



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



PRÉVENTION SANTÉ PUBLIQUE

## La « forme » plus motivante que la santé ? Reconfiguration des pratiques quotidiennes lors du passage à la retraite

*“Fitness” more motivating than health? Reconfiguration of daily practices during the transition to retirement*

**Amandine Rochedy (Maître de conférences en sociologie)<sup>a,\*</sup>, Silvy Auboiron (PhD)<sup>b</sup>,  
Jean-Louis Lambert (Économiste et sociologue, Professeur retraité)<sup>c</sup>**

<sup>a</sup> Université Toulouse, Jean Jaurès, CERTOP-CNRS (UMR 5044), ISTHIA (Institut Supérieur du Tourisme, de l'Hôtellerie et de l'Alimentation), 5 Allées Antonio Machado, 31058 Toulouse Cedex 9, France

<sup>b</sup> Salimenter, Paris, France

<sup>c</sup> ONIRIS (ex ENITIAA), Nantes, France

Reçu le 5 avril 2022 ; accepté le 29 juillet 2022

### MOTS CLÉS

Forme ;  
Santé ;  
Retraités ;  
Cycle de vie ;  
Alimentation

**Résumé** Alimentation, activité physique/sédentarité et sommeil sont trois dimensions contribuant, parmi d'autres, au développement de problèmes de santé ou à la forme des individus. Elles sont en général étudiées de façon isolée alors qu'elles sont en partie interdépendantes et évoluent souvent en parallèle. Cette recherche qualitative menée auprès de 30 retraités depuis moins d'un an, de toutes conditions socio-économiques et issus de trois régions françaises, appréhende la reconfiguration des pratiques quotidiennes lors du passage à la retraite. Les résultats montrent comment la perception de la forme est plus positive que celle de la santé. Pour nos enquêtés, le ressenti de la forme est homogène, malgré un état de santé socialement différencié. Les actions mises en place pour être « en forme » sont variables selon les catégories sociales et globalement axées sur le bouger, au détriment du manger et du dormir.

© 2022 Société française de nutrition. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [amandine.rochedy@univ-tlse2.fr](mailto:amandine.rochedy@univ-tlse2.fr) (A. Rochedy).

<https://doi.org/10.1016/j.cnd.2022.07.006>

0007-9960/© 2022 Société française de nutrition. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Pour citer cet article : A. Rochedy, S. Auboiron and J.-L. Lambert, La « forme » plus motivante que la santé ? Reconfiguration des pratiques quotidiennes lors du passage à la retraite, Cahiers de nutrition et de diététique, <https://doi.org/10.1016/j.cnd.2022.07.006>

## KEYWORDS

Fitness;  
Health;  
Retirees;  
Life cycle;  
Food

**Summary** Food, physical activity/sedentariness and sleep are three dimensions that contribute, among others, to the development of health problems or the fitness of individuals. They are generally studied separately, whereas they are partly interdependent and often evolve in parallel. This qualitative research conducted among 30 retirees who had been retired for less than one year, from all socio-economic conditions and from three French regions, looks at reconfiguration in daily practices during the transition to retirement. The results show how the perception of fitness is more positive than the dimension of health. For our respondents, the feeling of fitness is homogeneous, despite a socially differentiated state of health. The actions taken to be 'fit' vary according to social category and are generally focused on movement to the detriment of eating and sleeping.

© 2022 Société française de nutrition. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

Les politiques de prévention en santé publique communiquent principalement sur ce qui est défavorable ou favorable à la santé. Elles sont conduites majoritairement par des spécialistes de santé publique et des médecins qui intègrent essentiellement la sauvegarde de la santé. Selon le paradigme dominant de la culture médicale, les individus intégreraient la santé comme objectif majeur des comportements. Ce qui conduirait les individus à utiliser une « rationalité en finalité » [1] de type scientifique pour faire les choix gouvernant leurs pratiques. Or dans le domaine de l'alimentation, il est largement démontré que les objectifs visés par les mangeurs sont multiples [2].

Différents critères (plaisir gustatif, convivialité, image de soi, etc.) sont mobilisés pour faire les choix alimentaires et sont variables selon les contextes. Ces critères sont fortement régis par des normes différentes selon les groupes sociaux [3,4] et le sexe des individus [5,6]. De plus, ils évoluent selon le cycle de vie [7,8], la transformation des pratiques sociales par les acteurs [9], ainsi que par le responsable alimentaire du foyer [10]. À ces déterminants s'ajoutent des contraintes économiques, techniques (petite cuisine, absence d'outils pour cuisiner), spatiales (accès aux aliments) et temporelles (plus ou moins de temps disponible dans la journée) [11].

Comme toutes les actions répétitives, les choix alimentaires font l'objet de routines [12] qui permettent une économie cognitive à l'individu [13]. Cette mise en routine provient de la « cristallisation d'expériences passées » [14] tant au niveau des modalités d'achat, de la préparation que de la prise alimentaire. Ce mécanisme économique d'un point de vue cognitif n'est pas favorable aux modifications de comportement.

Cependant, les mangeurs adaptent et actualisent leurs pratiques et représentations au gré de leurs expériences sociales et des contextes d'interactions dans lesquels ils évoluent. Cette vision dynamique permet de pointer des « bifurcations » [15,16] ou des « périodes charnières » [7] dans les trajectoires alimentaires qui conduisent à réorganiser l'alimentation de manière plus ou moins favorable à la santé. L'étude de la mobilité résidentielle de couples de retraités menée par Philippe Cardon montre les changements de régime alimentaire liés aux modifications des lieux

d'approvisionnement ou encore l'apparition ou la disparition d'auto-production [17].

Aujourd'hui, alimentation, activité physique/sédentarité et sommeil sont trois dimensions contribuant, parmi d'autres, au développement de problèmes de santé et à la qualité de vie. Elles sont en général étudiées de façon isolée alors qu'elles sont en partie interdépendantes et évoluent souvent en parallèle. Bien que les données de la littérature soient moins nombreuses, l'activité physique et le sommeil pourraient être soumis aux mêmes déterminants que l'alimentation et faire l'objet de mise en routine en tant que pratiques quotidiennes.

Des bifurcations apparaissent tout au long de la vie (par exemple, changement de domicile, mise en couple ou à l'inverse séparation, pathologies, etc.), mais certaines concernent une partie très importante de la population : l'arrivée du premier enfant et le passage à la retraite. Ce dernier se traduit notamment par une réduction des contraintes temporelles et une « sensibilité de plus en plus grande aux questions de santé » [7]. C'est pourquoi cette recherche s'intéresse aux reconfigurations des pratiques et des cadres d'interprétation des personnes nouvellement à la retraite autour de trois dimensions du quotidien en lien avec la santé : l'alimentation, l'activité physique/sédentarité et le sommeil.

## Méthode

L'objectif principal de cette recherche était de repérer les pratiques et les représentations actuelles autour du manger, bouger et dormir chez les nouveaux retraités de moins d'un an. Une enquête par entretiens semi-directifs en face à face a été conduite afin de se centrer sur les discours des individus autour de différents thèmes définis au préalable et d'appréhender les différences interindividuelles. Pour mieux comprendre les pratiques dans ces trois dimensions quotidiennes, les enquêtés étaient amenés à parler de leurs pratiques avant et depuis le passage à la retraite, ainsi que leurs motivations quant à l'amélioration d'une ou plusieurs de ces dimensions. Au total, ils ont été questionnés autour de sept thèmes. Le premier thème permettait de revenir sur la présentation de l'individu à travers des caractéristiques personnelles, familiales, professionnelles et sociales. Le second point reprenait des éléments factuels du vécu

du passage à la retraite. La troisième thématique approfondissait l'état de la forme et de la santé des enquêtés. Par la suite, les sujets développés avec les enquêtés étaient centrés sur les trois dimensions du quotidien : le sommeil (thème 4), l'activité physique (thème 5) et l'alimentation (thème 6). Un agenda du quotidien des dernières 24 heures a été demandé aux enquêtés afin de reconstruire et articuler les pratiques autour des trois dimensions quotidiennes. Cet outil a également favorisé les interactions enquêteur-enquêté (pour ceux ayant le plus de difficultés à parler de leurs pratiques) et a permis de révéler des activités moins visibles [18]. En plus, des questions sur les pratiques et les représentations, une échelle de mesure de 0 à 10 était utilisée pour demander aux individus d'indiquer la qualité et la quantité dans quatre items : forme, alimentation, activité physique et sommeil. Par exemple, « sur une échelle de 0 à 10, pouvez-vous nous mentionner la qualité du sommeil ? Sachant que 0 correspond à un "mauvais sommeil" (vous dormez mal et ne dormez pas suffisamment, beaucoup de réveils) et 10 un "bon sommeil" (c'est-à-dire vous dormez bien, dormez suffisamment, peu d'interruption, etc.) ». Enfin, le septième point du guide d'entretien permettait de recueillir des informations sur les outils d'informations, connectés, et les réseaux sociaux. Il ne sera pas traité dans cet article.

Trente retraités ont été interrogés du 8 juin au 13 août 2018. Les entretiens ont duré entre 55 minutes et 2h15. La réalisation des entretiens a été clôturée à la « saturation des données » [19], c'est-à-dire lorsque les nouveaux entretiens n'apportaient plus de données nouvelles, relativement aux différentes dimensions étudiées, et qu'ils ne faisaient que confirmer des observations déjà faites. Pour appréhender la diversité des pratiques, les individus ont été recrutés avec un souci d'hétérogénéité. Le seul critère d'inclusion était un passage à la retraite depuis moins d'un an. Les critères secondaires étaient avant tout une variabilité du sexe, du lieu d'habitation (rural et urbain), de la zone géographique (la région parisienne, toulousaine et stéphanoise) et de catégories socioprofessionnelles. C'est pourquoi les enquêtés ont été recrutés dans des centres sociaux, des associations de loisirs (randonnées, jardins partagés, etc.), des associations caritatives comme les Restos du Cœur ou celles liées à une ancienne profession, mais aussi selon la méthode de proche en proche.

Les entretiens ont été retranscrits dans leur globalité et une analyse de contenu a été réalisée. Afin de garantir l'anonymat des personnes rencontrées, dont nous exposons ici les discours, les noms utilisés ont été modifiés.

## Résultats

### Population

Dans cette enquête qualitative, la population de l'enquête est composée d'individus allant de la grande bourgeoisie parisienne à des immigrés vivant en foyer. Le sexe, le niveau d'étude, la profession, les revenus, l'âge, l'habitat et la situation du foyer sont présentés dans le [Tableau 1](#).

### Le passage à la retraite, un temps de transition qui ne facilite pas le recrutement

Les entretiens révèlent que la première année est une phase de transition qui permet de rentrer dans une nouvelle période de vie. Les personnes nouvellement à la retraite ont un besoin de « souffler » et de réaliser des activités pour elles et sans contrainte de temps et d'espace. Autrement dit, de faire « ce que je veux et quand je veux ». La cessation de l'activité professionnelle permet aux individus de réaliser de nouvelles activités ou d'augmenter le temps sur des activités déjà pratiquées auparavant. « Ah, l'activité physique ce n'est pas la même. Il y a déjà 8 heures de travail en moins tous les jours. Ce que je faisais avant, marcher, bouger, piétiner et bien je ne le fais plus maintenant. Je fais autre chose, mais ce n'est pas la même chose tous les jours » (Entretien 28, M. Faure, St Etienne, couple, ouvrier).

Cette période se caractérise majoritairement par un repli sur la sphère privée, ce qui a rendu difficiles les recrutements. D'autant plus chez les femmes enquêtées, qui prennent la première année comme une année de césure après l'activité professionnelle pour réaliser des activités tournées notamment vers leurs enfants et petits-enfants et le domicile (travaux, rangement, etc.). Cependant, les enquêtés issus des catégories socioprofessionnelles favorisées étaient plus présents dans l'espace public (activités caritatives et/ou activités de groupe). À l'inverse, ceux issus des catégories populaires étaient accessibles à travers les centres sociaux. Par contre, les enquêtés issus des catégories socioprofessionnelles moyennes et d'autant plus les femmes, ont été plus difficiles à recruter, car ils apparaissent moins dans les structures de la vie publique.

### Une différence de perception de la santé et de la forme

Dans les discours des enquêtés, les notions de « santé » et de « forme » sont empiriques et reliées à leurs sensations et à leurs expériences vécues. Les perceptions de ces états de forme et de santé sont liées à l'état du corps lui-même et à l'attention qui lui est portée. Il peut s'agir de maladies bien contrôlées qui n'occasionnent pas de gêne ou une gêne mineure dans les activités du quotidien. « Enfin j'en ai des problèmes de santé. J'ai une maladie du sang. Mais ça ne me gêne pas. Je me traite c'est tout (...) » (Entretien 23, M. André, Paris, couple, chargé d'étude). Alors que dans certains cas, les individus passent outre les gênes ou les douleurs ressenties, car ils les associent à l'usure de l'âge et/ou de l'activité professionnelle. « Des soucis d'une personne de 60 ans ». (Entretien 21, M. Roy, St Etienne, autre situation, enseignant) ou bien encore « L'usure, tout simplement, du corps, ben on a quand même travaillé 40 ans » (Entretien 14, M. Laurent, Toulouse, couple, cadre). Cependant, les deux notions sont opposées : la « santé » est associée à la maladie, la douleur, la gêne, tandis que la « forme » est liée au bien-être et à la capacité de faire ce dont ils ont envie. « Je suis en forme, c'est-à-dire que je n'ai pas de problème de santé particulier » (Entretien 23, M. André, Paris, couple, chargé d'étude) ou « J'ai 63 ans maintenant et je suis en

**Tableau 1** composition de l'échantillon (n = 30).

Déterminants des individus		n	
Sexe	Homme	19	
	Femme	11	
Niveau de formation	Primaire	7	
	Secondaire	9	
	Supérieur au bac	14	
Profession avant la retraite	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	3	
	Cadres et professions intellectuelles supérieures	15	
	Professions intermédiaires	4	
	Employés	3	
	Ouvriers	5	
Âge	61 ans et moins	9	
	62 et 63 ans	16	
	Plus de 64 ans	5	
Tranche de revenu mensuel du foyer	Moins de 1200 euros	2	
	De 1 201 à 2000 euros	6	
	De 2 001 à 3000 euros	6	
	De 3 001 à 4500 euros	8	
	Plus de 4501 euros	8	
Habitat	Zone d'habitat Urbain	10	
	Zone d'habitat Rural	20	
	Type d'habitat Maison	21	
	Type d'habitat Appartement	7	
	Type d'habitat Foyer de travailleurs	2	
	Statut dans l'habitat Propriétaire	26	
	Statut dans l'habitat Locataire	4	
	Situation familiale	Seul	5
		En couple avec enfant(s)	4
		En couple sans enfant(s)	18
Autres <sup>a</sup>		3	

<sup>a</sup> Dans la catégorie « autre » de la situation familiale, il y a trois cas de figure singuliers : une retraitée a acheté une maison avec son fils et sa famille et la partagent ; un retraité divorcé vit avec son fils et sa mère ; et un retraité divorcé a ses enfants en garde alternée et vit parfois à son domicile avec sa nouvelle compagne.

*pleine forme, je me sens en forme* » (Entretien 3, M. Roux, Toulouse, couple, cadre).

De plus, les nouveaux retraités analysent leur état de forme actuel en comparaison à leur état de forme à la fin de l'activité professionnelle. Ce qui explique qu'ils se sentent « plus en forme » qu'auparavant et ils l'expriment en faisant référence, entre autres, à un meilleur sommeil, moins de stress, moins de fatigue mentale ou psychologique, et plus de temps pour soi. « *C'est vrai que l'on ne va pas se coucher tard, on est moins fatigué aussi. Avant il y avait la fatigue de tout. Tandis que maintenant il y a moins de fatigue. Maintenant je dors bien et avant il y avait des nuits où je ne dormais pas. Tu vois le stress, c'est important* » (Entretien 26, Mme Lambert, St Etienne, couple, aide à domicile). Cette perception est retrouvée chez toutes les personnes interviewées sans exception.

Ce fait s'illustre à travers les notes exprimées au cours des entretiens sur leur sensation de forme actuelle. Les notes sont globalement élevées – en moyenne de 7,8 sur 10 – quels que soient les états de forme et de santé décrits par les enquêtés.

## Typologie issue d'une articulation entre forme et santé

Étant donné l'homogénéité des notes sur l'état de forme comparé à l'hétérogénéité des états de santé exprimés, il est apparu nécessaire d'articuler les deux dimensions en construisant un idéal type [20]. Ce dernier représente une « stylisation de la réalité » [21] à partir d'une construction intellectuelle obtenue par accentuation délibérée de certains traits de l'objet considéré. Ici, la Figure 1 articule l'état de santé (abscisse) rapporté à l'état de forme (ordonnée). L'état de santé physique et mental a été évalué par les auteurs en fonction des descriptions des enquêtés sur leurs (in)capacités liées à leurs activités quotidiennes. Quant à l'état de forme, il a été (ré)évalué à partir de la note donnée par l'enquêté, de ces propos au cours de l'entretien ainsi que par l'observation objective de l'enquêtrice/auteure qui a mené l'ensemble des entretiens.

Trois groupes se dessinent sur la figure. Le premier (en haut à droite) cumule un état de santé et un état de forme positifs. À l'opposé (en bas à gauche), nous retrouvons des

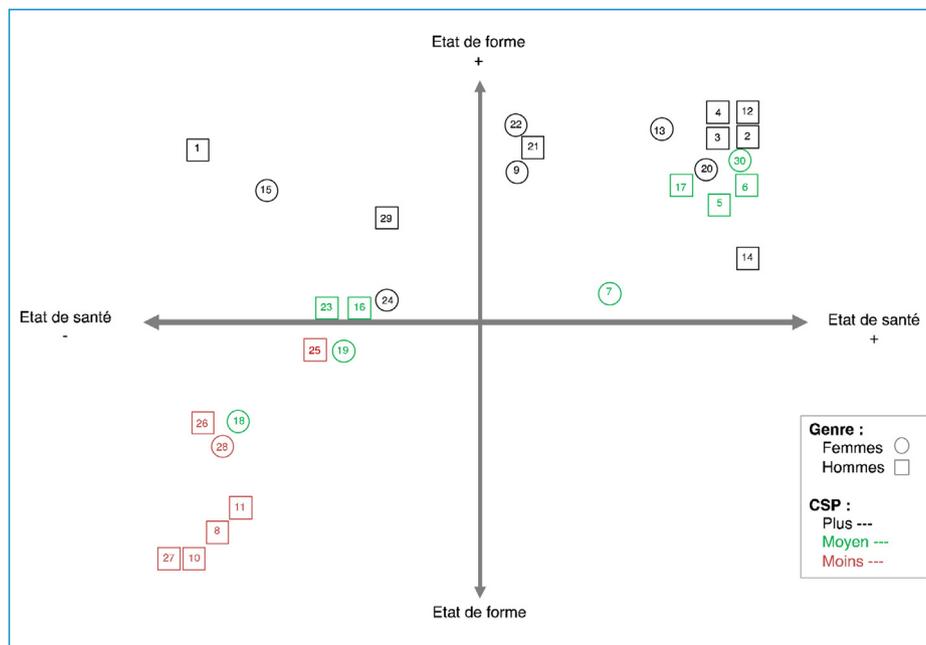


Figure 1. Relation entre l'état de forme ressenti par l'enquêté et son état de santé.

individus avec un état de santé dégradé et un état de forme plus faible. Entre les deux, le dernier groupe est caractérisé par un état de forme positif malgré un état de santé moins bon.

Les individus du premier groupe, qualifiés par l'expression « Tout va bien », se sentent « en forme » et sont en bonne santé. Ce qui les caractérise principalement, c'est la catégorie sociale professionnelle supérieure. Le deuxième groupe se nomme « Je fais avec » ; il rassemble tous les travailleurs manuels de notre échantillon qui ont un état de santé dégradé plus ou moins gênant au quotidien. Par exemple, Monsieur Henry a été déclaré en invalidité à l'âge de 55 ans (Entretien 27, St Etienne, couple, ouvrier) alors que Messieurs Bonnet (Entretien 25, St Etienne, couple, chaudronnier) et Faure (Entretien 28, St Etienne, couple, ouvrier) ne déclarent pas de maladie, mais mentionnent des douleurs articulaires. Le troisième groupe « Tout va bien malgré tout » regroupe les individus qui ont un état santé dégradé avec des pathologies qui occasionnent des gênes quotidiennes modérées (par exemple, dépression ou infarctus soignés), mais un état de forme relativement élevé. Ils sont issus des classes moyennes et supérieures.

Au-delà des trois groupes, la figure fait apparaître une diagonale (du bas-gauche au haut-droit) qui montre la relation forte entre l'état de santé et l'état de forme évalué.

De plus, cette figure illustre que les maladies peuvent impacter très différemment l'état de forme suivant qu'elles impliquent une usure/gêne physique (groupe « Je fais avec ») ou que les maladies soient soignées et contrôlées (groupe « Je vais bien malgré tout »), et deviennent silencieuses. Autrement dit, dans l'état de la forme, c'est l'état physique qui prime. Par conséquent, les conditions de travail et sa pénibilité physique sont les plus discriminantes vis-à-vis de l'état de forme.

### « Envie d'en profiter » : pluralité des motivations et des pratiques mises en place à la retraite pour être en forme

La santé ne semble pas être une motivation en soi pour les individus de cette enquête, car ils sont peu nombreux à mobiliser spontanément cette notion lors de l'entretien pour expliquer les actions qu'ils ont mises en place au passage à la retraite. Ceux qui en parlent sont majoritairement issus des catégories socioprofessionnelles élevées et moyennes. De plus, les motifs de motivation varient selon le sexe des individus. Pour les hommes, elle est majoritairement liée à la performance. Alors que chez les femmes, elle s'inscrit dans le « prendre soin » de soi ou d'autrui. Au-delà, l'entretien du capital santé, voire son amélioration, est rarement cité, même comme objectif secondaire permettant de se maintenir « en forme ».

Le passage à la retraite est associé à l'idée « de profiter » du temps qui devient plus libre ; du fait que les contraintes se sont amoindries. Pour tous les enquêtés, la motivation principale est d'être « en forme » le plus longtemps possible afin de mener à bien les activités qui leur tiennent à cœur. Néanmoins, les activités sont différentes d'un individu à un autre et « en profiter » n'a pas la même signification en termes de projection. Au travers des motivations citées, nous retrouvons les idéaux-types décrits précédemment. Les membres du groupe « Tout va bien » souhaitent être « en forme » le plus longtemps possible pour mener à bien ce qu'ils n'ont pas eu le temps de faire jusqu'à présent (voyager, partager des activités avec les amis, la famille, etc.). Pour les « Tout va bien malgré tout », les difficultés de santé leur ont fait prendre conscience du vieillissement, ils ont donc envie de profiter du temps qui leur reste en relative bonne santé, en articulant des temps pour eux et pour leurs proches. « *Maintenant, je lis le journal tranquille*

*quoi, je veux plus être stressé comme avant, voilà j'ai plus envie d'être stressé donc je prends plus mon temps* » (Entretien 29, M. Mercier, Saint-Étienne, couple, chef d'entreprise en menuiserie). Dans une même journée, Monsieur Mercier peut faire des choses pour lui, mais aussi aider ses proches (son fils à l'atelier où il était gérant auparavant, jouer ou se promener avec son petit-fils et s'arrêter chez sa mère pour échanger et prendre des nouvelles). Enfin, dans le groupe, « Je fais avec », les individus en mauvaise santé physique profitent de l'instant présent. « *Des fois je me dis "Ah bah t'es en forme, je vais aller jusque-là en marchant, et après encore jusque-là". Et puis finalement je commence à partir je sens que je ne suis pas en forme, je vais faire juste ça* » (Entretien 18, Mme Morel, Toulouse, seule, Animatrice en maison de retraite). Pour eux, les motivations varient selon les capacités physiques fluctuantes des individus, mais pour tous il y a une absence de projection sur le long-terme. Les membres de ce groupe s'accommodent de leur état physique et composent en fonction de lui avec une volonté d'être utile (s'occuper du ménage, faire le jardin, garder les petits-enfants, etc.).

### La dimension de l'activité physique plus souvent mobilisée que celle de l'alimentation pour garder la forme

À la question « Qu'est-ce que vous faites ou souhaitez-vous faire pour être en forme ? », nombreux sont les individus à ne pas avoir donné de réponse ou à avoir eu des difficultés à verbaliser ou même imaginer ce qu'ils pourraient mettre en place pour garder ou améliorer leur forme. Et cela d'autant plus pour les enquêtés issus des classes populaires et d'anciens travailleurs manuels. Lorsque l'enquêtrice aidait à verbaliser autour des 3 dimensions (manger, bouger, dormir) importantes pour conserver une bonne forme, le sommeil n'est pas mobilisé dans les entretiens, sauf chez un retraité. Pour les retraités enquêtés, ce sont plutôt des facteurs externes qui conditionnent la qualité et la quantité du sommeil.

À l'inverse, la dimension qui ressort principalement est l'activité physique. Elle est fréquemment citée par les individus enquêtés, dont certains ont déjà modifié cette pratique alors que d'autres souhaitent le faire. Si cette dimension est transversale dans la population enquêtée, les objectifs et par conséquent les pratiques sont différentes selon les typologies. Pour les groupes « Tout va bien » et « Tout va bien malgré tout », l'activité physique est sportive avec un objectif de loisirs et de soins du corps. « *Parce que moi mon objectif, c'est de prendre du temps et de faire du sport 3 fois par semaine comme il faut* » (Entretien 5, M. Petit, Toulouse, couple, directeur concession automobile). Alors que pour le groupe « Je fais avec », comme nous l'avons vu dans les motivations, l'activité physique, souvent difficile pour des raisons d'incapacité physique doit être utile et s'inscrire dans le train-train quotidien. « (...) de l'activité, mais elle est différente de avant. Maintenant je bouge autour de chez moi (...) je vais sortir mon chien après je vais m'occuper de ma volaille, je vais donner à manger à mes lapins, puis après je vais au jardin » (Entretien 28, M. Faure, Saint-Étienne, couple, ouvrier). Pour l'ensemble des retraités, leur niveau d'activité physique est jugé insuffisant

par eux-mêmes, puisque la note moyenne qu'ils se donnent est la plus basse de toutes les notes demandées (6,5 sur 10). À l'inverse, leur niveau important de sédentarité est inconscient, mais révélé grâce à l'agenda du quotidien.

Quant à l'alimentation, elle est moins souvent mobilisée que l'activité physique. Seules les catégories sociales supérieures et moyennes mobilisent l'alimentation pour conserver une bonne forme. Cependant, si l'activité physique était toujours citée de manière positive, pour l'alimentation la situation est plus contrastée. Ainsi, des individus font attention à leur alimentation, car leurs habitudes ont changé et ils souhaitent poursuivre cette dynamique. « *On n'avait pas de self, rien du tout, donc fallait se chercher à manger tous les jours (...) Donc moi je ne mangeais pas comme il faut, je mangeais des sandwiches, alors que là je mange à la maison, donc je peux manger plus sainement entre guillemets* » (Entretien 2, M. Bernard, Toulouse, couple, comptable). Certains font des efforts alimentaires, mais ne les revendiquent pas, ils le mentionnent incidemment au détour de l'entretien, alors que d'autres souhaitent faire attention à leur alimentation pour des raisons plus indirectes comme la perte de poids ou limiter certains symptômes. « *J'essaie de bien me nourrir, voilà, de pas grossir parce que comme j'ai des problèmes de dos dès que je grossis pfou..* » (Entretien 22, Mme Rousseau, Paris, couple, recherche en marketing). Enfin, une minorité d'hommes issus de différentes catégories socioprofessionnelles assument ne pas changer des habitudes alimentaires, qu'ils pensent néfastes pour leur santé. « *Je ne mange pas beaucoup de légumes, je n'aime pas trop ça. (...) J'ai toujours mangé comme cela, alors je ne vois pas pourquoi je changerais maintenant* » (Entretien 8, M. Robert, Saint-Étienne, seul, ouvrier).

### Néanmoins, des changements importants dans l'alimentation en lien avec le « bien-être » des retraités

Malgré l'absence de liens dans les discours des enquêtés entre les pratiques alimentaires et « la forme », le passage à la retraite reconfigure le domaine alimentaire au sens large. « Manger ensemble » devient une activité valorisée que cela soit avec le conjoint ou la conjointe, avec les enfants et les petits-enfants, mais aussi avec des amis ou encore d'anciens collègues de travail. Cette activité se retrouve aussi bien la semaine que le week-end et pour le déjeuner et le dîner. Des retraités mentionnent prendre du plaisir à pouvoir à nouveau faire cela alors qu'auparavant ils limitaient ces temps sociaux alimentaires, car « trop fatigant » ou « demandant une logistique importante ». Au-delà, ils ont majoritairement plus de temps pour s'approvisionner et pour préparer les repas. « *Comment te dire cela, avant je prépare, mais c'était le soir. Alors j'essayais de faire des choses qu'on n'avait pas trop besoin de réchauffer, car après ce n'est pas bon si tu le manges réchauffé. Puis ensuite, maintenant j'ai mieux le temps de préparer. Puis je ferais des choses maintenant que je ne faisais pas avant. Fais une purée quand tu travailles. Ce n'est pas bon après réchauffé. Tu vois, ce plat je le gardais pour le samedi ou le dimanche. Avant ça me demandait de réfléchir un peu plus sur les aliments que je pouvais préparer* » (Entretien 26, Mme Lambert, St Etienne,

couple, aide à domicile). Les jeunes retraités prennent du plaisir à (ré)investir la cuisine en reconfigurant les rôles domestiques, mais de façon différenciée entre les hommes et les femmes de cette génération. Quand les hommes sont à la retraite et que leur épouse est encore en activité, ils réalisent totalement ou en partie cette activité : ils peuvent préparer un plat du repas ou seulement les repas pendant la semaine. À travers un agenda du quotidien des dernières 24 heures dans les 3 sphères du quotidien, ils notent le rôle important dans d'autres tâches domestiques autour de l'acte alimentaire : faire les courses, mettre la table, nettoyer la vaisselle. Des tâches pour lesquels ils prennent du temps, par « manque d'habitude » pour reprendre les propos d'un retraité. « *Ah oui, maintenant je cuisine plus. Pour moi, c'est un plaisir. J'aime bien faire cela et cela ne me dérange pas du tout. C'est vrai que maintenant que je suis là, c'est souvent moi et j'y passe du temps. Et quand elle [sa femme] est là, les week-ends, c'est elle qui reprend la main. C'est vraiment différent depuis que je ne travaille plus* » (Entretien 28, M. Faure, St Etienne, couple, ouvrier). À l'inverse, lorsqu'il s'agit du passage à la retraite de la femme, plus tardif dans la population enquêtée (même tendance qu'au niveau national, l'âge moyen de départ à la retraite est de 63,2 ans pour les femmes et 62,7 pour les hommes [22] qui plus est dans la majorité des couples hétérosexuels, l'homme est plus âgé que sa conjointe, en moyenne plus de 5,3 ans [23]), les tâches domestiques se renégocient. Si l'approvisionnement et mettre la table peuvent rester des tâches que les hommes réalisent, la préparation alimentaire revient majoritairement aux femmes qui valorisent la cuisine au jour le jour comme l'illustre le verbatim précédent de Madame Lambert. Plus largement, les femmes s'investissent dans les tâches domestiques alimentaires auprès de la famille élargie, auprès de leurs ascendants (approvisionnement ou préparation de plats pour leurs parents) et leurs descendants (préparation de plats pour leurs enfants ou petits-enfants, mais aussi source de conseils, etc.). Les femmes nouvellement à la retraite deviennent alors les pivots de l'alimentation familiale et les garantes de la santé sur 4 générations (parents, conjoint, enfants et petits-enfants).

## Discussion

La retraite est une période charnière où la bifurcation s'inscrit dans un temps long. Sur la première année, les routines ne sont pas mises en place : « *C'est tout neuf, comme je vous l'ai dit depuis octobre ça ne fait même pas un an, mais je ne sais pas on verra* » (Entretien 2, M. Bernard, Toulouse, couple, comptable). Cette période se caractérise par une remise à plat des routines et un desserrement des contraintes, notamment celles liées au temps disponible, ce qui permet aux nouveaux retraités de prendre leur temps et d'expérimenter des activités différentes. Lors du rappel des 24 heures avec l'agenda du quotidien, ils sont nombreux à mentionner cette journée comme non représentative de leur quotidien : « *Hier, c'était particulier* » (Entretien 29, M. Mercier, Saint-Étienne, couple, chef d'entreprise en menuiserie), « *Hier, ce n'était pas une journée typique, car j'étais avec mon fils et mon petit-fils. C'était vraiment une journée exceptionnelle* » (Entretien 22, Mme Rousseau, Paris,

couple, recherche en marketing) ou encore « *Hier, je n'ai pas eu le temps de m'ennuyer. Parfois j'ai des journées plus cool* » (Entretien 4, M. Thomas, Toulouse, couple, conseiller agricole). Ces résultats rejoignent les représentations sociales de la retraite décrites par Vincent Caradec [24] qui articulent un « temps de repos après une vie de labeur » et un « vieillissement actif » à travers la poursuite d'une ou plusieurs activités.

Lorsque nous nous intéressons à leurs perceptions, les nouveaux retraités distinguent la forme de la santé. Alors que la forme est reliée au bien-être, la santé est associée à la maladie. Ainsi, pour les enquêtés la forme reflète la « bonne santé », tandis que le terme santé est associé à la mauvaise santé. Par conséquent, la santé perçue par les enquêtés est différente de celle définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), c'est-à-dire « un état complet de bien-être physique, mental et social, ne se caractérisant pas uniquement par l'absence de maladie ou d'infirmité » [25]. Cette perception est différente de l'approche médicale qui repère des symptômes et procède à des analyses mesurées pour catégoriser des maladies selon des degrés de gravité variables : bénignes, graves, mortelles. David Le Breton note bien cette différence entre le malade et le médecin : « interrogé, le malade fait part d'une lecture particulière de ses troubles (...) Le corps dont il parle est habité par les mouvements et les images de sa vie quotidienne. Le médecin, lui, est attaché à un corps abstrait, imprégné d'une biologie dont il s'efforce de repérer les turbulences » [26]. Dans la littérature scientifique, cette notion de forme n'est pas associée à la période du vieillissement, malgré la diversité des situations et des stratégies adaptatives [27] et des « processus de réaménagement de la vie » [28].

Alors que la santé des enquêtés est très variable d'un individu à un autre, les notes qu'ils expriment sur leur ressenti de forme sont relativement homogènes. D'une part, les nouveaux retraités de cette enquête notent leur ressenti de forme en fonction de l'état qui était le leur juste avant leur retraite. Par conséquent, ils se trouvent en meilleure forme, ce qui peut expliquer en partie ces notes homogènes plutôt élevées. D'autre part, ces résultats soulignent une perception socialement construite de l'état de forme déjà mentionné par Bouffartigue et al. [29]. À titre d'exemple, nous retrouvons un même ressenti de forme, pour un état de santé opposé (Figure 1) entre Monsieur Dubois, « *je ne sais pas, je mettrais 8* » (Entretien 12, Saint-Étienne, couple, directeur d'association) et Monsieur Henri « *j'aurais envie de mettre 8* » (Entretien 27, Saint-Étienne, couple, ouvrier). C'est ce que montre notre typologie qui décrit 3 groupes socialement différenciés. Les 2 groupes « Tout va bien » et « Je vais bien malgré tout » ont des états de santé qui sont bons ou qui ne les gênent pas au quotidien et sont caractérisés par des catégories sociales élevées ou moyennes. Par contre le groupe « Je fais avec » présente un état de santé objectivement dégradé tout en se considérant « en forme » et regroupe les catégories populaires de notre enquête. Ce ressenti sur la forme met en exergue comment les normes et les valeurs de santé construites par les individus sont socialement différenciées. Autrement dit, dans le groupe « je fais avec », les enquêtés ont intériorisé leur mauvais état de santé comme « normal » lié à leur activité professionnelle et au déclin dû au vieillissement.

Néanmoins, la pression du jeunisme et du mourir en bonne santé est forte auprès de l'ensemble des nouveaux retraités. Pour maintenir une « bonne santé », les actions mises en place sont variables. Pour les enquêtés, le « bien dormir » n'est pas mobilisé contrairement au « bien bouger » qui détermine en grande partie leur perception de forme. Quant à l'alimentation, malgré sa participation au « bien-être », il est surprenant qu'elle soit moins mobilisée que l'activité physique alors que la pression sociale est très importante sur ce sujet au travers des médias, des discours médicaux et des politiques publiques, comme le montre le quatrième Plan National Nutrition Santé (2019-2023) (sur 24 objectifs, seulement 3 concernent l'activité physique et 4 autres associent alimentation et activité physique). Ce lien faible entre alimentation et santé pourrait être expliqué par la forte intrication de l'alimentation à des dimensions sociales, comme la structure du ménage qui influence la diversité alimentaire, la préparation culinaire et la prise de repas en commun [30]. À cela s'ajoute le fait que les changements alimentaires engendrent peu de bénéfices immédiats sur la santé et requièrent du temps. Par conséquent, l'individu doit avoir des capacités de réflexivité et de projections [31] dans le futur pour accepter un changement coûteux économiquement et socialement pour un bénéfice santé décalé dans le temps. Finalement, avec le passage à la retraite, l'activité physique est le comportement le plus modifié, car soumis à moins de contraintes. En effet, les néo-retraités ont plus de temps et les changements liés à l'activité physique sont plus individuels, contrairement à l'alimentation qui demande à minima un consensus avec les autres membres du foyer. Le passage à la retraite favorise bien une augmentation de l'activité physique [32], mais ces changements sont aussi en lien avec les habitudes passées et l'état du corps des individus. La distinction reflète les inégalités sociales de santé par l'opposition entre les anciens travailleurs manuels et les cadres et professions libérales. « La maladie c'est ce qui enlève sa force au malade, c'est-à-dire ce qui lui interdit de "vivre normalement" et de faire de son corps un usage (professionnel surtout) habituel et familial » [33]. Ainsi, dans les classes populaires et les fractions basses des classes moyennes, les conditions de vie contraignent à porter une attention moindre à leurs sensations et à ne pas trop s'écouter. Par exemple, alors que la santé de Monsieur Henry n'est pas très bonne (arrêté à la fin de sa carrière, reconnu avec une maladie professionnelle et en invalidité), il dit : « *Et on m'a arrêté... Vraiment j'avais mal et on n'a pas pu m'opérer. Ça a été pris trop tard. Alors il faut vivre avec. Euh, je suis en forme. Si, ça va. Je ne vais pas me plaindre. J'ai des problèmes de genoux, mais cela ne m'empêche pas de venir me promener* » (Entretien 27, Saint-Étienne, couple, ouvrier). Cela confirme que les groupes sociaux issus des classes populaires cumulent un rapport réflexif à leur corps et à leur symptôme moins favorable à la santé [34] et une plus faible capacité de projection [35]. Cependant, lors des entretiens, il est apparu qu'aucun des enquêtés n'avait conscience du fait que ces trois dimensions (dormir, manger et bouger) sont interdépendantes.

Cette étude qualitative présente un certain nombre de limites. Les données scientifiques disponibles sur les trois dimensions du quotidien (dormir, manger et bouger) dans cette population sont faibles et par conséquent, la

construction des outils s'est faite par tâtonnement. Le terrain de l'enquête a été fait durant l'été, saison qui peut induire des comportements particuliers dans les trois domaines, notamment pour l'activité physique avec le jardinage et la garde des petits-enfants. Les fortes chaleurs peuvent aussi modifier les comportements et l'alimentation pour ne citer que ces exemples. De plus, il s'agit d'un instant T de la vie des nouveaux retraités qui ne permet pas de prédire l'évolution des pratiques dans le temps à court, moyen et long terme. Enfin, la situation familiale des personnes peut aussi expliquer un certain nombre de pratiques, mais n'a pas été étudiée dans le cadre de cet article.

## Conclusion

L'actualité française montre les attentes majeures de la population concernant la retraite. Ces attentes sont particulièrement fortes dans les professions où le travail est considéré comme difficile et dont les conditions de travail réduisent l'espérance de vie. En effet, un homme cadre de 35 ans peut espérer vivre encore 49,0 ans en moyenne, alors que l'espérance de vie d'un homme ouvrier au même âge est de 42,6 ans (soit moins 6,4 ans) et pour les femmes, l'écart est moindre (moins 3,2 ans). L'espérance de vie est respectivement de 53,0 ans *versus* 49,8 ans [36]. L'insistance sur la prise en compte de la pénibilité en est une illustration. En effet, les classes populaires intègrent bien que la probabilité d'espérance de vie en bonne santé et donc la possibilité de profiter du temps libre de la retraite est moins longue pour elles que dans les classes aisées.

Cette étude montre que la première année de retraite est une année de transition avec mise en place progressive de nouvelles routines, mais elles ne semblent pas encore fixées au bout de cette période. Les premiers mois se caractérisent par le besoin de repos et de « souffler ». Ils peuvent entraîner des comportements hétérogènes dans les trois dimensions du quotidien que sont l'alimentation, l'activité physique et le sommeil. Ces reconfigurations des pratiques et des cadres d'interprétation des premiers mois de retraite annoncent des (im)possibilités de changements dans les trois domaines du quotidien selon les individus. Même s'ils se considèrent plus « en forme » qu'à la fin de leur vie professionnelle [37], des modifications leurs semblent accessibles pour « garder cette forme ». Elles sont très différentes dans les trois domaines de la vie quotidienne et selon la position sociale des individus. Cette étude confirme que la population des retraités est hétérogène [38] avec des aspirations et des représentations différentes. Par conséquent, leurs pratiques dans les domaines de la vie quotidienne sont diverses en fonction « des stratégies de prévention, voire d'optimisation de la santé » comme le montre la recherche sur les formes de supplémentation alimentaire des adultes français âgés de 60 à 75 ans [39]. Ce qui renforce la recommandation de mieux cibler les politiques de prévention sur les populations les plus à risques [40] qui ont de surcroît de réelles difficultés physiques limitant leurs activités. D'autant plus que l'activité physique est la dimension qui vient naturellement à l'esprit des retraités pour améliorer leur forme, « pour en profiter ». Ainsi, en politique de prévention, il serait pertinent d'insister sur la sensation d'être

« en forme », de « se sentir bien », « pas fatigué » plutôt que sur la sauvegarde de la santé.

## Remerciements

Cette recherche a été financée par le Fonds français pour l'Alimentation et la santé. Nous souhaitons remercier l'ensemble des membres du comité scientifique de ce projet pour les discussions tout le long de la recherche ainsi que Charline Blanc et Margot Delannée (étudiantes Master Sciences sociales à l'ISTHIA, Université Toulouse - Jean Jaurès) pour l'aide dans l'enquête, notamment lors des retranscriptions. Enfin, un merci tout particulier aux « jeunes retraités » pour le temps consacré à cette enquête.

## Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

- [1] Poulain J-P. La décision alimentaire. In: Corbeau J-P, Poulain J-P, editors. *Penser l'alimentation. Entre imaginaire et rationalité*. Toulouse: Privat; 2002. p. 137–87.
- [2] Corbeau J-P. Pour une représentation sociologique du mangeur. *Économies et sociétés* 1997;31:147–62.
- [3] Fischler C, Masson E. *Manger: Français*. In: *Européens et Américains face à l'alimentation*. Paris: Odile Jacob; 2008.
- [4] Plessz M, Gojard S. Fresh is best? Social position, cooking, and vegetable consumption in France. *Sociology* 2015;49:72–190.
- [5] Fournier T, Jarty J, Lapeyre N, Touraille P. L'alimentation, arme du genre. *Journal des anthropologie* 2015;140–141:19–49.
- [6] Fidolini V, Fournier T. À la table des stéréotypes. *Anthropology of food* 2022, <http://journals-openedition.org/gorgone.univ-toulouse.fr/aof/13234>.
- [7] Poulain J-P. Cycle de vie. In: Poulain J-P, editor. *Dictionnaires des cultures alimentaires*. Paris: Presses Universitaires de France; 2012. p. 371–4.
- [8] Barrey S, Dubuisson-Quellier S, Gojard S, Plessz M. Les effets du gouvernement sur les conduites. Le rôle des bifurcations des trajectoires de vie dans les changements de conduite de consommation. In: Dubuisson-Quellier S, editor. *Gouverner les conduites*. SciencesPo Les presses, Paris; 2016. p. 399–448.
- [9] Dubuisson-Quellier S, editor. *Gouverner les conduites*. Paris: Les Presses de Sciences Po; 2016.
- [10] Hannon PA, Bowen DJ, Moinpour CM, McLerran DF. Correlations in perceived food use between the family food preparer and their spouses and children. *Appetite* 2003;40(1):77–83.
- [11] Lahlou S. *Intallation Theory: The Societal Construction and Regulation of Behavior*. Cambridge: Cambridge University Press; 2018.
- [12] Poulain J-P. Les rationalités du mangeur. *Actes de colloque Des aliments et des hommes. Entre science et idéologie, définir ses propres repères*. Institut Français pour la Nutrition; 2004. p. 135–46.
- [13] Dupuy A, Rochedy A. Socialisations alimentaires et pratiques rituelles durant la petite enfance. *Anthropology of Food*; 2018, <https://journals.openedition.org/aof/8253>.
- [14] Dubuisson-Quellier S. De la routine à la délibération. *Les arbitrages des consommateurs en situation d'achat*. Réseaux 2006;135–136:253–84.
- [15] Hughes E-C. Cycles, Turning Points, and Careers. Communication présentée à la 8ème conférence annuelle de Theology in Action, South Byfield, Massachussets 1996[1950] reprise Hughes E.C. *Sociological Eye*, Transaction Books, New Brunswick; 1971, trad. franç.; « Carrières, cycles et tournants de l'existence », in Hughes E-C., *Le Regard sociologique, Textes rassemblés et présentés par Chpoulie J-M.*, EHESS, Paris, 165-173.
- [16] Bessin M, Bidart C, Grossetti M, editors. *Bifurcations, Les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*. Paris: La découverte; 2010.
- [17] Cardon P. Les effets de la mobilité résidentielle des retraités sur leur alimentation. *Recherches familiales* 2009;6:105–15.
- [18] Rochedy A. « Les reconfigurations sociales de la parentalité alimentaire lors de l'arrivée du premier enfant ». In: Dupuy A, Mennesson C, Kelly-Irving M, Zouche Gaudron C, editors. *Petite enfance et instances de socialisation familiale*. Toulouse: Erès; 2021. p. 149–69.
- [19] Glaser B, Strauss A. *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. Chicago: Eldin; 1973.
- [20] Weber M. *Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre*, Tübingen, J.C.B. Mohr [1922] 1988. [tr. fr. partielle: Julien Freund, *Essais sur la théorie de la science*, Paris, Plon, 1965].
- [21] Schnapper D. *La compréhension sociologique. Démarche de l'analyse typologique*. Paris: Presses Universitaires de France; 1999.
- [22] Caisse nationale d'assurance vieillesse, Âge de départ à la retraite. <https://www.statistiques-recherches.cnnav.fr/age-de-depart-a-la-retraite.html>.
- [23] Institut national de la statistique et des études économiques, L'homme est plus âgé que sa conjointe dans six couples sur dix. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2737319>.
- [24] Caradec V. L'épreuve de la retraite. *Transformations sociétales, expériences individuelles*. Nouvelle revue de psychosociologie 2017;23:17–29.
- [25] Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé*. New York: Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé; 1946.
- [26] Le Breton D. *Anthropologie de la douleur*. Paris: Métailié; 2012.
- [27] Caradec V. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Paris: Armand Colin; 2008.
- [28] Clément S, Mantovani J. Les déprises en fin de parcours de vie. *s toutes dernières années de la vie. Gérontologie et société* 1999;22(90):95–108.
- [29] Bouffartigue P, Pendarès J, Bouteiller J. La perception des liens travail/santé: Le rôle des normes de genre et de profession. *Revue française de sociologie* 2010;51(2):247–80.
- [30] Cardon P. Regard sociologique sur les pratiques alimentaires des personnes âgées vivant à domicile. *Gérontologie et société* 2010;33/3134:31–42.
- [31] Reach G. Two character traits associated with adherence to long term therapies. *Diabetes research and clinical practice* 2012;98(1):19–25.
- [32] Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). *Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique*. Paris: Inserm; 2014.
- [33] Boltanski L. *Les usages sociaux du corps*. Annales 1974;221.
- [34] Fassin D. *L'espace politique de la santé: essai de généalogie*. Paris: Presses Universitaire de France; 1996.
- [35] Peretti-Watel P. *Sociologie du risque*. Paris: Armand Colin; 2000.
- [36] Institut national de la statistique et des études économiques, Espérance de vie à 35 ans par catégorie socioprofessionnelle et diplôme. Données annuelles de 1976-1984 à 2009-2013. [https://www.insee.fr/fr/statistiques/2383438#tableau-figure1\\_radio1](https://www.insee.fr/fr/statistiques/2383438#tableau-figure1_radio1).
- [37] Barnay T, Defebvre É. La retraite: un évènement protecteur pour la santé de tous. *LIEPP Policy Brief*; 2022. p. 59, <https://hal-sciencespo.archives-ouvertes.fr/hal-03621346/document>.

- [38] Guillemard A-M. La retraite: une mort sociale, *Sociologie des conduites en situation de retraite*. Paris/La Haye: Mouton; 1972.
- [39] Lepiller O, Cazes-Valette G. Supplementing food for health: practices amongst French adults aged 60 to 75 years. *Review of Agricultural, Food and Environmental Studies* 2018;99(3–4):253–79.
- [40] Léon C, Gilbert P, Escalon-Perrin H, et al. Une typologie des consommateurs à partir de l'enquête Baromètre santé nutrition 2002. *Cahiers de Nutrition et de Diététique* 2004;39(6):409–19.