



POINTS
CLÉS

- Les politiques de prévention par l'alimentation à destination des personnes âgées reposent largement sur une logique de responsabilisation individuelle. Elles accordent une place limitée à la compréhension des parcours de vie, marqués par des ressources économiques, sociales et symboliques inégalement réparties, qui façonnent les pratiques alimentaires.
- Les dispositifs de prévention étudiés, de plus en plus structurés par des appels à projets, tendent à favoriser des interventions standardisées. Cette organisation peut limiter le temps passé au repérage des personnes les plus vulnérables, à la co-construction d'actions et à leur évaluation. Aller vers des publics plus éloignés de la prévention suppose des modalités d'intervention à long terme et plus adaptables.
- Les bénéfices des actions de prévention ne se limitent pas au changement alimentaire : les effets en matière de bien-être, de valorisation de soi et de sociabilités sont centraux, bien qu'encore peu évalués.

Cuisiner pour « bien vieillir » : l'influence des politiques publiques de prévention en santé

Julie Mayer, sociologue, Laboratoire IRIS, Université Sorbonne Paris Nord

Dans un contexte où le vieillissement de la population mondiale devient un enjeu social, économique et éthique majeur – notamment car il questionne les modes de vie et les solidarités en fin de vie – l'alimentation s'est progressivement imposée comme un axe central des politiques de prévention visant à retarder la perte d'autonomie. Dans ces politiques, le « bien vieillir » est principalement envisagé comme le résultat de décisions et de comportements individuels visant à préserver la santé et à freiner les processus de dénutrition et de dépendance. Les personnes âgées, souvent décrites comme étant en perte d'autonomie physique et de liens sociaux, sont encouragées à « bien manger afin de bien vieillir ».

La mise en œuvre de ces orientations repose aujourd'hui en grande partie sur des dispositifs de terrain portés par des associations. Leur rôle s'est renforcé au cours des dernières décennies sous l'effet des politiques de réforme de l'État, fondées sur un impératif de performance des services publics.

Nous avons basé notre analyse sur une étude de cas menée auprès de l'une de ces associations, Les Insatiables (anciennement Silver Fourchette), qui promeut une alimentation favorable à la santé et à l'environnement à travers des actions de prévention à destination des personnes âgées de 60 ans et plus. Les ateliers de cuisine organisés reposent sur les recommandations de programmes nationaux (Programme national nutrition santé et Plan national « Bien vieillir » notamment), visant à améliorer les habitudes alimentaires et à renforcer le lien social, pour éviter des situations de dénutrition et d'isolement.

L'alimentation s'est imposée comme un axe central des politiques de prévention visant à retarder la perte d'autonomie.

Figure 1. Lors d'un atelier de cuisine, en Provence-Alpes-Côte d'Azur



Crédits : Studio Kid A

Ces dispositifs ont été analysés suivant trois angles d'approche, qui entendent mettre en lumière les décisions prises par et pour les personnes vieillissantes¹ en prévention par l'alimentation. Le premier angle porte sur leurs motivations à participer aux activités proposées. Le deuxième concerne l'encadrement des ateliers par des politiques publiques nationales et des intermédiaires

1. Dans la recherche, nous privilégions l'expression « personnes vieillissantes » à celle de « personnes âgées », pour désigner les personnes qui participent à des ateliers de prévention, dans la mesure où cette expression met en évidence le vieillissement comme un processus plutôt que comme un état figé.

MÉTHODOLOGIE

Cette étude s'appuie sur une thèse de doctorat réalisée à l'Université Toulouse-Jean Jaurès, soutenue en 2025 et financée à travers une Convention industrielle de formation par la recherche (Cifre) par l'association Les Insatiables, avec pour titre : « Cuisiner pour “bien vieillir” : les liens entre santé et alimentation développés par et pour les personnes vieillissantes ». Le travail empirique repose sur une approche mixte, qualitative et quantitative.

Le volet qualitatif comprend 25 observations participantes en ateliers, suivies de 42 entretiens semi-directifs avec des participant·es âgé·es de 60 à 90 ans. Ce volet a été complété par 27 entretiens avec des représentant·es d'institutions qui encadrent et mettent en œuvre la prévention au niveau national, régional, départemental et local et intègre également l'analyse d'un corpus de 77 documents (appels à projets, documents de cadrage, recettes d'atelier).

Le volet quantitatif repose sur un questionnaire élaboré à partir de l'analyse des entretiens, portant sur les profils sociodémographiques, de santé, les habitudes et changements d'habitudes alimentaires. Enfin, cette recherche « embarquée » a favorisé des échanges réguliers avec l'association et des expert·es de la dénutrition, nourrissant les hypothèses et les analyses.

locaux et associatifs. Enfin, le dernier angle souligne les effets multiples de la participation, plus ou moins corrélés avec les objectifs annoncés.

Les résultats montrent que les effets de ces dispositifs ne dépendent pas uniquement des recommandations nutritionnelles transmises mais également des conditions institutionnelles et organisationnelles dans lesquelles ils sont conçus et mis en œuvre ainsi que des conditions sociales et biographiques des participant·es.

Des motivations variées à participer, parfois éloignées des objectifs officiels

85 % des participant·es aux ateliers de cuisine sont des femmes, confirmant la forte dimension genrée des dispositifs de prévention par l'alimentation. La plupart disposent d'un savoir-faire en cuisine et ont une approche positive de cette activité acquise tôt dans la vie, puis ajustée au fil de transitions : mise en couple, enfants, retraite, etc. La cuisine apparaît comme une activité ambivalente, à la fois contrainte domestique et ressource pour prendre soin des proches et de soi. Si certaines femmes – souvent après une séparation – s'en distancient, la majorité souhaite poursuivre cette activité jusqu'à la fin de leur vie. Cette valorisation s'inscrit dans un contexte où le « fait maison » est encouragé par les politiques de prévention, au croisement d'enjeux nutritionnels et environnementaux.

Une autre motivation à participer est liée à un certain éveil à la dimension diététique de l'alimentation. Certain·es participant·es reçoivent en effet des conseils de la part de professionnel·les de la nutrition, à l'hôpital ou en centre de rééducation, à la suite d'un problème de santé. Ils concernent leurs habitudes alimentaires à la sortie d'hôpital, par exemple maintenir un apport suffisant en protéines après une opération ou supprimer certains aliments à la suite d'un cancer hormono-dépendant.

« Après mon problème de cœur, je suis allé dans un centre de réadaptation. Le matin, c'était que du sport et l'après-midi, tout ce qui était diététique, [...]. L'atelier était l'occasion de voir s'il y avait des évolutions. Et moi je suis toujours curieux de tout. »
(Jean-Pierre², 67 ans, gestionnaire du traitement de l'eau à la retraite, vivant seul dans le Val-de-Marne)

Plus largement, l'enquête quantitative montre que la santé personnelle constitue le principal moteur conscient de changements alimentaires au cours du vieillissement, sans nécessairement renvoyer à une pathologie précise. D'autres valorisent leur parcours professionnel lié à l'alimentation, qui leur confère une aisance organisationnelle et donne à la cuisine une centralité durable dans leur quotidien. En atelier, ces profils se distinguent en réactivant des compétences et des postures acquises durant leur vie active. Enfin, le fait de se retrouver en petit groupe est déterminant. Pour des personnes souvent issues de milieux socioéconomiques modestes, l'atelier répond à un besoin de sociabilité.

2. Tous les prénoms ont été modifiés.

« En fait, je suis venue parce que je voulais voir du monde et faire des connaissances. Et aussi parce que je suis gourmande. »

(Corinne, 61 ans, secrétaire à la retraite, vivant seule dans les Hauts-de-Seine).

Les hommes viennent avec leur compagne dans l'idée de partager une activité, ou bien seuls, dans l'espoir de rencontrer une femme qui saurait probablement prendre en charge l'alimentation du foyer. Les femmes viennent beaucoup plus souvent entre amies que les hommes, afin de prolonger des sociabilités autour d'une activité qu'elles maîtrisent, mais aussi pour revoir des connaissances et peut-être approfondir des liens.

Ainsi, les attentes des participant·es s'inscrivent à la fois dans des rôles sociaux anciens et dans des expériences biographiques plus récentes. L'atelier de cuisine, qui répond à une pluralité d'attentes – pratiques, sanitaires et relationnelles – est envisagé comme un espace susceptible de favoriser une forme de bien-être.

Une politique de prévention qui tend à sélectionner implicitement ses publics

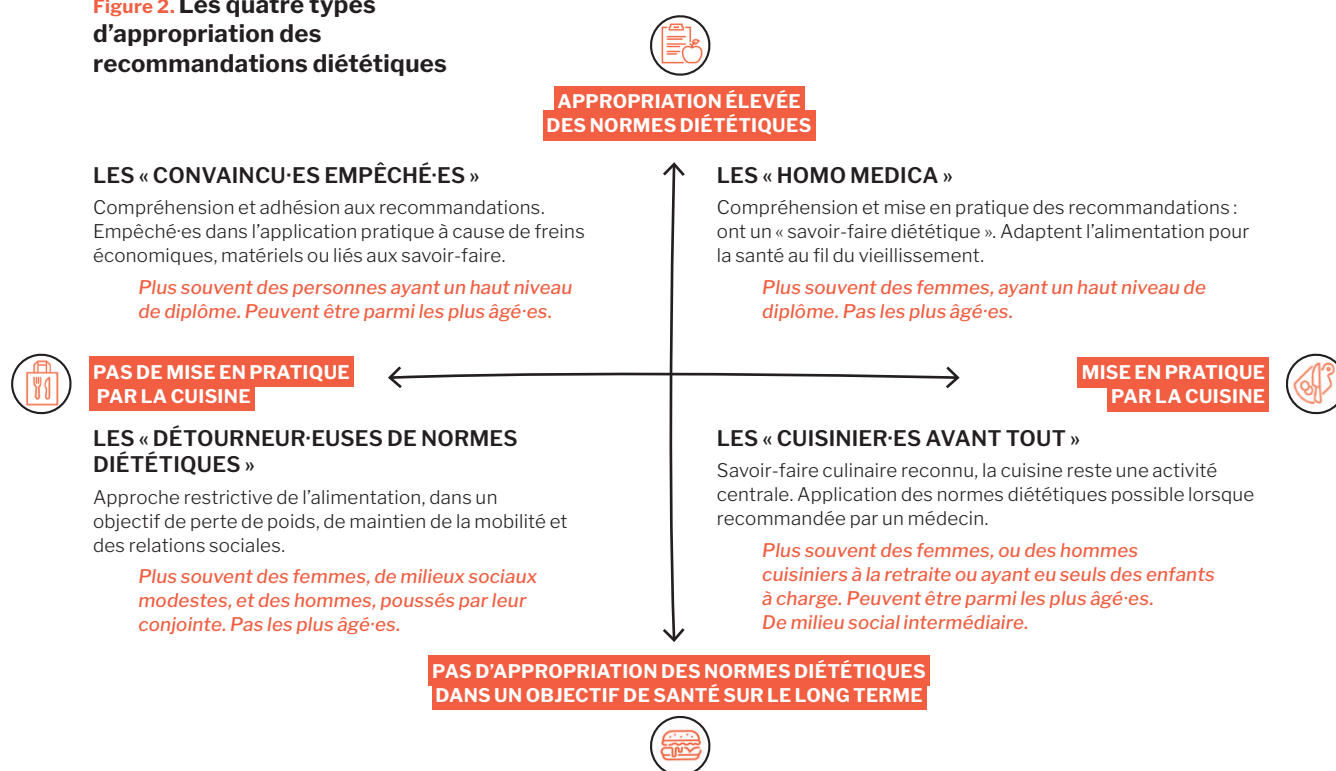
L'analyse des effets des dispositifs de prévention implique d'en préciser les conditions d'émergence. Ils s'inscrivent dans les politiques de l'autonomie structurées par une chaîne d'acteurs, dans laquelle l'État fixe des orientations générales. Ces orientations sont ensuite déclinées par les agences et collectivités territoriales, notamment les Agences régionales de santé et les Départements via

les Commissions des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, qui en délèguent la mise en œuvre au secteur associatif.

Depuis la loi de 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, l'association Les Insatiables s'inscrit de plus en plus dans une logique d'appels à projets, centrés sur la prévention de la perte d'autonomie. Elle devient ainsi un « opérateur » des politiques publiques, soumis à des contraintes gestionnaires et à certains cadres d'évaluation, conduisant à des formes de standardisation des dispositifs.

Dès ses débuts en 2014, l'association a développé une approche jugée innovante et conviviale par ses financeurs, valorisant la dimension gastronomique des repas, qui pourrait bénéficier tant à la reconnaissance des chef·fes des cuisines des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) qu'aux personnes âgées elles-mêmes. L'alimentation y est envisagée comme une expérience de plaisir et de sociabilité. Progressivement, cette orientation a tendance à être reléguée au second plan, encouragée par le cadrage institutionnel : le plaisir de manger est redéfini pour entrer avant tout dans les canons diététiques plutôt qu'hédoniques. Par ailleurs, les dimensions relationnelles, pourtant centrales dans les appels à projets, restent peu prises en compte dans l'évaluation des initiatives de prévention par l'alimentation. Ce cadrage se répercute sur le format des ateliers. Bien qu'ils demeurent des espaces hybrides, mêlant pratiques ordinaires et valorisation de la gastronomie, ils deviennent aussi des lieux de transmission normative, susceptibles de participer à des formes de distinction sociale fondées sur un certain bon « goût », reposant sur l'équilibre nutritionnel.

Figure 2. Les quatre types d'appropriation des recommandations diététiques



Enfin, les contraintes organisationnelles orientent les efforts vers l'atteinte d'objectifs quantitatifs de participation. Par manque de temps et de budget alloué, cela se fait parfois au détriment d'un ciblage des publics susceptibles de tirer le plus grand bénéfice pour leur santé d'un changement de leurs habitudes alimentaires. Ce mode d'action encourage ainsi des formes de sélection implicite : les personnes déjà insérées dans ces réseaux, aimant cuisiner et à l'aise avec le vocabulaire diététique participent plus volontiers, révélant des biais liés au genre et à la légitimité perçue à participer. À l'inverse, d'autres se tiennent à distance des ateliers, notamment parce qu'ils ou elles les perçoivent comme destinés « aux vieilles », révélant des mécanismes d'exclusion et d'âgisme entre pairs.

Des publics socialement situés

Si les dispositifs se veulent égalitaires, dans la pratique, la surreprésentation des femmes en ateliers révèle la reproduction d'une assignation genrée à la cuisine et au soin. Les femmes rejoignent les ateliers pour entretenir une activité de *care* pour leur conjoint, leurs proches – dont les petits-enfants et les parents – ou pour elles-mêmes.

Toutefois, les participant·es ne s'approprient pas toujours le « bien manger » selon les catégories mobilisées par les organisateur·ices. À partir des matériaux qualitatifs et quantitatifs, la typologie construite dans l'étude et détaillée précédemment (figure 2) révèle des inégalités de savoir-faire culinaire et de savoir-faire diététique, ce dernier étant défini comme la capacité à traduire des recommandations nutritionnelles en pratiques.

Les « homo medica »³ s'emparent pleinement des conseils et pratiques en atelier, articulant les savoirs culinaires et diététiques, comme attendu. Les « convaincu·es empêché·es » comprennent l'impact différencié des groupes alimentaires sur la santé, mais la mise en pratique est contrainte, soit par le manque de savoir-faire – souvent chez les hommes vivant seuls – soit par des ressources financières insuffisantes – majoritairement chez les femmes issues d'un milieu social modeste. Les « cuisinier·es avant tout » privilégient la dimension culinaire, considérée comme garante de leur santé, sans nécessairement se saisir de recommandations diététiques. Enfin, les « détourneur·euses de normes diététiques », utilisent certaines recommandations diététiques à des fins de régime restrictif, pour contrôler leur poids et leur apparence, dans un objectif de maintien des relations sociales.

Ces diverses manières d'articuler cuisine et diététique conduisent à une appropriation différenciée des recommandations de santé publique : les ateliers consolident les connaissances et les savoir-faire en diététique des personnes déjà à l'aise. L'innovation alimentaire n'est donc possible qu'à l'intérieur de routines culinaires pré-existantes, intégrant déjà un socle de compétences. À l'inverse, les effets apparaissent plus limités pour les personnes n'ayant pas autant développé ces savoir-faire, souvent des hommes et plus généralement des personnes issues des milieux sociaux les plus modestes.

Au-delà des comportements alimentaires, les effets des ateliers peuvent aussi être analysés au regard des sociabilités qui prennent place. Pour certaines personnes, en particulier les plus modestes, la participation à l'atelier prolonge un lien électif préexistant avec la structure organisatrice. Pour une majorité de femmes, elle constitue un espace de renforcement de relations amicales antérieures. Les interactions en atelier sont source de bien-être pour la grande majorité des participant·es. S'approprier ces ateliers apparaît ainsi comme une compétence sociale : cet espace permet de valoriser son savoir-faire, de bénéficier d'attention, d'entretenir et de développer des relations. La cuisine réalisée en commun peut ainsi agir comme un vecteur de lien et de *care*. ■

3. Cette expression est inspirée de la figure de l'« homo medicus », imaginée par Patrice Pinell et reprise par Patrick Peretti-Watel.

CONCLUSION

L'analyse des dispositifs de prévention par l'alimentation à destination des personnes vieillissantes invite à déplacer le regard porté sur l'action publique. Ces politiques apparaissent profondément conditionnées par leurs modes d'organisation, leurs cadres d'évaluation et les publics qu'elles parviennent, ou non, à mobiliser. Privilégiant une approche centrée sur la responsabilisation individuelle et sur des indicateurs de changement de comportements alimentaires, ce cadrage peut contribuer à invisibiliser des dimensions hédoniques, relationnelles et socialement situées des pratiques alimentaires. Dès lors, repenser la prévention par l'alimentation suppose de sortir d'une approche strictement normative et individualisante pour reconnaître la diversité des parcours de vieillissement, des rapports à l'alimentation et des ressources disponibles. Cela implique également de rééquilibrer les finalités de l'action publique en accordant une place plus importante aux dimensions collectives et expérientielles du « bien vieillir ».

Références

- Bergeron, H. (2010). Chapitre 3 / Les politiques de santé publique. Dans : Borraz, O. & Guiraudon, V. (dir.) *Politiques publiques 2*. Paris, Presses de Sciences Po : 79-111.
- Cardon, P. (2010). Regard sociologique sur les pratiques alimentaires des personnes âgées vivant à domicile. *Gérontologie et société*, 33 / 134(3) : 3142. <https://doi.org/10.3917/gs.134.0031>
- DeVault, M. L. (1994). *Feeding the family: The social organization of caring as gendered work*. Chicago, The University of Chicago press.
- Poulain, J.-P. (2017). 1.4. Alimentation et cycle de vie. Dans : Esnouf, C., Fioramonti, J. & Lauriaux, B. (dir.), *L'alimentation à découvert*. Paris, CNRS Éditions : 27-28.
- Voléry, I., & Legrand, M. (2012). L'autonomie au grand-âge : Corporéisation du vieillissement et distinctions de sexe. *SociologieS*. <https://journals.openedition.org/sociologies/4128>