

TABLE DES MATIÈRES

1. MISE EN CONTEXTE	3
2. OBJECTIFS ET DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE	5
3. RÉSULTATS	6
3.1 LES DIFFÉRENTS MODÈLES DE CUISINES COLLECTIVES	6
3.1.1 Les objectifs de cuisines collectives	6
3.1.2 Les personnes participantes ciblées par les cuisines collectives	6
3.1.3 Les composantes des cuisines collectives	7
3.1.4 La durée et la fréquence des cuisines collectives	7
3.1.5 Le profil des personnes animant des cuisines collectives	8
3.1.6 Les aliments préparés et les sources d'approvisionnement	8
3.1.7 Les lieux des activités	8
3.1.8 Les modèles de financement des cuisines collectives	9
3.2 LES DIFFÉRENTS MODÈLES DE CUISINES COLLECTIVES	9
3.2.1 Les motivations à participer	9
3.2.2 Les facteurs facilitants	9
3.2.3 Les barrières	10
3.3 LES RETOMBÉES DES CUISINES COLLECTIVES	11
3.3.1 La santé mentale et le soutien social	11
3.3.2 La sécurité alimentaire, les habitudes alimentaires et les connaissances nutritionnelles	12
3.3.3 Les compétences sociales et personnelles	13
3.4 LES MÉTHODES D'ÉVALUATION DES CUISINES COLLECTIVES	13
4. CONCLUSION	15
5. LISTE DES RÉFÉRENCES	17

REMERCIEMENTS

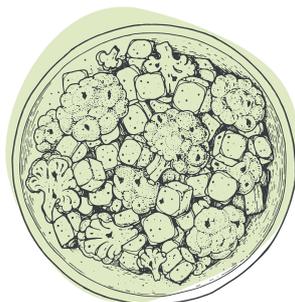
Nous tenons à remercier le Comité en sécurité alimentaire de la MRC des Chenaux qui a apporté son appui à ce projet.

FINANCEMENT

Ce projet a fait l'objet d'un financement du Réseau de recherche en santé des populations du Québec et du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada dans le cadre du projet COSAM (Coalition pour le système alimentaire de la Mauricie).

Pour citer ce document

Harb, E., Guillaumie, L et Mercille, G. (2024). *État des connaissances sur les enjeux et les retombées des activités de cuisine collective : Une recension de la littérature scientifique*. Rapport de recherche, Faculté des sciences infirmières, Université Laval.



1. MISE EN CONTEXTE

Au Canada, l'insécurité alimentaire est définie et mesurée comme « un accès inadéquat ou incertain à des aliments en raison d'un manque de ressources financières » (Tarasuk & Mitchell, 2020, p. 5). En 2021, 13,1 % des ménages québécois ont vécu une situation d'insécurité alimentaire (Tarasuk et al., 2022). L'insécurité alimentaire a été exacerbée par la pandémie de COVID-19, l'augmentation du coût de la vie, en particulier les prix des aliments et du logement, et est menacée par les changements climatiques (Romanello et al., 2022). En Mauricie et au Centre-du-Québec, le pourcentage de personnes ayant eu recours aux services d'aide alimentaire en 2023 a augmenté de 10 % par rapport à 2022 et de 37 % par rapport à 2019 (Moisson Mauricie-CDQ, 2023). Les ménages ayant recours à ces services sont souvent composés de personnes vivant seules, de familles avec enfants et de personnes sans emploi ou avec une pension de vieillesse. Le nombre de ménages en emploi ou prestataires d'assurance-emploi a également augmenté (hausse de 2,9 % parmi les ménages aidés en 2023) (Moisson Mauricie-CDQ, 2023).

Dans ce contexte, il a été recommandé que chacun des sept territoires de la Mauricie mette en place une gamme de services variés et complémentaires afin de soutenir les personnes aux prises avec l'insécurité alimentaire, incluant du dépannage alimentaire d'urgence, mais aussi des services perçus comme moins stigmatisants, facilitant l'accès à une alimentation saine et abordable (Moisson Mauricie-CDQ, 2023). Ces services de proximité peuvent inclure les banques alimentaires, les épiceries solidaires, les cartes de paiement d'aliments, les frigos-partage, les jardins et serres collectives, les activités de glanage de récoltes, les cours de cuisine et les dégustations, et les cuisines

collectives et de transformation des récoltes (p. ex., cannage, mise en bocaux). L'inclusion de ces services dans les plans d'urbanisme des villes contribuerait à diminuer la dépendance au secteur agroalimentaire industriel et à favoriser des stratégies adaptées à chaque contexte, en vue d'une meilleure justice sociale (Regnier-Davies et al., 2023; Simón-Rojo, 2021). L'utilisation de ces différents services en sécurité alimentaire est principalement influencée par le niveau de vulnérabilité des personnes (Roncarolo et al., 2015, 2016).

Au cours des cinq dernières années, la Mauricie s'est engagée dans une vaste démarche visant à soutenir le démarrage de projets innovants en sécurité alimentaire et à régionaliser (mettre à l'échelle) ceux s'étant démarqués. Ce mouvement s'inscrit dans une tendance forte où les projets en sécurité alimentaire sont de plus en plus complexes (approche écosystémique), conçus pour contribuer à un système alimentaire durable, équitable et résilient, et impliquent la mutualisation de ressources et des ententes entre les personnes qui produisent et les organismes communautaires. Aussi, dans le cadre de nombreuses rencontres antérieures, les citoyens et citoyennes et les personnes qualifiées ont exprimé leur intérêt pour le déploiement de cuisines collectives sur leur territoire mauricien (Guillaumie et al., 2024). Des organisations telles que Développement Mauricie et le programme « Cultive le Partage » ont appuyé le démarrage de projets pilotes de cuisines collectives, dont le projet « Des Chenaux Cuisine » dans la MRC des Chenaux.

Le Regroupement des cuisines collectives du Québec définit la cuisine collective comme étant « un petit groupe, composé minimalement de

trois personnes, qui met en commun temps, argent et compétences pour confectionner, en quatre étapes (planification, achats, cuisson, évaluation), des plats économiques, sains et appétissants qu'elles rapportent chez elles » (RCCQ, 2024). Ce mouvement a vu le jour en 1982 dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve à Montréal, lorsqu'un petit groupe de femmes se réunissaient pour planifier et cuisiner ensemble des repas nutritifs pour leurs familles, tout en partageant les coûts (RCCQ, 2024). À l'origine centrée sur une famille, l'initiative a rapidement évolué pour inclure d'autres femmes du quartier après avoir été remarquée par les intervenantes d'un organisme communautaire. Au fil du temps, les cuisines collectives ont évolué pour inclure des éléments éducatifs, favorisant l'apprentissage des compétences culinaires et la sensibilisation à l'alimentation saine (Lacovou et al., 2013). Elles sont devenues des espaces non seulement pour

préparer des repas économiques, mais aussi pour renforcer les liens communautaires et promouvoir l'autonomie des personnes participantes (Farmer et al., 2018). Aujourd'hui, les cuisines collectives continuent de jouer un rôle important dans la lutte contre l'insécurité alimentaire et la promotion de la justice sociale au Québec. Elles représentent des initiatives concrètes visant à améliorer l'accès à une alimentation saine et équilibrée pour tout le monde, en renforçant les communautés locales.

La présente recension des écrits scientifiques vise à examiner les différents modèles et les pratiques de cuisines collectives. Ultimement, cette recension des écrits souhaite contribuer à l'implantation d'activités de cuisine collective dans le cadre du projet « Des Chenaux Cuisine » dans la MRC des Chenaux, en Mauricie.





2. OBJECTIFS ET DÉMARCHÉ MÉTHODOLOGIQUE

Cette recension visait à établir un portrait des connaissances disponibles et des meilleures pratiques quant aux cuisines collectives. Plus spécifiquement, cette recension visait à répondre aux questions suivantes : quels sont les différents modèles de cuisines collectives? Quels sont les principaux enjeux ou facteurs influençant le fonctionnement des cuisines collectives? Quelles sont les données disponibles quant aux retombées associées à l'organisation de cuisines collectives?

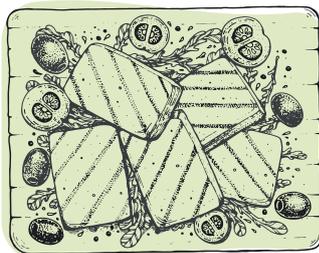
Pour y parvenir, une revue narrative de la littérature académique a été menée. Cette approche est particulièrement appropriée pour synthétiser et documenter l'évolution des connaissances, pour repérer des pratiques nouvelles et émergentes, et pour résumer différents types de preuves, de nature qualitative et quantitative, à l'aide d'une analyse thématique des données disponibles (Baethge, 2019). Les lignes directrices SANRA (*Scale for the Assessment of Narrative Review Articles*) ont été utilisées pour guider sa réalisation (Baethge et al., 2019).

Cette recension a été menée à partir des bases de données PubMed, CINAHL, Ovid Medline et Google Scholar. Pour identifier les documents à inclure dans la recension, des mots-clés liés aux cuisines collectives, à la sécurité alimentaire, à la santé et au bien-être ont été utilisés, ainsi que leurs synonymes en français et en anglais. Un total de 40 documents provenant de la littérature scientifique ont été identifiés. La liste complète des documents recensés est proposée en fin de document (voir la section Liste des références).

Pour être inclus dans la recension, les articles devaient répondre à quatre critères. Tout d'abord, ils devaient aborder de façon précise et opérationnelle la structure, le fonctionnement, le démarrage, les activités, leurs facteurs de fragilité

et de succès, ou encore les meilleures pratiques des cuisines collectives. Ensuite, ils devaient aborder des cuisines collectives mises en œuvre dans un contexte comparable à celui du Québec (p. ex., Amérique du Nord, Europe, Australie et Nouvelle-Zélande). Enfin, les documents devaient être publiés à partir de 1995, afin de privilégier des documents représentatifs du mouvement de déploiement des cuisines collectives. Les documents rédigés en français ou en anglais étaient considérés, indépendamment de la méthodologie de recherche mobilisée (qualitative, quantitative, mixte, recension).

La liste des thèmes documentés par la recension a été établie selon une approche mixte, de manière déductive à partir des objectifs de la recension, mais également de manière émergente à partir des données rapportées dans les articles inclus. Au total, 4 thèmes comprenant 14 sous-thèmes ont été documentés : 1) les différents modèles de cuisines; 2) les motivations, les facteurs facilitants et les barrières à la participation; 3) les retombées de cuisines collectives; et 4) les méthodes d'évaluation des cuisines collectives. Pour chacun de ces thèmes, une attention particulière a été portée à documenter les facteurs de fragilité, les meilleures pratiques pour soutenir la participation et les recommandations pour la réussite des cuisines collectives. Les données collectées sur chacun des thèmes ont fait l'objet d'une analyse thématique, visant à organiser et à résumer les résultats des recherches, tout en identifiant les données récurrentes et les plus importantes.



3. RÉSULTATS

3.1 LES DIFFÉRENTS MODÈLES DE CUISINES COLLECTIVES

3.1.1 Les objectifs des cuisines collectives. Les activités de cuisine collective visent à améliorer divers aspects de la vie des personnes participantes. Traditionnellement, ces activités ciblent les populations à faible statut socio-économique et marginalisées en raison de la croyance infondée que leurs habitudes alimentaires découlent d'un manque de connaissances culinaires (Caraher, 2016; Vidgen, 2014). Les activités de cuisine collective, de plus en plus répandues dans le monde, adoptent le plus souvent une approche participative, impliquant les personnes participantes dans le choix des recettes, la préparation des aliments, la formation à la sécurité alimentaire et le développement d'initiatives entrepreneuriales (Sahyoun et al., 2019). Le format participatif des cuisines collectives et leur potentiel pour favoriser le soutien mutuel entre les personnes participantes sont des caractéristiques clés qui distinguent ces initiatives des autres programmes d'aide alimentaire (Tarasuk, 2001). Les activités de cuisine collective visent le plus souvent le développement des compétences alimentaires et nutritionnelles, le renforcement de l'auto-efficacité, la réduction de l'insécurité alimentaire et la promotion d'une saine alimentation (Lacovou et al., 2013; Tarasuk, 2001). Ces activités aspirent également à lutter contre l'isolement social en encourageant la socialisation et le soutien social, le plus souvent en identifiant et en traitant des objectifs spécifiques des personnes participantes (Lacovou et al., 2013; Tarasuk, 2001). Plus rarement, les cuisines collectives vont fonctionner selon un modèle d'entreprise sociale et de lutte pour la justice sociale, en offrant aux personnes participantes une opportunité d'emploi (p. ex., 2 à 3 j/semaine) avec un revenu (Sahyoun et al., 2019).

3.1.2 Les personnes participantes ciblées par les cuisines collectives. Les cuisines collectives s'adressent à une gamme diversifiée de personnes, adaptant leurs activités pour répondre aux besoins spécifiques des communautés. Parmi les groupes ciblés par les cuisines collectives, on trouve surtout des personnes à faible revenu (Crawford & Kallina, 1997; Engler-Stringer & Berenbaum, 2007b; Fano et al., 2004; Flego et al., 2013, 2014; Herbert et al., 2014, 2015; Hutchinson et al., 2016; Keller et al., 2004; Lee et al., 2010; Morris et al., 2015; Park et al., 2018; Spence & Van Teijlingen, 2005; Tarasuk & Reynolds, 1999). Ces personnes sont souvent des parents (Engler-Stringer & Berenbaum, 2007a; Spence & Van Teijlingen, 2005), des familles avec enfants (Marquis et al., 2001), des personnes adultes issues de communautés ayant un statut socio-économique plus faible et des taux d'obésité élevés (Herbert et al., 2014), des femmes monoparentales, des hommes, des personnes nouvellement arrivées, et des personnes sans abri ou mal logées (Engler-Stringer & Berenbaum, 2006). Les activités de cuisine collective peuvent aussi cibler les personnes âgées (Engler-Stringer & Berenbaum, 2006; Fitzsimmons, 2003; Jyväkorpi, 2014), les personnes à mobilité réduite, en situation de handicap ou avec des troubles de santé mentale (Engler-Stringer & Berenbaum, 2006; Lee et al., 2010), des groupes mixtes composés d'hommes et de femmes (Engler-Stringer & Berenbaum, 2007a), des femmes enceintes en situation d'insécurité alimentaire (Fano et al., 2004), ainsi que des personnes issues des Premiers Peuples (Abbott et al., 2010, 2012; Mundel & Chapman, 2010; Nilson et al., 2015). En outre, les cuisines collectives s'ouvrent également à des personnes présentant des difficultés linguistiques (Lee et al., 2010), des personnes adultes brûlées et hospitalisées (Hill, 2007), des personnes à risque

de diabète (Abbott et al., 2010, 2012), des hommes âgés de 65 ans et plus (Keller et al., 2004) ainsi que des personnes étudiant à l'université (Bernardo et al., 2017, 2018).



3.1.3 Les composantes des cuisines collectives.

Les activités de cuisine collective recensées comprennent souvent deux composantes. La première composante englobe des activités de formation des personnes visant des compétences sociales (p. ex., estime de soi, travail en équipe, entraide), d'organisation (p. ex., planification, gestion budgétaire, communication) et culinaires (p. ex., planification et préparation des repas, utilisation d'ingrédients frais avec un budget limité, pratiques sécuritaires et d'hygiène, notions nutritionnelles, développement de recettes standardisées) (Barak-Nahum et al., 2016; Crawford & Kalina, 1997; Engler-Stringer & Berenbaum, 2006, 2007a, 2007b; Jyväkorpi, 2014; Lee et al., 2010; Marquis et al., 2001; Sahyoun et al., 2019; Spence & Van Teijlingen, 2005; Tarasuk et al., 1999). Ces activités de formation peuvent être dispensées avant le début des ateliers de cuisine ou pendant les activités. Certaines cuisines collectives vont aussi inclure

des visites au supermarché et des réunions préalables à l'activité de cuisine, permettant de faire connaissance des personnes participantes, de préciser les règles du travail en équipe et de planifier en équipe les recettes, les courses et le budget (Crawford & Kalina, 1997; Fitzsimmons, 2003). D'autres vont inclure des activités de repas partagés, de nettoyages collectifs, d'activités de jardinage et de récolte, et de groupes de discussion favorisant la socialisation (Farmer et al., 2018). La deuxième composante consiste en une participation répétée aux activités de cuisine collective (Crawford & Kalina, 1997; Farmer et al., 2018; Fitzsimmons, 2003; Herbert et al., 2014; Jyväkorpi, 2014; Marquis et al., 2001; Mundel & Chapman, 2010; Sahyoun et al., 2019; Tarasuk et al., 1999).

3.1.4 La durée et la fréquence des cuisines collectives.

Les cuisines collectives recensées présentent des modalités de fonctionnement très variables, en termes de durée totale et de fréquence des activités. La durée totale de ces programmes peut varier, allant de 10 jours (Fitzsimmons, 2003) à une période étendue de 24 mois (Crawford & Kalina, 1997). D'autres initiatives se déploient sur une plage temporelle de 4 à 6 mois (Abbott et al., 2010, 2012; Marquis et al., 2001; Nilson et al., 2015). Par ailleurs, certaines initiatives adoptent une approche plus concise avec seulement trois séances, intégrant une heure d'éducation nutritionnelle suivie de trois heures de cours de cuisine (Jyväkorpi, 2014).

Concernant la fréquence des séances, la plupart des programmes organisent des cuisines collectives de façon hebdomadaire (Abbott et al., 2010, 2012; Bernardo et al., 2017, 2018; Flego et al., 2013, 2014; Herbert et al., 2014, 2015; Hutchinson et al., 2016; Nilson et al., 2015; Park et al., 2018; Pooler et al., 2017). Cependant, les personnes participantes peuvent choisir le nombre de séances auxquelles elles se présentent pour répondre au mieux à leurs besoins (Foley, 1998; Foley et al., 1997; Foley & Pollard, 1998; Pettigrew et al., 2015, 2017; Woods, 2000). Certains programmes comprennent des séances bimensuelles ou mensuelles (Keller et al., 2004) et une minorité offre des séances chaque jour (surtout lorsque le programme est intensif sur une courte durée) (Fitzsimmons, 2003).

Concernant la durée des séances, celle-ci peut varier de 30 minutes à 2 heures (Flego et al., 2013, 2014; Foley, 1998; Foley et al., 1997; Foley & Pollard, 1998; Herbert et al., 2014, 2015; Hutchinson et al., 2016; Keller et al., 2004; Park et al., 2018; Pettigrew et al., 2015, 2017; Pooler et al., 2017; Woods, 2000). Dans certaines études, la durée était de 3 à 4 heures (Abbott et al., 2010, 2012; Bernardo et al., 2017, 2018; Nilson et al., 2015). Cette diversité quant à la durée souligne l'adaptabilité des activités de cuisine collective pour répondre aux besoins et aux préférences des personnes participantes, offrant ainsi une flexibilité dans la planification et la participation.

3.1.5 Le profil des personnes animant des cuisines collectives. Les activités de cuisine collective sont couramment encadrées par des personnes professionnelles de divers horizons, notamment des nutritionnistes, des diététistes, et des personnes formées en nutrition (Barak-Nahum et al., 2016; Crawford & Kalina, 1997; Foley, 1998; Foley & Pollard, 1998; Jyväkorpi, 2014; Morris et al., 2015; Nilson et al., 2015; Pettigrew et al., 2017; Woods, 2000). De plus, des organisateurs et organisatrices communautaires possédant une expertise en nutrition, en alimentation, et en promotion de la santé peuvent également être impliqués dans l'animation de ces activités (Flego et al., 2013; Herbert et al., 2014; Pooler et al., 2017). D'autres animateurs et animatrices incluent des personnes professionnelles en santé mentale (Barak-Nahum et al., 2016), en travail social (Crawford & Kalina, 1997), en cuisine ou des chefs (Jyväkorpi, 2014; Park et al., 2018). Au sein des communautés autochtones, les activités de cuisine collective sont souvent dirigées par du personnel enseignant et des personnes professionnelles sociosanitaires de la communauté (Abbott et al., 2010, 2015). Les autres catégories de personnes animant des cuisines collectives pouvaient être du personnel enseignant en économie domestique pour la formation en budgétisation (Park et al., 2018) et des thérapeutes récréatifs, notamment avec les personnes âgées (Fitzsimmons, 2003). Peu d'études recensées ont mentionné la formation et l'implication de citoyens et citoyennes pour l'animation de cuisines collectives. Seule une étude a mentionné que, quatre mois après la fin de l'intervention, 80 % des personnes participantes animaient leur propre groupe de cuisine (Marquis et al., 2001).

3.1.6 Les aliments préparés et les sources d'approvisionnement. La présente recension a permis de constater que les documents recensés spécifient peu les types d'aliments ou de plats préparés lors des cuisines collectives (p. ex., cuisine végétarienne, cuisine internationale, etc.). Cela était précisé principalement dans les interventions se concentrant sur la préparation de collations saines pour des élèves d'écoles (Sahyoun et al., 2019) ou lorsque les interventions étaient destinées à des personnes présentant des besoins de santé spécifiques comme des personnes diabétiques (Barak-Nahum et al., 2016). De façon générale, le choix des recettes à cuisiner dépend des besoins et des préférences exprimés par les personnes participantes et des objectifs des cuisines collectives. La planification préalable des recettes avec les personnes participantes est donc une étape cruciale, permettant de déterminer les ingrédients nécessaires, tout en estimant le budget requis (RCCQ, 2007).

De façon générale, les sources d'approvisionnement étaient peu abordées dans les documents recensés. On peut souligner que la boîte à outils pour le démarrage d'une cuisine collective, élaborée par le RCCQ (2007), s'est distinguée en recommandant diverses sources d'approvisionnement économiques et respectueuses de l'environnement et des communautés. Ce document met en avant les groupes d'achats et les collectifs effectuant des achats mensuels de denrées alimentaires en gros, directement auprès des fournisseurs ou des agriculteurs, permettant ainsi d'avoir des produits de qualité à des coûts réduits, tout en contournant les intermédiaires. Les partenariats avec des fermes locales, que ce soit pour un approvisionnement direct ou sous forme de paniers périodiques, ainsi que l'utilisation de récoltes des jardins collectifs, étaient recommandés pour un approvisionnement en produits frais, locaux et biologiques. Les marchés publics et les coopératives d'alimentation locales étaient aussi recommandés comme des sources d'approvisionnement pouvant être exploitées par les cuisines collectives (RCCQ, 2007).

3.1.7 Les lieux des activités. Les activités de cuisine collective se déroulent dans une diversité de lieux, reflétant l'adaptabilité de ces programmes. Le plus souvent, les activités se

déroulent dans les lieux pouvant le mieux convenir aux besoins des personnes participantes et disponibles à proximité (Foley, 1998; Foley & Pollard, 1997, 1998; Pettigrew et al., 2015, 2016, 2017; Pooler et al., 2017; Woods, 2000). Ces activités peuvent être organisées dans des cuisines d'organismes communautaires et des locaux équipés de cuisines commerciales et adaptés à ces activités (Abbott et al., 2010; Jyväskylä, 2014; Park et al., 2018; Sahyoun et al., 2019). Des lieux plus originaux, tels que des marchés publics (Hutchinson et al., 2016) ou des centres de loisirs pour personnes âgées (Keller et al., 2004), peuvent également être utilisés. Les environnements institutionnels, tels que les laboratoires alimentaires scolaires, sont aussi utilisés (Abbott et al., 2010, 2012; Bernardo et al., 2017). L'important est aussi que le lieu choisi soit bien adapté et équipé pour le déroulement de ces activités (équipements de sécurité, équipements lourds et légers, appareils ménagers, articles de cuisson, etc.) (RCCQ, 2007).

3.1.8 Les modèles de financement des cuisines collectives. Les documents recensés présentent plusieurs modèles de financement. Certaines activités de cuisine collective ne requièrent aucune contribution financière de la part des personnes participantes lorsque l'organisation hôte est récipiendaire d'un financement (Abbott et al., 2010, 2012; Foley, 1998; Foley et al., 1997; Foley & Pollard, 1998; Nilson et al., 2015; Pooler et al., 2017; Pettigrew et al., 2015, 2016, 2017; Woods, 2000). En revanche, d'autres requièrent une contribution financière, généralement comprise entre 5 et 10 USD (Flego et al., 2013, 2014; Herbert et al., 2014, 2015; Hutchinson et al., 2016; Keller et al., 2004). Les contributions peuvent être parfois effectuées par séance hebdomadaire, tandis que d'autres peuvent être effectuées mensuellement (p. ex., une fois par mois) (Keller et al., 2004). Dans le contexte des activités de cuisine axées sur la préparation de collations destinées aux élèves d'écoles, les collations étaient subventionnées, mais les élèves devaient s'acquitter de 0,25 USD par collation (5 USD par mois pour 20 collations) (Sahyoun et al., 2019). Le revenu des femmes participant à la préparation et à la vente de collations était de 110 USD par mois (Sahyoun et al., 2019).

De façon générale, les activités de cuisine collective sont soutenues financièrement par le

biais de dons ou de subventions dans le cadre de partenariats avec des entreprises, des institutions publiques ou parapubliques, ou des organismes sans but lucratif. Ces partenaires peuvent aussi contribuer par un soutien matériel, professionnel ou humain (informations, références, services de nutritionnistes, comptables, etc.), ou en proposant des formes de commandite (RCCQ, 2007).

3.2 LES MOTIVATIONS, LES FACTEURS FACILITANTS ET LES BARRIÈRES À LA PARTICIPATION

3.2.1 Les motivations à participer. Les motivations des personnes qui s'engagent dans des activités de cuisine collective sont diverses et influencées par des facteurs sociaux, familiaux et de santé. Les interactions sociales et le soutien sont les principales raisons de participation à ces programmes (Fano et al., 2004; Jones, 2019). La motivation à cuisiner des repas sains et variés pour les familles a été aussi soulignée comme motif de participation (Spence & Van Teijlingen, 2005). Pour les activités de cuisine collective avec des populations à faible revenu, les économies financières et la possibilité d'expérimenter de nouvelles recettes, avec un sentiment de sécurité et sans crainte de gaspiller, étaient aussi des motivations (Maugeri et al., 2021). Enfin, certaines personnes sont motivées par des problèmes de santé personnels, ainsi que par leurs attentes quant aux retombées positives sur leur santé physique et leur bien-être général (Abbott et al., 2010, 2015). Pour le modèle d'entreprise sociale proposant une rémunération aux personnes participantes, la motivation principale résidait dans la perspective d'un revenu supplémentaire (Sahyoun et al., 2019). Ce facteur est susceptible de les encourager à participer à de telles activités.

3.2.2 Les facteurs facilitateurs. Les documents recensés ont permis de dégager plusieurs facteurs pouvant influencer la participation et l'atteinte des objectifs des cuisines collectives. Tout d'abord, *l'approche participative* est apparue essentielle pour favoriser le développement de compétences, de liens sociaux et ultimement une meilleure santé nutritionnelle (Sahyoun et al., 2019; Tarasuk, 2001). Cela se traduit minimalement en impliquant les personnes dans le choix des recettes et plus largement dans la gestion de l'épicerie et du budget. Dans

cette optique, les cuisines collectives sont considérées comme une stratégie précieuse pour la participation active de la communauté, le développement de l'entraide et la promotion de la santé de la communauté (Lacovou et al., 2013).

L'implication d'animateurs et animatrices qui inspirent confiance aux personnes participantes permet aussi de favoriser l'engagement des personnes dans les activités de cuisine (Maugeri et al., 2021). Cette confiance envers la personne qui assure l'animation se traduit par une communication améliorée des besoins des personnes participantes (Hutchinson et al., 2016; Nilson et al., 2015) et les pratiques alimentaires acquises dans les cuisines collectives sont plus susceptibles d'être transférées à la maison (Maugeri et al., 2021). L'engagement d'intervenants et intervenantes communautaires spécifiquement dédiés à l'organisation et à la coordination des activités est également apparu comme un élément crucial pour assurer la pérennité des cuisines collectives (Crawford & Kalina, 1997).

Le *soutien de la famille* est aussi un facteur important pour la réussite de ces activités. Cela est notamment dû aux changements dans les habitudes alimentaires et les repas familiaux qui peuvent être occasionnés par la participation aux cuisines collectives. Dans ce contexte, il est recommandé de favoriser l'inclusion de plusieurs membres d'une même famille pour assurer un soutien plus durable et faciliter des changements dans les habitudes alimentaires à la maison (Abbott et al., 2010, 2012; Morris et al., 2015; Nilson et al., 2015). Dans le même sens, l'intégration d'un service de garde pour les enfants d'âge préscolaire peut faciliter leur déroulement et la participation des parents (Sahyoun et al., 2019).

Pour les activités réalisées avec des communautés ethniques, la valorisation de l'identité culturelle et le soutien des communautés ciblées semblent jouer un rôle facilitant. Cela peut s'exprimer par l'inclusion de plats culturels dans les recettes préparées et l'organisation d'activités visant à préserver et à célébrer la diversité culturelle (Sahyoun et al., 2019). Ces éléments peuvent ajouter une dimension sociale et communautaire aux cuisines collectives, notamment lorsqu'elles



s'adressent à des communautés pouvant faire l'objet de discrimination et d'exclusion (p. ex., personnes immigrantes, communautés autochtones, LGBTQ+).

3.2.3 Les barrières. Les cuisines collectives font face à plusieurs barrières qui entravent leur mise en œuvre et limitent la participation. Tout d'abord, *les contraintes de temps des personnes participantes et la garde des enfants* sont parues comme des barrières importantes. Dans certaines initiatives, les personnes rapportaient avoir cessé leur participation pour des contraintes de temps, de garde des enfants, et de manque de temps pour effectuer les tâches ménagères et les autres responsabilités familiales (Sahyoun et al., 2019). Ces contraintes soulignent la nécessité d'adapter les horaires et les formats des cuisines collectives pour mieux répondre aux besoins des personnes participantes.

Ensuite, *les préférences alimentaires familiales* (p. ex., la friture), *le faible revenu*, ainsi que *la faible accessibilité à des épiceries* (p. ex., en raison du transport ou du manque de proximité) sont aussi des obstacles à la participation aux cuisines collectives (Abbott et al., 2010, 2012;

Park et al., 2018). Les préférences alimentaires familiales peuvent entraver l'acceptation de nouvelles pratiques alimentaires à la maison, tandis que le faible revenu et l'accès limité aux aliments peuvent compliquer la mise en œuvre de changements significatifs dans les habitudes alimentaires. Les recettes devraient donc être conçues en tenant compte des habitudes d'achat et de consommation des personnes participantes, évitant l'introduction de nouveaux ingrédients qui pourraient compliquer leur liste d'épicerie pour essayer les recettes à la maison (Maugeri et al., 2021).

Enfin, le manque de ressources financières pour soutenir l'organisation pérenne de ces activités a aussi été identifié comme un obstacle majeur, pouvant entraîner la fermeture des cuisines collectives (Desforges et al., 2019). Des facteurs tels que le manque d'outils de gestion des cuisines et une diversité importante au niveau des postes comptables peuvent rendre difficile la gestion financière et la pérennité de ces initiatives. Une connaissance comptable insuffisante et un contrôle comptable faible de la part des gestionnaires peuvent également contribuer à la fermeture prématurée de ces projets (Desforges et al., 2019). Pour surmonter ces barrières, des efforts doivent être déployés pour garantir des ressources adéquates et des compétences de gestion appropriées.

3.3 LES RETOMBÉES DES CUISINES COLLECTIVES

3.3.1 La santé mentale et le soutien social. Les études recensées ont montré des retombées positives des cuisines collectives sur la santé mentale et le bien-être psychologique des personnes participantes. Les cuisines collectives offrent aux personnes *une échappatoire à la vie quotidienne*, que ce soit pour s'éloigner temporairement de l'environnement familial, que pour avoir une pause dans la routine quotidienne (Sahyoun et al., 2019) ou pour avoir une distraction de ses problèmes (Hill, 2007). Les cuisines collectives étaient décrites comme *une source de bonheur* qui améliore le moral des personnes participantes, leur sentiment de confiance et qui réduit leur anxiété (Engler-Stringer & Berenbaum, 2006; Hutchinson et al.,

2016; Lee et al., 2010; Marquis et al., 2001; Mundel & Chapman, 2010; Sahyoun et al., 2019). D'autres études ont rapporté une *amélioration de l'estime de soi, de la coordination et de la concentration*, notamment chez les personnes ayant un faible statut socio-économique (Haley & McKay, 2004; Herbert et al., 2014). Ces activités fournissent *un sentiment d'appartenance et d'accomplissement*, un soutien social supplémentaire, des occasions de partager des intérêts communs et des opportunités pour apprécier la compagnie des autres (Haley & McKay, 2004; Herbert et al., 2014; Sahyoun et al., 2019). Plusieurs études ont souligné l'influence positive des cuisines collectives sur la *réduction de l'isolement social, et une augmentation du soutien social, émotionnel et des interactions sociales* (Crawford & Kalina, 1997; Engler-Stringer & Berenbaum, 2006, 2007b; Haley & McKay, 2004; Herbert et al., 2014; Hill, 2007; Jones, 2019; Lee et al., 2010; Marquis et al., 2001; Mundel & Chapman, 2010; Spence & Van Teijlingen, 2005; Tarasuk & Reynolds, 1999). Les cuisines collectives permettent aussi de créer de nouvelles amitiés (Hill, 2007; Marquis et al., 2001). Dans des cuisines collectives menées avec des adultes à faible revenu, la socialisation constituait un avantage pour plus de la moitié des personnes participantes à la fin de l'intervention (Crawford & Kalina, 1997). Des personnes participant à des groupes de cuisines collectives ont rapporté apprécier particulièrement les *liens sociaux et le travail d'équipe* (Sahyoun et al., 2019), ce qui les incite souvent à continuer à travailler en équipe en famille pour la préparation des repas à la maison (Herbet et al., 2014). Certaines études ont souligné une diminution de l'anxiété (Hill, 2007) et une augmentation significative des affects positifs, notamment chez des personnes atteintes de cancer (Barak-Nahum et al., 2016) ainsi qu'une amélioration statistiquement significative du bien-être psychologique entre le début et quatre mois après l'intervention (Jyväkorpi et al., 2014). Les cuisines collectives permettent aussi de renforcer *le sentiment de dignité* des personnes participantes en leur offrant une alternative aux ressources caritatives (Engler-Stringer & Barebaum, 2007a) et en améliorant l'accès aux ressources communautaires (Engler-Stringer & Berenbaum, 2007a; Lee et al., 2010; Mundel & Chapman, 2010; Tarasuk & Reynolds, 1999). Le

sentiment de produire des plats pouvant être conservés, appréciés et donnés à d'autres était perçu comme bénéfique et gratifiant (Haley & Mckay, 2004).

3.3.2 La sécurité alimentaire, les habitudes alimentaires et les connaissances nutritionnelles.

Plusieurs bénéfices sur la sécurité et les pratiques alimentaires étaient rapportés dans les documents analysés. Tout d'abord, les cuisines collectives permettent une *amélioration du statut de sécurité alimentaire* chez les personnes participantes, lorsque celle-ci est mesurée à la fin de l'intervention, ou 3 à 6 mois après les cuisines collectives (Engler-Stringer & Berenbaum, 2006; Pooler et al., 2006; Sahyoun et al., 2019). À titre d'exemple, une étude a révélé une diminution de la proportion des femmes participantes vivant une insécurité alimentaire modérée (de 37,5 % à 25 %) et sévère (18,7 % à 15,6 %) au sein de leurs ménages au cours de l'intervention (Sahyoun et al., 2019). Cependant, il est recommandé d'interpréter ces résultats avec prudence (Engler-Stringer & Berenbaum, 2007a; Lee et al., 2010; Spence & Van Teijlingen, 2005). En effet, les cuisines collectives ne peuvent à elles seules résoudre l'insécurité alimentaire, étant donné qu'elles n'apportent pas de modifications substantielles à la situation économique des ménages (Tarasuk & Reynolds, 1999).

Des modifications dans les habitudes alimentaires et les stratégies de préparation des aliments à la maison ont été rapportées dans les études examinées (Barak-Nahum et al., 2016; Crawford & Kalina, 1997; Herbert et al., 2014; Hutchinson et al., 2016; Keller et al., 2004; Morris et al., 2015). Concrètement, cela peut se manifester par une diminution de l'utilisation de sel, de beurre, d'huile et d'aliments frits à la maison (Sahyoun et al., 2019), une augmentation de la consommation quotidienne de fruits et légumes (Fano et al., 2004; Flego et al., 2014; Morris et al., 2015), une augmentation de la diversité des fruits et légumes achetés et inclus dans les repas (Engler-Stringer & Berenbaum, 2006; Spence & Van Teijlingen, 2005), l'intégration d'une plus grande variété d'aliments dans l'alimentation quotidienne (Engler-Stringer & Berenbaum, 2006, 2007a; Tarasuk & Reynolds, 1999), une diminution de la consommation de plats rapides (*fast-food*) (Marquis et al., 2001), une augmentation de la fréquence des repas pris à la maison (Morris et

al., 2015) et une augmentation des repas pris en famille (Park et al., 2018). À titre d'exemple, une étude a rapporté une augmentation de la proportion de personnes participantes à faible revenu consommant au moins cinq portions de fruits et légumes quotidiennement, passant de 29 % à 47 % à la fin de l'intervention (Fano et al., 2004). Ces bénéfices sont observés non seulement pour les personnes participantes, mais également pour les autres membres de la famille, avec l'augmentation de la préparation et de la consommation d'aliments sains à la maison (Engler-Stringer & Berenbaum, 2006; Fano et al., 2004). Les études ont également rapporté une augmentation du plaisir de cuisiner et de manger et une meilleure acceptation des nouveaux aliments (Engler-Stringer & Berenbaum, 2006, 2007b; Keller et al., 2004; Mundel & Chapman, 2010). Cela se manifestait aussi par une plus grande motivation à préparer des plats sains pour la famille (Spence & Van Teijlingen, 2005).



Enfin, la participation à des cuisines collectives est associée à l'augmentation des connaissances culinaires, en se familiarisant avec de nouvelles recettes et des techniques de cuisson pouvant être mises en pratique à la maison (Bernardo et al., 2017, 2018; Engler-Stringer & Berenbaum,

2006; Hutchinson et al., 2016; Lee et al., 2010; Marquis et al., 2001; Mundel & Chapman, 2010; Sahyoun et al., 2019). Les cuisines collectives étaient aussi associées à l'augmentation de connaissances en nutrition (Hutchinson et al., 2016; Park et al., 2018), sur les maladies liées à l'alimentation et les recommandations de santé (Foley, 1998; Foley et al., 1997; Foley & Pollard, 1998; Pettigrew et al., 2015, 2016, 2017; Woods, 2000), et sur les recommandations pour l'hygiène alimentaire (Sahyoun et al., 2019).

3.3.3 Les compétences sociales et personnelles.

Les cuisines collectives ont donné lieu à des retombées significatives sur les compétences sociales et personnelles des personnes participantes. Des études ont révélé une amélioration de la confiance en cuisine (Flego et al., 2014; Keller et al., 2004; Pooler et al., 2017) et une auto-efficacité accrue pour utiliser des techniques de cuisson, manipuler des fruits et légumes, ainsi que pour l'assaisonnement (Bernardo et al., 2017, 2018). Des études ont mis en évidence une augmentation du sentiment de compétence, d'autonomie et de prise de décision particulièrement pour les femmes présentant des faibles revenus, notamment en ce qui concerne la préparation des repas, les dépenses du ménage, l'emploi, et en matière de soins de santé (Sahyoun et al., 2019). À titre d'exemple, la part des femmes participant aux activités de cuisine collective et rapportant un pouvoir de prise de décision concernant les dépenses importantes des ménages est passée de 9,4 % au début de l'intervention à 40,6 % à la fin (Sahyoun et al., 2019). Les cuisines collectives permettaient également de développer les capacités d'organisation, de travail d'équipe, d'entraide, d'écoute mutuelle et de communication efficace (Sahyoun et al., 2019). Enfin, les cuisines collectives abordant les thèmes de la budgétisation alimentaire, de la réduction des coûts (Crawford & Kalina, 1997; Engler-Stringer & Berenbaum, 2007a; Marquis et al., 2001; Sahyoun et al., 2019; Spence & Van Teijlingen, 2005; Tarasuk & Reynolds, 1999) ainsi que la gestion des ressources alimentaires (Flego et al., 2014; Keller et al., 2004; Pooler et al., 2017) permettaient le développement de compétences dans ces domaines.

3.4 LES MÉTHODES D'ÉVALUATION DES CUISINES COLLECTIVES

L'évaluation des cuisines collectives se concentre généralement sur les facteurs influençant la participation (p. ex., Crawford & Kalina, 1997), la perception des personnes participantes à l'égard des cuisines collectives (p. ex., Lee et al., 2010), ainsi que sur les retombées des cuisines collectives sur les connaissances et compétences culinaires (p. ex., Engler-Stringer & Berenbaum, 2006; Herbert et al., 2014; Hutchinson et al., 2016; Mundel & Chapman, 2010; Sahyoun et al., 2019; Tarasuk et al., 1999), sur les habitudes alimentaires (p. ex., Crawford & Kalina, 1997; Engler-Stringer & Berenbaum, 2006, 2007a; Tarasuk & Reynolds, 1999), sur la santé et le bien-être (p. ex., Barak-Nahum et al., 2016; Jyväkorpi et al., 2014) et sur le soutien social et communautaire (p. ex., Engler-Stringer & Berenbaum, 2007b; Lee et al., 2010).

Les méthodes de collecte de données varient considérablement selon les études. Certaines évaluations ont utilisé des observations participatives (Nilson et al., 2015; Tarasuk & Reynolds, 1999) ou semi-participatives (Engler-Stringer & Berenbaum, 2006, 2007a) avec des prises de photos. La majorité des études ont employé des méthodes quantitatives, utilisant des questionnaires transversaux et des questionnaires pré- et post-intervention (au début, à la fin, 3 mois et/ou 6 mois après l'intervention) (Bernardo et al., 2017, 2018; Crawford & Kalina, 1997; Flego et al., 2013, 2014; Foley, 1998; Foley & Pollard, 1997, 1998; Herbert et al., 2014, 2015; Hill, 2007; Jyväkorpi et al., 2014; Marquis et al., 2001; Morris et al., 2015; Mundel & Chapman, 2010; Park et al., 2018; Pettigrew et al., 2015, 2017; Pooler et al., 2017; Sahyoun et al., 2019; Woods, 2000). Les questionnaires étaient le plus souvent administrés par les personnes coordonnant les projets ou autoadministrés.

Parmi les questionnaires d'évaluation utilisés, quelques-uns étaient mentionnés précisément :

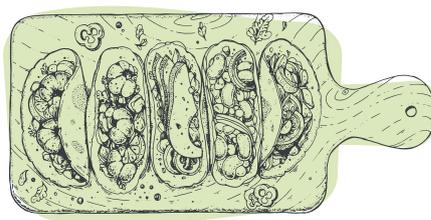
- Le questionnaire validé SF-12 (*Health-Related Quality of Life*; HRQOL) était utilisé pour une autoévaluation de 12 éléments liés aux dimensions physique et mentale de la qualité de vie liée à la santé (Barak-Nahum et al., 2016).



- Un questionnaire validé composé de six questions a permis d'évaluer les changements induits par les activités d'éducation nutritionnelle et de cuisine sur le bien-être autorapporté des personnes participantes (Jyväkorpi et al., 2014).
- L'échelle validée de l'estime de soi de Rosenberg a été utilisée pour évaluer le niveau d'estime de soi et le sentiment d'auto-efficacité lié à la cuisine (Herbert et al., 2014).
- Un questionnaire sociodémographique et santé, incluant des questions sur le revenu du ménage, les dépenses alimentaires, le niveau de scolarisation, le statut d'emploi, et l'état de santé physique et mental, a été développé par l'auteure (Sahyoun et al., 2019).
- Un questionnaire de Likert en cinq points a été développé par l'auteure de l'étude pour évaluer, entre autres, le sentiment d'auto-efficacité, l'anxiété, les préoccupations liées à la santé et les interactions sociales (Hill, 2007).

Les méthodes qualitatives ont aussi été largement exploitées, incluant des entrevues individuelles (en face-à-face, par téléphone, semi-structurées ou approfondies) menées à la fin de l'intervention,

quelques mois après celle-ci, et parfois même pendant son déroulement (Abott et al., 2010, 2012; Engler-Stringer & Berenbaum, 2006, 2007b; Fano et al., 2004; Haley & McKay, 2004; Herbert et al., 2014; Hill, 2007; Lee et al., 2010; Nilson et al., 2015; Park et al., 2018; Sahyoun et al., 2019; Spence & Van Teijlingen, 2005; Tarasuk & Reynolds, 1999). Les questions posées lors des entretiens portaient fréquemment sur l'expérience des personnes participantes dans la cuisine communautaire, leurs interactions avec les autres, leur bien-être physique, mental et financier, l'impact perçu de l'intervention, ainsi que les avantages et les inconvénients du projet. Les groupes de discussion ont aussi été largement utilisés comme outil d'évaluation, le plus souvent à la fin de l'intervention ou jusqu'à six mois après (Lee et al., 2010; Marquis et al., 2001; Morris et al., 2015; Mundel & Chapman, 2010; Nilson et al., 2015). Une attention particulière devrait être accordée quant au choix de la personne menant ces entretiens individuels ou de groupe, car le recours au même personnel que pour l'animation des cuisines pourrait introduire des biais (Haley & McKay, 2004).



4. CONCLUSION

Cette synthèse de la littérature offre une vue d'ensemble des données disponibles sur les cuisines collectives, en explorant leurs objectifs et leurs composantes, les facteurs influençant la participation, leurs retombées et les méthodes utilisées pour leur évaluation. Deux principales leçons peuvent être tirées de cette recension.

Cette synthèse de la littérature offre une vue d'ensemble des données disponibles sur les cuisines collectives, en explorant leurs objectifs et leurs composantes, les facteurs influençant la participation, leurs retombées et les méthodes utilisées pour leur évaluation. Deux principales leçons peuvent être tirées de cette recension.

En premier lieu, plusieurs informations importantes ont pu être dégagées quant au fonctionnement des cuisines collectives. On constate que celles-ci visent principalement le développement des compétences liées à l'alimentation, la réduction de l'insécurité alimentaire, la lutte contre l'isolement social et la promotion de la saine alimentation. Les cuisines collectives peuvent inclure conjointement des activités de formation, des activités de cuisine et des activités sociales. Les motivations à participer aux cuisines collectives sont le plus souvent d'avoir accès à des repas sains et savoureux, bon marché, de passer un moment agréable et de tisser des liens sociaux. Concernant les modalités d'organisation des activités et les recettes préparées, l'important est de s'adapter aux besoins et aux préférences des personnes participantes et d'adopter un modèle participatif. Il est aussi recommandé d'appliquer l'approche de l'universalisme proportionné pour atténuer les iniquités et permettre à toutes les personnes participantes de bénéficier des activités de manière équitable (Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, 2013). Ainsi, ces dernières devraient être adaptées en

fonction des besoins, des préférences et des contextes socio-économiques des personnes participantes ciblées. La personne qui anime a également un rôle crucial pour instaurer des conditions favorables à la création de liens, à la confiance et au bon déroulement des activités. De plus, trois facteurs sont apparus influencer négativement le déroulement de ces activités et la participation. Il s'agit des contraintes personnelles de temps et de garde d'enfants des personnes participantes (pouvant être compensées par l'organisation d'une garde des enfants), le manque de soutien des membres de la famille quant aux changements alimentaires induits par les cuisines collectives (pouvant être compensé par la participation de plusieurs membres d'une même famille) et le manque de financement pérenne pour l'organisation de ces activités (pouvant être compensé en partie par le déploiement de bénévoles). De plus, les évaluations des activités de cuisine collective suggèrent de nombreux bénéfices, notamment sur les habitudes alimentaires, les connaissances nutritionnelles, le soutien social et plus généralement sur la santé physique et mentale.

En second lieu, plusieurs enjeux sont apparus peu ou pas documentés dans les études recensées. Les enjeux d'équité et d'inclusion ont été peu abordés. De façon générale, les études précisaient que les cuisines collectives pouvaient être organisées avec des groupes variés (p. ex., les personnes à faible revenu, les familles, les personnes âgées, les personnes immigrantes, etc.). Cependant,

Une recension de la littérature scientifique :

État des connaissances sur les enjeux et les retombées des activités de cuisine collective

la question de la mixité de ces groupes dans une perspective d'inclusion et d'entraide était peu abordée. Aussi, les critères de sélection des personnes participantes n'étaient pas toujours clairement mentionnés. Ensuite, la question du bénévolat et de l'implication citoyenne dans l'organisation et l'animation des rencontres était peu ou pas abordée. Pourtant, cela pourrait être un levier de participation sociale et de pérennisation permettant de limiter les coûts. Aussi, très peu d'études abordaient les cuisines collectives sous l'angle des activités d'économie sociale, notamment pour produire des repas dédiés aux banques alimentaires ou dans les milieux scolaires. Les contributions des cuisines collectives à l'économie circulaire, à l'utilisation des surplus agricoles et les collaborations avec les producteurs et productrices locaux étaient aussi peu ou pas mentionnés. Très peu d'études abordaient les cuisines collectives dans les contextes autochtones et leurs contributions à la souveraineté alimentaire de ces communautés. Également, les études abordaient peu leurs contributions à la transition vers une alimentation durable, en privilégiant notamment les protéines végétales et les aliments locaux et d'hiver disponibles dans les milieux nordiques. Enfin, les évaluations de ces activités se concentraient essentiellement sur les bénéficiaires de ces

interventions, évaluant leur portée et leur efficacité, mais sans accorder une attention suffisante à leur adoption, leur mise en œuvre et leur maintien à long terme par les organisations. Il est cependant crucial de prendre en considération l'ensemble de ces cinq dimensions, telles que définies par le cadre d'évaluation des interventions en santé publique RE-AIM (*Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, and Maintenance*), afin d'adopter une approche holistique pour évaluer la faisabilité, l'impact et la pérennité de ces activités (Shelton et al., 2020).

En conclusion, considérant les bénéfices importants des activités de cuisine collective, dont leurs contributions pour l'accès à tout le monde à une saine alimentation, leur fort degré d'appréciation sociale et la disponibilité des cuisines communautaires dans de nombreuses localités, ces activités sont donc fortement encouragées. Elles favorisent essentiellement une éducation nutritionnelle et des pratiques alimentaires améliorées, dans un environnement positif et souvent dénué de stigmatisation (Zoumenou et al., 2024). Ces activités devraient être prioritairement dédiées et conçues pour répondre aux besoins des populations à faible revenu, faciliter leur participation et contribuer ultimement à leur sécurité alimentaire.





5. LISTE DES RÉFÉRENCES

Remarque : Les revues de la littérature sont surlignées en mauve

- Abbott, P. A., Davison, J. E., Moore, L. F., & Rubinstein, R. (2012). Effective nutrition education for Aboriginal Australians: lessons from a diabetes cooking course. *Journal of nutrition education and behavior*, 44(1), 55-59.
- Abbott, P., Davison, J., Moore, L., & Rubinstein, R. (2010). Barriers and enhancers to dietary behaviour change for Aboriginal people attending a diabetes cooking course. *Health Promotion Journal of Australia*, 21(1), 33-38.
- Baethge, C., Goldbeck-Wood, S., & Mertens, S. (2019). SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Research integrity and peer review*, 4(1), 1-7.
- Barak-Nahum, A., Haim, L. B., & Ginzburg, K. (2016). When life gives you lemons: the effectiveness of culinary group intervention among cancer patients. *Social Science & Medicine*, 166, 1-8.
- Bernardo, G. L., Jomori, M. M., Fernandes, A. C., Colussi, C. F., Condrasky, M. D., & Proença, R. P. D. C. (2017). and Culinary in the Kitchen Program: a randomized controlled intervention to promote cooking skills and healthy eating in university students—study protocol. *Nutrition journal*, 16, 1-12.
- Bernardo, G. L., Jomori, M. M., Fernandes, A. C., Colussi, C. F., Condrasky, M. D., & da Costa Proença, R. P. (2018). Positive impact of a cooking skills intervention among Brazilian university students: Six months follow-up of a randomized controlled trial. *Appetite*, 130, 247-255.
- Caraher, M. (2016). Food literacy beyond the individual: the nexus between personal skills and victim blaming. In *Food Literacy* (pp. 118-133). Routledge.
- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2013). *Les démarches ciblées et universelles en matière d'équité en santé : Parlons-en*. Antigonish (N. É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier.
- Crawford, S. M., & Kalina, L. (1997). Building food security through health promotion: community kitchens. *Journal of the Canadian Dietetic Association*, 58(4).
- Engler-Stringer, R., & Berenbaum, S. (2005). Collective kitchens in Canada: a review of the literature. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 66(4), 246-251.
- Engler-Stringer, R., & Berenbaum, S. (2006). Food and nutrition-related learning in collective kitchens in three Canadian cities. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 67(4), 178-183.
- Engler-Stringer, R., & Berenbaum, S. (2007a). Exploring food security with collective kitchens participants in three Canadian cities. *Qualitative Health Research*, 17(1), 75-84.
- Engler-Stringer, R., & Berenbaum, S. (2007b). Exploring social support through collective kitchen participation in three Canadian cities. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 26(2), 91-105.
- Fano, T. J., Tyminski, S. M., & Flynn, M. A. (2004). Evaluation of a collective kitchens program using the population health promotion. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 65(2), 72-80..
- Farmer, N., Touchton-Leonard, K., & Ross, A. (2018). Psychosocial benefits of cooking interventions: a systematic review. *Health Education & Behavior*, 45(2), 167-180.
- Fitzsimmons, S., & Buettner, L. L. (2003). A therapeutic cooking program for older adults with dementia: Effects on agitation and apathy. *American Journal of Recreation Therapy*, 2(4), 23-33.
- Flego, A., Herbert, J., Gibbs, L., Swinburn, B., Keating, C., Waters, E., & Moodie, M. (2013). Methods for the evaluation of the Jamie Oliver Ministry of Food program, Australia. *BMC Public Health*, 13(1), 1-8.
- Flego, A., Herbert, J., Waters, E., Gibbs, L., Swinburn, B., Reynolds, J., & Moodie, M. (2014). Jamie's Ministry of Food: quasi-experimental evaluation of immediate and sustained impacts of a cooking skills program in Australia. *PloS one*, 9(12), e114673.
- Foley, R. M. (1998). food cent \$ project: a practical application of behaviour change theory. *Australian journal of nutrition and dietetics*.

- Foley, R. M., & Pollard, C. M. (1998). Food cent \$—Implementing and evaluating a nutrition education project focusing on value for money. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 22(4), 494-501.
- Foley, R. M., Pollard, C. M., & McGuinness, D. J. (1997). Food cent \$—achieving a balanced diet on a limited food budget. *Australian journal of nutrition and dietetics*.
- Guillaumie et coll. (2024). *Enjeux et recommandations pour la transition socioécologique du système alimentaire en Mauricie : Résultats d'entretiens avec des personnes clés du territoire*. Rapport de recherche, Faculté des sciences infirmières, Université Laval.
- Herbert J, Flego A, Gibbs L, et al. (2015). Jamie's Ministry of Food Victoria: Participant Experience Evaluation. Melbourne: Deakin University.
- Herbert, J., Flego, A., Gibbs, L., Waters, E., Swinburn, B., Reynolds, J., & Moodie, M. (2014). Wider impacts of a 10-week community cooking skills program—Jamie's Ministry of Food, Australia. *BMC public health*, 14, 1-14.
- Hutchinson, J., Watt, J. F., Strachan, E. K., & Cade, J. E. (2016). Evaluation of the effectiveness of the Ministry of Food cooking programme on self-reported food consumption and confidence with cooking. *Public health nutrition*, 19(18), 3417-3427.
- Jones, C. (2019). *Le développement du soutien social par les groupes de cuisine collective comme stratégie de promotion de la santé mentale*. [Mémoire de maîtrise, Université Laval].
- Jyväkorpä, S., Pitkälä, K., Kautiainen, H., Puranen, T., Laakkonen, M., & Suominen, M. (2014). Nutrition education and cooking classes improve diet quality, nutrient intake, and psychological well-being of home-dwelling older people—A pilot study. *Morb. Mortal*, 1, 4-8.
- Keller, H. H., Gibbs, A., Wong, S., Vanderkooy, P., & Hedley, M. (2004). Men can cook! Development, implementation, and evaluation of a senior men's cooking group. *Journal of Nutrition for the Elderly*, 24(1), 71-87.
- Lacovou, M., Pattieson, D. C., Truby, H., & Palermo, C. (2013). Social health and nutrition impacts of community kitchens: a systematic review. *Public Health Nutrition*, 16(3), 535-543.
- Lee, J. H., McCartan, J., Palermo, C., & Bryce, A. (2010). Process evaluation of community kitchens: results from two Victorian local government areas. *Health Promotion Journal of Australia*, 21(3), 183-188.
- Marquis, S., Thomson, C., & Murray, A. (2001). Assisting people with a low income: to start and maintain their own community kitchens. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 62(3), 130.
- Maugeri, I. P., Brimblecombe, J., Choi, T. S., Kleve, S., & Palermo, C. (2021). For whom and under what circumstances do nutrition-education cooking interventions work: a realist synthesis. *Nutrition Reviews*, 79(4), 479-493.
- Moisson Mauricie-CDQ. (2023). Bilan-Faim 2023 : augmentation du nombre de demandes - Moisson Mauricie / Centre-du-Québec. Moisson Mauricie / Centre-du-Québec. <https://www.moisson-mcdq.org/bilan-faim-2023-augmentation-du-nombre-de-demandes/>
- Morris, J., Goto, K., Wolff, C., Bianco, S., & Samonte, A. (2015). Get Cookin'. *Californian Journal of Health Promotion*, 13(2), 48-60.
- Mundel, E., & Chapman, G. E. (2010). A decolonizing approach to health promotion in Canada: the case of the Urban Aboriginal Community Kitchen Garden Project. *Health Promotion International*, 25(2), 166-173.
- Nilson, C., Kearing-Salmon, K. A., Morrison, P., & Fetherston, C. (2015). An ethnographic action research study to investigate the experiences of Bindjareb women participating in the cooking and nutrition component of an Aboriginal health promotion programme in regional Western Australia. *Public Health Nutrition*, 18(18), 3394-3405.
- Park, O. H., Brown, R., Murimi, M., & Hoover, L. (2018). Let's cook, eat, and talk: encouraging healthy eating behaviors and interactive family mealtime for an underserved neighborhood in Texas. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 50(8), 836-844.
- Pettigrew, S., Biagioni, N., Moore, S., & Pratt, I. S. (2017). Whetting disadvantaged adults' appetite for nutrition education. *Public health nutrition*, 20(14), 2629-2635.
- Pettigrew, S., Jongenelis, M. I., Moore, S., & Pratt, I. S. (2015). A comparison of the effectiveness of an adult nutrition education program for Aboriginal and non-Aboriginal Australians. *Social Science & Medicine*, 145, 120-124.
- Pettigrew, S., Moore, S., Pratt, I. S., & Jongenelis, M. (2016). Evaluation outcomes of a long-running adult nutrition education programme. *Public health nutrition*, 19(4), 743-752.
- Pooler, J. A., Morgan, R. E., Wong, K., Wilkin, M. K., & Blitstein, J. L. (2017). Cooking matters for adults improves food resource management skills and self-confidence among low-income participants. *Journal of nutrition education and behavior*, 49(7), 545-553.
- Regnier-Davies, J., Edge, S., & Austin, N. (2023). The intersection of structure and agency within charitable community food programs in Toronto, Canada, during the COVID-19 pandemic: cultivating systemic change. *Critical Public Health*, 33(3), 355-362.
- Regroupement des cuisines collectives du Québec. (2007). *Démarrage d'une cuisine collectives*. Boîte à outils. 2^e édition. Regroupement des cuisines collectives du Québec.
- Regroupement des cuisines collectives du Québec. (2024). *Qu'est-ce qu'une cuisine collective ?* <https://www.rccq.org/fr/a-propos/quest-ce-quune-cuisine-collective/>

Une recension de la littérature scientifique :

État des connaissances sur les enjeux et les retombées des activités de cuisine collective

- Romanello, M., Di Napoli, C., Drummond, P., Green, C., Kennard, H., Lampard, P., ... & Costello, A. (2022). The 2022 report of the Lancet Countdown on health and climate change: health at the mercy of fossil fuels. *The Lancet*, 400(10363), 1619-1654.
- Roncarolo, F., Adam, C., Bisset, S., & Potvin, L. (2015). Traditional and alternative community food security interventions in Montreal, Quebec: different practices, different people. *Journal of Community Health*, 40, 199-207.
- Roncarolo, F., Bisset, S., & Potvin, L. (2016). Short-term effects of traditional and alternative community interventions to address food insecurity. *PloS one*, 11(3), e0150250.
- Shelton, R. C., Chambers, D. A., & Glasgow, R. E. (2020). An extension of RE-AIM to enhance sustainability: addressing dynamic context and promoting health equity over time. *Frontiers in Public Health*, 8, 134.
- Simón-Rojo, M. (2021). Powering transformative practices against food poverty with urban planning. *Urban Agriculture & Regional Food Systems*, 6(1), e20021.
- Spence, F., & Van Teijlingen, E. R. (2005). A qualitative evaluation of community-based cooking classes in Northeast Scotland. *International Journal of Health Promotion and Education*, 43(2), 59-63.
- Tarasuk, V. (2001). A critical examination of community-based responses to household food insecurity in Canada. *Health Education & Behavior*, 28(4), 487-499.
- Tarasuk, V., & Reynolds, R. (1999). A qualitative study of community kitchens as a response to income-related food insecurity. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 60(1), 11.
- Tarasuk V & Mitchell A. (2020). *Insécurité alimentaire des ménages au Canada, 2017-18*. Toronto: Research to identify policy options to reduce food insecurity (PROOF). https://proof.utoronto.ca/wp-content/uploads/2020/04/REPORT-1_FR.pdf
- Tarasuk, V., Li, T., & Fafard St-Germain, A. (2022). *L'insécurité Alimentaire des ménages au Canada, 2021*. Toronto: Research to identify policy options to reduce food insecurity (PROOF). <https://proof.utoronto.ca/wp-content/uploads/2022/09/Insecurite-Alimentaire-des-Menages-au-Canada-2021-PROOF.pdf>
- Vidgen, H. A. (2014). *Food literacy: what is it and does it influence what we eat?* (Doctoral dissertation, Queensland University of Technology).
- Woods B. The Food Cent\$Project. *Aboriginal Islander Health Worker J*. 2000;24(6):1.
- Zoumenou, V., Mampara, J., Banks, C. R., Stevenson, T., & Thomas, D. W. (2024). Cooking Up Empowerment: Ingredients for Food Citizens Transformation. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 56(1), 1-2.

