président.e.s Exécutifs. Les décisions du Directoire sont prises à la majorité des votes. Page consultée le 1er mai 2025.

[55] Un prochain numéro de la Revue Française d'administration publique (à paraître) abordera d'ailleurs l'appel à projets comme nouvel instrument de l'action publique. https://calenda.org/1171145 . Page consultée le 31 août 2025.

Deuxièmement, jusqu'en 2023, le principe d'innovation prédomine. Les financeurs, et en particulier les CFPPA, sont chargés d'allouer des fonds à des projets jugés innovants, qui pourraient à terme trouver d'autres sources de financement afin de fonctionner dans la durée. Cette contrainte amène les équipes à changer de thème d'action chaque année :

> « Chez nous, la CFPPA, trois années ils soutiennent et après ils baissent les financements. Sauf si tu changes fondamentalement ton projet. La CFPPA est devenue une sorte d'incubateur, alors que "Silver Fourchette" grandit grâce à ces financements » (une ancienne agente territoriale en charge des financements CFPPA dans le département du Haut-Rhin, entretien du 19/07/2023).

Troisièmement, une logique d'évaluation centrée sur des objectifs de mise en place prédomine ; il est demandé en premier lieu de « toucher » un certain nombre de bénéficiaires au sein d'un département donné. Cette priorité diminue les chances de pouvoir proposer des actions de longue durée, dans un même lieu. Ceci oriente les efforts vers l'atteinte d'un certain nombre de participants, plutôt que vers des profils de participants ou vers des effets spécifiques. Les objectifs formulés en réunions internes, qui vont vers un meilleur cadrage des actions, avec l'implication des personnes vieillissantes, ainsi que des projets implantés sur du plus long terme, restent au statut de « vœux pieux », du fait de ces contraintes. Un calcul de coût par bénéficiaire s'avère d'ailleurs nécessaire pour justifier le temps passé de chaque membre de l'association dans chaque projet.

En revanche, certaines approches continuent de fonctionner, dans le sens où elles restent financées année après année. Ainsi, le système d'acteurs de la mise en place concrète d'actions que sont les personnels d'association, qui s'adossent à des structures locales (listées dans le tableau 9) et à des intervenants (diététiciennes et chefs de cuisine) forme un trio « gagnant », renouvelé chaque année dans les projets.

Nous allons voir que ce système fonctionne grâce à des acteurs sociaux partageant des représentations et un vocabulaire communs, mêlant des objectifs nutritionnels à d'autres normes du « bien-manger », ce qui leur permet de se comprendre, puis de s'entendre.

2.2. Des imaginaires et un vocabulaire partagés

2.2.1. La cuisine comme clé d'une resocialisation pour des personnes vieillissantes « isolées et dénutries »

Les ateliers mis en place sont le fruit de dialogues entre financeurs et acteurs associatifs, utilisant un vocabulaire commun pour décrire les personnes vieillissantes et les actions pensées comme nécessaires pour elles en prévention-santé.

Tout d'abord, le thème du « bien vieillir » est récurrent dans les appels à projets publics. Gangbè et Ducharme (2006), détaillant dans une revue de littérature les dimensions multiples intégrées à ce concept, montrent que le « bien vieillir » peut inclure tout ou partie des dimensions suivantes : la longévité, la performance cognitive, la satisfaction face à la vie et le sentiment de bien-être, certains traits de personnalité, les ressources personnelles et les ressources sociales (réseaux de relations, participation à des activités). C'est cette dernière perspective qui est largement mobilisée dans les appels à projets émanant des organismes financeurs. La solitude, ou l'isolement social, et ce, quelles que soient les définitions qui leur sont données, y sont en effet considérés comme un dommage pour la santé des personnes âgées :

> « Une priorité sera donnée aux seniors présentant un risque de fragilité liée à l'environnement et aux conditions de vie : personnes isolées (socialement, familialement, géographiquement), veufs/veuves […] » (appel à projets de la CARSAT Midi-Pyrénées, 2024, p.8).

L'un des ressorts de l'opérationnalisation des politiques de l'autonomie va alors être de prévenir l'« isolement » et la « perte de liens sociaux ». Les personnes âgées sont imaginées comme étant repliées sur elles-mêmes, dans un double mouvement d'isolement volontaire et de rejet par la société, une vision qui rappelle celle du « désengagement » (Cumming & Henry, 1961/1979), mobilisée notamment depuis 1962 et la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse, dit « rapport Laroque » (Grand, 2016). En évoquant la « perte de liens sociaux », c'est la nostalgie d'une époque où l'on savait vivre ensemble, notamment entre les générations, qui est convoquée (Genestier, 2006). La cuisine et le repas collectif vont alors en premier lieu être plébiscités par l'association pour la convivialité qu'ils incarnent, comme un contexte socialisateur fort, mais aussi utile à la santé, dans sa dimension de bien-être.

> « Pour l'association, il est nécessaire de favoriser au maximum le lien social, facteur clé de l'appétit des seniors. La cuisine permet d'initier des rencontres et des moments de partage » (réponse de l'association à l'appel à projets de la CFPPA du Rhône (2032/2024/2025), p.6).

Cet imaginaire renvoie au monde de la cuisine de liens, réalisée en commun, moment complice et propice à la transmission de savoirs et de gestes (Verdier, 1969). Et parce que cette activité va être réalisée en groupe, l'autre idée majeure et articulée avec la première est le fait que le moral, autant que l'appétit, vont être stimulés, faisant renaître l'élan du plaisir pris à manger. La figure de la « personne âgée isolée dénutrie », une figure fragile et en manque, si elle n'est jamais décrite comme telle, est par contre définie en filigrane dans ce qu'elle pourrait retrouver grâce à sa participation :

> « Afin de maintenir l'appétit des seniors et d'apporter une vision positive et originale de l'alimentation, nous plaçons volontairement le plaisir de manger au cœur de nos actions de prévention » (appel à projet de la CFPPA du Doubs, 2023, p.11).

Ainsi, tout comme d'autres publics appartenant à la catégorie des « vulnérables », celle des personnes âgées est construite comme n'étant pas en pouvoir, en opposition à une société active qui contribue par le travail. Une certaine essentialisation s'opère, avec un ensemble de représentations communes suggérant que les personnes âgées, parce qu'elles sont dans un état statique, d'attente, constituent une certaine surcharge économique. Dès lors, on attend d'elles une forme de remobilisation. En effet, les personnes vieillissantes sont décrites par la négative, soit « en pertes ». Ici, les pertes sont de natures sociale et psychologique (perte d'envie, de plaisir, d'entrain), et vont sous-tendre la dimension sanitaire, la « dénutrition », elle aussi marquée par le sceau du manque. Par opposition, la réponse associative est empreinte de plénitude, promettant convivialité, plaisir et gourmandise.

Enfin, au niveau des partenaires locaux, travaillant à la mise en place d'activités tout au long de l'année, nous verrons que l'animation culinaire est tout indiquée pour une population, qui, parce qu'elle appartient à des générations anciennes, est représentée comme ayant un savoir-faire minimal, par défaut, de la cuisine. Grâce à un agenda d'activités variées, nombre d'organisations locales cherchent à occuper le temps de personnes vieillissantes décrites comme esseulées.

2.2.2. La cuisine comme moyen de remettre les personnes âgées en autonomie

Nous avons vu dans le premier chapitre que les politiques publiques de l'autonomie ont tendance à regrouper les personnes âgées dans la catégorie, homogène, des populations « vulnérables », cette catégorie suggérant un état réversible (Brodiez-Dolino, 2016). Une action apparaît alors comme nécessaire de leur part, afin qu'elles sortent de ce statut. Cette forme de « résilience » annoncée s'inscrit plus largement dans la perspective du concept de « bien vieillir » (Gangbè & Ducharme, 2006 ; Meïer & Mayer, à paraître).

Si l'autonomie est communément définie, en suivant l'approche de Kant, comme la capacité à se gouverner selon ses propres lois morales (Kant et al., 1787/2006), la « perte d'autonomie » restreint l'étendue de la gouvernance à des pratiques spécifiques, car elle est définie en gérontologie comme une perte de capacités à mener des actes essentiels de la vie courante (s'habiller, s'alimenter, se déplacer)[56]. La cuisine d'atelier est alors envisagée à la fois comme moyen (pour « manger mieux » selon les recommandations de santé publique) et comme finalité (si la personne est capable de préparer à manger, elle n'est alors plus considérée comme étant en perte d'autonomie sur ce point).

Deux stratégies vont alors dominer pour parvenir à l'objectif de la reproduction, dans la sphère domestique, des pratiques culinaires réalisées en atelier : changer certaines représentations sociales d'une part, et démontrer par l'action d'autre part. Ces méthodes correspondent aux pratiques de santé publique en place depuis la fin des années 1970 (Bouchayer, 1984), mais aussi à des recommandations plus récentes portant spécifiquement sur la prévention par la nutrition des personnes âgées, qui prescrivent d'adosser des informations diététiques à une certaine mise en pratique (CNSA, 2024).
Les intervenants disent tout d'abord chercher à déstabiliser certaines représentations sociales qu'ont les personnes âgées de l'équilibre alimentaire. Dans le même temps, les chefs de cuisine vont viser à transmettre certaines normes concernant la qualité des produits utilisés, pour lesquels la recette écrite distribuée en atelier va constituer une synthèse tangible et durable.
Tangible, d'une part, car des normes sanitaires et environnementales y sont inscrites avec des principes de mise en application pratique :

[56] https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000747703 Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes : « La dépendance mentionnée au premier alinéa est définie comme l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière. ». Page consultée le 5 juin 2025.

- Des recommandations sur le fait de manger des protéines végétales plutôt qu'animales ;
- Un certain temps passé à préparer ;
- Un encouragement à la commensalité, la recette étant prévue pour plusieurs convives ;
- Des ingrédients de saison.

Durable, d'autre part, car la recette écrite est rapportée au domicile, dans une visée d'utilisation dans le quotidien, donc reproduite sur un temps long.

Nous verrons dans le chapitre suivant que les ambitions portées par les intervenants – changer les représentations sociales et les pratiques quotidiennes grâce à l'atelier pour remettre les personnes âgées en activité – bien qu'inscrites dans l'« espace du culinaire » associatif, se heurtent aux attentes, aux logiques et aux représentations propres des participants. Enfin, la cuisine est pensée comme une activité valorisée et valorisante auprès de ce public.

> « Ce qu'on a bien réussi quand même, c'est à rendre attractif le sujet de la dénutrition, sans forcément l'aborder directement, en tout cas en valorisant l'alimentation plaisir-santé, en imaginant des formats qui donnent envie aux seniors de venir se déplacer pour ensuite sur place, une fois qu'ils sont avec nous, parler des messages de prévention santé » (ancienne directrice de l'association, entretien du 16/02/2022).

Les acteurs de la promotion de la santé (financeurs, associations, intervenants) demandent et s'attendent, chacun à leur niveau, à ce que les personnes âgées deviennent « actrices » de leur santé en investissant davantage la cuisine, en matière de temps passé et de maîtrise de principes diététiques.

2.2.3. Des inégalités décrites sous l'angle de l'éloignement géographique

Dans les appels à projets, certaines inégalités de santé sont intégrées à la description des problèmes relatifs à l'autonomie des personnes âgées. Elles sont souvent spécifiées en des termes géographiques. Ainsi, la dimension de « proximité » s'exprime en premier lieu au sens propre. Dans cette idée, le responsable du Centre de ressources et de preuves (CRP), lors de l'entretien du 21 décembre 2023, dira :

> « On doit atteindre ceux qui en ont le plus besoin et franchir le dernier kilomètre ».

Dans une perspective intersectionnelle des inégalités de santé, l'individu « éloigné » de l'accès à des ressources de santé a été décrit comme « porteur d'une série de statuts (classe, race, sexe, etc.) qui le situent au sein d'autant de rapports inégalitaires et c'est, là aussi, l'interaction entre ces différents statuts qui façonne son accès aux ressources » (Carde, 2021). Nathalie Bajos, lors de sa leçon inaugurale de la chaire « santé » au Collège de France le 3 avril 2025, décrit quant à elle quatre strates où se jouent la production d'inégalités sociales de santé :

- Des atteintes à la santé inhérentes au lieu et aux conditions de vie (pollution, logement insalubre, pénibilité au travail) ;
- Un accès aux soins conditionné par la perception de symptômes (une perception différenciée selon la position sociale et le genre notamment) ;
- Une logique de soin discriminante (avec plusieurs travaux de recherche ayant montré des discriminations portées vers les minorités racisées) ;
- Et un rapport de domination dans les interactions avec le pouvoir médical[57].

Ainsi l'éloignement géographique aux soins, s'il existe, ne peut oblitérer un éloignement symbolique majeur au système de soin, qui se construit tout au long de la vie. Pourtant, l'association évoque elle aussi la dimension géographique des inégalités, à travers l'idée de proximité, qui se réfère ici aux partenariats engagés avec des associations locales.

Bien qu'il ne s'agisse pas de l'unique voie d'entrée pour aborder les inégalités de santé des personnes âgées – les faibles ressources financières sont également soulignées – cette notion de distance aux soins et à la prévention prédomine dans les descriptions du contexte de vie des personnes âgées. Nous l'expliquons par le fait que le système public d'allocation de budgets, mais aussi l'offre de soins et de prévention, sont organisés par territoire, découpés par département et par région. Notamment, chaque émanation départementale de la CNSA se définit avec une liste d'offres médicosociales, qui change selon les territoires, amenant à comprendre le plus ou moins grand isolement des personnes âgées en priorité selon leur lieu d'habitation. Cette première dimension d'inégalité géographique peut être qualifiée de « macrosociale », car il s'agit, pour réduire les inégalités de santé entre les personnes âgées, d'égaliser les possibilités d'accès entre les différents territoires (régions, départements, communautés de communes).

[57] https://www.college-de-france.fr/fr/agenda/lecon-inaugurale/la-production-sociale-des-inegalites-de-sante/la-production-sociale-des-inegalites-de-sante Page Internet de l'enregistrement vidéo de la leçon inaugurale de Nathalie Bajos. Page consultée le 4 avril 2025.

L'approche « mésosociale » va consister par ailleurs, au sein d'un même territoire, à donner des accès équivalents à chacun. C'est avec cette optique que sont décrites les personnes âgées habitant dans les Quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV).

> « Dans le parc social des quartiers prioritaires de la ville (QPV), un tiers des titulaires de bail sont déjà âgés de 65 ans ou plus. Cette population, modeste et souvent éloignée du système de soins, connaît une perte d'autonomie plus précoce que le reste de la population » (appel à manifestation d'intérêt de la CNSA et de l'ANCT, 2024, p.2).

Si « l'éloignement » des personnes âgées habitant en QPV concerne une faible fréquence de consultation de médecins, de spécialistes ou de centres sociaux permettant d'obtenir des aides (notamment pour l'adaptation des logements), il est plutôt décrit ici en termes de manque de ressources à proximité et d'incapacités pour les individus d'atteindre ces ressources. À nouveau, le parcours de vie provoquant une accumulation d'inégalités est abordé sous un angle majoritairement géographique, celui du lieu de vie.

Enfin, l'approche « microsociale » apparaît avec l'expression d'« isolement social ». Les personnes âgées sont pensées en premier lieu comme étant plus ou moins en perte d'autonomie et celle-ci est définie en matière de capacité à réaliser les actes de la vie quotidienne. L'emphase mise sur la capacité des personnes vieillissantes à se déplacer prédomine, terminant de définir les inégalités avec une entrée géospatiale. L'expression d'« isolement social » des personnes âgées va largement être employée, non pas pour aborder des formes de solitudes, mais plutôt pour décrire un éloignement physique aux autres individus. Nous avons vu dans la première partie que l'isolement social, et ce, quelle que soit la définition qui en est donnée, est considéré dans les politiques publiques comme induisant un dommage pour la santé des personnes âgées. Il a d'ailleurs été identifié comme facteur de risque de dénutrition par la HAS (2007). Par ailleurs, l'isolement social a été décrit en sociologie comme un terme polysémique. Cécile Van de Velde, dans un article de 2018, rapproche l'« isolement social » de la perspective définissant la solitude comme une relation aux autres, examinée sous l'angle de l'« être seul ». Dans cette perspective, la solitude est avant tout associée au manque ou à l'absence de contacts et de liens sociaux. Cette vision est potentiellement dissociée du mode de vie, c'est-à-dire que l'on peut vivre seul sans pour autant se sentir seul. L'auteure souligne que cette définition se heurte à certaines limites, notamment celle d'occulter la dimension qualitative des liens – avec notamment, la force des liens faibles, mise au jour par Mark Granovetter (1973). Ainsi, lorsque l'association Les Petits frères des pauvres publie son étude annuelle sur la solitude et l'isolement chez

les personnes âgées de plus de 60 ans en France, elle prend non seulement en considération les types et la fréquence des contacts, mais aussi le sentiment de solitude (figure 77). Ce dernier concept renvoie à un certain vécu des relations sociales, à une « subjectivité solitaire », celle-ci ayant été décrite sous deux aspects : un retrait qui peut être voulu ou contraint (Van de Velde, 2018).

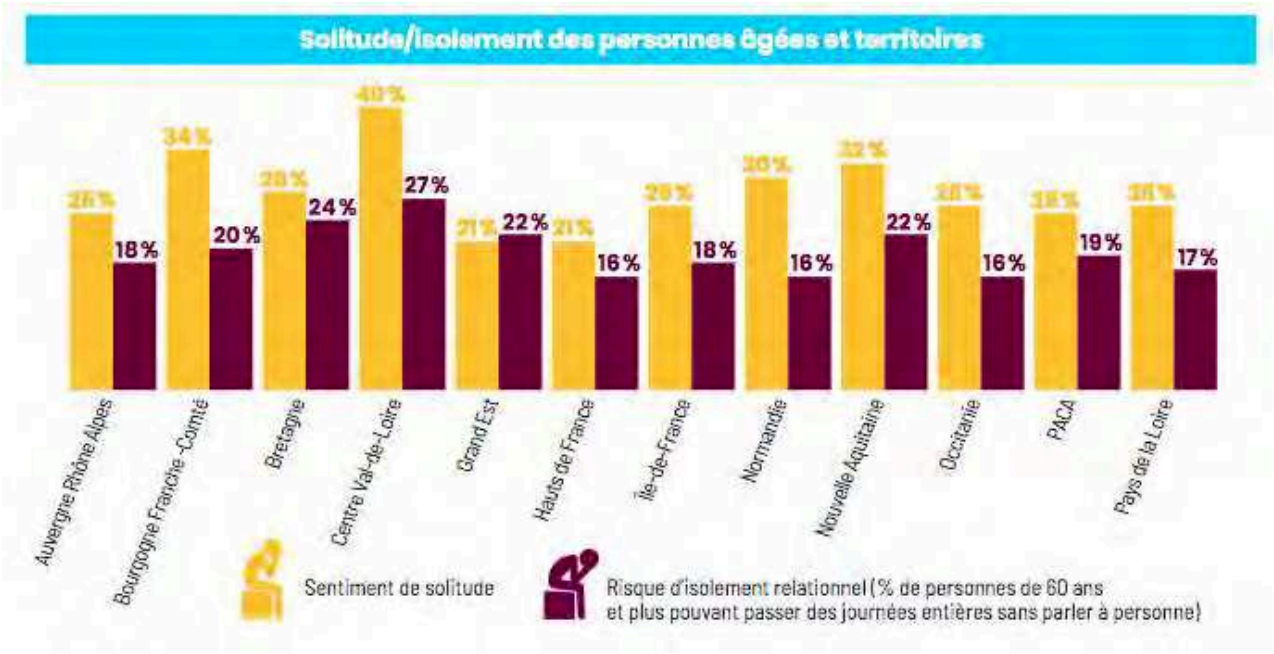


Figure 77 : Solitude/isolement des personnes âgées et territoires Source :Petits frères des pauvres, 2021

La CNSA aborde, quant à elle, l'isolement social comme opposé au « lien social » :

> « Ainsi, plus de 20 % des financements attribués dans les départements par les commissions des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie concernent des actions de maintien du lien social ». (CNSA, page Internet « lutte contre l'isolement »).

L'idée sous-jacente est celle d'un manque de contacts avec autrui, à l'origine d'un certain isolement. Il s'agit donc d'une démarche qui cherche à objectiver le manque ou l'absence de contacts et de liens sociaux, et moins d'une approche subjective s'appuyant par exemple sur le sentiment de solitude ressenti par les personnes vieillissantes.

Enfin, deux des trois thématiques principales des projets soutenus par la CNSA soulignent la dimension géographique dans la notion de « lien social » :

> « Repérer et orienter ; favoriser la participation sociale et la citoyenne des personnes âgées et leur pouvoir d'agir au sein de la Cité ; favoriser la réappropriation de l'espace public et des lieux de socialisation par les personnes âgées » (CNSA, page Internet « lutte contre l'isolement »).

Plutôt que de rendre les lieux et le personnel de soin à même d'accueillir (physiquement, symboliquement) des personnes vieillissantes dites « éloignées » des systèmes de soins et de prévention, il s'agit ici plutôt de moyens alloués pour informer ces personnes de l'existence de ces systèmes.

Ainsi, le partage d'un vocabulaire et d'un imaginaire communs constitue un prérequis essentiel à la mobilisation de financements. L'idée spécifique de « lien social » s'appuie ici sur une représentation dominante des personnes âgées comme étant plus souvent « isolées », une image qui entre en résonance aussi avec les valeurs portées par la forme associative, louée en général pour sa contribution à la cohésion de la société (Laville, 2002). Cette vision partagée des enjeux, concernant les personnes âgées, leurs problèmes et plus généralement d'un combat contre le délitement du « vivre-ensemble », facilite l'alignement entre les attentes des organismes financeurs et les projets d'actions de l'association. Toutefois, certaines limites vont émerger, dans un contexte de plus en plus contraint.

Sous l'effet d'une logique de financements annuels, de recherche d'innovation dans les formats d'action et d'objectifs quantitatifs, l'association se voit contrainte d'adapter continuellement ses actions. Ce, au détriment de projets durables et construits avec les publics concernés. Par ailleurs, comme dans les contenus des appels à projets (autant dans leur description que dans les réponses produites), les représentations autour des personnes vieillissantes font consensus : celles qui doivent être visées en priorité sont décrites comme isolées, vulnérables et en perte d'autonomie, ceci oriente les actions vers des formats normés, comme les ateliers culinaires, car ils mobilisent des imaginaires de convivialité et de transmission. Enfin, si certaines inégalités sociales de santé sont identifiées, celles-ci peuvent être réduites à des enjeux d'accès en termes de proximité. Elles laissent en arrière-plan des déterminants sociaux et symboliques plus profonds, qui pourraient éclairer la compréhension des besoins et des mécanismes d'exclusion qui touchent le public visé.

3. Les limites de l'expansion

La reprise de la philosophie du « nouveau management public » par le secteur associatif a notamment entraîné une forme de « marchandisation », provoquant de fait une mise en concurrence entre opérateurs (Foley, 1999 ; Cottin-Marx et al., 2023) et impliquant des enjeux de mimétisme, de contraintes et d'espaces de libertés (Cottin-Marx, 2019).

Dès 2022, les limites d'une expansion rapide de l'association se dessinent. Elles sont d'au moins trois ordres. 1) La concurrence : si l'association fut pionnière dans la mise en place d'ateliers à destination des personnes âgées, elle voit émerger des acteurs locaux, proposant des services similaires à moindre coût, parfois même d'anciens prestataires devenus concurrents. 2) L'incertitude des financements, fréquente dans le secteur associatif. À l'image d'autres dispositifs publics nationaux ou européens, les Conférence des financeurs ont pour vocation de favoriser l'innovation à court terme, pour que les structures financées trouvent ensuite d'autres moyens ailleurs, afin de pérenniser leurs actions. Ainsi, certaines Conférences de financeurs, considérant qu'elles ont soutenu une structure pendant suffisamment de temps pour qu'elle puisse vivre avec d'autres financements, baissent peu à peu leurs subventions, voire les coupent. 3) Le cadre des recommandations officielles de santé publique. Puisqu'il s'agit de s'inscrire en prolongement concret des plans de prévention nationaux, les réponses à appels à projets s'appuient toutes sur des ressorts stratégiques et des recommandations officielles de santé publique. Cela, d'autant plus que les organes financeurs renforcent leurs exigences en matière de cadrage et d'évaluation d'impact.

3.1. Trois formes de rationalités en coexistence

Trois types de rationalité structurent alors les actions de l'association. D'abord, une rationalité fondée sur des valeurs propres, mais aussi très ancrées dans la culture alimentaire française. La défense du « vivre-ensemble », par l'association, de plus, considérée par les financeurs comme utile à la prévention de la perte d'autonomie, s'inscrit dans une symbolique de l'alimentation basée sur le partage et la convivialité. Elle utilise l'idée d'une « gastronomisation » possible de la restauration collective, au service de la santé et plus globalement du bien-être de personnes âgées. Lors du développement d'ateliers de cuisine en dehors des EHPAD, l'idée que la cuisine va contribuer au « vivre-ensemble » perdure.

La deuxième forme de rationalité est d'inspiration néolibérale, née de la recherche de rationalisation de la production et fondée sur les « lois » du marché. Elle est entrée dans l'association à travers l'importation d'instruments de management issus des entreprises capitalistes privées.

Ces logiques sont particulièrement marquées dans le secteur associatif, qui se revendique du secteur de l'Économie sociale et solidaire (ESS). On peut voir ici un parallèle avec les réformes opérées dans les systèmes de comptabilité des organes publiques au tournant des années 1990, qui font « entrer le capitalisme dans l'État » (Eyraud, 2013) ; mouvement qui s'autodésigne comme le « nouveau management public ». Cette deuxième forme de rationalité est inscrite dans le Groupe SOS et précède la création de l'association. Elle cohabite avec la première.

Enfin, la troisième forme de rationalité est issue des exigences de santé publique, qui, dans un contexte de sanitarisation du social, émergent comme une « nouvelle moralité » (Massé, 2009). Cette dernière est la plus récente, et bien que les programmes de prévention à l'endroit des personnes âgées et de leur alimentation soient institués depuis 2001, cette intégration de normes sanitaires comme modèle de pensée dans l'association s'est faite progressivement à partir de sa naissance, en 2014. La diététique devient la valeur dominante, venant peu à peu supplanter les valeurs gastronomiques et culinaires mises en avant par l'association à ses débuts.

En pratique, l'inscription de la santé publique dans les politiques de l'autonomie va de plus en plus être axée sur la production de « données probantes ».

Nous allons développer cette troisième forme de rationalité, pour montrer comment l'association devient un instrument de mise en place des politiques publiques, se conformant progressivement à ses exigences, basées sur des preuves d'intervention. La création, en 2022, du Centre de ressources et de preuves à la CNSA témoigne de cette volonté de standardiser et d'évaluer les actions de prévention financées, sous la forme de la collecte de preuves d'effets :

> « Inspiré du modèle britannique des "*What Works Centres*", ce centre de ressources et de preuves vise à étayer l'action publique en mobilisant et en rendant accessibles des conclusions tirées de la recherche (données probantes) » (site Internet de la CNSA, consulté le 26 mars 2025).

Ce modèle s'inscrit dans le mouvement de l'*evidence-based policy*, faisant suite au constat que les démarches mises en place ne s'appuient pas suffisamment sur « ce qui fonctionne ». Il a pour fonction de favoriser l'utilisation des travaux de recherche dans les politiques publiques. Les critères de preuve sont fondés sur des études expérimentales en santé publique (Davies, 1999). Ainsi, un caractère central de cette montée en rationalité scientifique est que les indicateurs de preuve, ou d'impact, sont calqués sur ceux des interventions en santé publique.

Un peu après la CNSA, en 2023-2024, l'ARS Île-de-France crée un consortium pour travailler sur la description d'un atelier type de cuisine, dont l'objectif est de servir d'étalon pour décider d'apporter ou non un financement. Les membres de l'association, conviés à ce groupe de travail, suivent au plus près les décisions prises afin d'adapter dans le même temps leurs formats d'ateliers. Enfin, en 2024, le Gérontopôle Nouvelle-Aquitaine s'associe à la CNSA, là aussi pour définir en particulier ce que doit être le modèle d'action de type « atelier », à mener auprès des personnes âgées, conjuguant alimentation et activité physique.

Si les objets ne sont pas exactement les mêmes (avec la CNSA, cela concerne l'alimentation et l'activité physique des personnes âgées, tandis qu'avec l'ARS, le format « atelier » porte sur l'alimentation et a vocation à être à destination de tous les publics) les deux démarches s'inscrivent dans un même mouvement imposant la vision de la santé publique au cœur des décisions de financement. L'expression « données probantes » suggère qu'il est nécessaire de mieux prouver les effets des actions sur la santé des bénéficiaires.

Il s'agit surtout d'une réflexion, menée a posteriori, sur ce qui est produit à date par les organismes dits « opérateurs » (dont font partie les associations), à la suite du constat d'une forte hétérogénéité dans les actions mises en place. En effet, du côté de la CNSA, l'écueil constaté dans ces interventions expérimentales est une grande hétérogénéité dans les formats d'actions, ainsi que dans les modalités d'évaluation. « On n'est pas capables de faire notre propre mesure d'impact » déclare le responsable du Centre de ressources et de preuves lors de l'entretien du 9 janvier 2025. Une enquête nationale est ainsi lancée pour cartographier l'existant.

De plus, les financements régionaux et départementaux restent marqués par des enjeux implicites, politiques, difficiles à saisir, même par ces instances. En découle une volonté, au niveau central de la CNSA, d'« éduquer » les référents des différentes CFPPA :

> « Il faut donner les moyens, aux référents des CFPPA, d'identifier ces offres, il faut les outiller, il faut des grilles de lecture pour discriminer les projets, mettre à disposition des apports de connaissance, de la formation, une revue de littérature » (entretien avec le responsable du centre de ressources et de preuves de la CNSA, 09/01/2025).

Comme l'explique Henri Bergeron (2010), les acteurs associatifs ont précédé la décision publique. Le fait d'instituer des règles nationales pour sélectionner les projets locaux peut être considéré comme une « opération de mise en sens » (en termes de signification, mais aussi de direction à prendre) d'initiatives éparpillées et non coordonnées.

Et si la démarche de pensée en termes d'expérimentations, aboutissant à des preuves d'effets, est au fondement de la recherche en santé publique, elle impose aux associations un paradigme nouveau. Celui-ci va s'avérer difficilement soutenable. En effet, ce mouvement de rationalisation par la preuve présente au moins quatre limites persistantes : 1) les interventions retenues se centrent sur les effets sur le plan des changements d'habitudes alimentaires, envisagées comme des conduites sociales à modifier. Elles analysent rarement – ou bien à la marge – les conditions de leur mise en œuvre, les processus de recrutement, ainsi que leurs effets en matière d'intégration ou d'exclusion. 2) Ces études n'interrogent que rarement la réception des discours et les effets différenciés des dispositifs, selon les parcours de vie et caractéristiques sociales des publics. 3) L'autre pan d'objectifs annoncés soutenu par la politique de l'autonomie, qui porte sur le développement et le maintien de « lien social », n'y est jamais abordé, c'est-à-dire que ces études de santé publique ne définissent pas la nature des liens sociaux ni n'objectivent leur éventuel renforcement à l'aide d'indicateurs. 4) La revue d'études réalisée en 2024 par la CNSA et l'Union des Gérontopôles de France (2024a) décrit une forte diversité des formats et des messages dans les interventions évaluées, sans en conseiller certaines spécifiquement, à part le fait de coupler activités pratiques et diffusion d'informations ; la problématique des formats d'actions à mettre en place n'est donc pas totalement résolue.

Du côté associatif, les objectifs restent encore centrés sur la demande pragmatique des relais locaux des financements, c'est-à-dire sur le fait de déployer les moyens d'action nécessaires (matériel, personnel) et sur le fait de rassembler du monde autour d'un sujet (un nombre de bénéficiaires suffisant, correspondant aux objectifs annoncés). Ainsi, le fait de « sensibiliser » les bénéficiaires reste une fin en soi. Dans le PNNS 4, l'action 37 de l'objectif 37 stipule (ANSES, 2019, p. 4) :

> « Prévenir la dénutrition en sensibilisant le grand public et les professionnels de santé et du secteur social en mettant en place chaque année « une semaine nationale de la dénutrition ».

Dans un extrait de réponse à appel à projets, produit par l'association :

« Objectif des ateliers "bien dans mon assiette", à destination des publics précaires […] :

- Sensibiliser les bénéficiaires à l'importance de bien faire ses courses, savoir lire les étiquettes. »

Le terme « sensibiliser » selon le dictionnaire Larousse signifie « rendre quelqu'un, un groupe sensible, réceptif à quelque chose pour lequel il ne manifestait pas d'intérêt ». Il s'agit de transformer l'attitude

d'individus, pour qu'ils témoignent d'un certain intérêt pour un sujet. Dans la théorie des stades du changement (Prochaska & DiClemente, 1984), il s'agit du passage de la « pré-contemplation », où une personne ne se sent pas impliquée sur un sujet donné, vers la « contemplation », c'est-à-dire que la personne est non seulement informée, mais aussi adhère à cette information ; elle porte une attitude réflexive quant à l'information reçue. On voit que cette sensibilisation, pensée comme un prérequis au changement d'habitude, suffit à remplir l'objectif de prévention du PNNS. La diffusion d'informations, plus précisément d'une démonstration associant certains comportements alimentaires à certains effets sur la santé, est alors pensée comme la base de cette sensibilisation.

À ce stade, il subsiste un certain décalage entre les demandes opérationnelles des CFPPA au niveau des départements et l'ambition de la CNSA d'apporter plus de preuves d'efficacité.

3.2. Une difficile mise en conformité

Si dès 2022-2023, les membres de l'association comprennent qu'ils doivent renforcer leur stratégie de mesure d'impact pour apporter des preuves d'effets en accord avec les attendus des financeurs, ils se heurtent à des contraintes de faisabilité : manque de formation, coûts trop élevés, difficultés à capter les participants lors des évaluations et résistances en interne. Et pour cause, réaliser une évaluation selon les standards de santé publique voudrait dire à minima d'implémenter des actions sur un même public pendant un temps relativement long, puis d'évaluer ses habitudes alimentaires à moyen terme, voire de comparer un groupe témoin avec un groupe « action ». Non seulement personne n'est formé à cela en interne, mais les coûts de telles évaluations dépassent les fonds alloués – quelques milliers d'euros – pour la mise en place de l'intervention tout entière.

Ces nouvelles réflexions et enjeux conduisent, fin 2023, à la création d'un comité d'experts, une initiative inscrite dans le cadre de mes missions et qui sera détaillée dans le chapitre 8. L'objectif, à terme, est de produire des études internes permettant de documenter les spécificités de la mise en place concrète des recommandations issues des revues scientifiques, prises comme exemple par les financeurs.

On touche ici une ambivalence du processus de « sanitarisation du social ». Celui-ci impliquerait, pour résoudre le problème de la gestion des personnes âgées dans la société, de vérifier que les objectifs sanitaires sont atteints. Cependant, le modèle associatif n'est que peu adapté à ce mode de pensée. Il est plutôt fondé sur la promesse d'un engagement sincère, pour agir du mieux possible sur une cause donnée. Dans l'objectif annoncé (par le PNNS et par l'association), c'est la « sensibilisation » des participants à l'idée du changement, plutôt que le changement lui-même, qui est visé.

Le système de réponses à appel à projets annuels, qui doit entrer dans certains axes thématiques de prévention, fait finalement pression sur l'association en la poussant à normaliser son discours et ses pratiques. Elle se met en conformité, autant que possible, pour répondre aux exigences publiques. Le problème ne se situe pas au niveau administratif, car le Groupe SOS est bien outillé concernant les bilans financiers à apporter, mais plutôt au niveau des actions proposées, qui doivent être reconnues comme étant efficaces par les pouvoirs publics. Nous y décelons un phénomène d'isomorphisme, d'ordre normatif (DiMaggio & Powell, 1983), où l'association est poussée à se conformer aux standards de preuve valorisés par les pouvoirs publics – démontrer l'impact mesurable des actions sur la réduction des risques de dénutrition et de perte d'autonomie. Cette exigence entre en tension avec une approche plus militante et qualitative, portant sur le bien-être des personnes âgées. La logique gestionnaire, toujours présente du côté des financeurs, incite l'association à toucher un maximum de bénéficiaires sur un territoire, ce qui vient inévitablement à l'encontre de la construction de projets de long terme, dans lesquels il serait possible d'apporter des réponses adaptées et personnalisées aux personnes. Soumise aux spécificités de ces financements, l'association devient un pur opérateur fonctionnel des politiques publiques.

3.3. L'association, entre extension du gouvernement des corps et espaces de liberté

Dans un contexte de décentralisation et de recours accru aux associations comme opérateurs de l'action publique, l'association étudiée doit composer avec des injonctions multiples et parfois contradictoires que nous allons illustrer à travers deux exemples.

Depuis 2021, elle met en place une mesure d'impact centralisée, gage de légitimité auprès de ses financeurs. Toutefois, elle doit dans le même temps continuellement s'ajuster aux indicateurs hétérogènes imposés par les différents financeurs, dont les outils et critères évoluent souvent de manière expérimentale et territorialisée.

En 2024 par exemple, la CFPPA d'Île-de-France expérimente un outil en ligne, qui impose aux participants de télécharger une application mobile pour répondre à des questionnaires. Ce dispositif génère une base de données parallèle à celle de l'association, qu'il faut ensuite réintégrer manuellement au système central. Une autre tension technique se situe également à l'échelle locale, lorsqu'un financeur demande une mesure d'impact spécifique. Ceci demande d'arbitrer sur l'intégration ou non d'indicateurs supplémentaires dans le logiciel de l'association, afin de réaliser les traitements statistiques nécessaires, mais aussi de mettre ces questions supplémentaires à disposition de l'ensemble des équipes de l'association.

Cette situation révèle une tension entre exigences techniques et pressions politiques, illustrant ce que Jean-Paul Négrin (1977, p. 558) décrivait comme une action publique à moindre coût, déléguée aux structures associatives. Ce sont ainsi les associations qui se chargent du travail de collecte, d'harmonisation et de traitement des données, souvent sans reconnaissance financière spécifique, puisque la majorité des subventions reste conditionnée au temps passé « en action ». Par exemple, dans le cadre de mes missions pendant la durée du contrat de thèse en Cifre, j'ai réalisé un comparatif de logiciels de gestion de questionnaires et de bases de données en ligne, afin d'identifier l'outil le plus adapté à l'échelle nationale et locale. Adopté en 2023, ce logiciel a nécessité un temps conséquent de développement de questions et de questionnaires en ligne, puis de formation en interne, non financé spécifiquement par un appel à projets. Un arbitrage a également été fait entre supports papier et numérique : le choix s'est porté sur le papier, car les lieux d'intervention manquent souvent d'accès Internet, et les participants n'ont pas toujours les outils ou l'envie d'utiliser un smartphone pour scanner un QR code. Les tablettes n'ont pas non plus été retenues, en raison de leur coût, de la logistique qu'elles impliquent et de la charge matérielle déjà élevée pour les intervenants.

Ces exemples illustrent la complexité d'organisation de la démarche d'évaluation des actions entreprises par l'association : elle doit à la fois démontrer aux financeurs une certaine cohérence au niveau national, avec des mesures reproduites régulièrement et présentées dans son rapport annuel, tout en opérant des ajustements constants pour répondre aux demandes spécifiques de ces derniers, ce, avec un budget très limité.

Ce mouvement s'inscrit plus généralement dans le prolongement d'une « gouvernementalité biopolitique » (Foucault, 1975/2011 ; Romeyer, 2015 ; Cardon, 2015b) où la prévention est un outil de contrôle des comportements individuels – y compris ceux des professionnels associatifs. Ces derniers, sans expertise initiale, doivent rapidement intégrer les normes et discours de santé publique, subissant à la fois une normalisation de leurs actions et de leur rapport au travail (Fassin & Memmi, 2015).

Cette dynamique contribue à générer fatigue et turn-over, alors même que la direction de l'association se questionne sur ses orientations stratégiques : faut-il élargir les activités pour trouver de nouveaux financements, ou bien réduire son effectif ? En 2024, c'est cette seconde option qui est retenue : à la suite de réunions engageant les responsables de l'association (responsable des opérations, du développement, de la communication, de la recherche), la décision prise est de diminuer les coûts centraux et locaux. Au niveau central, cela se traduit par le non-renouvellement de plusieurs postes et du partage de l'activité d'une des responsables, sur deux associations. Au niveau régional, il s'agit d'éviter, lorsque c'est possible, que les chefs de projets ne se rendent sur les lieux de l'action, ce, afin d'éviter du temps passé et des frais de transport.

Tandis que le nombre de réponses aux appels à projets augmente, du fait de la baisse des financements et de l'élargissement de la population cible, l'association rétrécit, repassant sous la barre des 40 salariés.

Dans ce contexte contraint subsistent des raisons pour lesquelles ce système continue de mener ces actions. Certains financements publics, à la suite de la création de la cinquième branche de la Sécurité Sociale sur l'autonomie (ordonnance 1er décembre 2021) et à l'allocation d'un budget conséquent, commencent à être engagés sur plusieurs années consécutives. Par ailleurs, dans le cadre de plus en plus normatif des allocations de financement, le personnel arrive encore à aboutir à des propositions basées sur la coopération interassociative et sur un travail avec des experts, afin de répondre au mieux à des besoins locaux (relatifs à l'aidance et à la précarité alimentaire, notamment). Enfin, l'extension régulière des financements privés, encadrés par des précautions éthiques, ouvre un certain espace d'autonomie. Ces marges de liberté émergent surtout par le bas, c'est-à-dire par des partenariats locaux de long terme initiés dans certains territoires, plutôt qu'à l'échelle nationale. Cette dynamique fait écho à la pensée de John Dewey (1977/1983), selon laquelle l'initiative locale constitue le moteur du changement.

Finalement, le format « atelier de cuisine », sur lequel nous allons nous concentrer par la suite, est façonné par ces contraintes et espaces de liberté de l'association. Parmi les contraintes principales figure le fait de délivrer une action « clé en main », conforme aux attentes des financeurs. Cela implique l'intervention d'une diététicienne et d'un chef de cuisine, des supports écrits et du matériel, le tout organisé sur un temps d'environ trois heures. Les indicateurs minimaux d'implémentation et d'évaluation relevés et convenus entre les financeurs et l'association restent relativement stables entre 2021 et 2024 et portent sur le genre, l'âge, le fait de bénéficier ou non de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), ensuite, sur la satisfaction, la déclaration d'apprentissages et d'intentions de changer ses pratiques. Les espaces de liberté concernent les thèmes des ateliers, proposés par les chefs de projets de l'association, négociés avec les partenaires locaux, puis avec les intervenants et portent ensuite plus spécifiquement sur les recettes à produire.

Conclusion du chapitre 6

L'histoire de cette association illustre les tensions contemporaines entre une logique militante et des exigences de rationalisation des politiques publiques. Celle-ci a su incarner une approche innovante et conviviale qui « parlait » aux différentes parties prenantes. Ainsi, les différents acteurs se sont entendus premièrement autour de l'idée d'une « gastronomisation » du repas en EHPAD, qui pourrait bénéficier tant à la reconnaissance des chefs qu'aux résidents. Puis, ils se sont entendus sur l'idée du « vivre-ensemble » comme un thème majeur à aborder, pour des personnes âgées perçues comme « esseulées ». Ce thème a résonné avec l'idée du repas convivial, en opposition au « mangeur solitaire » (Masson, 2004), qui plus est potentiellement dénutri (Bouima et al., 2019). Tout comme le repas des Français a pu être décrit comme étant « gastronomique », les repas des personnes âgées en EHPAD, puis au domicile, ont représenté le terreau d'un imaginaire où l'alimentation pouvait constituer l'expérience d'un plaisir retrouvé.

Dans le même temps, l'association s'est vue contrainte de se conformer à des normes d'action et d'évaluation de plus en plus strictes.

En tant qu'« opérateur fonctionnel » des politiques publiques, elle doit continuellement démontrer son efficacité à travers certaines preuves d'impact. Cette évolution témoigne d'un double mouvement de « sanitarisation du social », où l'action associative est intégrée dans un processus de gouvernement des corps, avec une traduction sanitaire de la problématique du vieillissement, et qui aujourd'hui se prolonge dans un gouvernement des manières de fonctionner de l'association, visant de plus en plus à mimer les interventions en santé publique. Ceci redéfinit ses pratiques, ses priorités et jusqu'à son éthos.

Les résultats montrent que si l'association a pu influencer dans une certaine mesure certains donneurs d'ordres des politiques publiques, grâce à une vision innovante et partagée de l'alimentation comme vecteur de santé et de lien social (avec par exemple l'inscription des concours de cuisine de « Silver Fourchette » dans les recommandations d'actions à destination des personnes âgées) elle tente surtout de continuer à répondre aux exigences de ses financeurs, notamment en matière de caractérisation d'actions comme ayant des effets « probants », de par la mise en place de certains formats et la collecte de certains indicateurs d'impact.

Ces financeurs, attentifs aux revues d'études en santé publique, regardent particulièrement comment intégrer les personnes âgées dans la construction de modèles d'actions, puis comment mesurer des évolutions d'habitudes alimentaires post-actions.

Dans cette entreprise, trois aspects sont laissés de côté : premièrement, le volet du « lien social ». S'il est un objectif valorisé en rempart contre l'« isolement » dans les réponses aux appels à projets, il est absent des recommandations de formats d'actions et d'indicateurs de mesure d'impact portés par les financeurs. Ainsi, une notion qui était centrale tant dans les plans nationaux, tels que le PNBV, que dans les recommandations de la HAL – même si nous l'avons vu, elle ne faisait pas l'objet d'une définition stabilisée – s'efface avec l'adoption d'une approche de santé publique pure.

Deuxièmement, les questions de recrutement, notamment pour savoir si ce sont les personnes les plus à risque pour leur santé qui participent, sont soulevées principalement en termes géographiques, sans prise en compte d'autres facteurs, tels que l'adéquation d'actions aux intérêts et aux envies de personnes vieillissantes potentiellement plus exposées à des risques de dénutrition et de perte d'autonomie. Ainsi, ni les inégalités sociales de santé ni les approches de l'alimentation et de la santé qui en découlent ne sont évoquées, faisant naître le sentiment que toute personne d'un certain âge a besoin de participer à un dispositif de prévention afin d'améliorer son état.

Ainsi, troisièmement, si un intérêt est porté sur la « co-construction » d'actions, la pensée principale explicitée par les acteurs, tant les financeurs que le personnel associatif, est que les personnes âgées ont par défaut besoin d'améliorer leurs habitudes alimentaires, pour des raisons touchant aux conduites de vie qui s'étendent au-delà de leur condition de santé. Cela révèle une forme de mission que se donnent les membres de l'association de porter une certaine « bonne parole » sur ce que « bien manger » veut dire aujourd'hui et les rapproche ainsi de la description des « entrepreneurs de morale » de Becker (1963/2013, p. 171-176).

Les tensions organisationnelles mises au jour se répercutent dans les ateliers eux-mêmes. Pour comprendre comment, nous allons analyser les représentations que les intervenants ont du public, et ce qu'ils cherchent à transmettre.

Chapitre 7

Les ateliers de cuisine : enjeux d'une brève rencontre

Ce chapitre s'attache à analyser ce qu'il se joue pendant cet événement éphémère que constitue l'atelier de cuisine, pour les intervenants d'une part, et les personnes vieillissantes d'autre part.

La première partie s'intéresse aux représentations différenciées des chefs de projets concernant le rôle porté par les animateurs, puis celles des diététiciennes et des chefs de cuisine. Ces représentations, façonnées par leur trajectoire professionnelle et personnelle, influencent leur posture à l'égard des participants, en vue d'accompagner l'évolution de leurs habitudes alimentaires et de cuisine, pendant un moment anticipé et décrit comme « convivial ».

Puis, la deuxième partie aborde les objectifs formulés par les participants eux-mêmes, objectifs qui sont inscrits dans des rôles sociaux et font aussi référence à certains événements de vie.

La troisième partie se concentre sur les dimensions matérielles et symboliques des ateliers, qui articulent les registres du spectacle, de la gastronomie, du culinaire et de la diététique.

Enfin, la quatrième partie explore les mécanismes de « tris » à l'œuvre lors de l'inclusion des participants : entre un impératif quantitatif à atteindre et la définition implicite de ce qui constitue un « bon » participant d'atelier de cuisine.

1. Les traductions, par les animateurs et les participants, de ce que permet l'atelier

L'atelier de cuisine confronte des objectifs traduits par les animateurs présents sur les lieux – chef de projets, diététicienne, chef de cuisine – selon leur parcours professionnel, personnel et certaines représentations des attentes des participants.

1.1. Les problématiques des chefs de projets : respecter les normes de santé publique et déléguer l'animation

Huit entretiens semi-directifs ont été réalisés avec les chefs de projets de l'association. Si ces derniers n'ont pas toujours de formation spécifique en prévention de la santé par l'alimentation, ils ont pour point commun une forte appétence pour la cuisine, l'alimentation durable[58] et sont reconnus par leur réseau de travail pour leurs grandes capacités organisationnelles, tant dans le fait de nouer des partenariats que dans la mise en place effective d'ateliers. Certains, en raison des études en diététique, en nutrition ou en agronomie qu'ils ont suivies, ont reçu une formation en diététique qui les rend légitimes pour relire et valider des contenus partagés en atelier.

Ce sont les chefs de projets qui sont responsables du recrutement des intervenants, chefs de cuisine et diététiciennes, pour leurs ateliers. Un fichier de contacts existe et le bouche-à-oreille entre collègues permet de savoir qui a été apprécié, ou au contraire peu apprécié, lors de sa prestation. La sélection des intervenants est ainsi le fruit d'une recherche empirique, construite et renouvelée au fil du temps.

Ce que les chefs de projets recherchent de la part des intervenants, c'est tout d'abord une grande autonomie d'action. L'idéal étant que l'atelier puisse se dérouler avec peu, voire pas d'intervention de leur part.

> « Les diet, je les ai choisies en testant plein de diet sur plein d'actions et en finissant pas choisir les diet où ça se passe bien, les plus opérationnelles. Je les appelle je leur dis "voilà l'action, venez, faites ce que vous savez faire" » (chef de projet de l'association, travaillant à Paris).

[58] Ici, l'alimentation durable désigne des principes diffusés notamment par l'Ademe, mis en pratique par les chefs de projet dans leur propre alimentation et dans les ateliers : une alimentation dite locale, de saison, issue de l'agriculture biologique, avec une faible proportion de sources de protéines animales et une grande proportion de protéines végétales.

Cette autonomie porte tout d'abord sur les ressources matérielles :

> « J'ai plusieurs cheffes qui peuvent intervenir et je sais qu'elles sont motorisées, peuvent venir avec leur matériel, avec les denrées, etc. donc sur ce genre d'évènement, si elles ne sont pas dispos j'ai pas forcément de solution. C'est trop compliqué de venir avec tout le matériel. En général, les aliments c'est toujours les chefs qui apportent » (chef de projets de l'association, travaillant à Paris).

L'autonomie va aussi concerner l'élaboration des recettes, cette fois-ci, en concertation avec la diététicienne :

> « Elles m'ont fait des propositions dans les recettes que j'ai choisies, recettes qu'on a adaptées en fonction du contexte et de la mairie, donc pas beaucoup de plaques de cuisson… Essayer d'avoir le moins de cuisson possible » (chef de projets de l'association, travaillant à Paris).

Par ailleurs, les chefs de projets attendent que les deux types d'intervenants soient à l'aise et cohérents dans leurs discours :

> « Les cheffes, j'attends qu'elles soient pédagogues, à l'écoute, qu'elles montrent vraiment quelles sont leurs petites astuces de cheffes, en fait il faut que les participants repartent avec ces "mini tips" qui font la différence. Comme comment prendre le zeste d'agrume dans le citron, comment couper un oignon, une échalote, des techniques culinaires ultra basiques mais que les gens ne connaissent pas, et ils repartent avec ces choses hyper concrètes à appliquer à la maison » (chef de projets de l'association, travaillant à Paris).

La capacité à animer un groupe est un autre attendu, jugé à l'aune de la capacité à attirer l'attention des participants, mais aussi à l'aune d'une certaine posture active :

> « Un intervenant qui fait mouche, c'est un très bon orateur, il va capter l'attention » (cheffe de projets de l'association, travaillant dans le Rhône).

Ou encore :

> « Et je veux qu'elles aient de l'entrain. Ce qui n'est pas le cas du tout de toutes les diet, il y a beaucoup de diet qui ne savent pas animer de groupe, en plus d'être diet, il faut qu'elles sachent faire de l'animation, savoir motiver les troupes […]. Il faut aussi qu'elles fassent participer tout le monde, qu'elles dirigent bien chaque poste, qu'il n'y ait personne qui soit en train d'attendre » (chef de projets de l'association, travaillant à Paris).

Les intervenants doivent en outre rester cohérents dans leurs discours avec le discours du PNNS, pour ce qui concerne la diététique, et de l'ADEME, pour ce qui porte sur l'alimentation durable.

> « Une diet j'attends d'elle qu'elle ne soit pas trop engagée et parti pris, je veux qu'elle soit la plus objective possible, sur l'alimentation, tu vois, qu'elle n'ait pas un discours anti viande, anti quelque chose, anti produits laitiers, non, je veux juste qu'elle réponde à ce qu'on connait aujourd'hui, ce que la science dit de l'alimentation et quels sont les principaux enjeux. Je ne veux pas qu'elles aillent plus loin que ça. Enfin si un peu mais je ne veux pas qu'elles prennent trop de libertés » (chef de projets de l'association, travaillant à Paris).

On voit à quel point ce calibrage de départ, effectué dans le choix des intervenants, est important aux yeux des chefs de projets, quant à ce qu'il adviendra par la suite en atelier.

Par ailleurs, ces derniers ont en tête des objectifs proches de ceux définis dans les appels à projets. Bien souvent, ce sont eux qui les ont rédigés, permettant une certaine cohérence entre ce qui est annoncé à l'écrit et ce qui est ensuite réalisé. Ces objectifs mettent encore une fois ensemble « lutte contre l'isolement », « lien social » et « plaisir » de manger.

> « L'objectif c'est d'abord un moment d'échange et de partage. On lutte contre l'isolement, avec la rencontre de personnes qui ne se sont jamais parlé. Et c'est un objectif de prévention : découvrir de nouvelles recettes, des aliments, via les recettes, qu'ils se disent que c'est bon pour la santé, "je vais essayer" » (cheffe de projets de l'association, travaillant dans le Val-de-Marne).

Une autre cheffe de projet détaille des objectifs similaires :

> « Les objectifs principaux c'est que les personnes repartent dans l'idéal en ayant appris certaines choses en termes de cuisine et passer un bon moment parce que le but aussi pour certaines c'est de sortir de l'isolement. Parce qu'il y en a certaines qui ne voient pas leurs familles, qui ne font pas grand-chose, donc c'est aussi leur faire passer un bon moment et voilà, qu'elles sortent de là avec le sourire et qu'elles aient envie de revenir. Et bien sûr, ben, quand on fait passer nos messages de prévention, en termes d'alimentation, c'est qu'elles aient retenu certaines choses et qu'elles se disent "on m'a dit ça, je vais essayer de l'appliquer chez moi" » (cheffe de projets de l'association, travaillant à Paris).

Si la définition d'objectifs et la manière d'en parler sont cadrées par des documents partagés au sein de l'association (« J'ai récupéré des docs de cadrage que j'ai trouvé complets en fouillant sur le serveur », dit une cheffe de projets), le thème de l'atelier et certaines spécificités de ce qui va être dit relèvent de l'expérience personnelle et professionnelle antérieure des chefs de projets :

> « Mes idées pour les thèmes pour les intervenants, ma source d'inspiration, c'est deux trucs : mon expérience de création autour de l'art et de l'alimentation et d'autres idées que je développe avec mon réseau sous forme d'association » (cheffe de projets de l'association, travaillant dans le Rhône).

S'il est primordial de recruter des animateurs performants selon les critères des chefs de projets, ce sont ces derniers qui définissent un thème et une manière d'orchestrer les trois heures d'atelier, en matière d'organisation dans l'espace, de gestion des tâches et des prises de parole.

Les personnes vieillissantes qui participent sont quant à elles perçues comme en recherche de solutions pour contrer le ressenti de leur vieillissement. Les ateliers cuisine, décrits en des termes diététiques, donnent donc pour objectif d'acquérir une alimentation pour « bien vieillir », un discours cohérent avec les motivations supposées des participants :

> « Les publics que j'ai sur mes ateliers, tu vois, quand tu as un public qui vieillit et qui se rend compte que son corps vieillit, heu, enfin, il cherche à trouver des solutions quand même, par rapport à ça et il se rend compte que l'alimentation en fait partie. Enfin j'ai le sentiment. Quand tu sens que tu perds de l'énergie, que tu perds du muscle, que tu perds des capacités… » (chef de projets de l'association, travaillant à Paris).

Par ailleurs, les actions réalisées dans les « Quartiers prioritaires de la politique de la ville » (QPV), donnent une indication quant au niveau de vie des participants. Plusieurs chefs de projets vont mentionner des différences dans l'attitude des participants selon ce critère :

> « J'ai remarqué que dans les QPV, où il y a plus de gens issus de l'immigration, il y a de la bonne volonté, les gens sont de très bonne humeur, ils sont gentils et ils sont contents de notre travail. Alors que quand on va dans des endroits avec des publics favorisés, la critique est plus facile. Ils sont plus exigeants. Le positionnement n'est pas le même » (cheffe de projets de l'association, travaillant dans le Val-de-Marne).

Les publics sont donc perçus avec des attentes différenciées : en attente d'une animation, quelle qu'elle soit, pour les publics moins favorisés, ou en attente d'activités répondant à certaines exigences pour les publics plus favorisés.

Enfin, une cheffe de projets relève qu'au fil des ateliers, elle se rend compte des multiples raisons conduisant les personnes à venir participer :

> « Il y a parfois des effets de groupe ; certains viennent car untel l'a inscrit, sans attentes spécifiques, certains viennent à plusieurs ateliers à la suite et c'est plus une sortie, et pour d'autres, c'est pour se questionner : "qu'est-ce que je peux apprendre de nouveau ?" » (cheffe de projets de l'association, travaillant dans le Val-de-Marne).

Ces différentes prises de conscience révèlent que les animateurs construisent une connaissance des participants sur le vif, au fil des animations dont ils ont la responsabilité. Cette connaissance empirique se développe sur les aspects relatifs à la perception du vieillissement, aux sociabilités et aux conditions de vie. Cela met en lumière, en creux, que la conception des ateliers est faite en s'appuyant peu sur une connaissance préétablie des participants sur ces dimensions.

L'activité des chefs de projets repose ainsi sur une démarche d'expérimentation, de tests puis d'ajustements, tant au niveau du choix des intervenants que dans la manière de concevoir et d'adapter les ateliers en fonction des publics – caractérisés en premier lieu selon leur quartier d'habitation.
Faute de données fines disponibles en amont, les organisateurs doivent anticiper les attentes des participants en se fondant sur des projections souvent approximatives. En effet, si certaines données macrosociales sur les niveaux de vie ou le recours à des aides sont accessibles, ces organisateurs ne disposent pas d'informations plus qualitatives sur les habitudes alimentaires des participants, leurs

conditions de vie ou encore la structure de leur foyer. Dans ce contexte, un enjeu majeur, pris en charge par les animateurs, réside dans leur capacité à ajuster en temps réel les contenus et les dynamiques d'atelier aux attentes et besoins exprimés directement par les participants.

Du côté des animateurs recrutés pour l'occasion, diététiciennes et chefs de cuisine, deux stratégies dominent pour parvenir à l'objectif de la reproduction, dans la sphère domestique, des pratiques culinaires réalisées en atelier : changer certaines représentations sociales d'une part, et démontrer par l'action d'autre part. Ces méthodes correspondent aux pratiques de santé publique en place depuis la fin des années 1970 en France (Bouchayer, 1984), mais aussi à des recommandations plus récentes, portant spécifiquement sur la prévention par la nutrition des personnes âgées, qui prescrivent d'adosser des informations diététiques à une certaine mise en pratique (CNSA, 2024).

1.2. Les stratégies des diététiciennes : changer les représentations pour changer les pratiques

Lors des entretiens, les diététiciennes expliquent chercher à modifier certaines représentations sociales des participants, concernant l'équilibre alimentaire. L'une d'elles, qui intervient dans le Rhône, dit :

> « Mon métier, c'est le cassage d'idées reçues. Casser ces idées sur la diététicienne qui fait maigrir les gens. […] Par exemple, contre la dénutrition, la crème, plus c'est riche, plus c'est intéressant ».

Dans ce sens, les schèmes de pensée précèdent et déterminent les actes. Pour ces intervenantes, si l'information donnée est correcte et admise comme telle, les actes seront conformes. Elles viennent aussi s'appuyer sur ce qui est cuisiné pour aborder leurs recommandations :

> « Souvent je commence sur les bases d'une alimentation équilibrée et la présentation des recettes, ensuite je laisse la cheffe parler et moi je suis les sous-titres du film : j'argumente, par des points nutrition, la recette. C'est comme une illustration » (diététicienne dans le Val-de-Marne).

En outre, les diététiciennes insistent sur l'importance de prendre plaisir à manger dans les recommandations qu'elles prodiguent. En filigrane se dessine l'image de personnes vieillissantes, qui,

de par leur condition, auraient progressivement perdu ce plaisir. L'enjeu est alors de conjuguer le « faire attention à », à travers ses choix alimentaires avec « se faire plaisir », un plaisir pensé dans la juste mesure, lorsqu'il s'agit de l'alimentation au cours du vieillissement :

> « À chaque action, j'essaie de transmettre qu'il faut garder le plaisir de manger. Mais dans ce plaisir de manger, il ne faut pas oublier le rôle pour la santé, les missions de notre corps, la capacité à combattre les problèmes de santé, qu'il ne faut aucune suppression de familles d'aliments mais des informations sur comment les consommer, comment les acheter, par rapport à la santé de chacun » (diététicienne dans le Haut-Rhin).

Par ailleurs, tout comme les chefs de projet, les diététiciennes ne disposent que de peu d'informations sur les participants en amont de l'atelier. Elles disent adapter tout d'abord la complexité de leur discours en fonction de ce qu'elles perçoivent du niveau de vocabulaire des participants :

> « Je m'adapte toujours le jour J. Selon l'âge, le niveau d'éducation nutritionnelle. S'ils sont hyper cultivés j'augmente un peu le vocabulaire. S'il n'y a pas d'éducation nutritionnelle, j'essaie de me faire comprendre de manière claire » (diététicienne à Paris).

Quand certaines diététiciennes abordent les principes qu'elles pensent utiles à comprendre pour les personnes vieillissantes afin de « mieux » manger – tels que l'intérêt de manger suffisamment de protéines, puisque le corps les métabolise moins bien – d'autres mettent en avant une stratégie plus compréhensive. En entretien, elles insistent sur l'importance de poser des questions sur les habitudes alimentaires des participants, afin d'adapter leurs conseils en fonction. C'est le cas d'une jeune diététicienne ayant travaillé auparavant dans un hôpital, dans le service de gériatrie :

> « Le but c'est de voir ce qu'eux ont l'habitude de faire et de rebondir là-dessus, c'est le but de la diet en général, de partir de leurs habitudes pour proposer quelque chose qui soit adapté, c'est bien beau de dire "faites ci, faites ça" ! Mais ça ne marche pas » (diététicienne dans les Hauts-de-Seine).

Ce dernier témoignage met en lumière l'influence de l'expérience professionnelle en dehors de l'atelier, sur les manières de faire en atelier. Si cette idée d'adapter les conseils aux pratiques est

régulièrement exprimée par les diététiciennes lorsqu'elles évoquent leur pratique en dehors des ateliers, seules celles ayant exercé dans un contexte où leur décision avait un impact direct sur l'alimentation servie, notamment à l'hôpital ou en EHPAD, mobilisent cette posture comme une véritable stratégie pédagogique.

La pensée portée par la plupart des diététiciennes rencontrées, selon laquelle les changements de représentations feront évoluer les pratiques, est celle des campagnes de santé publique en nutrition en France depuis ses origines, lorsqu'il s'agissait, dans ce dessein, de diffuser des slogans lors de campagnes médiatiques d'ampleur (Bouchayer, 1984 ; Raude, 2013).

En outre, l'idée de plaisir de manger défendue par les diététiciennes rencontrées correspond au plaisir de manger dans la « juste mesure » de Saint Augustin, exploré par Anne Dupuy dans sa thèse, qui renvoie au paradigme implicite des sciences de la nutrition (Dupuy, 2014). Ce paradigme est parfois décrit en mettant en exergue sa complexité, suggérant le fait que la diététique n'est pas accessible à tout un chacun. Elle demande de comprendre certaines notions.

Enfin, selon leur parcours professionnel, les diététiciennes vont plutôt adapter le vocabulaire qu'elles emploient selon le niveau de maîtrise perçu de la diététique par l'auditoire, ou bien vont plutôt adapter leurs recommandations selon les réponses données à des questions posées individuellement.

1.3. Comprendre l'attitude des professionnels en atelier depuis leur parcours

Les chefs de cuisine se distinguent surtout selon leur parcours professionnel : certains sont reconvertis et d'autres non. Les cheffes et chefs reconvertis (il s'agit alors plus souvent de femmes) adoptent plutôt une posture d'égal à égal avec les participants. En atelier, ils n'hésitent pas à dire :

> « C'est vous qui savez, et si vous avez d'autres manières de faire, vous pouvez les montrer » (cheffe de cuisine à Paris).

En prolongeant notre réflexion sur les politiques de santé publique, dans lesquelles les personnes âgées ont besoin de se remettre en activité pour rester « autonomes », l'idée de laisser les participants cuisiner vise à leur permettre de prendre un certain contrôle sur les aliments, et par là, de reprendre un certain pouvoir sur elles.

> « Les ateliers, ce n'est pas impressionnant, c'est seulement montrer qu'on peut le faire, donner la confiance, redonner le pouvoir » (cheffe de cuisine, reconvertie, ex-consultante dans le secteur privé, dans les Côtes-d'Armor).

Dans ce cas, les cheffes de cuisine interviennent le moins possible, disposant les recettes sur les tables et laissant les participants s'organiser. Elles restent aux abords des tables où les participants cuisinent pour répondre à leurs éventuelles questions (figures 78 et 79).

Figure 78 : Un atelier dans les Côtes-d'Armor, où la cheffe, ex-consultante dans le secteur privé, s'est reconvertie en cheffe cuisinière indépendante. Crédits photo : Julie Mayer

Figure 79 : Un atelier dans le Val-de-Marne, où la cheffe, reconvertie après avoir travaillé dans le secteur de l'insertion sociale, laisse les participants s'organiser entre eux. Crédits photo : Julie Mayer

Les chefs de cuisine ayant une carrière dans la restauration commerciale, y exerçant encore pour la plupart, adoptent plus volontiers une attitude de « sachant » vis-à-vis des participants, qu'ils perçoivent comme un auditoire intéressé par les conseils experts qu'ils vont prodiguer.

Par exemple, dans un atelier à Tarare dans le Rhône, le chef de cuisine réalise presque la totalité des opérations de transformation des aliments (figure 80). Ce qu'il demandera finalement aux participants, c'est de couper les tomates et d'aider à dresser les plats dans des boîtes, en vue de leur dégustation au domicile.

Figure 80 : Un atelier dans le Rhône, où le chef de cuisine donne des conseils sur le choix des espèces de poissons tout en préparant des poissons. Crédits photo : Julie Mayer

Cette attitude ne dépend pas spécialement du genre des chefs de cuisine, mais bien du parcours professionnel en cuisine. Sur le ton qu'emploie une cheffe de cuisine en atelier, une participante ayant elle-même travaillé en restauration collective dira :

> « Par contre, il y a quelque chose qui m'a dérangée un petit peu : elle est restée cheffe.
> Un chef commande. Il y a la rigueur, voilà c'est ça. Elle fait un atelier, mais elle reste cheffe. Moi j'avais l'impression de revoir mes chefs quoi » (E26, Catherine, 69 ans, ayant travaillé en restauration collective, faible niveau de diplôme, divorcée et vivant seule dans les Hauts-de-Seine).

Enfin, si les diététiciennes sont attachées aux contenus nutritionnels de l'alimentation, les chefs de cuisine abordent plus volontiers l'importance pour eux d'une certaine qualité des produits, y compris environnementale :

> « Le plus important pour moi c'est de sensibiliser à la qualité des produits. Et oui, je pense qu'il y a toujours une façon de bien s'alimenter en évitant que ce soit onéreux. Par exemple, choisir son marché, manger moins, mais plus local, cultivé à proximité, ne pas prendre tel produit qui n'est pas de saison […] » (cheffe de cuisine en Île-de-France).

Et paradoxalement, c'est avant tout le goût des aliments bruts qui est abordé par les chefs de cuisine comme un élément déterminant de la réalisation d'un « bon » plat, plus que les techniques qui permettront d'aboutir à un plat fini :

> « La base, c'est cuisiner des vrais produits, le plus de qualité possible. Ensuite, la manière de faire, elle est adaptée à chacun » (cheffe de cuisine, reconvertie, ex-consultante dans le secteur privé, dans les Côtes-d'Armor).

Les responsables de projets s'efforcent de choisir des animateurs qui respectent les normes actuelles en matière de santé publique concernant la nutrition. Cependant, lors des entretiens, nous constatons que leurs attentes en matière de normalisation sont nombreuses et complexes, allant au-delà de la quantité de nourriture consommée par repas à la répartition des groupes alimentaires, car s'ajoutent le plaisir de manger, le bio, le local et la saisonnalité. Ces différentes modalités de ce que « bien manger » veut dire sont relayées dans les recettes utilisées en atelier, puis laissées aux participants.

1.4. La recette comme témoignage de l'articulation entre technique culinaire, diététique et alimentation durable

Pour les diététiciennes comme pour les chefs de cuisine, la recette écrite distribuée en atelier constitue une synthèse tangible et durable de normes à transmettre, fruit de négociations préalables entre goûts, techniques de cuisine et nutrition.

La recette est tangible, car des normes sanitaires et environnementales y sont inscrites avec des principes de mise en application pratique :

- Des recommandations sur le fait de manger des protéines végétales plutôt qu'animales ;
- Un certain temps passé à préparer ;
- Un encouragement à la commensalité, la recette étant prévue pour plusieurs convives ;
- Des ingrédients de saison (figure 81).

Figure 81 : exemple de recette. Crédits : Les Insatiables

Elle est durable, car celle-ci est rapportée au domicile, dans une visée d'utilisation dans le quotidien, donc reproduite sur un temps long. C'est ainsi qu'elle est envisagée en tout cas par les différents animateurs. Une cheffe de cuisine à Paris dira d'ailleurs : « Ce que je veux transmettre ; tout est dans la recette. »

Les recettes qui sont cuisinées en atelier sont le fruit d'une ou plusieurs discussions entre le chef de projets et ses intervenants, et donnent lieu à des négociations.

Par exemple, pour un atelier dans les Côtes-d'Armor, la cheffe de projet prépare l'atelier plusieurs semaines auparavant. Lors d'un échange téléphonique avec la cheffe et la diététicienne, elle donne des indications sur le thème de l'atelier : « bien manger pour bien vieillir. Manger équilibré, passer un moment convivial. Se faire plaisir. Et anti-gaspi ».

La cheffe de cuisine interprète la demande : il faut un plat qui puisse être réalisable par le plus grand nombre, et où l'on puisse substituer des ingrédients selon ce que les personnes ont à disposition chez elles. Elle propose un minestrone[59] et une brioche perdue.

La diététicienne pense d'abord à l'équilibre et à l'intérêt nutritionnel du repas :

> « Le minestrone, on l'a enrichi avec du lard. […] La brioche perdue, ça n'a pas de valeur ajoutée, je ne voyais pas ce que je pouvais apporter. Alors j'ai proposé d'ajouter le cookie, le fromage blanc et d'utiliser des farines riches en protéines » (diététicienne dans les Côtes-d'Armor).

La recette de cookies est donc ajoutée afin de lui permettre d'aborder ces sujets pendant l'atelier. Par ailleurs, elle évoque les représentations qu'elle projette sur les participants :

> « Je voulais qu'un potage (le minestrone, ndlr.), ça ne les conforte pas dans leurs idées, je voulais dire qu'un potage complet c'est important » (diététicienne dans les Côtes-d'Armor).

Finalement, après les compromis effectués, les recettes conviennent :

- À l'idée de l'« anti-gaspi » ; renvoyant à l'alimentation durable, plébiscitée par les chefs de projets de l'association et formalisée par un partenariat avec l'ADEME ;
- À l'idée de recettes réalisables au domicile, par les personnes âgées, de par les ingrédients proposés et les techniques nécessaires à la réalisation ;
- À l'idée de l'équilibre diététique, car la recette de minestrone contient du lard, et qu'un autre dessert, plus intéressant que la brioche perdue du point de vue diététique, a été ajouté.

[59] Une soupe épaisse d'origine italienne, préparée avec des légumes, souvent additionnée de pâtes ou de riz.

Les recettes qui seront préparées en atelier mettent au jour la manière dont les intervenants négocient pour traduire ces objectifs en repas, demandant d'articuler nécessairement des objectifs culinaires, diététiques et d'alimentation durable. Ces objectifs sont à la fois sous-jacents à ce type d'action, mais aussi incarnés par les personnes qui les animent.

Toutefois, l'une des dimensions est plus valorisée que les autres. Il s'agit de la dimension diététique, incarnée par la diététicienne.

1.5. La nutrition comme expertise clé

Si les chefs de cuisine sont le plus souvent présents aux côtés des diététiciennes, il arrive qu'il faille arbitrer entre les deux intervenants, en raison d'impératifs budgétaires. Et dans ce cas, le choix se fait au détriment du chef. Par exemple, lors d'un atelier dans le Haut-Rhin, c'est la diététicienne qui choisit les recettes et coordonne les tâches réalisées par les participants, tout en délivrant des conseils en nutrition.

En effet, comme la nutrition est présentée comme priorité dans les réponses aux appels à projets, les dimensions gastronomiques, culinaires, mais aussi conviviales, sont relayées au second plan. Elles ne sont pas absentes, mais appartiennent plutôt au registre de l'allant de soi, tandis que les connaissances nutritionnelles sont pensées comme demandant la présence d'une personne experte sur le sujet.

Par ailleurs, les dimensions gastronomiques, culinaires et conviviales étant intrinsèquement attachées à la cuisine traditionnelle en France, notamment à l'endroit des femmes et des personnes âgées, le personnel de l'association s'attend à voir participer des personnes ayant des compétences en cuisine. De même, il est attendu de la diététicienne qu'elle puisse a minima cuisiner des plats contenant les ingrédients et les quantités qu'elle promeut dans un objectif d'équilibre alimentaire et que ce soit « bon », c'est-à-dire apprécié et valorisé par les participants. Par exemple, dans un atelier organisé dans le Haut-Rhin, sans chef de cuisine et avec une diététicienne, la lettre d'information visant à recruter les participants promet des « recettes simples, gourmandes et petit budget ! » (figure 82).

Figure 82 : Lettre d'information sur le « cycle d'ateliers alimentation et plaisir » reçue dans la boîte à lettres, à Huningue, dans le Haut-Rhin. Crédits photo : Julie Mayer

S'il n'y a pas de chef de cuisine dans cet atelier, les promesses restent les mêmes que dans les ateliers où cette expertise est incarnée par sa présence.

Enfin, un autre pan d'explication se situe au niveau de l'évaluation : on demande aux chefs de projets de l'association de relever des indicateurs au plus proches du changement alimentaire (apprentissages, changements de pratiques). Dès lors, les participants ne sont pas questionnés sur leur appréciation gustative des recettes, ou de la cuisine réalisée au sein d'un groupe.

Les objectifs annoncés des ateliers sont la prévention de la dénutrition et de la perte d'autonomie des personnes âgées, à travers le changement alimentaire et la création de lien social.

Ces objectifs sont tout d'abord traduits en tâches et en stratégies par les chefs de projets, les diététiciennes et les chefs de cuisine.

Les chefs de projets attendent des diététiciennes qu'elles abordent les recommandations officielles en matière de santé publique, ainsi que les enjeux liés à l'alimentation durable. Ils attendent que les chefs de cuisine donnent des conseils pratiques pour cuisiner. Plus largement, ils attendent de la part des deux types d'intervenants une prise en charge de l'animation des ateliers à travers une ambiance « conviviale ». Pour eux, cette ambiance doit sous-tendre l'efficacité de l'atelier.

Les diététiciennes mobilisent différentes stratégies. Certaines partent de l'idée que faire évoluer les représentations peut entraîner un changement des pratiques. Elles cherchent aussi à valoriser un certain plaisir de manger, qui reflète la définition de l'équilibre alimentaire en nutrition.

Deux approches coexistent : l'une considère la diététique comme un savoir à transmettre, nécessitant que les personnes vieillissantes s'approprient un vocabulaire spécifique ; l'autre privilégie une posture d'écoute, visant à comprendre les habitudes alimentaires individuelles afin de proposer des conseils personnalisés.

Les chefs de cuisine adoptent une posture démonstrative de « sachant », mais certains choisissent de mettre en avant les savoir-faire des participants. Ils véhiculent aussi l'idée que cuisiner peut permettre une forme de reprise de contrôle sur soi. Enfin, ils insistent souvent sur l'importance de la qualité des ingrédients utilisés, en valorisant des produits biologiques, locaux et de saison.

Ces postures différenciées des chefs et des diététiciennes sont expliquées par la carrière professionnelle : les personnes reconverties en chefs après d'autres expériences professionnelles et les diététiciennes ayant eu à décider en pratique de l'alimentation de personnes vieillissantes adoptent une approche plus compréhensive que les autres.

Enfin, les recettes font l'objet de négociations entre les différents intervenants, ce qui met en avant l'articulation nécessaire entre les domaines du culinaire, de la diététique et de l'alimentation durable. Cette articulation transparaît concrètement dans la recette écrite, fruit de ces négociations. Toutefois, la dimension diététique domine les deux autres, ce que nous attribuons à la fois à une certaine « nutritionnalisation » de l'alimentation pensée tant par les animateurs que par les participants, mais aussi au fait que les compétences en cuisine sont pensées comme acquises par défaut, notamment concernant les personnes âgées et les femmes.

Nous allons voir que les raisons de participer décrites par les personnes vieillissantes convergent plus ou moins avec l'idée que se font les intervenants des objectifs de l'atelier.

2. Les raisons de la participation mises au jour par les participants : rôles, transitions, sociabilités

Nous nous tournons à présent vers les participants pour comprendre les ressorts de leur engagement dans ces ateliers. Leurs motivations s'articulent d'abord autour du rôle de cuisinier domestique, mais aussi autour d'un intérêt croissant pour la diététique, en particulier, pour certains, à la suite d'un événement de santé. Pour d'autres, qui n'ont pour le moment que peu investi la cuisine, la volonté d'apprendre peut s'inscrire dans une perspective plus globale de changement du mode de vie. Enfin, le désir d'« être ensemble » constitue une dernière dimension, plus ou moins centrale selon les parcours des participants interrogés.

2.1. Améliorer sa pratique culinaire

Une large majorité des participants interrogés (35/42), surtout des femmes, sont responsables de la préparation des repas pour le foyer. Leur participation est motivée par la volonté d'enrichir leur répertoire de recettes et de perfectionner certaines techniques de cuisine. La recherche de nouvelles idées de recettes est abordée dans le cadre d'un renouveau de ce répertoire, pour les occasions d'invitation :

> « Moi j'aimerais bien trouver de bonnes recettes pour quand j'invite. Je ne me contente pas de faire des plats ordinaires. Je cherche. C'est pas pour ça que je trouve quelque chose d'extraordinaire, mais j'aime bien, je suis contente quand je trouve quelque chose » (E8, Claire, âgée de 68 ans, haut niveau de diplôme, sage-femme à la retraite, divorcée et aujourd'hui en couple, dans le Rhône).

Toutefois, cette recherche de recettes concerne aussi le quotidien, marqué par une certaine lassitude dans la planification des repas :

> « On peut être ensemble et apprendre à faire de choses, de nouvelles recettes. Parce que le menu, "qu'est-ce que je vais manger", c'est un casse-tête chinois ! » (E13, Marie-Annie, âgée de 66 ans, faible niveau de diplôme, fonctionnaire à la retraite, divorcée et vivant seule dans le Val-de-Marne).

Parmi les hommes interrogés, certains sont d'anciens cuisiniers à la retraite (3/12). Leur retour dans un cadre de cuisine collective s'inscrit dans une continuité avec leur activité professionnelle. Comme nous l'avons vu dans le chapitre 4, ils peuvent aussi avoir pris en charge l'alimentation du foyer à la suite d'une séparation ou du décès de leur partenaire, alors que leurs enfants vivaient encore au foyer (3/12).

La participation peut aussi être encouragée par des proches, qui poussent les participants à s'inscrire, car ils considèrent la cuisine comme un levier pour retrouver de l'appétit :

> « Parce qu'au mois d'août, j'ai eu une chute, un petit problème de santé, quand j'étais chez ma fille. Elle a vu que j'avais maigri. Je n'avais plus faim, je ne mangeais plus. Ma fille m'a dit "maman, il faut cuisiner"» (E32, Annie, 80 ans, ancienne enseignante dans le supérieur, divorcée et vivant seule dans les Côtes-d'Armor).

Les personnes qui relatent ne pas savoir cuisiner, ou ne jamais avoir appris, sont, elles aussi, en train d'anticiper des apprentissages culinaires. Dans ce cas, il ne s'agit pas d'ajustements mais de la projection d'un changement plus vaste de leur mode de vie :

> « Moi, je ne sais pas cuisiner. C'est vrai. J'ai fait tellement de choses dans ma vie, je n'avais pas le temps d'apprendre à cuisiner ! Bon pour faire des salades et tout ça me convient. […] Je me prépare pour savoir faire quelque chose, quelque chose de peut-être un peu plus élaboré que des pâtes ou du riz pour quand j'habiterai dans le Sud et que j'aurai une grande cuisine » (E4, Éric, âgé de 64 ans, de haut niveau de diplôme, responsable technique en banque à la retraite, vivant seul à Paris, sa compagne habitant ailleurs).

Nous allons voir que d'autres motivations à participer vont faire référence à des maladies de long court et à des événements de santé.

2.2. Réentendre des conseils diététiques entendus par ailleurs

Certains participants (8/42) font un lien direct entre une hospitalisation, une maladie chronique dont ils souffrent ou dont leur conjoint souffre, et leur venue à l'atelier de cuisine. Dans ce premier cas de figure, il s'agit de réentendre ou d'actualiser des connaissances :

> « Après mon problème de cœur, je suis allé dans un centre de réadaptation. Le matin, c'était que du sport et l'après-midi, c'était tout ce qui était diététique, l'entretien du cœur, mais basé sur la diététique, le stress, le sommeil… L'atelier, c'était l'occasion de voir s'il y avait des évolutions. Et moi je suis toujours curieux de tout » (E37, Philippe, âgé de 67 ans, de niveau de diplôme moyen, cuisinier à la retraite, divorcé et vivant seul ans le Haut-Rhin).

Pour d'autres, recevoir des conseils diététiques permettrait d'adapter la cuisine réalisée au quotidien. C'est le cas de Michèle, venue avec son mari Pierre, récemment diagnostiqué comme souffrant de la maladie d'Alzheimer, en recherche de solutions pour améliorer son état : « Mon fils a dit que l'Alzheimer, c'est en rapport avec la nourriture » (E24, Michèle, 70 ans, de niveau de diplôme moyen, secrétaire à la retraite, vivant en couple dans les Hauts-de-Seine).

Dans ce type de parcours biographique, l'événement de santé agit comme un déclencheur, amenant à reconsidérer en profondeur ses habitudes alimentaires. Les personnes concernées ont souvent reçu des recommandations spécifiques liées à leur pathologie ou à une hospitalisation, et cherchent à maintenir les nouvelles pratiques initiées à la suite de ces épisodes. Une distinction se dessine alors dans les récits, en lien avec le rôle accordé à la cuisine dans la vie quotidienne : les hommes évoquent fréquemment un lien direct entre un événement de santé et leur décision de participer à un atelier. À l'inverse, pour les femmes, ainsi que pour les hommes impliqués au quotidien dans les tâches culinaires – dont certains vivent avec une maladie chronique de longue durée – la participation renvoie davantage à un intérêt général pour la cuisine, sans nécessairement faire référence à un événement de santé spécifique.

2.3. Passer un bon moment en groupe : une raison plus ou moins centrale

Enfin, une petite partie des personnes interrogées ont souhaité participer avant tout pour être en contact avec d'autres :

> « En fait, je suis venue parce que je voulais voir du monde. Je voulais faire des connaissances. Et aussi parce que je suis gourmande » (E22, Corinne, âgée de 61 ans, ayant été secrétaire et garde d'enfants, de faible niveau de diplôme, vivant seule dans les Hauts-de-Seine).

Cette raison prédomine pour les personnes vivant seules et se sentant parfois seules. Le fait de vivre seul est alors mentionné comme justifiant la participation :

> « Et moi en étant seule, je me dis, "c'est super !", ça fait une activité qu'on aime puisqu'on vient, et puis ça permet des échanges. Alors il y a des gens que je connais et puis des gens que je ne connais pas. À l'atelier floral, elle me dit "mais vous êtes la maman d'Adrien ! Mon gendre travaille chez votre fille !" Ça créé des échanges, du lien, puis c'est super sympa, puis on rentre chez soi comme là, avec le bouquet de fleur, là, avec la cuisine » (E7, Jeanine, âgée de 62 ans, niveau de diplôme moyen, aide dentaire puis aide à domicile à la retraite, veuve, vivant seule dans le Rhône).

Ces personnes fréquentent régulièrement l'association locale qui accueille l'atelier. Elles participent aussi à d'autres animations et services proposés par celles-ci : visites, fête de Noël, ou encore « cantine senior ». Le lien avec l'association qui accueille l'atelier est ancien et justifie le fait de participer, plus que le thème de l'atelier :

> « C'est plus Véronique, quand on était à la sortie, à Gennevilliers, au château, et à Asnières, elle nous a dit "il faut s'inscrire à la journée à la semaine bleue". Du coup, je me suis inscrite. » (E23, Lydie, âgée de 70 ans, de faible niveau de diplôme, employée de maison à la retraite, vivant seule dans les Hauts-de-Seine).

Pour les personnes qui viennent seules et de positions sociales supérieures, se retrouver en groupe n'est pas formulé comme la raison principale, bien qu'elle ne soit pas absente. Les formulations portant sur les apprentissages et perfectionnements prédominent :

> « Je suis à l'écoute de ce qui se fait et de ce qui se dit. J'apprends toujours quelque chose. Voir, écouter, un discours, ça ne peut être que bien, on apprend toujours plein de choses » (E36, Brigitte, 68 ans, de haut niveau de diplôme, secrétaire de direction à la retraite, vivant en couple dans les Côtes-d'Armor).

Au-delà de l'envie de réaliser une activité en groupe, il s'agit enfin de rencontrer de nouvelles personnes ou de prolonger des relations préexistantes. Quand l'attente de rencontrer de nouvelles personnes est présente chez les hommes vivant seuls – parfois elle est celle de rencontrer une nouvelle compagne – celle de venir avec une amie est centrale chez les femmes (vivant seules ou non). Par exemple, Françoise et sa voisine, qui cuisinent parfois ensemble depuis la pandémie du Covid, ont participé ensemble à plusieurs activités, dont l'atelier de cuisine :

> « Moi j'étais déjà inscrite au service des retraités. Quand on y est allées, on s'est inscrites à trois ateliers : rangement, cookies et thé dansant » (E18, Françoise, 66 ans, haut niveau de diplôme, cadre dans l'aviation à la retraite, divorcée et vivant seule dans le Val-de-Marne).

Les attentes en matière de sociabilité dans les ateliers se déclinent en trois formes :

- « Être ensemble » : recherché par des personnes vivant seules, qui fréquentent déjà la structure d'accueil et y trouvent un soutien collectif ;
- « Rencontrer » : concerne surtout des personnes seules (notamment des hommes) qui espèrent nouer de nouvelles relations susceptibles de se prolonger au-delà de l'atelier ;
- « Entretenir des relations » : observé majoritairement chez des femmes, vivant seules ou non, qui participent pour maintenir ou renforcer des liens déjà existants, notamment avec des amies.

Les attentes quant à la participation à l'atelier renvoient à la fois aux rôles assurés dans le quotidien, à certaines expériences vécues en lien avec la santé, et aux sociabilités anticipées. Elles portent tout d'abord en majorité sur la cuisine (trouver de nouvelles recettes ou se perfectionner), et s'expliquent par le fait que la majorité des participants pratiquent cette activité au quotidien et souhaitent la poursuivre. Il s'agirait donc moins pour les personnes vieillissantes d'investir davantage la cuisine, que de poursuivre cette activité du « mieux » possible. Ce « mieux » concerne les recettes choisies, les techniques de cuisine, la combinaison d'aliments et le choix des aliments.

Par ailleurs, les attentes liées à la diététique sont souvent déclenchées par des événements de santé, survenus au cours de la vie qui suscitent le besoin de réentendre ou d'actualiser des conseils nutritionnels déjà reçus et d'engager une réflexion renouvelée sur ces questions.

Ces événements peuvent être décrits comme des « situations problématiques », car ils ont fait naître une nouvelle réflexivité quant aux habitudes alimentaires. Cefaï interprète les « situations problématiques » définies par Dewey. Pour lui, ces dernières se distinguent des « problèmes publics », en cela que les personnes en font l'expérience concrète et que c'est à partir de cette expérience que se déclenche une certaine réflexivité (Dewey 1977/1983 ; Cefaï, 2019). C'est-à-dire que, contrairement à une pensée selon laquelle la montée en réflexivité autour d'enjeux diététiques serait diffuse et continue pendant le vieillissement (ce qui est retrouvé dans les études longitudinales, par la méthodologie employée pour saisir ce phénomène), certaines personnes interrogées, plus souvent celles qui ont peu de pratique de la cuisine, mettent plutôt en avant des moments clés.

Les attentes en matière de sociabilité dans les ateliers se déclinent en trois formes, entre « être ensemble » pour des personnes fréquentant déjà par ailleurs la structure locale qui accueille l'atelier, « rencontrer » de nouvelles relations susceptibles de se prolonger au-delà de l'atelier et « entretenir des relations », c'est-à-dire maintenir ou renforcer des liens déjà existants, notamment avec des amies.

3. Les caractéristiques des ateliers de cuisine : une organisation spectaculaire du culinaire

Bien que les ateliers aient lieu dans différents types de structures locales et dans différentes régions de France, certains traits leur sont communs : leur durée, les intervenants présents, la réalisation d'une sélection de recettes et généralement, la dégustation en groupe. Nous allons décrire les modalités de cette organisation, puis insister sur le caractère exceptionnel de ces actions.

3.1. Les traits communs des ateliers de cuisine de l'association

Chaque atelier porte des traits communs. Un atelier dure entre 2h30 et 3h et comprend entre 7 et 16 participants. Il donne lieu à la préparation de deux à quatre recettes (un déjeuner, constitué d'un ou deux plats principaux et de un ou deux desserts, ou bien un goûter, constitué de deux recettes). Les recettes cuisinées pendant l'atelier sont choisies lors d'une discussion entre le chef de cuisine, la diététicienne et le chef de projets de l'association, plusieurs semaines avant l'atelier, et peuvent avoir déjà été réalisées dans d'autres lieux d'atelier. Lorsque ce n'est pas le cas, elles font l'objet d'essais préalables par le chef de cuisine. Ce dernier, avec la diététicienne et le chef de projet, est présent à l'atelier, qui a lieu dans une salle prêtée par le partenaire local.

Les photographies qui suivent illustrent des caractéristiques typiques en matière de matériel et de séquence des événements.

Au début de l'atelier, les participants passent le tablier de l'association qui leur a été distribué, et parfois aussi la toque de l'association. Puis, le chef de projets aborde les objectifs de l'association, tournés vers l'adoption d'une « bonne » alimentation et valorisant le plaisir de manger (figure 83).

Figure 83 : La cheffe de projet prend la parole pour introduire l'atelier de cuisine auprès des participants, dans une association « sénior » du Val-de-Marne. Crédits photo : Julie Mayer

La diététicienne prend la parole pour aborder les évolutions des besoins alimentaires à partir de 60 ans (figure 84). Cette prise de parole est réalisée soit en début d'atelier, soit lors de la cuisson des plats. La diététicienne apporte parfois un support écrit (support projeté ou fiches qu'elle fait passer aux participants).

Figure 84 : La diététicienne montre des schémas sur l'équilibre alimentaire aux participants, dans un atelier organisé dans le CCAS de la ville, à l'occasion de la « semaine bleue », dans le Val-de-Marne. Crédits photo : Julie Mayer

Le chef de cuisine invite les participants à cuisiner en petits groupes. Selon le chef de cuisine présent, les groupes sont définis en début d'atelier et assignés à des recettes (figure 85), ou bien changent au fil des étapes de cuisine (figures 86 et 87).

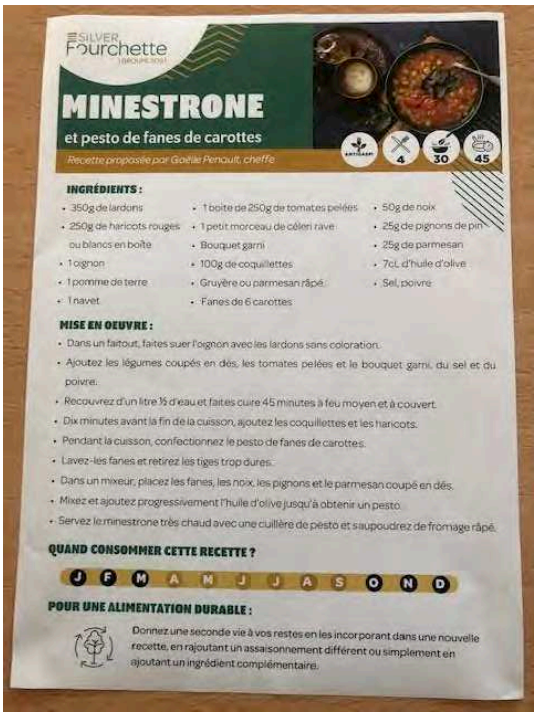
Figure 85 : La cheffe de cuisine donne un conseil pour couper des fruits lors d'un atelier dans une maison de l'autonomie, dans les Hauts-de-Seine. Crédits photo : Julie Mayer

Figure 86 : Des participants mélangent des ingrédients, dans un atelier mené dans une association « sénior » du Val-de-Marne. Crédits photo : Julie Mayer

Figure 87 : Une participante fait cuire du pain perdu, dans un EHPAD de la ville où est organisé l'atelier, dans les Côtes-d'Armor. Julie Mayer

Les recettes écrites ainsi qu'un support sur l'alimentation (sur les fruits et légumes de saison, ou sur le repas équilibré et la taille des portions recommandées pour les personnes âgées de 60 ans et plus) sont donnés aux participants en fin d'atelier (figures 88 et 89).

Figure 88 : Calendrier des fruits et des légumes de saison, distribué en fin d'atelier. Crédits photo : Julie Mayer



SILVER Fourchette

MINESTRONE

et pesto de fanes de carottes

Recette proposée par Gaëlle Pencalet, cheffe

INGRÉDIENTS :

- 350g de lardons
- 250g de haricots rouges ou blancs en boîte
- 1 oignon
- 1 pomme de terre
- 1 navet
- 1 boîte de 250g de tomates pelées
- 1 petit morceau de céleri rave
- Bouquet garni
- 100g de coquillettes
- Gruyère ou parmesan râpé
- Fanes de 6 carottes
- 50g de noix
- 25g de pignons de pin
- 25g de parmesan
- 7cL d'huile d'olive
- Sel, poivre

MISE EN OEUVRE :

- Dans un faitout, faites suer l'oignon avec les lardons sans coloration.
- Ajoutez les légumes coupés en dés, les tomates pelées et le bouquet garni, du sel et du poivre.
- Recouvrez d'un litre ½ d'eau et faites cuire 45 minutes à feu moyen et à couvert.
- Dix minutes avant la fin de la cuisson, ajoutez les coquillettes et les haricots.
- Pendant la cuisson, confectionnez le pesto de fanes de carottes.
- Lavez-les fanes et retirez les tiges trop dures.
- Dans un mixeur, placez les fanes, les noix, les pignons et le parmesan coupé en dés.
- Mixez et ajoutez progressivement l'huile d'olive jusqu'à obtenir un pesto.
- Servez le minestrone très chaud avec une cuillère de pesto et saupoudrez de fromage râpé.

QUAND CONSOMMER CETTE RECETTE ?

J F M A M J J A S O N D

POUR UNE ALIMENTATION DURABLE :

Donnez une seconde vie à vos restes en les incorporant dans une nouvelle recette, en rajoutant un assaisonnement différent ou simplement en ajoutant un ingrédient complémentaire.

Figure 89 : Recette utilisée pendant l'atelier, puis distribuée à chacun en fin d'atelier. Crédits photo : Julie Mayer

Dans la majorité des cas observés (21 ateliers sur 25), le repas préparé est pris en commun (figures 90 et 91). Lorsque cela n'est pas le cas, les organisateurs ont préalablement demandé aux participants d'apporter des contenants, afin d'emporter le repas préparé.

Figure 90 : Dégustation du repas lors d'un atelier dans le Rhône. Crédits photo : Julie Mayer

Figure 91 : Dégustation de plats sur une table, lors d'un atelier en Essonne. Crédits photo : Julie Mayer

Les chefs de projets sont parfois en interaction avec les élus locaux et personnels des associations locales. En effet, chaque atelier organisé par l'association est adossé à une structure locale, le plus souvent le Centre communal d'action sociale (CCAS) ou une association de la commune, qui met une salle à disposition et participe au recrutement des participants.

3.2. La gastronomie au service du spectacle

Comme nous l'avons expliqué dans le chapitre 6, la dimension gastronomique des actions de l'association n'a pas disparu lorsque celles-ci sont sorties des EHPAD pour être mises en place dans divers types de locaux prêtés par les municipalités et les associations locales. Cette dimension y est « mise en spectacle » : à travers les objets mobilisés, l'esthétique des plats présentés, mais aussi par les mises en scène et rôles qui s'y jouent.

Par ailleurs, la pratique de la cuisine se déplace de la dimension gastronomique au service de la santé (le goût et la présentation, pour inciter à manger plus), vers une dimension culinaire pour la santé (l'activité culinaire comme remise en activité, afin que les personnes âgées se maintiennent en bonne santé).

Dans chaque atelier, certains objets renvoient immédiatement au monde de la restauration professionnelle.

Les participants sont d'abord invités à revêtir un tablier et parfois aussi une toque. Si le tablier sert en premier lieu à ne pas salir ses vêtements, la toque et le tablier répondent à une fonction d'ordre communicationnel : ils permettent d'identifier immédiatement le nom de l'association et le type d'activité, en cas de prise de vue. Ces accessoires, visibles dans les photographies de presse, contribuent alors à la mise en spectacle de l'atelier, qui s'offre au regard des lecteurs comme une scène valorisante (figure 92).

Figure 92 : Photographie d'un article dans le journal Le Progrès du 29 juillet 2022, intitulé « Tarare : pour ces seniors, mieux manger à petit budget, ça s'apprend ». Légende de la photographie : « Avec l'artisan cuisinier Pierre Mazuy, les seniors tarariens ont préparé un menu équilibré, à petit prix ». Photo Progrès /Victoria HAVARD.

Par ailleurs, le caractère éphémère de l'installation tend à accentuer son côté spectaculaire. En effet, en l'espace de trois heures, des postes de cuisine et parfois une cuisine mobile sont mis en place par les intervenants. Les chefs de cuisine et diététiciennes alternent entre démonstration et interactions, tandis que la douzaine de participants réalise les étapes des recettes proposées. L'activité se termine souvent par un repas pris en commun, rappelant un banquet, occasion d'aborder ce que chacun pense des plats et de poser de dernières questions aux intervenants.

Puis, la vaisselle faite, les tables et nappes rangées, les convives partis, c'est comme si l'atelier n'avait jamais eu lieu, à l'image des fêtes éphémères, telles que les cirques ou les foires.

Les plats réalisés font en outre l'objet d'une attention particulière, quant à leur dimension esthétique. À la fin de la préparation, il n'est pas rare que tous les participants se rassemblent autour du chef de cuisine, pour observer le dressage de l'assiette (figure 93) :

Figure 93 : Assiette de filet de poulet mariné, purée de potiron et fenouil, une fois dressée par le chef de cuisine. Atelier dans le Val-de-Marne. Crédits photo. Julie Mayer

S'il est question de mise en scène, il est aussi question de rôles rejoués en atelier. La « scène » des ateliers peut être analysée sous l'angle de la « présentation de soi » (Goffman, 1956/1990). Nous avons déjà abordé les postures des chefs de cuisine et des diététiciennes plus ou moins dans la transmission descendante et dans la démonstration, ou adoptant une posture compréhensive, afin d'ajuster au mieux leurs propos et conseils. Nous verrons que la présentation de soi en atelier permet d'expliquer le fait que les personnes se sentent plus ou moins à même de convenir au rôle de participant, et dans le chapitre 8, que se rejouent en atelier pour les personnes vieillissantes des rôles professionnels et domestiques, passés ou en cours.

Ainsi, l'atelier fait figure d'exception dans le quotidien, tout en s'inscrivant dans celui-ci, puisque les raisons de participer s'inscrivent pleinement dans les préoccupations, pratiques et envies quotidiennes des participants. En investissant temporairement des espaces ordinaires – salles d'associations, espaces municipaux, maisons de l'autonomie – ces ateliers les transforment, l'espace de quelques heures, en scènes d'apprentissage, de démonstration et d'échanges. Leur dimension éphémère et ritualisée, proche de celle d'un spectacle ou d'un banquet, en renforce l'impact symbolique et émotionnel. Tout en s'inscrivant dans les préoccupations concrètes des acteurs publics et associatifs – bien vieillir, bien manger, créer du lien social – ces ateliers ouvrent un temps culinaire extraordinaire dans le rythme habituel.

3.3. L'espace social culinaire associatif

Nous avons abordé dans la première partie une définition de l'espace social culinaire, représentant l'ensemble des opérations symboliques et techniques qui rendent les aliments mangeables, dans un certain espace matériel (géographique, espace de cuisine), où s'observe une répartition genrée et sociale du travail alimentaire (Poulain, 2002c, p. 233).

L'espace du culinaire proposé par l'association se distingue dans une certaine mesure d'une définition gastronomique de l'alimentation et de l'espace du culinaire domestique. Il constitue un espace social singulier composé de matériel, d'ingrédients, de techniques et d'une certaine répartition des tâches.

La gastronomie, qui peut être définie comme « une esthétisation de la cuisine et des manières de table, un détournement hédoniste des buts biologiques de l'alimentation », phénomène rendu permis par des circonstances culturelles et politiques particulières en France à un moment donné de son histoire (Poulain, 2013b), y est présente, mais par petites touches.

Certains objets, utilisés par ailleurs en restauration commerciale (toques, tabliers), renvoient au domaine de la gastronomie. Ils sont mis au service du spectacle.

La recherche du goût des aliments que nous avons abordée comme une préoccupation majeure des chefs de cuisine, renvoie à un tournant dans l'histoire de la gastronomie, au XVII^{e} siècle, où les épices qui couvraient les goûts des aliments ont cédé la place à des sauces, visant à mettre en valeur et à articuler les goûts de ces aliments (Flandrin, 1996 ; Poulain, 2013b). Cette attention portée au respect et à la valorisation du goût reste centrale dans la haute cuisine française jusqu'à aujourd'hui.

En atelier, ce goût sera respecté à travers le choix des aliments bruts, notamment des fruits et légumes, qui devront être de saison, locaux, voire issus de l'agriculture biologique.

Certains ingrédients sont considérés par les chefs de cuisine comme intéressants à cuisiner, bien qu'ils reconnaissent le fait qu'ils ne sont pas forcément connus par les participants : ail noir, champignons shiitakés… Les diététiciennes sélectionnent aussi certains ingrédients spécifiquement pour leur richesse nutritionnelle : kéfir, farine de pois chiche, spiruline.

Ces ingrédients et plats font parfois appel à un « exotisme culinaire », qui intègre la cuisine en France à partir de la fin du XVII^{e} siècle et restera valorisé en haut de l'échelle sociale (Régnier, 2004). Parmi les plats préparés en atelier : les rouleaux de printemps, fajitas, curry, pancakes, cookies, lasagnes, minestrone, pesto et polenta. Cette cuisine intégrant aliments et plats exotiques se fait aisément selon Régnier (2004), car ces plats et aliments sont porteurs d'« avantages symboliques » et d'une « connotation prestigieuse ». Leur utilisation peut alors être perçue comme valorisante, car source de distinction sociale.

Les plats non « exotiques » (purée, rillettes, soupe, gratin, grillade, farce) font eux souvent l'objet d'une revisite, sous la forme par exemple de rillettes de cabillaud ou de gratin de quinoa.

Par ailleurs, les objets disponibles en atelier sont sélectionnés par les chefs de projets avec l'idée sous-jacente qu'ils seront également présents dans les foyers : couteaux de différentes tailles, planches de découpe, fouets, spatules et cuillers en bois. De même s'agissant des éléments électriques de transformation ou de cuisson : plaques de cuisson, four, *blender*.

Enfin, les techniques de cuisine sont aussi décrites comme pouvant être reproduites par tout un chacun : découpe de fruits, de légumes et de condiments, cuisson à la poêle, à la casserole ou au four. Parce que les ressources matérielles et de savoir-faire sont envisagées par les organisateurs comme étant présentes aussi bien en atelier qu'au domicile, ces derniers anticipent qu'il sera possible de cuisiner dans ces deux contextes des plats qui sortent de l'ordinaire, réalisés à partir d'ingrédients peu habituels.

Ces plats exotiques et souvent hors du commun constituent ce qui est pensé comme « bon » à cuisiner puis à manger par les intervenants. On peut donc appréhender la cuisine d'atelier comme la volonté de combiner des symboles prestigieux, socialement valorisés, au service de la cuisine domestique.

Les ateliers de cuisine mis en place par l'association articulent des dimensions exceptionnelles au quotidien. Bien qu'ancrés dans des lieux ordinaires, ils instaurent un temps à part, ritualisé, empreint d'esthétique et de mise en scène. En mobilisant des objets et des codes issus de la gastronomie et par leur caractère éphémère, ils offrent aux participants une forme de spectacle.

Ils constituent dans le même temps un espace dans lequel se jouent des rôles domestiques ou professionnels. Ces ateliers forment ainsi un espace social culinaire singulier à mi-chemin entre le monde domestique et celui de la restauration professionnelle. Le choix des ingrédients, la diversité des plats proposés et l'attention portée au goût traduisent une volonté de distinction symbolique accessible, portée par le goût et l'esthétique des plats réalisés. La cuisine deviendrait par ce biais un levier de reconnaissance sociale, de réactivation des capacités, au service d'un vieillissement « réussi ».

4. Les effets d'admission à l'entrée

Une des contraintes relevées dans le fonctionnement associatif par appel à projets concerne le recrutement d'un certain nombre de bénéficiaires, sur un territoire donné. Ceci donne lieu à un recrutement actif des participants par les structures locales, mais aussi à une décision par les participants eux-mêmes de participer ou non, lorsqu'ils prennent connaissance de l'événement, grâce à un courrier reçu, à un affichage dans la ville ou à un article publié dans la presse locale.

Nous allons voir que les critères de ce recrutement résultent d'une interprétation, par ces personnes, des « bons » profils à recruter. Dans le second cas, les personnes opèrent elles-mêmes un jugement sur leur qualité de participant, soulevant également des enjeux de représentations, et de « barrière symbolique », par anticipation de ce qui sera vécu en atelier.

4.1. La sélection des « bons » participants par les intermédiaires du recrutement

Les entretiens réalisés avec les participants révèlent une première forme de « sélection à l'entrée », selon les représentations des « bons » profils de participants, de la part des personnes travaillant dans les structures locales, qui contribuent au recrutement.

Ce premier processus de sélection implicite s'opère lorsque les personnes en charge de cette tâche vont proposer l'activité aux profils qu'elles jugent plus susceptibles de tirer parti de ce temps de cuisine en commun.

Catherine, participante à un atelier organisé par la « Maison de l'autonomie » de sa ville, explique :

> « C'est Sidonie qui m'a proposé de venir. Elle sait que j'adore cuisiner. […] Elle m'a demandé ma recette de galette » (E26, Catherine, âgée de 69 ans, charcutière et cantinière à la retraite, divorcée et vivant seule dans les Hauts-de-Seine).

Cette figure du « bon participant » s'apparente tout d'abord à celle du « bon patient », qui a fait l'objet de nombreuses études dans le milieu hospitalier, initiées en premier lieu par Anselm Strauss (1963/2008). En santé publique, il s'agira de l' « *homo medicus* », cible fictive des politiques de prévention (Peretti-Watel, 2017) : un individu concerné par sa santé sur le long terme, comprenant et se fiant aux informations délivrées dans les campagnes de prévention, pour mettre en œuvre une rationalité de type instrumentale, dans laquelle le maintien de santé sur le long terme guide les choix alimentaires. Dans le cas des ateliers, cette figure est toutefois hybridée avec celle de la « cuisinière compétente par défaut » : une femme âgée, ayant acquis un certain savoir-faire et surtout, le pratiquant au quotidien. La figure de la « bonne participante » doit donc maîtriser le vocabulaire médical et certains savoir-faire en cuisine. En pratique, et comme nous l'avons vu au chapitre 4, les participants des ateliers de cuisine sont pour les trois quarts des personnes cuisinant tous les jours ou presque (figure 94).

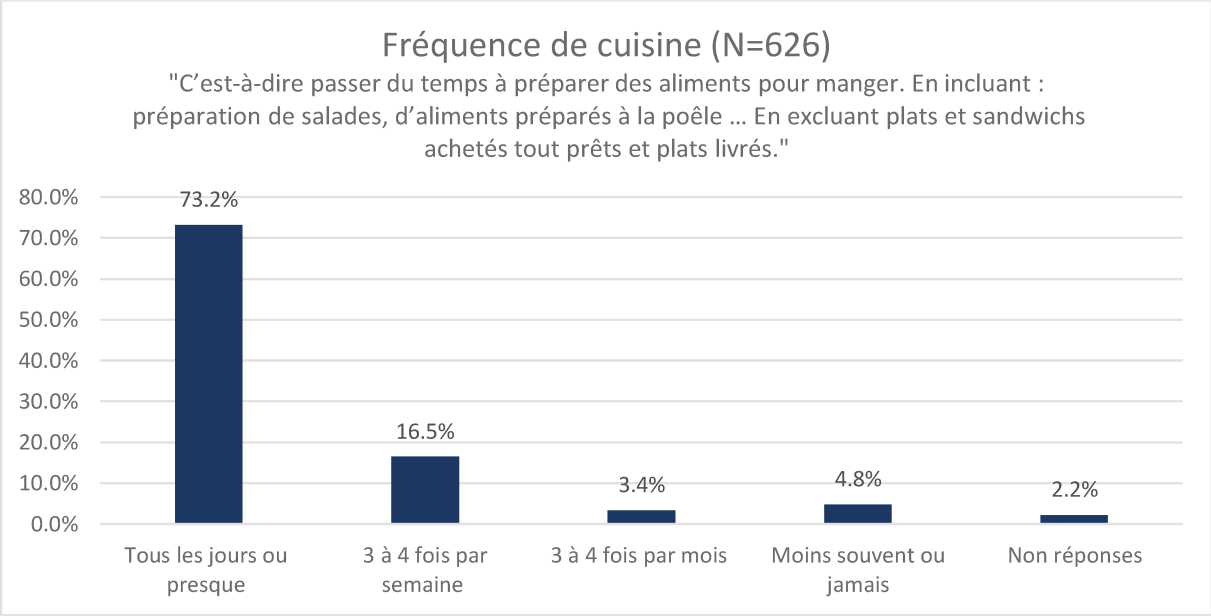


Figure 94 : Fréquence de cuisine

Dès lors, l'objectif annoncé dans les appels à projets et relayé par certains intervenants, de « remobiliser », ou « motiver », à travers la pratique culinaire, se trouve-t-il en décalage avec un public averti, pratiquant déjà souvent la cuisine au quotidien. Cette dynamique explique en partie la prédominance de femmes, responsables des repas dans ce type d'atelier. Certains participants, minoritaires, pratiquent peu la cuisine, mais, de par leur fréquentation assidue des structures où l'atelier va être organisé (décrite dans la partie 2.3. de ce chapitre), se trouvent aussi plus facilement invités à participer.

4.2. Être considéré comme légitime et se sentir légitime pour participer à l'atelier

Les activités réalisées par les structures locales jouent sur les profils recrutés. Certaines structures accueillent régulièrement les mêmes personnes ; c'est le cas par exemple d'associations ou de CCAS ayant une cantine ou un jardin partagé. Dans ce cas, les professionnels des structures d'accueil participent au recrutement en invitant leur public à s'inscrire. Au contraire, certaines mairies organisent des ateliers sans autre activité en lien par ailleurs. Le recrutement se fait alors plus souvent grâce à des affichages et à l'envoi de courrier à toutes les personnes âgées de 60 ans et plus de la commune. Dans tous les cas, le recrutement est basé en premier lieu sur un objectif quantitatif, déterminé dans la réponse à l'appel à projets de mise en place d'actions, puis validé une fois le financement obtenu. Cette logique conduit les organisateurs à privilégier des personnes connues, disponibles et perçues comme compatibles avec l'esprit de l'atelier.

En parallèle, une autre sélection s'opère d'une manière proche de celle réalisée par les responsables de recrutement : les personnes reconnues par leurs pairs pour leurs compétences culinaires se trouvent légitimes pour participer à un tel atelier. Cette reconnaissance, souvent informelle, repose sur une histoire domestique du rapport à la cuisine. Elle est souvent implicite, reposant sur un rapport genré à la cuisine, où les femmes sont historiquement construites en figure de cuisinières domestiques. C'est aussi le cas de certains hommes lorsqu'il s'agit d'anciens professionnels. Hugues, cuisinier à la retraite, en témoigne :

> « Moi j'aime bien, je tiens à recommencer parce que ça me remet dans la cuisine. Quand je cuisine chez moi je cuisine tout seul, mais avant je dirigeais une équipe. Mais là, je ne donne pas des ordres hein ! On discute, et chacun sa façon de faire » (E9, Hugues, âgé de 63 ans, niveau de diplôme moyen, cuisinier à la retraite, vivant avec sa fille dans le Val-de-Marne).

Les personnes qui acceptent de participer ont des caractéristiques différentes de celles qui le refusent. Les entretiens ont parfois permis d'approcher les conjoints non participants et de leur demander les raisons de leur non-participation. Se révèle un « préjudice de l'âge », ou âgisme (Greene et al., 1986), premièrement défini comme un phénomène créé par d'autres groupes que le groupe perçu comme « âgé », ici appliqué à la figure du participant. Dans un contexte où des sociétés véhiculent des représentations négatives de la vieillesse, encore plus à l'endroit des femmes que des hommes, les personnes vieillissantes elles-mêmes ont intégré des formes d'âgisme (Perrig-Chiello, 2001). Ici, il s'agit pour des personnes d'âge comparable de vouloir ou non participer à une activité faite « pour les vieux » :

> « Je pensais que c'était plus un truc de femmes et que c'est des trucs de vieux. Même si je suis dans la tranche d'âge » (conjoint de E8, âgé de 70 ans, concessionnaire à la retraite, habitant dans le Rhône).

Proposer un atelier de cuisine, qui plus est aux personnes âgées de 60 ans et plus, tend à exclure les personnes qui ne veulent pas s'identifier ni à la « cuisinière domestique », ni à la « vieille femme » ni au « vieux » tout court.

Il en résulte une forme de « double tri » : si les encadrants sont ici les premiers juges des « bons » bénéficiaires en fonction d'objectifs qualitatifs et quantitatifs propres, les participants peuvent en revanche aussi s'évaluer comme pouvant tenir ou non le rôle de participant en atelier de cuisine. Ceux qui fréquentent déjà les structures locales où sont organisés les ateliers ont aussi plus de chance d'être recrutés, car ils sont tenus informés des activités à venir, et les organisateurs savent qu'ils feront de « bons » participants, ici plutôt selon l'attitude qui est anticipée pour une activité menée en groupe.

Les processus de sélection à l'entrée des ateliers de cuisine, qu'ils soient opérés par les encadrants ou par les participants eux-mêmes, traduisent des logiques sociales et des représentations ancrées autour de l'âge, du genre, des compétences culinaires et diététiques. Ces dynamiques produisent un biais de sélection qui tend à privilégier des publics déjà investis dans la pratique culinaire, et/ou intéressés par les dimensions diététiques, et fréquentant les structures locales, au risque d'écarter les personnes les plus réticentes à s'identifier aux représentations associées à ces activités.

Ces effets d'inclusion sont connus en santé publique, tout comme en sociologie, mais sont encore peu étudiés dans le cadre spécifique d'interventions portant sur la cuisine des personnes âgées. Les résultats révèlent d'une part qu'au-delà des personnes qui se sentent légitimes et intéressées pour participer, l'environnement social joue un rôle clé dans cette inclusion. Ils révèlent d'autre part qu'il se joue une forme d'« âgisme » entre personnes vieillissantes, portant sur une dévalorisation de la cuisine en groupe. Enfin, l'idée que les ateliers visent à prévenir la dénutrition et la perte d'autonomie sous-entend (cela n'est pas affirmé) que ce sont les personnes à risque de dénutrition et de perte d'autonomie qui doivent participer en vue de diminuer ces risques. Or, les critères d'inclusion sont autres, puisque le tri s'opère prioritairement sur l'âge – il faut avoir au moins 60 ans – puis sur la légitimité interne et externe à participer selon son rapport à la cuisine et à la diététique.

Conclusion du chapitre 7

Les objectifs annoncés dans les appels à projets permettant de financer les ateliers de cuisine sont tout d'abord traduits en tâches et en stratégies par les intervenants : chefs de projets, diététiciennes et chefs de cuisine.

Les chefs de projets attendent de la part des deux types d'intervenants – diététicienne et chef de cuisine – une prise en charge de l'animation des ateliers pour y créer une ambiance « conviviale » qui, selon leurs termes, est la condition pour que puissent avoir lieu des apprentissages.

Les diététiciennes mobilisent différentes stratégies, partant de l'idée – centrale en prévention – que transmettre des informations en vue de faire évoluer les représentations peut entraîner un changement de pratiques, ou bien privilégiant une posture d'écoute, visant à donner des conseils personnalisés. Cette dernière posture est surtout retrouvée chez les diététiciennes ayant eu à décider des repas pour des patients, à l'hôpital ou en EHPAD. Les chefs de cuisine adoptent aussi des postures différenciées selon leur parcours : une posture démonstrative de « sachant » pour les restaurateurs commerciaux, ou une posture plus compréhensive qui valorise les compétences des participants lorsque le cuisinier l'est devenu à la suite d'une conversion professionnelle. Ces derniers véhiculent l'idée que la cuisine peut être un moyen de reprendre le contrôle de soi et de s'émanciper d'une alimentation jugée trop « industrielle » ou « transformée ».

Par ailleurs, les recettes font l'objet de négociations entre les différents intervenants des ateliers, ce qui met en avant l'articulation nécessaire entre les domaines du culinaire, de la diététique et de l'alimentation durable, mais aussi une certaine domination de la diététique sur les autres dimensions. Ainsi, la « nutritionnalisation » de l'atelier de cuisine, encouragée par les financeurs (CNSA et ARS notamment), est à l'œuvre.

Par ailleurs, les attentes des participants sont ancrées dans des rôles et des événements vécus en dehors de l'atelier. Ces attentes portent d'abord sur l'acquisition de nouvelles techniques culinaires, en lien avec les pratiques quotidiennes. Celles liées à la diététique émergent à la suite d'événements de santé vécus comme des « situations problématiques », déclenchant une réflexion sur l'alimentation. Ceci révèle que l'expérience concrète, plutôt que la norme institutionnelle, est le déclencheur d'une certaine réflexivité (Dewey, 1977/1983 ; Cefaï, 2019) sur les liens entre alimentation, cuisine et santé. Enfin, la création ou le maintien de liens sociaux, annoncés dans les programmes nationaux et dans les appels à projets comme des objectifs, sont anticipés de trois manières. Premièrement, l'« être ensemble » est un prolongement direct de la fréquentation régulière de la structure qui accueille l'atelier, qui concerne plus souvent les personnes vivant seules et de faible position sociale. Elles font déjà « groupe » avec la structure locale, qui peut alors êtes considérée

comme participant à leur « attachement social ». Dans le sens que donne Paugam à cette expression, l'association locale a été choisie par les participants pour la protection et la reconnaissance qu'elle leur apporte (Paugam, 2025, p. 119). Deuxièmement, les personnes qui souhaitent « rencontrer » sont des personnes vivant seules, qui pensent l'atelier comme une opportunité de rencontrer plus spécifiquement une compagnie qui se prolongera en dehors de l'atelier. C'est le plus souvent le cas d'hommes vivant seuls, mais pas exclusivement. Troisièmement, le fait d'« entretenir des relations » est plus souvent retrouvé chez des femmes, vivant seules ou non, et qui voient dans l'atelier une opportunité de renforcer une relation avec une ou des amies. Ces formes de liens prolongent deux idées. D'une part, l'idée selon laquelle saisir les structures locales, perçues comme des lieux d'entraide, est un savoir-faire participant à l'autonomie des personnes vieillissantes (Gagnon, 2018 ; Paugam, 2025). D'autre part, l'idée que l'atelier de cuisine vient lui aussi en support d'un besoin, à un moment donné du parcours de vie, et que les personnes s'en saisissent parce qu'elles anticipent que ce qui s'y joue va contribuer d'une certaine manière à leur bien-être.

L'atelier, en articulant spectacle gastronomique et pratiques ordinaires, crée un « espace social culinaire » hybride. Il devient un lieu de transmission et de distinction sociale, où la cuisine est envisagée comme un vecteur de valorisation. Dans cette idée, les participants vont gagner « de la qualité » grâce à leur cuisine (Crenn & Delavigne, 2020), car elle est une source potentielle de distinction sociale (Elias, 1939/2017 ; Bourdieu, 1979 ; Régnier, 2004) « par le goût » (Flandrin, 1986).

Enfin, les logiques d'inclusion aux ateliers révèlent des biais, que nous avons évoqués tout au long des chapitres précédents : ils attirent surtout des personnes déjà investies dans la cuisine et dans les structures locales. Ce biais reflète des représentations liées au genre, à l'âge, et à la légitimité perçue à participer. L'enjeu de santé publique se heurte alors à un phénomène d'« âgisme » entre pairs (Perrig-Chiello, 2001), qui peut restreindre la participation.

Ces biais d'entrée conditionnent les effets réels des ateliers sur les participants. Il s'agit maintenant d'évaluer ce que les ateliers permettent, en matière de bien-être, d'apprentissage, ou encore de transformation des pratiques.

Chapitre 8

Les ateliers de cuisine : effets d'une brève rencontre

Après avoir analysé les attentes des organisateurs des ateliers – salariés de l'association, chefs de cuisine et diététiciennes – nous voyons que les dispositifs d'ateliers de cuisine sont présentés comme des leviers efficaces en faveur de l'autonomisation du public des personnes âgées. Nous avons aussi mis au jour des logiques d'inclusion à l'œuvre, à plusieurs niveaux, favorisant la participation des publics particulièrement intéressés par la cuisine et/ou la diététique.

Ce chapitre vise à analyser ce que produit cette « brève rencontre » entre institutions, encadrants et participants : quels en sont les effets concrets et différenciés sur les trajectoires individuelles et les interactions sociales.

La première partie du chapitre met en lumière des apprentissages et des changements différenciés selon la motivation qui a conduit à participer, puis en fonction de variables telles que le genre, le niveau de diplôme ou encore la structure du foyer.

L'analyse porte, dans la deuxième partie, sur les éléments que les participants parviennent, ou non, à s'approprier, qu'il s'agisse de reproduire la recette réalisée en atelier ou d'acquérir un certain « savoir-faire diététique ».

La troisième partie montre que ces espaces, loin d'être neutres, rejouent et évaluent des compétences liées à des rôles sociaux préexistants, en particulier ceux assignés aux femmes en matière de soin et de travail domestique.

La quatrième partie interroge la manière dont certains effets de ces ateliers échappent aux dispositifs d'évaluation institutionnels, qui peinent à saisir les transformations fines, ou relationnelles, qu'ils peuvent générer.

Enfin, une réflexion est engagée sur les effets de la recherche elle-même sur l'action, à travers l'analyse des tensions et limites rencontrées dans la démarche de type « recherche-action » menée avec l'association. Si la recherche en thèse entraîne des effets limités sur la modification des cadrages des ateliers, elle renforce l'engagement de l'association dans les sphères scientifique et politique.

1. Des attentes différentes, des effets inégaux : genre, niveau de diplôme, structure du foyer

Nous commençons par analyser les effets des ateliers à un niveau macrosociologique. Cette analyse des raisons de participer à un atelier en lien avec le genre, le niveau de diplôme et la structure du foyer, révèle des effets différenciés. Ces inégalités d'effets sont expliquées par les parcours de vie distincts analysés dans les chapitres précédents, qui nous avaient mené à définir une typologie de participants, selon leur niveau de pratique de la cuisine et d'adhésion aux normes diététiques. Nous la reprenons ici dans l'analyse d'effets.

1.1. Types d'effets analysés : apprentissages et changement

Les questions posées aux participants, à l'issue de l'atelier de cuisine, portaient sur les apprentissages puis sur les changements anticipés dans leur quotidien. Ainsi, à la différence de l'étude qualitative, longitudinale, qui a permis d'évaluer les prises alimentaires et leurs changements trois mois plus tard ainsi que la reproduction, ou non, des recettes, l'étude quantitative, transversale, permet d'avoir une estimation, par les répondants, des apprentissages et des changements anticipés.

Nous avons tout d'abord voulu savoir si les participants pensaient avoir appris des choses grâce à l'atelier. La grande majorité des participants (85,8 %) a répondu positivement (figure 95).

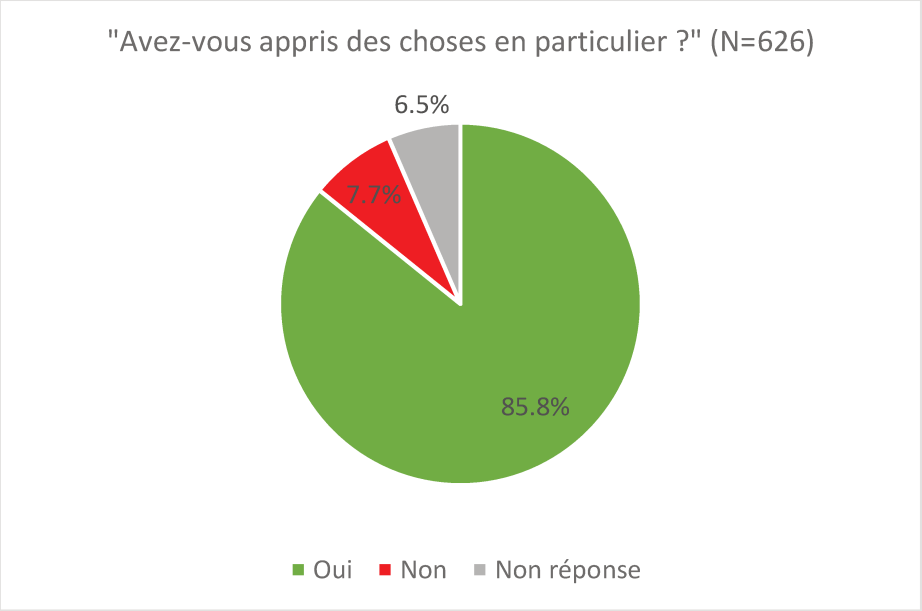


Figure 95 : Apprentissages déclarés

Puis, nous avons demandé aux enquêtés ce qu'ils avaient appris à la suite de l'atelier, avec une question fermée, dont les items sont issus des entretiens qualitatifs, complétés par les attendus formulés par les intervenants (plusieurs réponses possibles) :

- Des techniques de cuisine ;
- Des associations d'aliments ou d'ingrédients ;
- Les bienfaits d'aliments sur la santé ;
- L'équilibre alimentaire ;
- La gestion des restes et des déchets ;
- Les spécificités de l'alimentation après 60 ans ;
- Les signes d'un risque de dénutrition.

Les deux apprentissages les plus souvent sélectionnés, « des associations d'aliments ou d'ingrédients » (54,5 %) et « des techniques de cuisine » (49,0 %), concernent la préparation alimentaire, sans avoir forcément de lien avec la diététique (figure 96). La troisième réponse la plus fréquente concerne « les bienfaits d'aliments sur la santé » (47,3%), puis la quatrième, « l'équilibre alimentaire » (36,1%).

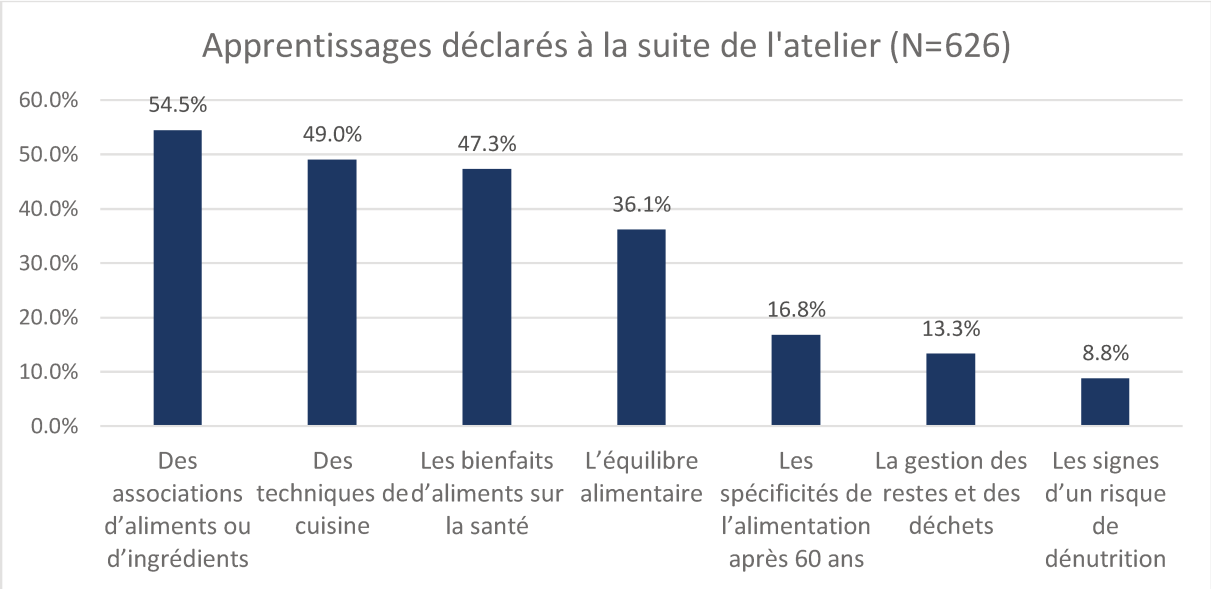


Figure 96 : Apprentissages déclarés à la suite de l'atelier (plusieurs réponses possibles)

Les trois dernières réponses, avec des pourcentages inférieurs à 20 %, sont moins souvent sélectionnées. Il est remarquable de constater que la réponse « les signes d'un risque de dénutrition » (8,8 %) est la réponse la moins souvent choisie, tandis qu'un des objectifs annoncés dans les appels à projets est justement cette prévention. Nous pouvons l'expliquer par trois facteurs :

- Tout d'abord, les personnes développant les ateliers formulent l'idée selon laquelle il faut adopter une approche positive de l'alimentation ; le terme « dénutrition » est rarement employé, au profit du thème de l'adaptation des besoins en fonction de l'avancée en âge, du plaisir de manger ou de la lutte contre l'idée reçue selon laquelle il faudrait manger moins en vieillissant ;
- Par ailleurs, comme nous l'avons vu dans le chapitre 3, la majorité des participants ne présente pas de risque de dénutrition. Il s'agit donc plutôt, en atelier, de faire de la prévention primaire. Ce, en utilisant un vocabulaire qui s'écarte des termes de la dénutrition et de ses conséquences délétères sur la santé et la qualité de vie ;
- Enfin, les données nationales et les entretiens ont montré que les participants connaissent peu le sujet de la dénutrition, ainsi, ils n'ont pas forcément conscience que derrière l'approche proposée, il s'agit en fait de prévenir ce problème de santé.

Nous avons demandé aux participants d'anticiper certains changements dans leur quotidien. L'étude qualitative nous avait permis de constater que les effets, tels que les participants les décrivent, sont légers et nuancés : refaire la recette dans un contexte d'invitation, adapter une recette lorsque le savoir-faire est déjà présent, ou encore acheter un nouveau type d'aliment en faveur de la santé si les connaissances sur le sujet sont déjà avérées.

La majorité des participants (62,0 %) anticipe des changements dans son quotidien à la suite de sa participation (figure 97).

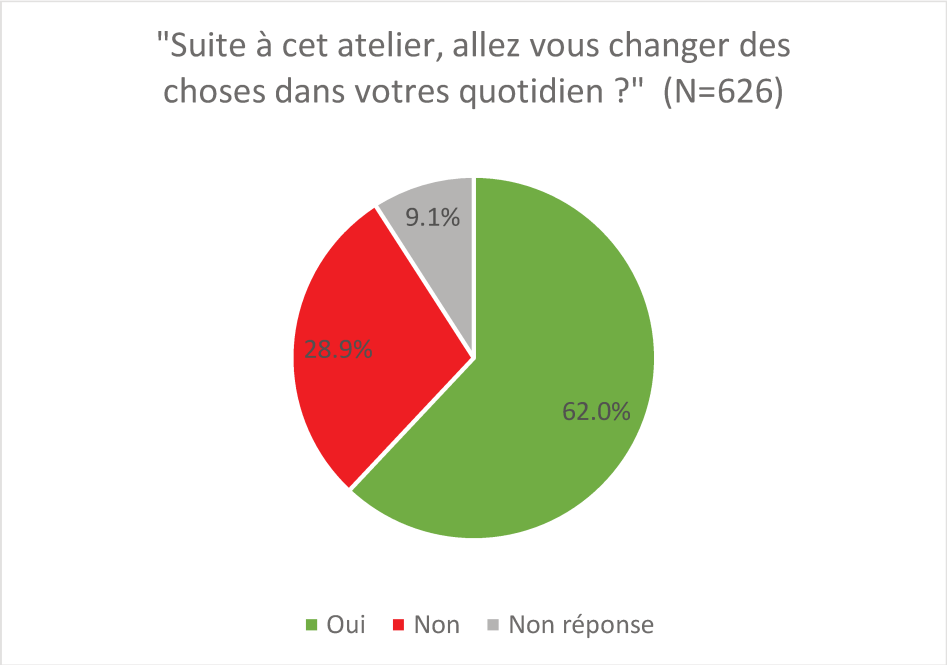


Figure 97 : Réponses à la question « Suite à cet atelier, allez-vous changer des choses dans votre quotidien ? »

Ce décalage entre les résultats de l'étude qualitative, montrant peu de changement des pratiques à deux-trois mois, et le nombre important d'individus affichant des intentions de changement dans l'étude quantitative, montre que la volonté de changer se heurte au réel du quotidien (au sens des contraintes matérielles et sociales, et des routines en place).

Nous avons demandé aux participants quels changements ils anticipaient dans leur quotidien, avec une question fermée, dont les items sont issus des entretiens qualitatifs et des attendus formulés par les intervenants (plusieurs réponses possibles) :

- Lieu d'approvisionnement ;
- Type d'aliment acheté ;
- Mode de conservation ;
- Manière de cuisiner ;
- Gestion des restes ;
- Plus de temps passé à cuisiner ;
- Plus de temps passé à manger.

Le changement plus souvent sélectionné va porter sur la « manière de cuisiner » (38,8 %). Le second, sur le « type d'aliment acheté » (29,6 %) (figure 98).

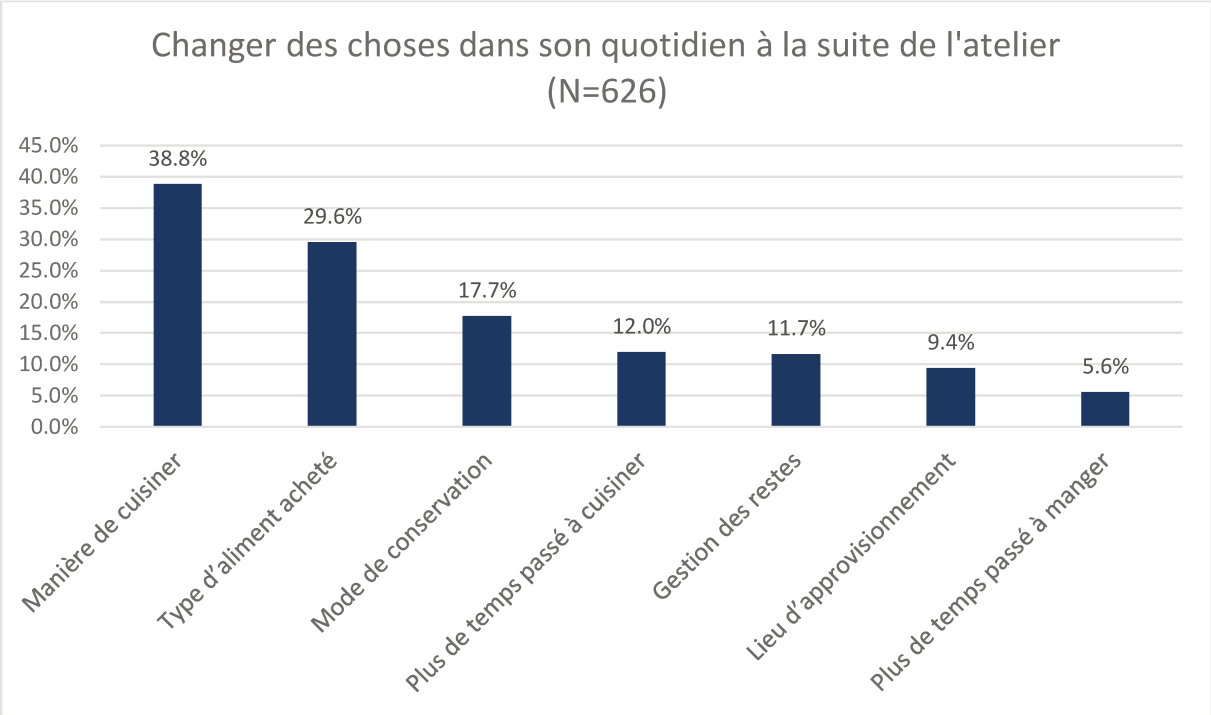


Figure 98 : Changements dans le quotidien anticipés à la suite de l'atelier (plusieurs réponses possibles)

Nous allons croiser ces données avec les motivations et caractéristiques sociodémographiques des participants, afin de voir s'il se dégage des manières distinctes de se réapproprier l'atelier.

1.2. Des effets associés aux raisons de participer à un atelier

Tout d'abord nous analysons les liens entre les raisons de venir à l'atelier (que nous appellerons les motivations) et les effets déclarés sur les apprentissages et sur les changements.

Voici les raisons de venir sélectionnées par les participants (figure 99) :

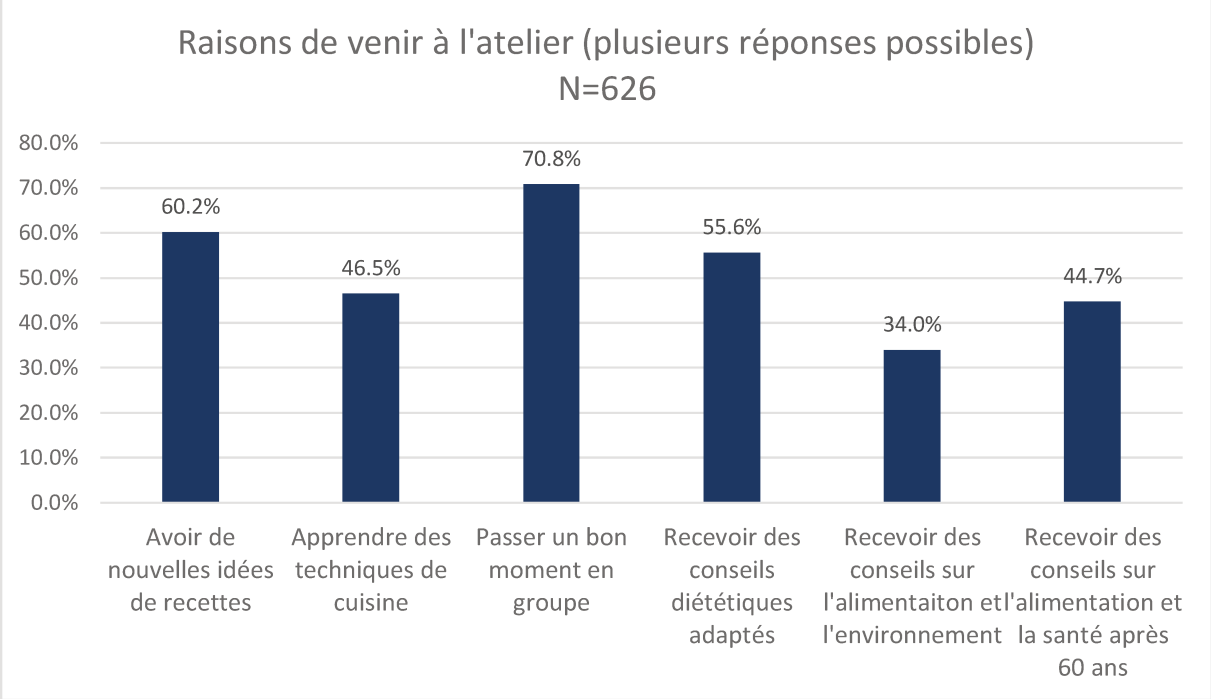


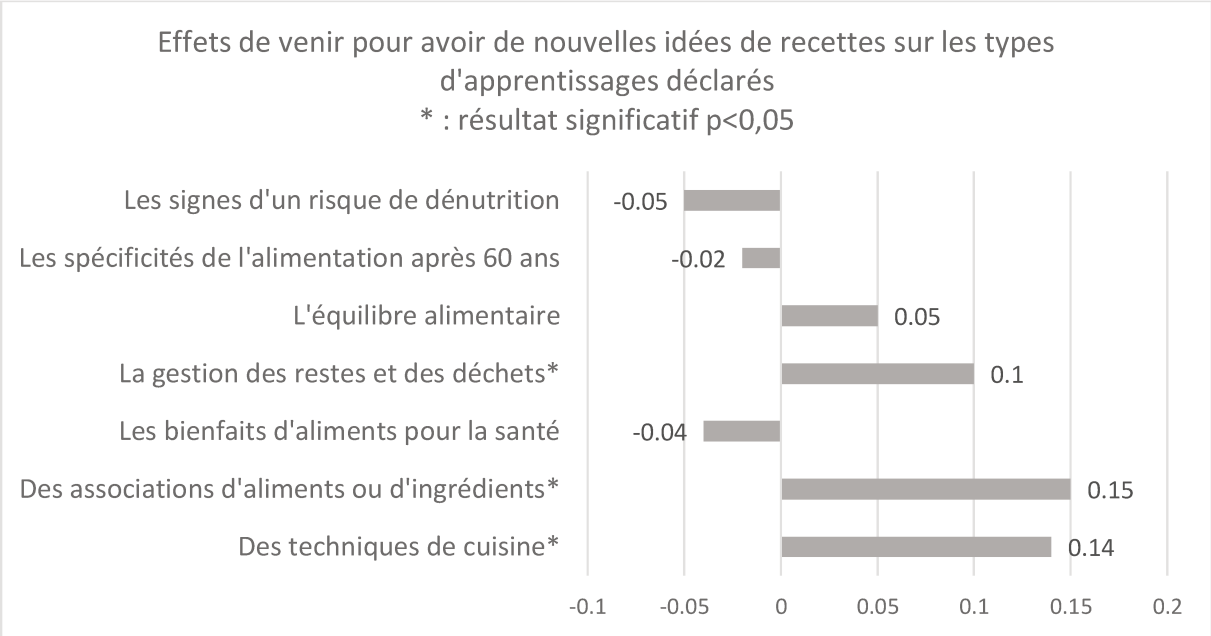
Figure 99 : Raisons de venir à l'atelier (plusieurs réponses possibles)

1.2.1. Venir pour cuisiner « encore mieux »

Nous constatons tout d'abord un lien fort entre les motivations initiales des participants et les apprentissages ou changements qu'ils déclarent à l'issue des ateliers.

Les participants venus pour avoir de nouvelles idées de recettes déclarent plus souvent des apprentissages que ceux qui n'étaient pas venus pour cette raison (annexe A 56 : $\chi^2 = 7{,}06$; $p = 0{,}029$).

De plus, une régression linéaire intégrant les différents types d'apprentissages révèle que venir pour avoir de nouvelles idées de recettes est associé au fait d'apprendre sur les techniques de cuisine, sur les associations d'aliments ou d'ingrédients et sur la gestion des restes et des déchets (figure 100 et annexe A 57).



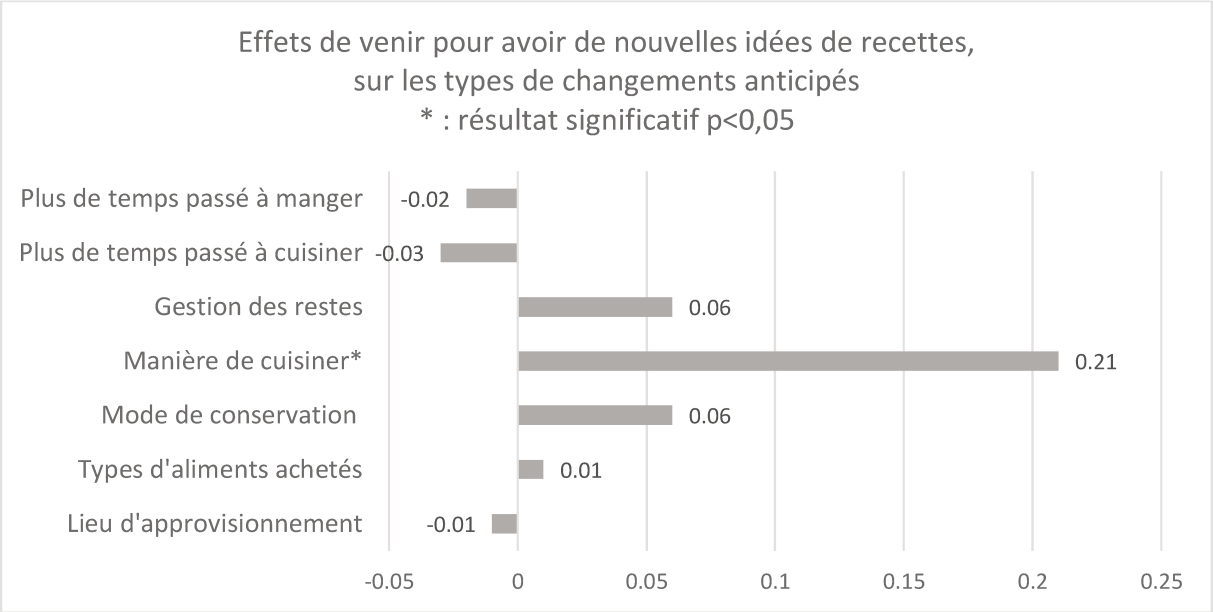
Lecture : Les coefficients bêta standardisés présentés ci-dessus permettent d'évaluer la force et le sens des relations entre des types d'apprentissages déclarés et le fait de venir pour avoir de nouvelles idées de recettes. « Des associations d'aliments ou d'ingrédients » (β = 0,15) : venir pour avoir de nouvelles idées de recettes est significativement associée à des apprentissages sur des associations d'aliments ou d'ingrédients. « Les signes d'un risque de dénutrition » (β =-0,05) : le lien avec cet apprentissage est faible et non significatif.*

Figure 100 : Effets de venir pour avoir de nouvelles idées de recettes, sur les types d'apprentissages déclarés

En revanche, il n'y a pas de lien significatif entre cette raison de venir et le fait d'avoir appris des choses sur un autre sujet (bienfaits d'aliments pour la santé, équilibre alimentaire, spécificités de l'alimentation après 60 ans ou apprentissages sur les signes de la dénutrition). Ainsi, les personnes en attente de savoir-faire et d'idées en cuisine disent effectivement apprendre des choses sur ce thème grâce à leur participation à l'atelier, soulignant le fait que les ateliers, tels qu'ils sont organisés, répondent aux attentes dans ce domaine.

Concernant les changements anticipés dans le quotidien, les personnes venant pour avoir de nouvelles idées de recettes déclarent plus souvent changer des choses dans leur quotidien à la suite de l'atelier que ceux qui n'étaient pas venus pour cette raison (annexe A 58 : $\chi^2 = 11,73$; $p = 0,003$).

La régression linéaire effectuée montre que les participants venus pour avoir de nouvelles idées de recettes anticipent significativement plus souvent des changements dans leurs manières de cuisiner (figure 101 et annexe A 59).

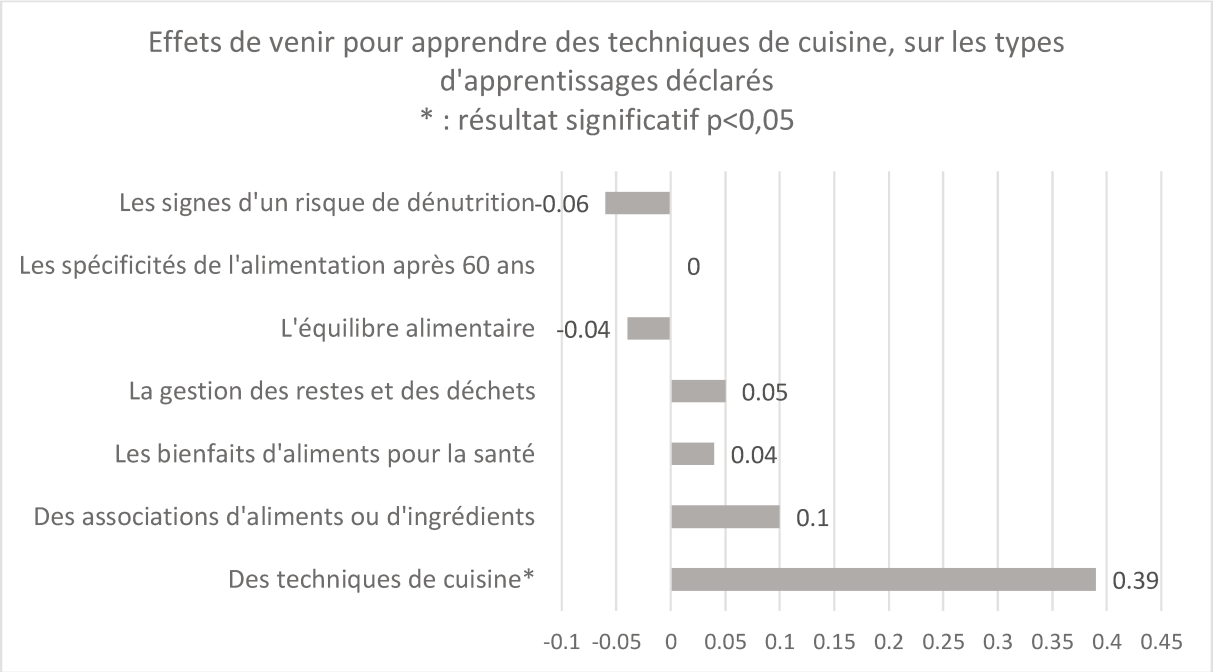


Lecture : Les coefficients bêta standardisés présentés ci-dessus permettent d'évaluer la force et le sens des relations entre des types de changements anticipés et le fait de venir pour avoir de nouvelles idées de recettes. « Manière de cuisiner » (β = 0,21) : venir pour avoir de nouvelles idées de recettes est significativement associée à un changement concernant la manière de cuisiner. « Plus de temps passé à manger » (β =-0,02) : le lien avec ce changement est faible et non significatif.*

Figure 101 : Effets de la motivation à apprendre en cuisine sur les types de changements anticipés

En revanche, aucun autre changement n'est significativement associé au fait de venir pour avoir de nouvelles idées de recettes. Nous voyons donc que les personnes en attente d'idées en cuisine, ici plus particulièrement en attente de nouvelles recettes, disent effectivement anticiper de changer dans ce domaine grâce à leur participation à l'atelier, validant à nouveau le fait que l'atelier remplit cet objectif pour ces personnes.

Les participants venus pour apprendre des techniques de cuisine déclarent plus souvent avoir appris des choses à la suite de l'atelier que ceux qui n'étaient pas venus pour cette raison (annexe A 60 : χ^2 = 10,95 ; p = 0,001). La régression linéaire montre qu'ils déclarent en particulier plus souvent que les autres avoir appris des techniques de cuisine et des associations d'aliments ou d'ingrédients (figure 102 annexe A 61).



Lecture : Les coefficients bêta standardisés présentés ci-dessus permettent d'évaluer la force et le sens des relations entre des types d'apprentissages déclarés et le fait de venir pour apprendre des techniques de cuisine. « Des techniques de cuisine » (β = 0,39) : la motivation à apprendre des techniques de cuisine est significativement associée à des apprentissages sur ce même thème. « Les signes d'un risque de dénutrition » (β =-0,06) : le lien avec cet apprentissage est faible et non significatif.*

Figure 102 : Effet de la motivation à apprendre des techniques de cuisine sur les types d'apprentissages déclarés

Il n'y a par ailleurs pas de lien significatif entre cette raison de venir et le fait d'avoir appris des choses sur les autres sujets (bienfaits d'aliments sur la santé, l'équilibre alimentaire, les spécificités de l'alimentation après 60 ans et les signes d'un risque de dénutrition). En particulier, les personnes venues pour affiner leurs techniques de cuisine n'apprennent pas significativement plus que les autres des choses en diététique. Ce résultat suggère deux interprétations :

- Soit les personnes en attente sur la cuisine ne sont pas spécialement intéressées par le sujet de la diététique ;
- Soit, étant déjà bien informées sur le sujet, elles n'apprennent rien de plus en atelier et n'anticipent donc pas de changement dans leur quotidien.

Grâce à la typologie réalisée dans le chapitre 5, nous constatons que les deux raisons sont plausibles. D'une part, les « *homo medica* », qui connaissent déjà les principes de base de la nutrition, n'ont rien appris :

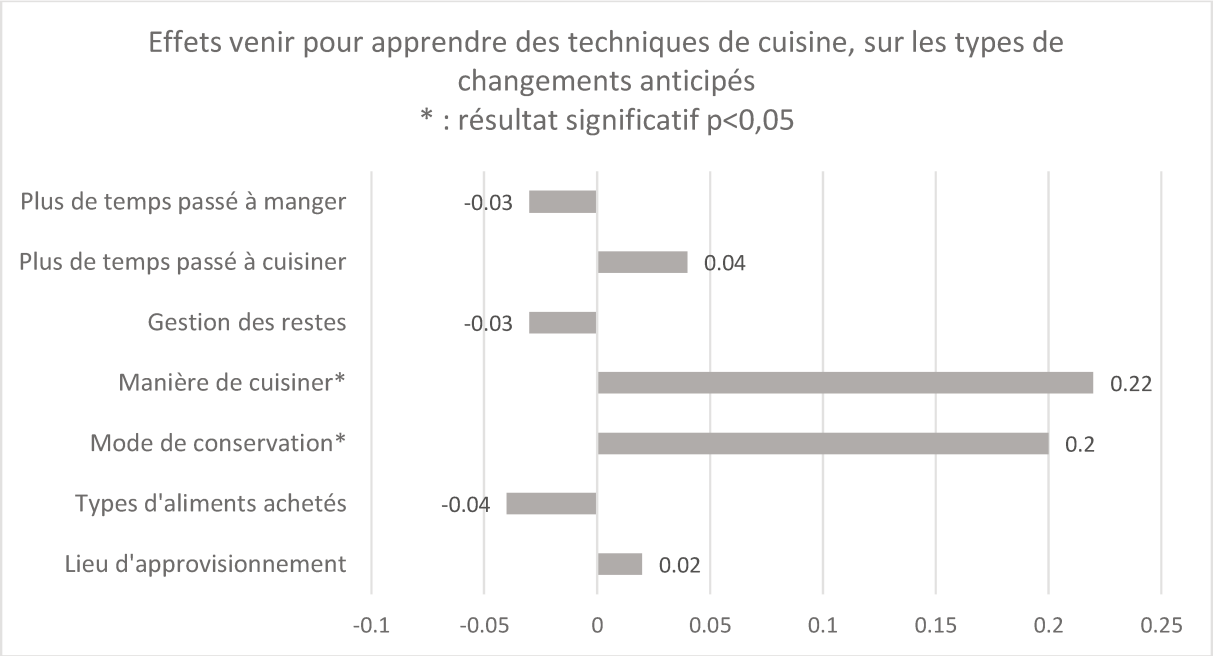
> « Franchement ? Appris ? Non, parce que j'étais déjà au courant de pas mal de choses » (E5, Vivianne, âgée de 69 ans, de haut niveau de diplôme, gérante d'un commerce alimentaire à la retraite, divorcée et vivant seule à Paris).

D'autre part, les « cuisiniers avant tout » ne sont pas particulièrement intéressés par un renforcement des savoirs diététiques, mais plutôt par la réalisation de recettes ou par l'apprentissage de nouvelles techniques :

> « J'avais envie de savoir comment cuisiner autre chose, d'avoir d'autres idées pour cuisiner après quoi » (E40, Claudine, âgée de 78 ans, vivant en couple, a été mère au foyer, 69).

Ces résultats suggèrent que la motivation initiale à participer, lorsqu'elle porte sur l'activité culinaire, joue un rôle central dans la perception d'un apprentissage et dans l'anticipation d'un changement en cuisine.

Enfin, les participants venus pour apprendre des techniques de cuisine pensent plus souvent que les autres changer leurs manières de cuisiner et les modes de conservation des aliments (figure 103 et annexe A 62).



Lecture : Les coefficients bêta standardisés présentés ci-dessus permettent d'évaluer la force et le sens des relations entre des types de changements anticipés et le fait de venir pour apprendre des techniques de cuisine. « Manière de cuisiner » (β = 0,22) : venir pour apprendre des techniques de cuisine est significativement associée à des changements sur la manière de cuisiner. « Plus de temps passé à manger » (β =-0,03) : le lien avec ce changement est faible et non significatif.*

Figure 103 : Effet de la motivation à apprendre des techniques de cuisine sur les types de changements anticipés

Nous voyons à nouveau que les personnes en attente de découvrir de nouvelles techniques de cuisine disent effectivement anticiper des changements dans ce domaine grâce à leur participation à l'atelier. Ces résultats montrent une prédominance, chez les participants, d'attentes et d'effets concernant la cuisine en tant que telle, plutôt qu'en lien avec la diététique.

1.2.2. Des changements cohérents avec certaines pratiques en cours

La plus grande fréquence de cuisine est significativement associée à des anticipations de changements dans les manières de cuisiner (annexe A 63 : $\chi^2 = 7,43$; $p = 0,024$) et aussi de passer plus de temps à cuisiner (figure 104).

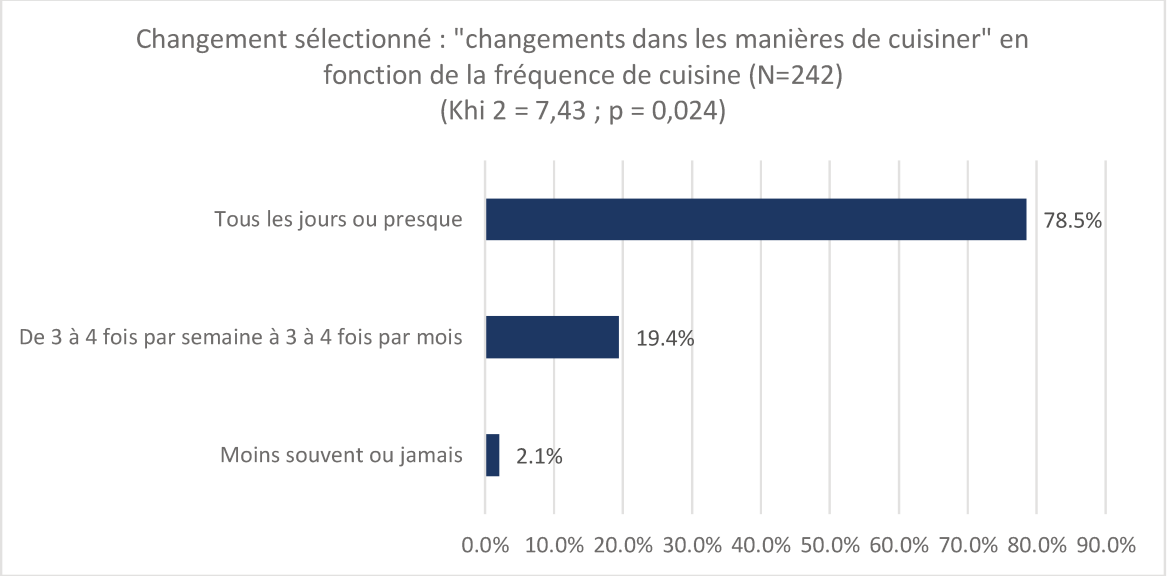


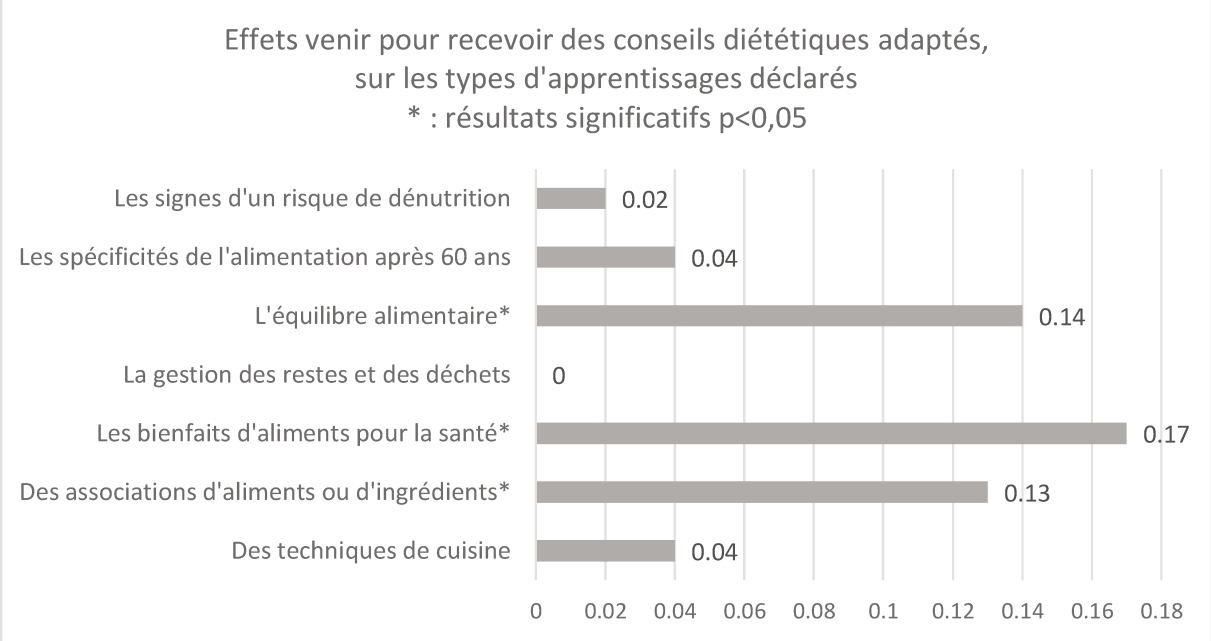
Figure 104 : Changement sélectionné « changements dans les manières de cuisiner » en fonction de la fréquence de cuisine

Ce sont les participants qui cuisinent le plus fréquemment qui prévoient le plus de changements concernant leur cuisine à la suite de leur participation. À l'inverse, ceux qui ne cuisinent pas souvent envisagent moins de changement sur cet aspect. Ainsi, l'un des objectifs formulés par les intervenants, de « remettre à la cuisine » des personnes vieillissantes qui « trainent des pieds » (verbatim d'un chef de cuisine) n'est que très partiellement atteint. Il s'avère qu'à la suite de l'atelier, les « cuisiniers » souhaitent cuisiner encore plus et encore mieux, et les « non cuisiniers » moins.

1.2.3. Recevoir des conseils diététiques, pour changer sa manière de cuisiner, ou pas

Venir pour « recevoir des conseils diététiques adaptés », est significativement associé à des apprentissages à la suite de la participation (annexe A 64 : $\chi^2 = 16,22$; $p = 0,000$).

Cette raison de venir est associée en particulier à trois types d'apprentissages, sur : l'équilibre alimentaire, les bienfaits de certains aliments sur la santé et les associations d'aliments ou d'ingrédients (figure 105 et annexe A 65).



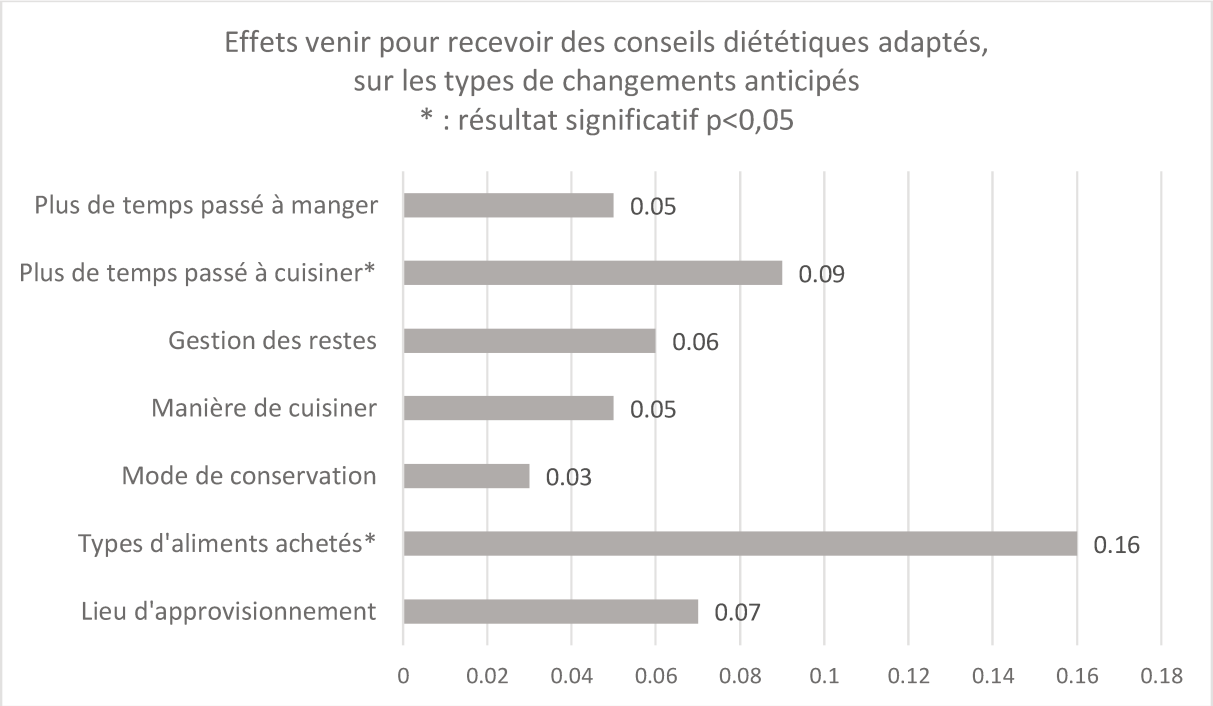
Lecture : Les coefficients bêta standardisés présentés ci-dessus permettent d'évaluer la force et le sens des relations entre des types d'apprentissages déclarés et le fait de venir pour recevoir des conseils diététiques adaptés. « L'équilibre alimentaire » (β = 0,14) : venir pour recevoir des conseils diététiques adaptés est significativement associée à des apprentissages sur l'équilibre alimentaire. « Les signes d'un risque de dénutrition » (β =0,02) : le lien avec cet apprentissage est faible et non significatif.*

Figure 105 : Effet de la motivation à recevoir des conseils diététiques sur les types d'apprentissages déclarés

Les entretiens ont en effet révélé que certains participants étaient plus souvent intéressés par le savoir théorique en diététique, plutôt que par la mise en pratique concrète :

> « Ce qui m'a intéressé, c'est le tableau que nous a fait la diététicienne, les glucides, lipides etc. Je savais ce que c'était mais quelques fois il y a une confusion dans mon esprit ; Non mais j'ai gardé la feuille témoin, l'exemple qu'on nous a donné » (E28, Georges, 85 ans, haut niveau de diplôme, professeur d'histoire-géographie à la retraite, veuf, vivant avec son petit-fils dans le Haut-Rhin).

La régression linéaire montre que venir pour recevoir des conseils diététiques adaptés est significativement associé à deux types de changements anticipés : les types d'aliments achetés et plus de temps passé à cuisiner (figure 106 et annexe A 66).



Lecture : Les coefficients bêta standardisés présentés ci-dessus permettent d'évaluer la force et le sens des relations entre des types de changements anticipés et le fait de venir pour recevoir des conseils diététiques adaptés. « Types d'aliments achetés » (β = 0,16) : venir pour recevoir des conseils diététiques adaptés est significativement associée à l'anticipation de changements sur les types d'aliments achetés. « Plus de temps passé à manger » (β =-0,05) : le lien avec ce changement est faible et non significatif.*

Figure 106 : Effet de venir pour recevoir des conseils diététiques adaptés, sur les types de changements anticipés

Les personnes en attente de conseils diététiques adaptés n'ont pas sélectionné spécifiquement le fait de changer leurs « manières de cuisiner », ce qui suggère le fait qu'elles ont peu de pratique dans ce domaine jusqu'à présent, ou que leur pratique actuelle leur convient. Les résultats qualitatifs montraient une envie de se « mettre » à la cuisine, à investir l'activité, pour des personnes assez éloignées jusqu'à présent de celle-ci : des « convaincus empêchés », curieux, qui comprennent et adhèrent aux conseils diététiques, mais qui restent empêchés dans leur mise en pratique par leur peu de savoir-faire culinaire ou par le manque de matériel et de ressources à disposition.

1.3. À l'issue de l'atelier, les hommes apprennent plus sur l'équilibre alimentaire que les femmes

En matière de satisfaction, d'apprentissages et de changements suite à la participation à l'atelier de cuisine, un résultat ressort comme étant significativement différent en fonction du genre : les hommes déclarent plus souvent avoir appris des choses sur l'équilibre alimentaire (figure 107 et annexe A 67 : $\chi^2 = 7{,}33$; $p = 0{,}007$).

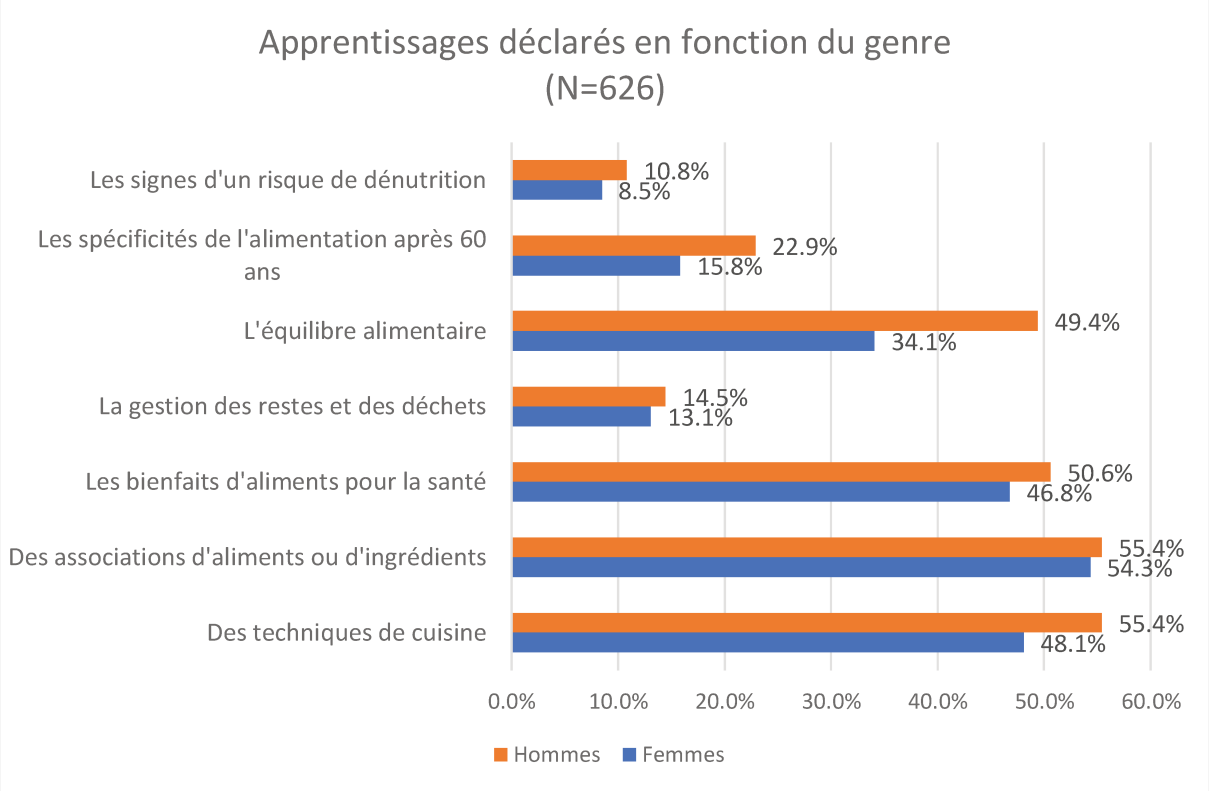
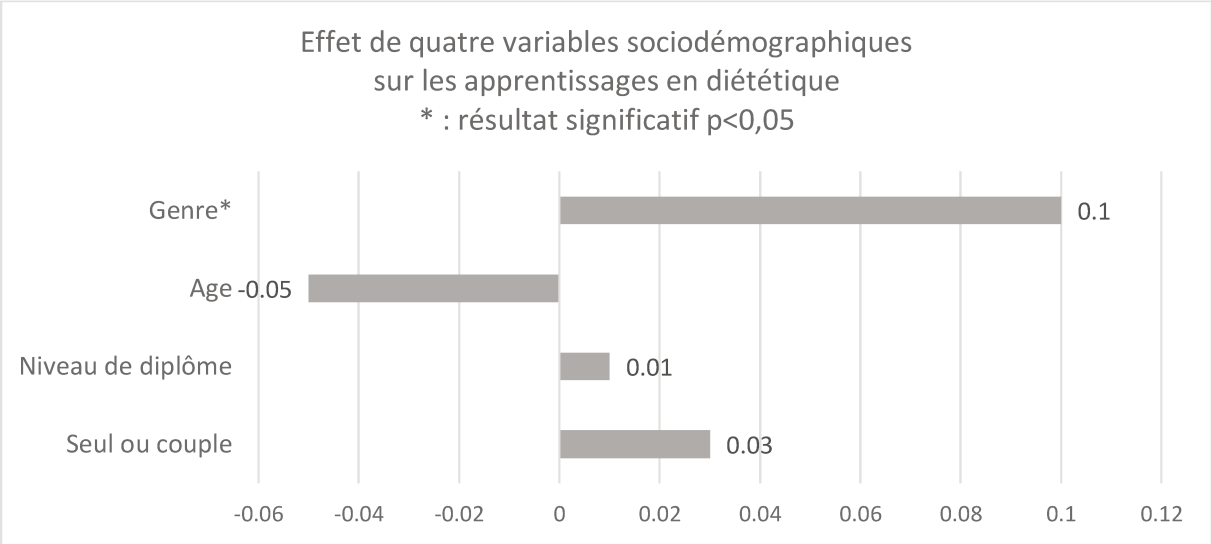


Figure 107 : Apprentissages déclarés en fonction du genre

Ce résultat confirme un intérêt différencié de la participation à l'atelier, que nous avons développé dans les chapitres précédents. Celui-ci a des fonctions différentes selon le genre : il serait plutôt l'objet du maintien de sociabilités préexistantes pour les femmes, mais aussi de renforcement des savoir-faire en cuisine – avec plus ou moins de portée diététique – pour les personnes ayant déjà un certain savoir-faire sur le sujet, et plutôt une réponse en matière d'apprentissages sur l'équilibre alimentaire concernant les hommes. Une régression linéaire montre le genre est la seule variable sociodémographique significativement associée à ce type d'apprentissage (figure 108 et annexe A 68).



Lecture : Les coefficients bêta standardisés présentés ci-dessus permettent d'évaluer la force et le sens des relations entre les variables sociodémographiques et les apprentissages en diététique. « Genre » (β = 0,1) : les apprentissages diététiques sont significativement liés au genre. « Niveau de diplôme » (β =-0,01) : le lien avec le niveau de diplôme est faible et non significatif.*

Figure 108 : Effets de quatre variables sociodémographiques sur les apprentissages en diététique

Ces résultats rejoignent ceux de la typologie, en particulier le profil des « convaincus empêchés ». Ce type renvoie en particulier à certains hommes manifestant un intérêt certain pour l'apprentissage en matière de diététique, sans pour autant disposer des compétences pratiques nécessaires à une mise en œuvre concrète à travers la préparation alimentaire. Lorsque les personnes vivent en couple, cette mise en pratique est souvent déléguée à la conjointe, elle-même faisant partie du type « *homo medica* ».

Les données qualitatives montrent en effet que le fait qu'une personne soit motivée à un moment donné dans son parcours pour acquérir davantage de connaissances et de compétences en matière de nutrition ne se traduit pas systématiquement par une application concrète à la suite de la participation. L'intégration pratique de conseils diététiques est davantage l'apanage de femmes appartenant à des positions sociales supérieures, déjà bien informées sur le sujet, familières du vocabulaire diététique et disposant des compétences culinaires requises pour les appliquer.

La typologie selon les formes de « nutritionnalisation » a révélé que la mise en pratique de conseils diététiques, tels que décrits dans les politiques de prévention, passe par la cuisine chez ces participants. Cette dernière est une médiatrice centrale dans la mise en pratique de conseils.

1.4. Niveau de diplôme et satisfaction concernant l'atelier

Les raisons de participer à l'atelier ne diffèrent pas selon le niveau de diplôme, excepté concernant le fait de recevoir des conseils diététiques, qui est plus souvent cité par les personnes ayant un niveau de diplôme moyen ou supérieur (annexe A 69 : $\chi^2 = 11{,}36$; $p = 0{,}03$).

Par ailleurs, la satisfaction vis-à-vis de l'atelier varie en fonction du niveau de diplôme : les « très satisfaits » sont en effet significativement plus souvent les personnes ayant les plus hauts niveaux de diplôme (figure 109 et annexe A 70 : $\chi^2 = 6{,}28$; $p = 0{,}043$) :

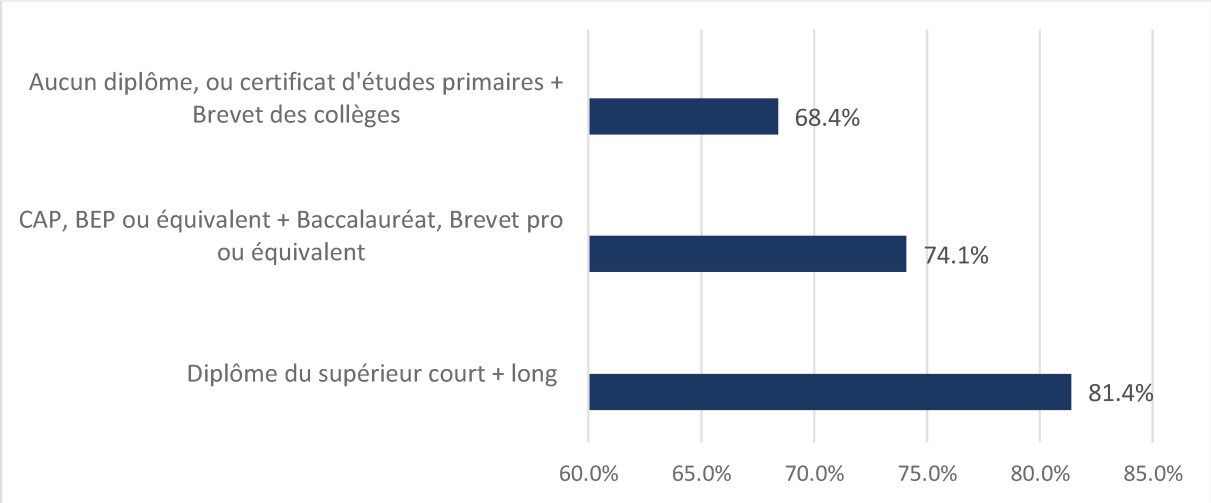


Figure 109 : Personnes « très satisfaites de l'atelier » en fonction du niveau de diplôme

Il convient toutefois de souligner que la satisfaction globale des participants dépasse 90 %. Par ailleurs, les participants peu ou pas satisfaits étant très minoritaires, il n'est pas possible de dégager des différences significatives en fonction du niveau de diplôme au sein de ce sous-groupe.

Les entretiens permettent néanmoins de mieux comprendre les raisons de ces effets différenciés. En particulier, certains participants de faible position sociale (en raison du niveau de diplôme, de leur parcours professionnel ou de leurs conditions de logement) ont exprimé un sentiment de décalage entre les idées proposées en atelier et ce qu'elles pensaient y trouver. Ces décalages sont de deux ordres. Le premier concerne les normes d'une alimentation « bonne pour la santé ». Dans l'atelier auquel Fabienne a participé, des cookies et un chocolat chaud ont été préparés, associés à un discours sur l'importance de se faire plaisir et de continuer à manger suffisamment :

> « J'étais partie dans mon délire de faire attention à ce que je dois manger, et c'était pas du tout ça. Mais je sais pas pourquoi, je voyais plutôt une terrine, un légume et un féculent ensemble, pour faire équilibré. C'est comme ça que je voyais la chose » (E15, Fabienne, âgée de 69 ans, de faible niveau de diplôme, gardienne d'immeuble et garde d'enfants à la retraite, vivant avec sa fille et son gendre, dans le Val-de-Marne).

Le second type de décalage concerne les modalités de transmission des savoirs. Certains participants ont regretté d'avoir été interrogés sur leurs connaissances diététiques, à travers un quiz écrit distribué pendant l'atelier, sans avoir eu l'occasion, au préalable, de dialoguer avec la diététicienne :

> « Bon c'est vrai que quand on a eu le questionnaire à remplir, on n'avait pas eu vraiment de conseils de la diététicienne encore. J'ai dit "je peux pas répondre là !". Après, finalement, on a eu un petit peu de choses, donc j'ai dit "après je vais le remplir". Les gens qui étaient avec moi c'était pareil quoi […]. Je pense que ça aurait été bien, au début, d'avoir quelques précisions, quelque chose » (E1, Maria, 68 ans, de faible niveau de diplôme, standardiste à la retraite, vivant en couple à Paris).

Ces témoignages montrent que certains participants ont pu se sentir pris au dépourvu, voire en situation de dévalorisation, en raison d'un décalage entre leurs attentes – en matière de contenus, de recettes ou de modalités pédagogiques – et ce qui leur a été proposé dans le cadre des ateliers. Cette inadéquation peut contribuer à expliquer les écarts de satisfaction.

1.5. Vivre seul et déclarer moins d'apprentissages en cuisine à la suite de l'atelier

L'analyse des liens entre la configuration du foyer (plus particulièrement le fait de vivre seul ou en couple) et les raisons de venir à l'atelier ne met pas en évidence de raison spécifique liée à l'une ou l'autre configuration. De même, la satisfaction exprimée vis-à-vis de l'atelier et des intervenants, ainsi que les intentions de changements, ne varient pas significativement selon une configuration spécifique du foyer.

Par contre, des différences notables apparaissent en matière d'apprentissages à la suite de l'atelier. Les personnes vivant seules déclarent :

- Moins fréquemment d'apprentissages en termes de techniques de cuisine (annexe A 71 : χ^2 = 4,92 ; p = 0,027) ;
- Moins fréquemment d'apprentissages en matière d'associations d'aliments ou d'ingrédients (annexe A 72 ; χ^2 = 6,14 ; p = 0,013).

Ces différences d'apprentissages révèlent l'importance des modalités concrètes de la préparation alimentaire. Ces résultats suggèrent un décalage entre les contenus des ateliers et les pratiques de préparation alimentaire au domicile pour les personnes vivant seules. Comme constaté dans les résultats quantitatifs, les habitudes culinaires de ces dernières sont spécifiques, avec une moindre fréquence de cuisine, un moindre temps passé à préparer à manger, plus de plats « tout prêts » et plus de sauts de repas que les personnes vivant en couple. Ces résultats entrent en cohérence avec des verbatims issus des entretiens, tel que « je ne vais pas refaire des gnocchis pour moi toute seule, non », venant par exemple de Samira (E3), lorsqu'elle aborde une des recettes réalisées en atelier. Bien qu'elle maîtrise la recette et soit tout à fait capable de la reproduire chez elle, elle ne va pas s'investir dans cette préparation pour elle-même.

Ces résultats renforcent l'idée que cuisiner pour soi constitue une activité profondément différente de celle de cuisiner pour autrui : cela mobilise d'autres logiques, à la fois pratiques – telles que le fait de cuisiner en petites quantités, ou de conserver une partie de la production pour la manger ultérieurement – mais aussi des représentations d'une cuisine pensée pour l'individu (en matière de diététique, de « goût » et de sensations corporelles éprouvées après la consommation). Ils interrogent ainsi la capacité des ateliers à s'adapter à cette réalité, d'autant plus que les personnes vivant seules sont surreprésentées dans ces dispositifs, par rapport à la population française des plus de 60 ans. Ces résultats suggèrent qu'une adaptation des ateliers – en matière de quantités, de temps de préparation et de types de recettes – pourrait favoriser de plus grands apprentissages chez ces publics.

En conclusion, les effets des ateliers de cuisine apparaissent différenciés selon le genre, le niveau de diplôme et la configuration du foyer.

Tout d'abord, les hommes déclarent plus souvent avoir acquis des connaissances sur l'équilibre alimentaire, tandis que les femmes, notamment celles de position sociale supérieure, semblent mieux outillées pour traduire ces apports en pratiques concrètes. Cela souligne que les effets cognitifs (apprentissages) ne débouchent pas systématiquement sur des changements comportementaux, ceux-ci étant médiés par des savoir-faire préexistants, une compréhension fine du discours diététique et des normes genrées sur le rôle joué dans l'alimentation.

Par ailleurs, le niveau de diplôme structure à la fois les attentes et la satisfaction vis-à-vis des ateliers. Les personnes les plus diplômées sont davantage intéressées par les conseils diététiques et davantage satisfaites. À l'inverse, chez les participants ayant un moindre niveau de diplôme, des décalages peuvent apparaître entre les contenus proposés et leurs représentations ou attentes initiales, pouvant générer une forme de déception, d'incompréhension ou de dévalorisation.

Enfin, vivre seul semble limiter les effets pratiques des ateliers, concernant les apprentissages culinaires. Le rapport à la cuisine est alors profondément influencé par le fait de cuisiner pour soi ou pour d'autres. Ces résultats interrogent l'adéquation entre les formats d'atelier et les réalités du quotidien, notamment pour les personnes vivant seules, pour qui les recettes collectives peuvent sembler inadaptées.

Ces résultats mettent à nouveau en avant des décalages entre l'espace culinaire de l'atelier – structuré autour de dimensions pédagogiques, nutritionnelles et spectaculaires – et l'espace culinaire domestique, façonné par d'autres logiques et composé d'un répertoire culinaire stabilisé. Les effets concrets des ateliers se situent alors davantage dans l'adaptation ponctuelle de recettes, ou dans leur reproduction occasionnelle en dehors des repas quotidiens, plutôt que dans une transformation en profondeur des pratiques alimentaires.

2. Ce que les participants peuvent s'approprier, ou non

Nous nous penchons à présent sur les effets anticipés par les chefs de projets et animateurs des ateliers (chefs de cuisine et diététiciennes), en premier lieu, celui de la reproduction, au domicile, de la recette réalisée en atelier. Puis, celui de l'intégration des conseils nutritionnels dans les pratiques des participants.

2.1. Reproduire la recette à la suite de l'atelier

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, les intervenants présentent les recettes proposées comme étant accessibles et pouvant être reproduites. Ils partent du principe que les participants savent *a minima* se servir d'ustensiles de cuisine, de robots et qu'ils maîtrisent certains modes de cuisson. Pour eux, la limite à la pratique de la cuisine se situe plutôt au niveau du manque de motivation, qui serait caractéristique de certaines personnes âgées :

> « Très souvent ces personnes-là, ne sont pas toujours… Elles viennent pour cette dimension de partage. […] Elles n'ont pas toujours la joie de cuisiner. Mon but c'est de convertir ces personnes qui traînent des pieds » (chef cuisinier reconverti, travaillant depuis deux ans dans ce type d'atelier, en Île-de-France).

Ainsi, l'idée majoritairement partagée par les différents intervenants est que les recettes réalisées en atelier, puisqu'elles ont été éprouvées et laissées à l'écrit, ont le pouvoir d'être reproduites par la suite dans la sphère domestique des participants.

2.1.1. La cuisine au prisme de la composition du foyer

Les ateliers sont l'occasion pour nous de demander à certains participants si les recettes sont habituelles et s'ils pensent les reproduire chez eux. Ces derniers acquiescent rarement. Le temps passé à préparer, qui en atelier est d'au moins une heure, ainsi que la configuration du foyer, lorsque les participants vivent seuls, apparaissent comme des facteurs limitant la reproduction des recettes. Une participante, par exemple, dit qu'elle ne va pas préparer une tarte salée pour elle-même, une autre formule la même réponse à propos d'une recette de gnocchis.

Nous avons vu dans le chapitre 4, portant sur la construction d'un certain rapport à la cuisine, que la structure du foyer constituait une forme de cadrage plus ou moins souple concernant la décision

alimentaire. Pour la majorité des participants, vivre seul et cuisiner signifie soit une cuisine rapide, soit une cuisine qui, gardée en partie de côté, servira de repas sur plusieurs jours.

Pour d'autres, les recettes d'atelier sont pensées en référence à certains membres de la famille. Par exemple, Lydie, qui vit avec deux de ses enfants devenus adultes, accueille régulièrement chez elle les petits-enfants de sa deuxième fille. Elle pense refaire les rouleaux de printemps aux fruits réalisés en atelier la prochaine fois qu'ils viendront, car elle souhaite leur préparer des choses « bonnes pour leur santé », et anticipe qu'ils aimeront cette recette :

> « Quand les enfants viennent à la maison, j'essaie de leur donner des choses bonnes pour la santé mais chez eux c'est des pâtes, de la viande, trop de viande pour eux. Ils aiment bien manger chez mamie. […] Je vais refaire quand j'ai mes petits-enfants, je vais refaire avec eux, parce que c'est des fruits » (E23, Lydie, 70 ans, de faible niveau de diplôme, employée de maison à la retraite, vivant avec deux de ses enfants dans les Hauts-de-Seine).

Dans ce cas, si la recette d'atelier échappe à l'espace culinaire quotidien individuel, elle investit celui de la cuisine réalisée dans le but de prendre soin des petits-enfants.

2.1.2. Les savoir-faire en cuisine

Certains participants ont repris les principes généraux des recettes, tout en substituant certains ingrédients. C'est le cas d'Isabelle, qui reprend le même mode de cuisson des aliments pour réaliser d'autres recettes que celles vues en atelier :

> « J'ai refait deux fois la recette, par contre je n'ai pas refait de la même façon. J'ai pris du poivron, j'ai pris du poisson. C'est ce que je vous disais, je regarde des recettes, et ça me donne des idées. Je fais avec ce que j'ai sous la main » (E6, Isabelle, âgée de 79 ans, de niveau de diplôme moyen, secrétaire de direction à la retraite, vivant seule dans le Val-de-Marne).

Cette transformation de la recette, telle qu'elle a été réalisée puis laissée par écrit en fin d'atelier, demande de maîtriser suffisamment les techniques employées et la nature des ingrédients. La même recette (dans ce cas il s'agit de tomates farcies) apparaît par contre comme trop simple pour d'autres participants, qui n'envisagent pas de l'intégrer à leur répertoire culinaire :

> « Pour moi, les tomates farcies, heu non. C'est pour les gens qui n'ont aucune notion. Moi je préfère des trucs qui sortent de l'ordinaire, vous voyez ce que je veux dire, si demain vous me dites qu'on va cuisiner quelque chose d'extraordinaire, là oui » (E5, Vivianne, âgée de 69 ans, de haut niveau de diplôme, gérante d'épiceries à la retraite, divorcée et vivant seule à Paris).

S'il s'agit de conseils techniques, ces adaptations peuvent concerner toute personne maîtrisant suffisamment la cuisine (« *homo medica* » et « cuisiniers avant tout »). Par contre, si ces conseils portent sur la diététique, ce sont les « *homo medica »,* exclusivement, qui pourront les mettre en pratique.

2.1.3. Les recettes à l'épreuve du « bien-manger » et des sensations corporelles

Le « goût » des participants, comme l'expression d'une position dans le monde social, est également prépondérant dans le choix de reproduire tout ou partie de la recette. Celle-ci doit être suffisamment élaborée par rapport aux standards de cuisine des participants, voire refléter un certain prestige et être validée par l'entourage. Ce que représente le chef de cuisine de l'atelier pour les participants contribue à définir les représentations portées sur la recette. Une dame a par exemple relevé que le chef de cuisine était prestigieux (il tient un commerce dans la ville où s'est tenu l'atelier). Elle parle de lui comme étant un « passionné », et c'est que qui l'encourage à retenir la recette de poisson avec crème de curry préparée en atelier.

Le « goût » recherché dans l'atelier peut aussi être celui d'une alimentation de régime, en vue de perdre du poids :

> « Je me suis dit, le mot "diététique", ça va peut-être me donner de nouvelles idées, de façons de faire, de cuisiner. Au point de vue diet, j'ai pas trouvé que les choses étaient… Ce n'était pas trop pour les restrictions de régime. Moi j'étais choquée hein ! J'étais même culpabilisée de manger » (E33, Martine, âgée de 67 ans, de niveau de diplôme moyen, commerçante à la retraite, vivant avec son mari dans les Côtes-d'Armor).

L'idée de ne pas suivre un régime restrictif, idée plébiscitée par les diététiciennes dans ces ateliers de cuisine, peut être rejetée par des participantes considérant le « bien-manger » en des termes restrictifs, ce qui est le cas des « détourneurs de normes diététiques ». Ces derniers appréhendent plutôt la diététique avant tout comme l'observance d'un régime strict.

La sensation de faim des participants est par ailleurs aussi invoquée, pour expliquer le rejet de certains conseils. Nous retrouvons ici l'attachement aux sensations corporelles comme facteur d'ajustement prégnant de l'alimentation au cours du vieillissement :

> « Moi, je ne suis pas forcément la nutritionniste, parce que moi je ne mange pas forcément beaucoup le soir, j'écoute pas ce qu'elle dit parce que moi je mange une soupe, je prépare à manger pour Jean, mais moi je vais manger une soupe et un yaourt et c'est tout quoi. Parce que j'ai pas faim ! Quand j'ai mangé un goûter, j'ai pas faim le soir. Et j'aime bien faire le goûter aussi des fois, avec un petit thé ou un café et un biscuit » (E40, Claudine, âgée de 78 ans, a été mère au foyer, vivant avec son mari dans le Rhône).

Les ateliers de cuisine, bien que pensés par les animateurs pour proposer des recettes accessibles et reproductibles, rencontrent des limites concrètes liées à un certain accès aux ressources (matérielles, financières et de savoir-faire) et à certaines normes sociales :

- Liées aux conditions de vie des participants, notamment la composition du foyer et le temps disponible pour cuisiner. Vivre seul conduit souvent à privilégier des préparations rapides ou pour plusieurs repas, ce qui freine la reproduction fidèle des recettes d'atelier. L'atelier constitue alors un espace du culinaire trop différent de celui des personnes vivant seules, pour que ces dernières puissent s'y projeter ;
- À la maîtrise des techniques culinaires et à l'adaptation des ingrédients, qui varient selon les savoir-faire et les préférences individuelles, influencées par le « goût » et la position sociale de chacun. Sur ce point, les « cuisiniers avant tout » ainsi que les « *homo medica* » sont favorisés, l'espace culinaire de l'atelier ressemblant davantage à leur espace culinaire domestique, que pour d'autres participants ;
- À la perception du « bien-manger » : certains participants recherchent avant tout plaisir et diversité, ce que promeut tout à fait l'atelier, tandis que d'autres, les « détourneurs de normes diététiques », l'associent plus volontiers à des restrictions alimentaires. La cuisine d'atelier ne correspond alors pas du tout à leur norme du « bien-manger » ;
- À une certaine écoute des sensations du corps. Si les recettes proposées risquent de provoquer des sensations désagréables, elles ne seront pas reproduites. Ce dernier point porte sur des ajustements individuels prégnants, mais peu maîtrisables par les organisateurs des ateliers.

Ces éléments mettent en avant la complexité de l'espace du culinaire domestique. Ils soulèvent la difficulté de préparer un atelier qui soit en adéquation avec les réalités et attentes des participants.

Nous allons voir que ces derniers projettent plutôt les recettes d'atelier dans l'espace culinaire exceptionnel, réservé aux invitations et aux célébrations.

2.1.4. Refaire la recette : oui, dans un contexte d'invitation

Dans la majorité des cas où la recette a été reproduite (entre les deux entretiens, soit à deux à trois mois d'intervalle), cela s'est fait dans un contexte d'invitation. Cette observation s'explique par la difficulté d'intégrer ces recettes à l'espace culinaire quotidien, en raison de plusieurs facteurs, qui structurent les habitudes alimentaires et n'ont pas vocation à être déstabilisés : la configuration du foyer, les préférences alimentaires des membres du ménage, les routines de composition des repas, le temps passé à cuisiner et les savoir-faire. Ces limites sont donc à la fois de l'ordre des pratiques, dans leur dimension de routines (Schatzki, 1996 ; Warde, 2016) et des négociations opérées au sein des foyers lorsqu'il s'agit de décider quoi manger (Charles & Kerr, 1988 ; Hannon et al., 2003).

À l'inverse, les recettes issues des ateliers ont été majoritairement remobilisées dans des situations exceptionnelles. Ces recettes sont perçues comme plus complexes que les recettes quotidiennes, demandant plus de temps, d'attention aux ingrédients (qui ne sont pas toujours habituels), et un certain degré de technicité, notamment dans le dressage. Nous l'avons vu, les chefs de cuisine en atelier portent une attention particulière au dressage et donnent des conseils pour présenter un résultat jugé par les participants comme étant beau, renforçant l'idée du caractère exceptionnel du plat (et bien qu'ils insistent sur l'importance de préparer une belle assiette pour soi). Le contexte exceptionnel est aussi ce qui va pousser à consulter des recettes écrites, comme celles laissées à l'issue de l'atelier, plutôt que de refaire une recette de tête. Ainsi, ces recettes d'atelier n'ont pas les mêmes fonctions normatives, en pratique, que celles d'autres types de dispositifs tels que les ateliers « *Weight Watchers* », dans lesquels elles servent de repères chiffrés pour le quotidien. Celles des ateliers que nous observons remettent en scène un espace culinaire mêlant gastronomie et diététique.

Ainsi, la reproduction de ces recettes dans un cadre d'invitation révèle un double mouvement : d'une part, l'impossibilité de les intégrer aux routines du quotidien, d'autre part, leur valorisation comme support de sociabilité et de distinction culinaire (Mayer, 2024). Le repas à caractère exceptionnel induit en effet de passer du temps à organiser puis à préparer, en vue de faire plaisir aux convives :

> « Grâce à vous, je fais une recette de gâteau aux potimarrons qui fait la joie de toutes les personnes avec qui je partage » (E12, Meriem, 64 ans, s'adressant au chef de cuisine animant l'atelier, lorsqu'elle y retourne une seconde fois, dans le Val-de-Marne).

L'inscription des recettes dans des moments de commensalité choisis, et non dans la régularité du quotidien, révèle le rôle central de la cuisine d'invitation.

2.2. Ce que recouvre le fait d'intégrer un conseil diététique dans ses habitudes alimentaires

Les recommandations véhiculées dans les ateliers sont traduites en pratiques lorsque les participants savent articuler des conseils diététiques à des techniques de cuisine. Nous l'avons vu, c'est le cas d'un profil de personnes, que nous avons appelé les « *homo medica* », qui en plus d'avoir un bon niveau de compréhension des recommandations diététiques, a des capacités à cuisiner et des ressources financières et matérielles suffisantes. Dans ce cas, et dans ce cas seul, certains conseils sont appliqués. Ces derniers ne bouleversent pas, toutefois, les « routines » alimentaires. C'est le cas par exemple de l'intégration de nouvelles huiles dans la cuisine domestique à l'issue de l'atelier, pour certaines participantes : le conseil est entendu, donne lieu à l'achat de nouveaux types d'huiles, qui sont intégrés dans la cuisine, sans pour autant changer les habitudes d'achat (en allant toujours au rayon des huiles) ni les techniques ou encore les plats réalisés.

L'un des effets anticipés par la plupart des intervenants – refaire la recette à la suite de l'atelier – est donc une pratique qui se heurte à plusieurs modalités de l'espace du culinaire. Celles-ci portent sur des conditions structurelles du foyer, en premier lieu le fait de vivre seul, qui induit des modes de préparations souvent simplifiés. Les savoir-faire en cuisine doivent correspondre à ceux des ateliers ; s'ils sont considérés comme supérieurs, la recette paraît trop simple, si des techniques ou des ingrédients semblent inaccessibles, la recette n'est pas non plus pensée comme pouvant intégrer le répertoire culinaire. En outre, les recettes peuvent être perçues comme en dehors de la norme du « bien-manger », notamment si les attentes diététiques sont plus strictes que ce qui est proposé en atelier ou bien s'inscrivent en décalage avec les sensations corporelles, qui vont alors orienter ce qu'il serait bon de manger. Ces éléments expliquent le fait que, lorsqu'une recette est reproduite, c'est dans la grande majorité des cas en contexte exceptionnel, d'invitation ou de célébration.

Enfin, au-delà de la reproduction stricte des recettes, l'intégration de conseils diététiques demande de combiner la compréhension de ces conseils à un certain savoir-faire, et ceci demande une certaine « littératie alimentaire » (Silva et al., 2023) que seules les « *homo medica* » possèdent.

Finalement, les conseils les plus mis en pratique sont alors ceux – tels que la substitution d'aliments jugés équivalents – qui ne modifient pas en profondeur les routines d'approvisionnement ou de cuisine.

3. Un espace qui rejoue et juge les rôles sociaux

Comme cela a été identifié dans d'autres contextes d'ateliers de cuisine organisés pour des personnes âgées (Bouima et al., 2019), un certain contrôle social exercé hors de l'atelier peut être rejoué pendant celui-ci. Dans les ateliers que nous avons observés, ce contrôle porte sur le rôle domestique et la capacité à cuisiner. Et contrairement à d'autres recherches menées en atelier, ce sont ici souvent les entretiens semi-directifs, à la suite de la participation, qui révèlent ces formes de contrôles et moins les interactions qui ont cours pendant l'atelier.

3.1. Être en charge de la cuisine pour le foyer

Tout d'abord, la préparation des plats, réalisée collectivement et sous le regard de tous, devient un terrain de jugements. Ceux-ci portent principalement sur la capacité à prendre soin de son foyer, mesurée à travers la maîtrise des techniques culinaires. Samira associe le fait de savoir cuisiner à la possibilité même de fonder un foyer :

> « Il y avait des petites dames… Une, j'ai l'impression qu'elle devait avoir 75-76 ans, j'ai l'impression qu'elle n'avait jamais cuisiné de sa vie ! Je ne sais pas comment elle a eu des enfants ! J'ai vu de tout. Des gens qui essayaient d'apprendre, qui ne savaient pas, à 75 ans ! Ils ne savaient pas couper ! Elles ont réchauffé des pizzas toute leur vie ? Je ne sais pas » (E3, Samira, 77 ans, de haut niveau de diplôme, ancienne institutrice et gérante de magasin, veuve, vivant seule à Paris).

Ce type de commentaire, formulé en entretien, une fois que l'atelier est terminé et que nous sommes dans un lieu où personne ne peut entendre excepté l'enquêtrice, permet de renforcer notre compréhension tant sur un minimum de « légitimité culinaire » nécessaire à la participation, que sur l'importance que revêt ce savoir-faire dans les rôles assumés au quotidien.

En outre, les hommes font parfois l'objet d'un traitement particulier en atelier, ce qui est volontiers admis par les intervenants :

> « C'est vrai qu'on ne les traite pas pareil, on fait attention à eux, comme s'ils n'étaient pas dans leur environnement habituel » (cheffe de cuisine, reconvertie depuis deux ans, à Paris).

En effet, tandis qu'il s'agit de commencer à couper des aliments, lorsque les intervenants observent une certaine gêne ou un certain retrait de la part de participants, ils peuvent les rassurer en leur proposant de regarder ce qu'il se passe plutôt que de prendre part à cette cuisine. Il s'agit, plus rarement, de personnes ayant une maladie ou ayant eu un accident de santé (tel qu'un accident vasculaire cérébral), les empêchant de réaliser toutes les étapes nécessaires. Ces participants plus passifs ne sont aucunement jugés négativement par leurs pairs. En effet, nous avons vu dans le chapitre 5 que pour certaines personnes, et en particulier les hommes n'ayant jamais eu la charge, seuls, de s'occuper d'enfants, la non-activité culinaire n'entraîne pas d'effet de stigmatisation.

3.2. Rejouer son ancien métier : cuisinier professionnel

Par ailleurs, certains participants sont d'anciens cuisiniers ou d'anciennes professionnelles de l'alimentation (charcutière, directrice de produits…) aujourd'hui à la retraite. Ceci concerne six personnes, parmi les 42 ayant réalisé un entretien. Ce parcours leur donne une certaine légitimité à participer ainsi qu'une appétence pour ce format d'activité :

> « Moi j'aime bien, je tiens à recommencer parce que ça me remet dans la cuisine, quand je cuisine chez moi je cuisine tout seul, mais avant je dirigeais une équipe, mais là je ne donne pas des ordres hein ! On discute et chacun a sa façon de faire » (E9, Hugues, âgé de 63 ans, cuisinier à la retraite de niveau de diplôme moyen, vivant avec sa fille dans le Val-de-Marne).

Ces professionnels de la cuisine à la retraite donnent des conseils aux autres participants lorsqu'ils estiment que c'est nécessaire :

> « Je ne vous conseille pas de faire ça, vous allez vous couper. […] Pour couper ? Ben on fait comme pour un melon » (E30, Thierry, âgé de 67 ans, de niveau de diplôme moyen, cuisinier à la retraite, s'adressant à une participante, puis à un participant, concernant la découpe de courges).

Ils n'apprécient pas que leurs compétences culinaires soient remises en question. Par exemple, Thierry s'emporte au sujet d'une crème fouettée qu'il n'arrive pas à faire monter. S'adressant à une participante :

> « Mais c'est normal, c'est de la crème végétale, essaie, toi, tu verras que ça ne peut pas monter ! » (E30, Thierry).

Ces rôles exercés hors de l'atelier et rejoués pendant l'atelier, lorsqu'ils provoquent des remarques entre participants se trouvent parfois en décalage avec les attendus de sociabilisation exprimés par les intervenants. Ils mettent surtout en avant une certaine performativité en cours dans les ateliers de cuisine (visible tant dans l'attitude de « sachant » que dans les techniques employées), pour communiquer et revendiquer des savoir-faire auprès des autres participants et auprès des intervenants.

Les ateliers de cuisine apparaissent donc comme des espaces de réactivation de certains rôles sociaux, qu'il s'agisse de la fonction domestique de « *care* alimentaire » (Fournier & Jarty, 2019, p.1), du métier de cuisinier exercé avant la retraite ou bien de celui qui ne cuisinera pas. Ces rôles influencent à la fois les dynamiques de participation et les interactions entre les participants, parfois marquées par des jugements, exprimés pendant l'atelier ou à l'issue de celui-ci. Le genre y joue un rôle structurant, notamment à travers les attentes autour des compétences culinaires (Mayer, 2024).

4. Des effets non pris en compte par l'évaluation institutionnelle

Comme nous l'avons montré dans l'état de l'art, puis dans le chapitre 6, les attendus institutionnels, relayés auprès des « opérateurs fonctionnels » de la prévention, portent sur l'évaluation d'impact des interventions, notamment en matière d'évolutions d'habitudes alimentaires. Cette priorité donnée aux consommations alimentaires oblitère d'autres effets, dont ceux relatifs au « bien-être », notion intégrée à la définition de la santé de la charte d'Ottawa (OMS Europe, 1986), et ceux relatifs au « lien social », pourtant présents dans les discours de santé publique (notamment dans le PNBV) et associatif (avec l'idée que la cuisine collective va créer du « lien social »).

Certains effets relatés par les participants portent sur le moment même où l'atelier se produit. L'effet plus largement partagé est celui d'un sentiment de bien-être, pouvant être expliqué par le contexte exceptionnel et l'attention portée entre les uns et les autres pendant ce moment. Les rares personnes n'appréciant pas certains aspects de l'atelier le jugent d'un autre « goût » que le leur, notamment en ce qui concerne les recettes préparées.

4.1. Le ressenti d'un certain bien-être : une émotion nécessaire pour « sensibiliser au bien-manger »

Alors que la santé des personnes âgées devient un enjeu social et économique majeur, les ateliers organisés s'inscrivent dans une certaine idée de ce que bien vieillir veut dire, en premier lieu, le fait de rester « actif », « autonome » et en lien avec autrui. Dans ce paradigme, la cuisine est pensée pour un objectif de « remise en activité », pour des personnes vieillissantes perçues comme en pertes d'autonomie et de plaisir de manger. Lorsque nous abordons spontanément en entretien la question des effets produits par cette participation, nous nous attendons à des réponses en lien avec l'alimentation. Pourtant, une réponse récurrente va concerner un ressenti positif pendant, puis durant les heures qui suivront l'atelier :

> « Ça m'a un peu redonné la pêche, parce que j'ai vu qu'à leur âge elles étaient tellement performantes hein, dynamiques, efficaces dans la cuisine, que je me suis dit c'est incroyable quoi ! » (E2, Émile, 66 ans, niveau de diplôme élevé, ancien coordinateur de projets, divorcé et vivant seul à Paris).

Ou encore :

> « C'était très agréable, la preuve, c'est que même le soir, j'avais du zèle ! » (E1, Maria, 68 ans, de faible niveau de diplôme, standardiste à la retraite, vivant en couple à Paris).

Une personne va expliquer ce ressenti par le fait que, pour une fois, dans ce type d'activité pensée pour les personnes âgées, elle ne s'est pas sentie assimilée à une « vieille » :

> « À partir de la retraite, on n'est rien, on n'est plus rien. On est au même niveau que des personnes de "grand âge", de 95 ans. Mais là ça ne m'a pas du tout gênée ça. Vraiment. Au contraire je n'y ai même pas pensé. Effectivement il y avait des personnes plus âgées, mais ça ne m'a pas gênée du tout. » (E34, Chantal, 65 ans, de niveau de diplôme supérieur, comptable à la retraite, vivant en couple dans les Côtes-d'Armor).

Ce type de réflexion va à l'encontre de la perception des certains hommes qui n'ont pas voulu participer à cette activité de « vieille ». En effet, les personnes chargées d'animer ces ateliers, nous l'avons vu, sont attendues sur le fait de mettre une bonne ambiance et de donner de l'attention à chacun. Par ailleurs, les discussions qui ont lieu au cours de l'atelier participent à ce sentiment :

> « C'était agréable, on a pu communiquer avec les uns et les autres, certaines personnes que je n'avais pas vues depuis longtemps, que je connaissais un peu, j'ai pu parler un peu. Moi je suis assez bavarde hein ! (E31, Yvonne, âgée de 90 ans, vivant seule depuis 45 ans (son mari est décédé jeune), infirmière à la retraite, de haut niveau de diplôme, vivant dans les Côtes-d'Armor).

Ou encore :

> « J'ai trouvé un moment de convivialité, très agréable, la cheffe est très chouette comme personne, une bonne personne, qu'on a envie de rencontrer. Elle émet des ondes positives très agréables. Les gens qui étaient là aussi en toute simplicité, ont mis la main à la pâte, c'était simple, fluide » (E34, Chantal, 65 ans, de niveau de diplôme supérieur, comptable à la retraite, vivant en couple dans les Côtes-d'Armor).

Le caractère éphémère de ce sentiment l'éloigne pourtant de la définition du « bien-être » incluse dans la définition de la santé de l'OMS depuis 1946 (« la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »), qui donne l'impression d'une certaine plénitude ressentie sur un temps long.

On retrouve par contre une définition qui s'approche du ressenti de ces personnes en s'intéressant à la racine du mot « soin ». L'ajout du « bien-être » dans la définition de la santé est une donnée historique, car le terme « soin » vient de l'ancien français « soign », dans l'expression « avoir soign de »

qui signifie « se soucier de, s'intéresser à » (Klein, 2008). C'est parce que des personnes se sont souciées les unes des autres – par des gestes d'entraide en cuisine, en prenant des nouvelles pour les personnes qui se connaissaient déjà, en apportant des conseils personnalisés – qu'elles se sont senties bien.

Le fait que l'atelier ne dure que quelques heures en fait un dispositif léger en termes d'implication sociale : tout le monde sait que ce regroupement est éphémère et qu'il ne s'y joue rien de déterminant, contribuant à ce sentiment de légèreté.

Dans ce sens, l'atelier prend une fonction de *care*. Le soin provient des intervenants, qui ont réfléchi à la démarche, à ce qu'ils allaient proposer et dire, tout en s'intéressant aux particularités des participants, et des participants eux-mêmes, qui ont eu le sentiment de s'être écoutés et entraidés.

L'objectif annoncé dans les politiques publiques, de « sensibiliser » les personnes âgées et leur entourage sur les questions de dénutrition, prend ici le sens de sa définition initiale : sensibiliser signifie « rendre sensible » et au sens figuré, « le fait de susciter l'intérêt d'une personne, d'un groupe ». Comme le suggèrent certains chercheurs travaillant sur la mobilisation dans l'action collective, la « sensibilisation » et la mobilisation autour d'une cause nécessitent au préalable la convocation d'émotions (Traïni & Braud, 2015). Nous extrapolons ici cette approche au sujet du vécu de l'atelier de cuisine, qui provoque, chez la plupart des participants, des émotions positives. Celles-ci pourraient être un prérequis à la mise en sens du contenu de l'atelier.

Dans l'étude quantitative, une seule personne sur 626 se déclare « peu satisfaite » de l'atelier et des intervenants et aucune ne se déclare « pas satisfaite ». Cependant, nous savons qu'il y a un biais dans ces réponses, car les questionnaires ont été passés à la fin et sur les lieux de l'atelier. Ainsi, l'analyse des entretiens est plus éclairante. Au niveau qualitatif, cinq personnes sur 42 ont émis des réserves quant à certains aspects de l'atelier, c'est-à-dire que globalement, elles ont passé un bon moment et en ont été satisfaites, mais que pourtant, certains aspects ne leur ont pas plu.

Un premier volet de réserves émises concerne les recettes réalisées, jugées trop simples ou ne correspondant pas à une image du « bien-manger » qui se voudrait plus restrictive, mettant en lumière des attentes en matière de « goûts » pour certaines préparations, renvoyant à la construction sociale de ce qui doit être apprécié ou non.

Par ailleurs, deux personnes ont porté un jugement négatif sur l'hygiène pendant l'atelier :

> « Bon je trouve ça dégueulasse de mettre la main sur les plats. On ne sait pas comment tout le monde s'est lavé les mains. Bon, je suis un peu maniaque pour ça » (E5, Vivianne, âgée de 69 ans, de haut niveau de diplôme, gérante d'épiceries à la retraite, vivant seule à Paris).

Enfin, sur les 25 ateliers observés (250 participants), deux participantes ont quitté les lieux à la suite de remarques émises par une autre participante, qui parlait avec un certain énervement. Ces ressentis négatifs demeurent très minoritaires.

4.2. Passer un bon moment en groupe ; une raison majeure de participer

L'étude qualitative a permis de connaître la variété des motivations justifiant la participation à l'atelier. Dans l'étude quantitative, nous avons couplé ces réponses à des raisons supplémentaires évoquées par les organisateurs : recevoir des conseils sur les liens entre alimentation et environnement et sur l'alimentation après 60 ans.

Ce travail a par la suite donné lieu à une question fermée dans l'étude quantitative, dont les réponses proposées étaient (plusieurs réponses possibles) :

- Avoir de nouvelles idées de recettes ;
- Apprendre des techniques de cuisine ;
- Passer un bon moment en groupe ;
- Recevoir des conseils diététiques adaptés ;
- Recevoir des conseils sur l'alimentation et l'environnement ;
- Recevoir des conseils sur l'alimentation et la santé après 60 ans.

La raison la plus souvent sélectionnée est celle de « passer un bon moment en groupe » (70, 8%) (figure 110), corroborant les mots des personnes rencontrées en entretien, qui, bien qu'elles aient en parallèle d'autres aspirations qui les poussent à participer, disent qu'elles s'attendaient à passer un bon moment et que le fait de se retrouver en groupe pouvait permettre des échanges intéressants. Les termes « bon moment » et « en groupe » étaient volontairement proposés dans la même réponse, car c'est dans ces termes que les personnes formulaient la nature du bon moment.

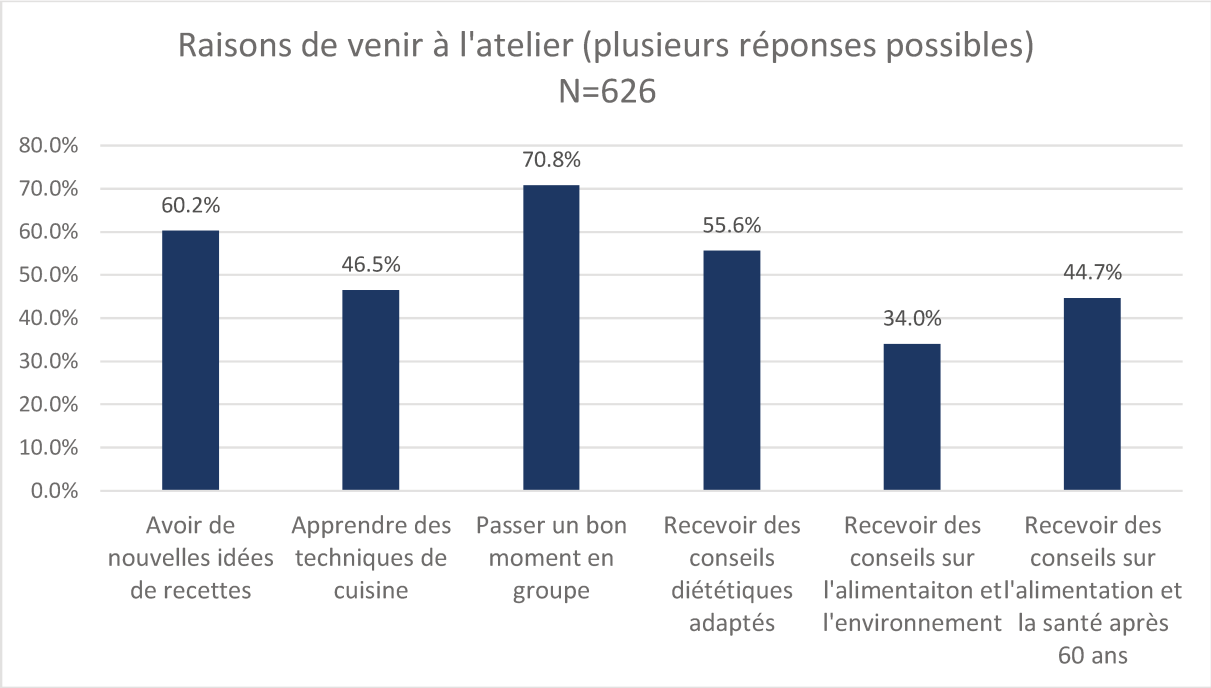


Figure 110 : Raisons de venir à l'atelier (plusieurs réponses possibles)

Nous avons également demandé de donner une note de satisfaction, en lien avec les raisons initiales de venir (figure 111). Si toutes les notes obtenues approchent ou dépassent 9/10, le fait de passer un bon moment en groupe obtient la meilleure note (9,47/10).

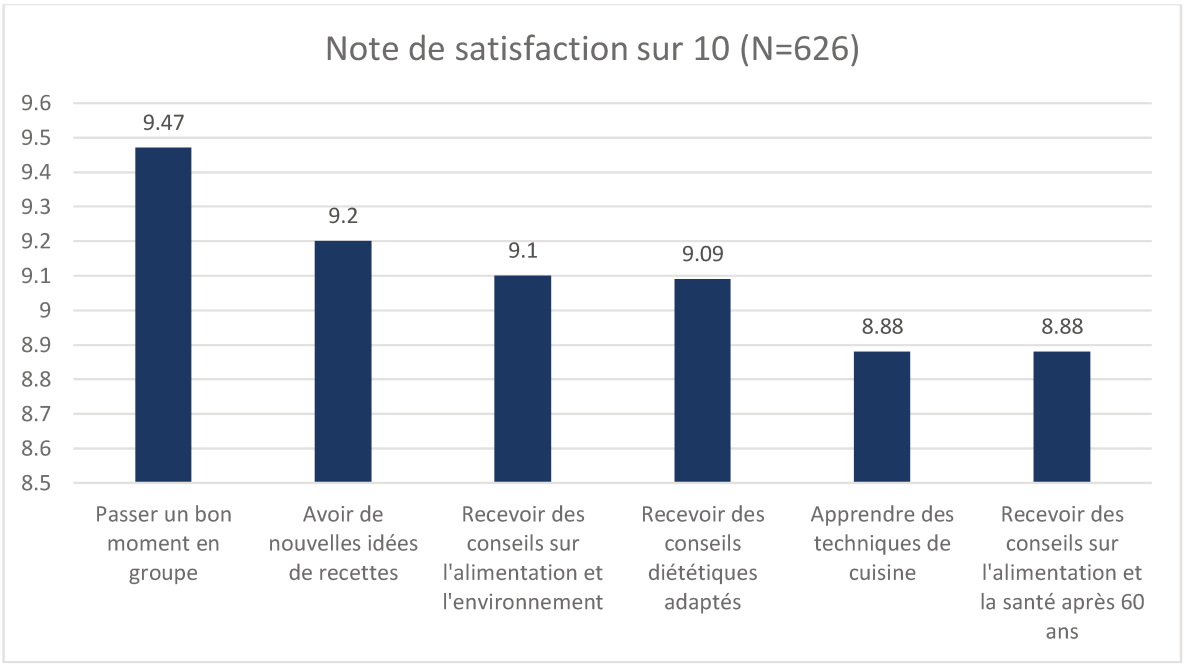


Figure 111 : Note de satisfaction, sur 10

La raison de venir la plus souvent choisie ensuite est celle d'« avoir de nouvelles idées de recettes » (60, 2%), soulignant le fait que nous avons affaire à une population qui, en grande majorité, cuisine tous les jours ou presque et pour qui la question de « savoir ce que l'on mange » est récurrente. De plus, les représentations positives de la cuisine lorsqu'il s'agit d'inviter à manger contribuent à expliquer que des recettes sortant de l'ordinaire peuvent être attendues dans un tel atelier.

Puis, le fait de « recevoir des conseils diététiques adaptés » (55,6 %) est aussi sélectionné par plus de la moitié des répondants. L'étude qualitative montrait que cette raison n'était pas spécialement plus souvent évoquée par des personnes qui avaient plus de connaissances en diététique. Elle pouvait faire l'objet d'un intérêt plus général sur les liens entre alimentation et effets sur la santé et sur le corps. Les interactions en ateliers, puis entretiens, ont parfois révélé des attentes normatives fortes sur la dimension diététique :

> « J'y suis allée comme ça, pour voir ce qu'il <u>faut</u> faire à manger » (E39, Yvette, âgée de 76 ans, veuve, faible niveau de diplôme, ouvrière à la retraite, vivant seule dans le Haut-Rhin).

Ou encore :

> « On a discuté avec la diététicienne, elle m'a posé des questions sur ma manière de manger et tout ça. Ben elle m'a dit que c'était parfait hein ! J'étais curieuse hein ! De <u>savoir si je faisais des fautes</u> ou si c'était bien ce que je faisais ou pas » (E3, Samira, 77 ans, ancienne institutrice et gérante de magasin, haut niveau de diplôme, veuve, vivant seule à Paris).

Nous constatons que certaines raisons de venir sont sélectionnées différemment selon le genre. S'il n'y a pas de différence significative concernant le fait de vouloir trouver de nouvelles idées de recettes, d'apprendre des techniques de cuisine, de recevoir des conseils diététiques adaptés ou des conseils sur l'alimentation et l'environnement, le fait de venir pour passer un bon moment en groupe est significativement plus souvent invoqué par les femmes (72,6 %) que par les hommes (59,0 %) (annexe A 73 : $\chi^2 = 6.36$, $p = 0{,}012$).

Il est alors intéressant de savoir si les personnes anticipent un bon moment passé en groupe avec des personnes qu'elles connaissent bien, ou moins bien.

Sur ce point, nous avons posé une question sur la nature des relations avec les autres personnes présentes aux ateliers de cuisine, avec les réponses possibles :

- Un ou des amis à vous ;
- Un ou des membres de votre famille ;
- Une ou plusieurs connaissances ;
- Une ou plusieurs personnes que vous reconnaissez mais sans les connaître ;
- Vous ne connaissez personne.

La plupart des participants ont avec eux, en atelier, une ou plusieurs connaissances (46,5 %) et un ou des amis à eux (40,4 %) (figure 112).

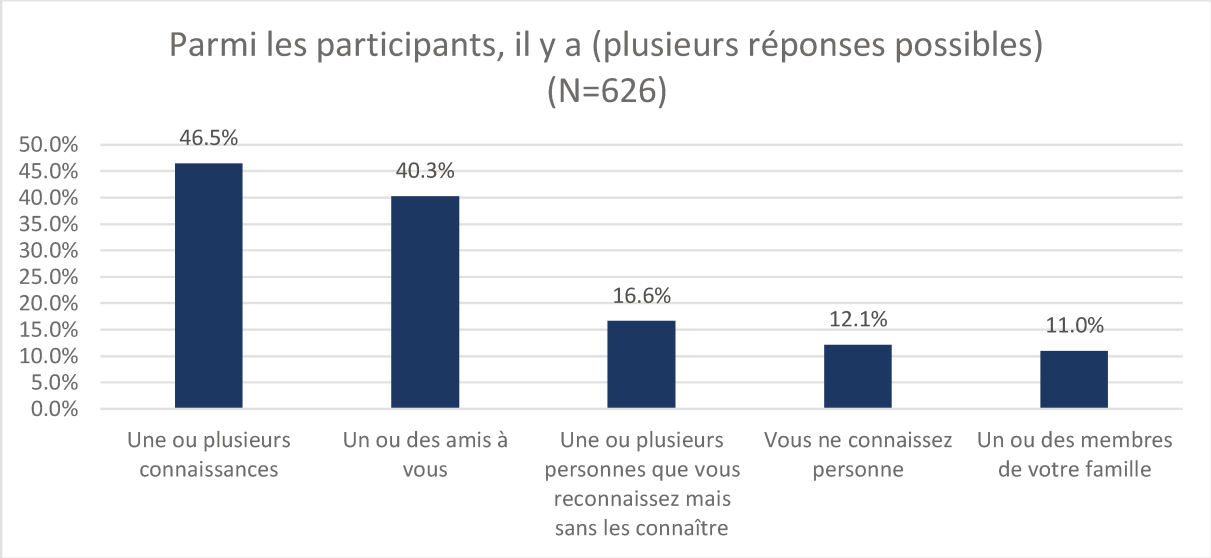


Figure 112 : Personnes connues ou reconnues parmi les participants (plusieurs réponses possibles)

Il est assez remarquable de constater que seuls 16,6 % des participants reconnaissent une ou plusieurs personnes, mais sans les connaître, et que seuls 12, 1 % ne connaissent personne. Enfin, 11,0 % connaissent un ou des membres de leur famille parmi les participants. L'étude qualitative a permis de montrer qu'il s'agissait le plus souvent des conjoints, et plus rarement, de frères ou de sœurs qui habitent dans un endroit proche.

Lorsque nous croisons ces résultats avec le genre, nous constatons que :

- Les femmes ont significativement plus souvent des amies à elles dans l'atelier (41,8 %) que les hommes (30,1 %) (annexe A 74 : $\chi^2 = 4,09$; $p = 0,043$) ;
- Les hommes (26,5 %) ont significativement plus souvent un ou des membres de leur famille en atelier que les femmes (8,7%) (annexe A 75 : $\chi^2 = 23,39$; $p = 0,000$).

Nos résultats tendent ainsi à montrer que l'atelier de cuisine est une activité de sociabilité avec des personnes vivant hors du foyer plus souvent pour les femmes que pour les hommes. En effet, concernant les participants hommes, les résultats de l'enquête qualitative laissent penser que les membres de la famille présents à l'atelier sont principalement les conjointes des participants. Dans cette étude, les trois hommes interrogés venus à l'atelier accompagnés l'étaient par leur conjointe, et les neuf hommes venus seuls vivaient seuls.

Enfin, concernant les raisons de venir, le fait de recevoir des conseils adaptés sur l'alimentation à partir de 60 ans est une raison significativement plus souvent choisie par les femmes (46,4 %) que par les hommes (33,7 %) (annexe A 76 : $\chi^2 = 4.68$; $p = 0,031$). Ce point révèle le prolongement d'une attention particulière portée sur ce qu'il est « bon » de préparer à manger, chez les femmes, y compris s'agissant de conseils spécifiquement adressés aux personnes âgées. Sur ce point, les entretiens ont révélé des femmes plus souvent informées tout au long de leur vie, en lien avec leur rôle de *care*, et des hommes plus souvent intéressés lorsqu'un événement de santé récent a eu lieu.

Le bien-être, le prolongement de sociabilités, mais aussi la reconnaissance de savoir-faire, ne sont pas mesurés dans les évaluations voulues par les organes financeurs des ateliers. Cela produit un effacement des dimensions relationnelles, pourtant centrales, relatives à la cuisine, chez les personnes vieillissantes que nous avons interrogées.

4.3. Cuisine domestique, cuisine d'atelier, ou les potentialités des liens sociaux

Comme nous l'avons souligné dans la revue de littérature, les notions de « lien social » et d'« isolement social » sont fréquemment mobilisées pour expliquer la perte d'autonomie et la dénutrition (aussi bien comme cause que comme conséquence), sans pour autant faire l'objet de définitions stabilisées. Nous avons montré (chapitre 6) que l'association étudiée considérait la cuisine et le repas collectif comme des leviers pour « lutter contre l'isolement social », car ils incarnent la convivialité, un contexte socialisateur fort tout autant qu'utile à la santé dans sa dimension de bien-être. Il est à présent possible

de mieux préciser les types de « liens sociaux » à l'œuvre en atelier, et de comprendre ce qu'ils rendent possible en matière d'activité culinaire, de sociabilité et de santé.

La participation répond en effet à une pluralité de logiques d'attachements (Paugam, 2025, p. 17), identifiées au niveau du foyer et de l'atelier de cuisine :

- Un attachement familial dans la sphère domestique, qui amène à penser à une alimentation « bonne » pour la santé, pour soi, le conjoint et les autres membres du foyer ;
- Un attachement électif envers des proches qui n'habitent pas au domicile, à travers la préparation de repas d'invitation, dans des contextes plus ou moins exceptionnels ;
- Un attachement à des structures locales qui accueillent l'atelier et dans lesquelles une relation peut exister aussi avant et après l'atelier ;
- Enfin, un attachement spécifique en atelier, à travers l'investissement dans des tâches de préparation culinaire, les interactions spontanées et sollicitées, avec les intervenants et les autres participants.

Ces différentes formes d'attachements peuvent être qualifiées de liens « forts », ou « faibles », en référence à la définition de Granovetter (1973). Par rapport aux liens « forts », les liens « faibles » sont des relations sociales caractérisées par :

- Peu de fréquence de contact ;
- Moins d'intimité ;
- Une faible réciprocité émotionnelle
- Une interaction superficielle ou occasionnelle (*ibid*.).

Dans cette perspective, l'atelier de cuisine peut être défini comme un générateur de liens « faibles ». En effet, il s'agit le plus souvent d'un événement ponctuel, réduisant les probabilités, pour les participants, de se revoir. Toutefois, selon l'organisation de la structure locale, notamment des services qu'elle propose en dehors des ateliers de cuisine, tels que des aides sociales, une « cantine sénior », des sorties, ou encore un jardin potager, ces structures engagent plus ou moins les participants dans des relations sociales. Les modalités de recrutement (entre un affichage dans une commune et la sollicitation personnalisée par un responsable de la structure locale) influencent également la nature des liens qui préexistent ou qui se nouent en atelier.

Il est significatif de noter que 46,5 % des participants déclarent y trouver des « connaissances ». Certaines personnes mentionnent l'échange de contacts utiles – le nom d'un médecin généraliste, ou d'une diététicienne en libéral. D'autres évoquent le partage de conseils entre participantes – échange de recettes ou de techniques. Enfin, plusieurs relèvent des discussions avec la diététicienne ou le chef de cuisine présents, qui les incitent, à l'issue de l'atelier, à revenir les voir pour une consultation ou

pour aller manger dans leur établissement. Ces observations permettent d'affirmer que ces liens « faibles » jouent un rôle déterminant dans la diffusion d'informations (au-delà des recommandations diététiques et de cuisine) et dans la structuration des réseaux. Ils offrent l'opportunité de se connecter à des réseaux sociaux différents de ceux caractérisés par des liens « forts » (en premier lieu, familiaux), facilitant ainsi l'accès à de nouvelles ressources ou connaissances.

En nous plaçant à présent du côté de la sphère domestique, nous avons constaté (chapitre 3) le fait que certains participants souffraient de solitude. Nous avons également vu (chapitre 6) que l'association, dans le prolongement des recommandations de santé publique, affirme « lutter contre l'isolement » grâce aux ateliers. Les résultats qualitatifs et quantitatifs confirment cette orientation : les personnes déclarant souffrir de solitude sont plus souvent venues pour passer un bon moment en groupe que les personnes qui n'en souffrent pas (annexe A 77 : $\chi^2 = 7{,}35$; $p = 0{,}025$). Elles correspondent donc, dans leurs attentes, à ce qui est attendu d'elles.

En revanche, les personnes vivant seules ne répondent pas significativement plus que les personnes vivant en couple venir à l'atelier pour « passer un bon moment en groupe » (70, 8% et 72, 2%). Cela confirme que vivre seul et souffrir de solitude sont des indicateurs distincts, s'agissant de la cuisine et des ateliers. Comme nous l'avons vu précédemment, le fait de vivre seul induit un modèle alimentaire particulier, correspondant moins aux normes des trois repas quotidiens et du « fait maison ». À l'inverse, souffrir de la solitude peut motiver la participation à l'atelier. Autrement dit, « vivre seul » renvoie à une configuration domestique et à un espace social alimentaire particulier, tandis que « souffrir de la solitude » indique une attente vis-à-vis des effets de l'atelier sur les liens sociaux.

Par ailleurs, les personnes connaissant un lien « fort » en atelier, répondent significativement plus que les autres venir « pour passer un bon moment en groupe ». C'est le cas des personnes connaissant des amis (79,4 %) (annexe A 78 : $\chi^2 = 15{,}07$; $p = 0{,}000$) et de celles ayant un ou des membres de leur famille dans l'atelier (82,6 %) (annexe A 79 : $\chi^2 = 5{,}26$; $p = 0{,}022$). Cela indique que des liens « forts » n'empêchent nullement l'envie de passer un moment collectif. Les entretiens montrent plutôt que le fait de bien connaître un participant agit plutôt comme une sorte d'« amorce relationnelle », qui invite à s'investir dans l'atelier.

Enfin, il est possible de décrire l'effet de l'atelier de cuisine dans ce qu'il fait aux relations sociales en dehors de celui-ci. D'une part, l'activité culinaire d'invitation est généralement représentée positivement, en particulier chez les femmes, et l'objet d'anticipations sur ce qui va plaire aux convives, ainsi que sur les choix de recettes. Cet aspect, qui articule cuisine et relations électives, s'avère central pour comprendre l'envie de s'améliorer en cuisine grâce à l'atelier. De fait, ce sont les personnes ayant la plus grande fréquence de cuisine qui apprennent le plus en atelier sur le sujet. Cela suggère qu'elles

renforcent effectivement leurs compétences en vue d'invitations à manger futures, contribuant ainsi à développer ou maintenir des relations sociales importantes pour elles. D'autre part, l'apprentissage des liens entre cuisine et santé, lorsqu'ils sont appropriés, permettent aux participants « mieux » prendre soin d'eux-mêmes, de leur conjoint ou de leurs proches. L'atelier devient alors un espace d'élaboration de pratiques de *care*, au croisement de la nutrition, du lien social et du quotidien domestique.

Pour clore ce chapitre, nous dépassons le périmètre des ateliers, afin d'observer les impacts que cette recherche a pu engendrer sur les orientations et actions de l'association.

5. Ce que la recherche fait à l'action : effets, limites et perspectives

L'une des spécificités d'une thèse réalisée en Cifre réside dans l'intégration du chercheur à son terrain de recherche. Dans notre cas, cette immersion a permis une interaction constante avec les salariés de l'association, facilitant la récolte d'avis, l'ajustement des questionnements, et des échanges nourris au fil de la présentation des résultats. Les résultats issus de ces interactions sont particulièrement visibles dans les chapitres 6 et 7.

Nous allons à présent analyser, d'une part, ce que les résultats de la recherche en thèse ont changé au sein de l'association, et d'autre part, ce qu'ils n'ont pas modifié. En effet, si certains enseignements de la thèse appellent à des évolutions de pratiques, celles-ci se heurtent parfois aux logiques organisationnelles en place.

Au-delà des résultats directs de la production de connaissances, nous nous intéresserons également à l'impact de l'intégration d'une démarche de recherche – adossée à un poste de responsable scientifique – sur la légitimation de l'association. Cette évolution a favorisé un dialogue renforcé avec des experts, ainsi que la production de résultats désormais mobilisables par le monde académique, et dont le recueil et l'analyse sont également construits avec eux.

Ainsi, la recherche-action ne se limite pas à la production de connaissances à partir d'enquêtes qualitatives et quantitatives : elle contribue à renforcer la capacité de l'association à produire, interpréter et mobiliser des données scientifiques, à prendre part aux échanges entre les acteurs de la recherche et de l'action publique.

5.1. Effets du partage des résultats de la thèse sur l'action de l'association

5.1.1. La résonance limitée des résultats sur l'évolution des actions menées

Comme évoqué au chapitre 7, les parties prenantes chargées de la mise en œuvre des ateliers disposent de peu d'informations sur les participants avant leur venue. La recherche menée a permis d'appréhender la diversité des parcours de vie et manières de concevoir les liens entre alimentation et santé chez ces derniers. Si ces résultats offrent un éclairage utile sur les modes de pensée et d'action des participants, ils ne permettent pas à eux seuls d'anticiper les profils de celles et ceux qui viendront dans de futurs ateliers.

Des discussions ont été engagées à ce sujet dans des réunions d'équipe – hebdomadaires, organisées en présentiel et en visioconférence. Elles ont conduit, grâce à l'évolution concomitante de certains modèles de financement permettant d'organiser plusieurs actions consécutives dans un même lieu, à expérimenter une nouvelle modalité : consacrer le premier atelier à une meilleure connaissance des publics, pour adapter les contenus des séances suivantes. Si les contours de cette implication ne sont pas encore tout à fait définis, cette initiative constitue une première démarche impliquant les participants dans la définition des contenus et des objectifs.

Toutefois, malgré la mise en avant de résultats parfois ambivalents concernant l'inclusion des participants et les effets des ateliers, les modalités de sélection du public ne changent pas. La nécessité d'atteindre un certain nombre de participants dans un territoire donné continue de prévaloir, ce qui limite la capacité de l'association à donner la priorité à certains publics. Cette situation souligne la nécessité d'ouvrir un dialogue, afin de rediscuter collectivement de la définition des publics cibles, au-delà du seul critère d'âge. D'autant plus que nous avons pu montrer que l'âge, pris isolément, a un faible effet sur les résultats, par rapport à d'autres critères, tels que les conditions sociales et les parcours de vie.

Par ailleurs, si les effets des ateliers en matière de renforcement des « liens sociaux » ont pu être analysés, leur reconnaissance institutionnelle – par les financeurs et les structures de santé publique – reste limitée. Il serait utile d'initier une discussion pour intégrer ces effets dans les critères d'évaluation. Ceci permettrait de revaloriser, de manière objectivée, les notions de « convivialité » et de « vivre-ensemble » défendues par l'association.

5.1.2. Renforcer la mesure d'impact

Un autre apport de la thèse pour l'association réside dans l'évolution de sa démarche de mesure d'impact, amorcée en parallèle du travail doctoral. La méthode en place depuis fin 2020, a connu de premiers changements au début de l'année 2023, avec le passage de fichiers Excel partagés, vers un logiciel en ligne, abritant questionnaires, base de données et analyses. Cette évolution a permis d'amorcer une méthode d'arbitrage, partagée avec l'ensemble des chefs de projets, pour définir collectivement de nouveaux questionnaires et de nouvelles questions.

La recherche doctorale a permis de réviser les outils et les indicateurs mobilisés. La revue de littérature sur les inégalités de santé a conduit à l'introduction de nouvelles variables sociodémographiques dans les questionnaires. Ainsi, le niveau de diplôme et la configuration du foyer ont été ajoutés pour mieux caractériser les participants, ce, dans toutes les actions menées. Deux autres variables sociodémographiques, la profession avant la retraite et le niveau de revenus n'ont, elles, pas été retenues. Ces questions ont été jugées intrusives par des répondants et des chefs de projets. Ceci illustre une tension importante entre la manière de penser l'action associative, qui se distingue de celle de la démarche scientifique. Bien que les deux types de dispositifs partagent une certaine attention au respect des volontés des participants, un questionnaire délivré dans le cadre d'une recherche fait l'objet d'une signature de consentement : la personne est informée du fait qu'elle participe à une recherche, la feuille de consentement éclairé stipule que la personne peut répondre aux questions qu'elle souhaite et a le droit de se retirer de l'enquête si elle le souhaite. La mesure d'impact, elle, est réalisée au service de l'association et du financeur, et non pas au nom de la connaissance scientifique ; elle relève d'une logique instrumentale. Face à ces enjeux, les ARS et la CNSA recommandent depuis quelques mois aux « opérateurs », dont l'association fait partie, de faire appel à des organismes extérieurs afin de mener les évaluations. Cette recommandation soulève une nouvelle difficulté : l'absence de financement dédié à ce type de prestation dans la majorité des projets.

Enfin, d'autres enquêtes ont vu le jour en vue de mesurer l'impact d'autres types d'actions, auprès d'autres types de participants (enfants, adolescents, étudiants, parents, aidants, professionnels…). Ces outils ont été élaborés en suivant une méthodologie classique en sociologie : revue de littérature, identification des problématiques avec les publics (telles que la diversification alimentaire des enfants, ou encore l'alimentation en situation de précarité financière), puis tests validant la formulation de nouvelles questions.

Il apparaît donc que la recherche doctorale a favorisé une montée en réflexivité par les membres de l'association, sur la nature et la pertinence des méthodes et des indicateurs mobilisés dans la

démarche d'évaluation. Elle a également contribué à faire émerger une culture de l'enquête plus critique et plus adaptée aux publics.

5.2. La création d'un comité d'experts : une formalisation de la légitimité scientifique

5.2.1. Genèse et contexte

Dès le début de la collaboration avec la structure d'accueil, fin 2021, nous nous sommes accordées avec la directrice de l'association sur l'intérêt de réunir un comité d'experts. En effet, la directrice, interagissant déjà avec des professionnels de santé et des chercheurs spécialisés de la dénutrition et de l'alimentation des personnes âgées, souhaitait formaliser ces échanges. De notre côté, l'idée est partie d'une double expérience : celle de l'exigence de la production scientifique acquise dans le cadre universitaire et industriel, et celle d'une pratique professionnelle antérieure, de coordination de comités d'experts, pour des projets de recherche-action ou de gouvernance partagée. Ce vécu a permis d'identifier en quoi un tel dispositif pouvait contribuer à enrichir l'action de l'association. En effet, comme leur nom l'indique, ces comités permettent d'apporter un regard « expert », c'est-à-dire « éprouvé, qui a fait ses preuves »[60], sur les stratégies employées (d'action et d'évaluation). En cela, ils peuvent renforcer la robustesse scientifique des approches mobilisées. De nouveaux projets peuvent être initiés avec la participation de ce comité, contribuant à impliquer l'association dans la démarche scientifique et dans la production de connaissances. Ces démarches font passer l'association du rôle d'« observatrice » des tendances et évolutions dans son domaine, au rôle d'« actrice » du changement. Cette transformation était d'autant plus perçue comme nécessaire que les financeurs demandaient une montée en rationalité scientifique concernant l'impact des actions.

La recherche d'une interdisciplinarité a dès le départ été centrale, afin de ne pas s'en tenir à l'expertise médicale ou sanitaire, mais d'intégrer l'approche sociale et comportementale. Ainsi, nous avons contacté des chercheurs et praticiens dans les domaines de la nutrition, de la gériatrie, de la sociologie et de la psychosociologie. Le premier comité d'experts s'est tenu au début de l'année 2023[61].

[60] https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9E3436 Dictionnaire de l'Académie française. Page consultée le 23 septembre 2025.

[61] La présentation de ce comité est disponible sur cette page Internet : https://lesinsatiables.org/qui-sommes-nous/les-insatiables-notre-comite-dexperts/ Page consultée le 23 septembre 2025.

5.2.2. Missions et dynamiques

Trois missions guident la démarche du comité. La première est d'apporter un avis consultatif et critique sur les stratégies mises en place. Si auparavant, les professionnels de santé et chercheurs ont été mobilisés pour valider des contenus produits dans le cadre de projets d'actions, il s'agit ici d'aborder le sens des stratégies employées. Plus spécifiquement, en lien avec les demandes d'apporter des résultats probants, les experts ont apporté des conseils sur les temporalités de l'évaluation, ainsi que sur les thèmes pouvant être abordés lors de cette démarche.

La deuxième mission est de donner des conseils sur les projets d'actions. Ainsi, lors de chaque comité, la moitié du temps est dédié à la présentation de projets en cours et futurs, et l'autre moitié à la présentation de résultats par les experts. Sur ce point, les experts ont notamment mis en avant le besoin de plus et mieux communiquer sur l'étendue des savoir-faire de l'association.

La troisième mission, à plus long terme, est d'initier des partenariats de recherche et de publication scientifique. Une première publication est en cours, présentant une méthodologie et des résultats sur un projet mené en EHPAD.

La création du comité d'experts facilite un dialogue avec des chercheurs de plusieurs disciplines et produit de nouvelles connaissances. En cela, il augmente la légitimité scientifique de l'association.

Une dernière expérience a permis de la placer au cœur de la production scientifique, avec l'organisation d'une mesure d'impact de la Semaine nationale de la dénutrition.

5.3. La mesure d'impact de la Semaine nationale de la dénutrition : un apport au service de l'action publique

Depuis 2019, le Collectif de lutte contre la dénutrition, mandaté par le ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités dans le cadre du Programme national nutrition santé 2019-2023, organise la Semaine nationale de la dénutrition (SND). L'objectif de la SND est de mobiliser les professionnels de santé, les citoyens et les tutelles pour sensibiliser, prévenir et lutter contre la dénutrition. Dans le cadre de la convention qui lie le Collectif de lutte contre la dénutrition et la Direction générale de la Santé, une mesure d'impact a été réalisée, afin d'évaluer les effets de la Semaine nationale de la dénutrition auprès des professionnels de santé. Celle-ci a été annoncée dans le bilan de la mise en œuvre du PNNS 2019-2023 (ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités, 2024, p. 93).

5.3.1. Initiation de la mesure d'impact

Ce projet débute par l'annonce de la Semaine nationale de la dénutrition de 2023, événement au cours duquel est mentionné le travail à venir sur la mesure d'impact de cet événement annuel. Curieuse d'en savoir plus, puisque nous travaillons sur un sujet proche, des discussions avec la Présidente de l'association et notre directeur de thèse aboutissent à un projet de mesure d'impact.

Ce travail a été mené avec l'appui des membres du Collectif de lutte contre la dénutrition et avec un comité scientifique, composé de médecins généralistes, oncologues, gériatres, diététiciennes et sociologues, réunis pour l'occasion. Il s'agissait d'interroger, à travers des entretiens semi-directifs, des professionnels de santé plus ou moins en lien direct avec la dénutrition dans leur pratique professionnelle, dans divers lieux d'exercice (milieu hospitalier, EHPAD, pharmacies).

5.3.2. Un impact sur l'action publique

Ce projet a montré une fois encore l'interaction possible avec des experts interdisciplinaires, autour d'un projet commun, ainsi que la légitimité pour l'association de produire une étude scientifique. Du côté de la thèse, ce travail a permis d'enrichir notre compréhension des controverses portant sur la définition de la dénutrition comme une maladie. Il a aussi permis de mieux comprendre la posture des diététiciennes intervenant en atelier de cuisine, lorsque celles-ci avaient ou avaient eu, en parallèle, un parcours dans le secteur hospitalier.

Cette mesure d'impact a permis de faire remonter trois types d'observations de terrain, utiles au renforcement des actions de la SND. Tout d'abord, le manque de formation spécifique chez des professionnels de santé ayant des personnes à risque dans leur patientèle (médecins généralistes, pharmaciens, infirmières) a été mis au jour. Puis, les résultats ont révélé la diversité des représentations de la dénutrition selon le type de travail exercé, plus ou moins proche de l'alimentation quotidienne des patients, générant une réflexion sur les contours de la médicalisation de l'alimentation dans le secteur hospitalier. Enfin, des adaptations possibles des outils de communication ont été suggérées, afin d'être encore plus proche des pratiques en cours.

À travers ce travail, l'association a ouvert un espace de dialogue entre chercheurs, soignants et institutions de plusieurs disciplines. Cela témoigne de la possibilité, pour une structure associative, en lien avec des chercheurs et autres experts, de contribuer à la compréhension de la santé par l'alimentation au cours du vieillissement.

Conclusion du chapitre 8

Ce chapitre a prolongé l'analyse des effets des ateliers de cuisine, en interrogeant la manière dont les participants s'approprient les savoirs et savoir-faire qui y sont présentés. Les effets observés confirment que ces ateliers profitent prioritairement aux personnes déjà investies dans l'activité culinaire : les ateliers renforcent des compétences existantes et nourrissent un sentiment de valorisation personnelle. À l'inverse, les effets sont plus limités chez les personnes qui s'en remettent aux intervenants pour obtenir des conseils nutritionnels ou transformer en profondeur leurs pratiques : leur rapport à l'atelier est souvent marqué par un décalage entre attentes et contenus proposés.

Les données sociodémographiques enrichissent cette lecture. Le genre apparaît comme un facteur structurant : les femmes, notamment celles de positions sociales favorisées, mobilisent plus facilement les acquis de l'atelier, en cohérence avec leur socialisation à la cuisine comme espace de *care*. Les hommes, quant à eux, déclarent plus souvent avoir appris des choses nouvelles, mais traduisent moins ces apprentissages en actions concrètes. Le niveau de diplôme joue également un rôle clé : les plus diplômés partagent les références des intervenants, facilitant l'adhésion et la satisfaction, tandis que les moins diplômés peuvent ressentir un écart, voire une frustration vis-à-vis des recommandations, perçues comme éloignées, ou prescriptives.

La configuration du foyer introduit une autre ligne de rupture : les personnes vivant seules sont moins nombreuses à déclarer des apprentissages, leur rapport à la cuisine étant façonné par des logiques de simplification, d'efficacité, parfois de désengagement, peu compatibles avec les formats collectifs valorisant la préparation partagée et le plaisir de cuisiner pour autrui. Ces différences soulignent l'inadaptation partielle du format d'atelier à certaines réalités de vie.

L'appropriation des recettes est un autre indicateur révélateur. Rarement transposées telles quelles dans l'espace domestique, elles sont le plus souvent réutilisées lors d'occasions exceptionnelles. Cette réappropriation dépend à la fois de compétences préexistantes, de la capacité à adapter les recettes aux contraintes du quotidien, mais aussi de normes implicites sur le « bien-manger ». Il ne suffit pas que les recettes soient techniquement faisables pour être appropriées ; il faut aussi qu'elles résonnent avec les repères culturels et les préférences personnelles des participants.

Par ailleurs, ces ateliers ne sont pas des espaces neutres. Ils rejouent des rapports sociaux : des hiérarchies informelles se forment autour du genre, du statut professionnel ou du niveau de compétence culinaire. Certains participants y retrouvent des rôles passés de cuisinier ou de parent nourricier, et tendent à exposer, voire à imposer, leurs normes aux autres. Les écarts de légitimité sont

ainsi perceptibles dans les interactions, et peuvent générer jugements ou tensions. Ces dynamiques vont parfois à l'encontre des objectifs de mixité et d'inclusion portés par les associations.

Les effets les plus significatifs ne résident pas uniquement dans les apprentissages techniques ou diététiques, mais dans les dimensions relationnelles. Le sentiment de bien-être, la reconnaissance sociale et le renforcement des liens sociaux (« faibles » et « forts ») sont au cœur de l'expérience vécue par les participants. Ces effets, annoncés dans les objectifs des actions puis relégués au second plan dans les cadres d'évaluation plébiscités, montrent pourtant que la cuisine domestique et la cuisine en commun dans le format « atelier » sont des vecteurs de lien et de *care*.

En ce sens, la recherche-action menée dans le cadre de cette thèse permet non seulement de mieux comprendre les mécanismes d'appropriation et les inégalités d'effets, mais aussi de mettre en lumière les apports et limites des formats actuels. Les ateliers de cuisine, par leur construction voulue comme neutre – qui ne tient pas particulièrement compte de la construction de rôles genrés autour du travail alimentaire, ni des différences de connaissances et de savoir-faire culinaire et diététique – apparaissent comme des espaces ambivalents : ils sont à la fois porteurs d'effets positifs sur la cuisine (pour les personnes ayant un certain « savoir-faire diététique ») et sur le prolongement de liens sociaux, et révélateurs d'inégalités sociales de savoirs et de savoir-faire.

Ces effets ambivalents résultent d'une tension entre, d'une part, les objectifs de santé publique (normaliser les comportements alimentaires pour prévenir la dénutrition et la perte d'autonomie), d'autre part, les logiques d'intervention associative (proposer aux personnes âgées des ateliers mettant en scène les modalités gastronomiques et diététiques de la cuisine, vue comme une activité permettant de « bien vieillir ») et enfin, les expériences hétérogènes vécues par les participants (façonnées par la construction genrée d'un rapport à la cuisine et des liens entre santé et alimentation).

Au-delà du terrain qualitatif et quantitatif, il apparaît que la recherche doctorale favorise une montée en réflexivité par les membres de l'association, sur la nature et la pertinence des méthodes et des indicateurs mobilisés dans la démarche d'évaluation. L'expertise scientifique internalisée dans le cadre de la convention Cifre favorise un dialogue avec des chercheurs de plusieurs disciplines et produit de nouvelles connaissances. En cela, elle augmente la légitimité scientifique de l'association et lui permet de poursuivre les interactions avec les acteurs des politiques publiques de la santé et du vieillissement.

Conclusion générale

La thèse trouve son origine dans la commande formulée par une association : mettre en lumière les effets des actions qu'elle mène auprès des personnes âgées. Ce point de départ a conduit à interroger le développement d'un dispositif – des ateliers de cuisine à destination des personnes vieillissantes – reconnu comme légitime par l'ensemble des parties prenantes (organismes financeurs publics et privés, et plus généralement, les organismes mettant en place les politiques publiques de l'autonomie et de la santé en France). Nous avons ainsi questionné les indicateurs d'impact, tels que définis par ces institutions.

Transformant cette question de départ en question de recherche, ce travail s'est attaché à comprendre comment les rapports différenciés entre alimentation et santé au cours du vieillissement, construits par les institutions et par les personnes vieillissantes, agissaient sur les effets produits par ces dispositifs de prévention.

Dans un premier temps, nous exposerons les apports de la recherche, en particulier la manière dont elle s'inscrit dans les concepts existants, tout en contribuant parfois à les renouveler. Nous aborderons ensuite les limites de la recherche, tant méthodologiques qu'analytiques, avant d'ouvrir des perspectives pour des recherches futures. Enfin, nous reviendrons sur des approfondissements possibles pour l'association qui a accueilli cette thèse pendant un peu plus de trois ans.

1. Apports de la thèse

1.1. Transitions et épreuves modifiant la cuisine au cours du vieillissement

Notre travail s'est centré sur un volet de l'alimentation : l'activité culinaire, et ses liens avec la santé pour les personnes vieillissantes. Notre recherche montre que les pratiques culinaires évoluent au cours du vieillissement sous l'effet de transformations liées aux transitions dans le cycle de vie, et à d'autres épreuves plus imprévisibles et singulières (chapitre 4). L'une des hypothèses de départ portait sur les événements liés au vieillissement, qui reconfigurent les pratiques alimentaires, voire incitent la participation à l'atelier de cuisine. Certains événements et transformations ont déjà été particulièrement étudiés en lien avec les changements alimentaires : il s'agit du passage à la retraite, de la « dépendance culinaire », du veuvage et du changement de lieu de vie (Cardon & Gojard, 2008 ; Cardon, 2010a, 2015a ; Poulain, 2017a ; Zuddas, 2019). Sur ce volet, notre recherche a porté particulièrement sur les changements du rapport à la cuisine, en lien avec des événements de vie et d'autres changements, et a permis d'en éclairer certains aspects.

Ces liens ont été explorés tout d'abord dans la durée, ce qui a permis de décrire des parcours de vie culinaires, composé de plus ou moins de périodes d'apprentissage, à la fois de la cuisine et d'un rapport positif à celle-ci. Cet exercice a aussi permis de révéler des changements alimentaires liés directement à des transitions dans le cycle de vie : passage à la retraite, séparation, départ des enfants, maladie, maladie d'un proche et décès du conjoint.

Le passage à la retraite s'est révélé être l'événement prévisible le plus souvent associé à un changement alimentaire : il provoque, et en particulier pour les femmes, le fait de cuisiner plus souvent. Ceci est expliqué par le retour des repas au domicile à partir de la retraite, pour les individus qui mangeaient sur ou près de leur lieu de travail, induisant plus de cuisine au domicile (Poulain, 2017a), mais aussi par le fait que la totalité des répondants sont à la retraite, tandis que tous n'ont pas vécu les autres transitions.

Le second événement le plus souvent cité concerne le départ des enfants, qui entraîne en majorité une diminution de la fréquence de cuisine, en particulier chez les femmes, révélant le rôle prépondérant de ces dernières dans le fait de cuisiner pour le foyer, tout autant que la variable des enfants au foyer pour expliquer l'obligation perçue de préparer à manger.

Le décès du conjoint entraîne plusieurs changements d'ordre négatif (perte d'appétit, moindre fréquence de cuisine), retrouvés dans les entretiens, puis dans les questionnaires.

Ainsi, bien que le maintien de la cuisine – notamment chez les femmes – à la suite du décès du conjoint soit souhaité (Cardon, 2010a), cet événement conduit temporairement à remettre en question la raison d'être de cette activité. La maladie du conjoint tend, quant à elle, à provoquer des ajustements de la part de l'autre membre du couple, et ceci est particulièrement visible chez les hommes en impliquant une « prise » d'activité culinaire chez ces derniers, lorsque la partenaire ne peut plus en assurer tout ou partie. Ceci avait déjà été mis en lumière sur d'autres terrains, analysant la « délégation culinaire » dans les couples vieillissants (Cardon & Gojard, 2008).

Parmi les évolutions dans le cycle de vie, se retrouver à vivre seul (à la suite d'une séparation ou d'un décès) provoque trois types d'évolutions marquées. La première porte sur le temps et le contenu de la cuisine. En effet, vivre seul tend à simplifier l'activité culinaire au niveau quantitatif : moins de temps passé, moins de fréquence culinaire, plus de plats « tout prêts », plus de sauts de repas. Au niveau qualitatif, et ceci est surtout visibles chez les femmes très impliquées dans cette activité, l'étendue du répertoire culinaire se réduit, ainsi que les techniques de cuisine employées, sans toutefois provoquer un désengagement. L'attention portée aux sensations du corps s'accroît (faim, satiété, douleurs, problèmes de digestion) et la préparation alimentaire s'y adapte. Ceci souligne le fait que vivre seul en vieillissant recentre l'attention sur les sensations. La norme du « bien-manger » est alors en lien avec le fait de manger ce que l'on aime, plus que pour les personnes vivant en couple. Enfin, le répertoire alimentaire peut se réduire à cause de très faibles revenus à la retraite, ou bien d'un désintérêt porté à cette activité, vécue comme un fardeau pendant le temps passé en couple et renvoyant à l'émancipation du travail culinaire (Giard, 1979).

D'autres événements à l'origine de changements alimentaires sont identifiés, extérieurs aux modes de vie des personnes vieillissantes. Ils se rapportent au contexte historique et social dans lequel a lieu cette période de la vie et s'inscrivent dans la lecture de certaines épreuves, propre à la période sociohistorique dans lesquelles elles sont vécues (Martuccelli, 2006). La pandémie du Covid a ainsi été mise au jour comme événement provoquant une moindre fréquence d'invitation à manger ; dans une moindre mesure, l'inflation en cours depuis cette période a le même effet. Enfin, le contexte politique national et international entraîne chez certaines personnes de l'inquiétude, qui se traduit concrètement par un moindre appétit à certaines périodes de l'année. Ces résultats révèlent le poids du contexte sociohistorique de vie pour comprendre les changements d'habitudes alimentaires au cours du vieillissement du point de vue des trajectoires individuelles.

La santé représente un enjeu central dans les changements alimentaires au cours du vieillissement ; elle constitue la première raison évoquée de changement alimentaire. L'entretien de la santé comme une activité de *car*e, par l'alimentation, pour soi et pour les proches, est apparu comme étant de l'ordre du quotidien, pour les personnes ayant cette charge au sein des foyers.

Ainsi, elle est antérieure à la période du vieillissement et se poursuit. Elle se distingue d'une attention accrue portée à l'alimentation en lien avec un souci de santé, plus particulièrement une maladie chronique ou un accident. Cette attention accrue a permis en partie d'expliquer la participation à des ateliers de cuisine, pour des personnes n'ayant eu que très peu la charge de cette activité jusqu'à présent au cours de leur vie.

1.2. La « nutritionnalisation » différenciée de l'alimentation des personnes vieillissantes

Les discussions avec les participants sur leurs normes alimentaires, plus ou moins en lien avec des pratiques de santé, puis l'étude quantitative, ont permis de préciser les modalités du processus de « nutritionnalisation » de l'alimentation au cours du vieillissement, c'est-à-dire l'intégration des normes diététiques comme des normes sociales alimentaires (Poulain, 2009b, p. 561).

Quatre types d'approches des dimensions nutritionnelles adoptées par les personnes vieillissantes ont été révélées, menant à une typologie (chapitre 5). Elles ont pour point commun d'être articulées à une plus ou moins grande habitude de la pratique de la cuisine. Nous les avons donc placées sur un schéma à deux dimensions, avec une première dimension portant sur la plus ou moins grande appropriation des normes diététiques, c'est-à-dire une pensée selon laquelle celles-ci sont liées à la santé sur le long terme, et une seconde dimension concernant la pratique de la cuisine comme allant plus ou moins de soi. Ainsi, tandis que le premier axe s'intéresse aux normes, le second porte sur les pratiques. Cette typologie a permis de montrer que la mise en pratique de savoirs nutritionnels n'est possible que si la cuisine a été incorporée comme une pratique routinière, c'est-à-dire fruit de savoir-faire et de la répétition de schèmes d'action (Warde, 2016), mettant au jour l'importance du « savoir-faire diététique », c'est-à-dire le fait de savoir transformer des conseils en pratiques de préparation alimentaire.

Ainsi, tandis que la perception des liens entre santé et alimentation tend bien à évoluer au cours du vieillissement, il n'y a pas une montée homogène de la « nutritionnalisation » de l'alimentation chez les participants des ateliers. Le fait que ces liens prennent plus ou moins la voie « officielle », celle de la santé publique, dépend en grande partie de la construction d'une certaine perception des rôles et du corps tout au long du parcours de vie, en premier lieu façonnée par le genre. Le « *care* alimentaire » (Fournier & Jarty, 2019, p.1) reste une affaire majoritairement de femme, y compris au cours du vieillissement. Si la mise en couple puis la vie conjugale peuvent avoir une incidence positive en termes nutritionnels, les bénéfices continuent, pendant le vieillissement, à revenir surtout aux hommes ; le corps des femmes continuant d'être « approprié » (Guillaumin, 1978) dans un objectif sanitaire.

Si les hommes peuvent s'engager dans une pensée nutritionnelle, cette pensée est majoritairement traduite en pratique grâce aux repas équilibrés préparés par leur conjointe, ou autre proche.

Bien que les politiques publiques de la prévention s'appuient sur les savoirs en diététique (d'abord la diététique quantitative, puis celle des nutriments, à laquelle on peut ajouter plus récemment la pensée en matière de degrés de transformation), la pensée des mangeurs reste constituée de représentations qui vont plus ou moins intégrer ces aspects. Ainsi, la pensée diététique est-elle articulée, ou relativisée, avec la persistance d'autres approches du « bien-manger », en matière de savoir-faire culinaire, de partage, de structure du repas, de temps passé à table, ou encore de plaisir gustatif (Poulain, 2009b ; Fournier, 2014).

Cette typologie d'approches et de pratiques plus ou moins « diététiques » a permis d'expliquer les effets différenciés des ateliers de cuisine sur les apprentissages et les changements alimentaires.

1.3. Une « cuisinière plurielle », entre cuisine domestique, d'invitation et d'atelier

L'approche adoptée dans cette recherche pour analyser les décisions alimentaires s'inscrit dans une perspective interactionniste, mobilisant le concept de « mangeur pluriel ». Celui-ci nous a permis d'envisager l'alimentation comme le produit d'interactions multiples entre l'éthos du mangeur – entendu comme un point d'articulation entre des forces centrifuges (normes sociales, discours institutionnels, environnements matériels) et centripètes (trajectoires biographiques, préférences, dispositions) – les aliments effectivement préparés, ainsi que les contextes pratiques et symboliques de préparation. C'est donc dans la dynamique située de ces interactions que les choix alimentaires peuvent être compris (Berger & Luckmann, 2002/2018 ; Corbeau, 2003).

L'espace social culinaire (Poulain, 2002c, p. 233) a pu être décrit dans ses dimensions domestiques (chapitre 4). Nous avons vu que cet espace était fait de routines, répétées, avec une faible réflexivité (Schatzki, 1996 ; Southerton et al., 2011 ; Warde, 2016), impliquant un répertoire culinaire stabilisé pour les repas du quotidien. Un autre répertoire, plus ouvert, concernait la cuisine d'invitation. Cette dernière fait l'objet de recherches (Internet, livres, recettes imprimées et rangées dans un tiroir) et d'expérimentations, de la part des personnes vieillissantes. L'espace du culinaire proposé par l'association est encore autre (chapitre 7). Le temps passé à cuisiner et les quantités sont décuplés. Les tâches de préparation sont distribuées parmi les participants. De plus, par cette organisation particulière, mais aussi grâce à l'intervention de chefs de cuisine, s'y joue une dimension gastronomique de l'alimentation, faisant que l'atelier de cuisine constitue un espace culinaire singulier.

Ces contextes de préparation – quotidien, d'invitation, d'ateliers – activent chacune des dimensions différentes de l'acte culinaire chez les mangeurs vieillissants.

Cette approche permet d'expliquer les ajustements qui parfois s'opèrent dans la cuisine quotidienne à la suite de l'atelier (chapitre 8) : légers (il s'agit souvent de substitutions d'aliments), ils ne bouleversent pas les routines en cours. Les recettes d'ateliers, quant à elles, sont plus volontiers reprises dans des contextes d'invitation. Leur caractère « bon » pour la santé peut être propice à prendre soin des proches, notamment des petits-enfants. Les qualités esthétiques et morales des hôtes sont mises en évidence lorsqu'ils invitent des convives qui apprécient leurs recettes. Les recettes d'ateliers sont ainsi porteuses d'« avantages symboliques » et d'une « connotation prestigieuse » (Régnier, 2004). Leur utilisation peut alors être considérée comme valorisante, car source de distinction sociale.

1.4. La cuisine comme pratique vectrice d'inégalités sociales de santé

Dans une perspective féministe, la pratique culinaire a été définie comme une pratique domestique assignée aux femmes (Chaudron et al., 1995 ; Sluys et al., 1997 ; Delphy, 2003). À la suite des travaux sur l'« éthique du *care* », elle a été décrite comme un travail de « *care* alimentaire », c'est-à-dire un travail de soins affectifs et matériels apportés aux proches, invisibilisé et peu valorisé (Tronto, 1993; Molinier, 2020 ; Fournier & Jarty, 2019 ; Mathieu et al., 2023). Il s'agit ici d'un premier pan de la cuisine décrite comme une activité source d'inégalité, une charge de travail et de soins inégalement supportée selon le genre. Nous avons vu que cette répartition de l'activité culinaire au sein des couples continue d'être polarisée selon le genre, chez les participants aux ateliers de cuisine.

Un deuxième aspect d'inégalité concerne les dispositions économiques et matérielles, c'est-à-dire les possibilités de cuisiner et de conserver des aliments dans un espace dédié, avec du matériel adapté, aliments qu'il est plus ou moins possible, selon ses moyens, de se procurer. Les études sur le « coût de la calorie » montrent qu'à calories égales, une alimentation équilibrée coûte plus cher (Darmon et al., 2002). De nombreuses recherches associent une faible position sociale, définie selon le niveau de diplôme, le type de métier ou les revenus, à une alimentation plus éloignée des recommandations de santé publique (Méjean et al., 2017).

Un troisième aspect concerne la disparité de construction des liens entre cuisine et santé. Cette construction est le fruit d'une intériorisation différenciée de norme du « bien-manger », notamment selon la position sociale, qui se rapproche d'une intériorisation de dispositions caractéristiques des

classes dominantes concernant la santé par l'alimentation. Le maintien de ces dispositions serait alors assimilable à une discipline de soi, induite par une surveillance diffuse (Foucault, 1975).

Cette construction peut aussi être définie dans ses dimensions individuelles émancipatrices. Cuisiner pour sa santé, pour « bien vieillir », devient alors une activité socialement valorisée et non plus une charge, à partir du moment où les institutions la mettent en avant comme vectrice de bienfaits, individuels, mais aussi pour la société (Bowen et al., 2019).

Tout en s'inscrivant dans ces prismes d'analyse des inégalités sociales face à la cuisine, notre recherche apporte un angle supplémentaire, ancré dans la sociologie des pratiques, sur la cuisine comme inégalité sociale de santé chez les personnes vieillissantes (van Kesteren & Evans, 2020). Les savoir-faire culinaires développés au fil de la vie, parce qu'ils sont de l'ordre des routines, jouent un rôle déterminant dans l'autonomie alimentaire des personnes vieillissantes, c'est-à-dire dans la capacité à adapter sa cuisine tout au long de la vie. Ces compétences, bien que souvent considérées comme naturelles chez les femmes et parfois aussi chez les personnes âgées du fait de leur génération d'appartenance, ne sont en réalité ni universelles ni équitablement réparties. Nous avons vu que les personnes issues de milieux socio-économiques moins favorisés rencontrent des obstacles d'accès à ces savoirs et à leur mise en pratique, et les personnes vivant seules se trouvent en difficulté lorsqu'elles n'ont pas acquis ces compétences ou n'ont pas su établir des réseaux de soutien qui permettrait une alimentation équilibrée, sinon suffisante. Nos résultats mettent ainsi en exergue une inégalité portant sur les savoir-faire culinaires au cours du vieillissement, qui aboutit à une mise en pratique différenciée des recommandations de santé publique, y compris dans le cadre des ateliers de cuisine.

La cuisine comme outil de prévention vise un objectif de normalisation des pratiques qui suit certaines représentations sociales du « bien-manger » partagées surtout en haut de l'échelle sociale, et un objectif de « vivre-ensemble », symbolisé par le partage du repas en convivialité. L'analyse critique des modèles de prévention a montré qu'ils reposent sur une logique individualisante, parfois étendue aux proches (« proches aidants »). Cette approche s'inscrit dans une perspective « biopolitique » (Foucault, 1979/2004 ; Berlivet, 2004/2015 ; Cardon, 2015b), comme forme d'exercice du pouvoir qui porte sur la vie des individus, visant à agir sur les comportements alimentaires dans l'espace domestique. Ainsi, l'action associative est elle-même intégrée dans un processus de gouvernement des corps (Foucault, 1979/2004, 1975/2011), avec une traduction sanitaire de la problématique du vieillissement, et qui aujourd'hui se prolonge dans un gouvernement des manières de fonctionner de l'association, visant de plus en plus à mimer les interventions en santé publique (chapitre 6). Si les recommandations des financeurs publics portent de plus en plus sur la « co-construction » d'actions, la pensée principale explicitée par les acteurs, tant les financeurs que le personnel associatif, est que

les personnes âgées ont, par défaut, besoin d'améliorer leurs habitudes alimentaires, pour des raisons touchant aux conduites de vie, qui s'étendent au-delà de leur condition de santé. Nous voyons à présent que ce mode de pensée, puisqu'il ne correspond pas toujours à celui des personnes vieillissantes, peut renforcer des inégalités sociales de santé. Peretti-Watel avait illustré cette possibilité avec les cas de la prévention primaire concernant le tabagisme et l'obésité (Peretti-Watel, 2013). Notre recherche la met à présent en avant dans le contexte de la prévention de la dénutrition et de la perte d'autonomie.

1.5. Les « liens » permis par la cuisine au cours du vieillissement

Nous avons constaté que le « lien social », et l'« isolement social » sont des facteurs décrits dans les politiques publiques comme étant associés à la dénutrition et à la perte d'autonomie. Le Plan national « Bien vieillir » (PNBV) met en exergue la nécessité de « maintenir le lien social » chez les personnes âgées en vue de prévenir la perte d'autonomie (ministère de la Santé et des Solidarités et al., 2007). L'« isolement social » figure en 2007 parmi les risques de dénutrition identifiés par la HAS, dans son rapport sur les stratégies de prise en charge de la dénutrition des personnes âgées (Haute autorité de santé, 2007). La dénutrition et la perte d'autonomie, lorsqu'elles sont expliquées sous l'angle de la perte des liens sociaux, risquent de renvoyer à l'idée, généralisante, d'un délitement du « lien social » et du « vivre-ensemble » (Genestier, 2006), en particulier chez des personnes âgées à la retraite, perçues comme particulièrement désengagées de la société, car ne participant plus par le travail.

Nous avons alors tenté de définir plus précisément les « liens sociaux » dans un contexte de prévention par la cuisine. Nous avons vu que les liens sociaux pouvaient être décrits en partant d'une perspective psychologique sur le sentiment de solitude ou de la perception de soutien, d'une perspective structurelle s'agissant du fait de vivre seul ou non et d'avoir des réseaux, enfin, d'une perspective interactionniste, lorsqu'il s'agit de qualifier les « attachements sociaux » (Paugam, 2025) et les valorisations sociales qu'ils permettent, ou encore les potentialités des « liens faibles » (Granovetter, 1973).

Dans les entretiens, les effets spontanément rapportés ne relèvent pas tant des contenus de l'atelier que d'un ressenti positif : un mieux-être, une forme de regain d'énergie ou le fait d'avoir passé un bon moment. Ce sentiment partagé, bien qu'éphémère, peut être lu à l'aune d'une définition du soin ancrée dans l'attention à l'autre (Klein, 2008). La cuisine d'atelier devient un espace de *care* réciproque : attention portée par les intervenants aux besoins des participants, gestes d'entraide, échanges personnalisés, construisant un climat social favorable à l'engagement dans des apprentissages.

La cuisine agit ici comme un support à la sociabilité, favorisant à la fois des liens « forts » (conjoints, frères et sœurs, amies) pour les personnes venant accompagnées, et « faibles » (Granovetter, 1973). Ces derniers sont le fruit d'interactions ponctuelles, mais porteuses de conseils, d'échanges, voire de ressources, facilitant un certain ancrage social local, et parfois l'accès à des réseaux d'aide ou de services (de la part de la structure accueillante, pour des consultations, pour participer à d'autres activités). Les ateliers, par leur format léger et ponctuel, s'inscrivent dans une logique d'attachements électifs (Paugam, 2025, p.17), en élargissant les formes de présence sociale au-delà de la sphère domestique. Ils offrent aussi un espace transitoire où peut se rejouer, de manière moins contrainte, la capacité à « bien faire à manger » pour soi et pour les autres. L'activité culinaire y devient à la fois une activité expressive (faire pour autrui, transmettre, s'investir) et activité projective (imaginer un futur repas, une invitation, ou un soin à donner).

Enfin, les résultats soulignent à nouveau – ce sujet ayant déjà été particulièrement traité en sociologie (Kaufmann, 1995 ; Paugam, 2008 ; Van de Velde, 2018) – l'importance de ne pas confondre le fait de vivre seul et la solitude. Les personnes vivant seules ne sont pas systématiquement celles qui cherchent du lien ; à l'inverse, celles qui souffrent de solitude sont significativement plus nombreuses à venir chercher un moment de convivialité en atelier. Cela montre que l'attente sociale envers l'atelier est différente selon les trajectoires et de contextes de vie, et que l'enjeu relationnel, bien que rarement évalué par les financeurs, est souvent au cœur de la participation.

2. Limites et perspectives de la recherche

Cette recherche présente plusieurs limites qui concernent à la fois les objets étudiés, les méthodes utilisées et la problématisation de la recherche. Nous les exposons puis suggérons plusieurs pistes afin de combler les lacunes de notre travail.

2.1. Vieillissement, cuisine et intersectionnalité

Une première limite de ce travail réside dans sa prise en compte partielle de la dimension intersectionnelle (Collins, 2015) des rapports à la cuisine et à la santé. Si certaines variables, telles que le genre, l'âge, le niveau de diplôme ou la structure du foyer ont été mobilisées dans l'analyse, elles l'ont souvent été de manière séparée (genre et âge, genre et vivre seul/en couple, niveau de diplôme et « savoir-faire diététique »). Or, croiser ces dimensions, et y intégrer d'autres déterminants comme la racialisation, l'homosexualité, ou encore la religion, permettrait de mieux comprendre les inégalités sociales et culturelles qui traversent les pratiques alimentaires. Le risque, en ne mobilisant pas cette

approche, est d'ignorer les formes d'exclusion, de stigmatisation ou de résistance qui traversent la cuisine et les ateliers.

Ce constat ouvre des pistes de recherche nécessaires. Une analyse intersectionnelle plus fine des parcours alimentaires et des représentations du vieillissement permettrait de mieux comprendre les inégalités dans l'accès, la participation et les effets des ateliers. Elle contribuerait aussi à concevoir des dispositifs plus inclusifs.

2.2. Recentrer la recherche sur les « techniques du corps »

Une autre limite de ce travail réside dans la prise en compte insuffisante du corps en tant qu'outil et médiateur central de l'expérience du vieillissement, notamment dans le cadre des ateliers de cuisine. Pourtant, le corps constitue un vecteur d'action, de relation et de signification, tant dans les pratiques culinaires que dans la manière dont les individus se présentent, se sentent et interagissent avec les autres. Bien que cette dimension ait été évoquée dans la revue de littérature, elle n'a pas été pleinement intégrée à l'analyse de terrain, la réflexion ayant émergé de manière trop tardive au cours du processus de recherche.

L'anthropologie de Marcel Mauss (1934) nous invite à penser les « techniques du corps » comme des savoir-faire incorporés, socialement et historiquement situés. Cuisiner mobilise des gestes, des rythmes, des postures et des sensations, que nous avons trop peu explorés dans le contexte quotidien (seules quelques préparations culinaires ont pu être observées au cours des entretiens, nous n'avons pas suivi les approvisionnements ni les modes de stockage). Nous les avons décrits en atelier, qui donnent à voir des corps exposés : dans la manière de s'impliquer ou de s'exclure de la cuisine menée en groupe, dans la parole échangée. Nous avons enfin vu que la cuisine peut être réalisée au profit d'un corps, comme un outil relationnel, au sens où il participe à la mise en scène de soi (Goffman, 1956/1990), afin de maintenir et développer des relations au cours du vieillissement.

Une prise en compte plus fine du corps vieillissant comme agent et signe permettrait enfin de mieux saisir les inégalités de participation. Mieux intégrer cette dimension corporelle dans l'analyse ouvrirait des perspectives fécondes sur les formes de réengagement ou de renoncement à la cuisine, mais aussi sur les manières de « faire avec » son corps vieillissant dans des contextes collectifs.

2.3. Comprendre les enjeux des partenaires locaux

Une autre limite de notre travail tient au fait que la recherche a principalement porté sur l'association, les ateliers qu'elle organise et les personnes vieillissantes qui y participent, en laissant en marge les partenaires locaux impliqués dans leur mise en œuvre. Si nous savons que ces partenaires sont variés, entre une mairie réalisant un affichage et des envois d'invitations dans une commune et une association locale mobilisant ses membres, et qu'ils influencent le recrutement de manière différenciée, notre analyse repose sur un nombre restreint de cas.

Par ailleurs, les échanges en amont de l'atelier (lors de premiers contacts, de réunions de coordination ou de rencontres à une échelle plus large) construisent une relation entre les structures, qui non seulement permet la réalisation d'actions, mais contribue aussi à en définir les modalités.

Enfin, si les participants sont largement inconnus par l'association avant leur venue à l'atelier, le personnel des structures locales accueillant ces dispositifs sont les personnes qui en savent le plus sur l'intégration programmatique et sociale de ces ateliers : dans quelle programmation d'actions il s'insère, les motivations et interconnaissances de ceux qui participent…

Il serait donc pertinent, pour approfondir la compréhension du recrutement comme des effets des dispositifs de prévention, d'ouvrir un terrain complémentaire auprès d'une diversité de structures locales. Certaines hypothèses formulées à partir de nos premières observations – notamment l'idée que les effets de l'atelier dépendent largement de la dynamique relationnelle et programmatique impulsée par les partenaires locaux – pourraient ainsi être testées de manière plus systématique.

2.4. Qui ne vient pas en atelier

Le terrain en atelier offre peu de prise sur les mécanismes à l'œuvre dans la décision de ne pas participer à l'atelier. Nous connaissons encore mal les personnes pour qui la participation a été proposée et qui ont refusé, tout comme celles qui n'ont pas été informées de l'existence de l'atelier. De même, si nous avons pu constater en entretien que les conjoints hommes pouvaient témoigner d'une forme d'« âgisme » (Greene et al., 1986 ; Perrig-Chiello, 2001) et de dévalorisation de ce dispositif parce qu'il est représenté à destination des femmes, cette dimension reste encore insuffisamment explorée.

Cette problématique de la non-participation est d'autant plus importante que notre étude fait apparaître une surreprésentation des personnes ayant un niveau de diplôme Bac et supérieur, et une sous-représentation des ouvrières et ouvriers à la retraite, suggérant le fait que des personnes de moindres positions sociales ont pu refuser de participer à cette démarche.

Il serait utile d'approfondir les éléments qui sous-tendent cette non-participation, notamment car d'autres études, sur d'autres thèmes, comme l'appropriation du numérique par les personnes vieillissantes (Pitaud & Deschamps, 2021 ; Grosperrin-Legrand et al., 2023 ; Caradec et al., 2025) montrent comment certaines personnes se sentent exclues, mises de côté. Dans un objectif d'éclairage à destination des politiques de la santé et de l'autonomie, cela permettrait de conseiller des dispositifs plus inclusifs ou adaptés.

Enfin, certaines personnes passent entre les mailles des « filets » du recrutement des organismes recruteurs. C'est notamment le cas de celles qui ne sont pas recensées par les mairies (par exemple en cas de changement de domicile ou de rupture administrative) ou de personnes sans papiers. Ne bénéficiant pas des dispositifs d'accompagnement, comme ceux proposés par les Centres communaux d'action sociale (CCAS) ou les maisons de l'autonomie, elles restent en dehors de ces actions, renforçant les angles morts des politiques publiques d'inclusion.

2.5. Des comparaisons sur d'autres terrains

Une limite importante de cette recherche tient au fait qu'elle repose sur un seul cas, l'étude d'une seule association, active sur un nombre limité de territoires et inscrite dans le contexte français. Ce choix méthodologique a permis une immersion approfondie dans les ateliers et une analyse fine des interactions entre participants, intervenants et organes financeurs, puis une mise en perspective « de moyenne portée » (Merton, 1949/2017), des faits sociaux identifiés. Toutefois, il réduit la portée comparative des résultats et invite à les considérer avec prudence dans d'autres contextes culturels, institutionnels ou associatifs.

Les modes d'organisation, les profils des participants, les modalités de recrutement, mais aussi les conceptions du vieillissement, de la cuisine ou encore du « bien-manger » peuvent fortement varier selon les pays, selon les cultures alimentaires qui déterminent certaines valeurs et pratiques (Fischler & Masson, 2008 ; Southerton et al., 2011 ; Díaz-Méndez & García-Espejo, 2014) et des systèmes de protection plus ou moins institutionnalisés (Künemund & Rein, 1999). Ainsi, une généralisation au-delà du cas étudié nécessiterait d'élargir l'enquête à d'autres initiatives portées par des associations aux logiques différentes, ou implantées dans des contextes territoriaux contrastés, y compris à un niveau international. En effet, au sujet de l'alimentation, comme du vieillissement, d'importantes différences culturelles tant dans les normes et pratiques que dans les dispositifs publics en place sont observées.

Cette limite ouvre ainsi plusieurs pistes de recherche. Un travail comparatif permettrait de mieux cerner ce qui relève de spécificités organisationnelles ou culturelles, et ce qui tient à des dynamiques plus transversales liées à l'alimentation, au vieillissement et au lien social.

Il serait aussi pertinent d'interroger la place de la cuisine dans d'autres dispositifs de prévention ou de lutte contre l'isolement, afin de mieux comprendre la diversité des approches mobilisées dans les politiques publiques ou associatives.

3. Approfondissements pour les acteurs de la prévention : pour une approche par le bas

3.1. Un « universalisme proportionné » appliqué aux ateliers de cuisine

Les dispositifs de prévention actuels s'inscrivent principalement dans une logique d'« universalisme » (Carey et al., 2015), en s'adressant à l'ensemble des personnes âgées de 60 ans et plus et résidant en France. Toutefois, comme nous l'avons montré dans l'analyse (chapitre 3), cette approche uniforme tend à favoriser la participation de certains profils – généralement motivés, autonomes et bien informés – au détriment d'autres, potentiellement plus à risque pour leur santé : personnes de moindre position sociale, plus âgées, ou ayant de moindres savoir-faire culinaires.

Depuis les années 2010, la discipline de la santé publique préconise une approche dite d'« universalisme proportionné », qui consiste à proposer des actions de prévention accessibles à toutes et tous, tout en adaptant l'offre selon des besoins spécifiques (Marmot et al., 2010 ; Carey et al., 2015). Dans cette perspective, plusieurs besoins méritent une attention particulière.

Tout d'abord, les personnes vivant seules, peu expérimentées en cuisine et motivées à apprendre, notamment à la suite d'un événement de santé, pourraient bénéficier d'un accompagnement progressif et durable, visant l'appropriation de savoir-faire culinaires (à la manière des politiques « *cooking in schools* » au Royaume-Uni, visant à ce que chaque élève maîtrise un socle minimal de recettes, Caraher & Seeley, 2010). Par ailleurs, nous avons vu que les personnes vieillissantes vivant seules (et dans une certaine mesure, également les personnes vivant en couple) ont tendance à simplifier leur cuisine, qualitativement et quantitativement. Il apparaît nécessaire d'adapter l'espace du culinaire en atelier à celui des personnes vivant seules, en proposant des plats prenant peu de temps à être préparés et pouvant être conservées pour servir à plusieurs repas. Enfin, les ateliers sur la cuisine à « petit budget », déjà présents dans certains contextes, gagneraient à être davantage ancrés dans les réalités concrètes des participants : préférences alimentaires du foyer, commerces à proximité, budget quotidien maximum, matériel disponible au domicile.

Cette mise en œuvre du principe d'universalisme proportionné suppose donc de tenir compte des contraintes réelles des publics visés, afin de ne pas reconduire les inégalités de participation, voire de les aggraver.

3.2. Soutenir les dynamiques collectives existantes

La notion d'*empowerment* est centrale lorsqu'on envisage une approche « par le bas », c'est-à-dire une démarche construite à partir des publics concernés. Bien que les recommandations de santé publique enjoignent les opérateurs de terrain d'impliquer les bénéficiaires dans la conception des actions (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie & Union des Gérontopôles de France, 2024b), elles en précisent encore peu les modalités concrètes.

L'*empowerment,* entendu comme prise de pouvoir collective par des groupes minorisés, invite à s'appuyer sur des dynamiques locales déjà existantes, plutôt que de proposer des formats préétablis. Il s'agirait donc de soutenir des groupes porteurs de projets autour de l'alimentation ou de la santé, en leur fournissant les ressources nécessaires : accompagnement méthodologique, matériel, expertise et financement. L'association a déjà réalisé de telles expérimentations dans des épiceries sociales[62] ; celles-ci pourraient être élargies à de nouveaux publics.

Certaines initiatives observées dans notre recherche illustrent bien cette logique. Par exemple, plusieurs ateliers de cuisine se sont insérés dans des projets communautaires de long cours, comme la création, puis l'entretien de jardins potagers dans des quartiers comprenant des logements sociaux et des associations dédiées à l'organisation d'activités pour les personnes âgées. Ce type d'ancrage permet de produire, d'échanger conseils et denrées et finalement de cuisiner ce qui est récolté. Ces dispositifs ne créent pas artificiellement des groupes, mais prolongent des relations existantes. Les personnes viennent participer à une dynamique collective qui a du sens pour elles.

3.3. Stabiliser la définition des « liens sociaux » en prévention

Comme nous l'avons mis en évidence (chapitre 8), les ateliers provoquent une évolution de « liens sociaux » à l'intérieur et en dehors de ces derniers. De plus, la rencontre avec autrui, la reconnaissance mutuelle et le plaisir partagé sont autant de motivations invoquées par les participants pour y prendre

[62] https://www.solidarites-alimentaires.org/content/download/4400/32592/version/1/file/Poster+Les+Insatiables.pdf. Poster du projet, présenté lors des 2e Rencontres pour de solidarités alimentaires, organisées par la Chaire UNESCO Alimentations du monde, les 26 et 27 septembre 2024. Page consultée le 26 septembre 2025.

part. Même si le « maintien et le renforcement de liens sociaux » figure explicitement parmi les objectifs de santé publique, sa définition opérationnelle reste floue. Il serait pertinent d'engager un dialogue entre chercheurs, acteurs de terrain et décideurs politiques, afin de stabiliser la définition de cette notion et de permettre son évaluation.

Les apports de Daniel Céfaï, issus de la sociologie pragmatique, sont ici éclairants : selon lui, un enjeu devient un problème public lorsqu'il est porté, discuté et rendu visible dans l'espace social (Cefaï, 2016). L'« isolement » des personnes âgées, aujourd'hui identifié comme tel, a donné lieu à des réponses concrètes, telles que des ateliers de cuisine. Cependant, les situations concrètes dans lesquelles les liens se construisent, s'entretiennent, se renforcent et se déconstruisent, en lien avec l'alimentation, la cuisine et le repas (Sobal & Nelson, 2003), doivent encore être mieux documentées et valorisées.

Dans cette perspective, le « lien social » n'est plus une notion abstraite, mais une pratique située, observable et objectivable à travers l'expérience vécue. Une évaluation pertinente de ces effets suppose aussi d'en reconnaître la valeur propre, indépendamment de leur impact mesurable sur la santé. Ces pistes d'approfondissement soulignent la nécessité de revoir les indicateurs d'évaluation des dispositifs de prévention afin de les rendre plus sensibles aux réalités locales et aux expériences vécues. La forte inscription territoriale des actions montre qu'un atelier ne peut être transposé tel quel d'un lieu à un autre. Comprendre les dynamiques locales et réfléchir aux modes d'inclusion des publics cibles devient un enjeu central.

La cuisine comme mode de prévention de la dénutrition et de la perte d'autonomie à destination des personnes vieillissantes est encore émergente, comparée à d'autres problématiques plus institutionnalisées (obésité, diabète, hypercholestérolémie) et à d'autres modes de prévention (activité physique adaptée, conseils diététiques individualisés, livraison de repas, cantines « sénior »). Elle ouvre des perspectives intéressantes en matière d'ajustements des relations sociales, de poursuite d'activités signifiantes et de bien-être au cours du vieillissement.

Bibliographie

ABBOTT, A. (2001). *Time Matters: On Theory and Method*. University of Chicago Press. https://press.uchicago.edu/ucp/books/book/chicago/T/bo3643810.html

ABEL, T. (2007). Cultural Capital in Health Promotion. Dans MCQUEEN, D. V., KICKBUSCH, I., et al. (dir.) *Health and Modernity. The Role of Theory in Health Promotion*. Springer Nature : 43-73. https://doi.org/10.1007/978-0-387-37759-9_5

ABRIC, J.-C. (2003). 8. L'étude expérimentale des représentations sociales. Dans JODELET, D. (dir.) *Les représentations sociales* (Vol. 7). Paris, Presses Universitaires de France : 203-223.

ACETI, M., VIEILLE MARCHISET, G., KNOBE, S., & GRIMMINGER, E. (2019). Emprise normative et déprise suggérée : Des inégalités sociales dans l'injonction au vieillir actif en Europe. In MEIDANI, A. & CAVALLI, S. *Figures du vieillir et formes de déprise*. Paris, Érès : 235-272.

AGRIMI, J., BERNABEO, R., BERTI, T., GRMEK, M. D., FANTINI, B., & GOUREVITCH, D. (1997). *Histoire de la pensée médicale en Occident. 1. Antiquité et Moyen Age*. Paris, Seuil.

AÏACH, P. (2001). 5. Femmes et hommes face à la mort et à la maladie, des différences paradoxales. Dans Aïach, P. Cèbe, D. Cresson, G. et Philippe, C. (dir.) *Femmes et hommes dans le champ de la santé*. Rennes, Presses de l'EHESP : 117-147.

AÏACH, P. (2013). La question des inégalités sociales de santé dans un itinéraire de chercheur. *Les Tribunes de la santé*, *38*(1) : 55-62. https://doi.org/10.3917/seve.038.0055

AÏACH, P., & FASSIN, D. (2004). L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. *La revue du praticien* : 2221-2227. https://www.inegalites.fr/IMG/pdf/rdp20-aiach_-2221-7.pdf

AJZEN, I. (1985). From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior. Dans J. Kuhl & J. Beckmann (dir.), *Action Control*. Berlin, Springer Berlin Heidelberg: 11-39. https://doi.org/10.1007/978-3-642-69746-3_2

AJZEN, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, *50*(2): 179-211. https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T

ALAMI, S., DESJEUX, D., & GARABUAU-MOUSSAOUI, I. (2019). *Les méthodes qualitatives* (3e éd. mise à jour). Paris, Que sais-je ?

ALAPHILIPPE, D., & BAILLY, N. (2014). Chapitre 6. La représentation de l'autonomie et du contrôle. *Psychologie de l'adulte âgé.* Paris, De Boeck Supérieur : 103-116.

ALGHAMDI, M. M., BURROWS, T., BARCLAY, B., BAINES, S., & CHOJENTA, C. (2023). Culinary Nutrition Education Programs in Community-Dwelling Older Adults: A Scoping Review. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, *27*(2): 142-158. https://doi.org/10.1007/s12603-022-1876-7

ALLEN-SCOTT, L. K., HATFIELD, J. M., & MCINTYRE, L. (2014). A scoping review of unintended harm associated with public health interventions: Towards a typology and an understanding of underlying factors. *Int J Public Health*, 2014 Feb;59(1): 3-14. https://doi.org/10.1007/s00038-013-0526-6

ALVAREZ, S. (2014). *Prévention et vieillissement : L'expérience individuelle du vieillissement face à la norme contemporaine du « "bien vieillir"*. Thèse de doctorat de sociologie, Université de Grenoble.

ALVAREZ, S. (2016). Émergence et évolutions de la prévention dans les politiques de la vieillesse. *La Revue de l'Ires*, *88*(1) : 33-61. https://doi.org/10.3917/rdli.088.0033

ANSES. (2017). *Étude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires 3 (INCA 3)*. Rapport d'expertise collective. https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/174000565.pdf

ANSES. (2019). *Avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail relatif à l'actualisation des repères alimentaires du PNNS pour les femmes dès la ménopause et les hommes de plus de 65 ans* : 47.

AQUINO, J.-P. (2008). Le plan national « bien vieillir ». *Gérontologie et société*, *31 / 125*(2) : 39-52. https://doi.org/10.3917/gs.125.0039

ARMSTRONG, D. (2009). Origins of the problem of health-related behaviours: A genealogical study. *Social Studies of Science*, *39*(6): 909-926. https://doi.org/10.1177/0306312709104258

ARNAUD, F. (dir.) (2021). *Les retraités et les retraites*. Paris, Éditions de la Drees, collection Panoramas de la DREES.

ARON, J.-P. (1961). Biologie et alimentation au XVIII^{e} siècle et au début du XIX^{e} siècle. *Annales*, *16*(5): 971-977. https://doi.org/10.3406/ahess.1961.420771

ARONOWITZ, R. A. (2006). Chapter 7. Situating Health Risks: An Opportunity for Disease-Prevention Policy. Dans: R. A. STEVENS, C. E. ROSENBERG, & L. R. BURNS (dir.), *History and Health Policy in the United States: Putting the Past Back In*. New Jersey, Rutgers University Press: 153-175 https://doi.org/10.36019/9780813539874-010

ARRECKX, M. (1981). L'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes. *Population*, *36*(4) : 961-962. www.persee.fr/issue/pop_0032-4663_1981_num_36_4

ASCHER, F. (2005). *Le mangeur hypermoderne : Une figure de l'individu éclectique*. Paris, Odile Jacob.

AUGOR, M., & LHUISSIER, A. (2006). Cuisiner ensemble : Ethnographie de trois ateliers cuisine. *Cahiers d'économie et sociologie rurales*, *79* : 97-114.

BACQUE, M.-H., & BIEWENER, C. (2015). Pourquoi l'empowerment ? *Poche / Sciences humaines et sociales* : 5-22.

BAHU, M. M., MERMILLIOD, C., & VOLKOFF, S. (2011). *L'état de santé de la population en France—Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique*. Rapport de la Drees.

BALTES, M. (1996). *The many faces of dependency in old age*. Cambridge, Cambridge University Press.

BALTES, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, *23*(5): 611-626. https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.5.611

BALTES, P. B., & BALTES, M. M. (1990). *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. Cambridge, Cambridge University Press.

BANDAYREL, K., & WONG, S. (2011). Systematic Literature Review of Randomized Control Trials Assessing the Effectiveness of Nutrition Interventions in Community-Dwelling Older Adults. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, *43*(4): 251-262. https://doi.org/10.1016/j.jneb.2010.01.004

BANDURA, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*(2) : 191-215. https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191

BARNAY, T. (2005). Santé déclarée et cessation d'activité. *Revue française d'économie*, *20*(2) : 73-106. https://doi.org/10.3406/rfeco.2005.1573

BARNAY, T., & JUSOT, F. (2018). Chapitre 2. L'influence de la santé sur les parcours professionnels. *Travail et santé*. Paris, Presses de Sciences Po : 47-64.

BARTHE, J.-F., CLÉMENT, S., & DRULHE, M. (1988). Vieillesse ou vieillissement ? Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées. *Les Cahiers de la recherche sur le travail social*, *15* : 11-31. https://doi.org/10.7202/1033992ar

BARTHÉLÉMY, L., BODARD, J., & FEROLDI, J. (2014). *Actions collectives, Bien vieillir : Repères théoriques, méthodologiques et pratiques : guide d'aide à l'action*. Paris, INPES éditions.

BEAUD, S., & WEBER, F. (2012). 11 – Le raisonnement ethnographique. Dans Paugam, S. (dir.) *L'enquête sociologique*. Paris, Presses Universitaires de France : 223-246.

BEAUDURET, J. (2017). Annexe 4. Le plan national de prévention de la perte d'autonomie : Les axes, les enjeux, les mesures à prendre. Dans *Institutions sociales et médico-sociales*. Paris, Dunod : 293-296.

BEAULIEU, M., BERG, N., BICKEL, J.-F., BIGGS, S., BOUISSON, J., BÉDARD, M.-È., CARADEC, V., CHAMAHIAN, A., CHARPENTIER, M., ALMEIDA, M. C. F. DE, DENNI, B., ENNUYER, B., GARON, S., GUCHER, C., GUILLEMARD, A.-M., JEHANNIN, G., KEATING, N., KERN, D., LALIBERTÉ, A., … WALKER, A. (2015). *Droits de vieillir et citoyenneté des aînés : Pour une perspective internationale*. Québec, Presses de l'Université du Québec. https://doi.org/10.1515/9782760543416

BECK, U. (1992). *Risk Society: Towards a New Modernity*. Thousand Oaks, Sage publications Ltd.

BECK, U., GIDDENS, A., & LASH, S. (1994). *Reflexive Modernization. Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order*. Redwood city, Stanford University Press.

BECKER, S. (1934). Culture case study and ideal? Typical method: With special reference to Max Weber. *Social Forces*, *3*(21) : 399-405.

BECKER, H. S. (2013). *Outsiders : Études de sociologie de la déviance*. Paris, Éditions Métailié. (Édition originale 1963)

BECKER, H. S. (2002). *Les ficelles du métier*. Paris, La Découverte. En ligne : https://www.cairn.info/les-ficelles-du-metier--9782707133700.htm

BEJA, A. (2014). Top chef, l'excellence à la française ? *Esprit*, *3* : 214-218. https://doi.org/10.3917/espri.1403.0214

BÉLANGER, D., & GODIN, G. (2003). La psychologie sociale au service de la santé publique et de l'environnement. Dans : GERIN M., GOSSELIN P., CORDIER S., VIAU C., QUENEL P., DEWAILLY É. (dir.), *Environnement et santé publique—Fondements et pratiques*. Cachan, Edisem / Tec & Doc, Acton Vale : 277-288.

BELLAMY, V. (2024). *Le handicap en chiffres*. Panoramas de la Drees.

BERGER, P., & LUCKMANN, T. (2018). *La Construction sociale de la réalité*. Paris, Armand Colin. (Édition originale 2002)

BERGERON, H. (2010). Chapitre 3 / Les politiques de santé publique. Dans : BORRAZ, O. ET GUIRAUDON, V. (dir.) *Politiques publiques 2*. Paris, Presses de Sciences Po : 79-111.

BERHUET, S., BRICE MANSENCAL, L., ETIENNE, L., GUISSE, N., & HOIBIAN, S. (2020). *10 ans d'observation de l'isolement relationnel : Un phénomène en forte progression Les solitudes en France – édition 2020* : 186. Paris, Fondation de France.

BERLIVET, L. (2015). Une biopolitique de l'éducation pour la santé : La fabrique des campagnes de prévention. Dans : FASSIN, D. & MEMMI, D. (dir.), *Le gouvernement des corps*. Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales : 37-75. https://doi.org/10.4000/books.editionsehess.1484 (Édition originale 2004)

BERRUT, G., & PODEVYN-MENANT, S. (2022). *Cahier des charges des Gérontopôles*. Ministère de la santé.

BERTAUX-WIAME, I. (2000). La promotion du quotidien. Les pratiques quotidiennes des femmes sont-elles productrices d'histoire ? Dans : Fritsch, P. (dir.) *Le sens de l'ordinaire*. Paris, Éditions du CNRS.

BESSIN, M., BIDART, C., & GROSSETTI, M. (2010). *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement* (p. 397). Paris, La Découverte.

BIDART, C., DEGENNE, A., & GROSSETTI, M. (2011). *La vie en réseau*. Paris, Presses Universitaires de France.

BLANCHET, D., & DEBRAND, T. (2007). Souhaiter prendre sa retraite le plus tôt possible : Santé, satisfaction au travail et facteurs monétaires. *Économie et Statistique*. 403-404 : 39-62.

BLANPAIN, N. (2011). *Les inégalités sociales face à la mort. Tables de mortalité par catégorie sociale et indices standardisés de mortalité pour quatre périodes (1976-1984, 1983-1991, 1991-1999, 2000-2008)* No. F1108 : 125.

BLANPAIN, N., & PAN KE SHON, J.-L. (1999). La sociabilité des personnes âgées. *Insee Première*, n°644. https://hal.science/hal-02149519

BLAYO, Y. (1975). La mortalité en France de 1740 à 1829. *Population*, *30*(1) : 123-142.

BLEHAUT, M., GRESSIER, M., & PAQUET, N. (2024). *En période d'inflation, est-ce que les arbitrages économiques se font au détriment de la qualité environnementale de l'alimentation ?* (Cahier de recherche du CRDOC No. C356). https://www.credoc.fr/publications/en-periode-dinflation-est-ce-que-les-arbitrages-economiques-se-font-au-detriment-de-la-qualite-environnementale-de-lalimentation

BLOCH, M.-A. (2012). Les aidants et l'émergence d'un nouveau champ de recherche interdisciplinaire. *Vie sociale*, *4*(4) : 11-29. https://doi.org/10.3917/vsoc.124.0011

BOCQUIER, A., DUBOIS, C., GAZAN, R., PERIGNON, M., AMIOT-CARLIN, M.-J., & DARMON, N. (2017). *L'offre de prévention « nutrition senior » : Une étude quantitative et qualitative exploratoire dans le cadre de la préparation d'une recherche interventionnelle en région (projet ALAPAGE).* Poster présenté lors du 5ème Congrès Francophone Fragilité du sujet âgé & Prévention de la perte d'autonomie, Paris, mars 2017.

BOLTANSKI, L. (1971). Les usages sociaux du corps. *Annales*, *26*(1) : 205-233. https://doi.org/10.3406/ahess.1971.422470

BOLTANSKI, L., & THEVENOT, L. (2008). *De la justification : Les économies de la grandeur*. Paris, Éditions Gallimard.

BONNY, Y. (2014). La recherche-action et la question de l'institution. Forum. *Actualisation de la recherche-action et pertinence de la praxéologie* : 15-24.

BOUAMRA, Z., DE MOUZON, O., OROZCO, V., PEDRINI, L., SPITERI, M. (2025). Évolution du marché français des légumineuses et déterminants de la consommation de 2009 à 2019. *Innovations agronomiques*, 99 : 220-234. 10.17180/ciag-2025-vol99-art18.

BOUBAL, C. (2019). L'art de ne pas gouverner les conduites : Étude de la conception des campagnes de prévention en nutrition. *Revue française de sociologie*, *60*(3) : 457-481. https://doi.org/10.3917/rfs.603.0457

BOUCHAYER, F. (1984). Les logiques sociales des actions en Éducation pour la Santé. *Sciences Sociales et Santé*, *2*(3) : 77-103. https://doi.org/10.3406/sosan.1984.980

BOUDON, R. (2002). Théorie du choix rationnel ou individualisme méthodologique ? *Sociologie et sociétés*, *34*(1) : 9-34. https://doi.org/10.7202/009743ar

BOUIMA, S. (2021). Rejouer sa condition sociale sur la scène de l'alimentation partagée : Le cas des ateliers culinaires et des repas partagés pour « bien-vieillir ». *Sciences & Actions Sociales*, 2021/1(14) : 63-88. https://doi-org/10.3917/sas.014.0063

BOUIMA, S., MICHAUD, M., & GOJARD, S. (2019). La « personne âgée isolée dénutrie » : L'usage des discours du risque et du manque par les acteurs de terrain. *Retraite et societe*, 82(2) : 89-113. https://doi.org/10.3917/rs1.082.0089

BOURDIEU, P. (1979). *La distinction : Critique sociale du jugement*. Paris, Éditions de Minuit.

BOURDIEU, P. (2014). *Raisons pratiques : Sur la théorie de l'action*. Paris, Éditions du Seuil.

BOWEN, S., BRENTON, J., & ELLIOTT, S. (2019). *Pressure Cooker: Why Home Cooking Won't Solve Our Problems and What We Can Do About It*. Oxford, Oxford University Press.

BRETON, É. (2014). Répondre à l'appel (à projets) : Récits d'un apprentissage silencieux des normes de l'action publique patrimoniale. *Politix*, *105*(1) : 213-232. https://doi.org/10.3917/pox.105.0213

BRODIEZ-DOLINO, A. (2016). Le concept de vulnérabilité. *La Vie des idées*. Accessible en ligne : https://laviedesidees.fr/Le-concept-de-vulnerabilite

BROUSSE, C. (2015). Travail professionnel, tâches domestiques, temps « libre » : Quelques déterminants sociaux de la vie quotidienne. *Économie et statistique*, *N° 478-479-480*. https://www.insee.fr/fr/statistiques/1303226?sommaire=1303240

BRUEGEL, M. (2023). Calories, calculs et consommateurs vers 1900 : La Société scientifique d'hygiène alimentaire et de l'alimentation rationnelle. *SILO*. https://silogora.org/calories-calculs-et-consommateurs-vers-1900-la-societe-scientifique-dhygiene-alimentaire-et-de-lalimentation-rationnelle/

BRUNO, C. (2018). Qu'est-ce qu'un.e aidant.e familial.e ? *VST - Vie sociale et traitements*, *139*(3) : 85-90. https://doi.org/10.3917/vst.139.0085

CAIN, L. D. (1964). Handbook of Modern Sociology. Dans : FARIS, R.E. (dir.), *Life Course and Social Structure.* Paris, McNally, R.F. : 272-309.

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE. (2017). *Contribution de la CNSA à la stratégie nationale de santé (SNS)* : 10.

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE. (2024). *Rapport de la branche Autonomie de la Sécurité sociale 2024 La synthèse en 8 points* : 20.

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE, & UNION DES GERONTOPOLES DE FRANCE. (2024a). *Analyse scientifique des critères d'efficience d'une action de prévention de la dénutrition des seniors* : 24.

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE, & UNION DES GERONTOPOLES DE FRANCE. (2024b). *Comment favoriser l'adoption de comportements favorables à la santé ? État des lieux des connaissances scientifiques sur la mise en œuvre de sessions d'éducation nutritionnelle à destination des personnes de plus de 60 ans*. Synthèses & bonnes pratiques du Centre de ressources et de preuves sur la prévention de la perte d'autonomie : 6.

CALLON, M. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction : La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'Année sociologique (1940/1948-)*, *36* : 169-208.

CAMBOIS, E. (2019). *Différences de genre face au vieillissement en bonne santé—Une imbrication des dynamiques démographiques, des parcours de vie et des politiques publiques* (No. 36). IRESP - Institut de recherche en santé publique.

CAMBOIS, E. (2023). De l'espérance de vie à l'espérance de vie sans incapacité : L'enjeu de la prévention et de la prise en charge. *Regards*, 61(1) : 43-54.

CAPUANO, C. (2021a). Aidants familiaux, les travailleurs de l'ombre. Dans : FROUARD, H. ET HALPERN, C. (dir.) *La santé* (p. 109-112). Paris, Éditions Sciences Humaines.

CAPUANO, C. (2021b). *Le maintien à domicile : Une histoire transversale, France, XIX^e^-XXI^e^ siècle*. Paris, Rue d'Ulm.

CAPUANO, C., & WEBER, F. (2015). La tierce personne : Une figure introuvable ? L'Incohérence des politiques françaises de l'invalidité et de la perte d'autonomie (1905-2015). *Revue d'histoire de la protection sociale*, *8*(1) : 106-130. https://doi.org/10.3917/rhps.008.0106

CARADEC, V. (2007). L'épreuve du grand âge. *Retraite et société*, *52*(3) : 11-37. https://doi.org/10.3917/rs.052.0011

CARADEC, V. (2008). *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Paris, Armand Colin, 2e édition.

CARADEC, V. (2009). L'expérience sociale du vieillissement. *Idées économiques et sociales*, *N° 157*(3) : 38-45. https://doi.org/10.3917/idee.157.0038

CARADEC, V. (2010). Les comportements résidentiels des retraités. Quelques enseignements du programme de recherche « Vieillissement de la population et habitat ». *Espace populations sociétés. Space populations societies*, 2010/1 : 29-40. https://doi.org/10.4000/eps.3897

CARADEC, V. (2014). Transitions du vieillissement et épreuves du grand âge. Dans : HUMMEL, C., MALLON, I., CARADEC, V. (dir.) *Vieillesses et vieillissements*. Rennes, Presses universitaires de Rennes.

CARADEC, V. (2018). Intérêt et limites du concept de déprise. Retour sur un parcours de recherche. *Gérontologie et société*, *40 / 155*(1) : 139-147. https://doi.org/10.3917/gs1.155.0139

CARADEC, V. (2020). Chapitre 10. La politique de la dépendance. Dans : LE-BERRE, R. (dir.) *Manuel de soins palliatifs : Vol. 5*. Paris, Dunod : 115-125.

CARADEC, V., PETITE, S., CHAMAHIAN, A., & COLAS, S. (2025). La population âgée et les aides aux usages du numérique : Une analyse en termes de capital numérique et de réseaux d'aide. *Lien social et Politiques*, 94 : 156-174. https://doi.org/10.7202/1119166ar

CARADEC, V., & VANNIENWENHOVE, T. (2015). L'expérience corporelle du vieillissement. *Gérontologie et société*, *37148*(1) : 83-94. https://doi.org/10.3917/gs1.148.0083

CARAHER, M., & SEELEY, A. (2010). Cooking in schools: Lessons from the UK. *Journal of the Home Economics Institute of Australia*, *17*(1): 2-9.

CARDE, E. (2021). Les inégalités sociales de santé au prisme de l'intersectionnalité. *Sciences sociales et santé*, *39*(1) : 5-30. https://doi.org/10.1684/sss.2021.0189

CARDON, P. (2007). Vieillissement et délégation alimentaire aux aides à domicile : Entre subordination, complémentarité et substitution. *Cahiers d'Économie et de Sociologie Rurales*, 82-83 : 139-166.

CARDON, P. (2009). L'alimentation à l'épreuve des pratiques quotidiennes : Une lecture sociologique. Colloque IFN « L'alimentation des seniors », 1er décembre 2009. Paris.

CARDON, P. (2010a). « Manger » en vieillissant pose-t-il problème ? Veuvage et transformations de l'alimentation de personnes âgées. *Lien social et Politiques*, 62 : 85-95. https://doi.org/10.7202/039316ar

CARDON, P. (2010b). Regard sociologique sur les pratiques alimentaires des personnes âgées vivant à domicile. *Gérontologie et société*, 33 / 134(3) : 31-42. https://doi.org/10.3917/gs.134.0031

CARDON, P. (2015a). Cuisine et dépendance. Femmes et hommes face au vieillissement et au handicap. *Journal des anthropologues*, *140-141*(1-2) : 113-131. https://doi.org/10.4000/jda.6062

CARDON, P. (2015b). Gouverner de l'intérieur. *Questions de communication*, 27, Article 27. https://doi.org/10.4000/questionsdecommunication.9692

CARDON, P., DEPECKER, T., & PLESSZ, M. (2019). Chapitre 4. Les mouvements de réforme de la consommation alimentaire. In : *Sociologie de l'alimentation*. (Ed.) CARDON, P., DEPECKER, T., & PLESSZ, M. Paris, Armand Colin : 97-127. https://www.cairn.info/sociologie-de-l-alimentation--9782200621049-p-97.htm

CARDON, P., & GOJARD, S. (2008). Les personnes âgées face à la dépendance culinaire : Entre délégation et remplacement. *Retraite et société*. 2008/4 : 169-193. DOI: 10.3917/rs.056.0169

CARDON, P., & GOJARD, S. (2014). « Dépendance culinaire et organisation domestique. Les enjeux quotidiens de l'alimentation des personnes âgées ». In : *Vieillesses et vieillissements*, (Ed.) HUMMEL, C. ET al., Rennes, Presses Universitaires de Rennes. https://doi.org/10.4000/books.pur.68507.

CAREY, G., CRAMMOND, B., & DE LEEUW, E. (2015). Towards health equity: A framework for the application of proportionate universalism. *International Journal for Equity in Health*, 14(1): 81. https://doi.org/10.1186/s12939-015-0207-6

CARRA, C., & VARLET, J. (2023). Empowerment et personnes âgées : Caractéristiques de la recherche francophone. *Retraite et société*, 91(2) : 15-38. https://doi.org/10.3917/rs1.091.0015

CARRETERO PASIN, A. E. (2002). La quotidienneté comme objet : Henri Lefebvre et Michel Maffesoli, deux lectures opposées. *Sociétés*, 4(78): 5-16.

CASTEL, H., SHAHAR, D., & HARMAN-BOEHM, I. (2006). Gender differences in factors associated with nutritional status of older medical patients. *Journal of the American College of Nutrition*, 25(2): 128-134. https://doi.org/10.1080/07315724.2006.10719523

CASTEL, R. (1998). *Les métamorphoses de la question sociale : Une chronique du salariat*. Paris, Fayard.

CAVALLI, S. (2007). Modèle de parcours de vie et individualisation. *Gérontologie et société*, 30123(4) : 55-69.

CAVALLI, S., & LALIVE D'ÉPINAY, C. (2019). Face aux perturbations de la vie : Déprise et reprise au grand âge. Dans : MEIDANI, A., CAVALLI, S. (dir.) *Figures du vieillir et formes de déprise*. Paris, Érès : 27-49.

CEFAÏ, D. (2016). Publics, problèmes publics, arènes publiques… *Questions de communication*, 30 : 25-64. https://doi.org/10.4000/questionsdecommunication.10704

CEFAÏ, D. (2019). Les problèmes, leurs expériences et leurs publics : Une enquête pragmatiste. *Sociologie et sociétés*, 51(1-2) : 33-91. https://doi.org/10.7202/1074730ar

CEREDA, E., PEDROLLI, C., KLERSY, C., BONARDI, C., QUARLERI, L., CAPPELLO, S., TURRI, A., RONDANELLI, M., & CACCIALANZA, R. (2016). Nutritional status in older persons according to healthcare setting: A systematic review and meta-analysis of prevalence data using MNA®. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 35(6) : 1282-1290. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.03.008

CERTEAU, M. DE, & GIARD, L. (2010). *L'invention du quotidien 1. Arts de faire* (Nouvelle éd, Vols. 1-2). Paris, Gallimard. (Édition originale 1980)

CHADEAU, A., & FOUQUET, A. (1981). Peut-on mesurer le travail domestique ? *Économie et Statistique*, 136(1) : 29-42. https://doi.org/10.3406/estat.1981.4521

CHAMPAGNE, C., PAILHE, A., & SOLAZ, A. (2015). *Le temps domestique et parental des hommes et des femmes : Quels facteurs d'évolutions en 25 ans ?* Économie et statistique. Nos. 478-479-480 : 34. INSEE.

CHARLES, A., & GALERAND, E. (2017). Du travail ménager au service domestique, de l'emploi féminin au travail militant : Critiques féministes en évolution. *Recherches féministes*, 30(2) : 1-16. https://doi.org/10.7202/1043919ar

CHARLES, N., & KERR, M. (1988). *Women, Food, and Families*. Manchester, Manchester University Press.

CHAUDRON, M., SLUYS, C., & ZAIDMAN, C. (1995). Pratiques culinaires et organisation domestique. Dans : Eizner, N. (dir.) *Voyage en alimentation*. Paris, Éditions A.R.F. : 101-108.

CHEVALLIER, T. (2022). Financements publics et limitation de l'autonomie des associations dans les quartiers populaires. Une démarche exploratoire par ethnographie budgétaire auprès de deux associations à Lille. *Sociologie*, 13(4) : 439-459.

CHUN, H., & KIM, I.-H. (2007). [Socioeconomic inequalities in preventive services among the elderly: Results from medical checkup, cancer check, and BP check]. *Journal of Preventive Medicine and Public Health. Yebang Uihakhoe Chi*, 40(5) : 404-410. https://doi.org/10.3961/jpmph.2007.40.5.404

CHUNG, L. M. Y., & CHUNG, J. W. Y. (2014). Effectiveness of a food education program in improving appetite and nutritional status of elderly adults living at home. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 23(2) : 315-320. https://doi.org/10.6133/apjcn.2014.23.2.18

CICCARELLI, A. (2004). Les sociologies du quotidien et la mélancolie. *Sociétés*, 86(4) : 69-78. https://doi.org/10.3917/soc.086.0069

CLAUDIAN, J., SERVILLE, Y., & TREMOLIERES, F. (1969). *Enquête sur les facteurs de choix des aliments*. Bulletin de l'INSERM No. 5 : 1277-1390.

CLÉMENT, S., DRULHE, M., MANTOVANI, J., & MEMBRADO, M. (2018). Genèse de la déprise. *Gérontologie et société*, 40155(1) : 27-32. https://doi.org/10.3917/gs1.155.0027

CODOL, J.-P., & LEYENS, J.-P. (1982). *Cognitive Analysis of Social Behavior*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers.

COHEN, É. (2015). Les émissions culinaires à la télévision française (1954-2015). *Le Temps des médias*, 24(1) : 165-179. https://doi.org/10.3917/tdm.024.0165

COLLINS, P. H. (2015). Intersectionality's Definitional Dilemmas. *Annual Review of Sociology*, 41. Volume 41, 2015 : 1-20. https://doi.org/10.1146/annurev-soc-073014-112142

COMBY, J.-B. (2024). *Écolos, mais pas trop : Les classes sociales face à l'enjeu environnemental*. Paris, Raisons d'agir éditions.

CONRAD, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of sociology*. Vol 18 : 209-232.

CORBEAU, J.-P. (1997). Pour une représentation sociologique du mangeur. *Économies et Sociétés. Systèmes Agroalimentaires (AG)*, 31(923) : 147-162. https://doi.org/10.3406/esag.1997.1719

CORBEAU, J.-P. (2003). Le mangeur pluriel. *Le Mangeur du XXIe siècle. Les aliments, le goût, la cuisine et la table*. Actes du colloque international de Dijon, EducAgri : 43-58. https://shs.hal.science/halshs-00008219

CORBEAU, J.-P. (2005). Sociabilités urbaines contemporaines et cuisines de foire. De la convivialité à la commensalité. *Diasporas. Histoire et sociétés*, 7(1) : 147-158. https://doi.org/10.3406/diasp.2005.1022

CORBEAU, J. P. (2021). Reflections for a Sociological Representation of the Eater. *Social Sciences*, 10(9), Article 9. https://doi.org/10.3390/socsci10090339

CORBEAU, J.-P., & POULAIN, J.-P. (2002). *Penser l'alimentation : Entre imaginaire et rationalité*. Paris, Privat ; OCHA Observatoire Cidil de l'harmonie alimentaire.

CORBIN, J. M., & STRAUSS, A. L. (1988). *Unending work and care: Managing chronic illness at home* (1st ed). San Francisco, Jossey-Bass Publishers.

COTTIN-MARX, S. (2019). *III. Les relations entre associations et pouvoirs publics* (p. 45-69). Paris, La Découverte. https://www.cairn.info/sociologie-du-monde-associatif--9782707199188-p-45.htm

COTTIN-MARX, S., HAMIDI, C., & TRENTA, A. (2023). Avant-propos – Financement et fonctionnement du monde associatif : La marchandisation et ses conséquences. *Revue française des affaires sociales*, 4 : 7-43. https://doi.org/10.3917/rfas.234.0007

CRAPLET, M. (2015). Évolution de la prévention. *Actualité et dossier en santé publique*, 90 : 32-34.

CRAWFORD, R. (1977). You are dangerous to your health: The ideology and politics of victim blaming. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 7(4) : 663-680. https://doi.org/10.2190/YU77-T7B1-EN9X-G0PN

CRÉDOC. (2012). *Évolution de la consommation de viande en France. Les nouvelles données de l'enquête « Comportements et Consommations Alimentaires en France » (CCAF) 2010* (p. 5). file:///C:/Users/jmayer/Downloads/Consommation_viande_CCAF2010-2.pdf

CRÉDOC. (2019). *« Les dîners des Français » Représentation & Opinions* : 34.

CRENN, C., & DELAVIGNE, A.-E. (2020). Les imaginaires de la gastronomie au service de l'aide alimentaire en France. Dans *Imaginaires de la gastronomie*. Chartres, Menu Fretins : 97-111.

CRENN, C., DELAVIGNE, A.-E., DUBOYS DELABARRE, M., MONTAGNE, K., PRECIGOUT, F., TECHOUEYRES, I., & CORBEAU, J.-P. (2007). *Impact des discours nutritionnels sur les comportements alimentaires : Une approche socio-anthropologique qualitative auprès de groupes « ciblés »*. INPES : 171.

CRENNER, E. (2006). *Être retraité : Quelle identité après le travail ?* Nos. 393-394. Économie et statistique. INSEE. file:///Users/juliemayerbitton/Downloads/es393-394d-1.pdf

CRESSON, G. (2006). La production familiale de soins et de santé. La prise en compte tardive et inachevée d'une participation essentielle. *Recherches familiales*, 3(1) : 6-15. https://doi.org/10.3917/rf.003.0006

CRIGNON, C. (2010). Qu'est-ce que « bien vieillir » ? *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 4(1) : 177-191. https://doi.org/10.3917/ccgc.004.0177

CROZIER, M., & FRIEDBERG, E. (2014). *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*. Paris, Éditions du Seuil. (Édition originale 1977)

CUMMING, E., & HENRY, W. E. (1979). *Growing old, the process of disengagement* (Reprint of the ed. New York, 1961). New York, Arno Press. (Édition originale 1961)

CUTLER, D., & MILLER, G. (2005). The Role of Public Health Improvements in Health Advances: The Twentieth-Century United States. *Demography*, 42 : 1-22. https://doi.org/10.1353/dem.2005.0002

DARMON, M. (2010). Surveiller et maigrir. Sociologie des modes de contrainte dans un groupe commercial d'amaigrissement. *Revue d'Études en Agriculture et Environnement - Review of agricultural and environmental studies*, 91(2) : 209.

DARMON, N. (2025). Cuisiner à domicile : quels enjeux pour l'alimentation et la santé ? *Institut for a positive food*. https://www.institutforapositivefood.org/cuisiner-a-domicil/

DARMON, N., FERGUSON, E. L., & BRIEND, A. (2002). A cost constraint alone has adverse effects on food selection and nutrient density: An analysis of human diets by linear programming. *The Journal of Nutrition*, 132(12) : 3764-3771. https://doi.org/10.1093/jn/132.12.3764

DAVIES, L., & KNUTSON, K. C. (1991). Warning signals for malnutrition in the elderly. *Journal of the American Dietetic Association*, 91(11) : 1413-1417.

DAVIES, P. (1999). What is Evidence-based Education? *British Journal of Educational Studies*, 47(2) : 108-121. https://doi.org/10.1111/1467-8527.00106

DAVIS, F. D., BAGOZZI, R. P., & WARSHAW, P. R. (1989). User Acceptance of Computer Technology: A Comparison of Two Theoretical Models. *Management Science*, 35(8) : 982-1003. https://doi.org/10.1287/mnsc.35.8.982

DE SAINT POL, T. (2008). La consommation alimentaire des hommes et des femmes vivant seuls. *INSEE Première, N°1194*.

DE SAINT POL, T., & RICROCH, L. (2012). Le temps de l'alimentation en France. *INSEE Première*, *N°1417*.

DÉCHAMP-LE ROUX, C. (2012). La prévention des risques liés au vieillissement : Un nouveau pacte social ? *Gérontologie et société*, 35 / HS 1(5) : 81-91. https://doi.org/10.3917/gs.hs01.0081

DELANOË, D., & AÏACH, P. (1998). *L'Ère De La Médicalisation. Ecce Homo Sanitas* (Economica).

DELPHY, C. (2003). Par où attaquer le « partage inégal » du « travail ménager » ? *Nouvelles Questions Féministes*, 22(3) : 47-71. https://doi.org/10.3917/nqf.223.0047

DEPECKER, T., CARDON, P., & PLESSZ, M. (2023). Chapitre 6. L'alimentation dans le quotidien des ménages. In : *Sociologie de l'alimentation*. CARDON, P., DEPECKER, T., & PLESSZ, M (Dir.). Paris, Éditions Armand Colin : 166-190.

DESCHAMPS, V., SALANAVE, B., & VERDOT, C. (2025). Fréquences nationales et régionales de consommations alimentaires par rapport aux recommandations nutritionnelles des adultes français : Résultats des baromètres 2021 hexagonal et DROM de Santé Publique France. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*). N°8. Santé Publique France.

DE SINGLY, F. (2016). *Le soi, le couple et la famille*. 2e édition. Paris, Armand Colin.

DEVAULT, M. L. (1994). *Feeding the family: The social organization of caring as gendered work*. Chicago, The University of Chicago press.

DEVINE, C. M., CONNORS, M., BISOGNI, C. A., & SOBAL, J. (1998). Life-Course Influences on Fruit and Vegetable Trajectories: Qualitative Analysis of Food Choices. *Journal of Nutrition Education*, 30(6) : 361-370.

DEWEY, J. (2012). *Expérience et nature*. Collection Bibliothèque de philosophie. Paris, Gallimard. (Édition originale 1925)

DEWEY, J. (1983). *Le public et ses problèmes.* Extrait de *The Public and its Problems (1927),* repris dans *John Dewey. The Later Works, vol. 2,* (Ed.) Boydston JA., et associés, Carbondale, Southern Illinois University Press (1re éd., 1977), paperbound, 1983 (CNRS Editions, Vol. 3).

DÍAZ-MÉNDEZ, C., & GARCIA-ESPEJO, I. (2014). Eating practice models in Spain and the United Kingdom: A comparative time use analysis. *International Journal of Comparative Sociology*. Vol 55 : 24-44. https://doi.org/10.1177/0020715213519657

DIMAGGIO, P. J., & POWELL, W. W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*. 48(2): 147-160. https://doi.org/10.2307/2095101

DION, C. E., GOJARD, S., PLESSZ, M., & ZINS, M. (2020). Bien vieillir, bien manger ? Avancée en âge et modifications de l'alimentation dans la cohorte Gazel. *Gérontologie et société*, 42 / 162(2) : 99-120. https://doi.org/10.3917/gs1.162.0099

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES. (2015). La sociabilité et l'isolement social des seniors. *Les dossiers de la DREES*. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/la-sociabilite-et-lisolement-social-des-seniors

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES. (2017). L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) – Remontées individuelles. *Data Gouv, jeux de données*. https://www.data.gouv.fr/datasets/lallocation-personnalisee-dautonomie-apa-remontees-individuelles/

DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE. (2024). Pensions de retraite : Écarts entre les femmes et les hommes. Dans : *Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale* : 132-137.

DIRECTION DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX. (2019). *Les prix en EHPAD en 2019*. https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/comprendre-les-prix-en-ehpad/cout-d-un-hebergement-en-ehpad-en-2019

DIVERT, C., LAGHMAOUI, R., CREMA, C., ISSANCHOU, S., VAN WYMELBEKE, V., & SULMONT-ROSSÉ, C. (2015). Improving meal context in nursing homes. Impact of four strategies on food intake and meal pleasure. *Appetite*, 84 : 139-147. https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.09.027

DOMPER, J., GAYOSO, L., GONI, L., DE LA O, V., ETXEBERRIA, U., & RUIZ-CANELA, M. (2023). Culinary Medicine and Healthy Ageing: A comprehensive review. *Nutrition Research Reviews*. 2024 Jun;37(1):179-193. https://doi.org/10.1017/S0954422423000148

DOUGLAS, M. (2005). *De la souillure : Essai sur les notions de pollution et de tabou*. Paris, La Découverte. (Édition originale 1966)

DRULHE, M. (1996a). Chapitre 2 – Irréductibles différences sociales de santé. In : *Santé et société : Le façonnement sociétal de la* santé. Paris, Presses Universitaires de France : 55-124.

DRULHE, M. (1996b). *Santé et société : Le façonnement sociétal de la santé*. Paris, Presses universitaires de France.

DRULHE, M., CLÉMENT, S., MANTOVANI, J., & MEMBRADO, M. (2007). L'expérience du voisinage : Propriétés générales et spécificités au cours de la vieillesse. *Cahiers internationaux de sociologie*, 123(2) : 325-339. https://doi.org/10.3917/cis.123.0325

DUBOST, J. (1983). Les critères de la recherche-action. *Pour*, 90 : 17-21.

DUBOST, J., & LEVY, A. (1984). Éditorial. *Connexions*, *43*.

DUBUISSON-QUELLIER, S. (2006). De la routine à la délibération : Les arbitrages des consommateurs en situation d'achat. *Réseaux*, 135-136(1) : 253-284.

DUBUISSON-QUELLIER, S., & PLESSZ, M. (2013). La théorie des pratiques. *Sociologie*, N°4, vol. 4. https://journals.openedition.org/sociologie/2030

DUPUY, A. (2010). *La place du plaisir dans la socialisation alimentaire des enfants et des adolescents*. Thèse de doctorat de sociologie, Université Toulouse Jean Jaurès.

DUPUY, A. (2014). Thématisation du plaisir alimentaire et visées utilitaristes. *Sociologie et sociétés*, *46*(2) : 253-275. https://doi.org/10.7202/1027150ar

DURAND, J-P. & WEIL, R. (2006). *Sociologie contemporaine*. Paris, Éditions Vigot.

DURKHEIM, É. (1912). *Les formes élémentaires de la vie religieuse : Le système totémique en Australie*. Paris, Alcan.

DURKHEIM, É. (2013). *De la division du travail social* (Nouvelle éd.). Paris, Presses universitaires de France. (Édition originale 1930)

DUVALL, E. (1946). Conceptions of Parenthood. *American Journal of Sociology*, 52(3): 193-203. https://doi.org/10.1086/219984

DUVALL, E. (1957). *Familly Development*. Philadelphia, J. B. Lippincott.

ELDER, G. H. (1998). The life course and human development. In: *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development.* W. DAMON & R. M. LERNER (Eds.). Volume 1, 5th ed. Melbourne, John Wiley & Sons, Inc.: 939-991

ELIAS, N. (1991). *La société des individus*. Paris, Fayard.

ELIAS, N. (2017). *La civilisation des mœurs*. Paris, Pocket collection Agora. (Édition originale 1939)

ELSTER, J. (2009). *Le désintéressement*. Paris, Seuil.

ELSTER, J. (2010). *L'irrationalité*. Paris, Seuil.

ENNUYER, B. (2007). 1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile ». Et sur la notion de « libre choix » de son mode de vie. *Gérontologie et société*, 30 / 123(4) : 153-167. https://doi.org/10.3917/gs.123.0153

ENNUYER, B. (2011). À quel âge est-on vieux ? *Gérontologie et société*, 34 / n° 138(3) : 127-142.

ENNUYER, B. (2013). Les malentendus de l'« autonomie » et de la « dépendance » dans le champ de la vieillesse. *Le Sociographe*, *Hors-série,* 6(5) : 139-157. https://doi.org/10.3917/graph.hs06.0139

ENNUYER, B. (2020). La discrimination par l'âge des « personnes âgées » : Conjonction de représentations sociales majoritairement négatives et d'une politique vieillesse qui a institué la catégorie « personnes âgées » comme posant problème à la société. *La Revue des droits de l'homme. Revue du Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux*, Article 17. https://doi.org/10.4000/revdh.8756

ESCALON, H., & BECK, F. (2010). Perceptions, connaissances et comportements en matière d'alimentation. Les spécificités des seniors. *Gérontologie et société*, 33 / 134(3) : 13-29. https://doi.org/10.3917/gs.134.0013

ESPING-ANDERSEN, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton, Princeton Univ Press.

ESPING-ANDERSEN, G. (2007). *Les trois mondes de l'État-providence. Essai sur le capitalisme moderne. Épilogue inédit de l'auteur. Préface de François-Xavier Merrien*. Paris, Presses Universitaires de France. https://doi.org/10.3917/puf.espin.2007.01 (Édition originale 1990)

EYRAUD, C. (2013). *Le capitalisme au cœur de l'État : Comptabilité privée et action publique*. Vulaines-sur-Seine, Éditions du Croquant.

FASSIN, D. (1996). *L'espace politique de la santé : Essai de généalogie*. Paris, Presses universitaires de France. https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k4805240g

FASSIN, D. (1998). *Les figures urbaines de la santé publique : Enquête sur des expériences locales.* Paris, La Découverte.

FASSIN, D. (2005). Le sens de la santé. Anthropologie des politiques de la vie. In : *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*. SAILLANT, F & GENEST, S. (Dir.). Québec, Les Presses de l'Université Laval ; Paris : Anthropos : 383-399.

FASSIN, D. (2011). Les inégalités sociales de santé, un problème français. *Humanitaire. Enjeux, pratiques, débats*, 30, Article 30. https://journals.openedition.org/humanitaire/1097

FASSIN, D. (2021). Frontières épistémiques : Leçon du 12 mai 2021. *La Couleur des idées* : 101-140.

FASSIN, D., & MEMMI, D. (2015). *Le gouvernement des corps*. Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales. https://doi.org/10.4000/books.editionsehess.1478

FAURE, G. & SEDILLOT, S. (dir.). (2022). *Vieillir chez soi de l'Antiquité au XXIe siècle. Regards sur le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie*. Colloque interdisciplinaire. Université de Picardie Jules Verne, Logis du Roy, 9 et 10 juin 2022.

FERRAND, A. (2019). La surveillance relationnelle de la santé. Du soupçon au soutien : les réactions face à un proche qui ne se soigne pas. *Revue française des affaires sociales* : 39-53.

FERRAND, C., FÉART, C., MARTINENT, G., ALBINET, C., ANDRE, N., & AUDIFFREN, M. (2018). Dietary patterns in French home-living older adults: Results from the PRAUSE study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 74: 88-93. https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.09.003

FERRAND, M. (1983). Faut-il nourrir les enfants ? De la nature à la mère nourricière. *Les Temps Modernes (Quotidien et imaginaire de la cuisine)*, 438 : 1271-1286.

FERRY, M. (2010). Nutrition, vieillissement et santé. *Gérontologie et société*, 33 / 134(3) : 123-132. https://doi.org/10.3917/gs.134.0123

FERRY, M., MISCHLICH, D., ALIX, E., BROCKER, P., CONSTANS, T., LESOURD, B., PFITZENEYER, P., & VELLAS, B. (2012). *Nutrition de la personne âgée* (4ème éd). Issy-les-Moulineaux. Elsevier Masson.

FISCHBEIN, M., & AJZEN, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Paris, Addison-Wesley.

FISCHLER, C. (1979). Gastro-nomie et gastro-anomie. *Communications*, 31(1) : 189-210. https://doi.org/10.3406/comm.1979.1477

FISCHLER, C. (2001). *L'homnivore : Le goût, la cuisine et le corps*. Paris, Odile Jacob. (Édition originale 1990)

FISCHLER, C., & MASSON, E. (2008). *Manger. Français, Européens et Américains face à l'alimentation*. Paris, Odile Jacob.

FLAMENT, C. (2003). 9. Structure et dynamique des représentations sociales. In : JODELET, D. (dir.) *Les représentations sociales : Vol. 7e éd.* p : 224-239. Presses Universitaires de France. https://doi.org/10.3917/puf.jodel.2003.01.0224

FLANDRIN, J.-L. (1986). La distinction par le goût. Dans : P. ARIES, G. DUBY (dir.), *Histoire de la vie privée. De la Renaissance aux Lumières, t. 3*. Paris, Seuil : 267-309.

FLANDRIN, J.-L. (1996). Assaisonnement, cuisine et diététique aux XIV^{e}, XV^{e} et XVI^{e} siècles. Dans : FLANDRIN, J-L & MONTANARI, M. (dir.) *Histoire de l'alimentation*. Paris, Fayard : 491-509

FLEURY, S., TRONCHON, P., ROTA, J., MEUNIER, C., MARDIROS, O., VAN WYMELBEKE-DELANNOY, V., & SULMONT-ROSSÉ, C. (2021). The Nutritional Issue of Older People Receiving Home-Delivered Meals: A Systematic Review. *Frontiers in Nutrition*, 8. https://doi.org/10.3389/fnut.2021.629580

FLEURY, S., VAN WYMELBEKE-DELANNOY, V., LESOURD, B., TRONCHON, P., MAÎTRE, I., & SULMONT-ROSSÉ, C. (2021). Home-Delivered Meals: Characterization of Food Intake in Elderly Beneficiaries. *Nutrients*, *13*(6): 2064. https://doi.org/10.3390/nu13062064

FOLEY, P. (1999). Competition as Public Policy: A Review of Challenge Funding. *Public Administration*, *77*(4) : 809-836. https://doi.org/10.1111/1467-9299.00181

FONTAINE, E. (2015). Un train peut en cacher un autre. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, Vol 29(2) : 65-66. https://doi.org/10.1016/j.nupar.2015.03.004

FOUCAULT, M. (2001). *Dits et écrits. 2 : 1976 - 1988*. Paris, Gallimard. (Édition originale 1994)

FOUCAULT, M. (2004). *La Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France (1978-1979)*. Paris, EHESS Gallimard Seuil. (Édition originale 1979)

FOUCAULT, M. (2011). *Surveiller et punir : Naissance de la prison* (Nachdr. der Ausg. 1975). Paris, Gallimard. (Édition originale 1975)

FOUCAULT, M. (2015). *Naissance de la clinique* (Nouvelle éd.). Paris, Presses universitaires de France. (Édition originale 1963)

FOUQUET, A. (2019). Quand les hommes cuisinent au quotidien. Vers la « masculinisation » d'une pratique domestique. *Terrains & travaux*, *35*(2) : 161-182. https://doi.org/10.3917/tt.035.0161

FOURCADE, N., VON LENNEP, F., GRÉMY, I., BOURDILLON, F., LUCIANO, L., REY, S., BAUCHET, E., & VERNAY, M. (2017). *L'état de santé de la population en France*. Rapport de la Drees.

FOURNIER, T. (2014). Face à l'injonction diététique, un « relativisme nutritionnel » en France. *SociologieS*. Accessible en ligne : https://doi.org/10.4000/sociologies.4628

FOURNIER, T., & JARTY, J. (2019). Gouverner les 'mille premiers jours de vie'. *Revue des sciences sociales*, Article 61. https://doi.org/10.4000/revss.3793

FOURNIER, T., JARTY, J., LAPEYRE, N., & TOURAILLE, P. (2015). L'alimentation, arme du genre. *Journal des anthropologues*, *140-141*(1-2) : 19-49. https://doi.org/10.4000/jda.6022

FREIDSON, E. (1961). *Patients' views of medical practice. A study of subscribers to a prepaid medical plan in the Bronx*. New York, Russel Sage Foundation. https://www.russellsage.org/sites/default/files/Patients-Views-Medical-Practice.pdf

FREUND, A. M., & BALTES, P. B. (1998). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging*, 13(4): 531-543. https://doi.org/10.1037/0882-7974.13.4.531

FRIED, L. P., FERRUCCI, L., DARER, J., WILLIAMSON, J. D., & ANDERSON, G. (2004). Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: Implications for improved targeting and care. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(3): 255-263. https://doi.org/10.1093/gerona/59.3.m255

FRINAULT, T. (2009). *La dépendance : Un nouveau défi pour l'action publique*. Rennes, Presses universitaires de Rennes.

GAGNON, É. (2018). La déprise comme interrogations : Autonomie, identité, humanité. *Gérontologie et société*, 40 / 155(1) : 33-44. https://doi.org/10.3917/gs1.155.0033

GALLENGA, G., & PESLE, M. (2023). *La thèse Cifre en SHS : L'art de la double contrainte*. Aix en Provence, Presses universitaires de Provence.

GANGBE, M., & DUCHARME, F. (2006). Le « bien vieillir » : Concepts et modèles. *M/S : médecine sciences*, 22(3) : 297-300.

GENESTIER, P. (2006). L'expression « lien social » : Un syntagme omniprésent, révélateur d'une évolution paradigmatique. *Espaces et sociétés*, 126(3) : 19-34. https://doi.org/10.3917/esp.126.0019

GIARD, L. (1979). Le peuple féminin des cuisines. *Esprit*, 12(36) : 11.

GIARD, L., MAYOL, P., & CERTEAU, M. DE. (2006). *L'invention du quotidien t.2 ; habiter, cuisiner* (Nouvelle édition revue et augmentée). Paris, Gallimard. (Édition originale 1980)

GIDDENS, A. (1984). *The constitution of society: Outline of the theory of structuration*. St Oakland, University of California Press.

GIDDENS, A. (1995). *Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age*. Londres, Polity press.

GIELE, J., & ELDER, G. (1998). *Methods of Life Course Research: Qualitative and Quantitative Approaches*. Thousand Oaks, SAGE Publications, Inc. https://doi.org/10.4135/9781483348919

GILLETTE-GUYONNET, S., VAN KAN, G. A., ANDRIEU, S., BARBERGER-GATEAU, P., BERR, C., BONNEFOY, M., DARTIGUES, J. F., DE GROOT, L., FERRY, M., & GALAN, P. (2007). IANA task force on nutrition and cognitive decline with aging. *Journal of Nutrition Health and Aging*, 11(2) : 132.

GILLIGAN, C. (2019). *Une voix différente : La morale a-t-elle un sexe ?* Paris, Flammarion.

GIRAUD, O., & BIHAN-YOUINOU, B. L. (2022). 7. Les politiques de l'autonomie : Vieillissement de la population, handicap et investissement des proches aidants. Dans : GIRAUD, O. & PERRIER, G. (dir.) *Politiques sociales : L'état des savoirs*. La Découverte : 115-133. https://www.cairn.info/politiques-sociales-l-etat-des-savoirs-2022--9782348070075-page-115.htm?ref=doi

GLASER, B. G., & STRAUSS, A. L. (2010). *La découverte de la théorie ancrée : Stratégies pour la recherche qualitative*. Paris, Armand Colin. (Édition originale 1967)

GODIN, G. (1991). L'éducation pour la santé : Les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences Sociales et Santé,* 9(1) : 67-94. https://doi.org/10.3406/sosan.1991.1185

GOFFMAN, E. (1975). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris, Les Éditions de minuit.

GOFFMAN, E. (1990). *The Presentation of Self in Everyday Life* (New edition). Penguin. (Édition originale 1956)

GOJARD, S., & LHUISSIER, A. (2003). Monotonie ou diversité de l'alimentation : Les effets du vieillissement. *INRA Sciences Sociales*. https://doi.org/10.22004/ag.econ.128482

GOURMELEN, A., GUILLEMOT, S., MALAS, Z., & DYEN, M. (2024). Segmenter les personnes âgées selon leur risque de malnutrition : Combinaison d'une approche centrée sur les attitudes et d'une approche comportementale. *Décisions Marketing*, 114(2) : 35-64. https://doi.org/10.3917/dm.114.0035

GRAND, A. (2016). Du rapport Laroque à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement : Cinquante-cinq ans de politique vieillesse en France. *Vie sociale*, 15(3) : 13-25. https://doi.org/10.3917/vsoc.163.0013

GRANOVETTER, M. (2000). *Le marché autrement : Les réseaux dans l'économie*. Paris, Desclée de Brouwer.

GRANOVETTER, M. S. (1973). The Strength of Weak Ties. *American Journal of Sociology*, 78(6): 1360-1380.

GREENE, M. G., ADELMAN, R., CHARON, R., & HOFFMAN, S. (1986). Ageism in the medical encounter: An exploratory study of the doctor-elderly patient relationship. *Language & Communication*, 6(1): 113-124. https://doi.org/10.1016/0271-5309(86)90010-8

GRIEP, M.I., VERLEYE, G., FRANCK, A.H., COLLYS, K., METS, T.F., & MASSART, D. L. (1996). Variation in nutrient intake with dental status, age and odour perception. *Eur j clin nutr* 1996 ; 50 : 816-25.

GRIEP, M.I., METS, T.F., COLLYS, K., VOGELAERE, P., LASKA, M., & MASSART, D. L. (1997). Odour perception in relation to age, general health, anthropometry and dental state. *Arch gerontol geriatr* 1997 ; 25 : 263-75.

GROSPERRIN-LEGRAND, J., BAMBA, B., & CHASSAGNE, A. (2023). Personnes âgées et exclusion numérique. *Revue des sciences sociales*, Article 70. https://doi.org/10.4000/revss.10704

GUÉRIN, L. (2016). « Faire manger » et « jouer le jeu de la convivialité » en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). *SociologieS*. Accessible en ligne : https://doi.org/10.4000/sociologies.5404

GUÉRIN, L. (2018). Façonner les émotions en Ehpad : Du rôle dédié au repas dans la lutte contre la solitude des personnes âgées. *Sociologie et sociétés*, 50(1) : 91-111. https://doi.org/10.7202/1063692ar

GUILLAUMIN, C. (1978). Les corps appropriés. *Questions Féministes*, 2 : 3-4.

GUILLEMARD, A.-M. (1972). *La Retraite, Une Mort Sociale : Sociologie Des Conduites En Situation De Retraite* (Reprint 2018 ed. édition). Berlin, de Gruyter Mouton.

GUILLEMARD, A.-M. (1986). *Le déclin du social : Formation et crise des politiques de la vieillesse*. Paris, Presses universitaires de France.

GUILLEMARD, A.-M. (2002). De la retraite mort sociale à la retraite solidaire : La retraite une mort sociale (1972) revisitée trente ans après. *Gérontologie et société*, 25102(3) : 53-66. https://doi.org/10.3917/gs.102.0053

GUILLEMARD, A.-M. (2022). D'une sociologie des pratiques de retraite à une analyse comparée des politiques publiques du vieillissement. Dans : G. CRESSON, F. DOUGUET, G. FERNANDEZ, N. ROUX, & F. LE BORGNE-UGUEN (dir.), *Vieillir en société : Une pluralité de regards sociologiques*. Rennes, Presses universitaires de Rennes : 27-34. http://books.openedition.org/pur/151540

GUILLEMARD, A.-M. (1988). État et politique sociale, le cas de la politique française de la vieillesse : la vieillesse, l'enjeu ? *Cahiers de la recherche sur le travail social (Les)*, n°15 : 115-136.

GUY-GRAND, B. (1997). *Alimentation en milieu hospitalier : Rapport de mission à Monsieur le Ministre chargé de la santé*. Direction de l'information légale et administrative.

https://documentation.insp.gouv.fr/insp/doc/VIEPUBLIQUE/116798D2404EBBD6E8CCD3B5159BB3E8/alimentation-en-milieu-hospitalier-rapport-de-mission-a-monsieur-le-ministre-charge-de-la-sante

HALBWACHS, M. (1912). *La classe ouvrière et les niveaux de vie : Recherches sur la hiérarchie des besoins dans les sociétés industrielles contemporaines*. Paris, Félix Alcan.

HANNON, P. A., BOWEN, D. J., MOINPOUR, C. M., & MCLERRAN, D. F. (2003). Correlations in perceived food use between the family food preparer and their spouses and children. *Appetite*, 40(1) : 77-83. https://doi.org/10.1016/S0195-6663(02)00140-X

HAUT CONSEIL A L'ÉGALITÉ ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES (2014). *Combattre maintenant les inégalités sexuées, sociales et territoriales dans les quartiers de la politique de la ville et les territoires ruraux fragilisés* (Nos. 2014-06-19; EGAliTER, p. 286). Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes. https://haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/haut-conseil-egalite.gouv.frimgpdfhcefh_rap_egaliter_vf.pdf

HAUT CONSEIL DE SANTÉ PUBLIQUE. (Éd.). (2010). *Évaluation du plan national Bien vieillir, 2007-2009 : Rapport adopté par le HCSP le 9 décembre 2010*. Rapport. La Documentation française.

HAUT CONSEIL DE SANTÉ PUBLIQUE (Éd.). (2025). *Recommandations pour l'élaboration du 5e Programme national nutrition santé (PNNS)*. Collection Avis et rapports. https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1445

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). (2007). *Recommandations professionnelles. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée.* Argumentaire.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). (2021). *Diagnostic de la dénutrition chez l'enfant, l'adulte, et la personne de 70 ans et plus*. Recommandations.

HAVIGHURST, R. J. (1961). Successful Aging. *The Gerontologist*, 1(1): 8-13. https://doi.org/10.1093/geront/1.1.8

HEBEL, P., & MATHÉ, T. (2015). *Le plaisir du cuisiné maison : Pour le goût et la qualité* (Consommation et modes de vie, p. 5). CRÉDOC. https://doi.org/10.13140/RG.2.1.4439.7929

HÉBUTERNE, X., ALIX, E., RAYNAUD-SIMON, A., & VELLAS, B. (2009). *Traité de nutrition de la personne âgée* Baden-Wurttenberg, Springer.

HÉBUTERNE, X., LEMARIÉ, E., MICHALLET, M., DE MONTREUIL, C. B., SCHNEIDER, S. M., & GOLDWASSER, F. (2014). Prevalence of malnutrition and current use of nutrition support in patients with cancer. *JPEN. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 38(2) : 196-204. https://doi.org/10.1177/0148607113502674

HÉLY, M. (2009). 3. L'espace des formes d'entreprises associatives. *Le Lien social* : 97-137.

HENDY, H. M., NELSON, G. K., & GRECO, M. E. (1998). Social cognitive predictors of nutritional risk in rural elderly adults. *International Journal of Aging & Human Development*, 47(4): 299-327. https://doi.org/10.2190/F770-RNBD-GFMT-RQGV

HESS, R. (1983). Histoire et typologie de la recherche action. *Pour*, n°90 : 15.

HEYES, C. J. (2006). Foucault Goes to Weight Watchers. *Hypatia*, 21(2): 126-149. https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2006.tb01097.x

HILL, R. (1986). Life Cycle Stages for Types of Single Parent Families: Of Family Development Theory. *Family Relations*, 35(1): 19-29. https://doi.org/10.2307/584278

HILL, R., & MATTESSICH, P. (1999). Life cycle and family development. Dans : SUSSMAN M. B. STEINMETZ S. K. & PETERSON G. W. (dir.) *Handbook of marriage and the family. 2nd ed.* New York, Plenum : 437-469.

HIPPOCRATE. (1839). *Hippocrate – Œuvres complètes, traduction Littré, 1839/Tome VI* : 3-27.

HOCHSCHILD, A. R. (1975). Disengagement Theory: A Critique and Proposal. *American Sociological Review*, 40(5) : 553-569. https://doi.org/10.2307/2094195

HUBERT, A. (2001). Alimentation et Santé : La Science et l'imaginaire. *Anthropology of food*, *S1*, Article S1. Accessible en ligne : https://doi.org/10.4000/aof.1108

HUBERT, A. (2007). Chapitre - Nourritures et nutriments. Dans *La santé est dans votre assiette*. Toulouse, Érès : 20-35. https://www.cairn.info/la-sante-est-dans-votre-assiette--9782749208329-p-20.htm

HUGHES, E.C. (1950) [1971]. Cycles, Turning point and Career. Dans: HUGHES E.C. (dir.) *The Sociological Eye*. Chicago, Aldine (trad. franç. Dans : HUGHES E. C (1996), *Le Regard sociologique*, op. cit.: 124-131).

INSTITUT DES POLITIQUES PUBLIQUES. (2022). *Cartographie de la perte d'autonomie des personnes âgées*.

INSTITUT FRANÇAIS D'OPINION PUBLIQUE (IFOP). (2023). *Sondage 2023 pour le Collectif de lutte contre la dénutrition*.

INSTITUT NATIONAL D'ÉTUDES DÉMOGRAPHIQUES (INED). (2021). *Population aging is accelerating in France and most developed countries*.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES (INSEE). (2016). Projections de population à l'horizon 2070. *INSEE Première*. N°1619.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES (INSEE). (2019a). 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050. *INSEE Première*. N°1767.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES (INSEE). (2019b). *France, portait social*.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES (INSEE). (2020). Tableaux de l'économie française. *INSEE Références édition 2020* : 265.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES (INSEE). (2021). *pcs2020—Insee*.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES (INSEE). (2023). *Bilan démographique 2023*.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES (INSEE), & DIRECTION DE L'ANIMATION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES ET DES STATISTIQUES (DARES). (2022). Emploi, chômage, revenus du travail. *INSEE Références édition 2022*. https://www.insee.fr/fr/statistiques/6453692?sommaire=6453776

JACQUEMOT, A. F., BOCQUIER, A., DUBOIS, C., VINET-JULLIAN, A., COUSSON-GELIE, F., & DARMON, N. (2021). Co-construction et fondements théoriques d'ateliers de prévention sur l'alimentation et l'activité physique à destination des seniors pour le projet ALAPAGE. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 35(1) : 73-74. https://doi.org/10.1016/j.nupar.2021.01.109

JACQUEMOT, A.-F., PRAT, R., GAZAN, R., DUBOIS, C., DARMON, N., FEART, C., & VERGER, E. O. (2023). Development and validation of a dietary diversity score for French older adults. *Population Medicine*, 5 (Supplement). https://doi.org/10.18332/popmed/165588

JACQUEMOT, A.-F., PRAT, R., GAZAN, R., DUBOIS, C., DARMON, N., FEART, C., & VERGER, E. O. (2024). Development and validation of an occurrence-based healthy dietary diversity (ORCHID) score easy to

operationalise in dietary prevention interventions in older adults: A French study. *British Journal of Nutrition*, 131(6): 1053-1063. https://doi.org/10.1017/S0007114523002520

JODELET, D. (2003). 1. Représentations sociales : Un domaine en expansion. Dans : JODELET, D. (dir.) *Les représentations sociales*. Vol. 7. Paris, Presses Universitaires de France : 45-78.

KANT, E. (2006). *Critique de la raison pure* (3e éd. corrigée). Paris, Flammarion. (Édition originale 1787)

KAPLAN, G. A., & CAMACHO, T. (1983). Perceived health and mortality: A nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *American Journal of Epidemiology*, 117(3): 292-304. https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a113541

KAUFMANN, J. (1995). Les cadres sociaux du sentiment de solitude. *Sciences Sociales et Santé*, 13(1) : 123-136. https://doi.org/10.3406/sosan.1995.1321

KAUFMANN, J.-C. (1996). *L'entretien compréhensif.* Paris, Nathan.

KAUFMANN, J.-C. (2005). *Casseroles, amour et crises. Ce que cuisiner veut dire*. Paris, Armand Colin.

KHARROUBI, S. A., & DIAB-EL-HARAKE, M. (2024). Sex differences in COVID-19 mortality: A large US-based cohort study (2020–2022). *AIMS Public Health*, 11(3) : 886-904. https://doi.org/10.3934/publichealth.2024045

KLEIN, A. (2008). La santé comme norme de soin. *Philosophia Scientiæ. Travaux d'histoire et de philosophie des sciences*, Article 12-2. https://doi.org/10.4000/philosophiascientiae.127

KOEHN, S. (2022). Discrimination intersectionnelle et vieillissement. *Revue de la littérature. Emploi et développement social Canada.*

KOHLI, M. (1989). Le cours de vie comme institution sociale. *Enquête. Archives de la revue Enquête* Article 5. Accessible en ligne : https://doi.org/10.4000/enquete.78

KÜNEMUND, H., & REIN, M. (1999). There is more to receiving than needing: Theoretical arguments and empirical explorations of crowding in and crowding out. *Ageing & Society*, 19(1) : 93-121. https://doi.org/10.1017/S0144686X99007205

LAHLOU, S. (2005). Peut-on changer les comportements alimentaires ? *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 40(2) : 91-96. https://doi.org/10.1016/S0007-9960(05)80471-7

LALIVE D'ÉPINAY, C. (1983). *Vieillesses. Situations, itinéraires et modes de vie des personnes âgées aujourd'hui*. Saint Saphorin, Georgi.

LALIVE D'ÉPINAY, C. (1994). Significations et valeurs du travail, de la société industrielle à nos jours. Dans : DE COSTER, M & PICHAULT, F (dir.). *Traité de sociologie du travail* (p. 55). Paris, De Boeck.

LALIVE D'ÉPINAY, C., BICKEL, J.-F., CAVALLI, S., & SPINI, D. (2005a). De l'étude des personnes âgées au paradigme du parcours de vie. Dans : MERCURE, D. (dir.). *L'analyse du social : les modes d'explication*. Laval, Les Presses de l'Université de Laval : 141-167.

LALIVE D'ÉPINAY, C., BICKEL, J.-F., CAVALLI, S., & SPINI, D. (2005b). Le parcours de vie : Émergence d'un paradigme interdisciplinaire. Dans : GUILLAUME, J.F., THOMSIN, L (dir.). *Parcours de vie. Regards croisés sur la construction des biographies contemporaines*. Liège, Éditions de l'université de Liège : 187-210.

LALIVE D'ÉPINAY, C., & SPINI, D. (2008). *Les années fragiles : La vie au-delà des quatre-vingts ans*. Laval, Presses de l'université Laval.

LAMINE, C. (2008). *Les intermittents du bio. Pour une sociologie pragmatique des choix alimentaires émergents*. Paris, Éditions Quae. https://hal.inrae.fr/hal-02815237

LAROQUE, P. & HAUT COMITE CONSULTATIF DE LA POPULATION ET DES FAMILLES. (1962). *Commission d'étude des problèmes de la vieillesse du Haut comité consultatif de la population et de la famille*. Paris, L'Harmattan.

LARRIEU, S., LETENNEUR, L., BERR, C., DARTIGUES, J. F., RITCHIE, K., ALPEROVITCH, A., TAVERNIER, B., & BARBERGER-GATEAU, P. (2004). Sociodemographic differences in dietary habits in a population-based sample of elderly subjects: The 3C study. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 8(6): 497-502.

LASCOUMES, P., & LE GALÈS, P. (2005). *Gouverner par les instruments*. Paris, Presses de Sciences Po.

LAUGIER, S., & GEFEN, A. (2019). Entretien avec Sandra Laugier (Alexandre Gefen). *ELFe XX-XXI*, *9*. https://doi.org/10.4000/elfe.1748

LAURIOUX, B. (2022). *La diététique de la renaissance a-t-elle vraiment existé ?* Tours. Société des Amis du Centre d'Études Supérieures. 21 novembre 2022

LAVILLE, J.-L. (2002). L'association comme lien social. *Connexions*, 77(1) : 43-54. https://doi.org/10.3917/cnx.077.0043

LAVILLE, J.-L., & NYSSENS, M. (2001). *Les services sociaux entre associations, État et marché.* Paris, La Découverte.

LAVRILLOUX, M., & MASSON, E. (2018). Le régime : Une affaire de femme et non d'homme ? Influence des représentations sociales sur la description et la nomination des pratiques de contrôle alimentaire. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 117118(1) : 71-95.

LE BOTERF, G. (1983). La recherche-action : Une nouvelle relation entre les experts et les acteurs sociaux ? *POUR*, 90.

LEBBAL, M. (2021). Santé et développement du pouvoir d'agir des migrants vieillissants. *Les Cahiers du Développement Social Urbain*, *73*(1) : 44-45. https://doi.org/10.3917/cdsu.073.0044

LEFEBVRE, H., & ROSS, K. (2024). *Critique de la vie quotidienne* (Édition intégrale). Montreuil, l'Arche. (Édition originale 1981)

LÉVI-STRAUSS, C. (1965). Le triangle culinaire. *L'Arc*, 26 : 19-29.

LÉVI-STRAUSS, C. (2001). *Mythologiques. 1 : Le cru et le cuit*. Paris, Plon. (Édition originale 1964)

LEWIN, G. W., & LEWIN, K. (1948). Resolving Social Conflicts: Selected Papers on Group Dynamics. *American Sociological Review*, 13(6): 778. https://doi.org/10.2307/2086832

LEWIN, K. (1943). Forces behind food habits and methods of change. Dans : *The Problem of Changing Food Habits: Report of the Committee on Food Habits 1941–1943.* National Academies Press.

LEWIN, K. (1947). Frontiers in Group Dynamics: Concept, Method and Reality in Social Science; Social Equilibria and Social Change. *Human Relations*, 1(1) : 5-41. https://doi.org/10.1177/001872674700100103

LHUISSIER, A. (2002). *Réforme sociale et alimentation populaire (1850-1914) : Pour une sociologie des pratiques alimentaires*. Thèse de doctorat de sociologie, Paris, EHESS.

LIBAULT, D. (2019). *Rapport de la Concertation Grand âge et autonomie*. Accessible en ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/consultation-place-des-personnes-agees/concertation-grand-age-et-autonomie/

LUPTON, D. (1995). *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body* (First Edition). Thousand Oaks, Sage Publications Ltd.

MACKAY-SIM, A., JOHNSTON, A.N., OWEN, C., & BURNE, T. H. (2006). Olfactory ability in the healthy population: reassessing presbyosmia. *Chem Senses* 2006 ; 31 : 763-71.

MAFFESOLI, M. (2000). *Le temps des tribus : Le déclin de l'individualisme dans les sociétés postmodernes*. Paris, La Table Ronde.

MAITRE, I., SULMONT-ROSSÉ, C., VAN WYMELBEKE, V., CARIOU, V., BAILLY, N., FERRANDI, J.-M., SALLE, A., CARDON, P., AMAND, M., MANCKOUNDIA, P., SYMONEAUX, R., ISSANCHOU, S., & VIGNEAU, E. (2021). Food perception, lifestyle, nutritional and health status in the older people: Typologies and factors associated with aging well. *Appetite*, *164*, 105223. https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105223

MAYER, J. (2024). La prévention par la cuisine à destination des personnes âgées. Des normes alimentaires à l'épreuve du quotidien. *Gérontologie et société*. 2024/3 vol. 46/ n° 175 : 135-153.

MALINOWSKI, B. (2007). *Les Argonautes du Pacifique occidental*. Paris, Gallimard. (Édition originale 1922)

MALLON, I. (2005). *Vivre en maison de retraite. Le dernier chez-soi*. Rennes, Presses universitaires de Rennes.

MARCHAND, I. (2018). Traduction du référentiel du vieillissement actif au Québec et enjeux d'activation du vieillir. *Retraite et société*, 80(2) : 97-119. https://doi.org/10.3917/rs1.080.0097

MARCHAND, O. (2010). 50 ans de mutation de l'emploi. *INSEE Première*. N°1312.

MARIOTTI, F., BARREAU, F., BEAUDART, C., BENNETAU-PELISSERO, C., BENZI-SCHMID, C., BOUTRON-RUAULT, M.-C., LAUZON-GUILLAIN, B. DE, DIVARET-CHAUVEAU, A., FEILLET-COUDRAY, C., GAUTIER-STEIN, A., GROBER, J., HUNEAU, J.-F., KESSE-GUYOT, E., BRUGERE, C. M., MORAND, C., MORIO-LIONDORE, B., ROUSSEAU, A.-S., WALRAND, S., OUADRHIRI, Y. E., … MARGARITIS, I. (2022). *Avis de l'Anses relatif à l'évaluation des risques liés aux niveaux d'activité physique et de sédentarité des adultes de 18 à 64 ans, hors femmes enceintes et ménopausées*. Rapport. Anses. https://anses.hal.science/anses-03888258

MARIVAL, C. (2011). Associations de solidarité et stratégies de reconnaissance : Une diversité de réponses associatives aux pressions institutionnelles. *Revue internationale de l'économie sociale : recma*, 322 : 62-79. https://doi.org/10.7202/1020730ar

MARMOT, M., GOLDBLATT, P., & ALLEN, J. (2010). *Fair Society, Healthy Lives*. Strategic Review of Health Inequities in England post-2010. Rapport.

MARSCHALL, V. W., & MUELLER, M. M. (2003). Theoretical Roots of the Life-Course Perspective. Dans : HEINZ W.R., MARSHALL, V.W. (dir.). *Social Dynamics of the Life Course*. Aldine de Gruyter : 3-32.

MARTIN, C. (2001). Les politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes. *Travail, genre et sociétés*, 6(2) : 83-103. https://doi.org/10.3917/tgs.006.0083

MARTIN, C. (2003). Introduction. Vieillir autonome : Un défi européen. Dans : MARTIN, C. (dir.) *La dépendance des personnes âgées : Quelles politiques en Europe ?* Rennes, Presses universitaires de Rennes : 9-25. https://doi.org/10.4000/books.pur.14902

MARTIN, C. (2019). Penser la vulnérabilité. Les apports de Robert Castel. *Les Cahiers de la Justice*, 4(4) : 667-677. https://doi.org/10.3917/cdlj.1904.0667

MARTIN, T. F. (2018). Family Development Theory 30 Years Later. *Journal of Family Theory & Review*, 10(1): 49-69. https://doi.org/10.1111/jftr.12237

MARTUCCELLI, D. (2006). *Forgé par l'épreuve : L'individu dans la France contemporaine*. Paris, Armand Colin.

MARTUCCELLI, D., & SINGLY, F. DE. (2012). *Sociologies de l'individu* (2e éd). Paris, Armand Colin.

MASSE, R. (1999). *La santé publique comme nouvelle moralité*. Dans : FORTIN, P. (dir.) La réforme de la santé au Québec. Montréal, Les Éditions Fides : 155-174.

MASSON, E. (2004). Culturellement, manger c'est manger ensemble. Dans : BOUTAUD, J.J. (dir.) *L'imaginaire de la table. Histoire, rites et symbolique de la table*. Paris, L'Harmattan, 115-131.

MATHÉ, T., BELDAME, D., & HÉBEL, P. (2014). Évolution des représentations sociales du bien manger. *Cahier de recherche CRÉDOC N°316*. https://www.credoc.fr/publications/evolution-des-representations-sociales-du-bien-manger

MATHESON, D. M., WOOLCOTT, D. M., MARTIN MATTHEWS, A., & ROTH, V. (1991). Evaluation of a theoretical model predicting self-efficacy toward nutrition behaviors in the elderly. *Journal of Nutrition Education*, *23*(1): 3-9. https://doi.org/10.1016/S0022-3182(12)80447-X

MATHIEU, M., JARTY, J., GOJARD, S., & LAMAMRA, N. (2023). Le travail alimentaire : Perpétuel enjeu de lutte entre classes de sexe. *Nouvelles Questions Féministes*, 42(2) : 4-10. https://doi.org/10.3917/nqf.422.0004

MAUSS, M. (1934). Les techniques du corps. *Journal de Psychologie*, *XXXII,* n°3-4.

MCDERMOTT, M. S., OLIVER, M., SVENSON, A., SIMNADIS, T., BECK, E. J., COLTMAN, T., IVERSON, D., CAPUTI, P., & SHARMA, R. (2015). The theory of planned behaviour and discrete food choices: A systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12, 162. https://doi.org/10.1186/s12966-015-0324-z

MCINTOSH A. ZEY, M. (1998). Women As Gatekeepers Of Food consumption: A Sociological critique. Dans: COUNIHAN C. M. & KAPLAN S. L. (dir.) *Food and Gender. Identity and Power*. London, Routledge : 125-144.

MEAD, G. H. (1985). *Mind, self, and society: From the standpoint of a social behaviorist*. Chicago, University of Chicago Press. (Édition originale 1934)

MEIDANI, A., & CAVALLI, S. (2018). Vivre le vieillir : Autour du concept de déprise. *Gérontologie et société*, 40 / 155(1) : 9-23. https://doi.org/10.3917/gs1.155.0009

MEIDANI, A., SIINO, C., & TROUPEL, O. (2024). Introduction. La vulnérabilité dans tous ses états. Parcours de vie et inégalités sociales. *La vulnérabilité dans tous ses états : Parcours de vie et inégalités sociales*. Éditions Matériologiques : 3-25.

MEÏER, S., & MAYER, J. (à paraître). Le culinaire dans l'intervention sur des vulnérables. Regard croisé sur des animations auprès de personnes âgées et immigrées. Dans : CHAMBELLAND, B. & D'ANDREA, N. (dir.). *L'animation par le mouvement*. Bordeaux, Carrières Sociales Éditions.

MEJEAN, C., SI HASSEN, W., GOJARD, S., DUCROT, P., LAMPURE, A., BRUG, H., LIEN, N., NICOLAOU, M., HOLDSWORTH, M., TERRAGNI, L., HERCBERG, S., & CASTETBON, K. (2017). Social disparities in food preparation behaviours: A DEDIPAC study. *Nutrition Journal*, 16(1): 62. https://doi.org/10.1186/s12937-017-0281-2

MEMBRADO, M. (2013). Le genre et le vieillissement : Regard sur la littérature. *Recherches féministes*, 26(2) : 5-24. https://doi.org/10.7202/1022768ar

MEMMI, A. (1979). *La dépendance : Esquisse pour un portrait du dépendant ; suivi d'une lettre de Vercors*. Paris, Gallimard.

MÉRIOT, S.-A. (2002a). La socialisation des cuisiniers français : Histoire d'un décalage entre formation et emploi. *Formation Emploi*, 80(1) : 17-31. https://doi.org/10.3406/forem.2002.2984

MÉRIOT, S.-A. (2002b). *Le Cuisinier nostalgique : Entre restaurant et cantine*. Paris, CNRS Editions.

MERTON, R. K. (2017). *Social theory and social structure* (Revised and enlarged edition). Jaipur, Rawat Publications. (Édition originale 1949)

MICHEL, A. (1972). Hill R., Family Development in Three Generations. *Revue française de sociologie*, 13(1) : 137-140.

MIEN, E. (2018). Weber, la rationalité en valeur et en finalité. *Regards croisés sur l'économie*, 22(1) : 46-49. https://doi.org/10.3917/rce.022.0046

MILLS, S., WHITE, M., BROWN, H., WRIEDEN, W., KWASNICKA, D., HALLIGAN, J., ROBALINO, S., & ADAMS, J. (2017). Health and social determinants and outcomes of home cooking: A systematic review of observational studies. *Appetite*, 111 : 116-134. https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.12.022

MINISTERE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, MINISTRE DÉLÉGUÉ A LA SÉCURITÉ SOCIALE, AUX PERSONNES AGÉES, AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET A LA FAMILLE, & MINISTERE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. (2007). *Plan National « Bien Vieillir » (2007—2009)*.

MINISTERE DÉLÉGUÉ A LA SANTÉ. (2001). *Programme National Nutrition Santé (PNNS). 2001—2005*. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/1n1.pdf

MINISTERE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. (2021, novembre 25). *Lancement du 4ème Programme national nutrition santé 2019-2023*. Ministère des Solidarités et de la Santé. https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/lancement-du-4eme-programme-national-nutrition-sante-2019-2023

MINISTERE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. (2024). *Programme National Nutrition Santé 2019-2023 Bilan de sa mise en œuvre*. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/240618_bilan_pnns_4_impression.pdf

MOLINIER, P. (2020). *Le travail du care*. Paris, La dispute.

MONTAUT, A., & DE RICCARDIS, N. (2010). Inégalités sociales de santé et avancée en âge. *Actualité et dossier en santé publique*, *73*. file:///Users/juliemayerbitton/Downloads/ad733437.pdf

MOREAU, M., PLOURDE, H., HENDRICKSON-NELSON, M., & MARTIN, J. (2015). Efficacy of Nutrition Education-Based Cooking Workshops in Community-Dwelling Adults Aged 50 Years and Older. *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics*, 34(4): 369-387. https://doi.org/10.1080/21551197.2015.1084257

MORIN, E. (1981). Peut-on Concevoir Une Science De L'autonomie ? *Cahiers Internationaux de Sociologie,* 71 *:* 257-267.

MORLEY, J. E. (1997). Anorexia of aging: Physiologic and pathologic. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 66(4) : 760-773. https://doi.org/10.1093/ajcn/66.4.760

MORRONE, A. (2005). Entre ancien et nouveau : Les modèles de participation sociale et culturelle des seniors en Italie. *Retraite et société*, 46(3) : 147-167. https://doi.org/10.3917/rs.046.0147

MORVAN, A. (2013). Recherche-action. Dans : GIS Démocratie et Participation (dir.) *Dictionnaire critique et interdisciplinaire de la participation*. ISSN : 2268-5863

MOSCOVICI, S. (2003). 2. Des représentations collectives aux représentations sociales : Éléments pour une histoire. Dans : JODELET, D. (dir.) *Les représentations sociales*. Paris, Presses Universitaires de France : 79-103. https://doi.org/10.3917/puf.jodel.2003.01.0079

MOSCOVICI, S. (2004). *La psychanalyse, son image et son public.* (3e édition). Paris, Presses universitaires de France. (Édition originale 1961)

NAVARRO, D. A., BOAZ, M., KRAUSE, I., ELIS, A., CHERNOV, K., GIABRA, M., LEVY, M., GIBOREAU, A., KOSAK, S., MOUHIEDDINE, M., & SINGER, P. (2016). Improved meal presentation increases food intake and decreases readmission rate in hospitalized patients. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 35(5): 1153-1158. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2015.09.012

NÉGRIN, J.-P. (1977). L'utilisation par l'administration des associations de la loi de 1901. *Revue française d'administration publique*, 3(1) : 113-146. https://doi.org/10.3406/rfap.1977.1236

NEMEROFF, C., & ROZIN, P. (1989). You Are What You Eat: Applying the Demand-Free Impressions Technique to an Unacknowledged Belief. *Ethos: Journal of the Society for Psychological Anthropology*, 17(1): 50-69. https://doi.org/10.1525/eth.1989.17.1.02a00030

NIEWIADOMSKI, C., & AÏACH, P. (2008). *Lutter contre les inégalités sociales de santé*. Rennes, Presses de l'EHESP.

NINACS, W. (1995). Empowerment et service social : Approches et enjeux. *Service social*, 44(1): 69-93. https://doi.org/10.7202/706681ar

NUTBEAM, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3): 259-267. https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259

NUTBEAM, D., & KICKBUSCH, I. (1998). Health promotion glossary. *Health promotion international*, 13(4): 349-364.

OBEPI ROCHE. (2020). *Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité pour la Ligue contre l'Obésité*. https://liguecontrelobesite.org/enquete-epidemiologique-nationale-sur-le-surpoids-et-lobesite/

OKSUZYAN, A., JUEL, K., VAUPEL, J. W., & CHRISTENSEN, K. (2008). Men: Good health and high mortality. Sex differences in health and aging. *Aging Clinical and Experimental Research*, 20(2): 91-102. https://doi.org/10.1007/BF03324754

OLAWA, B. D., TAIWO, A. O., & NOLTE, L. (2025). Ageing Perception and Social Relationships Moderate the Associations Between Health Stressors and Life Satisfaction in the Very Old: Evidence from the ELSA Study. *Journal of Gerontological Social Work*, 68(5): 631-653. https://doi.org/10.1080/01634372.2024.2435916

OMRAN, A. R. (1971). The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49(4): 509-538.

O'RAND, A. M., & KRECKER, M. L. (1990). Concepts of the Life Cycle: Their History, Meanings, and Uses in the Social Sciences. *Annual Review of Sociology*, 16 : 241-262.

ORDONNANCE 1ER DECEMBRE 2021 - création de la cinquième branche Sécu Autonomie (2021). Accessible en ligne : http://www.vie-publique.fr/loi/282701-ordonnance-1er-decembre-2021creation-cinquieme-branche-secu-autonomie

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (OCDE). (2016). Quelle relation entre l'éducation, les compétences en littératie et l'état de santé perçu ? Les compétences des adultes à la loupe. N°4. Paris, Éditions OCDE. https://doi.org/10.1787/5jlqz979pbmq-fr.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (1981). *Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000*. Série « Santé pour tous », numéro 3.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (1986). *Charte d'Ottawa*. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*. CIF. Organisation mondiale de la Santé. https://iris.who.int/handle/10665/42418

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2010). *Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé*. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/b329de1c-d2f8-48da-b11e-55b667ec1c3e/content

ORLOFF, A. S. (2002). Explaining US welfare reform: Power, gender, race and the US policy legacy. *Critical Social Policy*, 22(1) : 96-118. https://doi.org/10.1177/02610183020220010801

OSSIPOW, L., & COUNILH, A.-L. (2023). La sanitarisation du social ou la transmission de normes diététiques dans la distribution de colis d'aide alimentaire. *Émulations. Revue de sciences sociales.* Article 45.

PAILLAT, P. (1989). *Passages de la vie active à la retraite*. Paris, Presses universitaires de France.

PAPERMAN, P., & LAUGIER, S. (2011). *Le souci des autres : Éthique et politique du care* (Nouvelle édition augmentée). Paris, Éditions de L'École des Hautes Études en Sciences Sociales.

PARODI, M. (2004). Les transformations des conditions de travail des ouvriers. *Revue de l'OFCE*, 88(1) : 185-202. https://doi.org/10.3917/reof.088.0185

PAUGAM, S. (2008). *Le lien social*. Paris, Presses universitaires de France.

PAUGAM, S. (2015). *Vivre ensemble dans un monde incertain*. La Tour d'Aigues, Éditions de l'Aube.

PAUGAM, S. (2025). *L'attachement social : Formes et fondements de la solidarité humaine*. Paris, Éditions Points.

PELCHAT, Y., GAGNON, É., & THOMASSIN, A. (2006). Sanitarisation et construction de l'exclusion sociale. *Lien social et Politiques*, 55 : 55-66. https://doi.org/10.7202/013224ar

PERCHERON, A., & REMOND, R. (1991). *Age et politique*. Paris, Economica.

PERETTI-WATEL, P. (2006). Lien social et santé en situation de précarité. *Économie et Statistique*, 391-392: 115-130.

PERETTI-WATEL, P. (2013). La prévention primaire contribue-t-elle à accroître les inégalités sociales de santé ? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 61 : 158-162. https://doi.org/10.1016/j.respe.2013.05.019

PERETTI-WATEL, P. (2017). L'homo medicus, cible fictive de la prévention des conduites à risque. Dans : CRESPIN, R. LHUILIER, D. ET NALE, G.L. (dir.) *Se doper pour travailler*. Toulouse, Éditions érès : 45-58. https://doi.org/10.3917/eres.crespi.2017.01.0047

PERRIG-CHIELLO, P. (2001). Images sexuées de la vieillesse : Entre stéréotypes sociaux et auto-définition. *Retraite et société*, 34 : 70-87.

PIAGET, J. (1969). *Psychologie et pédagogie*. Paris, Denoël/Gonthier.

PICHERAL, H. (1989). Géographie de la transition épidémiologique. *Annales de géographie*, 98(546) : 129-151. https://doi.org/10.3406/geo.1989.20898

PIGENET, M. (2008). *Retraites, une histoire des régimes spéciaux*. Paris, ESF-Eyrolles.

PIN, S., SPINI, D., BODARD, J., & ARWIDSON, P. (2015). Facteurs facilitant et entravant la participation des personnes âgées à des programmes de prévention des chutes : Une revue de la littérature. *Revue d'épidémiologie et de Sante Publique*, 63(2) : 105-118.

PINELL, P. (1992). 9. Propagande, éducation, contrôle. *Naissance d'un fléau : histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940).* Paris, Métaillé : 253-289.

PITAUD, P., & DESCHAMPS, R. (2021). Personnes âgées, technologies numériques et rupture du lien social : Risques de l'exclusion ou leurres de l'inclusion ? Dans : PITAUD, P. (dir.) *Vieillir dans une société connectée ?* Toulouse, Éditions Érès : 33-81.

PLESSZ, M., & GUEGUEN, A. (2017). À qui profite le couple ? Une étude longitudinale de l'alimentation à l'intersection du genre, de la situation conjugale et du statut social. *Revue française de sociologie*, 58(4) : 545-576. https://doi.org/10.3917/rfs.584.0545

PLESSZ, M., GUÉGUEN, A., GOLDBERG, M., CZERNICHOW, S., & ZINS, M. (2015). Ageing, retirement and changes in vegetable consumption in France: Findings from the prospective GAZEL cohort. *The British Journal of Nutrition*, 114(6) : 979-987. https://doi.org/10.1017/S0007114515002615

POORTINGA, W., DUNSTAN, F. D., & FONE, D. L. (2008). Health locus of control beliefs and socio-economic differences in self-rated health. *Preventive Medicine*, 46(4): 374-380. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2007.11.015

POULAIN, J.-P. (1998). *Les jeunes seniors et leur alimentation – Ouvrage – Le mangeur Ocha* (Cahier de l'OCHA, Vol. 9). Accessible en ligne : https://www.lemangeur-ocha.com/ouvrage/les-jeunes-seniors-et-leur-alimentation/

POULAIN, J.-P. (2002a). La décision alimentaire. Dans : POULAIN, J.-P. & CORBEAU, J.-P. (dir.) *Penser l'alimentation. Entre imaginaire et rationalité*. Paris, Privat : 137-187.

POULAIN, J.-P. (2002b). *Manger aujourd'hui : Attitudes, normes et pratiques*. Paris, Privat.

POULAIN, J.-P. (2002c). *Sociologies de l'alimentation*. Paris, Presses Universitaires de France.

POULAIN, J.-P. (2009a). 3. L'obésité, une question politique. *Sciences sociales et sociétés*, 1 : 70-80.

POULAIN, J.-P. (2009b). *Sociologie de l'obésité*. Paris, Presses Universitaires de France.

POULAIN, J.-P. (2013a). Chapitre 3 – L'évolution des manières de manger. Dans : POULAIN, J-P (dir.) *Sociologies de l'alimentation*. Paris, Presses Universitaires de France. (Édition originale 2002) : 51-73.

POULAIN, J.-P. (2013b). Chapitre 5 – La sociologie de la gastronomie française. Dans : POULAIN, J-P (dir.) *Sociologies de l'alimentation*. Paris, Presses Universitaires de France (Édition originale 2002) : 201-220

POULAIN, J.-P. (2017a). 1.4. Alimentation et cycle de vie. Dans : ESNOUF, C., FIORAMONTI, J. & LAURIOUX, B. (dir.), *L'alimentation à découvert*. Paris, CNRS Éditions : 27-28.

POULAIN, J.-P. (2017b). Socio-anthropologie du « fait alimentaire » ou *food Studies.* Les deux chemins d'une thématisation scientifique. *L'Année sociologique*, 67(1) : 23-46. https://doi.org/10.3917/anso.171.0023

POULAIN, J.-P., GUIGNARD, R., MICHAUD, C., & ESCALON, H. (2008). Les repas : Distribution journalière, structure, lieux et convivialité. Dans : *Baromètre Santé Nutrition 2008*, INPES : 187-213.

POULAIN, J.-P., & NEIRINCK, E. (2000). *Histoire de la cuisine et des cuisiniers : Techniques culinaires et pratiques de table, en France, du Moyen-Âge à nos jours.* Malakoff, Éditions Lanore, J.

POULAIN, J.-P., JEANNEAU, S, &. TIBERE, L. (2002). *État des lieux : Comité de Liaison Alimentation Nutrition*. Dans : Rapport Ricour. Mise en place d'une politique nutritionnelle dans les établissements de santé. Ministère de la Santé DHOS, Paris.

PRIOU, J., & DEMOUSTIER, S. (2023). Chapitre 3. Les grandes lois structurant le secteur. *Aide-Mémoire*, *6*: 29-47.

POWELL, O. (2003). *Galen: On the Properties of Foodstuffs* (Éd. et Trad.). Cambridge, Cambridge University Press.

PROCHASKA, J. O., & DICLEMENTE, C. C. (1984). *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy*. Hinsdale, Dow Jones-Irwin.

PUIJALON, B., & TRINCAZ, J. (2014). L'injonction normative au « bien vieillir ». Dans : HUMMEL, C., MALLON, I. & CARADEC, V. (dir.), *Vieillesses et vieillissements : Regards sociologiques*. Rennes, Presses universitaires de Rennes : 61-72.

RANCIERE, J., JEANPIERRE, L., & ZABUNYAN, D. (2012). *La méthode de l'égalité : Entretien avec Laurent Jeanpierre et Dork Zabunyan*. Montrouge, Bayard.

RAPOPORT, R. N. (1973). Les trois dilemmes de la recherche action. *Connexions*, 7 : 115-131.

RAUDE, J. (2008). *Sociologie d'une crise alimentaire*. Cachan, Lavoisier.

RAUDE, J. (2013). Les stratégies et les discours de prévention en santé publique : Paradigmes et évolutions. *Communication langages*, N° 176(2) : 49-64.

RAYNAUD-SIMON, A., REVEL-DELHOM, C., HÉBUTERNE, X., & FRENCH NUTRITION AND HEALTH PROGRAM, FRENCH HEALTH HIGH AUTHORITY. (2011). Clinical practice guidelines from the French Health High Authority: Nutritional support strategy in protein-energy malnutrition in the elderly. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 30(3): 312-319. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2010.12.003

REA, J., WALTERS, K., & AVGERINOU, C. (2019). How effective is nutrition education aiming to prevent or treat malnutrition in community-dwelling older adults? A systematic review. *European Geriatric Medicine*, 10(3): 339-358. https://doi.org/10.1007/s41999-019-00172-6

RECOURS, F., HEBEL, P., & BERGER, R. (2008). Effets de générations, d'âge et de revenus sur les arbitrages de consommation. *Cahier de recherche du CREDOC* N°258.

REES, J., FU, S. C., LO, J., SAMBELL, R., LEWIS, J. R., CHRISTOPHERSEN, C. T., BYRNE, M. F., NEWTON, R. U., BOYLE, S., & DEVINE, A. (2022). How a 7-Week Food Literacy Cooking Program Affects Cooking Confidence and Mental Health: Findings of a Quasi-Experimental Controlled Intervention Trial. *Frontiers in Nutrition*, 9, 802940. https://doi.org/10.3389/fnut.2022.802940

RÉGNIER, F. (2004). 2. Un fait social. *L'exotisme culinaire : Essai sur les saveurs de l'Autre*. Paris, Presses Universitaires de France : 39-79.

RÉGNIER, F., & MASULLO, A. (2009). Obésité, goûts et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale. *Revue française de sociologie*, 50(4) : 747-773. https://doi.org/10.3917/rfs.504.0747

RICHARD, J.-B., & BECK, F. (2023). Tendances de long terme des consommations de tabac et d'alcool en France, au prisme du genre et des inégalités sociales. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 7-8. (Édition originale 2016)

RICHARDS, A. (2004). *Hunger and work in a savage tribe*. New York Routledge. (Édition originale 1932)

RICŒUR, P. (1988). L'identité narrative. *Esprit (1940-)*, 140/141 (7/8) : 295-304.

RILEY, M. W. (Éd.). (1994). *Age and structural lag: Society's failure to provide meaningful opportunities in work, family, and leisure*. Chichester, Wiley.

ROCHEDY, A. (2021). Les reconfigurations sociales de la parentalité alimentaire lors de l'arrivée du premier enfant. Dans : DUPUY, A., MENESSON, C., KELLY-IRVING, M., & ZAOUCHE-GAUDRON, C. (dir.), *Socialisation familiale des jeunes enfant*. Toulouse, Erès : 149-169.

ROCHEDY, A., AUBOIRON, S., & LAMBERT, J.-L. (2022). La « forme » plus motivante que la santé ? Reconfiguration des pratiques quotidiennes lors du passage à la retraite. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 57(6) : 407-416. https://doi.org/10.1016/j.cnd.2022.07.006

ROCHMAN, J., & TREMBLAY, D.-G. (2010). Services et seniors : L'impact du programme mada sur le développement des services municipaux communautaires et privés au Québec. *Gérontologie et société*, 33135(4) : 285-339. https://doi.org/10.3917/gs.135.0285

RODGERS, W. L. (1982). Estimable functions of age, period, and cohort effects. *American Sociological Review*, 47(6) : 774-787. https://doi.org/10.2307/2095213

RODRIGUEZ-MAÑAS, L., RODRIGUEZ-SANCHEZ, B., CARNICERO, J. A., RUEDA, R., GARCIA-GARCIA, F. J., PEREIRA, S. L., & SULO, S. (2021). Impact of nutritional status according to GLIM criteria on the risk of incident frailty and mortality in community-dwelling older adults. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 40(3): 1192-1198. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2020.07.032

ROLLAND, Y., & VELLAS, B. (2009). La sarcopénie. *La Revue de Médecine Interne,* 30(2) : 150-160. https://doi.org/10.1016/j.revmed.2008.08.013

ROMEYER, H. (2015). Le bien-être en normes : Les programmes nationaux nutrition santé. *Questions de communication*, 27(1) : 41-61. https://doi.org/10.4000/questionsdecommunication.9685

ROSENSTOCK, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4): 328-335. https://doi.org/10.1177/109019817400200403

ROTTER, J. B. (1990). Internal versus external control of reinforcement. *American Psychologist*, 45(4): 489-493.

ROZIN, P. (1976). The Selection of Foods by Rats, Humans, and Other Animals. Dans : ROSENBLATT, J. S., HINDE, R. A., SHAW, E. & BEER, C. (dir.), *Advances in the Study of Behavior*. Vol. 6. Cambridge, Academic Press: 21-76.

RYAN, W. (1976). *Blaming the Victim* (Revised ed. edition). Vintage.

RYDER, N. B. (1965). The Cohort as a Concept in the Study of Social Change. *American Sociological Review*, 30(6) : 843-861.

SAPIN, M., SPINI, D., & WIDMER, E. (2007). *Les parcours de vie : De l'adolescence au grand âge*. Lausanne, Collection Savoir suisse.

SARACENO, C. (2011). 47. Activation, individualisation et défamilialisation dans les restructurations de l'État-providence : Tensions et ambivalences. Dans : PAUGAM, S. (dir), *Repenser la solidarité*. Paris, Presses Universitaires de France : 915-933.

SCHATZKI, T. R. (1996). *Social Practices: A Wittgensteinian Approach to Human Activity and the Social* (1re éd.). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511527470

SCHIRMER, W., & MICHAILAKIS, D. (2016). Loneliness among older people as a social problem: The perspectives of medicine, religion and economy. *Ageing & Society*, 36(8) : 1559-1579. https://doi.org/10.1017/S0144686X15000999

SCHÜTZ, A. (2008). *Le chercheur et le quotidien : Phénoménologie des sciences sociales*. Paris, Klincksieck.

SCRINIS, G. (2013). *Nutritionism: The Science and Politics of Dietary Advice* (Reprint edition). New York, Columbia University Press.

SERVICE PUBLIC. (2021). *Apa : Qu'est-ce que le Gir 1, 2, 3 ou 4 de la grille Aggir ?* Accessible en ligne : https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229

SILVA, P., ARAÚJO, R., LOPES, F., & RAY, S. (2023). Nutrition and Food Literacy: Framing the Challenges to Health Communication. *Nutrients*, 15(22) : 4708. https://doi.org/10.3390/nu15224708

SIMONET, M. (2024). *L'imposture du travail : Désandrocentrer le travail pour l'émanciper*. Paris, 10-18.

SLUYS, C., CHAUDRON, M., & ZAIDMAN, C. (1997). Chérie, qu'est-ce qu'on mange ce soir ? *Ethnologie française*, 2 : 87-95. https://www.jstor.org/stable/40989831

SOBAL, J., & NELSON, M. K. (2003). Commensal eating patterns: A community study. *Appetite*, 41(2) : 181-190. https://doi.org/10.1016/S0195-6663(03)00078-3

SOUTHERTON, D., DÍAZ-MÉNDEZ, C., & WARDE, A. (2011). Behavioural Change and the Temporal Ordering of Eating Practices: A UK – Spain Comparison. *International Journal of Sociology of Agriculture and Food*, 19 : 19-36.

STRAUSS, A. (2008). *L'hôpital et son ordre négocié*. Paris, L'Harmattan. (Édition originale 1963)

SULLIVAN, A. D., & GOTTSCHALL-PASS, K. T. (1995). Food label nutrition literacy: Tool development and assessment. *Journal of the Canadian Dietetic Association*, 56(2) : 68-72.

THANEM, T. (2009). 'There's no limit to how much you can consume': The New Public Health and the struggle to manage healthy bodies. *Culture and Organization*, 15(1): 59-74. https://doi.org/10.1080/14759550802709558

THARREY, M., SAVY, M., PERIGNON, M., MÉJEAN, C., & DARMON, N. (2021). L'évaluation d'impact des actions de prévention et de promotion de la santé nutritionnelle. Dans : LEPILLER, O., FOURNIER, T., BRICAS, N., & FIGUIE, M. (dir.), *Méthodes d'investigation de l'alimentation et des mangeurs*. Versailles, Éditions Quae. https://doi.org/10.35690/978-2-7592-3347-2/c3

THIRON, S. (2024). *Ressentir l'industrialisation des transformations alimentaires : L'émotion, un fait social et politique*. Thèse de doctorat de sociologie, Université Toulouse Jean Jaurès.

THOMAS, H. (2005). Le « métier » de vieillard. Institutionnalisation de la dépendance et processus de désindividualisation dans la grande vieillesse. *Politix*, 72(4): 33-55. https://doi.org/10.3917/pox.072.0033

TORRES, M. (2014). *Nutritional status of elderly people at home: Prevalence, associated factors and consequences*. Thèse de doctorat de médecine, Université de Bordeaux.

TORRES, M. J., DORIGNY, B., KUHN, M., BERR, C., BARBERGER-GATEAU, P., & LETENNEUR, L. (2014). Nutritional status in community-dwelling elderly in France in urban and rural areas. *PloS One*, 9(8), e105137. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105137

TRAÏNI, C., & BRAUD, P. (2015). *Émotions et expertises : Les modes de coordination des actions collectives*. Rennes, Presses universitaires de Rennes.

TRONTO, J. C. (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. Hove, Psychology Press.

VALLIN, J., & MESLÉ, F. (2001). *Tables de mortalité françaises. Accès aux données et références*. Données statistiques. Paris, Presses universitaires de France.

VAN DE VELDE, C. (2018). Présentation : Sociologie de la solitude : concepts, défis, perspectives. *Sociologie et sociétés*, 50(1) : 5-20. https://doi.org/10.7202/1063688ar

VAN DE VELDE, C. (2022). Cycle de vie. *Sociologie*. Accessible en ligne : https://journals.openedition.org/sociologie/11080

VAN WYMELBEKE-DELANNOY, V., MAÎTRE, I., SALLE, A., LESOURD, B., BAILLY, N., & SULMONT-ROSSÉ, C. (2022). Prevalence of malnutrition risk among older French adults with culinary dependence. *Age and Ageing*, 51(1), afab208. https://doi.org/10.1093/ageing/afab208

VAN KESTEREN, R., & EVANS, A. (2020). Cooking without thinking: How understanding cooking as a practice can shed new light on inequalities in healthy eating. *Appetite*, 147, 104503. https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104503

VERDIER, Y. (1969). Pour une ethnologie culinaire. *Homme*, 9(1) : 49-57. https://doi.org/10.3406/hom.1969.367018

VOLATIER, J.-L. (1997). Les effets d'âge et de génération dans la consommation alimentaire. *Gérontologie et société*, 20 / 83(4) : 67-82. https://doi.org/10.3917/gs.083.0067

VOLERY, I., & LEGRAND, M. (2012). L'autonomie au grand-âge : Corporéisation du vieillissement et distinctions de sexe. *SociologieS*. Accessible en ligne : https://doi.org/10.4000/sociologies.4128

WALLSTON, K. A., & WALLSTON, B. S. (1982). Who Is Responsible for Your Health? The Construct of Health Locus of Control. Dans : SANDERS G.S. & SULS, J. (dir.), *Social Psychology of Health and Illness*. Hove, Psychology Press : 31.

WARDE, A. (2016). *The practice of eating*. Cambridge, Polity Press.

WEBER, F. (2005). *Le sang, le nom, le quotidien : Une sociologie de la parenté pratique*. La Courneuve, Éditions Aux lieux d'être.

WEBER, M. (1971). *Économie et société*. Paris, Plon Pocket. (Édition originale 1921)

WEBER, M. (2017). *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme précédé de Remarque préliminaire au recueil d'études de sociologie de la religion, I et suivi de Les sectes protestantes et l'esprit du capitalisme* (4e éd., 2017, revue et mise à jour). Paris, Flammarion. (Édition originale 1905)

WHITE, K. M., TERRY, D. J., TROUP, C., REMPEL, L. A., NORMAN, P., MUMMERY, K., RILEY, M., POSNER, N., & KENARDY, J. (2012). An extended theory of planned behavior intervention for older adults with type 2 diabetes and cardiovascular disease. *Journal of Aging and Physical Activity*, 20(3): 281-299.

WHYTE, W. F. (2007). *Street corner society : La structure sociale d'un quartier italo-américain*. Paris, La Découverte (Édition originale 1943)

WIJNHOVEN, H. A., VAN DER MEIJ, B. S., & VISSER, M. (2015). Variety within a cooked meal increases meal energy intake in older women with a poor appetite. *Appetite*, *95*: 571-576. https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.08.029

WINGARD, D. L. (1984). The Sex Differential in Morbidity, Mortality, and Lifestyle. *Annual Review of Public Health*, Volume 5: 433-458. https://doi.org/10.1146/annurev.pu.05.050184.002245

WOLFSON, J. A., & BLEICH, S. N. (2015). Fruit and vegetable consumption and food values: National patterns in the United States by Supplemental Nutrition Assistance Program eligibility and cooking frequency. *Preventive Medicine*, 76 : 1-7. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.03.019

ZUDDAS, A. (2019). *Vieillir et se nourrir : Dynamiques des pratiques alimentaires en foyer-logement*. Thèse de doctorat de sociologie, Université de Lille. http://www.theses.fr/2019LILUA029/document

Annexes

Annexe 1 – Note d'information et consentement pour les participants à l'étude qualitative 478

Annexe 2 – Guide d'entretien avec les professionnels travaillant pour des organismes financeurs de l'association 480

Annexe 3 – Guide d'entretien auprès des animateurs des ateliers de cuisine 482

Annexe 4 – Guide d'observation des ateliers de cuisine 485

Annexe 5 – Guide d'entretien auprès des participants d'ateliers de cuisine 486

Annexe 6 – Guide d'entretien, second entretien, deux à trois mois plus tard 492

Annexe 7 – Personnes interrogées lors d'un ou deux entretiens semi-directifs 494

Annexe 8 – Note d'information et consentement pour les participants à l'étude quantitative 500

Annexe 9 – Questionnaire de l'étude quantitative 502

Annexe 10 – Regroupements d'indicateurs effectués 511

Annexe 11 – tableaux de corrélation et tableaux de régression. Logiciel pspp 513

Annexe 1 – Note d'information et consentement pour les participants à l'étude qualitative

Note d'information

Les informations recueillies vous concernant vont faire l'objet d'un traitement dans le cadre du projet « Comprendre et agir sur les dimensions sociales de l'alimentation pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées » piloté par Madame Julie Mayer – Laboratoire CERTOP 5 Allée Antonio Machado 31058 Toulouse et ALLIANCE Gestion 102 rue Amelot 75011 Paris (info@groupe-sos.org)

Les Délégués à la Protection des Données (DPD) du CNRS ou du Groupe SOS peuvent être contactés pour toute question sur la protection des données personnelles (voir coordonnées en bas de page).

Le projet a pour objet d'analyser les effets d'actions autour de l'alimentation, sur les modes de vie de personnes âgées de 60 ans et plus.

La base légale du traitement est l'exécution d'une mission de service public.

Seules les données strictement nécessaires à la réalisation de notre recherche seront collectées et traitées. En fonction de leurs besoins respectifs, sont destinataires de tout ou partie des données : Mme Julie Mayer.

Vos données à caractère personnel seront conservées pour une durée de 3 ans.

Participation libre

Votre participation à ce projet est entièrement libre et volontaire.

Mesures de sécurité

Afin de garantir la confidentialité de vos données et éviter leur divulgation, toutes les mesures de sécurité, tant physique que logique, ont été prises.

Retrait du consentement

Vous êtes libre de vous retirer ou de cesser votre participation à ce projet à tout moment. Ce retrait n'aura aucune conséquence. Vous disposez des droits suivants pour l'utilisation qui est faite de vos données :

- Le droit d'opposition : vous pouvez à tout moment vous opposez au traitement de vos données et disposez du droit de retirer votre consentement.
- Le droit d'accès et de rectification de vos données.
- Le droit d'effacement.
- Le droit à une utilisation restreinte lorsque vos données ne sont pas nécessaires ou ne sont plus utiles.

Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à : julie.mayer@univ-tlse2.fr

Vous pouvez également contacter les services de protection des données personnelles (DPD) :
DPD CNRS, 2 rue Jean Zay – 54519 – Vandoeuvre lès Nancy Cedex : dpd.demandes@cnrs.fr
DPD Groupe SOS, GIE Alliance Gestion, 102C rue Amelot, 75011 Paris : contact-rgpd.gie@groupe-sos.org

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous avez la possibilité d'introduire une réclamation en ligne auprès de la CNIL ou par courrier postal CNIL, 3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07 (https://www.cnil.fr/).

Consentement

Ce formulaire est destiné à recueillir votre autorisation pour la collecte des données vous concernant, dans le cadre du projet « Comprendre et agir sur les dimensions sociales de l'alimentation pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées » piloté par Madame Julie Mayer – Laboratoire CERTOP 5 Allée Antonio Machado 31058 Toulouse.

En signant le formulaire de consentement, vous certifiez :

- que vous avez lu et compris les renseignements communiqués dans la notice d'information,
- qu'on a répondu à vos questions de façon satisfaisante,
- qu'on vous a informé que vous étiez libre d'annuler votre consentement ou de vous retirer de cette recherche en tout temps, sans préjudice.

À remplir par le participant :

• J'ai lu et compris les renseignements fournis dans la fiche d'informations et j'accepte de plein gré de participer à cette recherche.

☐ OUI ☐ NON

- J'accepte que des données sensibles (maladies chroniques éventuelles) soient collectées, conservées et exploitées par l'équipe du projet.

☐ OUI ☐ NON

• J'accepte que mes propos soient enregistrés et exploités par l'équipe du projet.

☐ OUI ☐ NON

• J'accepte que mes propos anonymisés soient utilisés dans le cadre de publications et colloques scientifiques, séminaires ou dans toute forme de valorisation du projet.

☐ OUI ☐ NON

Nom, Prénom – Date – Signature :

Un exemplaire de ce document vous est remis, un autre exemplaire est conservé dans le dossier.

Annexe 2 – Guide d'entretien avec les professionnels travaillant pour des organismes financeurs de l'association

Thème	**Questions posées pendant l'entretien**
Évolutions du contexte d'action par l'alimentation vers les personnes âgées **Et de l'évaluation d'action**	Comment a évolué le contexte, s'agissant des actions de prévention à destination des personnes âgées ? Les modes d'évaluation ont-ils changé ? Comment ?
Comment les membres associatifs doivent penser leurs actions	Quels objectifs doivent se fixer les associations par rapport aux actions qu'elles déploient ? Quelles stratégies doivent-elles employer
Ce qu'on attend d'une association pour qu'elle	Qu'est-ce qu'une association idéale en termes d'implémentation et d'évaluation d'actions ? Quel profil ou quelles expertises devraient avoir ses membres ?

soit perçue comme légitime dans ses actions	Qui doit définir ce qui est dit et fait dans une action ?
Comment les financeurs prennent leurs décisions	Sur quels critères un projet est-il financé ou non ? Est-ce que cela a évolué au cours des dernières années et comment ?
Prise en compte des inégalités sociales de santé	Comment prendre en compte les inégalités sociales de santé et alimentaires ? Aussi le fait que ce sont plus des femmes qui viennent participer ?

Annexe 3 – Guide d'entretien auprès des animateurs des ateliers de cuisine

Thème	**Questions posées pendant l'entretien**
Introduction	**Bonjour,** **Je vous remercie de m'accorder du temps pour cet entretien.** **Je réalise une étude avec Silver Fourchette / Les Insatiables sur les ateliers de cuisine de l'association et plus généralement sur l'alimentation des personnes âgées.** Êtes-vous d'accord pour que j'enregistre votre voix, afin de pouvoir retranscrire l'entretien ?
Informations sociodémographiques et parcours professionnel	Pouvez-vous me donner votre âge ? Depuis combien de temps êtes-vous chef.fe de projet/diététicienne, chef.fe de cuisine, dans l'association ? Quelle est votre expérience antérieure ? Est-ce une reconversion ? Si oui, quel métier exerciez-vous avant ? Pouvez-vous me dire quels diplômes vous avez ?
Objectifs en termes de transmission	Quelles sont les principales choses que vous souhaitez transmettre ? S'agit-il de messages, de savoir-faire, d'autre chose ? Est-ce que cela dépend des actions, des lieux ? Pourquoi ?

Représentations des comportements, notamment alimentaires, des personnes âgées et de ce qu'il faudrait changer	Quelles sont à votre avis les éléments à changer dans la vie des gens ? Vis-à-vis de leur alimentation. Pourquoi ?
Représentations des connaissances/expériences utiles	Quelles sont les connaissances ou l'expériences sur lesquelles vous vous appuyez ? (relances : expérience personnelle / professionnelle antérieure ou actuelle, pris en compte des particularités des modes de vie des participants
Représentations des stratégies efficaces à employer	Comment les transmettez-vous ? De quelle manière, avec quelle stratégie, avec quels moyens ? (Relances : appui sur une théorie en particulier. Appui sur certains supports, par quels éditeurs) Quels moyens ou stratégies ne sont pas efficaces, sont à éviter ?
Construction de l'atelier avec les autres intervenants	Quelles sont les interactions avec (diététicienne / chef de projet / chef de cuisine) en amont de l'atelier ? Pendant l'atelier ? Après l'atelier ?
Représentations de la réussite du dispositif	Pour vous, qu'est-ce qu'un atelier réussi ? Un atelier raté ?

	Pourquoi ? (Relances : objectif d'apprentissage, de changer certaines habitudes, de rencontrer des personnes)
Représentations des améliorations possibles au niveau associatif	Pour vous, qu'est ce qui permettrait d'être encore plus efficace pour prévenir la dénutrition et la perte d'autonomie auprès des personnes âgées ? En particulier pour l'association ? (Relances : au niveau des animateurs, au niveau des participants)
Variables indépendantes complémentaires	Genre

Annexe 4 – Guide d'observation des ateliers de cuisine

Avant l'atelier	Possibilité pour les organisateurs, de parler aux participants avant l'atelier (des jours avant, ou quelques heures avant l'action) A quel moment arrivent les participants – possibilité de s'entretenir avec eux avant ? A quel moment arrive le partenaire (ville) ? Quelle transmission d'informations en amont, sur le nombre de participants, et sur leurs habitudes alimentaires actuelles ?
Pendant l'atelier	Organisation dans l'espace. Mise en place (décoration ?) Groupes formés pour cuisiner. Transmission d'informations sur alim/santé/vieillissement - Quel vocabulaire est employé sur la santé et le vieillissement ? - Quelles catégorisations alimentaires sont faites ? (nutrition, cuisine, association d'aliments…). Transmissions de pratiques : quels conseils sont donnés sur les techniques, sur les aliments ? Quels liens faits avec les préférences et le vécu des participants ? Quel pouvoir de décision des participants sur la conduction de l'atelier : gestes réalisés, groupes formés, questions posées Nature des échanges participant – chef – diététicienne et entre les participants Controverses soulevées en atelier Durée de chaque partie d'action : mise en place, introduction, cuisine, diététicienne, dégustation
A la fin de l'atelier	Difficultés éventuelles pour remplir le questionnaire Temps alloué à l'évaluation Temps pour manger Qui fait la vaisselle et qui range
A la suite de l'atelier	Le jour même : retours à chaud des intervenants

Annexe 5 – Guide d'entretien auprès des participants d'ateliers de cuisine

Thème	**Questions posées pendant l'entretien**
Introduction	Bonjour, Je vous remercie de me recevoir et de m'accorder du temps. Je réalise une étude avec Silver Fourchette / Les insatiables sur vos habitudes alimentaires, votre santé et votre mode de vie. Diffusion du texte de consentement éclairé en deux exemplaires.
Questions sur les données sociodémographiques	Pour commencer, je vais poser quelques questions sur vous et votre foyer : - Quel est votre âge ? Composition du foyer - Vous habitez ici depuis longtemps ? - Seul ? Ou bien qui habite avec vous ? Noter : ville / village, maison / appartement / logement du parc social Parcours scolaire et professionnel - Quel a été votre parcours professionnel ? Si conjoint : et votre conjoint ? - Quel(s)- diplôme(s) avez-vous ? Si conjoint : et votre conjoint ? Alimentations particulières

	- Avez-vous un régime alimentaire particulier ? Lequel ? (relance : lien avec une religion, une maladie, végétarisme). - Pouvez-vous me donner votre poids et votre taille ? - Souffrez-vous d'autres pathologies qui vous on conduit à adopter certaines habitudes alimentaires ? Si oui : lesquelles ?
Construction et actualisation du rapport entre santé et alimentation	- Pour vous, qu'est-ce que veut dire être en bonne santé ? - Votre santé dépend de qui ? (Relances : vous-même, proche, médecin, chance, autre) - Que faites-vous pour rester en bonne santé ? (+/- alimentation dans la réponse) C'est tous les jours ou bien dans certaines circonstances seulement ?
Construction du rôle de « care alimentaire » tout au long du parcours de vie et apprentissage de la cuisine	- « Quels sont les mots qui, pour vous, vont le mieux avec « faire la cuisine » ? » Cela évoque quoi ? - Estimez-vous savoir cuisiner ? - Pourquoi ? - Comment avez-vous appris à cuisiner ? - Pour vous, cuisiner aujourd'hui c'est plutôt un plaisir ou une contrainte ? Pourquoi ?
Parcours de vie alimentaire	- Pouvez-vous repartir en arrière et me dire à quels moments vous pensez avoir changé d'habitudes alimentaires (Relances : dans l'enfance, en quittant le foyer, en quittant un pays, pendant l'activité professionnelle, à l'arrivée d'enfants, lors d'une séparation, lors d'un déménagement, lors du passage à la retraite, lors d'un problème de santé, lors de la perte d'un proche)

	- Quel a été le déclencheur du changement à ce moment-là ? - Qu'est-ce qui a changé dans votre alimentation à ce moment-là ? (Relances : manière de penser l'alimentation. Pratiques : approvisionnements, préparation, repas et commensalité, gestion des restes et des déchets) - Est-ce un changement toujours en cours ? Pourquoi ?
Représentations sociales actuelles de l'alimentation : « bien-manger », « mal manger » et aliments essentiels	- Pour vous, qu'est-ce que veut dire bien manger ? - Et mal manger ? - Quels sont les aliments ou plats essentiels pour vous ? Et pour les membres de votre foyer ? - Pourquoi ?
Habitudes alimentaires, diversité alimentaire, habitudes de cuisine	Questions selon le protocole permettant de calculer le score de diversité alimentaire « ORCHID ». Deux rappels de 24h, sur deux jours non consécutifs : - Qu'avez-vous mangé hier, pendant et entre les repas ? - Relances pour ne pas oublier de moments de prises alimentaires : Et entre le déjeuner et le dîner ? - Préciser la nature des matières grasses - Ne pas oublier les boissons, en nombre de verres

	- Qui a cuisiné ? - Avec qui avez-vous mangé ? - Puis : Qu'avez-vous mangé au cours d'un autre jour (non consécutif) ? - Mêmes questions et relances Puis, questions de fréquence hebdomadaire (en donnant des exemples pour le groupes alimentaires « poisson », « légumineuses », « pain complet ») : - Œufs : habituellement, mangez-vous des œufs chaque semaine ? Si oui, combien par semaine ? - Volaille - Poisson gras : habituellement, mangez-vous du poisson gras chaque semaine ? Si oui, combien par semaine ? - Poisson maigre et crustacés : habituellement, mangez-vous du poisson maigre, des crustacés ou des mollusques chaque semaine ? Si oui, combien par semaine ? - Légumineuses : habituellement, mangez-vous des légumes secs (exemple : lentilles, pois chiche, haricots secs…) chaque semaine ? Si oui, combien par semaine ? - Noix : : habituellement, mangez-vous des fruits à coque (non salés) chaque semaine ? Si oui, combien par semaine ? - Pain complet/semi complet - Pâtes et riz complets - Huiles Questions complémentaires : - Avec qui prenez-vous vos repas habituellement ? - Mangez-vous souvent en dehors de chez vous ? A quelles occasions ?

Raisons ayant conduit à participer à l'atelier	- Pourquoi avez-vous décidé de participer à cet atelier ? (relances : connaissance organisateurs, participants, cuisine, santé) - Est-ce votre premier atelier de cuisine ? - Qu'en attendiez-vous ?
Vécu de l'atelier	- De quoi vous rappelez-vous pendant l'atelier ? (relances : personnes présentes, ce qui est cuisiné, ce qui est dit et fait par les intervenants, ambiance)
Effets perçus de l'atelier	- Que retenez-vous de cet atelier ? - Est-ce qu'il y a des choses qui vous ont marquées ? - A-t-il eu des effets pour vous ? Pourquoi ? Si oui : lesquels ? - Quel bilan en faites-vous ? - Y avez-vous appris des choses ? - Est-ce que l'atelier de cuisine vous a fait changer certaines choses ? (relances : dans votre manière de penser à l'alimentation, dans vos pratiques) - Avez-vous refait la/les recette(s) ? A quelle(s) occasion(s) ?

Information sur l'alimentation et vieillissement	- Comment vous renseignez-vous sur l'alimentation (relances : Internet, livres, et relances : cuisine, nutrition) - Pour vous, y a-t-il des choses à faire au niveau de l'alimentation, quand on vieillit ? Si oui, lesquelles ?
Autres activités	Faites-vous certaines activités régulièrement ? (relances : loisirs, association, création, sport/activité physique). Lesquelles ? Avec qui ? (relances : seul, famille, amis, autre)
Fin	Je vous remercie beaucoup de m'avoir accordé du temps. Si vous le souhaitez, nous vous tiendrons informé.e des résultats de cette recherche. Proposition second entretien : Accepteriez-vous que nous nous revoyions pour un second entretien dans deux mois ?

Annexe 6 – Guide d'entretien, second entretien, deux à trois mois plus tard

Thème	**Questions posées pendant l'entretien**
Épreuves et changements alimentaires	Avez-vous changé votre alimentation depuis la dernière fois ? Quoi ? (approvisionnements, préparation, repas) Pour quelles raisons ? (interne, externe, de l'ordre du contexte social, sociohistorique)
Habitudes alimentaires, diversité alimentaire, habitudes de cuisine	Deux rappels de 24h, sur deux jours non consécutifs : Exemple de question : Qu'avez-vous mangé hier ? Et relances pour ne pas oublier de moments de prises alimentaires : Et entre le déjeuner et le dîner ? Qui a cuisiné ? Questions de fréquence hebdomadaire (en donnant des exemples pour le groupes alimentaires « poisson », « légumineuses », « pain complet ») : - Œufs - Volaille - Poisson gras - Poisson maigre et crustacés - Légumineuses

	- Noix - Pain complet/semi complet - Pâtes et riz complets - Huiles
Raisons ayant conduit à participer à l'atelier	Vous souvenez-vous des raisons qui vous ont mené.e à participer à cet atelier ?
Vécu de l'atelier	De quoi vous rappelez-vous pendant l'atelier ? Relance : personnes présentes, ce qui est cuisiné, ce qui est dit et fait par les intervenants, ambiance
Effets perçus de l'atelier	Que retenez-vous de cet atelier ? A-t-il eu des effets pour vous ? Pourquoi ? Lesquels

Annexe 7 – Personnes interrogées lors d'un ou deux entretiens semi-directifs

Le code est en gras lorsqu'un second entretien a pu être réalisé deux à trois mois après le premier.

Les prénoms sont des pseudonymes.

Code	**Prénom pseudonyme**	**Genre (H/F)**	**Age (ans)**	**Structure du foyer**	**Département**	**Type de logement – plus haut niveau de diplôme – métier avant la retraite**
E1	Maria	F	68	Couple	75	Appartement, locataire – Certificat d'études – Accueil centre social. Mari ouvrier
E2	Émile	H	66	Seul divorcé	75	Appartement, propriétaire – Ingénieur – Chargé de mission
E3	Samira	F	77	Seule veuve	75	Appartement, propriétaire – Diplôme du supérieur – Enseignante puis gérante – Mari avocat
E4	Éric	H	69	Seul, conjointe ailleurs	75	Appartement, propriétaire – Bac+4 – Responsable technique en banque
E5	Vivianne	F	69	Seule divorcée	75	Appartement, propriétaire – Bac+4 – Gérante avec son ex-mari

E6	Isabelle	F	79	Seule	94	Appartement, propriétaire – Bac+1 – Secrétaire de direction
E7	Jeanine	F	62	Seule Veuve	69	Maison, propriétaire – BEP – Aide dentaire, aide à domicile
E8	Claire	F	68	En couple Divorcée	69	Maison, propriétaire – Bac+3 – Sage-femme, conjoint concessionnaire
E9	Hughes	H	63	Divorcé, vit avec sa fille	94	Appartement parc social, locataire – CAP – Cuisinier
E10	Colette	F	80	Seule Veuve	94	Appartement parc social, locataire – Certificat d'études – Secrétaire
E11	Geneviève	F	73	Seule Veuve	94	Appartement, locataire – Bac professionnel – Secrétaire
E12	Meriem	F	64	En couple	94	Appartement parc social, locataire – Diplôme d'aide-soignante – Aide-soignante, mari routier
E13	Marie-Annie	F	66	Seule Divorcée	94	Appartement parc social, locataire – Fonctionnaire

E14	Malia	F	65	Seule Divorcée	94	Appartement parc social, locataire – CAP – Factrice
E15	Fabienne	F	69	Avec sa fille et son gendre Divorcée	94	Appartement parc social, locataire – Certificat d'études – Caissière, gardienne, assistante maternelle
E16	Claude	H	75	Seul Veuf	94	Maison, propriétaire – BEPC – Contrôleur des eaux
E17	Marie-Élisabeth	F	68	Seule	94	Appartement, locataire – Diplôme d'état ergothérapeute. - Bac+3 – années sans travail – Ergothérapeute
E18	Françoise	F	66	Seule Divorcée	94	Appartement, propriétaire – Bac – Agent commercial
E19	Awa	F	70	Seule Divorcée	94	Appartement, propriétaire – Bac+4 – Gestion de projets internationaux
E20	Clotilde	F	68	Seule Conjoint ailleurs	92	Appartement parc social, propriétaire – Secrétaire – assistante maternelle

E21	Lucie	F	75	Seule Veuve	92	Appartement, propriétaire – Lycée – Standardiste puis comptable, mari *cost controller*
E22	Corinne	F	61	Seule	92	Appartement parc social, locataire – Secrétaire, garde d'enfants
E23	Lydie	F	70	Avec deux de ses enfants	92	Appartement, locataire – Certificat d'études – Employée de maison
E24	Michèle	F	70	En couple	92	Maison, propriétaire – BTS – Secrétaire
E25	Michel	H	68	En couple	92	Maison, propriétaire – CAP – Vendeur installateur
E26	Catherine	F	69	Seule Divorcée	92	Appartement, propriétaire – Certificat d'études – Charcutière, travail en crèche, cantine, ATSEM
E27	Édith	F	77	Seule Divorcée	92	Appartement, propriétaire – Licence en droit – Conseillère d'information et d'orientations, années sans travailler
E28	Pierre	H	82	En couple	77	Maison, propriétaire – CAP technique – Dessinateur industriel – Femme institutrice
E29	Marie-Christine	F	80	Seule, divorcée	77	Maison, propriétaire – DESS en psychoclinique – Enseignante puis psychologue

E30	Thierry	H	67	Seul, divorcé, compagne ailleurs	77	Maison, propriétaire – CAP cuisine – Cuisinier puis installateur télécoms
E31	Yvonne	F	90	Seule, veuve	22	Maison, propriétaire – École d'infirmière – Infirmière, mari militaire
E32	Annie	F	80	Seule, divorcée	22	Maison, propriétaire – Bac+5 – Enseignante en gestion
E33	Martine	F	67	En couple	22	Maison, propriétaire – CAP – Commerçante avec son mari
E34	Chantal	F	65	En couple	22	Maison, propriétaire – DUT finance – Comptable, mari gérant d'entreprise
E35	Nicole	F	84	Seule, divorcée	22	Maison, propriétaire – Profession médicale (n'a pas voulu préciser)
E36	Brigitte	F	68	En couple	22	Maison, propriétaire – BTS – Secrétaire de direction. Mari assureur
E37	Philippe	H	67	Seul, divorcé	68	Appartement, propriétaire – CAP de cuisine – Cuisinier en Suisse
E38	Georges	H	85	Seul, veuf	68	Maison, propriétaire – Agrégation – Professeur d'histoire géographie au lycée
E39	Yvette	F	76	Seule, veuve	68	Appartement, locataire – Collège études ménagères – Ouvrière

E40	Claudine	F	78	En couple	69	Maison, propriétaire – Certificat d'études, mère au foyer – Mari formateur en jardinerie
E41	Jean-Jacques	H	80	En couple	69	Maison, propriétaire – Brevet professionnel – Formateur en jardinerie, épouse mère au foyer
E42	Nathalie	F	60	En couple	69	Maison, propriétaire – Brevet professionnel – Adjointe en assurances
Conjoint de E8	*Jean-Paul*	*H*	*70*	*En couple*	*69*	*Maison, propriétaire – CAP en dessin industriel – Concessionnaire, compagne sage-femme*
Conjoint de E42	*Bernard*	*H*	*61*	*En couple*	*?*	*?*
Fille de E15	*Jennifer*	*F*	*40*	*En couple, chez sa mère*	*94*	*Appartement, locataire parc social – Travaille ponctuellement en restauration*

Annexe 8 – Note d'information et consentement pour les participants à l'étude quantitative

Note d'information

Titre de la recherche : **« Comprendre et agir sur les dimensions sociales de l'alimentation pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées »**

Chercheur titulaire responsable scientifique du projet : Monsieur Jean-Pierre POULAIN, professeur au Laboratoire CERTOP 5 Allée Antonio Machado 31058 Toulouse, email : poulain@univ-tlse2.fr Téléphone : 06 75 14 58 41.

Objectif du projet : comprendre les dimensions sociales de l'alimentation, de la santé et les effets d'ateliers de cuisine sur les modes de vie de personnes âgées de 60 ans et plus.

Lieu : l'enquête a lieu lors d'ateliers de cuisine organisés par l'association « Les Insatiables ».

Ce qu'on attend de vous : si vous acceptez de participer à cette étude, il s'agit de remplir un questionnaire remis en format papier sur vos habitudes de vie (alimentation, activités, santé et atelier de cuisine) puis de le remettre au coordinateur du projet.

Vos droits pour vous retirer de la recherche en tout temps :

- Votre contribution à cette recherche est libre et volontaire.
- Vous pouvez vous en retirer ou cesser votre participation en tout temps.
- Votre décision de participer, de refuser de participer, ou de cesser votre participation n'aura aucun effet sur votre statut, vos relations futures avec le laboratoire du CERTOP et avec l'association Les Insatiables.

Vos droits à la confidentialité et au respect de la vie privée :

- Les données obtenues seront traitées avec la plus entière confidentialité.
- Les questionnaires sont anonymes. Aucune donnée personnelle n'est recueillie.
- Aucun autre renseignement ne sera dévoilé qui puisse révéler votre identité.
- Seules les données strictement nécessaires à la réalisation de la recherche sont collectées et traitées.
- Toutes les données seront gardées dans un endroit sécurisé et seuls le responsable scientifique et le chercheur adjoint y auront accès.
- Comme les données recueillies sont anonymes, la destruction ou la rectification des données n'est plus possible à partir du moment où vous rendez le questionnaire au coordinateur du projet.

Bénéfices de l'étude : avancée scientifique sur la compréhension des comportements alimentaires et amélioration de la qualité de vie des personnes âgées de 60 ans et plus.

Risques : non réponses sur certaines questions sensibles. Les données recueillies sont anonymes. Vous n'êtes pas obligé de répondre à une ou plusieurs questions si vous ne le souhaitez pas et avez la possibilité de retirer votre consentement à tout moment.

Diffusion : cette recherche a vocation à être diffusée dans des articles de revues académiques.

Consentement

En signant le formulaire de consentement, vous certifiez :

- que vous avez lu et compris les renseignements communiqués dans la notice d'information,
- qu'on a répondu à vos questions de façon satisfaisante,
- qu'on vous a informé que vous étiez libre d'annuler votre consentement ou de vous retirer de cette recherche en tout temps, sans préjudice.

J'ai lu et compris les renseignements ci-dessus et j'accepte de plein gré de participer à cette recherche.

Nom, Prénom :

Date : **Signature :**

Un exemplaire de ce document vous est remis, un autre exemplaire est conservé dans le dossier.

Annexe 9 – Questionnaire de l'étude quantitative

QUESTIONNAIRE

1. **Vous êtes :** ☐ **Femme** ☐ **Homme**

2. **Votre année de naissance :** _____

3. **Code postal de la ville où vous résidez :** __ __ __ __ __

4. **Etes-vous bénéficiaire de l'Allocation Personnalisée Autonomie (APA) :**

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

5. **Votre plus haut diplôme**

☐ Aucun diplôme, certificat d'études primaires	☐ Diplôme du supérieur court (niveau bac + 2)
☐ Brevet des collèges	☐ Diplôme du supérieur long (supérieur à bac + 2)
☐ CAP, BEP ou équivalent	☐ Je ne sais pas
☐ Baccalauréat, brevet professionnel ou équivalent	

6. **La composition actuelle de votre foyer** (plusieurs réponses possibles) **:**

☐ Seul.e => depuis combien d'années ? ____ans	☐ Avec enfant(s)
☐ Avec conjoint.e vivant avec vous	☐ Avec parent(s) ou beaux parent(s)
☐ Avec conjoint.e vivant dans un autre domicile	☐ Autre configuration

7. **A combien d'ateliers « Les Insatiables » avez-vous participé, en incluant celui-ci ?** _____

I. A PROPOS DE VOUS ET DE VOTRE ALIMENTATION

8. **Pour vous, qu'est-ce que BIEN MANGER ?** (**2** réponses possibles)

☐ Manger ce qu'on aime	☐ Manger ce qui est fait maison
☐ Manger une entrée, un plat etc.	☐ Manger équilibré, raisonnablement
☐ Manger en quantité suffisante	☐ Manger des aliments de bonne qualité
☐ Partager un repas	☐ Manger certains aliments bons pour la santé

9. **Bénéficiez-vous des produits d'un jardin potager** (potager, jardin partagé…) ?

☐ Oui ☐ Non

10. **Préparez-vous des aliments ou des plats pour les conserver de la manière suivante ?** (plusieurs réponses possibles)

☐ Aliments (légumes, viandes…) mis au congélateur pour être mangés plus tard	☐ Conserves
	☐ Confitures
☐ Plats que vous avez préparés, mis au congélateur pour être mangés plus tard	☐ Autre : _____

11. **Quels types d'informations consultez-vous sur l'alimentation via des livres, magazines, télévision, Internet…?** Classer au maximum 3 choix (« 1 » = le plus, « 3 » = le moins)

_____ (chiffre) Des contenus sur la cuisine, des recettes
_____ (chiffre) Des contenus sur la nutrition, la diététique
_____ (chiffre) Des contenus sur le jardinage, faire un potager
☐ Vous ne consultez aucun contenu en lien avec l'alimentation

12. **Selon vous, à quel point votre santé dépend de…**
Classer dans votre ordre de préférence ; 1 (dépend le plus), 2, 3, 4, 5 (dépend le moins)
___ (chiffre) facteurs génétiques
___ (chiffre) votre mode de vie (alimentation, activité physique, stress, sommeil, tabac, alcool…)
___ (chiffre) la chance, du destin
___ (chiffre) votre conjoint ou de vos proches
___ (chiffre) des médecins et autres professionnels de santé

II. VOS REPAS ET ACTIVITES

13. **Quelles prises alimentaires (comprenant au moins un aliment) avez-vous eu <u>hier</u> ?** (cocher)

☐ Petit-déjeuner
☐ En-cas le matin
☐ Déjeuner
☐ Goûter / encas l'après-midi
☐ Dîner
☐ En-cas après le dîner
☐ En-cas la nuit

14. **Vous arrive-t-il de sauter des repas ?** (cocher)

☐ Non
☐ Oui, au moins une fois par jour
☐ Oui, au moins une fois par semaine
☐ Oui, au moins une fois par mois
☐ Oui, moins souvent

15. **Pendant combien de temps marchez-vous chaque jour ?** (cocher une seule réponse)

☐ Moins de 15 minutes par jour
☐ Au moins 15 minutes par jour
☐ Au moins 30 minutes par jour
☐ Au moins 1 heure par jour
☐ Non applicable à ma situation

16. **Quelles autres activités faites-vous, au moins une fois par semaine ?**

☐ Gym
☐ Aquagym
☐ Yoga
☐ Pilate
☐ Randonnée et marche
☐ Faire du vélo, cyclisme
☐ Autre sport
☐ Jardinage
☐ Ménage
☐ Activité(s) associative(s), club(s)
☐ Autre : _____

III. VOUS ET LA CUISINE

17. **Pour vous, cuisiner c'est avant tout…** (UN SEUL CHOIX POSSIBLE)

- ☐ Un plaisir quotidien
- ☐ Un plaisir surtout quand j'invite
- ☐ Un plaisir si c'est rapide
- ☐ L'inconnu : je ne sais pas cuisiner
- ☐ Une contrainte : je n'ai pas envie
- ☐ Une contrainte : je préfère faire autre chose
- ☐ Une contrainte : je manque d'idées

18. **A quelle fréquence cuisinez-vous ?** C'est-à-dire passer du temps à préparer des aliments pour manger. En incluant : préparation de salades, d'aliments préparés à la poêle … En excluant plats et sandwichs achetés tout prêts et plats livrés.

- ☐ Tous les jours ou presque
- ☐ 3 à 4 fois par semaine
- ☐ 3 à 4 fois par mois
- ☐ Moins souvent ou jamais

19. **Combien de temps en moyenne passez-vous à cuisiner UN REPAS, au quotidien ?**

- ☐ Moins de 15 minutes
- ☐ Entre 15 et 30 minutes
- ☐ Entre 30 et 45 minutes
- ☐ Plus longtemps

20. **A quelle fréquence préparez-vous à manger pour d'autres personnes que vous ?**

- ☐ Tous les jours
- ☐ Plusieurs fois par semaine
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Au moins une fois par mois
- ☐ Jamais ou presque

21. **A quelle fréquence recevez-vous des aliments ou des plats de la part de votre entourage ?**

- ☐ Tous les jours
- ☐ Plusieurs fois par semaine
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Au moins une fois par mois
- ☐ Jamais ou presque

22. **A quelle fréquence mangez-vous des plats tout prêts ?**
(plat cuisiné, sandwich préparé, quiche, pizza déjà prête…)

- ☐ Tous les jours ou presque
- ☐ 3 à 4 fois par semaine
- ☐ 3 à 4 fois par mois
- ☐ Jamais ou presque

23. **En ce moment, votre appétit est :**

- ☐ Très bon
- ☐ Bon
- ☐ Faible
- ☐ Très faible

24-25. **Avez-vous des restrictions alimentaires**

- en lien avec votre culture, la pratique d'une religion : ☐ Oui ☐ Non
- car vous êtes végétarien.ne : ☐ Oui ☐ Non

IV. VOS CHANGEMENTS ALIMENTAIRES

26. **Au cours des dernières années, avez-vous changé d'alimentation ?** (voir liste ci-dessous)

Si oui, à quelle raison ou événement attribuez-vous ces changements ? Lier par un trait vos réponses, comme les exemples en gris. Plusieurs liens sont possibles.

CHANGEMENT ALIMENTAIRE		RAISON DE CE CHANGEMENT
Manger moins en général	☐	☐ Envie
Manger moins de viande rouge	☐	☐ Pour ma santé
Manger plus (+) de viande rouge	☐	☐ Pour la santé d'un proche
Boire moins d'alcool	☐	☐ Je cuisine moins souvent
Manger « mieux » :_____	☐	☐ Autre : _____
Autre changement :_____	☐	☐ Autre : _____

Exemple

27. **Diriez-vous que les événements suivants ont ou ont eu un impact sur votre alimentation ?** Lier par un trait vos réponses, comme les exemples en gris. Plusieurs liens sont possibles.

EVENEMENT		=>	IMPACTS
Enfants quittant le domicile	☐		☐ Je cuisine plus souvent
Passage à la retraite	☐		☐ Je cuisine moins souvent
Enfants qui reviennent au domicile	☐		☐ J'ai plus d'appétit
Décès du conjoint	☐		☐ J'ai moins d'appétit
Maladie ou problème de santé	☐		☐ J'ai une alimentation adaptée
Maladie d'un proche	☐		☐ Je mange moins équilibré
Crise du Covid-19	☐		☐ J'invite plus souvent à manger
Augmentation des prix	☐		☐ J'invite moins souvent à manger
Autre : _____	☐		

V. VOS PRATIQUES ALIMENTAIRES

28. **Combien de fois par jour mangez-vous une portion de LEGUMES ?** (une portion = équivalent d'un poing fermé)	☐ 3 fois par jour ou plus ☐ 2 fois par jour ☐ 1 fois par jour ☐ Moins d'une fois par jour
29. **Combien de fois par jour mangez-vous une portion de FRUITS ?** (une portion = équivalent d'un poing fermé)	☐ 3 fois par jour ou plus ☐ 2 fois par jour ☐ 1 fois par jour ☐ Moins d'une fois par jour
30. **Combien de fois par jour mangez-vous des PRODUITS LAITIERS ?** (lait, yaourt, fromage, fromage blanc)	☐ 3 fois par jour ou plus ☐ 2 fois par jour ☐ 1 fois par jour ☐ Moins d'une fois par jour
31. **Combien de fois par jour mangez-vous de la VIANDE, des ŒUFS, ou du POISSON ?** (une portion = la paume de la main)	☐ 3 fois par jour ou plus ☐ 2 fois par jour ☐ 1 fois par jour ☐ Moins d'une fois par jour
32. **A quelle fréquence mangez-vous des LEGUMINEUSES ?** (pois-chiches, lentilles, haricots blancs, haricots rouges…)	☐ Tous les jours ☐ Plusieurs fois par semaine ☐ Une fois par semaine ☐ Au moins une fois par mois ☐ Jamais ou presque
33. **A quelle fréquence mangez-vous du PAIN, des POMMES de TERRE, du RIZ ou des PATES ?**	☐ A chaque repas ☐ Une à deux fois par jour ☐ Moins d'une fois par jour
34. **Quelle quantité de BOISSONS buvez-vous par jour ? En nombre de verres.** 1 verre = 125 - 150 mL. 1 litre = environ 8 verres	_____ verres d'eau par jour _____ verres de jus de fruits et sodas par jour _____ verres/tasses de café ou thé par jour _____verres de vin par jour _____verres de bière par jour
35. **Vous arrive-t-il de manger accompagné ?**	☐ Tous les jours ☐ Plusieurs fois par semaine ☐ Une fois par semaine ☐ Au moins une fois par mois ☐ Jamais ou presque

36. **Vous arrive-t-il de manger à l'extérieur de chez vous ?** (par exemple au restaurant, chez des amis…)	☐ Tous les jours ☐ Plusieurs fois par semaine ☐ Une fois par semaine ☐ Au moins une fois par mois ☐ Jamais ou presque
37. **Faites-vous appel à un service de portage de repas ?**	☐ Oui, tous les jours ☐ Oui, plusieurs fois par semaine ☐ Oui, une fois par semaine ou moins ☐ Non
38. **Allez-vous mangez dans une « cantine senior » ?**	☐ Oui, tous les jours en semaine ☐ Oui, une ou quelques fois dans la semaine ☐ Oui, moins souvent ☐ Non
39. **Vous faites-vous aider pour vos courses alimentaires ?**	☐ Oui, on vous emmène pour faire les courses ☐ Oui, une personne fait les courses pour vous ☐ Cela dépend des fois ☐ Non

VI. VOS RELATIONS

40. **Etes-vous satisfait.e du soutien que l'on vous apporte ?**	☐ Oui, tout à fait ☐ Oui, un peu ☐ Non, pas tellement ☐ Non, pas du tout
41. **Vous arrive-t-il de souffrir de la solitude ?**	☐ Oui, souvent ☐ Oui, parfois ☐ Non, rarement ☐ Non, jamais

VII. POUR TERMINER…

42. **Votre taille :** _____cm 43. **Votre poids :** _____kg

44. **Avez-vous perdu du poids involontairement au cours des 3 derniers mois ?**

☐ Oui, plus de 5 kg
☐ Oui, plus de 3 kg
☐ Oui, entre 1 et 3 kg
☐ Non
☐ Je ne sais pas

45. **Avez-vous des difficultés pour manger ?**

☐ Vous mangez de tout sans difficulté
☐ Il vous arrive souvent d'avaler de travers ou de tousser pendant les repas
☐ Vous ne mangez plus que des aliments mous
☐ Vous mangez de tout ou presque mais vous avez des difficultés à mâcher les aliments durs (ex. : steak ou fruits crus)

46. **Avez-vous ou avez-vous eu une maladie ayant changé votre mode de vie actuel, notamment en ce qui concerne votre alimentation ?**

☐ Oui ☐ Non

47. **Suivez-vous un régime restrictif (ex. : sans sel, sans gras, sans certains aliments) ?**

☐ Oui, de manière très rigoureuse ☐ Oui, vous essayez ☐ Non

48. **Etes-vous actuellement à la retraite ?** ☐ Oui, depuis : ____ans. ☐ Non

49. **Votre activité / métier principal** (avant la retraite, ou en ce moment si pas à la retraite) :

_____

Précisions sur le secteur d'activité, la taille de l'entreprise, le nombre de salariés si vous avez géré une entreprise, la taille de l'exploitation si vous avez été agriculteur :

_____

50. **Si vous avez un conjoint, son activité / métier principal** :

Activité/métier et précisions : _____

51. **Vos revenus nets :**

☐ Supérieurs à 1800 euros par mois
☐ Compris entre 1080 et 1800 euros par mois
☐ Inférieurs à 1080 euros par mois
☐ Je ne sais pas

52. **Autres revenus si autre personne au foyer :**

☐ Supérieurs à 1800 euros par mois
☐ Compris entre 1080 et 1800 euros par mois
☐ Inférieurs à 1080 euros par mois
☐ Je ne sais pas

VIII. A PROPOS DE L'ATELIER D'AUJOURD'HUI

53-54. **Pour <u>quelles raisons</u> êtes-vous venu.e et sur quels <u>sujets êtes vous satisfait.e</u> ?**

AVANT l'atelier **Raison(s) de venir** **Plusieurs réponses possibles**	**APRES l'atelier** **Satisfaction** : de 0 = pas du tout satisfait.e à 10 = très satisfait.e X = sujet non abordé	**Note de satisfaction** 0 à 10/10
☐ Avoir de nouvelles idées de recettes	Avoir de nouvelles idées de recettes	
☐ Apprendre des techniques de cuisine	Apprendre des techniques de cuisine	
☐ Passer un bon moment en groupe	Passer un bon moment en groupe	
☐ Recevoir des conseils diététiques adaptés	Recevoir des conseils diététiques adaptés	
☐ Recevoir des conseils sur l'alimentation et l'environnement	Recevoir des conseils sur l'alimentation et l'environnement	
☐ Recevoir des conseils sur l'alimentation et la santé après 60 ans	Recevoir des conseils sur l'alimentation et la santé après 60 ans	

55-56. **Quel est votre niveau de satisfaction vis-à-vis des deux thèmes suivants ?** (cocher)

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas satisfaisant	Je ne sais pas
Atelier	☐	☐	☐	☐	☐
Intervenant(s)	☐	☐	☐	☐	☐

57. **Parmi les participants de cet atelier, il y a :** (plusieurs réponses possibles)

☐ Un ou des amis à vous
☐ Un ou des membres de votre famille
☐ Une ou plusieurs connaissances
☐ Une ou plusieurs personnes que vous reconnaissez mais sans les connaître
☐ Vous ne connaissez personne

58. **Avez-vous appris des choses en particulier ?** (cocher « Oui » ou « Non »)

☐ Oui OU ☐ Non

59a. **Si vous avez coché « OUI », quoi :**
☐ Des techniques de cuisine
☐ Des associations d'aliments ou d'ingrédients
☐ Les bienfaits d'aliments sur la santé
☐ La gestion des restes et des déchets
☐ L'équilibre alimentaire
☐ Les spécificités de l'alimentation après 60 ans
☐ Les signes d'un risque de dénutrition

59b. **Si vous avez coché « NON », pourquoi :**
☐ Ce sont des choses que vous saviez déjà
☐ Vous n'avez rien retenu en particulier
☐ Cela ne vous intéresse pas particulièrement
☐ Cela ne s'applique pas à votre situation

60. **Suite à cet atelier, allez-vous changer des choses dans votre quotidien ?**

☐ Oui OU ☐ Non

61a. **Si vous avez coché « OUI », quoi :**
☐ Lieu d'approvisionnement
☐ Type d'aliment acheté
☐ Mode de conservation
☐ Manière de cuisiner
☐ Gestion des restes
☐ Plus de temps passé à cuisiner
☐ Plus de temps passé à manger

61b. **Si vous avez coché « NON », pourquoi :**
☐ Vous n'avez rien appris de nouveau
☐ Vos habitudes actuelles vous conviennent
☐ Les conseils donnés aujourd'hui ne s'appliquent pas à votre situation
☐ Vous faites déjà tout ce qui a été traité aujourd'hui

62. **Faites-nous part de vos commentaires, conseils, ressentis, à propos de cet atelier :**

_____
_____
_____

NOUS VOUS REMERCIONS D'AVOIR REPONDU A CETTE ENQUETE 8/8

Annexe 10 – Regroupements d'indicateurs effectués

Variable	**Regroupements effectués**
Tranches d'âges	Regroupement en trois tranches : 60-69 ans, 70-79 ans, 80 ans et plus.
Composition du foyer	Regroupement en trois groupes : Seul, Couple, Autres configurations.
Années seul	Regroupement en deux tranches : 0 à 5 ans, supérieur à 5 ans.
Niveau de diplôme (INSEE, 2019b)	Regroupement en trois catégories : « Inférieur » : Aucun diplôme ou certificat d'études primaires et Brevet des collèges. « Moyen » : CAP, BEP ou équivalent et Baccalauréat, Brevet pro ou équivalent. « Supérieur » : Diplôme du supérieur court et long.
Catégorie socioprofessionnelle avant la retraite	Regroupement en trois catégories : Cadre, Employés, Autre.
Indice de masse corporelle (IMC) (HAS, 2021)	Regroupement par tranches : IMC inférieur à 20, 20 – 21,9, 22 – 24,9, 25 – 29,9, 30 – 34,9, 35 – 39,9, 40 et plus. Isolement du sous-poids : IMC inférieurs à 18,5 (60-69 ans) et IMC inférieurs à 22 (70 ans et plus).
Perte de poids (Haute autorité de santé (HAS), 2021)	Regroupement : Non, Perte de 1 à 3 kg, Perte de plus de 3 kg ou de plus de 5 kg, Ne sait pas.
Appétit	Regroupement en trois catégories : Très bon, Bon, Faible, Très faible.
Souffrir de la solitude	Regroupement en trois catégories : Oui tout à fait et oui un peu, Non pas tellement, Non pas du tout.
Satisfaction, soutien apporté	Regroupement : Oui tout à fait, Oui un peu, Non pas tellement et non pas du tout.
Représentations sociales de la cuisine	Regroupement : Représentations positives, Représentations négatives.

	Regroupement : Représentations positives séparées, Représentations négatives ensemble
Fréquence de cuisine	Regroupement en trois fréquences : Tous les jours ou presque, 3 à 4 fois par semaine et 2 à 4 fois par mois, Moins souvent ou jamais.
Fréquence de consommation de plats « tout prêts »	Regroupement en deux catégories : Tous les jours ou presque et 3 à 4 fois par semaine, 3 à 4 fois par mois, Moins souvent ou jamais.
Fréquence de consommation de légumes, de fruits, produits laitiers, viandes-poissons-œufs (ANSES, 2019)	Regroupement en deux catégories : 2 portions par jour et plus, 1 portion par jour ou moins.
Fréquence de consommation de Légumineuses (ANSES, 2019)	Regroupement en deux catégories : Tous les jours et plusieurs fois par semaine, Une fois par semaine ou moins souvent.
Fréquence de consommation de Pain, pommes de terre, riz ou pâtes (ANSES, 2019)	Regroupement en deux catégories : A chaque repas, Une à deux fois par jour ou moins souvent.

Annexe 11 – Tableaux de corrélation et tableaux de régression. Logiciel PSPP

Les tableaux sont présentés suivant leur ordre d'apparition dans le texte du manuscrit.

Tableau A 1 : Composition du foyer simplifiée (personne vivant seule ou habitant avec le conjoint, les autres configurations sont exclues), selon le genre

SeulCoupl × F_H_num

			F_H_num		
			Femme	Homme	Total
SeulCoupl	Seul.e	Nombre	258	26	284
		Row %	90,8%	9,2%	100,0%
		Column %	51,3%	32,5%	48,7%
		Total %	44,3%	4,5%	48,7%
	Conjoint.e vivant au même domicile	Nombre	245	54	299
		Row %	81,9%	18,1%	100,0%
		Column %	48,7%	67,5%	51,3%
		Total %	42,0%	9,3%	51,3%
Total		Nombre	503	80	583
		Row %	86,3%	13,7%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	86,3%	13,7%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)	Sig. exacte (bi-variée)	Sig. exacte (uni-variée)
Khi-Deux de Pearson	9,76	1	,002		
Rapport de vraisemblance	9,96	1	,002		
Test exact de Fisher				,002	,001
Correction de continuité	9,02	1	,003		
Association linéaire-par-linéaire	9,74	1	,002		
Nombre d'observations valides	583				

Tableau A 2 : Niveau de diplôme recodé en 3 groupes, selon le genre

Diplom_en_3 × F_H_num

			F_H_num		
			Femme	Homme	Total
Diplom_en_3	Aucun diplôme ou certificat d'études primaires + Brevet des collèges	Nombre	104	13	117
		Row %	88,9%	11,1%	100,0%
		Column %	19,8%	16,3%	19,3%
		Total %	17,2%	2,1%	19,3%
	CAP, BEP ou équivalent + Baccalauréat, brevet pro ou équivalent	Nombre	289	43	332
		Row %	87,0%	13,0%	100,0%
		Column %	55,0%	53,8%	54,9%
		Total %	47,8%	7,1%	54,9%
	Diplôme du supérieur court + long	Nombre	132	24	156
		Row %	84,6%	15,4%	100,0%
		Column %	25,1%	30,0%	25,8%
		Total %	21,8%	4,0%	25,8%
Total		Nombre	525	80	605
		Row %	86,8%	13,2%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	86,8%	13,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	1,11	2	,574
Rapport de vraisemblance	1,11	2	,575
Association linéaire-par-linéaire	1,10	1	,295
Nombre d'observations valides	605		

Tableau A 3 : niveau de diplôme recodé en 3 groupes, selon la tranche d'âge

Diplom_en_3 × Age_en_3

			Age_en_3			
			60-69 ans	70-79 ans	80 ans et plus	Total
Diplom_en_3	Aucun diplôme ou certificat d'études primaires + Brevet des collèges	Nombre	44	50	22	116
		Row %	37,9%	43,1%	19,0%	100,0%
		Column %	15,1%	21,0%	30,1%	19,3%
		Total %	7,3%	8,3%	3,7%	19,3%
	CAP, BEP ou équivalent + Baccalauréat, brevet pro ou équivalent	Nombre	168	125	38	331
		Row %	50,8%	37,8%	11,5%	100,0%
		Column %	57,7%	52,5%	52,1%	55,0%
		Total %	27,9%	20,8%	6,3%	55,0%
	Diplôme du supérieur court + long	Nombre	79	63	13	155
		Row %	51,0%	40,6%	8,4%	100,0%
		Column %	27,1%	26,5%	17,8%	25,7%
		Total %	13,1%	10,5%	2,2%	25,7%
Total		Nombre	291	238	73	602
		Row %	48,3%	39,5%	12,1%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	48,3%	39,5%	12,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	10,28	4	,036
Rapport de vraisemblance	10,03	4	,040
Association linéaire-par-linéaire	7,01	1	,008
Nombre d'observations valides	602		

Tableau A 4 : Cadre ou employé, selon le genre

Cadre_Emp_Autre × F_H_num

			F_H_num		
			Femme	Homme	Total
Cadre_Emp_Autre	Cadre	Nombre	124	28	152
		Row %	81,6%	18,4%	100,0%
		Column %	27,7%	43,1%	29,6%
		Total %	24,2%	5,5%	29,6%
	Employe.e	Nombre	282	26	308
		Row %	91,6%	8,4%	100,0%
		Column %	62,9%	40,0%	60,0%
		Total %	55,0%	5,1%	60,0%
	Autre	Nombre	42	11	53
		Row %	79,2%	20,8%	100,0%
		Column %	9,4%	16,9%	10,3%
		Total %	8,2%	2,1%	10,3%
Total		Nombre	448	65	513
		Row %	87,3%	12,7%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	87,3%	12,7%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	12,65	2	,002
Rapport de vraisemblance	12,31	2	,002
Association linéaire-par-linéaire	,96	1	,326
Nombre d'observations valides	513		

Tableau A 5 : Participants déclarant avoir eu une maladie ayant changé le mode de vie actuel, notamment concernant l'alimentation, selon le genre

MaladieAlimRecod × F_H_num

			F_H_num		
			Femme	Homme	Total
MaladieAlimRecod	,00	Nombre	117	26	143
		Row %	81,8%	18,2%	100,0%
		Column %	22,7%	35,6%	24,3%
		Total %	19,9%	4,4%	24,3%
	2,00	Nombre	399	47	446
		Row %	89,5%	10,5%	100,0%
		Column %	77,3%	64,4%	75,7%
		Total %	67,7%	8,0%	75,7%
Total		Nombre	516	73	589
		Row %	87,6%	12,4%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	87,6%	12,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)	Sig. exacte (bi-variée)	Sig. exacte (uni-variée)
Khi-Deux de Pearson	5,83	1	,016		
Rapport de vraisemblance	5,41	1	,020		
Test exact de Fisher				,020	,014
Correction de continuité	5,14	1	,023		
Association linéaire-par-linéaire	5,82	1	,016		
Nombre d'observations valides	589				

Tableau A 6 : Participants déclarant avoir eu une maladie ayant changé le mode de vie actuel, notamment concernant l'alimentation, selon le niveau de diplôme

MaladieAlimRecod x Diplom_en_3

			Diplom_en_3			
			Aucun diplôme ou certificat d'études primaires + Brevet des collèges	CAP, BEP ou équivalent + Baccalauréat, brevet pro ou équivalent	Diplôme du supérieur court + long	Total
MaladieAlimRecod	,00	Nombre	28	73	35	136
		Row %	20,6%	53,7%	25,7%	100,0%
		Column %	27,2%	23,2%	23,0%	23,9%
		Total %	4,9%	12,8%	6,2%	23,9%
	2,00	Nombre	75	241	117	433
		Row %	17,3%	55,7%	27,0%	100,0%
		Column %	72,8%	76,8%	77,0%	76,1%
		Total %	13,2%	42,4%	20,6%	76,1%
Total		Nombre	103	314	152	569
		Row %	18,1%	55,2%	26,7%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	18,1%	55,2%	26,7%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	,75	2	,688
Rapport de vraisemblance	,73	2	,694
Association linéaire-par-linéaire	,49	1	,486
Nombre d'observations valides	569		

Tableau A 7 : Participants déclarant avoir eu une maladie ayant changé le mode de vie actuel, notamment concernant l'alimentation, selon la catégorie socioprofessionnelle avant la retraite

MaladieAlimRecod × Cadre_Emp_Autre

			Cadre_Emp_Autre			
			Cadre	Employe.e	Autre	Total
MaladieAlimRecod	,00	Nombre	33	73	9	115
		Row %	28,7%	63,5%	7,8%	100,0%
		Column %	22,4%	24,2%	18,4%	23,1%
		Total %	6,6%	14,7%	1,8%	23,1%
	2,00	Nombre	114	229	40	383
		Row %	29,8%	59,8%	10,4%	100,0%
		Column %	77,6%	75,8%	81,6%	76,9%
		Total %	22,9%	46,0%	8,0%	76,9%
Total		Nombre	147	302	49	498
		Row %	29,5%	60,6%	9,8%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	29,5%	60,6%	9,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	,85	2	,654
Rapport de vraisemblance	,88	2	,644
Association linéaire-par-linéaire	,06	1	,807
Nombre d'observations valides	498		

Tableau A 8 : Souffrir de solitude en fonction du fait de vivre seul.e ou en couple

Solitude × SeulCoupl

			SeulCoupl		
			Seul.e	Conjoint.e vivant au même domicile	Total
Solitude	Non, pas du tout	Nombre	49	169	218
		Row %	22,5%	77,5%	100,0%
		Column %	18,1%	61,7%	40,1%
		Total %	9,0%	31,1%	40,1%
	Non, pas tellement	Nombre	75	76	151
		Row %	49,7%	50,3%	100,0%
		Column %	27,8%	27,7%	27,8%
		Total %	13,8%	14,0%	27,8%
	Oui tout à fait, Oui un peu	Nombre	146	29	175
		Row %	83,4%	16,6%	100,0%
		Column %	54,1%	10,6%	32,2%
		Total %	26,8%	5,3%	32,2%
Total		Nombre	270	274	544
		Row %	49,6%	50,4%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	49,6%	50,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	144,26	2	,000
Rapport de vraisemblance	155,30	2	,000
Association linéaire-par-linéaire	143,53	1	,000
Nombre d'observations valides	544		

Tableau A 9 : Souffrir de solitude en fonction de la tranche d'âge

41. Vous arrive-t-il de souffrir de la solitude ? × Age_en_3

			Age_en_3			Total
			59-69 ans	70-79 ans	80 ans et plus	
41. Vous arrive-t-il de souffrir de la solitude ?		Nombre	14	17	10	41
		Row %	34,1%	41,5%	24,4%	100,0%
		Column %	4,7%	6,8%	13,0%	6,6%
		Total %	2,2%	2,7%	1,6%	6,6%
	Oui, tout à fait	Nombre	11	20	16	47
		Row %	23,4%	42,6%	34,0%	100,0%
		Column %	3,7%	8,0%	20,8%	7,5%
		Total %	1,8%	3,2%	2,6%	7,5%
	Oui, un peu	Nombre	71	63	12	146
		Row %	48,6%	43,2%	8,2%	100,0%
		Column %	24,0%	25,2%	15,6%	23,4%
		Total %	11,4%	10,1%	1,9%	23,4%
	Non, pas tellement	Nombre	71	75	16	162
		Row %	43,8%	46,3%	9,9%	100,0%
		Column %	24,0%	30,0%	20,8%	26,0%
		Total %	11,4%	12,0%	2,6%	26,0%
	Non, pas du tout	Nombre	129	75	23	227
		Row %	56,8%	33,0%	10,1%	100,0%
		Column %	43,6%	30,0%	29,9%	36,4%
		Total %	20,7%	12,0%	3,7%	36,4%
Total		Nombre	296	250	77	623
		Row %	47,5%	40,1%	12,4%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	47,5%	40,1%	12,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	43,16	8	,000
Rapport de vraisemblance	38,02	8	,000
Nombre d'observations valides	623		

Tableau A 10 : Satisfaction quant au soutien apporté selon le genre

F_H_num × soutien_recod

			soutien_recod			Total
			Oui, tout à fait	Oui, un peu	Non, pas tellement + Non, pas du tout	
F_H_num	Femme	Nombre	289	100	50	439
		Row %	65,8%	22,8%	11,4%	100,0%
		Column %	84,8%	87,0%	92,6%	86,1%
		Total %	56,7%	19,6%	9,8%	86,1%
	Homme	Nombre	52	15	4	71
		Row %	73,2%	21,1%	5,6%	100,0%
		Column %	15,2%	13,0%	7,4%	13,9%
		Total %	10,2%	2,9%	,8%	13,9%
Total		Nombre	341	115	54	510
		Row %	66,9%	22,5%	10,6%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	66,9%	22,5%	10,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	2,49	2	,288
Rapport de vraisemblance	2,81	2	,245
Association linéaire-par-linéaire	2,31	1	,129
Nombre d'observations valides	510		

Tableau A 11 : Satisfaction quant au soutien apporté selon le niveau de diplôme

Diplom_en_3 × soutien_recod

Diplom_en_3		soutien_recod			Total
		Oui, tout à fait	Oui, un peu	Non, pas tellement + Non, pas du tout	
Aucun diplôme ou certificat d'études primaires + Brevet des collèges	Nombre	69	18	6	93
	Row %	74,2%	19,4%	6,5%	100,0%
	Column %	20,9%	16,2%	11,3%	18,8%
	Total %	14,0%	3,6%	1,2%	18,8%
CAP, BEP ou équivalent + Baccalauréat, brevet pro ou équivalent	Nombre	175	69	31	275
	Row %	63,6%	25,1%	11,3%	100,0%
	Column %	53,0%	62,2%	58,5%	55,7%
	Total %	35,4%	14,0%	6,3%	55,7%
Diplôme du supérieur court + long	Nombre	86	24	16	126
	Row %	68,3%	19,0%	12,7%	100,0%
	Column %	26,1%	21,6%	30,2%	25,5%
	Total %	17,4%	4,9%	3,2%	25,5%
Total	Nombre	330	111	53	494
	Row %	66,8%	22,5%	10,7%	100,0%
	Column %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Total %	66,8%	22,5%	10,7%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	5,23	4	,265
Rapport de vraisemblance	5,47	4	,242
Association linéaire-par-linéaire	1,32	1	,250
Nombre d'observations valides	494		

Tableau A 12 : Satisfaction quant au soutien apporté selon le fait d'avoir été cadre ou employé avant la retraite

soutien_recod × Cadre_Employe

			Cadre_Employe		
			Cadre	Employé	Total
soutien_recod	Oui, tout à fait	Nombre	87	178	265
		Row %	32,8%	67,2%	100,0%
		Column %	69,0%	68,5%	68,7%
		Total %	22,5%	46,1%	68,7%
	Oui, un peu	Nombre	22	57	79
		Row %	27,8%	72,2%	100,0%
		Column %	17,5%	21,9%	20,5%
		Total %	5,7%	14,8%	20,5%
	Non, pas tellement + Non, pas du tout	Nombre	17	25	42
		Row %	40,5%	59,5%	100,0%
		Column %	13,5%	9,6%	10,9%
		Total %	4,4%	6,5%	10,9%
Total		Nombre	126	260	386
		Row %	32,6%	67,4%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	32,6%	67,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	2,00	2	,367
Rapport de vraisemblance	1,98	2	,371
Association linéaire-par-linéaire	,20	1	,656
Nombre d'observations valides	386		

Tableau A 13 : Satisfaction quant au soutien apporté selon le fait de vivre seul ou en couple

SeulCoupl × soutien_recod

			soutien_recod			
			Oui, tout à fait	Oui, un peu	Non, pas tellement + Non, pas du tout	Total
SeulCoupl	Seul.e	Nombre	144	65	31	240
		Row %	60,0%	27,1%	12,9%	100,0%
		Column %	45,9%	60,2%	62,0%	50,8%
		Total %	30,5%	13,8%	6,6%	50,8%
	Conjoint.e vivant au même domicile	Nombre	170	43	19	232
		Row %	73,3%	18,5%	8,2%	100,0%
		Column %	54,1%	39,8%	38,0%	49,2%
		Total %	36,0%	9,1%	4,0%	49,2%
Total		Nombre	314	108	50	472
		Row %	66,5%	22,9%	10,6%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	66,5%	22,9%	10,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	9,38	2	,009
Rapport de vraisemblance	9,44	2	,009
Association linéaire-par-linéaire	8,32	1	,004
Nombre d'observations valides	472		

Tableau A 14 : Activité : ménage, en fonction du genre

[Ménage] 16. Quelles autres activités faites-vous, au moins une fois par semaine ? × F_H_num

			F_H_num		
			Femme	Homme	Total
[Ménage] 16. Quelles autres activités faites-vous, au moins une fois par semaine ?		Nombre	181	62	243
		Row %	74,5%	25,5%	100,0%
		Column %	33,3%	74,7%	38,8%
		Total %	28,9%	9,9%	38,8%
	Y	Nombre	362	21	383
		Row %	94,5%	5,5%	100,0%
		Column %	66,7%	25,3%	61,2%
		Total %	57,8%	3,4%	61,2%
Total		Nombre	543	83	626
		Row %	86,7%	13,3%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	86,7%	13,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)	Sig. exacte (bi-variée)	Sig. exacte (uni-variée)
Khi-Deux de Pearson	51,87	1	,000		
Rapport de vraisemblance	51,10	1	,000		
Test exact de Fisher				,000	,000
Correction de continuité	50,14	1	,000		
Nombre d'observations valides	626				

Tableau A 15 : Activité : gym, en fonction du genre

[Gym] 16. Quelles autres activités faites-vous, au moins une fois par semaine ? × F_H_num

			F_H_num		
			Femme	Homme	Total
[Gym] 16. Quelles autres activités faites-vous, au moins une fois par semaine ?		Nombre	337	69	406
		Row %	83,0%	17,0%	100,0%
		Column %	62,1%	83,1%	64,9%
		Total %	53,8%	11,0%	64,9%
	Y	Nombre	206	14	220
		Row %	93,6%	6,4%	100,0%
		Column %	37,9%	16,9%	35,1%
		Total %	32,9%	2,2%	35,1%
Total		Nombre	543	83	626
		Row %	86,7%	13,3%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	86,7%	13,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)	Sig. exacte (bi-variée)	Sig. exacte (uni-variée)
Khi-Deux de Pearson	14,02	1	,000		
Rapport de vraisemblance	15,54	1	,000		
Test exact de Fisher				,000	,000
Correction de continuité	13,11	1	,000		
Nombre d'observations valides	626				

Tableau A 16 : Activité : faire du vélo, cyclisme, en fonction du genre

[Faire du vélo, cyclisme] 16. Quelles autres activités faites-vous, au moins une fois par semaine ? × F_H_num

			F_H_num		
			Femme	Homme	Total
[Faire du vélo, cyclisme] 16. Quelles autres activités faites-vous, au moins une fois par semaine ?		Nombre	470	63	533
		Row %	88,2%	11,8%	100,0%
		Column %	86,6%	75,9%	85,1%
		Total %	75,1%	10,1%	85,1%
	Y	Nombre	73	20	93
		Row %	78,5%	21,5%	100,0%
		Column %	13,4%	24,1%	14,9%
		Total %	11,7%	3,2%	14,9%
Total		Nombre	543	83	626
		Row %	86,7%	13,3%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	86,7%	13,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)	Sig. exacte (bi-variée)	Sig. exacte (uni-variée)
Khi-Deux de Pearson	6,46	1	,011		
Rapport de vraisemblance	5,75	1	,016		
Test exact de Fisher				,019	,012
Correction de continuité	5,64	1	,018		
Nombre d'observations valides	626				

Tableau A 17 : Activité : jardinage, en fonction du genre

[Jardinage] 16. Quelles autres activités faites-vous, au moins une fois par semaine ? × F_H_num

			F_H_num		
			Femme	Homme	Total
[Jardinage] 16. Quelles autres activités faites-vous, au moins une fois par semaine ?		Nombre	362	46	408
		Row %	88,7%	11,3%	100,0%
		Column %	66,7%	55,4%	65,2%
		Total %	57,8%	7,3%	65,2%
	Y	Nombre	181	37	218
		Row %	83,0%	17,0%	100,0%
		Column %	33,3%	44,6%	34,8%
		Total %	28,9%	5,9%	34,8%
Total		Nombre	543	83	626
		Row %	86,7%	13,3%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	86,7%	13,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)	Sig. exacte (bi-variée)	Sig. exacte (uni-variée)
Khi-Deux de Pearson	4,01	1	,045		
Rapport de vraisemblance	3,89	1	,048		
Test exact de Fisher				,049	,031
Correction de continuité	3,53	1	,060		
Nombre d'observations valides	626				

Tableau A 18 : Activité : randonnée, en fonction du genre

[Randonnée et marche] 16. Quelles autres activités faites-vous, au moins une fois par semaine ? × F_H_num

			F_H_num		
			Femme	Homme	Total
[Randonnée et marche] 16. Quelles autres activités faites-vous, au moins une fois par semaine ?		Nombre	281	47	328
		Row %	85,7%	14,3%	100,0%
		Column %	51,7%	56,6%	52,4%
		Total %	44,9%	7,5%	52,4%
	Y	Nombre	262	36	298
		Row %	87,9%	12,1%	100,0%
		Column %	48,3%	43,4%	47,6%
		Total %	41,9%	5,8%	47,6%
Total		Nombre	543	83	626
		Row %	86,7%	13,3%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	86,7%	13,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)	Sig. exacte (bi-variée)	Sig. exacte (uni-variée)
Khi-Deux de Pearson	,69	1	,407		
Rapport de vraisemblance	,69	1	,407		
Test exact de Fisher				,479	,239
Correction de continuité	,50	1	,477		
Nombre d'observations valides	626				

Tableau A 19 : Activités associatives et en club, en fonction du genre

[Activités associatives, clubs] 16. Quelles autres activités faites-vous, au moins une fois par semaine ? × F_H_num

			F_H_num		
			Femme	Homme	Total
[Activités associatives, clubs] 16. Quelles autres activités faites-vous, au moins une fois par semaine ?		Nombre	366	63	429
		Row %	85,3%	14,7%	100,0%
		Column %	67,4%	75,9%	68,5%
		Total %	58,5%	10,1%	68,5%
	Y	Nombre	177	20	197
		Row %	89,8%	10,2%	100,0%
		Column %	32,6%	24,1%	31,5%
		Total %	28,3%	3,2%	31,5%
Total		Nombre	543	83	626
		Row %	86,7%	13,3%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	86,7%	13,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)	Sig. exacte (bi-variée)	Sig. exacte (uni-variée)
Khi-Deux de Pearson	2,41	1	,120		
Rapport de vraisemblance	2,51	1	,113		
Test exact de Fisher				,129	,075
Correction de continuité	2,03	1	,154		
Nombre d'observations valides	626				

Tableau A 20 : Activité : randonnée, en fonction de la tranche d'âge

[Randonnée et marche] 16. Quelles autres activités faites-vous, au moins une fois par semaine ? × Age_en_3

			Age_en_3			
			60-69 ans	70-79 ans	80 ans et plus	Total
[Randonnée et marche] 16. Quelles autres activités faites-vous, au moins une fois par semaine ?		Nombre	135	136	54	325
		Row %	41,5%	41,8%	16,6%	100,0%
		Column %	45,6%	54,4%	70,1%	52,2%
		Total %	21,7%	21,8%	8,7%	52,2%
	Y	Nombre	161	114	23	298
		Row %	54,0%	38,3%	7,7%	100,0%
		Column %	54,4%	45,6%	29,9%	47,8%
		Total %	25,8%	18,3%	3,7%	47,8%
Total		Nombre	296	250	77	623
		Row %	47,5%	40,1%	12,4%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	47,5%	40,1%	12,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	15,56	2	,000
Rapport de vraisemblance	15,90	2	,000
Nombre d'observations valides	623		

Tableau A 21 : Activité : cyclisme, vélo, en fonction de la tranche d'âge

[Faire du vélo, cyclisme] 16. Quelles autres activités faites-vous, au moins une fois par semaine ? × Age_en_3

			Age_en_3			
			60-69 ans	70-79 ans	80 ans et plus	Total
[Faire du vélo, cyclisme] 16. Quelles autres activités faites-vous, au moins une fois par semaine ?		Nombre	240	216	74	530
		Row %	45,3%	40,8%	14,0%	100,0%
		Column %	81,1%	86,4%	96,1%	85,1%
		Total %	38,5%	34,7%	11,9%	85,1%
	Y	Nombre	56	34	3	93
		Row %	60,2%	36,6%	3,2%	100,0%
		Column %	18,9%	13,6%	3,9%	14,9%
		Total %	9,0%	5,5%	,5%	14,9%
Total		Nombre	296	250	77	623
		Row %	47,5%	40,1%	12,4%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	47,5%	40,1%	12,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	11,44	2	,003
Rapport de vraisemblance	13,81	2	,001
Nombre d'observations valides	623		

Tableau A 22 : Représentations sociales de la cuisine en fonction du genre

Repres_Recod2 × F_H_num

			F_H_num		
			Femme	Homme	Total
Repres_Recod2	Un plaisir quotidien	Nombre	213	38	251
		Row %	84,9%	15,1%	100,0%
		Column %	40,0%	46,9%	40,9%
		Total %	34,7%	6,2%	40,9%
	Un plaisir surtout quand j'invite	Nombre	160	13	173
		Row %	92,5%	7,5%	100,0%
		Column %	30,1%	16,0%	28,2%
		Total %	26,1%	2,1%	28,2%
	Un plaisir si c'est rapide	Nombre	77	12	89
		Row %	86,5%	13,5%	100,0%
		Column %	14,5%	14,8%	14,5%
		Total %	12,6%	2,0%	14,5%
	L'inconnu : je ne sais pas cuisiner	Nombre	7	11	18
		Row %	38,9%	61,1%	100,0%
		Column %	1,3%	13,6%	2,9%
		Total %	1,1%	1,8%	2,9%
	Une contrainte (add)	Nombre	75	7	82
		Row %	91,5%	8,5%	100,0%
		Column %	14,1%	8,6%	13,4%
		Total %	12,2%	1,1%	13,4%
Total		Nombre	532	81	613
		Row %	86,8%	13,2%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	86,8%	13,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	43,29	4	,000
Rapport de vraisemblance	30,67	4	,000
Association linéaire-par-linéaire	,01	1	,920
Nombre d'observations valides	613		

Tableau A 23 : Représentations sociales de la cuisine en fonction du fait de vivre seul ou en couple

Repres_Recod2 × SeulCoupl

			SeulCoupl		
			Seul.e	Conjoint.e vivant au même domicile	Total
Repres_Recod2	Un plaisir quotidien	Nombre	101	136	237
		Row %	42,6%	57,4%	100,0%
		Column %	36,6%	45,8%	41,4%
		Total %	17,6%	23,7%	41,4%
	Un plaisir surtout quand j'invite	Nombre	83	78	161
		Row %	51,6%	48,4%	100,0%
		Column %	30,1%	26,3%	28,1%
		Total %	14,5%	13,6%	28,1%
	Un plaisir si c'est rapide	Nombre	52	33	85
		Row %	61,2%	38,8%	100,0%
		Column %	18,8%	11,1%	14,8%
		Total %	9,1%	5,8%	14,8%
	L'inconnu : je ne sais pas cuisiner	Nombre	5	11	16
		Row %	31,3%	68,8%	100,0%
		Column %	1,8%	3,7%	2,8%
		Total %	,9%	1,9%	2,8%
	Une contrainte (add)	Nombre	35	39	74
		Row %	47,3%	52,7%	100,0%
		Column %	12,7%	13,1%	12,9%
		Total %	6,1%	6,8%	12,9%
Total		Nombre	276	297	573
		Row %	48,2%	51,8%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	48,2%	51,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	11,28	4	,024
Rapport de vraisemblance	11,38	4	,023
Association linéaire-par-linéaire	1,10	1	,294
Nombre d'observations valides	573		

Tableau A 24 : Temps passé à cuisiner un repas en fonction du genre

Temps_Prepa_repas × F_H_num

			F_H_num		
			Femme	Homme	Total
Temps_Prepa_repas	Moins de 15 minutes	Nombre	44	14	58
		Row %	75,9%	24,1%	100,0%
		Column %	8,3%	18,7%	9,6%
		Total %	7,3%	2,3%	9,6%
	Entre 15 et 30 minutes	Nombre	253	31	284
		Row %	89,1%	10,9%	100,0%
		Column %	47,7%	41,3%	46,9%
		Total %	41,8%	5,1%	46,9%
	Entre 30 et 45 minutes ou plus longtemps	Nombre	233	30	263
		Row %	88,6%	11,4%	100,0%
		Column %	44,0%	40,0%	43,5%
		Total %	38,5%	5,0%	43,5%
Total		Nombre	530	75	605
		Row %	87,6%	12,4%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	87,6%	12,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	8,17	2	,017
Rapport de vraisemblance	6,83	2	,033
Association linéaire-par-linéaire	3,24	1	,072
Nombre d'observations valides	605		

Tableau A 25 : Représentation positive ou négative de la cuisine, en fonction de la fréquence de cuisine

Repres_Pos_Neg × Freq_Cuis_3

			Freq_Cuis_3			
			Tous les jours ou presque	De 3 à 4 fois par semaine à 3 à 4 fois par mois	Moins souvent ou jamais	Total
Repres_Pos_Neg	Positive	Nombre	409	92	8	509
		Row %	80,4%	18,1%	1,6%	100,0%
		Column %	90,9%	75,4%	42,1%	86,1%
		Total %	69,2%	15,6%	1,4%	86,1%
	Négative	Nombre	41	30	11	82
		Row %	50,0%	36,6%	13,4%	100,0%
		Column %	9,1%	24,6%	57,9%	13,9%
		Total %	6,9%	5,1%	1,9%	13,9%
Total		Nombre	450	122	19	591
		Row %	76,1%	20,6%	3,2%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	76,1%	20,6%	3,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	51,08	2	,000
Rapport de vraisemblance	39,42	2	,000
Association linéaire-par-linéaire	47,96	1	,000
Nombre d'observations valides	591		

Tableau A 26 : Fréquence de cuisine en fonction du genre

F_H_num × Freq_Cuis_3

			Freq_Cuis_3			
			Tous les jours ou presque	De 3 à 4 fois par semaine à 3 à 4 fois par mois	Moins souvent ou jamais	Total
F_H_num	Femme	Nombre	410	108	14	532
		Row %	77,1%	20,3%	2,6%	100,0%
		Column %	89,5%	87,1%	46,7%	86,9%
		Total %	67,0%	17,6%	2,3%	86,9%
	Homme	Nombre	48	16	16	80
		Row %	60,0%	20,0%	20,0%	100,0%
		Column %	10,5%	12,9%	53,3%	13,1%
		Total %	7,8%	2,6%	2,6%	13,1%
Total		Nombre	458	124	30	612
		Row %	74,8%	20,3%	4,9%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	74,8%	20,3%	4,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	45,51	2	,000
Rapport de vraisemblance	30,46	2	,000
Association linéaire-par-linéaire	26,71	1	,000
Nombre d'observations valides	612		

Tableau A 27 : Fréquence de cuisine en fonction du niveau de diplôme

Freq_Cuis_3_2 x Diplom_en_3

			Diplom_en_3			
			Aucun diplôme ou certificat d'études primaires + Brevet des collèges	CAP, BEP ou équivalent + Baccalauréat, brevet pro ou équivalent	Diplôme du supérieur court + long	Total
Freq_Cuis_3_2	Tous les jours ou presque	Nombre	73	258	114	445
		Row %	16,4%	58,0%	25,6%	100,0%
		Column %	65,8%	78,9%	74,0%	75,2%
		Total %	12,3%	43,6%	19,3%	75,2%
	3 à 4 fois par semaine	Nombre	23	47	32	102
		Row %	22,5%	46,1%	31,4%	100,0%
		Column %	20,7%	14,4%	20,8%	17,2%
		Total %	3,9%	7,9%	5,4%	17,2%
	3 à 4 fois par mois ou moins souvent	Nombre	15	22	8	45
		Row %	33,3%	48,9%	17,8%	100,0%
		Column %	13,5%	6,7%	5,2%	7,6%
		Total %	2,5%	3,7%	1,4%	7,6%
Total		Nombre	111	327	154	592
		Row %	18,8%	55,2%	26,0%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	18,8%	55,2%	26,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	12,00	4	,017
Rapport de vraisemblance	11,22	4	,024
Association linéaire-par-linéaire	3,69	1	,055
Nombre d'observations valides	592		

Tableau A 28 : Fréquence de cuisine en fonction du fait de vivre seul ou en couple

SeulCoupl × Freq_Cuis_3

			Freq_Cuis_3			
			Tous les jours ou presque	De 3 à 4 fois par semaine à 3 à 4 fois par mois	Moins souvent ou jamais	Total
SeulCoupl	Seul.e	Nombre	186	75	14	275
		Row %	67,6%	27,3%	5,1%	100,0%
		Column %	43,2%	65,8%	53,8%	48,2%
		Total %	32,6%	13,1%	2,5%	48,2%
	Conjoint.e vivant au même domicile	Nombre	245	39	12	296
		Row %	82,8%	13,2%	4,1%	100,0%
		Column %	56,8%	34,2%	46,2%	51,8%
		Total %	42,9%	6,8%	2,1%	51,8%
Total		Nombre	431	114	26	571
		Row %	75,5%	20,0%	4,6%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	75,5%	20,0%	4,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	18,85	2	,000
Rapport de vraisemblance	19,05	2	,000
Association linéaire-par-linéaire	12,52	1	,000
Nombre d'observations valides	571		

Tableau A 29 : Régression linéaire : effet de quatre variables sociodémographiques sur la fréquence de cuisine

Sommaire du modèle (Freq_Cuis_3)

R	R Carré (R^2)	R carré ajusté	Erreur standard de l'estimation
,27	,07	,07	,52

ANOVA (Freq_Cuis_3)

	Somme des carrés	df	Carré des moyennes	F	Sig.
Régression	11,59	4	2,90	10,77	,000
Residus	146,60	545	,27		
Total	158,18	549			

Coefficients (Freq_Cuis_3)

	Coefficients non normalisés		Coefficients normalisés		
	B	Erreur standard	Beta	t	Sig.
(Constante)	1,32	,13	,00	10,00	,000
Diplom_en_3	-,04	,03	-,06	-1,33	,185
Age_en_3	-,03	,03	-,04	-1,05	,295
SeulCoupl	-,19	,05	-,18	-4,16	,000
F_H_num	,35	,07	,22	5,38	,000

Tableau A 30 : Appétit en fonction de la fréquence de repas

Freq_Cuis_3 × Appetit_Recod

			Appetit_Recod			
			Très bon	Bon	Faible + Très faible	Total
Freq_Cuis_3	Tous les jours ou presque	Nombre	131	297	27	455
		Row %	28,8%	65,3%	5,9%	100,0%
		Column %	78,9%	75,2%	57,4%	74,8%
		Total %	21,5%	48,8%	4,4%	74,8%
	De 3 à 4 fois par semaine à 3 à 4 fois par mois	Nombre	28	82	13	123
		Row %	22,8%	66,7%	10,6%	100,0%
		Column %	16,9%	20,8%	27,7%	20,2%
		Total %	4,6%	13,5%	2,1%	20,2%
	Moins souvent ou jamais	Nombre	7	16	7	30
		Row %	23,3%	53,3%	23,3%	100,0%
		Column %	4,2%	4,1%	14,9%	4,9%
		Total %	1,2%	2,6%	1,2%	4,9%
Total		Nombre	166	395	47	608
		Row %	27,3%	65,0%	7,7%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	27,3%	65,0%	7,7%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	14,79	4	,005
Rapport de vraisemblance	11,58	4	,021
Association linéaire-par-linéaire	7,38	1	,007
Nombre d'observations valides	608		

Tableau A 31 : Fréquence des sauts de repas en fonction de la fréquence de cuisine

Freq_Cuis_3_2 × Saut_Regroup

Freq_Cuis_3_2		Saut_Regroup		Total
		Au moins une fois par jour et au moins une fois par semaine	Au moins une fois par mois, moins souvent, jamais	
Tous les jours ou presque	Nombre	59	395	454
	Row %	13,0%	87,0%	100,0%
	Column %	63,4%	77,0%	74,9%
	Total %	9,7%	65,2%	74,9%
3 à 4 fois par semaine	Nombre	25	78	103
	Row %	24,3%	75,7%	100,0%
	Column %	26,9%	15,2%	17,0%
	Total %	4,1%	12,9%	17,0%
3 à 4 fois par mois ou moins souvent	Nombre	9	40	49
	Row %	18,4%	81,6%	100,0%
	Column %	9,7%	7,8%	8,1%
	Total %	1,5%	6,6%	8,1%
Total	Nombre	93	513	606
	Row %	15,3%	84,7%	100,0%
	Column %	100,0%	100,0%	100,0%
	Total %	15,3%	84,7%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	8,59	2	,014
Rapport de vraisemblance	7,89	2	,019
Association linéaire-par-linéaire	4,89	1	,027
Nombre d'observations valides	606		

Tableau A 32 : Fréquence de consommation de plats « tout prêts » en fonction de la fréquence de cuisine

Freq_Cuis_3 × Plats_tt_Prets_Simpli

			Plats_tt_Prets_Simpli		
			Tlj ou presque + 3 à 4 fois par semaine	3 à 4 fois par mois ou jamais	Total
Freq_Cuis_3	Tous les jours ou presque	Nombre	18	432	450
		Row %	4,0%	96,0%	100,0%
		Column %	41,9%	77,6%	75,0%
		Total %	3,0%	72,0%	75,0%
	De 3 à 4 fois par semaine à 3 à 4 fois par mois	Nombre	15	106	121
		Row %	12,4%	87,6%	100,0%
		Column %	34,9%	19,0%	20,2%
		Total %	2,5%	17,7%	20,2%
	Moins souvent ou jamais	Nombre	10	19	29
		Row %	34,5%	65,5%	100,0%
		Column %	23,3%	3,4%	4,8%
		Total %	1,7%	3,2%	4,8%
Total		Nombre	43	557	600
		Row %	7,2%	92,8%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	7,2%	92,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	44,28	2	,000
Rapport de vraisemblance	30,31	2	,000
Association linéaire-par-linéaire	40,18	1	,000
Nombre d'observations valides	600		

Tableau A 33 : Préparer à manger pour d'autres en fonction de la fréquence de cuisine

Freq_Cuis_3 × Cuisiner_Pour

			Cuisiner_Pour			
			Moins souvent ou jamais	Une ou plusieurs fois par semaine	Tous les jours	Total
Freq_Cuis_3	Tous les jours ou presque	Nombre	172	117	156	445
		Row %	38,7%	26,3%	35,1%	100,0%
		Column %	64,4%	73,6%	92,9%	74,9%
		Total %	29,0%	19,7%	26,3%	74,9%
	De 3 à 4 fois par semaine à 3 à 4 fois par mois	Nombre	70	40	11	121
		Row %	57,9%	33,1%	9,1%	100,0%
		Column %	26,2%	25,2%	6,5%	20,4%
		Total %	11,8%	6,7%	1,9%	20,4%
	Moins souvent ou jamais	Nombre	25	2	1	28
		Row %	89,3%	7,1%	3,6%	100,0%
		Column %	9,4%	1,3%	,6%	4,7%
		Total %	4,2%	,3%	,2%	4,7%
Total		Nombre	267	159	168	594
		Row %	44,9%	26,8%	28,3%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	44,9%	26,8%	28,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	55,53	4	,000
Rapport de vraisemblance	63,00	4	,000
Association linéaire-par-linéaire	47,21	1	,000
Nombre d'observations valides	594		

Tableau A 34 : Préparer à manger pour d'autres en fonction du genre

F_H_num × 20. A quelle fréquence préparez-vous à manger pour d'autres personnes que vous ?

			20. A quelle fréquence préparez-vous à manger pour d'autres personnes que vous ?				
			Tous les jours	Plusieurs fois par semaine	Une fois par semaine	Au moins une fois par mois	Jamais ou presque	Total
F_H_num	Femme	Nombre	23	60	83	139	86	543
		Row %	4,2%	11,0%	15,3%	25,6%	15,8%	100,0%
		Column %	85,2%	82,2%	94,3%	90,3%	74,1%	86,7%
		Total %	3,7%	9,6%	13,3%	22,2%	13,7%	86,7%
	Homme	Nombre	4	13	5	15	30	83
		Row %	4,8%	15,7%	6,0%	18,1%	36,1%	100,0%
		Column %	14,8%	17,8%	5,7%	9,7%	25,9%	13,3%
		Total %	,6%	2,1%	,8%	2,4%	4,8%	13,3%
Total		Nombre	27	73	88	154	116	626
		Row %	4,3%	11,7%	14,1%	24,6%	18,5%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	4,3%	11,7%	14,1%	24,6%	18,5%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	25,48	5	,000
Rapport de vraisemblance	23,80	5	,000
Nombre d'observations valides	626		

Tableau A 35 : Préparer à manger pour d'autres en fonction du fait de vivre seul.e ou en couple

SeulCoupl × 20. A quelle fréquence préparez-vous à manger pour d'autres personnes que vous ?

			20. A quelle fréquence préparez-vous à manger pour d'autres personnes que vous ?				
			Tous les jours	Plusieurs fois par semaine	Une fois par semaine	Au moins une fois par mois	Jamais ou presque	Total
SeulCoupl	Seul.e	Nombre	15	11	23	51	105	284
		Row %	5,3%	3,9%	8,1%	18,0%	37,0%	100,0%
		Column %	57,7%	7,1%	33,8%	63,7%	71,9%	48,7%
		Total %	2,6%	1,9%	3,9%	8,7%	18,0%	48,7%
	Conjoint.e vivant au même domicile	Nombre	11	143	45	29	41	299
		Row %	3,7%	47,8%	15,1%	9,7%	13,7%	100,0%
		Column %	42,3%	92,9%	66,2%	36,3%	28,1%	51,3%
		Total %	1,9%	24,5%	7,7%	5,0%	7,0%	51,3%
Total		Nombre	26	154	68	80	146	583
		Row %	4,5%	26,4%	11,7%	13,7%	25,0%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	4,5%	26,4%	11,7%	13,7%	25,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	176,74	5	,000
Rapport de vraisemblance	199,71	5	,000
Nombre d'observations valides	583		

Tableau A 36 : Fréquence de consommation de plats « tout prêts » en fonction de la fréquence de cuisine

Freq_Cuis_3 × Plats_tt_Prets_Simpli

			Plats_tt_Prets_Simpli		Total
			Tlj ou presque + 3 à 4 fois par semaine	3 à 4 fois par mois ou jamais	
Freq_Cuis_3	Tous les jours ou presque	Nombre	18	432	450
		Row %	4,0%	96,0%	100,0%
		Column %	41,9%	77,6%	75,0%
		Total %	3,0%	72,0%	75,0%
	De 3 à 4 fois par semaine à 3 à 4 fois par mois	Nombre	15	106	121
		Row %	12,4%	87,6%	100,0%
		Column %	34,9%	19,0%	20,2%
		Total %	2,5%	17,7%	20,2%
	Moins souvent ou jamais	Nombre	10	19	29
		Row %	34,5%	65,5%	100,0%
		Column %	23,3%	3,4%	4,8%
		Total %	1,7%	3,2%	4,8%
Total		Nombre	43	557	600
		Row %	7,2%	92,8%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	7,2%	92,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	44,28	2	,000
Rapport de vraisemblance	30,31	2	,000
Association linéaire-par-linéaire	40,18	1	,000
Nombre d'observations valides	600		

Tableau A 37 : Régression linéaire : effet de quatre variables sociodémographiques sur la fréquence de consommation de plats « tout prêts »

Sommaire du modèle (Plats_tt_Prets_Simpli)

R	R Carré (R^2)	R carré ajusté	Erreur standard de l'estimation
,13	,02	,01	,25

ANOVA (Plats_tt_Prets_Simpli)

	Somme des carrés	df	Carré des moyennes	F	Sig.
Régression	,62	4	,16	2,42	,047
Résidus	34,72	539	,06		
Total	35,35	543			

Coefficients (Plats_tt_Prets_Simpli)

	Coefficients non normalisés		Coefficients normalisés	t	Sig.
	B	Erreur standard	Beta		
(Constante)	1,91	,07	,00	29,17	,000
Diplom_en_3	-,01	,02	-,04	-,85	,398
Age_en_3	,01	,02	,03	,68	,496
SeulCoupl	,06	,02	,12	2,69	,007
F_H_num	-,06	,03	-,07	-1,72	,087

Tableau A 38 : Régression linéaire : effet de quatre variables sociodémographiques sur la fréquence de consommation de légumes

Sommaire du modèle (Plats_tt_Prets_Simpli)

R	R Carré (R^2)	R carré ajusté	Erreur standard de l'estimation
,13	,02	,01	,25

ANOVA (Plats_tt_Prets_Simpli)

	Somme des carrés	df	Carré des moyennes	F	Sig.
Régression	,62	4	,16	2,42	,047
Residus	34,72	539	,06		
Total	35,35	543			

Coefficients (Plats_tt_Prets_Simpli)

	Coefficients non normalisés		Coefficients normalisés		
	B	Erreur standard	Beta	t	Sig.
(Constante)	1,91	,07	,00	29,17	,000
Diplom_en_3	-,01	,02	-,04	-,85	,398
Age_en_3	,01	,02	,03	,68	,496
SeulCoupl	,06	,02	,12	2,69	,007
F_H_num	-,06	,03	-,07	-1,72	,087

Tableau A 39 : Fréquence de consommation de légumes en fonction de la fréquence de cuisine

Freq_Cuis_3 × Freq_Leg

			Freq_Leg		
			2 à 3 portions de légumes par jour	1 ou moins portions de légumes par jour	Total
Freq_Cuis_3	Tous les jours ou presque	Nombre	312	140	452
		Row %	69,0%	31,0%	100,0%
		Column %	77,0%	70,4%	74,8%
		Total %	51,7%	23,2%	74,8%
	De 3 à 4 fois par semaine à 3 à 4 fois par mois	Nombre	79	43	122
		Row %	64,8%	35,2%	100,0%
		Column %	19,5%	21,6%	20,2%
		Total %	13,1%	7,1%	20,2%
	Moins souvent ou jamais	Nombre	14	16	30
		Row %	46,7%	53,3%	100,0%
		Column %	3,5%	8,0%	5,0%
		Total %	2,3%	2,6%	5,0%
Total		Nombre	405	199	604
		Row %	67,1%	32,9%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	67,1%	32,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	6,73	2	,035
Rapport de vraisemblance	6,36	2	,042
Association linéaire-par-linéaire	5,46	1	,019
Nombre d'observations valides	604		

Tableau A 40 : Régression linéaire : effet de quatre variables sociodémographiques sur la fréquence de consommation de fruits

Sommaire du modèle (Frui_Simpl)

R	R Carré (R^2)	R carré ajusté	Erreur standard de l'estimation
,22	,05	,04	,47

ANOVA (Frui_Simpl)

	Somme des carrés	df	Carré des moyennes	F	Sig.
Régression	5,22	4	1,30	5,96	,000
Residus	105,99	484	,22		
Total	111,20	488			

Coefficients (Frui_Simpl)

	Coefficients non normalisés		Coefficients normalisés		
	B	Erreur standard	Beta	t	Sig.
(Constante)	,72	,13	,00	5,60	,000
Diplom_en_3	,04	,03	,06	1,31	,192
Age_en_3	,09	,03	,14	2,96	,003
SeulCoupl	-,04	,04	-,04	-,96	,339
F_H_num	-,22	,06	-,16	-3,51	,000

Tableau A 41 : Fréquence de consommation de fruits en fonction de la fréquence de cuisine

Freq_Cuis_3 × Frui_Simpl

			Frui_Simpl		
			,00	1,00	Total
Freq_Cuis_3	Tous les jours ou presque	Nombre	135	280	415
		Row %	32,5%	67,5%	100,0%
		Column %	68,9%	79,5%	75,7%
		Total %	24,6%	51,1%	75,7%
	De 3 à 4 fois par semaine à 3 à 4 fois par mois	Nombre	39	66	105
		Row %	37,1%	62,9%	100,0%
		Column %	19,9%	18,8%	19,2%
		Total %	7,1%	12,0%	19,2%
	Moins souvent ou jamais	Nombre	22	6	28
		Row %	78,6%	21,4%	100,0%
		Column %	11,2%	1,7%	5,1%
		Total %	4,0%	1,1%	5,1%
Total		Nombre	196	352	548
		Row %	35,8%	64,2%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	35,8%	64,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	24,31	2	,000
Rapport de vraisemblance	23,46	2	,000
Association linéaire-par-linéaire	16,54	1	,000
Nombre d'observations valides	548		

Tableau A 42 : Régression linéaire : effet de quatre variables sociodémographiques sur la fréquence de consommation de viande, poisson, œufs

Sommaire du modèle (Freq_VPO)

R	R Carré (R^2)	R carré ajusté	Erreur standard de l'estimation
,04	,00	-,01	,45

ANOVA (Freq_VPO)

	Somme des carrés	df	Carré des moyennes	F	Sig.
Régression	,17	4	,04	,20	,937
Résidus	99,75	484	,21		
Total	99,92	488			

Coefficients (Freq_VPO)

	Coefficients non normalisés		Coefficients normalisés		
	B	Erreur standard	Beta	t	Sig.
(Constante)	1,76	,13	,00	14,05	,000
Diplom_en_3	-,02	,03	-,03	-,70	,483
Age_en_3	-,02	,03	-,03	-,54	,591
SeulCoupl	,00	,04	,00	-,01	,990
F_H_num	,02	,06	,02	,36	,718

Tableau A 43 : Fréquence de consommation de viande, poisson, œufs, en fonction de la fréquence de cuisine

Freq_Cuis_3 × Freq_VPO

			Freq_VPO		
			2 fois par jour ou plus	1 fois par jour ou moins	Total
Freq_Cuis_3	Tous les jours ou presque	Nombre	150	301	451
		Row %	33,3%	66,7%	100,0%
		Column %	81,5%	72,4%	75,2%
		Total %	25,0%	50,2%	75,2%
	De 3 à 4 fois par semaine à 3 à 4 fois par mois	Nombre	28	92	120
		Row %	23,3%	76,7%	100,0%
		Column %	15,2%	22,1%	20,0%
		Total %	4,7%	15,3%	20,0%
	Moins souvent ou jamais	Nombre	6	23	29
		Row %	20,7%	79,3%	100,0%
		Column %	3,3%	5,5%	4,8%
		Total %	1,0%	3,8%	4,8%
Total		Nombre	184	416	600
		Row %	30,7%	69,3%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	30,7%	69,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	5,82	2	,055
Rapport de vraisemblance	6,06	2	,048
Association linéaire-par-linéaire	5,45	1	,020
Nombre d'observations valides	600		

Tableau A 44 : Régression linéaire : effet de quatre variables sociodémographiques sur la fréquence de consommation de légumineuses

Sommaire du modèle (Legumin_Simpl)

R	R Carré (R^2)	R carré ajusté	Erreur standard de l'estimation
,14	,02	,01	,48

ANOVA (Legumin_Simpl)

	Somme des carrés	df	Carré des moyennes	F	Sig.
Régression	2,09	4	,52	2,32	,056
Residus	109,41	484	,23		
Total	111,50	488			

Coefficients (Legumin_Simpl)

	Coefficients non normalisés		Coefficients normalisés		
	B	Erreur standard	Beta	t	Sig.
(Constante)	,00	,13	,00	,00	,996
Diplom_en_3	,04	,03	,06	1,33	,186
Age_en_3	,01	,03	,02	,45	,652
SeulCoupl	,04	,04	,05	,98	,327
F_H_num	,15	,06	,10	2,30	,022

Tableau A 45 : Régression linéaire : effet de quatre variables sociodémographiques sur la fréquence de consommation de pain, pommes de terre, riz et pâtes

Sommaire du modèle (Fecul_Simpl)

R	R Carré (R^2)	R carré ajusté	Erreur standard de l'estimation
,11	,01	,00	,50

ANOVA (Fecul_Simpl)

	Somme des carrés	df	Carré des moyennes	F	Sig.
Régression	1,56	4	,39	1,57	,181
Residus	119,75	484	,25		
Total	121,30	488			

Coefficients (Fecul_Simpl)

	Coefficients non normalisés		Coefficients normalisés		
	B	Erreur standard	Beta	t	Sig.
(Constante)	,30	,14	,00	2,19	,029
Diplom_en_3	-,04	,04	-,06	-1,22	,223
Age_en_3	,02	,03	,02	,49	,622
SeulCoupl	,08	,05	,08	1,73	,085
F_H_num	,08	,07	,06	1,25	,213

Tableau A 46 : Fréquence de consommation de pain, pommes de terre, riz ou pâtes en fonction de la fréquence de cuisine

Freq_Cuis_3 × Fecul_Simpl

			Fecul_Simpl		
			1 ou 2 fois par jour, ou moins souvent	A chaque repas	Total
Freq_Cuis_3	Tous les jours ou presque	Nombre	240	204	444
		Row %	54,1%	45,9%	100,0%
		Column %	72,1%	78,2%	74,7%
		Total %	40,4%	34,3%	74,7%
	De 3 à 4 fois par semaine à 3 à 4 fois par mois	Nombre	77	44	121
		Row %	63,6%	36,4%	100,0%
		Column %	23,1%	16,9%	20,4%
		Total %	13,0%	7,4%	20,4%
	Moins souvent ou jamais	Nombre	16	13	29
		Row %	55,2%	44,8%	100,0%
		Column %	4,8%	5,0%	4,9%
		Total %	2,7%	2,2%	4,9%
Total		Nombre	333	261	594
		Row %	56,1%	43,9%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	56,1%	43,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	3,55	2	,169
Rapport de vraisemblance	3,60	2	,165
Association linéaire-par-linéaire	1,66	1	,198
Nombre d'observations valides	594		

Tableau A 47 : Changement « Cuisiner moins souvent depuis que les enfants sont partis du domicile », en fonction du genre

[Je cuisine moins souvent] 27a. Evénement - Enfants quittant le domicile × F_H_num

			F_H_num		
			Femme	Homme	Total
[Je cuisine moins souvent] 27a. Evénement - Enfants quittant le domicile		Nombre	469	81	550
		Row %	85,3%	14,7%	100,0%
		Column %	86,4%	97,6%	87,9%
		Total %	74,9%	12,9%	87,9%
	Y	Nombre	74	2	76
		Row %	97,4%	2,6%	100,0%
		Column %	13,6%	2,4%	12,1%
		Total %	11,8%	,3%	12,1%
Total		Nombre	543	83	626
		Row %	86,7%	13,3%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	86,7%	13,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)	Sig. exacte (bi-variée)	Sig. exacte (uni-variée)
Khi-Deux de Pearson	8,49	1	,004		
Rapport de vraisemblance	11,64	1	,001		
Test exact de Fisher				,002	,001
Correction de continuité	7,48	1	,006		
Nombre d'observations valides	626				

Tableau A 48 : Changement « manger mieux pour ma santé » en fonction du genre

[Pour ma santé] 26e. Changement - Manger "mieux" × F_H_num

			F_H_num		
			Femme	Homme	Total
[Pour ma santé] 26e. Changement - Manger "mieux"		Nombre	411	71	482
		Row %	85,3%	14,7%	100,0%
		Column %	75,7%	85,5%	77,0%
		Total %	65,7%	11,3%	77,0%
	Y	Nombre	132	12	144
		Row %	91,7%	8,3%	100,0%
		Column %	24,3%	14,5%	23,0%
		Total %	21,1%	1,9%	23,0%
Total		Nombre	543	83	626
		Row %	86,7%	13,3%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	86,7%	13,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)	Sig. exacte (bi-variée)	Sig. exacte (uni-variée)
Khi-Deux de Pearson	3,95	1	,047		
Rapport de vraisemblance	4,32	1	,038		
Test exact de Fisher				,050	,029
Correction de continuité	3,41	1	,065		
Nombre d'observations valides	626				

Tableau A 49 : Changement « Boire moins d'alcool pour ma santé » en fonction du genre

[Pour ma santé] 26d. Changement - Boire moins d'alcool × F_H_num

			F_H_num		
			Femme	Homme	Total
[Pour ma santé] 26d. Changement - Boire moins d'alcool		Nombre	473	63	536
		Row %	88,2%	11,8%	100,0%
		Column %	87,1%	75,9%	85,6%
		Total %	75,6%	10,1%	85,6%
	Y	Nombre	70	20	90
		Row %	77,8%	22,2%	100,0%
		Column %	12,9%	24,1%	14,4%
		Total %	11,2%	3,2%	14,4%
Total		Nombre	543	83	626
		Row %	86,7%	13,3%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	86,7%	13,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)	Sig. exacte (bi-variée)	Sig. exacte (uni-variée)
Khi-Deux de Pearson	7,34	1	,007		
Rapport de vraisemblance	6,48	1	,011		
Test exact de Fisher				,011	,008
Correction de continuité	6,46	1	,011		
Nombre d'observations valides	626				

Tableau A 50 : Changement « Je cuisine plus souvent en lien avec la maladie d'un proche », en fonction du genre

[Je cuisine plus souvent] 27f. Evénement - Maladie d'un proche × F_H_num

			F_H_num		
			Femme	Homme	Total
[Je cuisine plus souvent] 27f. Evénement - Maladie d'un proche		Nombre	537	78	615
		Row %	87,3%	12,7%	100,0%
		Column %	98,9%	94,0%	98,2%
		Total %	85,8%	12,5%	98,2%
	Y	Nombre	6	5	11
		Row %	54,5%	45,5%	100,0%
		Column %	1,1%	6,0%	1,8%
		Total %	1,0%	,8%	1,8%
Total		Nombre	543	83	626
		Row %	86,7%	13,3%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	86,7%	13,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)	Sig. exacte (bi-variée)	Sig. exacte (uni-variée)
Khi-Deux de Pearson	10,09	1	,001		
Rapport de vraisemblance	6,93	1	,008		
Test exact de Fisher				,009	,009
Correction de continuité	7,44	1	,006		
Nombre d'observations valides	626				

Tableau A 51 : Régression linéaire : effet de quatre variables sociodémographiques sur la norme « fait maison »

Sommaire du modèle (Norme_Maison)

R	R Carré (R^2)	R carré ajusté	Erreur standard de l'estimation
,10	,01	,00	,50

ANOVA (Norme_Maison)

	Somme des carrés	df	Carré des moyennes	F	Sig.
Régression	1,36	4	,34	1,38	,239
Résidus	136,96	557	,25		
Total	138,32	561			

Coefficients (Norme_Maison)

	Coefficients non normalisés		Coefficients normalisés		
	B	Erreur standard	Beta	t	Sig.
(Constante)	,75	,13	,00	6,00	,000
Diplom_en_3	-,06	,03	-,08	-1,98	,048
Age_en_3	-,02	,03	-,02	-,55	,584
SeulCoupl	,03	,04	,03	,64	,525
F_H_num	-,06	,06	-,04	-1,02	,309

Tableau A 52 : Fréquence de cuisine en fonction du niveau de diplôme

Freq_Cuis_3_2 × Diplom_en_3

Freq_Cuis_3_2		Diplom_en_3				Total
		Aucun diplôme ou certificat d'études primaires + Brevet des collèges	CAP, BEP ou équivalent + Baccalauréat, brevet pro ou équivalent	Diplôme du supérieur court + long		
Tous les jours ou presque	Nombre	73	258	114		445
	Row %	16,4%	58,0%	25,6%		100,0%
	Column %	65,8%	78,9%	74,0%		75,2%
	Total %	12,3%	43,6%	19,3%		75,2%
3 à 4 fois par semaine	Nombre	23	47	32		102
	Row %	22,5%	46,1%	31,4%		100,0%
	Column %	20,7%	14,4%	20,8%		17,2%
	Total %	3,9%	7,9%	5,4%		17,2%
3 à 4 fois par mois ou moins souvent	Nombre	15	22	8		45
	Row %	33,3%	48,9%	17,8%		100,0%
	Column %	13,5%	6,7%	5,2%		7,6%
	Total %	2,5%	3,7%	1,4%		7,6%
Total	Nombre	111	327	154		592
	Row %	18,8%	55,2%	26,0%		100,0%
	Column %	100,0%	100,0%	100,0%		100,0%
	Total %	18,8%	55,2%	26,0%		100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	12,00	4	,017
Rapport de vraisemblance	11,22	4	,024
Association linéaire-par-linéaire	3,69	1	,055
Nombre d'observations valides	592		

Tableau A 53 : Régression linéaire : effet de quatre variables sociodémographiques sur la norme « manger équilibré, raisonnablement »

Sommaire du modèle (Norme_Equilibre)

R	R Carré (R^2)	R carré ajusté	Erreur standard de l'estimation
,12	,02	,01	,50

ANOVA (Norme_Equilibre)

	Somme des carrés	df	Carré des moyennes	F	Sig.
Régression	2,16	4	,54	2,19	,069
Residus	137,63	557	,25		
Total	139,79	561			

Coefficients (Norme_Equilibre)

	Coefficients non normalisés		Coefficients normalisés		
	B	Erreur standard	Beta	t	Sig.
(Constante)	,51	,13	,00	4,08	,000
Diplom_en_3	,06	,03	,08	1,94	,053
F_H_num	-,10	,06	-,07	-1,68	,094
SeulCoupl	,04	,04	,04	,86	,391
Age_en_3	-,03	,03	-,04	-,84	,399

Tableau A 54 : Régression linéaire : effet de quatre variables sociodémographiques sur « bien-manger » comme « manger ce qu'on aime »

Sommaire du modèle (Norme_Aime)

R	R Carré (R^2)	R carré ajusté	Erreur standard de l'estimation
,17	,03	,02	,47

ANOVA (Norme_Aime)

	Somme des carrés	df	Carré des moyennes	F	Sig.
Régression	3,62	4	,90	4,09	,003
Residus	123,10	557	,22		
Total	126,72	561			

Coefficients (Norme_Aime)

	Coefficients non normalisés		Coefficients normalisés		
	B	Erreur standard	Beta	t	Sig.
(Constante)	,40	,12	,00	3,40	,001
Diplom_en_3	-,05	,03	-,06	-1,52	,129
Age_en_3	,03	,03	,04	,90	,369
SeulCoupl	-,11	,04	-,11	-2,60	,010
F_H_num	,13	,06	,10	2,31	,021

Tableau A 55 : Fréquence de repas pris accompagnés en fonction du fait de vivre seul ou en couple

Freq_mang_Accompagne × SeulCoupl

			SeulCoupl		Total
			Seul.e	Conjoint.e vivant au même domicile	
Freq_mang_Accompagne	Tous les jours	Nombre	22	265	287
		Row %	7,7%	92,3%	100,0%
		Column %	7,9%	90,4%	50,4%
		Total %	3,9%	46,5%	50,4%
	Plusieurs fois par semaine	Nombre	40	17	57
		Row %	70,2%	29,8%	100,0%
		Column %	14,4%	5,8%	10,0%
		Total %	7,0%	3,0%	10,0%
	Une fois par semaine	Nombre	76	5	81
		Row %	93,8%	6,2%	100,0%
		Column %	27,4%	1,7%	14,2%
		Total %	13,3%	,9%	14,2%
	Une fois par mois + Jamais ou presque	Nombre	139	6	145
		Row %	95,9%	4,1%	100,0%
		Column %	50,2%	2,0%	25,4%
		Total %	24,4%	1,1%	25,4%
Total		Nombre	277	293	570
		Row %	48,6%	51,4%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	48,6%	51,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	399,12	3	,000
Rapport de vraisemblance	477,49	3	,000
Association linéaire-par-linéaire	362,13	1	,000
Nombre d'observations valides	570		

Tableau A 56 : Déclarer des apprentissages à l'issue de l'atelier, selon qu'on est venu pour avoir de nouvelles idées de recettes

Summary

	Observations					
	Valide		Manquant(e)		Total	
	N	%	N	%	N	%
[Avoir de nouvelles idées de recettes] 53. AVANT l'atelierRaison(s) de venirPlusieurs réponses possibles × 58. Avez-vous appris des choses en particulier ?	626	100,0%	0	,0%	626	100,0%

[Avoir de nouvelles idées de recettes] 53. AVANT l'atelierRaison(s) de venirPlusieurs réponses possibles × 58. Avez-vous appris des choses en particulier ?

			58. Avez-vous appris des choses en particulier ?		
			N	Y	Total
[Avoir de nouvelles idées de recettes] 53. AVANT l'atelierRaison(s) de venirPlusieurs réponses possibles	N	Nombre	24	21	249
		Row %	9,6%	8,4%	100,0%
		Column %	58,5%	43,8%	39,8%
		Total %	3,8%	3,4%	39,8%
	Y	Nombre	17	27	377
		Row %	4,5%	7,2%	100,0%
		Column %	41,5%	56,3%	60,2%
		Total %	2,7%	4,3%	60,2%
Total		Nombre	41	48	626
		Row %	6,5%	7,7%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	6,5%	7,7%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	7,06	2	,029
Rapport de vraisemblance	6,89	2	,032
Nombre d'observations valides	626		

Tableau A 57 : Régression linéaire. Effets de venir pour avoir de nouvelles idées de recettes, sur les types d'apprentissages déclarés

Sommaire du modèle (Raison_Recette)

R	R Carré (R^2)	R carré ajusté	Erreur standard de l'estimation
,26	,07	,06	,48

ANOVA (Raison_Recette)

	Somme des carrés	df	Carré des moyennes	F	Sig.
Régression	10,29	7	1,47	6,50	,000
Residus	139,67	618	,23		
Total	149,96	625			

Coefficients (Raison_Recette)

	Coefficients non normalisés		Coefficients normalisés		
	B	Erreur standard	Beta	t	Sig.
(Constante)	,45	,04	,00	12,60	,000
Appr_Bienfait	-,04	,04	-,04	-1,01	,314
Appr_Equil	,05	,05	,05	1,15	,251
Appr_Tech_Cuis	,14	,04	,14	3,60	,000
Appr_Asso_Alim	,14	,04	,15	3,52	,000
Appr_Restes_Dech	,15	,06	,10	2,45	,015
Appr_Spec_60	-,02	,06	-,02	-,37	,712
Appr_Risq_Denut	-,08	,08	-,05	-1,07	,284

Tableau A 58 : Anticiper des changements à l'issue de l'atelier, selon qu'on est venu pour avoir de nouvelles idées de recettes

Summary

	Observations					
	Valide		Manquant(e)		Total	
	N	%	N	%	N	%
60. Suite à cet atelier, allez-vous changer des choses dans votre quotidien ? × [Avoir de nouvelles idées de recettes] 53. AVANT l'atelierRaison(s) de venirPlusieurs réponses possibles	626	100,0%	0	,0%	626	100,0%

60. Suite à cet atelier, allez-vous changer des choses dans votre quotidien ? × [Avoir de nouvelles idées de recettes] 53. AVANT l'atelierRaison(s) de venirPlusieurs réponses possibles

			[Avoir de nouvelles idées de recettes] 53. AVANT l'atelierRaison(s) de venirPlusieurs réponses possibles		Total
			N	Y	
60. Suite à cet atelier, allez-vous changer des choses dans votre quotidien ?	N	Nombre	27	30	57
		Row %	47,4%	52,6%	100,0%
		Column %	10,8%	8,0%	9,1%
		Total %	4,3%	4,8%	9,1%
	Y	Nombre	88	93	181
		Row %	48,6%	51,4%	100,0%
		Column %	35,3%	24,7%	28,9%
		Total %	14,1%	14,9%	28,9%
Total		Nombre	134	254	388
		Row %	34,5%	65,5%	100,0%
		Column %	53,8%	67,4%	62,0%
		Total %	21,4%	40,6%	62,0%
		Nombre	249	377	626
		Row %	39,8%	60,2%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	39,8%	60,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	11,73	2	,003
Rapport de vraisemblance	11,67	2	,003
Nombre d'observations valides	626		

Tableau A 59 : Régression linéaire. Effets de venir pour avoir de nouvelles idées de recettes, sur les types de changements anticipés

Sommaire du modèle (Raison_Recette)

R	R Carré (R^2)	R carré ajusté	Erreur standard de l'estimation
,24	,06	,05	,48

ANOVA (Raison_Recette)

	Somme des carrés	df	Carré des moyennes	F	Sig.
Régression	8,54	7	1,22	5,33	,000
Residus	141,42	618	,23		
Total	149,96	625			

Coefficients (Raison_Recette)

	Coefficients non normalisés		Coefficients normalisés		
	B	Erreur standard	Beta	t	Sig.
(Constante)	,50	,03	,00	18,45	,000
Chgt_Approv	-,01	,07	-,01	-,17	,867
Chgt_Type_alim	,01	,05	,01	,20	,841
Chgt_Mod_Conerv	,08	,05	,06	1,53	,126
Chgt_Man_Cuisiner	,21	,04	,21	4,94	,000
Chgt_Gest_Dechet	,09	,06	,06	1,46	,146
Chgt_Plus_Cuisine	-,04	,06	-,03	-,62	,538
Chgt_Tps_Manger	-,05	,09	-,02	-,53	,597

Tableau A 60 : Apprentissage déclaré en fonction du fait de venir pour apprendre des techniques de cuisine

Apprentissages × Raison_Tech

			Raison_Tech		
			,00	1,00	Total
Apprentissages	Non	Nombre	36	12	48
		Row %	75,0%	25,0%	100,0%
		Column %	11,8%	4,3%	8,2%
		Total %	6,2%	2,1%	8,2%
	Oui	Nombre	269	268	537
		Row %	50,1%	49,9%	100,0%
		Column %	88,2%	95,7%	91,8%
		Total %	46,0%	45,8%	91,8%
Total		Nombre	305	280	585
		Row %	52,1%	47,9%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	52,1%	47,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)	Sig. exacte (bi-variée)	Sig. exacte (uni-variée)
Khi-Deux de Pearson	10,95	1	,001		
Rapport de vraisemblance	11,49	1	,001		
Test exact de Fisher				,001	,001
Correction de continuité	9,98	1	,002		
Association linéaire-par-linéaire	10,93	1	,001		
Nombre d'observations valides	585				

Tableau A 61 : Régression linéaire. Effets de venir pour apprendre des techniques de cuisine sur les types d'apprentissages déclarés

Sommaire du modèle (Raison_Tech)

R	R Carré (R^2)	R carré ajusté	Erreur standard de l'estimation
,42	,18	,17	,45

ANOVA (Raison_Tech)

	Somme des carrés	df	Carré des moyennes	F	Sig.
Régression	27,98	7	4,00	19,34	,000
Residus	127,74	618	,21		
Total	155,73	625			

Coefficients (Raison_Tech)

	Coefficients non normalisés		Coefficients normalisés		
	B	Erreur standard	Beta	t	Sig.
(Constante)	,22	,03	,00	6,33	,000
Appr_Bienfait	,04	,04	,04	1,04	,298
Appr_Equil	-,04	,04	-,04	-,86	,392
Appr_Tech_Cuis	,39	,04	,39	10,37	,000
Appr_Asso_Alim	,10	,04	,10	2,49	,013
Appr_Restes_Dech	,07	,06	,05	1,20	,231
Appr_Spec_60	,01	,06	,00	,10	,923
Appr_Risq_Denut	-,11	,07	-,06	-1,51	,132

Tableau A 62 : Régression linéaire. Effets de venir pour apprendre de nouvelles techniques de cuisine sur les types de changements anticipés

Sommaire du modèle (Raison_Tech)

R	R Carré (R^2)	R carré ajusté	Erreur standard de l'estimation
,29	,09	,08	,48

ANOVA (Raison_Tech)

	Somme des carrés	df	Carré des moyennes	F	Sig.
Régression	13,51	7	1,93	8,39	,000
Residus	142,21	618	,23		
Total	155,73	625			

Coefficients (Raison_Tech)

	Coefficients non normalisés		Coefficients normalisés		
	B	Erreur standard	Beta	t	Sig.
(Constante)	,34	,03	,00	12,63	,000
Chgt_Approv	,03	,07	,02	,44	,658
Chgt_Type_alim	-,05	,05	-,04	-1,06	,291
Chgt_Mod_Conerv	,26	,05	,20	4,84	,000
Chgt_Man_Cuisiner	,23	,04	,22	5,36	,000
Chgt_Gest_Dechet	-,04	,06	-,03	-,66	,512
Chgt_Plus_Cuisine	,06	,06	,04	,97	,332
Chgt_Tps_Manger	-,07	,09	-,03	-,84	,399

Tableau A 63 : Avoir l'intention de changer sa manière de cuisiner à la suite de l'atelier, en fonction de la fréquence de cuisine

Freq_Cuis_3 × [Manière de cuisiner] 61a. Si vous avez coché « OUI », quoi :

			[Manière de cuisiner] 61a. Si vous avez coché « OUI », quoi :		
				Y	Total
Freq_Cuis_3	Tous les jours ou presque	Nombre	268	190	458
		Row %	58,5%	41,5%	100,0%
		Column %	72,4%	78,5%	74,8%
		Total %	43,8%	31,0%	74,8%
	De 3 à 4 fois par semaine à 3 à 4 fois par mois	Nombre	77	47	124
		Row %	62,1%	37,9%	100,0%
		Column %	20,8%	19,4%	20,3%
		Total %	12,6%	7,7%	20,3%
	Moins souvent ou jamais	Nombre	25	5	30
		Row %	83,3%	16,7%	100,0%
		Column %	6,8%	2,1%	4,9%
		Total %	4,1%	,8%	4,9%
Total		Nombre	370	242	612
		Row %	60,5%	39,5%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	60,5%	39,5%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	7,43	2	,024
Rapport de vraisemblance	8,26	2	,016
Nombre d'observations valides	612		

Tableau A 64 : Apprentissages déclarés en fonction du fait de venir pour recevoir des conseils diététiques

Summary

	Observations					
	Valide		Manquant(e)		Total	
	N	%	N	%	N	%
58. Avez-vous appris des choses en particulier ? × [Recevoir des conseils diététiques adaptés] 53. AVANT l'atelierRaison(s) de venirPlusieurs réponses possibles	626	100,0%	0	,0%	626	100,0%

58. Avez-vous appris des choses en particulier ? × [Recevoir des conseils diététiques adaptés] 53. AVANT l'atelierRaison(s) de venirPlusieurs réponses possibles

			[Recevoir des conseils diététiques adaptés] 53. AVANT l'atelierRaison(s) de venirPlusieurs réponses possibles		
			N	Y	Total
58. Avez-vous appris des choses en particulier ?	N	Nombre	26	15	41
		Row %	63,4%	36,6%	100,0%
		Column %	9,4%	4,3%	6,5%
		Total %	4,2%	2,4%	6,5%
	Y	Nombre	31	17	48
		Row %	64,6%	35,4%	100,0%
		Column %	11,2%	4,9%	7,7%
		Total %	5,0%	2,7%	7,7%
Total		Nombre	221	316	537
		Row %	41,2%	58,8%	100,0%
		Column %	79,5%	90,8%	85,8%
		Total %	35,3%	50,5%	85,8%
Total		Nombre	278	348	626
		Row %	44,4%	55,6%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	44,4%	55,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	16,22	2	,000
Rapport de vraisemblance	16,18	2	,000
Nombre d'observations valides	626		

Tableau A 65 : Régression linéaire. Effets de venir pour recevoir des conseils diététiques adaptés sur les types d'apprentissages déclarés

Sommaire du modèle (Raison_Diet)

R	R Carré (R^2)	R carré ajusté	Erreur standard de l'estimation
,35	,13	,12	,47

ANOVA (Raison_Diet)

	Somme des carrés	df	Carré des moyennes	F	Sig.
Régression	19,34	7	2,76	12,63	,000
Residus	135,20	618	,22		
Total	154,54	625			

Coefficients (Raison_Diet)

	Coefficients non normalisés		Coefficients normalisés		
	B	Erreur standard	Beta	t	Sig.
(Constante)	,32	,03	,00	9,09	,000
Appr_Bienfait	,17	,04	,17	4,24	,000
Appr_Equil	,15	,04	,14	3,31	,001
Appr_Tech_Cuis	,04	,04	,04	,95	,341
Appr_Asso_Alim	,13	,04	,13	3,36	,001
Appr_Restes_Dech	,00	,06	,00	,02	,987
Appr_Spec_60	,05	,06	,04	,83	,407
Appr_Risq_Denut	,04	,07	,02	,58	,561

Tableau A 66 : Régression linéaire. Effets de venir pour recevoir des conseils diététiques adaptés, sur les types de changements anticipés

Sommaire du modèle (Raison_Diet)

R	R Carré (R^2)	R carré ajusté	Erreur standard de l'estimation
,29	,09	,08	,48

ANOVA (Raison_Diet)

	Somme des carrés	df	Carré des moyennes	F	Sig.
Régression	13,30	7	1,90	8,31	,000
Residus	141,25	618	,23		
Total	154,54	625			

Coefficients (Raison_Diet)

	Coefficients non normalisés		Coefficients normalisés		
	B	Erreur standard	Beta	t	Sig.
(Constante)	,43	,03	,00	15,93	,000
Chgt_Approv	,12	,07	,07	1,74	,082
Chgt_Type_alim	,18	,05	,16	3,91	,000
Chgt_Mod_Conerv	,03	,05	,03	,65	,517
Chgt_Man_Cuisiner	,05	,04	,05	1,26	,208
Chgt_Gest_Dechet	,09	,06	,06	1,39	,165
Chgt_Plus_Cuisine	,14	,06	,09	2,21	,027
Chgt_Tps_Manger	,11	,09	,05	1,24	,214

Tableau A 67 : Apprentissages sur l'équilibre alimentaire, en fonction du genre

Appr_Equil × F_H_num

			F_H_num		
			Femme	Homme	Total
Appr_Equil	,00	Nombre	358	42	400
		Row %	89,5%	10,5%	100,0%
		Column %	65,9%	50,6%	63,9%
		Total %	57,2%	6,7%	63,9%
	1,00	Nombre	185	41	226
		Row %	81,9%	18,1%	100,0%
		Column %	34,1%	49,4%	36,1%
		Total %	29,6%	6,5%	36,1%
Total		Nombre	543	83	626
		Row %	86,7%	13,3%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	86,7%	13,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)	Sig. exacte (bi-variée)	Sig. exacte (uni-variée)
Khi-Deux de Pearson	7,33	1	,007		
Rapport de vraisemblance	7,10	1	,008		
Test exact de Fisher				,010	,005
Correction de continuité	6,68	1	,010		
Association linéaire-par-linéaire	7,32	1	,007		
Nombre d'observations valides	626				

Tableau A 68 : Effets des variables sociodémographiques sur l'apprentissage diététique

Sommaire du modèle (Appr_Equil)

R	R Carré (R^2)	R carré ajusté	Erreur standard de l'estimation
,12	,01	,01	,48

ANOVA (Appr_Equil)

	Somme des carrés	df	Carré des moyennes	F	Sig.
Régression	1,88	4	,47	2,05	,086
Résidus	127,79	557	,23		
Total	129,67	561			

Coefficients (Appr_Equil)

	Coefficients non normalisés		Coefficients normalisés		
	B	Erreur standard	Beta	t	Sig.
(Constante)	,20	,12	,00	1,63	,104
F_H_num	,14	,06	,10	2,27	,023
Age_en_3	-,04	,03	-,05	-1,17	,241
Diplom_en_3	,01	,03	,01	,34	,731
SeulCoupl	,03	,04	,03	,74	,460

Tableau A 69 : Venir pour recevoir des conseils diététiques adaptés, en fonction du niveau de diplôme

Raison_Diet x Diplom_en_3

			Diplom_en_3			
			Aucun diplôme ou certificat d'études primaires + Brevet des collèges	CAP, BEP ou équivalent + Baccalauréat, brevet pro ou équivalent	Diplôme du supérieur court + long	Total
Raison_Diet	,00	Nombre	68	140	61	269
		Row %	25,3%	52,0%	22,7%	100,0%
		Column %	58,1%	42,2%	39,1%	44,5%
		Total %	11,2%	23,1%	10,1%	44,5%
	1,00	Nombre	49	192	95	336
		Row %	14,6%	57,1%	28,3%	100,0%
		Column %	41,9%	57,8%	60,9%	55,5%
		Total %	8,1%	31,7%	15,7%	55,5%
Total		Nombre	117	332	156	605
		Row %	19,3%	54,9%	25,8%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	19,3%	54,9%	25,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	11,36	2	,003
Rapport de vraisemblance	11,31	2	,003
Association linéaire-par-linéaire	8,86	1	,003
Nombre d'observations valides	605		

Tableau A 70 : « Très satisfait de l'atelier » en fonction du niveau de diplôme

[Très satisfaisant] 55. Quel est votre niveau de satisfaction vis-à-vis de l'ATELIER ? × Diplom_en_3

			Diplom_en_3			Total
			Aucun diplôme ou certificat d'études primaires + Brevet des collèges	CAP, BEP ou équivalent + Baccalauréat. brevet pro ou équivalent	Diplôme du supérieur court + long	
[Très satisfaisant] 55. Quel est votre niveau de satisfaction vis-à-vis de l'ATELIER ?	Y	Nombre	37	86	29	152
		Row %	24,3%	56,6%	19,1%	100,0%
		Column %	31,6%	25,9%	18,6%	25,1%
		Total %	6,1%	14,2%	4,8%	25,1%
		Nombre	80	246	127	453
		Row %	17,7%	54,3%	28,0%	100,0%
		Column %	68,4%	74,1%	81,4%	74,9%
		Total %	13,2%	40,7%	21,0%	74,9%
Total		Nombre	117	332	156	605
		Row %	19,3%	54,9%	25,8%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	19,3%	54,9%	25,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	6,28	2	,043
Rapport de vraisemblance	6,38	2	,041
Nombre d'observations valides	605		

Tableau A 71 : Déclarer des apprentissages sur les techniques de cuisine, en fonction du fait de vivre seul ou en couple

Appr_Tech_Cuis × SeulCoupl

			SeulCoupl		
			Seul.e	Conjoint.e vivant au même domicile	Total
Appr_Tech_Cuis	,00	Nombre	160	141	301
		Row %	53,2%	46,8%	100,0%
		Column %	56,3%	47,2%	51,6%
		Total %	27,4%	24,2%	51,6%
	Oui	Nombre	124	158	282
		Row %	44,0%	56,0%	100,0%
		Column %	43,7%	52,8%	48,4%
		Total %	21,3%	27,1%	48,4%
Total		Nombre	284	299	583
		Row %	48,7%	51,3%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	48,7%	51,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)	Sig. exacte (bi-variée)	Sig. exacte (uni-variée)
Khi-Deux de Pearson	4,92	1	,027		
Rapport de vraisemblance	4,92	1	,026		
Test exact de Fisher				,031	,016
Correction de continuité	4,56	1	,033		
Association linéaire-par-linéaire	4,91	1	,027		
Nombre d'observations valides	583				

Tableau A 72 : Apprentissages déclarés sur les associations d'aliments ou d'ingrédients, en fonction du fait de vivre seul ou en couple

Appr_Asso_Alim × SeulCoupl

			SeulCoupl		
			Seul.e	Conjoint.e vivant au même domicile	Total
Appr_Asso_Alim	,00	Nombre	143	120	263
		Row %	54,4%	45,6%	100,0%
		Column %	50,4%	40,1%	45,1%
		Total %	24,5%	20,6%	45,1%
	Oui	Nombre	141	179	320
		Row %	44,1%	55,9%	100,0%
		Column %	49,6%	59,9%	54,9%
		Total %	24,2%	30,7%	54,9%
Total		Nombre	284	299	583
		Row %	48,7%	51,3%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	48,7%	51,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)	Sig. exacte (bi-variée)	Sig. exacte (uni-variée)
Khi-Deux de Pearson	6,14	1	,013		
Rapport de vraisemblance	6,15	1	,013		
Test exact de Fisher				,016	,008
Correction de continuité	5,74	1	,017		
Association linéaire-par-linéaire	6,13	1	,013		
Nombre d'observations valides	583				

Tableau A 73 : Venir pour passer un bon moment en groupe, en fonction du genre

F_H_num × Raison_MomGroup

			Raison_MomGroup		
			,00	1,00	Total
F_H_num	Femme	Nombre	149	394	543
		Row %	27,4%	72,6%	100,0%
		Column %	81,4%	88,9%	86,7%
		Total %	23,8%	62,9%	86,7%
	Homme	Nombre	34	49	83
		Row %	41,0%	59,0%	100,0%
		Column %	18,6%	11,1%	13,3%
		Total %	5,4%	7,8%	13,3%
Total		Nombre	183	443	626
		Row %	29,2%	70,8%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	29,2%	70,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)	Sig. exacte (bi-variée)	Sig. exacte (uni-variée)
Khi-Deux de Pearson	6,36	1	,012		
Rapport de vraisemblance	6,04	1	,014		
Test exact de Fisher				,014	,010
Correction de continuité	5,73	1	,017		
Association linéaire-par-linéaire	6,35	1	,012		
Nombre d'observations valides	626				

Tableau A 74 : Avoir des amis parmi les participants, selon le genre

F_H_num × [Un ou des amis à vous] 57. Parmi les participants de cet atelier, il y a : (plusieurs réponses possibles)

			[Un ou des amis à vous] 57. Parmi les participants de cet atelier, il y a : (plusieurs réponses possibles)		
				Y	Total
F_H_num	Femme	Nombre	316	227	543
		Row %	58,2%	41,8%	100,0%
		Column %	84,5%	90,1%	86,7%
		Total %	50,5%	36,3%	86,7%
	Homme	Nombre	58	25	83
		Row %	69,9%	30,1%	100,0%
		Column %	15,5%	9,9%	13,3%
		Total %	9,3%	4,0%	13,3%
Total		Nombre	374	252	626
		Row %	59,7%	40,3%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	59,7%	40,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)	Sig. exacte (bi-variée)	Sig. exacte (uni-variée)
Khi-Deux de Pearson	4,09	1	,043		
Rapport de vraisemblance	4,21	1	,040		
Test exact de Fisher				,054	,027
Correction de continuité	3,62	1	,057		
Nombre d'observations valides	626				

Tableau A 75 : Avoir de la famille parmi les participants, selon le genre

F_H_num × [Un ou des membres de votre famille] 57. Parmi les participants de cet atelier, il y a : (plusieurs réponses possibles)

			[Un ou des membres de votre famille] 57. Parmi les participants de cet atelier, il y a : (plusieurs réponses possibles)		
				Y	Total
F_H_num	Femme	Nombre	496	47	543
		Row %	91,3%	8,7%	100,0%
		Column %	89,0%	68,1%	86,7%
		Total %	79,2%	7,5%	86,7%
	Homme	Nombre	61	22	83
		Row %	73,5%	26,5%	100,0%
		Column %	11,0%	31,9%	13,3%
		Total %	9,7%	3,5%	13,3%
Total		Nombre	557	69	626
		Row %	89,0%	11,0%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	89,0%	11,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)	Sig. exacte (bi-variée)	Sig. exacte (uni-variée)
Khi-Deux de Pearson	23,39	1	,000		
Rapport de vraisemblance	18,60	1	,000		
Test exact de Fisher				,000	,000
Correction de continuité	21,61	1	,000		
Nombre d'observations valides	626				

Tableau A 76 : Venir pour recevoir des conseils sur l'alimentation, en fonction du genre

F_H_num × [Recevoir des conseils sur l'alimentation et la santé après 60 ans] 53. AVANT l'atelierRaison(s) de venirPlusieurs réponses possibles

			[Recevoir des conseils sur l'alimentation et la santé après 60 ans] 53. AVANT l'atelierRaison(s) de venirPlusieurs réponses possibles		
				Y	Total
F_H_num	Femme	Nombre	291	252	543
		Row %	53,6%	46,4%	100,0%
		Column %	84,1%	90,0%	86,7%
		Total %	46,5%	40,3%	86,7%
	Homme	Nombre	55	28	83
		Row %	66,3%	33,7%	100,0%
		Column %	15,9%	10,0%	13,3%
		Total %	8,8%	4,5%	13,3%
Total		Nombre	346	280	626
		Row %	55,3%	44,7%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	55,3%	44,7%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)	Sig. exacte (bi-variée)	Sig. exacte (uni-variée)
Khi-Deux de Pearson	4,68	1	,031		
Rapport de vraisemblance	4,78	1	,029		
Test exact de Fisher				,033	,020
Correction de continuité	4,18	1	,041		
Nombre d'observations valides	626				

Tableau A 77 : Venir pour passer un bon moment en groupe, en fonction du fait de souffrir de la solitude

Solitude × Raison_MomGroup

			Raison_MomGroup		
			,00	1,00	Total
Solitude	Non, pas du tout	Nombre	72	156	228
		Row %	31,6%	68,4%	100,0%
		Column %	43,4%	37,3%	39,0%
		Total %	12,3%	26,7%	39,0%
	Non, pas tellement	Nombre	53	110	163
		Row %	32,5%	67,5%	100,0%
		Column %	31,9%	26,3%	27,9%
		Total %	9,1%	18,8%	27,9%
	Oui tout à fait, Oui un peu	Nombre	41	152	193
		Row %	21,2%	78,8%	100,0%
		Column %	24,7%	36,4%	33,0%
		Total %	7,0%	26,0%	33,0%
Total		Nombre	166	418	584
		Row %	28,4%	71,6%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	28,4%	71,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)
Khi-Deux de Pearson	7,35	2	,025
Rapport de vraisemblance	7,58	2	,023
Association linéaire-par-linéaire	5,19	1	,023
Nombre d'observations valides	584		

Tableau A 78 : Venir pour passer un bon moment en groupe en fonction d'avoir un ou des amis dans l'atelier

[Passer un bon moment en groupe] 53. AVANT l'atelierRaison(s) de venirPlusieurs réponses possibles × [Un ou des amis à vous] 57. Parmi les participants de cet atelier, il y a : (plusieurs réponses possibles)

[Passer un bon moment en groupe] 53. AVANT l'atelierRaison(s) de venirPlusieurs réponses possibles		[Un ou des amis à vous] 57. Parmi les participants de cet atelier, il y a : (plusieurs réponses possibles)		Total
		N	Y	
N	Nombre	131	52	183
	Row %	71,6%	28,4%	100,0%
	Column %	35,0%	20,6%	29,2%
	Total %	20,9%	8,3%	29,2%
Y	Nombre	243	200	443
	Row %	54,9%	45,1%	100,0%
	Column %	65,0%	79,4%	70,8%
	Total %	38,8%	31,9%	70,8%
Total	Nombre	374	252	626
	Row %	59,7%	40,3%	100,0%
	Column %	100,0%	100,0%	100,0%
	Total %	59,7%	40,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)	Sig. exacte (bi-variée)	Sig. exacte (uni-variée)
Khi-Deux de Pearson	15,07	1	,000		
Rapport de vraisemblance	15,50	1	,000		
Test exact de Fisher				,000	,000
Correction de continuité	14,39	1	,000		
Nombre d'observations valides	626				

Tableau A 79 : Venir pour passer un bon moment en groupe en fonction d'avoir un ou des membres de sa famille dans l'atelier

[Passer un bon moment en groupe] 53. AVANT l'atelier/Raison(s) de venir/Plusieurs réponses possibles × [Un ou des membres de votre famille] 57. Parmi les participants de cet atelier, il y a : (plusieurs réponses possibles)

			[Un ou des membres de votre famille] 57. Parmi les participants de cet atelier, il y a : (plusieurs réponses possibles)		
			Y		Total
[Passer un bon moment en groupe] 53. AVANT l'atelier/Raison(s) de venir/Plusieurs réponses possibles	Y	Nombre	171	12	183
		Row %	93,4%	6,6%	100,0%
		Column %	30,7%	17,4%	29,2%
		Total %	27,3%	1,9%	29,2%
		Nombre	386	57	443
		Row %	87,1%	12,9%	100,0%
		Column %	69,3%	82,6%	70,8%
		Total %	61,7%	9,1%	70,8%
Total		Nombre	557	69	626
		Row %	89,0%	11,0%	100,0%
		Column %	100,0%	100,0%	100,0%
		Total %	89,0%	11,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Valeur	df	Asymptotic Sig. (2-tailed)	Sig. exacte (bi-variée)	Sig. exacte (uni-variée)
Khi-Deux de Pearson	5,26	1	,022		
Rapport de vraisemblance	5,75	1	,017		
Test exact de Fisher				,024	,013
Correction de continuité	4,63	1	,031		
Nombre d'observations valides	626				

Liste des sigles et des acronymes

- A -

ADEME : Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie

AGGIR : Autonomie Gérontologique et Groupe Iso Ressources

ANCT : Agence nationale de la cohésion des territoires

ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

ARS : Agence régionale de santé

- C -

CARSAT : Caisses de l'assurance retraite et de la santé au travail

CCAF : Comportements et consommations alimentaires en France

CER : Comité d'éthique de la recherche

CERTOP : Centre d'étude et de recherche Travail, Organisation, Pouvoir

CFES : Comité français d'éducation pour la santé

CFPPA : Conférence/Commission des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie

Cifre : Convention industrielle de formation par la recherche

CLAN : Comité de liaison alimentation nutrition

CLIN : Comité de lutte contre les infections nosocomiales

CME : Commission médicale d'établissement

CNRS : Centre national de la recherche scientifique

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CNIEL : Centre national interprofessionnel de l'économie laitière

CRÉDOC : Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie

CRP : Centre de ressources et de preuves

CSP : Catégorie socio professionnelle

- D -

DALY : *Disability Adjusted Life Years* (années de vie ajustées sur l'incapacité)

DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

DREES : Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques

- E -

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ECR : Essais contrôlés randomisés

ESS : Économie sociale et solidaire

- F -

FEHAP : Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne

- H -

HAIRE : *Healthy Ageing through Innovation in Rural Europe* (vieillissement en santé à travers l'innovation en Europe rurale)

HAS : Haute autorité de santé

HCSP : Haut comité de la santé publique

HPST : Hôpital, patients, santé, territoires

- I -

IMC : Indice de masse corporelle

INCA : Étude individuelle nationale des consommations alimentaires

Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

- M -

MNA : *Mini nutritional assessment* (mini évaluation nutritionnelle)

- O -

OCHA : Observatoire CNIEL des habitudes alimentaires

OMS : Organisation mondiale de la santé

ORL : Oto-rhino-laryngologie

- P -

PARAD : Poids appétit repas alimentation - Dénutrition

PCS : nomenclature des Professions et catégories socioprofessionnelles (de l'Insee)

PNBV : Plan national « Bien vieillir »

PNNS : Programme national nutrition santé

- Q -

QPV : Quartier prioritaire de la politique de la ville

- R -

RCT : *Randomised controlled trial* (essai randomisé contrôlé)

- S -

SANTAL : Santé et alimentation (axe de recherche du laboratoire CERTOP)

- U -

Unesco : *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture)

Table des figures

Figure 1 : Contexte d'émergence des premières théories sur le vieillissement 49

Figure 2 : Émergence des concepts de « déprise » et d'épreuves » en lien avec le vieillissement 54

Figure 3 : « La spirale de la dénutrition », retrouvée sur plusieurs sites Internet traitant de ce sujet . 74

Figure 4 : Nuage de mots des formes graphiques caractérisant la catégorie d'âge. Source : CRÉDOC, enquête CCAF 2013, Mathé et al. 2014, p.33. 91

Figure 5 : Les aliments essentiels des 50-60 ans en fonction du sexe (échantillon total OCHA, 1998, en % des individus). Source : enquête de l'OCHA, « Les jeunes seniors et leur alimentation », Poulain, 1998, p.43 92

Figure 6 : Schéma représentant les éléments de la théorie de l'action raisonnée. Traduit du schéma de Davis, Bagozzi et Warshaw (1989) 105

Figure 7 : illustration du modèle de la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991) 106

Figure 8 : Illustration du modèle social cognitif de Bandura (1977) 107

Figure 9 : Le modèle transthéorique des stades du changement, selon Prochaska, DiClemente et Norcross (1992) 108

Figure 10 : Les modèles de décision issus de la psychologie sociale, utilisés en santé publique 114

Figure 11 : La rationalité en finalité (Poulain, 2002c) 128

Figure 12 : La rationalité en valeurs (Poulain, 2002) 129

Figure 13 : illustration du triangle du manger (J. P. Corbeau, 2021) 133

Figure 14 : Théories de la sociologie appliquées à la décision alimentaire 139

Figure 15 : Perspectives différenciées des politiques publiques et de la sociologie du vieillissement, de la santé et de l'alimentation 141

Figure 16 : Illustration du cadrage de la question posée 149

Figure 17 : Le dispositif d'enquête 158

Figure 18 : Diagramme de flux. Échantillon final par rapport aux participants des ateliers de cuisine, au cours de la même période (avril-décembre 2023) 186

Figure 19 : Fréquence de cuisine en fonction du fait de vivre seul ou en couple 188

Figure 20 : Régression linéaire. Effet de quatre variables sociodémographiques sur la fréquence de cuisine 189

Figure 21 : Nombre de questionnaires complétés par région 196

Figure 22 : Proportion d'actions organisées par l'association « Les Insatiables » en 2023, et nombre des questionnaires remplis, par région. Source : Les Insatiables et données de l'enquête 197

Figure 23 : Proportion de femmes et d'hommes dans les ateliers de cuisine 198

Figure 24 : genre des participants en fonction de leur tranche d'âge 199

Figure 25 : Distribution par tranches d'âges 200

Figure 26 : Comparaison de la distribution par tranche d'âges entre la France métropolitaine (INSEE, 2020) et l'échantillon de participants à un atelier 200

Figure 27 : Configuration du foyer 201

Figure 28 : Nombre de participants vivant seuls ou avec un conjoint à leur domicile (les autres configurations sont exclues du graphique. N=580) 202

Figure 29 : Configuration du foyer selon le genre 203

Figure 30 : Niveau de diplôme 204

Figure 31 : catégorie socioprofessionnelle, avant la retraite, des participants 206

Figure 32 : catégorie socioprofessionnelle simplifiée 206

Figure 33 : Catégorie socioprofessionnelle des participants selon le genre 207

Figure 34 : Lieu de contrôle de la santé, choix 1 209

Figure 35 : Lieu de contrôle de la santé, effectifs cumulés 210

Figure 36 : Indice de Masse Corporelle (IMC, à partir de la taille et du poids déclarés 212

Figure 37 : Perte de poids involontaire au cours des trois derniers mois 213

Figure 38 : Difficultés pour manger 213

Figure 39 : Niveau d'appétit 214

Figure 40 : Sauts de repas 215

Figure 41 : Participants déclarant avoir eu une maladie ayant changé le mode de vie actuel, notamment concernant l'alimentation 215

Figure 42 : Suivi d'un régime restrictif 216

Figure 43 : Souffrir de solitude 217

Figure 44 : Satisfaction quant au soutien apporté 218

Figure 45 : Bénéficiaires de l'APA 219

Figure 46 : Temps de marche quotidien déclaré 220

Figure 47 : Les autres activités physiques que la marche, réalisées au moins une fois par semaine . 221

Figure 48 : Les autres activités réalisées selon le genre 222

Figure 49 : Représentations sociales de la cuisine 229

Figure 50 : Représentations sociales de la cuisine en fonction du genre 230

Figure 51 : Représentations de la cuisine selon la configuration du foyer seul/en couple 232

Figure 52 : Fréquence de la pratique de la cuisine 233

Figure 53 : Temps de préparation d'un repas au quotidien 234

Figure 54 : Fréquence de cuisine et représentation positive ou négative de la cuisine 235

Figure 55 : Fréquence de cuisine en fonction du genre 235

Figure 56 : Effet des variables sur la fréquence de cuisine 237

Figure 57: Fréquence de préparation de repas pour d'autres personnes que soi 238

Figure 58 : Fréquence de consommation de plats « tout prêts » 239

Figure 59 : Effet des variables sociodémographiques sur la fréquence de consommation de plats « tout prêts » 240

Figure 60 : Fréquence quotidienne de consommation de légumes 241

Figure 61 : Effet des variables sociodémographiques sur la fréquence de consommation de légumes 242

Figure 62 : Fréquence quotidienne de consommation de fruits 243

Figure 63 : Effet des variables sociodémographiques sur la fréquence de consommation de fruits . 243

Figure 64 : Fréquence quotidienne de consommation de viande, œufs ou poisson 244

Figure 65 : Fréquence hebdomadaire de consommation de légumineuses 245

Figure 66 : Fréquence quotidienne de consommation de pain, pommes de terre, riz ou pâtes 246

Figure 67 : Extrait du questionnaire, question 27 263

Figure 68 : Changements de vie et changements alimentaires associés 264

Figure 69 : Extrait du questionnaire, question 26 265

Figure 70 : Changements alimentaires et raisons associées 266

Figure 71 : Question sur les normes du « bien-manger » 282

Figure 72 : Les quatre types de « nutritionnalisations » des personnes vieillissantes, associant l'appropriation des normes diététiques aux savoir-faire en cuisine 295

Figure 73 : Frise chronologique sur l'évolution de l'association « Silver Fourchette », qui deviendra « Les Insatiables » 304

Figure 74 : Extrait d'article de presse sur le deuxième concours Silver Fourchette, publié sur le site Internet « Silver Eco » en 2015 307

Figure 75 : Photographie d'un plat présenté lors du concours de cuisine 2022. Crédits photo : Johann Bonfils 308

Figure 76 : Recette utilisée et distribuée pendant les ateliers à Bonneuil-sur-Marne et à Paris, intégrant des messages sur l'alimentation durable. Crédits : Les Insatiables 316

Figure 77 : Solitude/isolement des personnes âgées et territoires (Petits frères des pauvres, 2021) 327

Figure 78 : Un atelier dans les Côtes-d'Armor, où la cheffe, ex-consultante dans le secteur privé, s'est reconvertie en cheffe cuisinière indépendante 348

Figure 79 : Un atelier dans le Val-de-Marne, où la cheffe, reconvertie après avoir travaillé dans le secteur de l'insertion sociale, laisse les participants s'organiser entre eux 349

Figure 80 : Un atelier dans le Rhône, où le chef de cuisine donne des conseils sur le choix des espèces de poissons tout en préparant des poissons 350

Figure 81 : Exemple de recette 352

Figure 82 : Lettre d'information sur le « cycle d'ateliers alimentation et plaisir » à Huningue, dans le Haut-Rhin 355

Figure 83 : La cheffe de projet prend la parole pour introduire l'atelier de cuisine auprès des participants, dans une association « sénior » du Val-de-Marne 363

Figure 84 : La diététicienne montre des schémas sur l'équilibre alimentaire aux participants, dans un atelier organisé dans le CCAS de la ville, à l'occasion de la « semaine bleue », dans le Val-de-Marne 364

Figure 85 : La cheffe de cuisine donne un conseil pour couper des fruits lors d'un atelier dans une maison de l'autonomie, dans les Hauts-de-Seine 365

Figure 86 : Des participants mélangent des ingrédients, dans une association « sénior » du Val-de-Marne 365

Figure 87 : Une participante fait cuire du pain perdu, dans un EHPAD de la ville où est organisé l'atelier, dans les Côtes-d'Armor 366

Figure 88 : Calendrier des fruits et des légumes de saison, distribué en fin d'atelier 366

Figure 89 : Recette utilisée pendant l'atelier, puis distribuée à chacun en fin d'atelier 367

Figure 90 : Dégustation du repas lors d'un atelier dans le Rhône 367

Figure 91 : Dégustation de plats sur une table, lors d'un atelier en Essonne 368

Figure 92 : Photographie d'un article dans le journal Le Progrès du 29 juillet 2022, intitulé « Tarare : pour ces seniors, mieux manger à petit budget, ça s'apprend ». Légende de la photographie : « Avec l'artisan cuisinier Pierre Mazuy, les seniors tarariens ont préparé un menu équilibré, à petit prix ». Photo Progrès /Victoria HAVARD. 369

Figure 93 : Assiette de filet de poulet mariné, purée de potiron et fenouil, une fois dressée par le chef de cuisine. Atelier dans le Val-de-Marne 370

Figure 94 : Fréquence de cuisine 374

Figure 95 : Apprentissages déclarés 382

Figure 96 : Apprentissages déclarés à la suite de l'atelier (plusieurs réponses possibles) 383

Figure 97 : Réponses à la question « Suite à cet atelier, allez-vous changer des choses dans votre quotidien ? » 385

Figure 98 : Changements dans le quotidien anticipés à la suite de l'atelier (plusieurs réponses possibles) 386

Figure 99 : Raisons de venir à l'atelier (plusieurs réponses possibles) 387

Figure 100 : Effets de venir pour avoir de nouvelles idées de recettes, sur les types d'apprentissages déclarés 388

Figure 101 : Effets de la motivation à apprendre en cuisine sur les types de changements anticipés 389

Figure 102 : Effet de la motivation à apprendre des techniques de cuisine sur les types d'apprentissages déclarés 390

Figure 103 : Effet de la motivation à apprendre des techniques de cuisine sur les types de changements anticipés 392

Figure 104 : Changement sélectionné « changements dans les manières de cuisiner » en fonction de la fréquence de cuisine 393

Figure 105 : Effet de la motivation à recevoir des conseils diététiques sur les types d'apprentissages déclarés 394

Figure 106 : Effet de venir pour recevoir des conseils diététiques adaptés, sur les types de changements anticipés 395

Figure 107 : Apprentissages déclarés en fonction du genre 396

Figure 108 : Effets de quatre variables sociodémographiques sur les apprentissages en diététique 397

Figure 109 : Personnes « très satisfaites de l'atelier » en fonction du niveau de diplôme 398

Figure 110 : Raison de venir à l'atelier (plusieurs réponses possibles) 415

Figure 111 : Note de satisfaction, sur 10 415

Figure 112 : Personnes connues ou reconnues parmi les participants (plusieurs réponses possibles) 417

Liste des tableaux

Tableau 1 : Entretiens avec les financeurs – Thèmes abordés et questions de recherche 162

Tableau 2 : Les documents analysés pour la recherche 164

Tableau 3 : Entretiens semi-directifs avec les animateurs des ateliers – Thèmes abordés et questions de recherche 166

Tableau 4 : Critères sociodémographiques des intervenants interrogés 168

Tableau 5 : Entretiens semi-directifs avec les participants, personnes vieillissantes âgées de 60 à 90 ans – thèmes abordés et questions de recherche 173

Tableau 6 : Seconds entretiens, 2 à 3 mois plus tard – thèmes abordés et questions de recherche . 176

Tableau 7 : Année, région, département et nombre de participants dans les ateliers observés 177

Tableau 8 : Critères sociodémographiques des participants interrogés 178

Tableau 9 : Questionnaire – thèmes abordés et hypothèses 182

Tableau 10 : Exemple de rappels de 24h et de questions de fréquences (entretien 8) 296

Tableau 11 : Tableau récapitulatif des types de mangeurs selon leur « nutritionnalisation » et du score de diversité alimentaire 297

Tableau 12 : Les partenaires opérationnels par type de « public cible » 314

Table des matières

RESUME 3

REMERCIEMENTS 6

SOMMAIRE 9

INTRODUCTION GENERALE 11

1. LES ENJEUX MULTIPLES ET INTERDEPENDANTS DU VIEILLISSEMENT 11

2. LES ENJEUX SCIENTIFIQUES SOULEVES DANS LA THESE 14

3. LA STRUCTURE DE LA THESE 21

PARTIE 1 - ENJEUX THEORIQUES, PROBLEMATISATION ET CADRAGE METHODOLOGIQUE 23

CHAPITRE 1 - LES CHANGEMENTS ALIMENTAIRES AU COURS DU VIEILLISSEMENT : LA DEFINITION D'UN PROBLEME PUBLIC TOUCHANT LA SPHERE PRIVEE 25

1. LES POLITIQUES PUBLIQUES DU VIEILLISSEMENT ET LEURS USAGES DE L'ALIMENTATION 26

1.1. Quels modes de vie à partir de la retraite, selon les politiques d'État ? 26

1.2. Des personnes âgées « dépendantes », « vulnérables » et « fragiles » appelées à agir sur leur sort 28

1.2.1. Une médicalisation de la gestion publique du vieillissement 28

1.2.2. La « vulnérabilité » et la « fragilité » des personnes âgées 30

1.2.3. Réagir en vue de « bien vieillir » 31

1.2.4. Familiarisation, défamiliarisation et renaissance de l'aidant familial 33

1.3. Les plans nationaux qui vont associer l'alimentation à la prévention du vieillissement 35

1.4. Le gouvernement, par l'alimentation, des corps vieillissants 38

1.4.1. L'émergence de normes dominantes à l'adresse des individus vieillissants 38

1.4.2. La cuisine et l'alimentation comme moyens de remédier aux maux de la société 40

1.5. Un double transfert : la gestion de la prévention à une échelle locale et sa délégation au secteur associatif 42

1.6. La définition de l'âge des personnes âgées dans ces politiques publiques 44

2. LES EVOLUTIONS DES MANIERES DE PENSER LE VIEILLISSEMENT, ET LA SANTE AU COURS DU VIEILLISSEMENT 46

2.1. Les intérêts et limites des premières théories sur le vieillissement 47

2.2. L'émergence du concept de déprise, ses formes et ses évolutions 50

2.3. Cycle de vie, trajectoire de vie et parcours de vie 54

2.3.1. Le cycle de vie comme une succession d'étapes prévisibles 54

2.3.2. Les parcours de vie pour raconter des trajectoires inscrites dans une perspective historique et sociale 55

2.4. Penser la dépendance en lien avec le soin et l'appui sur les autres 59

2.5. Les inégalités sociales de santé dans les parcours de vieillissement 63

2.5.1. L'émergence de l'idée qu'il existe des inégalités sociales de santé 63

2.5.2. Les liens faits entre conditions de vie, parcours de vie et santé au cours du vieillissement 64

2.5.3. La dénutrition : une maladie associée au vieillissement, inégalement répartie dans la société 71

2.5.4. La faible prise en compte d'inégalités de santé dans les politiques publiques de prévention 79

3. LES CHANGEMENTS ALIMENTAIRES AU COURS DU VIEILLISSEMENT 83

3.1. Générations, âges de la vie et alimentation 83

3.2. Typologies d'habitudes alimentaires au cours du vieillissement 85

3.3. Parcours de vie et changements alimentaires 87

3.4. Cycle de vie et changements alimentaires au cours du vieillissement 88

3.5. Déprises, épreuves et délégations alimentaires 89

3.6. Les normes, représentations et pratiques alimentaires actuelles des personnes vieillissantes 90

3.6.1. Normes et représentations sociales alimentaires 90

3.6.2. Pratiques alimentaires des personnes vieillissantes 92

4. LE CHANGEMENT ALIMENTAIRE DANS LES INTERVENTIONS EN SANTE PUBLIQUE 96

4.1. La prévention de la santé par l'alimentation, depuis Hippocrate, jusqu'à la diététique actuelle 96

4.2. Les points d'appui théoriques des programmes publics de prévention par l'alimentation : modèle rationnel classique et représentations sociales 98

4.3. Les modèles de la psychologie sociale utilisés dans les interventions, notamment celles touchant à l'alimentation des personnes âgées 104

4.3.1. Des modèles axés sur les attitudes et intentions de changements 105

4.3.2. L'utilisation de ces modèles pour changer l'alimentation des personnes vieillissantes 109

4.3.3. Les critiques formulées envers les modèles de la psychologie sociale 110

4.4. Le développement de capacités : littératie et *empowerment* 111

4.4.1. La littératie nutritionnelle et alimentaire 111

4.4.2. L'*empowerment* des communautés âgées 112

4.5. Ce qui est évalué dans les dispositifs de prévention visant à changer l'alimentation des personnes vieillissantes 115

4.5.1. Les types de dispositifs identifiés 115

4.5.2. Intérêts et limites identifiés dans les interventions visant l'alimentation des personnes vieillissantes 116

4.6. Ce que révèlent les études socio-anthropologiques en ateliers culinaires : jugements, pouvoirs et normes de partage 119

5. PENSER LES CHANGEMENTS ALIMENTAIRES : UNE ENTREE PAR LES SCHEMES DE PENSEE ET UNE ENTREE PAR LES CONTEXTES DE PRATIQUES 123

5.1. L'alimentation au prisme de la modernité : affaiblissement de l'appareil normatif et montée en réflexivité 124

5.2. Comprendre les décisions alimentaires en partant des schèmes de pensée 127

5.2.1. Les rationalités de la décision alimentaire : en valeur, en pratique, en routine 127

5.2.2. Les liens faits entre représentations sociales, normes et pratiques alimentaires 130

5.3. Partir des contextes des pratiques pour penser les décisions alimentaires 132

5.3.1. Le mangeur « pluriel » : un mangeur, un aliment, un contexte 132

5.3.2. Des styles de vie à la théorie des pratiques 134

5.3.3. La sociologie du quotidien pour discuter le poids des normes dominantes 136

CONCLUSION DU CHAPITRE 1 141

CHAPITRE 2 - MISE EN PROBLEMATIQUE ET METHODOLOGIE 145

1. MISE EN PROBLEMATIQUE 146

1.1. Définition des termes de la problématique 147

1.2. Les principales hypothèses formulées à partir de la revue de la littérature 150

1.2.1. Les épreuves du vieillissement comme catalyseurs de transformations alimentaires 150

1.2.2. L'alimentation et la santé comme espaces d'expression des rôles sociaux 150

1.2.3. Le rôle des intervenants : entre accompagnement et injonction morale 151

1.2.4. L'atelier de cuisine comme dispositif de prévention, dont les effets sont différenciés selon les parcours de vie 151

2. CADRAGE METHODOLOGIQUE 152

2.1. L'expérience professionnelle, la Cifre et l'immersion comme méthode 153

2.2. Une recherche-action : des réflexions sur la recherche et des évolutions dans l'action 155

2.3. Les mesures éthiques de la recherche 157

2.4. Le terrain qualitatif : immersion, entretiens, analyse de corpus et observations participantes 160

2.4.1. Une étude qualitative auprès de personnes décisionnaires dans le financement et l'évaluation d'actions 160

2.4.2. L'analyse des appels à projets, réponses aux appels à projets et contenus décrivant les ateliers de cuisine 163

2.4.3. Des entretiens menés auprès des animateurs des ateliers de cuisine 165

2.4.4. L'étude qualitative auprès des participants, personnes vieillissantes âgées de 60 à 90 ans 170

2.5. Le passage du qualitatif au quantitatif 180

2.6. L'étude quantitative auprès des participants 181

2.6.1. Construction du questionnaire : thèmes et premières hypothèses 182

2.6.2. Recrutement, diffusion de l'enquête et échantillon final 185

2.6.3. Traitement des données quantitatives 187

CONCLUSION DU CHAPITRE 2 190

PARTIE 2 - LES PARTICIPANTS VIEILLISSANTS : PROFILS ET EVOLUTIONS DU RAPPORT ALIMENTATION – SANTE 193

CHAPITRE 3 - LES PARTICIPANTS DES ATELIERS : PROFILS SOCIODEMOGRAPHIQUES, DE SANTE, ET ACTIVITES AUTRES QU'ALIMENTAIRES 195

1. PROFILS SOCIODEMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS AUX ATELIERS 196

1.1. Trois régions principales de diffusion de l'enquête 196

1.2. Une grande majorité de femmes 198

1.3. Une surreprésentation de personnes âgées de 65 à 79 ans par rapport aux plus de 60 ans en France 199

1.4. Une surreprésentation de personnes vivant seules par rapport aux 65 ans et plus en France 201

1.5. Une surreprésentation des participants ayant au moins le niveau « Bac » 204

1.6. Presque la moitié sont d'anciens employés et un quart d'anciens cadres 205

2. PROFILS DE SANTE : INDICATEURS DE RISQUES DE DENUTRITION ET DE PERTE D'AUTONOMIE 208

2.1. Lieu de contrôle, interne ou externe, de la santé 208

2.2. Des indicateurs de risque de dénutrition et de perte d'autonomie 210

2.2.1. L'indice de masse corporelle 210

2.2.2. La perte de poids 212

2.2.3. Des difficultés pour manger 213

2.2.4. Le niveau d'appétit 214

2.2.5. Les sauts de repas 214

2.2.6. Une maladie modifiant l'alimentation et le suivi d'un régime restrictif 215

2.2.7. Le sentiment de solitude 216

2.2.8. Le soutien apporté 217

2.2.9. L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) 218

3. DES ACTIVITES PHYSIQUES QUI DIFFERENT SELON LE PROFIL SOCIODEMOGRAPHIQUE 220

3.1. Temps de marche quotidienne 220

3.2. Activités physiques réalisées chaque semaine 221

CONCLUSION DU CHAPITRE 3 223

CHAPITRE 4 - PARCOURS DE VIE CULINAIRE ET CHANGEMENTS ALIMENTAIRES AU COURS DU VIEILLISSEMENT 225

1. CE QUE CUISINER VEUT DIRE : DEFINITIONS, REPRESENTATIONS, PRATIQUES ET CONSOMMATIONS 226

1.1. « Cuisine » : un mot polysémique et un acte polymorphe 226

1.1.1. Les définitions données à la cuisine diffèrent selon le degré de pratique 226

1.1.2. Les représentations sociales, positives et négatives, de la cuisine 229

1.2. Des pratiques de la cuisine inégalement réparties : genre, diplôme, fréquence et contenu 232

1.2.1. Fréquence et temps passé à cuisiner 233

1.2.2. Fréquence de consommation de certains groupes alimentaires 241

1.2.3. « Cuisiner plus pour manger mieux » 246

2. APPRENDRE A CUISINER : DES TRAJECTOIRES GENREES ET SOCIALEMENT SITUEES 248

2.1. Une socialisation précoce ou tardive à la cuisine 248

2.1.1. L'enfance 248

2.1.2. Le changement dans la composition du foyer comme moment pivot 249

2.1.3. Changer de pays, changer d'alimentation et continuer à apprendre 251

2.1.4. Devenir professionnel de la cuisine 252

2.2. Cuisiner pour les autres ou pour soi : sens et motivations 253

2.2.1. La socialisation à une représentation positive de la cuisine 253

2.2.2. Cuisiner pour prendre soin des proches 254

2.3. Ne pas apprendre, rejeter la cuisine, ou bien se la réapproprier pour soi 257

2.3.1. Pas d'apprentissage 257

2.3.2. Rejeter la cuisine 258

2.3.3. Se réapproprier la cuisine pour soi 259

2.3.4. Apprentissages culinaires et rapports sociaux : entre soin, genre et inégalités 260

3. VIEILLIR ET MANGER : TRANSFORMATIONS ALIMENTAIRES ET ENJEUX DE SANTE 262

3.1. Retraite, départ des enfants, et reconfiguration des pratiques alimentaires 262

3.2. La santé comme moteur principal des changements récents 265

3.3. Vieillir, c'est cuisiner autrement : simplifier les techniques, écouter plus son corps, réduire le registre du mangeable 268

3.3.1. Vieillir en vivant seule et réduire la variété des techniques et des plats 268

3.3.2. Adapter sa cuisine selon les sensations du corps 270

3.3.3. Les contraintes conduisant à réduire le registre du mangeable 271

CONCLUSION DU CHAPITRE 4 272

CHAPITRE 5 - LA CUISINE COMME MEDIATRICE DES LIENS ENTRE ALIMENTATION ET SANTE 275

1. CE QUE PERMET LA PRATIQUE DE LA CUISINE POUR LA SANTE 276

1.1. Cuisiner comme une manière de contrôler des risques 276

1.2. Changer sa façon de cuisiner pour maîtriser l'équilibre diététique 277

1.3. Des évolutions fines de la pratique culinaire des participants en réponse aux ressentis 279

2. NORMES DU « BIEN-MANGER » ET FORMES DE « NUTRITIONNALISATION » 280

2.1. Les normes du « bien-manger » : ce qui fait consensus et ce qui distingue 281

2.2. Parcours de vie et dynamiques de « nutritionnalisation » 284

2.3. Une typologie de mangeurs vieillissants, selon les liens faits entre alimentation et santé 287

2.3.1. Les personnes ayant « pris le train » de la diététique : les « *homo medica* » 287

2.3.2. Des normes en décalage avec les pratiques : les « convaincus empêchés » 289

2.3.3. « Faire maison » pour bien vieillir : les « cuisiniers avant tout » 291

2.3.4. Des règles de restriction pour maintenir un corps fonctionnel : les « détourneurs de normes diététiques » 292

2.3.5. La typologie selon deux axes 294

2.3.6. La « nutritionnalisation » de l'alimentation et la diversité alimentaire 295

CONCLUSION DU CHAPITRE 5 299

PARTIE 3 - L'ASSOCIATION ET SES ATELIERS DE CUISINE : EFFETS D'UNE CERTAINE CONCEPTION DE LA PREVENTION 301

CHAPITRE 6 - UNE ASSOCIATION A LA CROISEE DE LOGIQUES MILITANTES ET D'EXIGENCES INSTITUTIONNELLES 303

1. UN PROJET DE RATIONALISATION : D'UN CONCOURS DE CUISINE VERS LA PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE 304

1.1. À l'avant-garde de la cause du bien-être en EHPAD 304

1.2. D'un concours adossé au réseau du Groupe SOS, à une association autonome promouvant le « bien-manger » 310

1.2.1. Les recommandations nutritionnelles prennent le pas sur la dimension gastronomique de l'alimentation 310

1.2.2. Les valeurs ajoutées revendiquées par les membres de l'association 312

1.2.3. Articuler l'alimentation durable à la prévention par la cuisine 315

1.2.4. Grandir en conservant l'éthos de l'association 317

1.3. La logique d'entreprise de l'association 318

2. LES APPELS A PROJETS DE FINANCEMENT : ENTRE CONTRAINTES ET IMAGINAIRES 319

2.1. Les contraintes inhérentes au système d'appels à projets 319

2.2. Des imaginaires et un vocabulaire partagés 321

2.2.1. La cuisine comme clé d'une resocialisation pour des personnes vieillissantes « isolées et dénutries » 321

2.2.2. La cuisine comme moyen de remettre les personnes âgées en autonomie 323

2.2.3. Des inégalités décrites sous l'angle de l'éloignement géographique 324

3. LES LIMITES DE L'EXPANSION 329

3.1. Trois formes de rationalités en coexistence 329

3.2. Une difficile mise en conformité 333

3.3. L'association, entre extension du gouvernement des corps et espaces de liberté 334

CONCLUSION DU CHAPITRE 6 337

CHAPITRE 7 - LES ATELIERS DE CUISINE : ENJEUX D'UNE BREVE RENCONTRE 339

1. LES TRADUCTIONS, PAR LES ANIMATEURS ET LES PARTICIPANTS, DE CE QUE PERMET L'ATELIER 340

1.1. Les problématiques des chefs de projets : respecter les normes de santé publique et déléguer l'animation 340

1.2. Les stratégies des diététiciennes : changer les représentations pour changer les pratiques 345

1.3. Comprendre l'attitude des professionnels en atelier depuis leur parcours 347

1.4. La recette comme témoignage de l'articulation entre technique culinaire, diététique et alimentation durable 351

1.5. La nutrition comme expertise clé 354

2. LES RAISONS DE LA PARTICIPATION MISES AU JOUR PAR LES PARTICIPANTS : ROLES, TRANSITIONS, SOCIABILITES 357

2.1. Améliorer sa pratique culinaire 357

2.2. Réentendre des conseils diététiques entendus par ailleurs 359

2.3. Passer un bon moment en groupe : une raison plus ou moins centrale 360

3. LES CARACTERISTIQUES DES ATELIERS DE CUISINE : UNE ORGANISATION SPECTACULAIRE DU CULINAIRE 362

3.1. Les traits communs des ateliers de cuisine de l'association 363

3.2. La gastronomie au service du spectacle 368

3.3. L'espace social culinaire associatif 371

4. LES EFFETS D'ADMISSION A L'ENTREE 373

4.1. La sélection des « bons » participants par les intermédiaires du recrutement 373

4.2. Être considéré comme légitime et se sentir légitime pour participer à l'atelier 375

CONCLUSION DU CHAPITRE 7 378

CHAPITRE 8 - LES ATELIERS DE CUISINE : EFFETS D'UNE BREVE RENCONTRE 381

1. DES ATTENTES DIFFERENTES, DES EFFETS INEGAUX : GENRE, NIVEAU DE DIPLOME, STRUCTURE DU FOYER 382

1.1. Types d'effets analysés : apprentissages et changement 382

1.2. Des effets associés aux raisons de participer à un atelier 386

1.2.1. Venir pour cuisiner « encore mieux » 387

1.2.2. Des changements cohérents avec certaines pratiques en cours 393

1.2.3. Recevoir des conseils diététiques, pour changer sa manière de cuisiner, ou pas 393

1.3. A l'issue de l'atelier, les hommes apprennent plus sur l'équilibre alimentaire que les femmes 396

1.4. Niveau de diplôme et satisfaction concernant l'atelier 398

1.5. Vivre seul et déclarer moins d'apprentissages en cuisine à la suite de l'atelier 399

2. CE QUE LES PARTICIPANTS PEUVENT S'APPROPRIER, OU NON 402

2.1. Reproduire la recette à la suite de l'atelier 402

2.1.1. La cuisine au prisme de la composition du foyer 402

2.1.2. Les savoir-faire en cuisine 403

2.1.3. Les recettes à l'épreuve du « bien-manger » et des sensations corporelles 404

2.1.4. Refaire la recette : oui, dans un contexte d'invitation 406

2.2. Ce que recouvre le fait d'intégrer un conseil diététique dans ses habitudes alimentaires 407

3. UN ESPACE QUI REJOUE ET JUGE LES ROLES SOCIAUX 408

3.1. Être en charge de la cuisine pour le foyer 408

3.2. Rejouer son ancien métier : cuisinier professionnel 409

4. DES EFFETS NON PRIS EN COMPTE PAR L'EVALUATION INSTITUTIONNELLE 410

4.1. Le ressenti d'un certain bien-être : une émotion nécessaire pour « sensibiliser au bien-manger » 411

4.2. Passer un bon moment en groupe ; une raison majeure de participer 414

4.3. Cuisine domestique, cuisine d'atelier, ou les potentialités des liens sociaux 418

5. CE QUE LA RECHERCHE FAIT A L'ACTION : EFFETS, LIMITES ET PERSPECTIVES 421

5.1. Effets du partage des résultats de la thèse sur l'action de l'association 422

5.1.1. La résonance limitée des résultats sur l'évolution des actions menées 422

5.1.2. Renforcer la mesure d'impact 423

5.2. La création d'un comité d'experts : une formalisation de la légitimité scientifique 424

5.2.1. Genèse et contexte 424

5.2.2. Missions et dynamiques 425

5.3. La mesure d'impact de la Semaine nationale de la dénutrition : un apport au service de l'action publique 425

5.3.1. Initiation de la mesure d'impact 426

5.3.2. Un impact sur l'action publique 426

CONCLUSION DU CHAPITRE 8 427

CONCLUSION GENERALE 429

1. APPORTS DE LA THESE 430

1.1. Transitions et épreuves modifiant la cuisine au cours du vieillissement 430

1.2. La « nutritionnalisation » différenciée de l'alimentation des personnes vieillissantes 432

1.3. Une « cuisinière plurielle », entre cuisine domestique, d'invitation et d'atelier 433

1.4. La cuisine comme pratique vectrice d'inégalités sociales de santé 434

1.5. Les « liens » permis par la cuisine au cours du vieillissement 436

2. LIMITES ET PERSPECTIVES DE LA RECHERCHE 437

2.1. Vieillissement, cuisine et intersectionnalité 437

2.2. Recentrer la recherche sur les « techniques du corps » 438

2.3. Comprendre les enjeux des partenaires locaux 439

2.4. Qui ne vient pas en atelier 439

2.5. Des comparaisons sur d'autres terrains 440

3. APPROFONDISSEMENTS POUR LES ACTEURS DE LA PREVENTION : POUR UNE APPROCHE PAR LE BAS 441

3.1. Un « universalisme proportionné » appliqué aux ateliers de cuisine 441

3.2. Soutenir les dynamiques collectives existantes 442

3.3. Stabiliser la définition des « liens sociaux » en prévention 442

BIBLIOGRAPHIE 445

ANNEXES 477

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES 563

TABLE DES FIGURES 567

LISTE DES TABLEAUX 573

TABLE DES MATIERES 575

RESUME 587

ABSTRACT 587

Résumé

Cuisiner pour « bien vieillir » : les liens entre santé et alimentation développés par et pour les personnes vieillissantes

Cette thèse interroge l'usage de la cuisine dans la promotion de la santé menée auprès des personnes vieillissantes. S'appuyant sur des ateliers portés par une association, elle explore les tensions entre, d'une part, une injonction à la responsabilisation des individus à travers l'alimentation, et d'autre part, les formes de réappropriations des ateliers par les participant·es. Fondée sur une recherche-action mobilisant méthodes qualitatives et quantitatives, elle révèle que les cuisines, en atelier comme dans l'espace domestique, sont des espaces de *care* et d'attachements sociaux pour celles et ceux qui s'en emparent. L'espace culinaire apparaît aussi comme un lieu de renforcement d'inégalités préexistantes, où des femmes développent des savoir-faire et supportent d'autant plus le poids du « *care* alimentaire », et où d'autres personnes moins familiarisées, rencontrent un décalage entre attentes et vécu. La cuisine apparaît ainsi comme un outil de prévention ambivalent. Enfin, cette recherche embarquée met en évidence la manière dont l'expertise académique peut contribuer à renforcer la légitimité scientifique d'un acteur associatif, en l'inscrivant dans une dynamique de production de savoirs situés et partageables avec les acteur·ices des politiques publiques.

Abstract

Cooking for "Healthy Ageing": Exploring the Links Between Health and Eating Habits Developed By and For Ageing Individuals

This thesis examines the use of cooking in health promotion initiatives aimed at ageing populations. Drawing on workshops organised by an association, it explores the tensions between, on the one hand, the injunction to individual responsibility through food, and on the other, the ways in which participants reclaim and reinterpret the workshops. Based on an action-research approach using both qualitative and quantitative methods, the study reveals that cooking – both in workshop settings and domestic spaces – serves as a space of care and social attachment for those who engage in this activity. The culinary space also emerges as a site where pre-existing inequalities are reinforced: some women develop specific skills and bear a disproportionate share of the burden of food-related care, while others, less familiar with these practices, experience a disconnect between expectations and lived realities. Thus, cooking appears as an ambivalent tool for prevention. Finally, this embedded research highlights how academic expertise can help strengthen the scientific legitimacy of an association, by contributing to the production of situated knowledge that can be shared with public policy stakeholders.