La diffusion des recommandations nutritionnelles au regard des conditions de vie : comparaison enfance et vieillesse

Philippe Cardon, Severine Gojard

▶ **To cite this version:**

Philippe Cardon, Severine Gojard. La diffusion des recommandations nutritionnelles au regard des conditions de vie : comparaison enfance et vieillesse. 2011. hal-02807372

HAL Id: hal-02807372
https://hal.inrae.fr/hal-02807372

Preprint submitted on 6 Jun 2020

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.

Unité de recherche 1303
alimentation et sciences sociales

La diffusion des recommandations nutritionnelles au regard des conditions de vie : comparaison enfance et vieillesse

Philippe Cardon

Séverine Gojard

Octobre 2011

Working Paper ALISS 2011-06

INRA UR 1303 ALISS
65, Bd de Brandebourg
94202 Ivry-sur–Seine Cedex
France

http://www.paris.inra.fr/aliss

La diffusion des recommandations nutritionnelles au regard des conditions de vie : comparaison enfance et vieillesse

Cardon Philippe[1,2] ; Gojard Séverine[1]

[1] *INRA, UR 1303 ALISS, F-94200 Ivry-sur-Seine, France*
[2] *Université de Lille 3, CERIES, 59653 Villeneuve d'Ascq, France*

Résumé : L'objet de ce papier est l'étude de la diffusion des recommandations et des messages de santé en matière d'alimentation émises par les pouvoirs public auprès de populations cibles telles que les enfants et les personnes âgées. Après avoir situé la problématique générale au regard de la littérature sur les recommandations et leur diffusion et précisé l'intérêt heuristique de ce regard croisé entre petite enfance et vieillissement, une première partie s'attarde à décrire les contextes sociaux de diffusion des normes et de recommandations. Une seconde partie interroge les différentes postures de réception des normes (adhésion, contournement, résistance) par les mères de famille et les personnes âgées. Différents facteurs (position sociale, état de santé) influant sur la réception des messages sont mis au jour. Enfin, une troisième partie interroge la mise en pratique des recommandations par l'étude de l'organisation domestique. Elle souligne le poids des contraintes qui pèsent dans leur mise en application au regard des contextes propres à chacune des populations.

Mots clés : DIFFUSION DES MESSAGES NUTRITIONNELS, ENFANCE, VIEILLISSEMENT, MISE EN PRATIQUE, ORGANISATION DOMESTIQUE, ALIMENTATION, SOCIOLOGIE

Introduction :

La recherche ici présentée s'inscrit dans le cadre d'un questionnement plus général portant sur le devenir des recommandations nutritionnelles et des normes[1] alimentaires.[2] On cherche à comprendre comment se diffusent des recommandations et des messages de santé en matière d'alimentation auprès de populations cibles telles que les enfants et les personnes âgées, comment les individus se repèrent dans la diversité des messages qu'ils reçoivent et ce qu'ils mettent en application. Ce questionnement part du constat d'une profusion d'informations et de recommandations autour de l'alimentation, dont les contenus vont de la composition des produits alimentaires aux principes généraux sur l'environnement des repas. Ces messages et ces recommandations diffusés dans l'espace public, sur des supports aussi variés que l'information commerciale, les brochures du Programme National Nutrition Santé (PNNS) ou des articles de presse, participent à la production de normes sociales en matière d'alimentation. Ces normes résultent de processus complexes mêlant, dans des dynamiques de long terme, progrès des connaissances scientifiques (le discours médical), interventions des pouvoirs publics (messages nutritionnels), des entreprises (publicité) via notamment les médias. Elles conditionnent en partie les préférences, les goûts et les choix alimentaires des individus, mais à des degrés divers, comme on le verra plus loin. En outre, leur mise en application sur le plan pratique dépend étroitement des conditions de vie des ménages, ce qui nous amène à porter une attention spécifique à l'organisation quotidienne des activités domestiques autour de l'alimentation.

Sur la question spécifique des recommandations, s'il existe de nombreuses publications en nutrition (par exemple : Stafleu et *al.* 1996, Wardle et *al.* 2000), peu de recherches portent sur ce thème d'un point de vue sociologique. Certaines l'intègrent dans une analyse en termes de « cacophonie » (Fischler 1990), mais elles n'ont pas étudié sa signification et sa traduction dans les pratiques au quotidien. L'objectif de ce travail de recherche est d'analyser la mise en œuvre des prescriptions en matière d'alimentation et leur réappropriation par les individus auprès de groupes particuliers. Leur confrontation nous conduira vers une analyse de portée générale sur la diffusion et l'appropriation des normes alimentaires. Elle permet d'aborder par exemple le rôle des professionnels et les effets des interactions avec les populations dans les processus de diffusion des messages. Elle amène également à rappeler l'importance des déterminants sociaux en la matière. Une telle analyse vient ainsi combler un manque pour ce qui concerne la réception des campagnes de santé publique, mieux renseignée sur le tabac ou le sida (Moatti et *al.* 1990 et 1993, Lupton 1995) qu'en matière d'alimentation.

[1] On entend ici par norme alimentaire une règle portant sur l'alimentation au sens large, dont la transgression se traduit par une réprobation morale de la part des prescripteurs. Voir aussi Gojard 2006.

[2] Nous tenons à remercier pour leurs remarques constructives sur une précédente version de ce texte Anne Lhuissier et Faustine Régnier (INRA) ainsi que Ségolène Petite et Vincent Caradec (Lille 3).

Nous proposons ici un regard croisé entre deux populations ciblées par les pouvoirs publics en matière d'alimentation : les très jeunes enfants (enfants de moins de 3 ans, soit la période pré-scolaire) et les personnes âgées (plus de 70 ans). Quatre raisons appuient cette lecture croisée entre deux âges de la vie :

- tout d'abord, il s'agit d'un bon cas d'école pour aborder la question des recommandations nutritionnelles. En effet, la mise en place des politiques publiques alimentaires ressort de manière particulièrement claire sur ces deux exemples, en raison de l'importance de la nutrition dans les discours de santé publique : pour les nourrissons, on s'inscrit dans une dimension préventive sur le long terme, visant à la constitution d'une sorte de capital santé, à la prévention de l'obésité par la mise en place précoce d'un équilibre alimentaire et de « bonnes habitudes », etc. ; pour les personnes âgées, on est dans une optique de prévention de la dénutrition, et plus largement, de discours sur l'influence de l'alimentation sur le vieillissement en bonne santé.

- ensuite, analyser ces deux sous-populations sous l'angle de leur alimentation permet de tirer des enseignements plus généraux sur chacune d'elles : l'alimentation intervient comme un indicateur clé dans la compréhension de l'expérience de la petite enfance et de l'expérience du vieillissement. Par exemple, la question de l'alimentation des personnes âgées permet d'éclairer les enjeux propres à la sociologie du vieillissement, on pense notamment à la question de la dépendance sur laquelle nous reviendrons à travers le concept de *dépendance culinaire* (Cardon, Gojard, 2009). Pour la prime enfance, par exemple, le passage progressif d'une alimentation strictement lactée à une alimentation diversifiée est un des marqueurs des étapes de la sortie du statut de nourrisson (Gojard 2011).

- de plus, ces deux populations permettent d'aborder un questionnement spécifique autour des questions de délégation : délégation de la préparation des repas, voire de la réception des normes. Pour les nourrissons ce n'est pas l'enfant qui est en charge de son alimentation. C'est donc surtout le point de vue des parents (et en premier lieu de la mère) qui est examiné (Gojard 2010). Par ailleurs, dans tous les cas où l'enfant n'est pas gardé par ses parents, des intervenants familiaux ou professionnels sont en charge de lui pendant la journée. Dans le cas des personnes âgées, au-delà des messages diffusées par les médias, ce sont surtout les « aidants » familiaux ou professionnels intervenant auprès des personnes âgées qui sont précisément désignés comme personnes relais des politiques nutritionnelles (Cardon, 2007). La délégation des activités liées à l'alimentation dépend du niveau de dépendance et du type de déficience : elle est plus fréquente dans les cas de déficience de type psychique ; dans les cas de dépendance plus légère, la personne âgée est susceptible de préparer elle-même ses repas, avec ou sans aide et d'être la cible des discours de prévention nutritionnelle (Cardon, 2008). Ces derniers peuvent du reste entrer en contradiction avec d'autres discours sur l'alimentation des adultes, notamment médiatiques ou profanes, ou avec des habitudes acquises.

- enfin, cette confrontation nous permet de nous interroger sur la robustesse de nos analyses et des typologies construites pour chacune des populations étudiées. Par exemple, nous le verrons, sur la question de la réception des normes et des recommandations nos résultats sont très voisins, mais pour ce qui relève de la mise en application de ces recommandations, les analyses diffèrent davantage, ce qui permet de mettre au jour les spécificités de chaque population.

Le terrain sur la petite enfance repose sur différents matériaux, recueillis au cours de plusieurs phases d'enquête : des entretiens et une première série d'observations en PMI recueillis au cours des années 1995-97, une deuxième vague d'observation en PMI en 2000-2002, et une deuxième série d'entretiens ciblés sur des femmes ayant au moins deux enfants en 2001. Les observations en PMI ont été accompagnées de nombreuses discussions informelles avec le personnel. Un seul entretien formel a été effectué avec la directrice du service. On a choisi de se focaliser sur des enfants de moins de trois ans parce qu'il s'agit d'une période où l'importance des prescriptions alimentaires est particulièrement forte. La conséquence de cette focalisation sur la prime enfance est que ce sont les mères des enfants qui sont le réel sujet de l'enquête.

Concernant les personnes âgées, le terrain repose là aussi sur différents matériaux recueillis au cours de deux phases d'enquête menées entre 2005 et 2007 : dans un premier temps, des entretiens avec des directeurs d'associations d'aide à domicile, des discussions informelles au sein de ces associations avec des aides à domicile[3], ainsi que des observations. Dans un second temps, des entretiens ont été effectués au domicile des personnes âgées, dans une soixantaine de ménages (personnes âgées vivant seules ou en couple, âgées de 68 à 91 ans), appartenant à différents milieux sociaux. On a également observé les interactions entre les personnes âgées et leur aide à domicile, notamment lors de la préparation de repas et réalisé des entretiens avec des aides à domicile, soit de manière formelle après une visite au domicile des personnes âgées, soit par un entretien au domicile des professionnelles.

Dans un premier temps, nous présenterons les instances de diffusion de normes concernant l'alimentation qui interviennent pour la petite enfance d'une part, les personnes âgées de l'autre. Nous montrerons comment nos enquêtes de terrain se sont adaptées à ces cadres différents.

Dans un second temps, nous présenterons nos résultats sur les différentes postures de réception des normes, articulés en trois temps : adhésion, contournement, résistance. Dans un cas comme dans l'autre, la position sociale, qu'elle soit appréhendée par le diplôme ou par la profession, a un effet majeur sur la posture face aux normes nutritionnelles. Cependant, indépendamment de la position sociale, des facteurs de santé peuvent conditionner la réception des prescriptions nutritionnelles.

Dans un troisième temps, nous nous attacherons à la mise en pratique de ces recommandations. Nos travaux respectifs montrent l'importance de l'organisation domestique sur ces pratiques quotidiennes. Dans la mesure où les enjeux de l'organisation domestique ne sont pas identiques sur nos deux populations (la question de la délégation intervenant par exemple de façon très différente), nous serons amenés à présenter séquentiellement le cas des jeunes enfants et celui des personnes âgées).

[3] L'appellation « aide à domicile » recouvre trois catégorie de « statut » : les agents de catégorie A (aucune formation diplômante), les employées à domicile de catégorie B (détentrices d'une partie du Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale : DEAVS), les auxiliaires de vie de catégorie C (détentrices du DEAVS).

I. Diffusion des normes nutritionnelles

a. Deux populations cibles de l'action publique

Les très jeunes enfants, tout comme les personnes âgées, sont des cibles privilégiées de l'action publique au regard des normes nutritionnelles.

Dans le cas des jeunes enfants, l'insistance sur la mise en place d'une alimentation adaptée dès le plus jeune âge est le produit d'une longue histoire et son institutionnalisation remonte au moins à la fin du XIXème siècle dans un contexte de lutte contre la mortalité infantile (Rollet 1990). Depuis 1945 et la création de la Protection Maternelle et Infantile (PMI), il est dans les missions des centres de PMI de veiller à la santé des nourrissons. La diminution de la mortalité infantile au cours de la seconde moitié du XXème siècle contribue à déplacer les enjeux du travail en PMI de la lutte contre la mortalité à la promotion de la « santé totale » (Norvez 1990). Le fait que l'alimentation du très jeune enfant, notamment la promotion de l'allaitement maternel, soit un des objectif du Plan National Nutrition Santé ne fait donc qu'insister à nouveau sur un objectif de santé publique très ancien.

Dans le cas des personnes âgées, l'enjeu est la lutte contre la dénutrition, au moins depuis le rapport d'expertise collective INSERM 1999 sur la dénutrition, qui montre que, si la dénutrition touche majoritairement les personnes âgées vivant en institution, sa prévalence n'est pas négligeable à domicile. Par ailleurs, d'autres travaux récents insistent sur un lien probable entre alimentation et prévention de la maladie d'Alzheimer, ce qui donne une importance supplémentaire à cette question. Le plan National Nutrition Santé (PNNS) 2000 la mentionne au rang des « actions spécifiques » qui doivent être entreprises (tout comme la promotion de l'allaitement maternel). En découle la publication d'un guide du PNNS (*Guide Nutrition pour les Aidants des personnes âgées*) destiné tant aux proches qu'aux professionnels intervenant auprès des personnes âgées. En plus des recommandations liées au quotidien et à la surveillance de la personne âgée (surveiller le poids, le contenu du réfrigérateur, l'hydratation, l'activité physique), le guide propose des recommandations et des « astuces » liées tout d'abord à l'organisation des activités autour de l'alimentation (courses, préparation des repas), ainsi que des prescriptions diététiques relatives au contenu des repas (sous forme de rubriques : idées menus, fiches recettes). Ce qu'il importe de bien voir ici est que les personnes qui interviennent auprès des personnes âgées, notamment les aides à domicile sont désignées comme relais de ces politiques nutritionnelles qu'elles sont censées mettre en œuvre.

b. Des messages nutritionnels en concurrence avec des habitudes acquises ou avec d'autres types de messages

On l'a souligné en introduction, il existe une profusion de messages nutritionnels. Reste qu'au-delà du constat assez général d'une forme de cacophonie, il est nécessaire de mettre au jour la diversité des sources de messages. En fait, ces messages de santé publique peuvent être concurrencé par des habitudes alimentaires acquises (et que l'on sait, toutes les études sociologiques le montrent, difficiles à changer), mais par d'autres types de messages ou recommandations, liées par exemple à un régime alimentaire.

Personnes âgées

Les recommandations nutritionnelles à destination des personnes âgées dans le cadre notamment du PNNS sont le plus souvent des recommandations à visée préventive et sont relayées par plusieurs sources, principalement le corps médical (médecins, infirmières, etc.) mais également les professions médicosociales (aides à domicile). Du côté des professionnels, on repère assez vite des acceptations différentes de ces messages généraux. Par exemple, le degré de perception et de valorisation des messages n'est pas le même chez tous les médecins généralistes, entre ceux qui accordent une importance forte à des messages tel que « Manger cinq fruits et légumes » et ceux qui les relativisent (« oui, bon, l'efficacité réelle n'est pas vraiment prouvée »). Mais au-delà des enjeux propres aux messages généraux, du point de vue des personnes âgées elles-mêmes, on observe des concurrences, voire des contradictions entre ces messages et des recommandations plus spécifiques, notamment liées à un régime. La plupart des personnes rencontrées ont des pathologies liées au vieillissement (diabète, cholestérol) et leur médecin leur a « prescrit » un régime « médical », qui contrevient parfois aux recommandations générales. Ainsi, de nombreuses personnes rencontrées sont confrontées à la contradiction entre la recommandation « manger cinq fruits et légumes » et les « prescriptions » liées à des pathologies du système digestif impliquant de ne pas consommer ou peu de légumes. Dans ces situations, la personne fait le choix de privilégier une prescription plus qu'une autre (Cardon, 2009a).

Prime enfance

La multiplicité des intermédiaires caractérise également la diffusion des normes alimentaires dans la prime enfance. Les messages de prévention sont relayés vers les mères de jeunes enfants par un ensemble de professionnels de la petite enfance ou de la santé, notamment les médecins (généralistes ou pédiatres), les puéricultrices et auxiliaires de puériculture, voire les assistantes sociales ou éducatrices de jeunes enfants.

On repère en outre des variations au fil du temps dans les prescriptions (peut-être aussi parce qu'elles sont cibles d'action depuis plus longtemps), qui peuvent mener à des contradictions internes. Les manuels de puériculture sont un exemple de ces différentes contradictions portant sur l'alimentation dans la prime enfance. Un examen attentif de différentes publications montre des divergences entre auteurs sur certains points, notamment les calendriers de diversification (âges à partir desquels on peut commencer à donner au bébé tel ou tel aliment). Ces divergences peuvent être liées à la date de publication des ouvrages, aux propriétés sociales des auteurs ou à celles du public cible.

En outre, ces différentes versions écrites des normes de diversification ne correspondent pas nécessairement aux prescriptions émises par les différents médecins[4] (selon qu'il s'agit d'un pédiatre ou d'un généraliste, selon son âge, selon son assiduité aux séances de formation continue, etc.), ni à ce qu'a pratiqué l'entourage familial (aux générations précédentes mais aussi parfois dans la fratrie), voire à ce que les mères enquêtées ont-elles-mêmes pratiqué si elles ont des enfants plus âgés (Gojard, 2006). On observe également des prescriptions assez variées sur l'allaitement : au-delà d'un

[4] Dans ses observations de consultation médicale en PMI , Delphine Serre mentionne un écart d'un mois entre les recommandations des deux médecins (Serre, 1998).

consensus quasi obligatoire sur la promotion de l'allaitement maternel, la masse de publicités pour les laits infantiles fait dissonance, et si l'on se penche sur la régulation des tétées en durée et en fréquence, et sur la durée de l'allaitement, des antagonismes réapparaissent très vite. En outre, la plupart des professionnelles de la petite enfance intervenant dans les centres de PMI sont elles-mêmes mères et la distanciation vis-à-vis de leurs propres pratiques domestiques n'est pas toujours évidente (Serre, 1998).[5]

Dans un cas comme dans l'autre, nous observons des prescriptions de santé publique qui visent à promouvoir certaines pratiques, le plus souvent au prix d'une modification d'habitudes ou de savoir-faire existants. Des instances sont désignées pour assurer un rôle de relais des prescriptions à destination des populations cibles : les centres de PMI d'un côté, de l'autre notamment les services d'aide à domicile.

c. Des instances de diffusion différentes

Les instances que sont la PMI et les associations d'aide à domicile assurent le rôle de relais et de diffusion des messages et recommandations nutritionnelles. Mais ces structures de diffusion des recommandations sont fondamentalement différentes, en raison notamment de la place du secteur médical (central en PMI, marginal voire inexistant dans les associations d'aide à domicile). En outre, ces deux types d'instances ont des fonctionnements très différents. Ne serait-ce que parce que l'une (associations d'aide à domicile) a pour vocation d'intervenir au domicile des familles et dans certains cas de prendre en charge la préparation culinaire, tandis que l'autre ne se déplace que rarement et n'a pas vocation à intervenir au domicile.

Dans le domaine de la petite enfance, le suivi médical est relativement déconnecté de la prise en charge au quotidien. Assuré par un médecin en libéral ou par des centres de PMI, il est axé sur les vaccinations et s'accompagne d'un contrôle du poids et de questions assez systématiques sur l'alimentation. Certains supports écrits diffusent également des normes médicales, notamment les ouvrages de puériculture rédigés par des pédiatres. La prise en charge de l'enfant et de ses repas au quotidien est assurée dans les familles, que ce soit par les membres de la famille ou par des intervenants rémunérés, au domicile d'assistantes maternelles ou encore dans des crèches. Si le suivi des assistantes maternelles et des crèches entre dans les fonctions de la PMI, les interactions directes entre familles et services de PMI dans le cadre de la garde d'enfants en crèche ou chez une assistante maternelle n'est pas systématique.

L'enquête s'est déroulée d'une part par observation dans des centres de PMI, d'autre part par entretiens auprès des familles. Les informations sur les conseils reçus en provenance des médecins, voire des intervenants de garde (personnels de crèche ou assistantes maternelles) ont été recueillis par entretiens avec les mères (au même titre que des conseils émanant de la sphère familiale ou du

[5] Plus généralement, la superposition entre compétences domestiques et professionnelles est caractéristique des professions de soins peu qualifiées, que ce soit en institution (Arborio 2001) ou à domicile (Avril 2003).

voisinage). Quant aux supports écrits, des consultations ponctuelles des principaux ouvrages mentionnés par les mères ont été effectuées, ainsi que des incursions (non systématiques) dans la presse parentale.

Dans le domaine des personnes âgées, en revanche, aucune instance n'est dédiée à la prévention au quotidien, ce rôle étant délégué aux intervenants à domicile et en particulier aux aides à domicile. Plus ponctuellement, des prises en charge hospitalières ou des consultations médicales peuvent diffuser des recommandations nutritionnelles. Le terrain s'est organisé autour des services d'aide à domicile, permettant de préciser leur rôle dans la diffusion de recommandations nutritionnelles. Pour ce faire, d'une part, des entretiens ont été réalisés soit au sein même des associations qui les emploient (entretiens individuels mais aussi entretiens collectifs), soit au domicile de certaines personnes âgées qu'elles prennent en charge. C'est notamment au cours de ces entretiens informels qu'ont pu être observées et étudiées les interactions à l'œuvre entre les aides à domicile et les personnes âgées. L'objectif de cette démarche a été d'observer les aides à domicile en situation de travail afin de rendre compte des activités (surveillance de réfrigérateur, préparation culinaire, etc.) et de la transmission d'informations et de conseils (ou non) aux personnes âgées. D'autre part, des entretiens ont été réalisés avec des personnes âgées (vivant seules ou en couple), à leur domicile. Parfois, leur aide à domicile était présente. Dans la majorité des cas, un premier entretien avec la personne âgée a été suivi d'un second, quelques jours après.

d. Le fonctionnement des services observés

i. Qui fait quoi et comment au regard de la diffusion des normes ?

La place du secteur médical étant très différente entre ces deux instances de diffusion, leur fonctionnement n'est pas identique. D'un coté, la PMI est le lieu de diffusion du savoir médical des professionnels vers les mères de famille mais les interventions à domicile sont très rares. De l'autre, les associations d'aide à domicile sont en contact avec les personnes âgées au domicile de ces dernières et la diffusion de recommandations se fait à l'occasion de la gestion domestique.

Petite Enfance

Les observations en salle d'attente ou au cours des consultations permettent de voir que le registre dans lequel les différents professionnels se situent pour parler aux femmes varie selon le lieu et selon la position de ces professionnels. Si l'humour semble être un mode de communication dominant pour déjouer les tensions en salle d'attente, il n'est guère pratiqué dans les cabinets médicaux. Là où la puéricultrice ou l'auxiliaire de puériculture, intervenant en salle d'attente, jouent sur la connivence, le médecin, intervenant en salle d'examen, joue sur l'explication, sur un registre davantage didactique, voire sur l'évitement.

Les observations se sont déroulées dans un service où deux hiérarchies interfèrent : d'une part la hiérarchie interne aux professions médicales, dans laquelle la puéricultrice est en-dessous des médecins ; d'autre part la hiérarchie du service, dans laquelle la puéricultrice est au-dessus des médecins. Plus précisément, la responsable du service de PMI est une infirmière puéricultrice, mais

interviennent pour les consultations des médecins, dont certains sont des praticiens hospitaliers, qui se situent plus haut qu'elle dans la hiérarchie générale des professions médicales (et se situaient plus haut que la puéricultrice à l'époque où elle travaillait dans les services voisins de néonatologie). Tout en étant parfaitement consciente de sa position dominée dans le champ médical, elle assume son rôle de chef de service, non sans humour, en expliquant « les médecins, je les ai dressés ! ». En tant que responsable de la PMI, son objectif est de fidéliser les familles, d'obtenir d'elles qu'elles reviennent pour les consultations ultérieures, et qu'elles soient en confiance. C'est cet objectif qu'elle tente de faire passer auprès des médecins en obtenant d'eux un changement d'attitude (par rapport à ce qui se passait avant qu'elle ne prenne la direction du service de PMI) : ayant compris que les familles populaires du quartier détestent se « faire engueuler » et réagissent par l'absentéisme aux consultations, elle impose aux médecins qui interviennent en consultation dans le service une relation avec les familles qui ne se joue pas sur un mode autoritaire. Avec plus ou moins de succès : selon les médecins, on va avoir un mode plus ou moins pédagogique ou un évitement des questions. Par exemple, constatant une pratique non conforme à la norme (diversification très précoce : la mère dit avoir fait manger un peu de foie de veau à son bébé de trois mois), l'un des pédiatres ne dit rien à la mère, mais commente à mon intention une fois que la mère est sortie de la salle de consultation « vous voyez, on arrive après la bataille ! C'est trop tôt pour introduire la viande, en plus les abats c'est déconseillé pour les petits, de toute façon ». Ce faisant, ce médecin se conforme aux injonctions de la puéricultrice chef de service : préserver la relation, éviter une interaction désagréable sur un sujet considéré somme toute comme mineur (comparé notamment au suivi vaccinal des enfants).

Personnes âgées

Une des fonctions essentielles des associations, au-delà de la gestion des aides à domicile, est la formation de ces dernières aux questions alimentaires puisque ce sont elles qui doivent diffuser la « bonne parole nutritionnelle » auprès des personnes âgées (Cardon, 2007). Pour ce faire, plusieurs sources sont mobilisées par les associations. Tout d'abord, les associations ont recours à des diététiciennes dont le rôle est de délivrer des recommandations et des conseils nutritionnels et diététiques auprès des professionnelles intervenant à domicile (notamment les aides à domicile), soit sous la forme d'interventions, soit sous la forme de prospectus de recommandations (qui le plus souvent reprennent ou approfondissent un ensemble d'informations nutritionnelles et diététiques repérables par exemple dans des revues, des livres ou sur Internet). Par ailleurs, dans de nombreuses associations, les diététiciennes mettent en place, en collaboration avec les aides à domicile, des programmes de suivi alimentaire des personnes âgées, sous forme de test d'autoévaluation nutritionnel (NSI) : ces tests, distribués aux personnes âgées par les aides à domicile et/ou les infirmières intervenant à leur domicile, ont pour objectif de repérer leur situation nutritionnelle. Par ailleurs, les associations employeurs proposent des formations destinées aux aides à domicile (notamment à celles ne possédant pas le DEAVS) ; formations portant notamment sur l'équilibre alimentaire, l'hygiène alimentaire, mais également sur les techniques alimentaires (recettes, préparation des repas). Elles cherchent souvent à pallier la diversité des parcours scolaires et professionnels des aides à domicile, qui se caractérisent d'une manière générale, par la faiblesse du niveau de formation (situation qui est en train d'évoluer de manière significative avec l'apparition du DEAVS). Pour les responsables des associations, qui s'inscrivent ici dans la continuité du PNNS, une

telle démarche professionnelle d'accompagnement (vigilance, prévention) vise à pallier les risques de santé liés à l'alimentation. L'objectif de « l'aidant professionnel -préventeur » (l'aide à domicile) est d'assurer un suivi de la personne âgée, par la prise en compte de son état général et de son type d'alimentation, pour lui offrir, en fonction de ses besoins (notamment nutritionnels), un « traitement personnalisé » et l'accompagner. Il s'agit ainsi de favoriser une alimentation « saine » et équilibrée. Ici, c'est en définitive une individualisation de l'action d'intervention auprès des personnes âgées qui est valorisée, impliquant une alimentation « adaptée » à la personne âgée selon sa situation sociale et son état de santé. On retrouve ce qu'Isabelle Astier souligne à propos de son analyse du rapport des professionnels aux usagers, puisqu'il s'agit aujourd'hui de « travailler avec autrui » (et non plus pour ou sur autrui). On est face à un modèle normatif professionnel défini par les instances de diffusion. Nous verrons plus loin comment les aides à domicile s'approprient ou non ce rôle.

ii. Modalités de contrôle

Une question est alors de comprendre comment se fait le contrôle de cette diffusion des normes par les professionnels. Cette question est d'autant plus pertinente que dans le cas des personnes âgées, cette diffusion a lieu non pas dans la structure mais bien au domicile des personnes.

Petite enfance

Dans le cadre des centres de PMI, s'effectue un contrôle indirect via la pesée des enfants (voir aussi Serre 1998), qui se déroule en salle d'attente et est assurée le plus souvent par une auxiliaire de puériculture, voire par une puéricultrice. Au cours des consultations à proprement parler, pour les plus jeunes des enfants, une grande partie du temps de consultation est consacrée à l'alimentation quotidienne de l'enfant, et, surtout pour les mères qui ont leur premier enfant, aux questions de diversification alimentaire.

De manière schématique, on constate que les consultations se déroulent en trois temps : examen de l'enfant avec discussion en parallèle (ou juste avant) sur son état de santé du moment (enrhumé, régurgitations) ; puis une série de questions sur ce qu'il mange en ce moment, avec, le cas échéant, des questions sur les médicaments pris ; enfin la vaccination ou la prise de vitamines (pour les enfants concernés). Concernant l'alimentation de l'enfant, le contrôle du poids peut donner des indications, sinon tout est déclaratif. D'ailleurs certaines mères disent au cours des entretiens qu'elles mentent (par omission ou ouvertement) sur certaines de leurs pratiques (lait de vache à la place du lait infantile ; ajout de « farines » dans le lait, diversification précoce…) au personnel de la PMI, qui n'est pas toujours dupe (en témoignent certaines remarques faites après le départ de la mère). Par exemple, une femme qui allaite son bébé, un peu grassouillet. La mère affirme qu'il ne prend plus de tétées la nuit, mais l'auxiliaire de puériculture et la puéricultrice disent après son départ qu'elles sont persuadées du contraire (« le bar est ouvert ! » - expression désignant un allaitement à la demande la nuit).

Il peut arriver aussi que les informations délivrées aux différents professionnels par les mères ne soient pas les mêmes. On l'observe, là encore, sur la question des rythmes d'allaitement. La puéricultrice dit qu'elle sait très bien que des mères (notamment d'origine africaine) qui allaitent à la

demande sont incapables de compter le nombre de tétées quotidiennes de leur nourrissons, ce qui ne les empêche pas de dire au médecin qu'elles donnent les 6 tétées par jour dont elles savent que c'est la norme. Ainsi, une mère d'origine africaine sort du cabinet médical et la puéricultrice lui demande en riant combien de tétées elle a déclaré, la mère répond « 6 ou 7 » en riant également, personne n'est dupe, le pédiatre sans doute non plus, mais elles ont l'impression d'avoir évité un débat inutile. Il est important de noter que sur d'autres points, comme par exemple la prévention de l'excision (toujours avec les mères africaines), les relations sont moins détendues et si l'humour prédomine encore (« faut pas faire coupe-coupe, tu sais ! ») le rappel à la loi n'est jamais bien loin : « En France c'est interdit, tu peux aller en prison pour ça ». Dans certains procès pour excision, le personnel de la PMI a été assigné en justice.

Personnes âgées

Les associations d'aide à domicile sont en charge de porter la bonne parole, par l'intermédiaire de leurs intervenantes. Elles ont ainsi à la fois une fonction de contrôle de l'alimentation des personnes âgées et une fonction de prévention par la mise en application des prescriptions nutritionnelles. L'objectif affiché est de dépister les situations de dénutrition. Le contrôle passe notamment par le repérage des habitudes alimentaires et de leurs évolutions, des problèmes physiologiques (mastication), mais également par la surveillance des activités alimentaires (contenu des courses, stockage, etc.). Le « frigo » est un des emblèmes de ce suivi quotidien dans la mesure où son contenu permet de renseigner tout à la fois sur la diversité ou non des produits consommés, sur leur quantité et sur la fréquence de consommation. Par exemple, lorsque l'aide à domicile prend en charge la préparation de repas, elle peut en préparer à l'avance, pour deux ou trois jours. Dans certains cas, elle peut s'apercevoir que trois jours après, il y a des « restes », mais ce n'est pas toujours le cas (« c'est pas toujours facile de savoir si elle a mangé ce que j'ai préparé, surtout quand je suis pas là parce que je suis partie ailleurs ») Quant au rôle de prévention, elles doivent appliquer, autant que possible, les recommandations nutritionnelles, au moins les deux principes énoncés par le PNNS, à savoir diversité alimentaire et diversité des repas.

D'une manière générale, le respect ou non des rôles assignés dépend de la manière dont les aides à domicile positionnement l'alimentation dans leurs activités professionnelles. L'enquête montre en fait trois attitudes des aides à domicile au regard du rôle prescrit autour de l'alimentation.

- certaines aides à domicile se sentent « investies » d'une mission et valorisent fortement leur rôle au sein de l'espace domestique (qu'il soit chez elle ou chez la personne âgée) et s'investissent dans l'alimentation des personnes âgées. Elles assument le rôle demandé de diagnostic mais également le rôle de prescription. Ce sont les femmes les plus âgées et les moins diplômées qui ont intégré l'idée d'une « naturalisation de compétences féminines ».

- d'autres aides domicile prennent de la distance avec les recommandations institutionnelles et assurent les activités alimentaires *a minima*. Elles estiment ne pas avoir à intervenir « trop » sur l'alimentation des personnes âgées, sauf à surveiller « un minimum » dès lors qu'un régime médical doit être suivi. Elles assument en priorité un rôle de surveillance. Elles s'investissent peu dans le contenu même des courses, voire dans la préparation des repas des personnes âgées et préfèrent « faire » ce qui est demandé par la personne âgée

- enfin, d'autres sont critiques à l'égard des prescriptions qu'elles jugent parfois inadaptées à la réalité de l'expérience sociale du vieillissement en ce qu'elles sont contraignantes pour une personne jugée « en fin de vie ». Elles expriment souvent une certaine distance avec les recommandations institutionnelles qu'elles jugent « excessives », voire « abusives » par rapport à la personne âgée. Certaines aides à domicile soulignent le caractère coercitif des recommandations alimentaires. Loin d'exprimer une indifférence, elles expriment un regard moins « normatif » du point de vue alimentaire et ne se sentent pas porteuses, en ce sens, d'une « mission ».

Les aides de ces deux derniers types sont globalement plus jeunes, davantage formées et elles expriment le plus une distance avec l'assignation au rôle domestique. Ayant souvent suivi une formation diplômante, elles sont davantage intéressées par les processus biologiques et physiologiques du vieillissement que par les « pratiques normatives » autour notamment des activités alimentaires (Cardon, 2007).

Mais, si l'aide à domicile contrôle, elle est aussi « contrôlée » dans ses activités de prise en charge. Si les directeurs des associations rencontrés insistent sur l'importance des recommandations en matière d'alimentation, on peut se demander comment les associations arrivent à contrôler et évaluer la mise en application de ce qu'ils revendiquent comme relevant de « compétences » professionnelles. Comme le souligne une directrice d'association, il n'y a pas de « contrôle en soi ». En réalité, certaines informations circulent du domicile des personnes âgées vers les associations sur les pratiques professionnelles des aides à domicile. Ces informations peuvent être transmises par une personne âgée elle-même ou par un enfant (lors d'un entretien téléphonique par exemple) qui pourra se plaindre auprès de l'association d'une aide à domicile qui, selon elle, ne respecte pas les demandes (par exemple en matière de préparation alimentaire). Des informations peuvent être données parfois par une aide à domicile, par exemple lors d'un remplacement ou lorsque la prise en charge est assurée par deux aides à domicile qui vont intervenir à des moments distincts. Il existe en ce sens un autocontrôle entre aides à domicile qui peuvent « juger » les pratiques professionnelles de leurs consœurs.

On observe ici l'écart entre le rôle prescrit par les associations d'aide à domicile et le rôle réel assumé par les aides à domicile. Si certaines dénoncent les pratiques professionnelles des autres, c'est précisément parce qu'elles jugent qu'elles-mêmes mettent en pratique ce qui leur est demandé tandis que d'autres ne le font pas.

II. Réception des normes : des points communs entre les deux populations

Pour autant, malgré les différences de structures de diffusion des messages, lorsqu'on s'intéresse à la réception par les familles des prescriptions, on obtient des grilles d'analyse qui sont relativement proches. Certains items sont similaires, d'autres redécoupent différemment les configurations. La confrontation de nos grilles d'analyse respectives nous a permis d'affiner nos typologies.

a. Des grilles d'analyse qui se recoupent partiellement

Ainsi, au niveau des discours des personnes enquêtées (mères de jeunes enfants, personnes âgées), on repère trois postures face aux prescriptions et recommandations :

1. Adhésion

Certains des enquêtés adhèrent au discours nutritionnel et à l'importance de l'alimentation sur la santé. Cela passe par une adhésion aux normes nutritionnelles. Il est intéressant de souligner par exemple dans le cas de personnes âgées que bien souvent cette adhésion s'accompagne d'une recherche continue d'informations autour de l'alimentation. La plupart du temps, les personnes rencontrées sont dans une conception préventive de la santé et de l'alimentation qui se repère depuis longtemps dans le parcours de vie. Cette adhésion passe par la capacité des individus à s'informer, à comparer, à confronter les informations et les sources.

2. Contournement

Dans certaines situations, les personnes adoptent certaines recommandations nutritionnelles tout en les contournant ou tout en contournant d'autres. Dans ce type de stratégies, les personnes jouent en quelque sorte avec les normes pour satisfaire le maintien de leur régime alimentaire habituel tout en intégrant certaines recommandations. De nombreuses personnes âgées s'inscrivent dans ce registre. Par exemple, malgré des problèmes de santé nécessitant de limiter leur consommation de sel et de produits gras, certaines personnes cherchent à satisfaire leur goût pour la charcuterie. La même logique est à l'œuvre chez certaines mères de jeunes enfants qui mettent « un peu » de sucre « quand même » dans les yaourts de leurs enfants, parce qu'elles n'arrivent pas à le leur donner sans sucre du tout.

Dans d'autres situations, la non application d'une recommandation, voire d'un impératif normatif de santé (lié à un régime par exemple) est compensée par l'application d'une autre (qui n'est pas nécessairement recommandée dans le cadre d'un régime par exemple mais qui est recommandée par le PNNS). Cette stratégie de compensation du non respect de certains impératifs repose sur la mobilisation de plusieurs registres de justification dont deux fréquemment mobilisés : « manger des fruits et légumes » et la fraîcheur des aliments. Respecter une norme justifie alors des entorses à d'autres recommandations.

3. Résistance

D'autres enfin manifestent soit une résistance marquée soit une indifférence à ces questions.

La résistance aux normes médicales s'appuie le plus souvent sur l'adhésion à d'autres normes ou conseils (qu'ils soient d'origine familiale ou issus de l'expérience par tâtonnements). Inversement, l'adhésion peut s'expliquer par le rejet de conseils d'origine familiale pour les femmes qui sont en ascension sociale, ou peut se concilier avec ces derniers conseils pour les femmes d'origine supérieure.

Par exemple, sur l'allaitement, il existe un discours de promotion de l'allaitement maternel qui est très largement diffusé non seulement par le corps médical et paramédical mais aussi par certains membres du groupe de pairs, surtout dans les classes supérieures (où la proportion de femmes qui allaitent est très forte, de l'ordre de ¾ à l'époque du terrain, encore plus depuis). Dans ces milieux, les femmes qui ont décidé de nourrir leur bébé au biberon sont fréquemment en butte à ces discours qui les culpabilisent et construisent une posture offensive, basée sur l'inversion des arguments. Par exemple, la question des anticorps maternels censés protéger les nourrissons contre les maladies, est battue en brèche par l'évocation d'autres substances qui passent dans le lait (et qui sont

potentiellement toxiques, genre dioxine ou autres polluants) ou par l'expérience d'autres enfants nourris au biberon et qui ont été moins malades que d'autres nourris au sein. Il s'agit souvent de réactions assez violentes, témoignant de la pression qui pèse sur ces femmes et de la dimension potentiellement culpabilisante de ces discours de promotion de l'allaitement. Une réaction radicale s'observe très fréquemment dans le refus d'enquête : il a été très difficile d'enquêter auprès de femmes de classe supérieure ayant refusé d'allaiter.

Cette posture se rencontre aussi en milieu populaire : des cas de résistance avérée aux prescriptions énoncées en PMI, notamment autour de la diversification alimentaire ou de l'ajout de « farines » dans le biberon des nourrissons. On rencontre des tactiques allant de l'opposition frontale : « moi je fais comme faisait ma grand-mère » à la dissimulation « à la fin ben je leur mentais », d'une femme à l'autre voire pour une même femme au fil du temps. Dans tous les cas, ces résistances en milieu populaire s'appuient sur des exemples familiaux : ces expériences pratiques de femmes de leur famille (de la génération antérieure ou de leur fratrie), voire d'elles-mêmes avec leurs enfants précédents, témoignent du bien fondé de l'alimentation donnée au bébé. Tandis que l'adhésion aux normes de puériculture diffusées par la PMI est plus fréquente dans les situations d'ascension sociale par l'école, les configurations de résistance se rencontrent surtout chez les femmes en situation de reproduction sociale dans les classes populaires.

Dans d'autres contextes, la résistance se marque plutôt par une forme d'indifférence, et la non-réponse, ou des réponses par monosyllabes, aux questions sur l'alimentation. L'analyse de la situation d'entretien fait apparaître ces configurations, dans lesquelles l'enquêtée ne trouve manifestement aucun intérêt aux questions posées (indice que leurs enjeux implicites ne sont pas importants pour elle).

b. Le poids des facteurs de position sociale sur ces modalités de réception des normes

Dans le cas des personnes âgées, la position sociale a un impact sur la réception des normes, au sens où dans les classes supérieures le discours médical – émanant du médecin – a valeur de légitimité, tandis que dans les classes populaires ce sont plutôt des arguments pratiques – émanant des aides à domiciles – qui entrent en ligne de compte (Cardon 2009a).

On retrouve ce résultat dans l'analyse des mères de jeunes enfants : la hiérarchisation des conseils (de ceux qui sont suivis à ceux qui sont ignorés) repose sur les propriétés sociales de leurs émetteurs et de leurs récepteurs. On peut distinguer schématiquement deux ordres de légitimité : la légitimité qui repose sur une compétence professionnelle (et reproduit la hiérarchie interne aux professions médicales et para-médicales) – légitimité savante – et la légitimité qui repose sur l'expérience propre des soins aux nourrissons – légitimité familiale (Gojard 2010).

La question de savoir dans quel ordre de légitimité la personne enquêtée s'inscrit est globalement reliée à sa position sociale (appréhendée par sa propre position professionnelle, celle de son éventuel conjoint - pour les femmes âgées qui n'ont pas travaillé - ou par le diplôme pour les jeunes femmes n'ayant pas encore trouvé d'emploi) : schématiquement, les femmes de milieu populaire s'inscrivent plutôt dans une légitimité d'ordre pratique, basée sur l'expérience familiale (avec un recours privilégié à leur propre mère comme source de conseil) ; celles des classes supérieures plutôt

dans une perspective savante (légitimité sanctionnée par une compétence professionnelle), avec un recours privilégié au pédiatre. Cas de figure intermédiaire, dans les classes moyennes ou dans les fractions supérieures des classes populaires c'est surtout la trajectoire qui prime : les femmes en ascension sociale par l'école vont adopter un mode de légitimité savante (avec recours aux professionnels de la PMI ou de la crèche).

Un des enjeux de la différence entre ces deux ordres de légitimité (pratique versus savante) se situe dans la sanction encourue en cas de transgression des normes. A une légitimité pratique correspond ce que Durkheim définit comme une règle technique, dont la transgression se traduit immédiatement par l'échec de l'action (par exemple, on brise un verre si on ne le manipule pas avec soin), tandis qu'à une légitimité savante correspond une règle morale dont la transgression est marquée par une sanction sociale (réprobation marquée, blâme social, voire mise au ban d'un groupe) (par exemple, si on sort dans la rue en pyjama, on transgresse une convention sociale, mais, sauf par grand froid, cela ne met pas la santé en jeu).

c. L'importance de l'état de santé et d'éventuelles pathologies sur le respect des normes

Certains facteurs biographiques peuvent modifier le degré d'adhésion et de mise en application des normes. Par exemple, les accidents de santé, tels que l'apparition d'une allergie alimentaire, peuvent entraîner des changements importants dans les prescriptions (un certain nombre d'aliments deviennent interdits au moins pour l'enfant) et dans leur mise en œuvre.

En effet, le respect des prescriptions alimentaires bascule ici du registre des règles morales (si je fais manger à mon enfant des fraises alors qu'il n'a pas encore l'âge d'en manger, le médecin peut me dire que ce n'est pas bien parce que c'est trop tôt), au registre technique (s'il est allergique aux fraises, il va avoir des boutons, de l'asthme, etc.) Les transgressions deviennent donc immédiatement visibles, et ont des conséquences potentiellement graves pour la santé de l'enfant.

On observe des choses comparables dans le cas de personnes âgées atteintes de diabète, de cholestérol, ou d'autres pathologies. Par exemple, dans un couple, lorsqu'un des deux conjoints souffre d'une maladie liée à l'excès de cholestérol, la nécessaire et inévitable application du régime conduit effectivement à passer du registre des règles morales (« j'ai intérêt à manger de la viande pour maintenir ma musculature ») au registre technique (« si je mange trop de viande, notamment grasse, ce n'est pas bon pour mon cholestérol »).

Même dans les milieux populaires qui sont *a priori* le moins sensibles aux enjeux de prévention nutritionnelle, de telles configurations entraînent une adhésion aux normes concernées.

III. Appropriation / mise en pratique : les pratiques alimentaires quotidiennes au regard des normes

Si l'appropriation et la mise en pratique des recommandations sont en partie liées à des facteurs de position et trajectoire sociale, de manière plus visible, l'expérience acquise et le savoir-faire pratique jouent un rôle dans la modulation des recommandations au fil du temps. On voit également le poids de l'organisation domestique. L'analyse des pratiques alimentaires nous amène à reconsidérer partiellement la question du rapport aux normes dans certains cas où, malgré une forme d'adhésion aux normes, la mise en pratique des recommandations bute sur des contraintes diverses qu'il importe de mettre au jour. Mais dans la mesure où les organisations domestiques diffèrent entre les deux populations considérées, nous séparerons nos analyses sur ce point.

i. Les enfants :

Contraintes matérielles.

Les contraintes temporelles sont particulièrement saillantes dans les questions liées à l'allaitement. En effet, la mise en place d'un allaitement au sein, surtout à la demande, suppose une disponibilité à peu près totale de la mère, au moins les premiers temps. Certaines femmes invoquent cette contrainte pour justifier leur choix de nourrir leur bébé au biberon, notamment en mentionnant l'exemple de leurs proches (amies, sœurs ou belles-sœurs) qui ont allaité et ont été confrontées à ces questions de temps.

D'autres en font l'expérience par elles-mêmes, et allaitent moins longtemps que ce qu'elles pensaient faire, ou allaitent l'aîné mais pas le second, à cause de contraintes temporelles trop fortes. C'est notamment le cas de femmes appartenant aux classes supérieures, actives, diplômées, de ce fait particulièrement sensibles aux discours de promotion de l'allaitement maternel, mais qui sont confrontées à des difficultés de mise en pratique (surtout pour la poursuite de l'allaitement au-delà de la durée du congé de maternité, mais parfois même avant la fin du congé).

Les contraintes temporelles pèsent fortement sur les femmes actives (qu'elles appartiennent aux classes populaires ou supérieures) mais également dans certains cas sur les femmes au foyer : l'organisation quotidienne et la gestion domestique des ménages avec de jeunes enfants peuvent constituer également un frein à l'allaitement.

Inversement dans certains cas les structurations temporelles liées à l'univers professionnel sont facteurs de régularité favorable à la mise en place de certaines normes, notamment celles liées aux horaires de repas.

Facteurs biographiques

Âge de l'enfant

Un premier facteur de modulation de l'application des normes est lié au fait que l'enfant grandit. Les normes alimentaires changent avec l'âge de l'enfant, de même que leur plus ou moins grande emprise sur l'alimentation familiale. Si, dans un premier temps, on peut avoir une mise en pratique de prescriptions alimentaires destinées à l'enfant sans modifier l'alimentation familiale, la progressive intégration de l'enfant à la tablée familiale peut modifier les enjeux de son alimentation au regard de celle des autres membres du ménage. On peut schématiquement repérer plusieurs moments de confrontation entre les habitudes familiales et les prescriptions autour de l'enfant : la grossesse, l'allaitement, le moment où l'enfant commence à manger comme les adultes ou en même temps qu'eux.

C'est particulièrement visible sur un cas en particulier où tant que l'enfant était « bébé », soit au régime lacté, il prenait son biberon vers 19 heures avec sa mère, et elle-même attendait que son conjoint rentre vers 21 heures pour dîner avec lui. L'enfant grandissant, au moment de l'entretien, la mère explique que l'enfant dîne deux fois : il prend son dîner tout seul vers 19 heures, et revient piocher dans les assiettes de ses parents lorsque ceux-ci mangent à leur tour. Ce double dîner finit par poser problème sur le plan de son équilibre alimentaire, dans la mesure où le médecin recommande de veiller au poids de l'enfant. La mère prévoit donc de modifier l'organisation des soirées, soit au profit du maintien du diner familial, ce qui suppose que son conjoint modifie ses horaires de travail, pour être rentré au moment où l'enfant dîne, soit au profit du repas pris avec l'enfant : la mère dinera avec son fils et le père grignotera en rentrant plus tard (on est ici dans les classes supérieures, elle est chercheur, lui journaliste). Cette recherche d'une nouvelle routine est caractéristique des adaptations effectuées par les parents à différents moments suivant l'arrivée d'un enfant, mais qui ne sont pas repérables dès la naissance, et qui s'expriment différemment selon les modes de vie des familles : chez ceux qui ont une relative maîtrise de leurs horaires professionnels, la question de l'ajustement entre rythme de travail et rythme de la vie familiale ne se pose pas du tout dans les mêmes termes que chez ceux qui ont des horaires de travail imposés.

Il y a d'autres exemples où ce n'est pas l'organisation du repas mais son contenu qui change. Par exemple, un cas où une mère se met à consulter un nutritionniste au moment où son fils commence à partager ses repas. Elle-même est en surcharge pondérale. L'arrivée de son fils à table est l'occasion de repenser l'alimentation familiale, pour que l'enfant ne se retrouve pas en surpoids (cas situé dans de petites classes moyennes en ascension).

Nombre d'enfants

Les normes changent avec l'âge de l'enfant, mais elles changent aussi au fil du temps, ce qui peut les rendre différentes d'un enfant à l'autre. La constance ou non du recours aux prescripteurs engage donc la mise en application de normes du moment (et non de celles qui étaient valables pour l'aîné des enfants). Lorsque le recours aux prescripteurs n'est pas renouvelé, on peut observer des situations, apparemment paradoxales, où l'adhésion aux normes (reçues pour l'aîné) s'accompagne de pratiques d'alimentation du cadet qui ne sont pas conformes aux nouvelles normes (Gojard 2006).

L'expérience acquise (notamment avec plusieurs enfants successifs) favorise la mise en place de routines de soins qui peuvent déplacer la frontière entre le domaine domestique et le domaine médical (soumis à prescription). Ainsi, certaines mères qui, pour le premier enfant, consultaient très fréquemment, pour le moindre rhume, pour les différentes étapes de la diversification alimentaire, etc., considèrent pour les enfants de rang suivant que les conseils reçus à l'occasion du premier et le savoir-faire acquis leur permettent de gérer seules ces différents événements. Pour autant, dès que leur propre compétence leur paraît insuffisante, elles s'en remettent toujours aussi systématiquement à un prescripteur médical. Sans changement dans le système de recours aux prescripteurs, on assiste à une modification de la frontière au-delà de laquelle on fait appel à eux, dans le sens d'une plus grande autonomie (Gojard 2010).

Les recommandations nutritionnelles font partie des domaines qui peuvent basculer dans la sphère de l'autonomie, parce qu'elles sont intégrées dans la routine de l'alimentation quotidienne. Reproduction des calendriers de diversification mis en place pour le ou les aînés, voire diversification plus précoce sous l'influence du modèle alimentaire du ou des enfants plus grands, se conjuguent pour donner des éléments de cadrage qui ne nécessitent pas le recours à une source de conseils savante (trajectoire menant de l'adhésion vers le contournement voire l'affranchissement des normes). Inversement, certains ménages enquêtés, confrontés à l'évolution des normes dans le domaine de l'alimentation infantile, considèrent ce domaine comme particulièrement instable et requérant une mise à jour perpétuelle des savoirs.

ii. Les personnes âgées

Contraintes matérielles

Dans le cas des personnes âgées, la question des contraintes matérielles est centrale pour les pratiques alimentaires et leurs évolutions. Le vieillissement suppose en soi des contraintes matérielles liées à la déprise, à la dépendance et à sa prise en charge. Dans le cas de l'alimentation, d'une manière générale, les contraintes matérielles liées au lieu d'habitation, à la distance des commerces, à l'organisation de l'espace domestique, etc. ont un impact sur les modes d'approvisionnement et la préparation des repas. De manière schématique, on peut dire que les personnes âgées passent du temps à trouver des solutions à des problèmes pratiques pour essayer de maintenir leur alimentation (y compris en tenant compte de contraintes financières). Par conséquent, la mise en application des normes est prise dans une question plus globale, celle de la dépendance, notamment culinaire (Cardon, Gojard, 2009). Ainsi, plusieurs contraintes matérielles jouent sur les pratiques alimentaires :

- tout d'abord, toutes les contraintes liées à l'aménagement domestique, notamment, cas le plus fréquemment repéré, la cuisine. Par exemple, dans les cas de dépendance physique de femmes devant se déplacer en fauteuil roulant, cette contrainte peut conduire à un réaménagement de l'espace de cuisine visant à améliorer les déplacements, à faciliter la préhension des ustensiles, etc. L'impact sur l'alimentation dépendra en grande partie du degré d'investissement du conjoint dans les activités alimentaires notamment de préparation des repas. Rien de comparable entre une situation dans laquelle, malgré ses problèmes physiques, la femme continue à assurer l'intégralité des repas parce que son mari ne prend rien en charge et une situation dans laquelle le mari aide sa conjointe

(dans ces cas là, empiriquement, on observe surtout que l'homme exécute ce que lui dicte sa conjointe).

- A ces effets matériels domestiques se conjuguent aussi ceux des contraintes temporelles quotidiennes. Ces aspects sont particulièrement marqués dans les situations de ce qu'on appelle les prises en charge conjugale : une femme prend en charge son mari atteint par exemple de la maladie d'Alzheimer. Dans de nombreuses situations, ces femmes souhaitent, même si une aide à domicile intervient, conserver la prise en charge des activités alimentaires, courses et repas. Dès lors, tout est affaire de gestion des différents temps des activités quotidiennes, entre le temps à soi et le temps conjugal, dont celui de la prise en charge. Par exemple, certaines femmes continuent à préparer à manger, avec le souci de maintenir les habitudes alimentaires. Mais elles diminuent leur temps de préparation pour dégager du temps pour elles. Pour ce faire, les produits frais qu'elles utilisaient sont remplacés par des produits surgelés, utilisables en moins de temps. Dans ces exemples, la question des normes et de leur mise en pratique apparaît comme un souci « subsidiaire », il n'est pas au cœur des pratiques alimentaires car ce sont avant tout les problèmes de gestion et d'organisation des temps qui sont en jeu.

- Une autre contrainte matérielle est enfin liée à l'espace. Par exemple, la proximité ou non des commerces joue un rôle. C'est toujours le cas dans les situations de prise en charge conjugale. Ainsi, l'absence de commerces de proximité peut conduire à déléguer cette tâche et on rentre dans les problématiques de la délégation alimentaire qui a un impact sur l'alimentation. Et si la délégation se fait à une aide à domicile, alors est en jeu la propre gestion des temps et de l'espace par les professionnels qui ont en charge plusieurs personnes âgées (Cardon 2007).

<u>Enjeux de la délégation</u>

Le dernier point souligné est alors bien le problème de la délégation alimentaire. La délégation, c'est-à-dire le fait de faire faire à autrui ce qu'on ne peut plus faire soi-même est, on le sait, une ressource pour faire face à la déprise. Mais c'est aussi une contrainte car les effets de la délégation, notamment au regard des attentes des personnes âgées, dépendent fortement des types de relations et d'interactions sociales entre la personne âgée et celui ou celle qui prend en charge des activités.

C'est typiquement le cas des aides à domicile car, au-delà du rôle de contrôle et de prévention qui leur est assignée, on a déjà vu qu'il y a différentes façons de se positionner face à ce rôle (investies ou désinvesties). L'examen de la teneur de la délégation permet de dégager trois différentes manières d'accompagner les personnes âgées autour de l'alimentation et dans la mise en pratique des normes (Cardon, 2007) :

- « faire pour » : la personne âgée résiste aux recommandations et n'attend de la professionnelle qu'une subordination à ses demandes, que cette dernière soit investie ou non par ailleurs.

- « faire avec » : la personne âgée est dans l'attente mais dans l'échange. L'aide à domicile est investie et on observe bien la mise en pratique des recommandations qu'elle énonce, notamment via un partage, dans la mesure du possible, des activités de préparation culinaire. .

- « faire à la place » : la personne âgée se désintéresse de son alimentation et délègue entièrement. La relation repose d'autant plus sur le registre de la substitution que la personne âgée est indifférente aux recommandations alimentaires. Les transformations alimentaires peuvent être importantes mais ne le sont pas nécessairement. Elles dépendent fortement du type d'investissement de l'aide à domicile.

La mise en pratique des recommandations nutritionnelles apparaît donc comme fondamentalement liée aux formes de la délégation.

Facteurs biographiques

Plusieurs facteurs biographiques peuvent intervenir sur la mise en pratique de l'alimentation et son évolution. Trois seront ici retenues :

- la retraite : la retraite peut être un moment biographique conduisant à modifier certaines pratiques alimentaires et amenant à « faire attention ». Ici, la recherche d'une meilleure « qualité de vie » liée à la retraite, reliée à la CSP, peut conduire à modifier certaines pratiques alimentaires. Même si parfois l'attention portée à l'alimentation pour des raisons de prévention est antérieure à la retraite, cette dernière marque une étape et amplifie cette réalité. Dans d'autres cas, c'est le fait de « vouloir en profiter » qui peut conditionner certaines évolutions alimentaires (Cardon, 2009b).

- Le veuvage : le veuvage est, dans tous les cas étudiés, synonyme de transformations alimentaires. Par exemple, de nombreuses femmes se réapproprient des plats qu'elles avaient abandonnés avec leur mari (Cardon, 2009a). De même, on observe des transformations dans la structure du repas. Dans de nombreux cas, cela donne lieu à l'émergence d'un souci pour l'alimentation qui peut se manifester par l'intérêt à suivre un régime ou au contraire à enfin appliquer celui prescrit mais pas ou peu appliqué jusqu'alors (du vivant du mari). À l'inverse, le veuvage peut conduire à arrêter un souci pour soi autour de l'alimentation.

- Institutionnalisation temporaire ou hospitalisation : Au-delà des prescriptions alimentaires liées exclusivement à la maladie, le séjour en hôpital peut modifier plus globalement les pratiques alimentaires du ménage. Tout d'abord, au niveau du *régime alimentaire*, cela passe par l'intégration de nouveaux aliments et plats qui n'étaient pas consommés par la personne pour des raisons biographiques (par exemple rejet depuis l'enfance de la soupe, des yaourts, etc.), des raisons culturelles (par exemple, surconsommation de la pomme de terre) ou pour des raisons liées à l'avancée en âge (par exemple, ne plus pouvoir s'occuper de son jardin potager implique une moindre consommation de légumes). *A contrario*, le séjour en hôpital, lors du retour à domicile, peut conduire au rejet de certains aliments et plats dont la personne a été dégoûtée suite à son séjour. Sont incriminés les façons de « cuisiner » et les « plats préparés » consommés à l'hôpital, jugés « dégoûtants ». Sont également stigmatisés des régimes (sans sucre, sans sel) adoptés temporairement pendant le séjour qui conduisent au dégoût de certains aliments ou plats une fois à domicile. L'hôpital a également un impact sur la *structuration (séquences)* et *les horaires des prises de repas*. En premier lieu, l'apparition de nouvelles séquences (entrée, dessert) peut induire une *permutation* entre séquences (le dessert est remplacé par une entrée ou inversement) ou l'*allégement* d'une autre séquence. Ces phénomènes d'émergence ou de permutation s'observent également au niveau des prises des repas, le goûter pouvant dans certains cas remplacer le dîner.

Conclusion

L'analyse de l'alimentation impose de s'intéresser de manière détaillée à l'organisation du quotidien, et permet de ce fait des observations dont la portée dépasse le strict champ alimentaire. Par exemple, pour les personnes âgées, l'alimentation est un analyseur du vieillissement dès lors qu'elle conduit à s'interroger sur la prise en charge de ce que nous appelons la dépendance culinaire (Cardon, Gojard 2009). Cet objet permet également de mieux comprendre comment les personnes âgées puisent (ou non) dans leur environnement des ressources pour se « maintenir », c'est-à-dire pour faire face à la déprise (Cardon, 2009a). Pour les enfants, l'alimentation est révélatrice par exemple de définitions sociales de l'enfance (Chamboredon et Prévot, 1973), au sens de compétences attendues des enfants en fonction de leur âge (alimentation strictement lactée comme caractéristique d'un stade « nourrisson », dont la sortie est plus précoce chez les femmes de niveau de diplôme intermédiaire, puis chez les femmes les plus diplômées, puis chez les moins diplômées) (Gojard 2011).

Plus généralement, l'attention portée aux pratiques alimentaires permet de se pencher de manière précise sur la réception des normes, parce qu'elle oblige à comparer les prescriptions reçues et les pratiques effectives. Cela ouvre par exemple sur une analyse du rôle de parent et de ses déclinaisons selon la position sociale qui est assez peu faite par ailleurs. Du côté des personnes âgées, cela permet de s'interroger sur le modèle normatif idéal des politiques publiques de la personne âgée « patient-sentinelle » et d'en examiner l'impact au regard du sexe, de la position sociale ou de la trajectoire de vie. Ainsi, on retrouve, que ce soit chez les mères de jeunes enfants ou chez les personnes âgées, des attitudes face aux recommandations (du rejet à l'adhésion en passant par la négociation) qui sont révélatrices de dispositions à mettre en place des prescriptions savantes et qui dépendent étroitement de caractéristiques sociales. La mise en parallèle de ces résultats avec ceux qu'obtiennent des collègues travaillant sur d'autres types de populations (personnes en surpoids ou en situation de précarité par exemple) tend à conforter ces résultats (Lhuissier, Régnier, 2005 ; Régnier, Masullo 2009).

La confrontation entre les deux domaines, petite enfance et vieillesse, amène enfin à préciser davantage certains points. L'examen précis des conditions de diffusion et de mise en pratique des recommandations amène en effet à préciser les formes et les effets de la délégation des activités alimentaires. Dans le cas de la petite enfance, les personnes chargées de la diffusion des recommandations nutritionnelles ne sont que rarement en charge de l'alimentation de l'enfant (sauf dans le cas des crèches collectives) et ce n'est alors pas au domicile que se passe la prise en charge des repas. Dans le cas des personnes âgées au contraire, on observe une superposition entre le rôle de diffusion et celui de préparation des repas (dans certaines conditions de déficiences).

Cette question de la délégation à un tiers, qui impose de s'interroger sur l'organisation domestique, est spécifique à ces populations, et particulièrement aux personnes âgées. Cependant, l'élargissement à d'autres formes de délégation (aux secteurs des services ou plus généralement à l'espace marchand via l'usage de produits transformés) ouvre un véritable champ de recherche sur les liens entre conditions de vie et alimentation.

Éléments de bibliographie

Arborio A.-M. (2001), *Un Personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos-Economica, (réimpr. 2005), 334 p.

Avril Ch. (2003), « Les compétences féminines des aides à domicile », in *Charges de famille. Dépendance et parenté dans la France contemporaine,* F. Weber, S. Gojard et A. Gramain (dir.), Paris, La Découverte, p. 187-207

Cardon Philippe (2009a), « Manger en vieillissant pose-t-il vraiment problème ? Veuvage et transformations de l'alimentation des personnes âgées », *Lien Social et Politiques*, n°62, automne 2009.

Cardon Philippe (2009b), « Retraite et alimentation : les effets de la mobilité», *Recherches familiales*, n°6,, pp. 105-115.

Cardon Philippe, 2008, « Vieillissement et alimentation : les effets de la prise en charge à domicile »,*INRA Sciences sociales*, n°2.

Cardon Ph. (2007), « Vieillissement et délégation alimentaire aux aides à domicile : entre subordination, complémentarité et substitution », *Cahiers d'économie et de sociologie rurales*, n°82-83, pp. 139-166.

Cardon Ph., Gojard S. (2009), « Les personnes âgées face à la dépendance culinaire : entre délégation et remplacement », *Retraite et société*, n° 56, pp. 169-193.

Chamboredon J.-C., Prévot J. (1973). « Le "métier d'enfant". Définition sociale de la prime enfance et fonctions différentielles de l'école maternelle », *Revue française de sociologie*, volume 14 n°3, p. 295-335.

Darmon, M. (2003), *Devenir anorexique: une approche sociologique*, Paris : la Découverte, 349 p.

Eideliman J.-S., Gojard S., « "La vie à domicile des personnes handicapées ou dépendantes : du 'besoin d'aide' aux arrangements pratiques », *Retraite et Société* (numéro spécial « Face à la dépendance : familles et professionnels »), n° 53, janvier 2008, pp. 90-111

Fischler C. (1990), *L'homnivore, le goût, la cuisine et le corps*, Paris, Odile Jacob, 414 p.

Fischler C., Masson E. (dir.) (2008), *Manger, Français, Européens et Américains face à l'alimentation*, Paris, Odile Jacob, 336 p.

Gojard S. (2011), « L'alimentation dans la prime enfance, un révélateur de modèles de l'enfance dans la France contemporaine », *in* Bonnet D., Rollet C., de Suremain C.-E. (éd.), *Modèles d'enfances. Successions, transformations, croisements*, Éditions des archives contemporaines, Paris, (à paraître).

Gojard S. (2010), *Le métier de mère*, Paris, La Dispute, 222 p.

Gojard S. (2006), « Changement de normes, changement de pratiques ? Les prescriptions alimentaires à destination des jeunes enfants dans la France contemporaine », *Journal des Anthropologues*, (numéro thématique "Des normes à boire et à manger"), n°106-107, p. 269-285.

Gojard S. (2000), « L'alimentation dans la prime enfance - Diffusion et réception des normes de puériculture », *Revue Française de Sociologie*, vol. 41, n°3, pp. 475-512.

Lhuissier A. (2006), « Education alimentaire en milieu populaire : des normes en concurrence », *Journal des Anthropologues*, n°106-107, pp. 61-76.

Lhuissier A., Régnier R. (2005), « Obésité et alimentation dans les catégories populaires, une approche du corps féminin », *INRA Sciences Sociales*, n°3-4.

Lupton D., *The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body,* London, Sage 1995.

Moatti J.-P., Beltzer N., Dab W., (1993), « Les modèles d'analyse des comportements à risque face à l'infection à VIH : une conception trop étroite de la rationalité », *Population*, 5, p. 1505-1534.

Moatti J.-P., Dab W., Pollak M., Questnel P., Anès A., Beltzner N., Ménard C., Serrand C., (1990), Les attitudes et comportements des Français face au sida, */La Recherche/*, n° 223, p.888-895.

Moreno Pestana J.-L. (2006) « Un cas de déviance dans les classes populaires : les seuils d'entrée dans les troubles alimentaires », *Cahiers d'Economie et Sociologie rurales*, p.68-95.

Norvez A., *De la naissance à l'école. Santé, modes de garde et préscolarité dans la France contemporaine*, cahier INED "Travaux et Documents" n°126, Paris, PUF-INED, 1990.

Poulain J.-P. (2009), *Sociologie de l'obésité***,** PUF.

Régnier F. (2006), **«** Obésité, corpulence et souci de minceur : inégalités sociales en France et aux Etats-Unis », *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, Vol 41, n°2, pp. 97-103.

Régnier F., Lhuissier A., Gojard S. (2006), *Sociologie de l'alimentation*, Paris, La Découverte, 128 p.

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

Rollet C., *La politique de la petite enfance sous la troisième république,* Cahier INED "Travaux et Documents" n°127, Paris, PUF-INED, 1990.

Saint Pol T. (2006), « Corps et appartenance sociale : le cas de la corpulence en Europe », *Données sociales*, Insee, pp. 649–656.

Sobal J., Stunkard A. J. (1989), "Socioeconomic status and obesity: a review of literature", *Psychological Bulletin*, n° 105(2), pp. 60-275.

Stafleu A., Van Steveren W. A., De Graaf C., Burema J., Hautvast J. (1996), "Nutrition Knowledge and attitudes towards high-fat foods and low-fat alternatives in three générations of women", *European Journal of Clinical Nutrition*, n° 50 (1), pp. 33-41.

Wardle J., Parmenter K., Waller J. (2000), « Nutrition knowledge and food intake », *Appetite*, n° 34, pp. 269-274.

ALISS Working Papers

2011

2011-05 Etilé, F. ; Teyssier S. **Corporate Social Responsibility and the Economics of Consumer Social Responsibility**. *Aliss Working Paper, 2011-05,* août 2011, 33 p.

2011-04 Allais, O. ; Etilé, F. ; Lecocq, S. **Mandatory labeling vs. the fat tax: an empirical evaluation of fat policies in the French fromage blanc and yogurt market.** *Aliss Working Paper,* 2011-04, *juillet 2011, 43 p.*

2011-03 Fischbacher, U. ; Föllmi-Heusi, F. ; Teyssier, S. **Voluntary Standards and Coordination in Public Goods Games.** *Aliss Working Paper, 2011-03,* avril 2011, 30 p.

2011-02 Etilé, F. **Changes in the Distribution of the Body Mass index in France, 1981-2003: a Decomposition Analysis.** *Aliss Working Paper, 2011-03,* avril 2011, 41 p.

2011-01 Chevet, J.M. ; Lecocq, S. ; Visser, M**. Climate, Grapevine Phenology, Wine Production and Prices: Pauillac (1800-2009).** *Aliss Working Paper, 2011-01,* janvier 2011, 13 p.

2010

2010-07 Plessz, M. ; Gojard, S. **La consommation de légumes des ménages français : préparation domestique ou achats de produits transformés**. *Aliss Working Paper*, 2010-07, octobre 2010, 24 p.

2010-06 Blanchard, P.; Huiban, J.P**,** Mathieu, C. **The Dynamics of French Food Industries: Productivity, Sunk costs and Firm Exit,** *Aliss Working Paper, 2010-06*, juillet 2010, 26 p.

2010-05 Chandon, P., Etilé, F**. Comportements alimentaires et politiques de santé nutritionnelle. Prix, information, marketing quelles régulations** ? *Aliss Working Paper, 2010-04*, mai 2010, 20 p.

2010-04 Chandon, P., Etilé, F. **Marketing et économie des choix de consommation alimentaire en relation avec la santé : un bref état des lieux**, *Aliss Working Paper, 2010-04*, mai 2010, 30 p.

2010-03 Lhuissier, A., **Weight-Loss Practices among Working-class Women in France**, *Aliss Working Paper, 2010-03,* avril 2010, 13 p.

2010-02 Clark, A.E., Etilé, F. **Happy House: Spousal Weight and Individual Well-Being,** *Aliss Working Paper, 2010-02*, avril 2010, 32 p.

2010-01 Giraud-Héraud, E., Grazia, C., Hammoudi, A. **Hétérogénéité internationale des normes de sécurité sanitaire, stratégie des importateurs et exclusion des producteurs dans les pays en développement,** *Aliss Working Paper, 2010-01*, février 2010, 44 p.

2009

2009-05 Caillavet, F., Nichèle, V., Soler, L.G. **Are Nutrition Claims an Adequate Tool for Public Health?** *Aliss Working Paper, 2009-05*, juillet 2009, 21 p.

2009-04 Etilé, F., Jones, A.M. **Smoking and Education in France,** *Aliss Working Paper, 2009-04*, avril 2009, 55 p.

2009-03 Bruegel, M., Chevet J, M., Lecocq, S., Robin, J.M. **On the Crest of Price Waves or Steady as She Goes? Explaining the Food Purchases of the Convent-School at Saint-Cyr 1703-1788,** *Aliss Working Paper, 2009-03*, avril 2009, 50 p.

2009-02 Bazoche, P., Combris, P., Giraud-Héraud, E. **Willingness to pay for appellation of origin: results of an experiment with pinot noir wines in France and Germany,** *Aliss Working Paper, 2009-02*, janvier 2009, 18 p.

2009-01 Lhuissier, A. **"Faire régime": approches différenciées d'une pratique corporelle en milieu populaire,** *Aliss Working Paper 2009-01*, janvier 2009, 19 p**.**

2008

2008-10 Hammoudi, A ; Nguyen, H.H. ; Soler, L.G. **Segregation and testing strategies for GM / non GM coexistence in supply chains.** *Aliss Working Papes 2008-010,* octobre 2008. 31 p.

2008-09 Deola, C. ; Fleckinger, P. **Pesticide regulation : the case of French wine.** *Aliss Working Paper 2008-09,* octobre 2008, 23 p.

2008-08 Lecocq, S. **Variations in choice sets and empirical identification of mixed logit models: Monte Carlo evidence**, *Aliss Working Paper 2008-08,* août 2008, 23 p.

2008-07 Giraud-Héraud, E. ; Hammoudi, A. ; Hofmann, R. ; Soler, L.G. **Vertical relationships and safety standards in the food marketing chain,** *Aliss Working Paper 2008-07,* juillet 2008, 30 p.

2008-06 Régnier, F. ; Masullo A. **Une affaire de goût ? Réception et mise en pratique des recommandations nutritionnelles,** *Aliss Working Paper 2008-06,* juillet 2008, 51 p.

2008-05 Giraud-Héraud, E. ; Grazia, C. ;Hammoudi, A. **Strategies for the development of brands in the agrifood chains,** *Aliss Working Paper 2008-05,* juillet 2008, 34 p.

2008-04 Cardon, P ; Gojard, S. **Les personnes âgées face à la dépendance culinaire : entre délégation et remplacement,** *Aliss Working Paper 2008-04*, Juillet 2008, 22 p.

2008-03 Allais, O. ; Bertail, P. ; Nichèle, V. **The effects of a "Fat Tax" on the nutrient intake of French Households,** *Aliss Working Paper 2008-03,* Juin 2008, 36 p.

2008-02 Etilé, F. **Food Price Policies and the Distribution of Body Mass Index: Theory and Empirical Evidence from France,** *Aliss Working Paper 2008-02,* Juin 2008, 52 p.

2008-01 Boizot-Szantaï, C., Etilé, F. **Le prix des aliments et la distribution De l'Indice de Masse Corporelle des Français,** *Aliss Working Paper 2008-01*, Mai 2008, 19 p.