

questions  
de communication

## Questions de communication

27 | 2015

L'alimentation, une affaire publique ?

---

### Gouverner de l'intérieur

La prévention nutritionnelle comme mode de gestion publique du maintien des personnes âgées à domicile

*Governing from the Inside. Nutritional Prevention as Public Management Mode for Keeping the Elderly at Home*

**Philippe Cardon**

---



#### Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/questionsdecommunication/9692>

DOI : 10.4000/questionsdecommunication.9692

ISSN : 2259-8901

#### Éditeur

Presses universitaires de Lorraine

#### Édition imprimée

Date de publication : 1 septembre 2015

Pagination : 63-77

ISBN : 9782814302600

ISSN : 1633-5961

#### Référence électronique

Philippe Cardon, « Gouverner de l'intérieur », *Questions de communication* [En ligne], 27 | 2015, mis en ligne le 01 septembre 2017, consulté le 30 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/questionsdecommunication/9692> ; DOI : 10.4000/questionsdecommunication.9692

---

Tous droits réservés

PHILIPPE CARDON

Centre de recherche Individus, épreuves, sociétés

Université Charles-de Gaulle – Lille 3

F- 59 653

philippe.cardon@univ-lille3.fr

## GOUVERNER DE L'INTÉRIEUR. LA PRÉVENTION NUTRITIONNELLE COMME MODE DE GESTION PUBLIQUE DU MAINTIEN DES PERSONNES ÂGÉES À DOMICILE

**Résumé.** — *Gouverner de l'intérieur* pour assurer une meilleure alimentation et garantir le maintien à domicile : les politiques nutritionnelles à destination des personnes âgées s'imbriquent fortement aux politiques publiques de maintien des personnes âgées à domicile qui, depuis le rapport Laroque, constituent le socle de la gestion du vieillissement en France. Si ces politiques nutritionnelles à destination des personnes âgées s'inscrivent pleinement dans le gouvernement des populations, ce cadre prescriptif passe, pour les personnes âgées, par un *gouvernement des pratiques* liées à l'alimentation *via* les aides à domicile au cœur du domicile privé. Ainsi les enjeux autour de l'alimentation des personnes âgées constituent-ils un objet d'étude remarquable pour qui veut comprendre comment une affaire privée (l'alimentation) devient une affaire publique (la prévention de la dénutrition).

**Mots clés.** — Alimentation, personnes âgées, politiques nutritionnelles, gouvernement des pratiques, prévention de la dénutrition, *homo medicus*.

L'objet de cette contribution est l'étude du dispositif et des principes de normalisation, c'est-à-dire de la manière dont les pouvoirs publics élaborent la prévention nutritionnelle à destination des personnes âgées<sup>1</sup>. En effet, depuis 2001, les personnes âgées font l'objet d'une politique publique de prévention nutritionnelle (*via* le Programme national nutrition santé – PNNS – 2001-2005, 2006-2010, 2011-2015 ou encore le Plan national bien vieillir – PNBV<sup>2</sup>). Elles sont désignées par les pouvoirs publics comme « population cible » car jugée « population à risque » en raison des risques de dénutrition liés à l'avancée en âge et de ses conséquences sur leur vie quotidienne. Outre la mise en conformité aux neuf objectifs nutritionnels prioritaires destinés à l'ensemble de la population française<sup>3</sup>, l'objectif est de prévenir, dépister et limiter la dénutrition des personnes âgées, particulièrement chez celles vivant à domicile, la nutrition étant considérée, dans les programmes, comme un déterminant de santé fortement associé à la population âgée (Ferry *et al.*, 2007). Dans ce contexte, la dénutrition est un marqueur social du groupe des personnes âgées qui conditionne fortement le contenu des politiques publiques nutritionnelles à leur égard. Elle l'est d'autant plus que ces politiques sont concomitantes des politiques publiques du vieillissement qui, depuis le rapport Laroque publié en 1962, ont institué le maintien à domicile des personnes âgées comme la condition *sine qua non* leur garantissant une place dans la société (*versus* l'hébergement en institution comme l'exceptionnalité). Du reste, ces politiques publiques partent du constat, clinique, qu'entre 30 et 50 % des personnes âgées entrant en institution hospitalière seraient en situation de dénutrition<sup>4</sup>. Partant, leur objectif est d'agir en amont, au domicile des personnes âgées, puisque, dans l'idéal, améliorer l'alimentation c'est améliorer la santé et donc garantir le maintien à domicile. Et si les politiques nutritionnelles à destination des personnes âgées s'inscrivent pleinement dans le gouvernement des populations pour lequel « gouverner, c'est faire que chacun se gouverne au mieux soi-même » (Fassin, Memmi, 2004 : 25), ce gouvernement prescriptif passe par un *gouvernement des pratiques alimentaires* des personnes âgées (intervention sur le choix des aliments et des préparations culinaires) *via* les professionnels sanitaires et sociaux qui interviennent auprès d'elles au cœur de leur domicile. Ainsi ce dispositif de normalisation participe-t-il à la rationalité gouvernementale (Foucault, 2004) entendue comme une logique normative présidant à l'activité de gouverner les hommes directement (ici, au cœur de l'espace domestique), mais aussi indirectement en les amenant à se conduire en acteurs rationnels soucieux de leur santé. Il s'agit de

<sup>1</sup> Nous ne proposons pas ici une analyse de type *bottom up* des politiques publiques qui s'intéresse davantage à leur mise place à l'échelle locale par l'étude des interactions entre les différents acteurs (voir sur cet aspect Cardon, 2007, 2010, 2013).

<sup>2</sup> Le PNBV (2007-2009) faisait suite au Programme national Bien Vieillir (2003 puis 2005).

<sup>3</sup> Les neuf objectifs sont : augmenter la consommation de fruits et de légumes ; augmenter la consommation de calcium ; réduire la contribution moyenne des apports lipidiques totaux ; augmenter la consommation de glucides ; diminuer la consommation annuelle d'alcool par habitant ; réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne ; réduire de 2-3 mm de mercure la moyenne de la pression artérielle systolique chez les adultes ; réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité ; augmenter l'activité physique.

<sup>4</sup> Pour un bilan des travaux épidémiologiques sur la dénutrition, voir M. Ferry *et al.* (2007).

*gouverner l'intérieur* (c'est-à-dire transformer les représentations et les croyances liées à l'alimentation et à la santé) *de l'intérieur* (c'est-à-dire au cœur même de l'espace privé, en situation de face à face entre professionnels aidants et personnes âgées). Dès lors, à l'instar de Norbert Elias qui, dans ses travaux sur le processus de civilisation et le contrôle des émotions (1939), a montré la porosité des frontières entre espaces privé et public, nous verrons combien l'alimentation des personnes âgées constitue un objet d'étude remarquable pour qui veut comprendre comment une affaire privée (l'alimentation) devient une affaire publique (la prévention de la dénutrition), autrement dit comment les pouvoirs publics investissent un *gouvernement nutritionnel*<sup>5</sup>.

## Gouverner de l'intérieur

D'une manière générale, les politiques publiques de prévention nutritionnelle s'appuient sur différentes institutions (écoles, services sanitaires et sociaux, hôpitaux, médias) désignées comme « relais » de la prévention et de la diffusion de messages et recommandations à destination de différents publics « cibles », qu'il s'agisse des enfants, des adolescents, des femmes enceintes ou encore des personnes âgées. Or, dans le cas de ces dernières, une des spécificités du dispositif du gouvernement nutritionnel est que la diffusion des recommandations nutritionnelles se fait au cœur de l'espace domestique des personnes âgées *via* les personnes qui interviennent auprès d'elles à leur domicile, en situation de face à face.

### L'espace privé comme support de prévention contre la dénutrition

En effet, les pouvoirs publics désignent les personnes qui interviennent au domicile des personnes âgées « personnes relais » des politiques nutritionnelles : leur mission est de diffuser les messages et les recommandations de l'orthodoxie nutritionnelle et diététique pour prévenir et lutter contre la dénutrition, des travaux en gérontologie ayant montré combien la dénutrition peut conduire à une dégradation de l'état de

---

<sup>5</sup> L'article s'appuie sur une enquête menée auprès de Centre local d'information et de coordination (Clic) et de services d'aide à domicile de trois régions de France (Bretagne, Franche-Comté, Île-de-France), la région constituant un marqueur fort de différenciations sociales des habitudes alimentaires des personnes âgées (voir Gojard, Luissier : 2003). Elle est fondée, d'une part, sur un corpus de documents écrits fournis par les pouvoirs publics dans le cadre des politiques nutritionnelles à destination des personnes âgées (trois programmes nationaux nutrition santé, le *Guide nutrition à partir de 55 ans*, le *Guide nutrition pour les aidants des personnes fragilisées*, le *Livret d'accompagnement*, des documents de centres communaux d'action sociale – CCAS –, un *Test d'autoévaluation nutritionnelle*) et, d'autre part, sur des entretiens auprès de dix directeurs et directrices de services d'aide à domicile, de 25 aides à domicile employées par ces derniers et de personnes âgées. Il s'agit donc d'analyser le contenu prescriptif des politiques nutritionnelles *via* l'étude des documents rédigés par les pouvoirs publics et les discours des professionnels intervenant auprès des personnes âgées (directeurs de structures, professionnels sanitaires et sociaux).

santé des personnes âgées (Fried *et al.*, 2001). Bien que cette mission concerne l'ensemble des intervenants, qu'il s'agisse d'un ou de plusieurs enfants, de membres de la famille et/ou de professionnels sanitaires et sociaux tels les aides à domicile<sup>6</sup>, ce sont principalement ces derniers qui assurent clairement cette fonction de diffusion dans la mesure où elle fait partie de leurs nombreuses activités professionnelles (Avril, 2003 ; Cardon, 2007). L'objectif de cette diffusion est d'améliorer la qualité nutritionnelle de l'alimentation des personnes âgées et de prévenir la dénutrition. Du reste, les aides à domicile sont employées par des services d'aide à domicile<sup>7</sup> qui opèrent à l'échelle locale et sont intégrées à tout un maillage territorial de l'intervention publique, incarné par les centres locaux d'information et de coordination (Clic). Ces structures intermédiaires qui sont pensées comme les instruments de l'action publique (Lascoumes, Le Galès, 2005) ont vocation à organiser en particulier la prise en charge des personnes âgées en intervenant principalement au domicile de ces dernières.

En désignant ainsi les structures et leurs salariés intervenant auprès des personnes âgées comme relais des politiques publiques nutritionnelles, les pouvoirs publics font bien de l'espace privé la cible, le cœur des politiques publiques nutritionnelles à destination des personnes âgées. Le gouvernement nutritionnel passe par l'investissement de l'espace privé par les professionnels sanitaires et sociaux en charge de la gestion du vieillissement et du maintien des personnes âgées à domicile. L'espace privé devient bien ici le support d'un problème public et politique, celui de la lutte contre la dénutrition des personnes âgées. En la matière, ce dispositif qui ancre le gouvernement nutritionnel au cœur même de l'espace domestique privé constitue une caractéristique d'intervention publique propre aux personnes âgées car il est beaucoup moins présent, voire absent pour d'autres populations cibles, telles par exemple les jeunes mères de famille (Cardon, Gojard, 2011), population pour laquelle la diffusion de recommandations passe davantage par les centres de protection maternelle et infantile (PMI) ou par le médecin de famille, autrement dit en situation de face à face hors du domicile. Dans le cas des personnes âgées, c'est bien la situation de face à face entre l'aide à domicile et la personne âgée à son domicile, au cœur de l'espace privé, qui constitue le fondement de la diffusion des recommandations, c'est-à-dire du gouvernement nutritionnel.

## Quand améliorer l'alimentation est censé garantir le maintien à domicile

Or, cette spécificité de la diffusion des recommandations nutritionnelles en face à face au domicile des personnes est au centre de ce qui lie contractuellement ces dernières et leur aide à domicile, dans le contexte des nouvelles formes

<sup>6</sup> L'appellation « aide à domicile » recouvre trois catégories de « statut » : les agents de catégorie A (aucune formation diplômante), les « employés à domicile » de catégorie B (détenteurs d'une partie du diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale – DEAVS), les « auxiliaires de vie » de catégorie C (détenteurs du DEAVS).

<sup>7</sup> Les services d'aide à domicile sont majoritairement inscrits dans le réseau associatif ADMR (Aide à domicile en milieu rural) qui en compte plus de 3 200.

de contractualisation entre les aidants et les personnes âgées. En effet, cette contractualisation est inscrite dans la Loi n° 2002.2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Cette dernière introduit la protection des droits des usagers et assure à toute personne prise en charge des droits et libertés individuels (respect de la dignité, confidentialité des informations, accompagnement individualisé). Cette rénovation participe au nouveau modèle « contractuel de la prévention » (Dozon, 2001) qui garantit une individualisation de l'action d'intervention auprès des personnes âgées. Elle caractérise une nouvelle forme de relation entre professionnels et usagers puisque les premiers doivent aujourd'hui « travailler avec autrui » et non plus « pour » ou « sur » autrui (Astier, 2007). Dans ce cadre, les associations de service d'aide à domicile mettent en place un *contrat de prestation* entre la personne âgée et l'aide à domicile qui définit le contenu de l'intervention. Elles doivent également délivrer un « livret d'accueil » (établi conformément à l'article L.311-4 du Code de l'action sociale et des familles) aux personnes âgées dont l'intérêt est de rappeler aux personnes âgées leurs droits en tant qu'usagers, notamment en cas d'insatisfaction. Or – et ce point est fondamental – les questions alimentaires y occupent une place centrale puisque le livret est pensé comme un outil de prévention de la dénutrition. Ainsi est-ce parce que l'alimentation est devenue une affaire publique dans le cadre de politiques de santé publique que, dans le même temps, sa dimension privée en devient le support et participe aux politiques publiques de maintien des personnes âgées à domicile : améliorer l'alimentation, c'est améliorer la santé et donc garantir le maintien à domicile.

On comprend donc aisément que la prévention de la dénutrition des personnes âgées est concomitante des politiques publiques de leur prise en charge à domicile : les politiques nutritionnelles participent au maintien des personnes âgées à domicile et s'inscrivent parfaitement dans l'histoire de la gestion publique du vieillissement, et ce au moins depuis le rapport Laroque, publié en 1962, qui a institué le maintien à domicile des personnes âgées comme la condition *sine qua non* leur garantissant une place dans la société (*versus* l'hébergement en institution comme l'exceptionnalité). Ce principe a entraîné l'émergence d'une véritable politique publique de prise en charge à domicile *via* l'intervention à domicile de professionnels sanitaires et sociaux. Si la dénutrition est un marqueur spécifique au groupe social des individus âgés et conditionne fortement le contenu des politiques publiques nutritionnelles à leur égard, c'est précisément parce que, pour les pouvoirs publics, la prévention de la dénutrition est un support de gestion du vieillissement et du maintien de l'autonomie des personnes âgées à domicile. Politiques publiques de maintien à domicile et politiques nutritionnelles sont imbriquées : le gouvernement nutritionnel doit garantir le maintien à domicile. Ainsi voit-on comment les nouvelles formes de gouvernementalité adjoignent aux institutions (en l'occurrence, aux institutions de soin) un surplus de contrôle social des individus lors de leur prestation (Gori, 2013).

## Gouverner l'intérieur : le devoir de « manger sainement »

Les politiques nutritionnelles à destination des personnes âgées trouvent alors leur légitimité dans l'idée que les problèmes nutritionnels et, par extension, de santé sont liés non pas uniquement à des facteurs exogènes (population, environnement), mais également et surtout à des *facteurs endogènes* : ce sont les comportements individuels liés à des styles de vie qui conduisent les individus à développer des pratiques de consommation jugées à risques au regard de l'orthodoxie nutritionnelle et diététique (Bergeron, 2010). Dans le cas des personnes âgées, cette approche endogène des facteurs de risques serait renforcée par l'avancée en âge qui fragiliserait les individus, tant au niveau physique que psychique, et favoriserait les risques de dénutrition. L'objectif des politiques publiques nutritionnelles est alors de prévenir la dénutrition en modifiant les styles de vie et de consommation alimentaire des ménages de personnes âgées et ainsi d'améliorer, *via* une meilleure alimentation, leur état de santé. Il s'agit alors de *gouverner l'intérieur*, c'est-à-dire transformer l'esprit (les représentations sociales et les croyances liées à l'alimentation et à la santé) pour mieux modifier le corps (les pratiques et les habitudes quotidiennes alimentaires).

### Changer les représentations, les croyances et les habitudes...

Cependant, ce dispositif de normalisation s'impose moins au sujet qu'il ne le fabrique et contribue à lui fabriquer une identité sociale (Foucault, 1994) car le contenu des politiques nutritionnelles n'est pas contraignant et ne cherche pas à imposer de l'extérieur une norme décidée par une autorité (Bergeron, 2010). Il vise plutôt à changer de l'intérieur les représentations, les croyances et les attitudes qui seraient sources de comportements alimentaires à risques. Dans cette perspective préventive, idéalement, il s'agit en quelque sorte de remplacer un style de mangeur, jugé *a priori* non conforme à l'orthodoxie nutritionnelle et diététique, par un autre style de mangeur, un « mangeur âgé sain » (Cardon, 2013) ayant une alimentation « saine », « équilibrée ». Celle-ci permettrait de prémunir les personnes âgées contre certaines maladies (sarcopénie, diabète, cancer, maladie d'Alzheimer), de retarder leur vieillissement et, d'une manière générale, de prévenir leur dégradation physique et psychique.

Pour atteindre cet équilibre alimentaire, deux principes sont particulièrement préconisés par les pouvoirs publics. Le premier est celui de *la diversité alimentaire* (« manger de tout en petite quantité »). Il implique de manger des fruits, des légumes et de la viande (ou du poisson ou un œuf) une fois par jour. Il s'inscrit dans le prolongement de la règle d'or des diététiciens : « Manger de tout, le plus varié possible, en quantité raisonnable » (même si diversité et quantité « raisonnable » sont difficilement définissables). Le second principe est celui de *la diversité et de la régularité des repas* : « diversité » au sens du « modèle normatif français »

des trois repas par jour; la France restant du reste un idéaltype du modèle de l'alimentation domestique caractérisé par une forte stabilité du temps consacré aux activités culinaires et à la régularité des repas pris en famille (Régnier; Lhuissier; Gojard, 2006 ; Lhuissier et al., 2013) ; « régularité » au sens de « régularité des heures des repas » (« manger à heures fixes »). Bien que ces recommandations ne concernent pas spécifiquement la population âgée (elles s'adressent à l'ensemble de la population), les maux qu'elles sont censées prévenir lui sont propres : pour le ministère de la Santé, « la personne âgée doit maintenir une alimentation en quantité équivalente à celle des adultes plus jeunes, mais également riche et variée, au risque de développer une dénutrition. Les régimes trop stricts qui peuvent entraîner une perte de goût et d'appétit doivent être évités, afin de parer à des carences calciques, protéiques, énergétiques qui favorisent *in fine* la survenue de maladies ou d'accidents » (MSS, 2006 : 32), telles les chutes (pouvant conduire à des fractures du bassin ou des hanches).

## Pour mieux aider à « se gouverner soi-même »

Ainsi les personnes âgées sont-elles conviées à surveiller leur régime alimentaire, à supprimer les facteurs de risques de maladie (sucre, sel, alcool) en s'appropriant une alimentation « saine » et « équilibrée ». De fait, cela suppose que les personnes âgées soient des acteurs ou des actrices en devenir de leur propre transformation, attentifs à eux-mêmes c'est-à-dire se constituer en sentinelle de ses comportements alimentaires, soucieux de respecter un certain nombre de recommandations émanant des pouvoirs publics et à visées sanitaires pour, au final, devenir un « mangeur âgé sain ». On retrouve ici implicitement la figure du « patient-sentinelle » mise en exergue par Patrick Pinel (1992) dans ses travaux sur la maladie.

Cette conception de la prévention à destination des personnes âgées incite ces dernières à se conformer à l'idéal normatif de la prévention nutritionnelle et s'inscrit pleinement dans la promotion pour une « alimentation saine » mise en œuvre par les pouvoirs publics. Elle s'appuie sur le paradigme de l'éducation pour la santé, développé depuis les années 70 par le Centre français d'éducation pour la santé<sup>8</sup>. Cette éducation vise à transformer les individus en acteurs de leur propre santé, qu'il s'agit de construire et donc de préserver. Elle fait le pari que les individus veulent améliorer leur qualité de vie, ce qui doit passer par l'adoption d'habitudes de vie saines permettant d'accéder au bien-être. Dans le domaine de la prévention, cette éducation cherche à développer la capacité des personnes à s'autoréguler suivant les recommandations de santé publique en matière de risques et de bénéfices associés à divers comportements (Etilé, 2013). Ce principe participe de nouvelles formes de la gouvernance des corps pour laquelle gouverner, c'est faire en sorte que les individus se gouvernent eux-mêmes (Fassin, Memmi, 2004).

<sup>8</sup> Depuis 2002, l'Institut national de la prévention et de l'éducation à la santé a succédé au Centre français d'éducation pour la santé.



Il vise à la *responsabilisation sanitaire* des individus comme l'expression d'un *souci de soi* (Foucault, 1984) et s'inscrit dans un processus généralisé d'individualisation des politiques publiques de prévention et de prise en charge (Astier, 2007). Ici, on suppose que le choix de la bonne alimentation et donc de la bonne santé (liée à un bon style de vie) impliquant l'abandon de comportements à risques résulterait d'une autonomie assumée et recouvrée (Bergeron, 2010).

Ainsi comprend-on aisément que ce changement de l'intérieur n'est pensé possible que parce que ce processus de normalisation repose sur une conception de l'individu acteur; autonome, réflexif, capable de faire les bons choix en matière de santé et d'alimentation. Il doit se comporter en véritable *homo medicus* (Pinel, 1992 ; Peretti Watel, 2000), c'est-à-dire agir et consommer en ayant toujours à l'esprit la préservation d'un capital santé (au sens de Michel Foucault) ; l'*homo medicus* étant une figure symptomatique du sujet néolibéral qui se transforme en « entrepreneur de lui-même » soucieux de son propre intérêt. Ainsi, si les aides à domicile ont à surveiller et prévenir; ont-elles aussi vocation à amener les personnes âgées à mieux se surveiller elles-mêmes pour mieux prévenir les maladies. De fait, l'alimentation participe à ce processus général de ce qui est considéré comme une amélioration de la santé en incitant les individus à faire eux-mêmes des efforts pour maîtriser et améliorer leur propre santé. La prévention, ici de la dénutrition, est alors le principe de la légitimation de la gestion publique des affaires privées au cœur même de l'espace domestique des personnes âgées. Ainsi les politiques publiques incitent-elles les personnes âgées à se surveiller par un regard réflexif sur leur comportements, afin d'améliorer leur alimentation et par la même leur santé et leur vie quotidienne à domicile. Une « bonne alimentation » serait garante du maintien à domicile et de l'autonomie.

Dans le même temps, si ces politiques publiques nutritionnelles visent à améliorer l'alimentation et la santé des uns pour mieux les maintenir à domicile, c'est aussi pour ériger la santé comme un bien de tous, reconnu par tous, dans l'intérêt de tous. Elles ont vocation à construire un monde commun où « construction de soi et construction d'un monde commun vont de paire » (Rosanvallon, 2002 : 360). Améliorer la santé de chacun, c'est aussi améliorer la santé de tous... à condition que chacun prenne ses responsabilités, c'est-à-dire se surveille lui-même et mange sainement. Car ériger en droit le fait d'être bien alimenté en mobilisant des dispositifs de normalisation repose sur le principe de « contrepartie » (Warin, 2009) : « L'infortune peut être réparée et compensée (droit) ; mais l'on doit tout faire pour la prévenir (devoir de bonne santé) » (Bergeron, 2009 : 102). C'est donc le devoir de « manger sainement » qui est au cœur du gouvernement nutritionnel, l'art de gouverner les conduites consistant à s'assurer la complicité active des individus en vue de leur propre régulation établie et légitimée par les normes (Gori, 2013).

## Gouverner les pratiques ou comment « surveiller » et « prévenir »

Pour s'approprier cette figure de l'*homo medicus*, les personnes âgées peuvent compter sur un allié : les aides à domicile qui ont vocation à agir sur les pratiques liées à l'alimentation, c'est-à-dire les activités d'approvisionnement, de préparation culinaire et de consommation au cœur du domicile. Car, dans ce contexte, le gouvernement nutritionnel passe effectivement par un *gouvernement des pratiques* qui sert finalement de support de socialisation des personnes âgées au modèle de l'*homo medicus* ; socialisation au sens du processus par lequel les relations entre tiers conduisent à fabriquer des corps et des esprits, certes âgés, mais sains et donc en bonne santé. Ce processus passe par un façonnage, un modelage, une inflexion des pratiques alimentaires. S'il s'agit de modifier des styles de vie et des habitudes alimentaires, cela passe bien par l'inflexion des pratiques. Pour le dire autrement, c'est en travaillant sur les pratiques que les agents socialisateurs sont censés opérer la socialisation secondaire à l'orthodoxie nutritionnelle. S'il y a bien un enjeu majeur à l'œuvre dans les politiques nutritionnelles, c'est bien celui relatif aux manières dont ces divers agents sociaux, souvent étrangers aux problèmes de santé (par leur formation et leur trajectoire), pensent et régulent non seulement les conduites et les pratiques mais aussi les usages de soi relatifs à l'histoire biologique ou biographique de l'individu.

### Les savoirs nutritionnels comme légitimation de l'intervention

Pour que cette inflexion puisse s'opérer, elle doit trouver une source de légitimité d'action des intervenants auprès des personnes âgées. Pour les pouvoirs publics, le gouvernement nutritionnel doit trouver sa source de légitimité d'action dans l'acquisition, par les professionnels sanitaires et sociaux, des savoirs liés à l'orthodoxie nutritionnelle et diététique d'une part, des savoirs techniques et pratiques liés à la cuisine d'autre part. Ici, c'est bien le gouvernement des pratiques (en l'occurrence alimentaires) qui sert de support à la diffusion des modèles normatifs des règles d'or de la nutrition et de la diététique. Pour ce faire, ces personnes relais, dont la « mission est d'améliorer la qualité nutritionnelle de leur alimentation » et de promouvoir le modèle de l'*homo medicus*, sont censées s'appuyer sur des outils d'informations et de formations spécifiquement liés à la nutrition et à la diététique mais aussi sur des outils pédagogiques produits par les pouvoirs publics, et dont elles mettront les recommandations en pratique au domicile même des personnes âgées. À titre d'exemple, depuis fin 2006, le Programme national nutrition santé a publié le *Guide nutrition à partir de 55 ans* et le *Guide nutrition pour les aidants des personnes fragilisées*, ainsi qu'un *Livret d'accompagnement* de ces deux guides destinés aux professionnels de santé. Cette communication se concrétise également par la mise en place de formations auprès des services de soins infirmiers à domicile, en liaison avec les associations et les fédérations du secteur. Elle se fait également auprès

du personnel non soignant qui intervient à domicile tel les aides à domicile (en liaison avec les associations, les fédérations du secteur et les collectivités locales), les travailleurs sociaux (en liaison avec les conseils généraux et les centres communaux d'action sociale – CCAS) et les porteurs de repas à domicile (en liaison avec les mairies et les CCAS). De fait, les pouvoirs publics désignent les structures intermédiaires, particulièrement les associations de service d'aide à domicile, espace de relais et de transmission de savoirs, de recommandations, de prescriptions et de modèles professionnels auprès des aides à domicile qui, parce qu'elles prennent en charge tout ou partie des activités alimentaires des personnes âgées, seront chargées, au domicile de ces dernières, de diffuser les recommandations nutritionnelles et diététiques.

## Une approche médicalisée du gouvernement des pratiques...

Dans ce contexte d'acquisition de compétences de légitimation de l'intervention, les aides à domicile sont formées à deux types de savoir sur l'alimentation : des savoirs et des connaissances scientifiques, en particuliers les savoirs nutritionnels et diététiques relatifs par exemple à la composition des aliments (et de ce que cela implique physiologiquement) et des savoirs techniques sur l'achat, la préparation et la composition des repas (équilibre, organisation de la préparation, achat, etc.). Ainsi les politiques nutritionnelles mettent-elles en avant une approche « médicalisée » de l'alimentation : les choix alimentaires doivent désormais se faire au regard non pas de raisons gastronomiques ou symboliques, mais au regard de raisons d'ordre médical (nutritionnel et diététique), d'une part, d'ordre social par le maintien et le respect de la norme des trois repas par jour et la régularité des heures des prises des repas, d'autre part.

L'acquisition de ces compétences légitimes se fait alors par trois types de canaux de formation. D'abord, la première source d'information est écrite : les intervenantes à domicile peuvent bénéficier des publications du PNNS (*Guide nutrition pour les aidants des personnes âgées*) destinées tant aux proches qu'aux professionnels intervenant auprès des personnes âgées. Le guide propose des recommandations liées au quotidien et à la surveillance de ces dernières (surveiller le poids, l'hydratation, l'activité physique, le contenu du frigidaire), mais également des « astuces » liées à l'organisation même des activités autour de l'alimentation (courses, préparation des repas), ainsi que des prescriptions diététiques relatives au contenu même des repas (sous forme de rubriques : « idées menus », « fiches recettes »). Ensuite, les associations travaillent en collaboration avec des diététiciens. Le rôle de ces derniers est de transmettre, *via* des interventions, des recommandations nutritionnelles et diététiques auprès des professionnelles intervenant à domicile. Ils mettent également en place des programmes de suivi alimentaire, sous la forme, par exemple, d'un *test d'autoévaluation nutritionnel (NSI)* distribué aux personnes âgées par les aides à domicile et/ou les infirmières intervenant à leur domicile. L'objectif est de repérer, sous la forme d'un mini-questionnaire composé de dix questions sur trois thèmes

(situation sociale et économique, situation physiologique et médicale, contenu alimentaire), le contexte de vie et la situation nutritionnelle de la personne. Enfin, les associations employeuses proposent des formations destinées aux aides à domicile (notamment à ceux ne possédant pas le diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale – DEAVS). Ces formations portent sur l'équilibre alimentaire, l'hygiène alimentaire, mais également sur les techniques alimentaires (recettes, préparation des repas)<sup>9</sup>. D'une manière plus générale, l'objectif des associations est de pallier la diversité des parcours scolaires et professionnels des aides à domicile (Avril, 2003). La valorisation de connaissances et de compétences sur l'alimentation participe du reste du processus de professionnalisation du métier d'aide à domicile en cours depuis le début des années 2000 par la création du DEAVS ou la valorisation des acquis de l'expérience (VAE).

## Au cœur des pratiques professionnelles prescrites

Ces compétences de légitimité servent ensuite de support dans le gouvernement des pratiques par la prescription de deux rôles professionnels pour lesquels les pratiques occupent une place centrale. Dans les interactions quotidiennes entre les personnes âgées et les intervenants, le gouvernement nutritionnel passe par un travail de surveillance et de prévention de ces dernières au cœur de l'espace domestique.

En effet, idéalement, le rôle des aides à domicile est de surveiller l'alimentation des personnes âgées et de prescrire éventuellement des recommandations et conseils nutritionnels. Ainsi sont-ils invités à observer, juger, conseiller et intervenir sur les activités alimentaires (courses, préparation et contenu des repas), voire à réaliser elles-mêmes tout ou partie de ces tâches. Pensée par les pouvoirs publics comme support de diffusion des recommandations, cette intervention nécessite, pour les aides à domicile, « d'investir » les lieux (cuisine, placards, etc.), les objets (réfrigérateur, ustensiles), les façons de cuisiner censées être des indicateurs des habitudes alimentaires des personnes âgées.

Dans la mesure où les politiques nutritionnelles visent à lutter contre les problèmes de dénutrition au fil du vieillissement, les aides à domicile sont d'abord invités à assurer un *rôle de vigilance*, par l'observation et la connaissance du cadre de vie et des habitudes alimentaires des personnes âgées (pouvant nécessiter, dans un second temps, des recommandations visant à améliorer l'alimentation). Pour cela, on leur demande de repérer les comportements et habitudes alimentaires quotidiens des personnes âgées et d'être vigilantes à leurs évolutions et transformations au fil du temps. Le dispositif pratique de surveillance peut comporter la tenue d'un carnet d'habitudes alimentaires servant de support à la mémorisation des préférences

---

<sup>9</sup> Par exemple, dans le cadre de la formation continue *via* la valorisation des acquis de l'expérience (VAE), les formations reprennent des modules du DEAVS tel le « Module 5 : Alimentation - Repas - Règles de l'hygiène alimentaire, conservations des aliments, techniques culinaires ».

en matière d'aliments, de façons de cuisiner ou de plats. Outre l'indexation des préférences alimentaires, ils sont également chargés de repérer les problèmes physiologiques pouvant, chez les personnes âgées, conduire à modifier l'alimentation : problèmes de mastication, de déglutition, de digestion, etc. Cette vigilance nécessite notamment une surveillance quotidienne de l'approvisionnement alimentaire. Bien que la prise en charge des courses par les aides à domicile facilite beaucoup le contrôle sur l'approvisionnement et donc sur ce qui peut être consommé, cela ne garantit pas pour autant que les personnes âgées consommeront effectivement l'intégralité de ce qui a été acheté et préparé. Ainsi l'observation des espaces domestiques liés à l'alimentation et, en particulier, des lieux de stockage devient-elle un indicateur important pour les aides à domicile. 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 les fréquences de consommation. Quand bien même le contenu du « frigo » ne permet pas toujours « de savoir si elle a jeté des trucs » (selon l'expression d'une aide à domicile rencontrée), vérifier le contenu de la poubelle peut s'avérer un moyen supplémentaire de vigilance. Un simple coup d'œil renseigne parfois sur ce qui a été réellement mangé et sa quantité. Il est donc demandé aux aides à domicile de se familiariser en quelque sorte avec les habitudes des personnes âgées, par leur manière de stocker tel ou tel type d'aliment, de préparer à manger tel ou tel type de plat.

À ce rôle de vigilance, se juxtapose un rôle de prévention : l'aide à domicile doit assurer un suivi de la personne âgée non seulement par la prise en compte de son état général et de son type d'alimentation, mais également en lui proposant, en fonction de ses besoins (notamment nutritionnels), un « traitement personnalisé », c'est-à-dire une alimentation « adaptée » : favoriser une alimentation jugée « saine » et « équilibrée », inciter la personne à surveiller son alimentation, limiter, voire supprimer les facteurs de risque, proposer une alimentation adaptée à son profil sanitaire. On retrouve ici les deux principes énoncés par le PNNS, à savoir diversité alimentaire et diversité des repas. Cela passe par des recommandations sur les produits à acheter, sur les façons de cuisiner et les plats à consommer. Les aides à domicile sont également invités à transmettre des « petites astuces » pour, par exemple, améliorer le goût ou la texture de certains plats (par exemple, ajouter des flocons de purée dans la soupe pour la rendre « plus épaisse »). Plus globalement, il leur est demandé de participer à l'élaboration des menus, voire à la préparation des repas (qu'il s'agisse d'aider à faire ou de préparer l'intégralité du repas), pour garantir la conformité des repas aux recommandations nutritionnelles et diététiques. Les aides à domicile assurent ensuite un rôle de relais auprès des associations lorsqu'un problème de changements de comportements alimentaires (ou de dénutrition) est repéré. Ici, les pouvoirs publics, *via* les services d'aide à domicile employeurs, valorisent et véhiculent un modèle professionnel idéal-typique que nous appelons « l'aidant professionnel-préventeur » (l'aide à domicile) qui participe d'une définition du métier basée sur l'accompagnement de la personne âgée dans les actes de la vie quotidienne (on retrouve ici ce qui est au fondement même de l'allocation personnalisée d'autonomie).

## Conclusion

*Gouverner de l'intérieur* pour assurer une meilleure alimentation et garantir le maintien à domicile : s'il fallait résumer en une phrase notre propos, cette assertion serait la meilleure. Les politiques nutritionnelles à destination des personnes âgées s'imbriquent fortement aux politiques publiques de maintien des personnes âgées à domicile qui, depuis le rapport Laroque, constitue le socle de la gestion du vieillissement en France. Dans ce contexte général, l'alimentation domestique, affaire privée, et son pendant public et politique, la lutte contre la dénutrition, participent au maintien des personnes âgées à leur domicile par la gestion préventive qui en est faite à l'échelle locale par le biais des professionnels sanitaires et sociaux intervenant auprès d'elles. Pour ces intervenants, l'alimentation devient le support de qualification ou de disqualification de la capacité des ménages à « bien manger » au sens de l'orthodoxie nutritionnelle, les pouvoirs publics ayant fait de l'alimentation l'alpha et l'oméga du « bien vieillir » (une « bonne alimentation » devant permettre de préserver un corps sain et actif), en désignant les intervenants à domicile comme relais des normes nutritionnelles (« manger moins sucré, manger moins gras, manger moins salé », « manger plus de viande ») destinées aux personnes âgées. Ainsi la politique de prévention de la dénutrition est-elle pensée comme un gouvernement de l'intérieur, au cœur même de l'intime, de l'espace domestique *via* le rôle de relais que sont censées assurer les personnes intervenant auprès des personnes âgées. C'est parce qu'elles ont vocation à intervenir sur les pratiques alimentaires des ménages que ces dernières constituent des leviers de normalisation sociale et de diffusion du modèle de l'*homo medicus* qui présupposent l'appropriation de certaines normes de l'orthodoxie alimentaire par les personnes âgées qui doivent alors se constituer en sujet rationnel, soucieux de sa santé. Pour autant (et bien que cette question n'ait pas été traitée dans cet article), il importe de souligner combien, au-delà du principe normatif qui préside à la mise en œuvre des politiques nutritionnelles à destination des personnes âgées, les pratiques liées à l'alimentation, si elles sont support de normalisation, sont aussi des espaces de résistance : celle de certaines personnes âgées elles-mêmes au gouvernement nutritionnel par la confrontation entre normes (les leurs et celles de l'orthodoxie nutritionnelle) ou par un rejet d'une action publique les assignent en quelque sorte à résidence dès lors que les pratiques alimentaires et leurs évolutions sont pensées comme des marqueurs de vieillissement ; celle également des aidants professionnels prenant clairement leurs distances avec leur assignation à gouverner les pratiques alimentaires et à diffuser les normes (Cardon, 2007, 2010, 2013). Cela ouvre des pistes de réflexion sur l'étude de la mise en œuvre des politiques publiques et de la place de la subjectivité des acteurs et de leur capacité à ce que Michel Foucault appelle la « critique », c'est-à-dire « l'art de ne pas être totalement gouverné » (Foucault, 2015).

## Références

- Astier I., 2007, *Les nouvelles règles du social*, Paris, Presses universitaires de France.
- Avril C., 2003, « Les compétences féminines des aides à domicile », pp. 187-207, in : Weber F., Gojard S., Gramain A., dirs, *Charges de famille. Dépendance et parenté dans la France contemporaine*, Paris, Éd. La Découverte.
- Bergeron H., 2010, « Les politiques de santé publique », pp. 79-111, in : Borraz O., Guiraudon V., dirs, *Politiques publiques. 2. Changer la société*, Paris, Presses de Sciences Po.
- Borraz O., Guiraudon V., dirs, 2010, *Politiques publiques. 2. Changer la société*, Paris, Presses de Sciences Po.
- Cardon P., 2007, « Vieillesse et délégation alimentaire aux aides à domicile : entre subordination, complémentarité et substitution », *Cahiers d'économie et de sociologie rurales*, 82-83, pp. 139-166.
- 2010, « Regard sociologique sur les pratiques alimentaires », *Gérontologie et société*, 134, pp. 31-42.
- 2013, « La diffusion des recommandations nutritionnelles à l'épreuve des interactions sociales. L'exemple des aides à domicile », pp. 273-292, in : Depecker T., Lhuissier A., Maurice A., dirs, *La juste mesure. Une sociologie historique des normes alimentaires*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- Cardon P., Gojard S., 2011, « La diffusion des recommandations nutritionnelles au regard des conditions de vie. Comparaison enfance et vieillesse », working paper, Unité de recherche Alimentation et sciences sociales.
- Dozon J.-P., 2001, « Quatre modèles de prévention », pp. 23-46, in : Dozon J.-P., Fassin D., dirs, *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland.
- Elias N., 1939, *La Civilisation des mœurs*, trad. de l'allemand par P. Kamnitzer, Paris, Pocket, 2002.
- Etilé F., 2013, *Obésité, santé publique et populisme alimentaire*, Paris, Éd. Rue d'Ulm.
- Fassin D., 1996, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, Presses universitaires de France.
- Fassin D., Memmi D., 2004, *Le Gouvernement des corps*, Paris, Éd. de l'École des hautes études en sciences sociales.
- Ferry M., Alix E., Brocker P., Constans T., Lesbourd B., Mischlich D., Pfitzenmeyer P., Vellas B., 2007, *Nutrition de la personne âgée*, Issy-les-Moulineaux, Masson.
- Foucault M., 1984, *Histoire de la sexualité*, vol. 3, *Le Souci de soi*, Paris, Gallimard.
- 1994, *Dits et écrits 1954-1988*, t. 3, 1976-1979, Paris, Gallimard.
- 2004, *Sécurité, territoire, population*, Paris, Éd. Le Seuil.
- 2015, *Qu'est-ce que la critique ?*, suivie de *La culture de soi*, Paris, J.Vrin.
- Fried L. P., Tangen C. M., Walston J., Newman A. B., Hirsch C., Gottdiener J., Seeman T., Tracy R., Kop W. J., Burke G., McBurnie M.A., 2001, « Frailty in Older Adults : Evidence for a Phenotype », *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 3, vol. 56, pp. M146-M156.

- Gojard S., Lhuissier A., 2003, « Monotonie ou diversité alimentaire : les effets du vieillissement », *Inra Sciences sociales*, 5, vol. 2, sept.
- Gori R., 2013, *La Fabrique des imposteurs*, Paris, Éd. Les Liens qui libèrent.
- Laroque P., 1962, *Rapport Laroque. Commission d'étude des problèmes de la vieillesse du Haut comité consultatif de la population et de la famille*, Paris, Éd. L'Harmattan, 2014.
- Lascoumes P., Le Galès P., dirs, 2005, *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po.
- Lhuissier A., Tichit C., Caillavet F., Cardon P., Masullo A., Martin J., Parizot I., Chauvin P., 2013, « Who Still Eats Three Meals a Day ? Findings from a Quantitative Survey in the Paris Area », *Appetite*, 63, pp. 59-69.
- Ministère de la Santé et des Solidarités (MSS), 2006, *Deuxième programme national nutrition santé 2006-2010. Actions et mesures*, sept.
- Ologoudou M., 2004, *Le rôle de l'éducation dans l'alimentation*, étude du Conseil économique et social présentée par M<sup>me</sup> Michelle Ologoudou au nom de la section de l'agriculture et de l'alimentation, Paris, Direction des Journaux officiels.
- Peretti Watel P., 2000, *Sociologie du risque*, Paris, A. Colin.
- Pinnel P., 1992, *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*, Paris, Métailié.
- Régnier F., Lhuissier A., Gojard S., 2006, *Sociologie de l'alimentation*, Paris, Éd. La Découverte.
- Rosanvallon P., 2002, *Le Peuple introuvable. Histoire de la représentation démocratique en France*, Paris, Gallimard.
- Warin P., 2009, « Les politiques publiques face à la non-demande sociale », pp. 287-307, in : Borraz O., Guiraudon V., dirs, *Politiques publiques. 2. Changer la société*, Paris, Presses de Sciences Po.