



uOttawa

L'Université canadienne  
Canada's university

**FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES  
ET POSTDOCTORALES**



**uOttawa**

L'Université canadienne  
Canada's university

**FACULTY OF GRADUATE AND  
POSTDOCTORAL STUDIES**

**Mathieu Savage**

-----  
AUTEUR DE LA THÈSE / AUTHOR OF THESIS

**M.A. (sciences de l'activité physique)**

-----  
GRADE / DEGREE

**École d'activité physique**

-----  
FACULTÉ, ÉCOLE, DÉPARTEMENT / FACULTY, SCHOOL, DEPARTMENT

**Milieus socioéconomiquement défavorisés et styles de vie : l'étude d'hommes et l'Outaouais urbain  
ayant souffert d'une maladie cardiovasculaire**

-----  
TITRE DE LA THÈSE / TITLE OF THESIS

**Alexandre Dumas**

-----  
DIRECTEUR (DIRECTRICE) DE LA THÈSE / THESIS SUPERVISOR

-----  
CO-DIRECTEUR (CO-DIRECTRICE) DE LA THÈSE / THESIS CO-SUPERVISOR

**Jean Harvey**

**Genviève Rail**

**Gary W. Slater**

-----  
Le Doyen de la Faculté des études supérieures et postdoctorales / Dean of the Faculty of Graduate and Postdoctoral Studies

Milieus socioéconomiquement défavorisés et styles de vie : L'étude d'hommes de  
l'Outaouais urbain ayant souffert d'une maladie cardiovasculaire

Par  
MATHIEU SAVAGE

Superviseur : Alex Dumas Ph. D.  
Membre du comité : Dr. Jean Harvey Ph. D.  
Membre du comité : Dr. Geneviève Rail Ph. D.

THÈSE

Soumis à la Faculté des études supérieures et postdoctorales en vue de l'obtention du grade  
de Maîtrise en Arts (M.A.), en sciences de l'activité physique

École des sciences de l'activité physique  
Université d'Ottawa  
Juin 2010

©Mathieu Savage, Ottawa, Canada, 2010



Library and Archives  
Canada

Published Heritage  
Branch

395 Wellington Street  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

Bibliothèque et  
Archives Canada

Direction du  
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

*Your file* *Votre référence*  
ISBN: 978-0-494-74190-0  
*Our file* *Notre référence*  
ISBN: 978-0-494-74190-0

**NOTICE:**

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

---

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

**AVIS:**

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

---

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.

  
**Canada**

©Mathieu Savage, 2010  
Tous droits réservés

## Remerciements

Je tiens à exprimer mes plus sincères remerciements à mon directeur de thèse, Alexandre Dumas. Un professeur passionné par sa pratique et dévoué à ses élèves, il a fait preuve de patience dans mon développement en tant que sociologue (surtout dans les périodes de rédaction) et il a su me guider et m'inspirer tout au long de ma maîtrise. Sous sa supervision, j'ai non seulement grandi en tant que chercheur, mais aussi en tant que personne. Grâce à l'occasion qu'il m'a offerte, j'ai pu m'ouvrir l'esprit au problème des inégalités sociales de santé ; un enjeu qui m'était inconnu et qui me tient maintenant à cœur.

Je tiens également remercier Jean Harvey et Geneviève Rail pour avoir apporté des commentaires constructifs tout au long du processus de recherche. Grâce à la rigueur de leurs révisions et la qualité de leurs commentaires, il a été possible pour moi d'améliorer mon travail.

Cindy Bergeron, Emma Harper, Karen Chun, Meaghan Lynch, Jeanne Robitaille, Annie Pouliot, Vanessa Lodge, Hannah Irving, Gweneth Stadig, Olinda Habib Perez, Stephen Adams et Chiaki Inoue méritent aussi d'être remerciés. En plus d'avoir contribué à cette thèse en révisant certaines sections, ils ont contribué à mon cheminement académique en m'offrant différentes perspectives. De nos discussions sérieuses sur des sujets complexes à d'autres moins sérieuses autour d'un verre, leur présence a ajouté une valeur incommensurable à mon expérience universitaire.

Je remercie aussi le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada pour le financement de ce projet de recherche. Leur contribution m'a non seulement permise de compléter une maîtrise sur un sujet d'importance, elle permettra aussi de développer de nouvelles politiques sociales et possiblement d'apporter du changement social.

La contribution de plusieurs organismes communautaires (la Soupe populaire de Hull, la Soupière de l'amitié et le Gitami) et gouvernementaux (l'Office municipal de l'habitation et le Centre de santé et de services sociaux de Gatineau) ont aussi permis de mener cette étude à terme. Un merci particulier à Lucie Girouard du Centre de réadaptation pour ses contributions. Elles permettent d'améliorer la qualité de vie des résidents de l'Outaouais.

Il est aussi important de souligner que ce travail n'aurait jamais été possible sans le soutien de ma famille et de mes amis. Ils ont su me féliciter pour mes réussites et me consoler dans les moments plus difficiles. Sans eux, il aurait été impossible pour moi de compléter cette maîtrise. Grâce à l'amour et la compréhension de Suzanne et Denis Savage, Renaud Savage, Julien Savage, Stéphanie Deschamps, Danny Martel, Marie-Ève Bray, Daven Ho, Catherine Viau, Agatha Ho, Mario Lalonde, Sébastien Momy, Mathieu Momy, Marc-André Breton, Jessica-Lynn Dupuis, Amanda Childs, Amélie Trahan, Geneviève Bisson, Sylvianne Lacasse, Milaine Alarie et plusieurs autres, il m'a été possible de compléter ma thèse en sachant qu'il y a des gens dans ma vie pour qui je suis important.

À tous, merci.

## Table des matières

Remerciements.....	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux et figures.....	viii
Liste des abréviations.....	ix
Résumé.....	x
Introduction.....	1
Objectifs de recherche.....	2
Contributions.....	3
Recension des écrits.....	5
Contraintes à l'adoption d'un régime de santé selon les milieux sociaux : un survol des écrits épidémiologiques.....	7
Position sociale à l'enfance.....	7
Position sociale à l'âge adulte : accessibilité des ressources.....	8
Position sociale à l'âge adulte : capital social.....	9
Parcours de vie des populations socioéconomiquement défavorisés : une situation sociale peu favorable à l'adoption d'un régime de santé.....	11
Structures de chances de vie offertes et style de vie.....	11
Socialisation familiale et style de vie.....	12
Habitudes et style de vie.....	13
Précarité socioéconomique et vision du monde : le façonnement d'une perception de la santé.....	16
Attitudes de prévision et style de vie.....	16
Fatalisme et style de vie.....	17
Rapport au corps des individus issus de milieux socioéconomiquement défavorisés : l'adoption et le changement des dispositions corporelles.....	21
Rapport au corps et style de vie.....	22
Rupture biographique et adoption d'un nouveau style de vie.....	25
Stress en contexte de précarité socioéconomique : influence sur l'adoption d'un style de vie.....	28
Conclusion.....	29
Cadre théorique.....	31
Habitus : concept central pour comprendre l'adoption des styles de vie.....	31
Habitus et classes sociales.....	32
Les formes de capital : leurs rôles dans le façonnement de l'habitus.....	33
Le capital économique, culturel et social.....	34
Le capital physique.....	34
Sens pratique : le lien entre l'habitus et l'adoption d'un style de vie.....	35

Bourdieu et régime de santé : la question des relations de pouvoir dans l'adoption d'un style de vie.....	37
Schéma de la méthodologie .....	38
Méthodologie .....	39
L'approche qualitative.....	39
La population ciblée : les milieux défavorisés de l'Outaouais urbain .....	39
L'échantillon.....	41
Recrutement des participants et considérations éthiques .....	43
Entrevues semi-dirigées : la porte d'accès au vécu des participants.....	45
Préparation à l'entrevue.....	48
Analyse des données : étapes à suivre pour une recherche transparente, minutieuse, profonde et crédible.....	50
Transcription et analyse.....	50
Critères de scientificité .....	52
Article 1: Establishing priorities in the context of heart disease. A qualitative study of socioeconomically deprived men's non-compliance to health norms .....	55
Introduction .....	56
Social class and lifestyles.....	58
The bourdieusian perspective.....	59
Methods .....	61
An unfavorable context for cardiac rehabilitation.....	63
Inappropriate social support .....	65
Impracticality of change.....	67
Valuing stability .....	67
Avoiding further instability .....	69
Conclusion.....	71
References .....	74
Article 2: Living day to day: materially and socially deprived men's perceptions of time and control over health following heart disease. ....	82
Introduction .....	83
Literature review .....	84
Methods.....	86
Fatalistic attitudes.....	89
Short time horizons .....	93
A combination unfavorable for health prevention .....	96
Conclusion.....	98
References .....	101
Conclusion .....	107
Références.....	111
Annexes.....	129

Annexe 1 : Lettre d'information/recrutement .....	130
Annexe 2 : Lettre aux participants .....	131
Annexe 3 : Formulaire de consentement.....	133
Annexe 4 : Reçu .....	136
Annexe 5 : Guide d'entretien .....	137
Annexe 6 : Fiche d'identification.....	141
Annexe 7 : Notes et impressions postentrevues .....	142
Annexe 8 : Approbation éthique : Université d'Ottawa.....	143
Annexe 9 : Approbation éthique : Centre de santé et de services sociaux de Gatineau.....	146

## Liste des tableaux et figures

### Thèse

Figure 1. Secteurs de recrutement .....	38
Tableau 1. Caractéristiques démographiques de l'échantillon.....	40
Tableau 2. Caractéristiques des styles de vie des participants à la suite de leur MCV.....	41
Tableau 3. Liste de thèmes .....	50

### Article 2

Table 4. Two cultural barriers to health improvement in the context of CVD as perceived by the participants .....	85
---	----

## Liste des abréviations

### En français

MCV – Maladies cardiovasculaires

SÉD – Socioéconomiquement défavorisé

RAC – Rapport au corps

CRSH – Conseil de recherche en sciences humaines

CSSSG – Centre de santé et de services sociaux de Gatineau

CHVO – Centre hospitalier des vallées de l’Outaouais

### En Anglais

SED – Socioeconomically deprived

CVD – Cardiovascular disease

## Résumé

Les inégalités sociales de santé ont été dénoncées à maintes reprises par des études en santé publique. Plusieurs d'entre elles ont permis d'identifier les taux de morbidité et de mortalité très élevés des hommes issus de milieux socioéconomiquement défavorisés. Par exemple, au Canada, cette sous-population souffre 3,4 fois plus de maladies cardiovasculaires que son homologue plus aisé et, malgré les avancées médicales, elle est plus à risque de succomber à cette maladie. Ce type d'inégalités a été expliqué en partie par la variation sociale des styles de vie entre les classes sociales.

Cette étude porte sur les pratiques des hommes socioéconomiquement défavorisés (SÉD) en contexte de réadaptation cardiaque. Elle identifie les mécanismes sociaux explicatifs des styles de vie des hommes SÉD ayant subi des MCV dans le but d'améliorer les connaissances en promotion de la santé. L'étude emploie la théorie socioculturelle de Pierre Bourdieu afin, d'une part, de comprendre leurs conceptions du corps, de la santé et de la maladie pour identifier leurs stratégies, s'il y a lieu, pour maintenir et améliorer leur santé et, d'autre part, de saisir leur perception des ressources matérielles et humaines nécessaires à l'adhésion à un régime de santé.

Les résultats reposent sur une analyse qualitative d'entrevues menées auprès de vingt hommes ayant souffert d'une maladie cardiovasculaire. Ils indiquent que, de manière générale, la défavorisation matérielle et sociale de ce groupe façonne un rapport au corps qui est peu propice à l'adoption d'un régime de santé. Une analyse plus fine est présentée à l'intérieur de deux articles scientifiques. Le premier article présente la hiérarchie des pratiques des participants et le deuxième permet de souligner davantage les effets du fatalisme et du rapport au temps à court terme sur leurs styles de vie.

L'étude conclut qu'il est souhaitable que des politiques qui cherchent à réduire les inégalités sociales soient mises en place afin de permettre aux populations SÉD d'avoir accès à des conditions de vie plus adéquates; nécessaires à l'adoption d'un régime de santé recommandé par les acteurs en santé publique.

## Introduction

Depuis la sortie des études britanniques de Whitehall vers la fin des années 1960, une multitude de chercheurs ont établi des liens clairs entre l'état de santé des groupes sociaux et leurs conditions socioéconomiques (e.g. Marmot et coll., 1984; van Rossum et coll., 2000). Ces études indiquent que les individus les plus matériellement et socialement défavorisés souffrent davantage de maladies et meurent plus jeunes que les groupes plus aisés (e.g. Wilkinson, 1992; Kaplan et coll., 1996; van Doorslaer et coll., 1997; Humphries et van Doorslaer, 2000). Au Canada, malgré la présence d'un système de santé universel, les inégalités de santé demeurent présentes. Par exemple, l'espérance de vie est en moyenne 5,6 années plus courte pour les individus du quintile de revenu le plus pauvre par rapport aux individus appartenant au quintile de revenu le plus riche (Wilkins et coll., 2008).

Les maladies cardiovasculaires (MCV) constituent une des causes les plus importantes de mortalité prématurée chez les populations socioéconomiquement défavorisés (SÉD), surtout chez les hommes (Wilkins et coll., 2002; Pampalon et coll., 2008).

D'ailleurs, selon des portraits statistiques, les hommes âgés de 45 à 75 ans souffrent deux fois plus de MCV que les femmes (Wilkins et coll., 2002), et lorsqu'ils vivent dans un contexte SÉD, ils en souffrent 3,4 fois plus que leurs homologues plus aisés (Pampalon et coll., 2008).

Selon un rapport de la Fondation des maladies du cœur du Canada intitulé *Le fardeau croissant des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux* (2003), cette population serait plus à risque de souffrir de MCV et d'en mourir plus jeune que ceux des groupes mieux nantis puisqu'ils adoptent plus fréquemment des pratiques néfastes pour leur santé (e.g. tabagisme, alimentation malsaine, sédentarité et surconsommation d'alcool) (e.g. Wannamethee et coll., 1998; Alter et coll., 1999). Même à la suite d'une MCV ce

groupe est généralement moins disposé que la population générale à adopter un programme formel ou informel de réadaptation cardiaque (Harlan III et coll., 1995; Lane et coll., 2001; Wocester et coll., 2004; Wheatley, 2006; Chan et coll., 2008).

Certains chercheurs ont donc suggéré que la relation entre le style de vie et la classe sociale devrait être examinée plus en profondeur afin de mieux comprendre les taux élevés de MCV chez ce groupe (e.g. Emslie et Hunt, 2009; Lynch et coll., 1997). Ceux-ci indiquent que peu d'études sociologiques se sont penchées sur cette problématique. Beaucoup de questions à ce sujet demeurent donc sans réponse. Notamment, pourquoi, à la suite d'une MCV, les hommes issus de milieux SÉD n'adoptent-ils pas un régime de santé semblable à ce qui est recommandé par les acteurs en promotion de la santé, de la même manière que les hommes mieux nantis? <sup>1</sup>

Les mécanismes sociaux explicatifs des styles de vie des hommes SÉD ayant subi des MCV seront donc étudiés dans le but d'améliorer les connaissances en promotion de la santé. Il sera question, d'une part, de comprendre leurs conceptions du corps, de la santé et de la maladie afin d'identifier leurs stratégies, s'il y a lieu, pour maintenir et améliorer leur santé et, d'autre part, de saisir leur perception des ressources matérielles et humaines nécessaires à l'adhésion à un régime de santé. Plus particulièrement, cette étude tentera de comprendre comment les conditions d'existence et les attitudes des hommes SÉD influencent l'adoption de pratiques non-conformes aux recommandations des experts en réadaptation cardiaque.

Les participants de l'étude ont été recrutés à l'intérieur de secteurs SÉD de l'Outaouais urbain, une région de la province canadienne du Québec. Cette région a été

---

<sup>1</sup>Le régime de santé recommandé par les acteurs de promotion de la santé inclut l'adoption de pratiques d'activité physique, une alimentation saine, le respect de prescriptions des médecins, et met en garde contre la consommation de tabac, de drogues et d'alcool.

retenue pour faire suite aux conclusions de la Direction de la santé publique de l'Outaouais. Selon des données épidémiologiques, la mortalité attribuable aux maladies du cœur chez les hommes est nettement plus élevée en Outaouais urbain que pour la moyenne des communautés québécoises (en Outaouais le taux de décès par année dû aux maladies ischémiques chez les hommes est de 181,1 tandis que le taux québécois est de 145,8)<sup>2</sup> (Statistiques Canada, 2009). L'Outaouais est également la région où la variation de mortalité entre les différentes catégories de revenu est la plus élevée. À titre d'exemple, les deux catégories socioéconomiques les plus pauvres de la région expliquent 50 pour cent de la surmortalité par rapport à la moyenne québécoise, et ce, même si elles ne composent que 26 pour cent de la population (Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 1996; Courteau et coll., 2002).

Cette étude contribue à l'avancement des connaissances théoriques et pratiques en santé publique. Au plan théorique, l'approche utilisée permet d'adapter la théorie de Pierre Bourdieu à la réadaptation cardiaque. Cette approche n'a jamais été empruntée dans un tel contexte. Elle semble pourtant prometteuse puisqu'elle permet de lier les conditions d'existence et les dispositions corporelles. Au plan des retombées sociales, les résultats participeront à l'avancement des connaissances en promotion de la santé, notamment en ce qui a trait à l'élaboration de politiques de santé visant les populations issues de milieux SÉD.

Pour faire suite à l'introduction, dans la recension des écrits, il sera question de recenser les écrits portant sur le lien entre la défavorisation matérielle et sociale et l'adoption d'un style de vie. Plus précisément, cette section portera sur les études sociologiques en santé publique traitant de l'influence du parcours de vie, de la défavorisation matérielle et sociale, de la vision du monde, du rapport au corps et du stress sur l'adoption d'un style de vie. Ces

---

<sup>2</sup> Les taux sont sur 100 000 habitants.

études permettront d'identifier des avenues de recherche plus précises pour faire avancer les connaissances.

Le chapitre III porte sur la théorie socioculturelle de Pierre Bourdieu et sur son concept d'habitus. Ce concept sert de pierre angulaire à l'analyse puisqu'il permet de faire le lien entre les conditions d'existence et les pratiques corporelles. De plus, puisqu'il s'agit d'une étude portant sur les classes sociales, les différentes formes de capital seront aussi au cœur du cadre théorique. Enfin, la notion de « sens pratique » est également importante pour l'analyse des pratiques culturelles. Elle se penche sur la logique qui régit les choix individuels en fonction des conditions d'existence et des inégalités sociales d'un milieu donné.

Dans le chapitre portant sur la méthodologie il est question ici de décrire le site de la recherche, de préciser les deux étapes de recrutement, de décrire l'échantillon de recherche, de présenter l'outil de collecte de données, et de présenter les considérations éthiques du projet. Cette section se termine par une description des techniques employées pour analyser les entrevues.

Dans les chapitres qui suivent les résultats sont présentés sous la forme d'articles scientifiques.<sup>3</sup> À l'intérieur de chaque article les mécanismes sociaux qui prédisposent les hommes SÉD à ne pas adopter un régime de santé tel que recommandé par les acteurs en santé publique sont décrits. Le premier article met l'accent sur la hiérarchie des pratiques des participants et le deuxième article souligne davantage les effets du fatalisme et du rapport au temps à court terme de ce groupe sur leurs styles de vie.

En conclusion, des réflexions sur les contributions de l'étude sur les plans théoriques, méthodologiques et pratiques sont présentés. Plus particulièrement, l'importance d'adopter

---

<sup>3</sup> Les articles sont écrits en anglais pour des fins de publication.

des politiques visant à offrir des conditions d'existence mieux adaptés à la réalité vécu par les hommes SÉD à court, à moyen et à long terme est expliqué. Finalement, il est suggéré que la manière la plus efficace d'améliorer la santé des hommes issus de milieux SÉD serait de réduire les inégalités sociales.

## Recension des écrits

L'épidémiologie et la sociologie de la santé ont contribué grandement à l'avancement des connaissances sur les relations entre le statut socioéconomique et les styles de vie. Plusieurs études soulignent notamment l'influence des conditions d'existence sur l'état de santé et le style de vie de divers groupes sociaux. Plusieurs études ont combiné ces deux perspectives afin de mieux comprendre les aspects sociaux de la maladie et de mieux adapter les politiques en promotion de la santé.

Dans cette optique, si les études épidémiologiques placent un accent particulier sur les relations statistiques entre facteurs socioéconomiques et styles de vie, les sociologues chercheraient d'abord à approfondir les facteurs sociaux explicatifs contribuant à ces relations. Dans ce chapitre, il sera question de présenter des études épidémiologiques et sociologiques ayant traité des liens entre le statut socioéconomique, la santé cardiaque des hommes et le style de vie de ces derniers. De façon globale, plusieurs facteurs qui incitent les personnes SÉD à adopter un régime de santé non-conforme aux normes établies par les acteurs en promotion de la santé ont été identifiés dans ces études. Dans la première section, il sera question de présenter un bref survol de ces contraintes sociales telles qu'identifiées en épidémiologie. La deuxième section portera sur les études qui permettent de comprendre les effets du parcours de vie sur l'adoption d'un régime de santé. La troisième section s'appuiera sur des études qui font le lien entre la position socioéconomique et la vision du monde dans le but de comprendre leur influence sur l'adoption d'un style de vie. Plus particulièrement, il sera question de décrire les études sur l'influence du rapport au temps et des attitudes fatalistes sur l'adoption d'un régime de santé. Dans la quatrième section, les études qui font le lien entre le rapport au corps des classes sociales et leurs styles de vie distinctifs seront identifiées. Dans cette section, il sera question de présenter les études qui traitent du

façonnement d'un rapport au corps de classe. De plus, les études sur les changements des dispositions corporelles à la suite d'un élément-rupture seront aussi présentées. Enfin, une courte section expliquera l'influence du stress ressenti par les individus issus de milieux SÉD sur l'adoption de plusieurs pratiques.

*Contraintes à l'adoption d'un régime de santé selon les milieux sociaux :*

*un survol des écrits épidémiologiques*

Plusieurs épidémiologistes ont souligné le fait que les environnements physiques et sociaux des milieux SÉD demeurent moins favorables à l'adoption d'un régime de santé que celui des milieux mieux nantis. Un bon nombre d'épidémiologies soulignent l'importance de l'accessibilité aux ressources économiques, physiques et sociales à cet égard (e.g. Sallis et coll., 1989; Booth et coll., 2000; Brownson et coll., 2001; Rose et Richards, 2004; Frank et coll., 2006; Moore et Diez Roux, 2006). Plus précisément, selon ces études, la position socioéconomique à l'enfance, les coûts financiers, l'aménagement physique de la communauté, la satisfaction face à l'environnement physique et le capital social influenceraient l'adoption d'un style de vie.

En premier lieu, des études épidémiologiques ont souligné les effets des conditions socioéconomiques à l'enfance sur la santé à l'âge adulte (Marmot et coll., 1998; van de Mheen et coll., 1998; Claussen et coll., 2003), notamment sur la santé cardiaque (Barker et coll., 2001; Davey Smith et Hart, 2002). En effet, comme le soulignent Blakely et coll., (2002), la santé à l'âge adulte refléterait plus les inégalités du passé des individus que leurs conditions sociales présentes.

Plusieurs études suggèrent que l'adoption d'un style de vie à l'enfance agirait sur la santé à l'âge adulte (Brandon et coll., 1986; Lynch et coll., 1997; Marmot et coll., 1998; van de Mheen et coll., 1998; Brunner et coll., 1999; Barker et coll., 2001; Koivusilta et coll.,

1999; Davey Smith et Hart, 2002; Claussen et coll., 2003). Selon ces études, la position socioéconomique des parents, particulièrement en ce qui a trait à la scolarité du parent de même sexe que l'enfant, influencerait l'adoption de pratiques telles l'activité physique, l'alimentation et la consommation de tabac; des pratiques que ces individus préserveraient tout au long de leur vie (Braddon et coll., 1986; Brunner et coll., 1999, Birch et Davison, 2001).

En deuxième lieu, plusieurs études épidémiologique soulignent les effets des contraintes financières et de l'aménagement urbain sur l'adoption d'un régime de santé (Sallis et coll., 1989; Wong et coll., 1999; Booth et coll., 2000; Brownson et coll., 2001; Morland et coll., 2002; Rose et Richards, 2004; Frank et coll., 2006). D'une part, ces chercheurs soulignent l'effet contraignant des coûts économiques élevés de certaines pratiques recommandées par la promotion de la santé, notamment en ce qui a trait à l'activité physique (Salmon et coll., 2003) et la consommation de fruits et de légumes (Caraher et coll., 1998). D'autre part, ils pointent vers l'importance de la présence d'endroits offrant des aliments frais (Morland et coll., 2002; Rose et Richards, 2004) et d'un aménagement urbain approprié (e.g. sentiers piétonniers, pistes cyclables) pour la pratique d'activités physiques (e.g. Wong et coll., 1999; Booth et coll., 2000; Huston et coll., 2003). Les populations SÉD se prêteraient moins à des pratiques d'activité physique et d'alimentation saine puisque leurs milieux seraient habituellement moins bien aménagés pour offrir ces services (Parks et coll., 2003; Moore et Diez Roux, 2006).

Malgré cette situation peu favorable, l'argument de l'accessibilité à un environnement physique adéquat serait insuffisant (Giles-Corti et Donovan, 2002a). Selon une série d'études, la perception de l'environnement physique devrait aussi être considérée pour comprendre l'adoption de ces pratiques (MacDougall et coll., 1997; Caraher et coll.,

1998; Tod et coll., 2001; Troped et coll., 2001; Giles-Corti et Donovan, 2002a). Comme l'expliquent ces études, les populations SÉD exprimeraient davantage d'insatisfaction que les personnes mieux nanties à l'égard des sites consacrés à l'activité physique (MacDougall et coll., 1997; Troped et coll., 2001; Giles-Corti et Donovan, 2002a), de la qualité des services médicaux (Tod et coll., 2001), de l'accès aux denrées alimentaires de qualité (Caraher et coll., 1998) et de la sécurité de leur environnement (Ross, 1993; Brownson et coll., 2001; Doyle et coll., 2006; Parkes et Kearns, 2006). Ces populations adopteraient donc moins de pratiques recommandées par les acteurs en promotion de la santé (e.g. activité physique, alimentation saine, prévention médicale) même si le milieu les rend accessibles (MacDougall et coll., 1997; Tod et coll., 2001; Giles-Corti et Donovan, 2002a).

En troisième lieu, un faible capital social, comme celui mesuré chez les populations moins bien nanties (Tigges et coll., 1998), a aussi été identifié comme un obstacle à l'adoption d'un régime de santé (e.g. Kawachi et coll., 1996; Brownson et coll., 2001; Madrasová Gecková et coll., 2005). Le capital social renvoie à la force du réseau social des individus (Bourdieu, 1979). Il peut être mesuré tant par la quantité que par la qualité des liens à l'intérieur du réseau social d'un individu (Kawachi et coll., 1996).

L'influence du capital social sur l'adoption d'un régime de santé varierait par pratique. Plusieurs études soulignent le lien entre un faible capital social et un faible taux d'adoption de pratique d'activités physiques (Wong et coll., 1999; Booth et coll., 2000; Brownson et coll., 2001) et de consultation médicale (Kawachi et coll., 1996). D'autres études indiquent qu'un faible capital social serait lié à une forte consommation de tabac et d'alcool (Dean, 1989; Kawachi et coll., 1996). En contexte de réadaptation cardiaque, le capital social, plus particulièrement le soutien de la famille, d'un partenaire et du cardiologue, participerait à diminuer le tabagisme des malades (van Berkel et coll., 2000).

Bien qu'il ait été proposé que les environnements physiques et sociaux contraignent l'adoption d'un régime de santé chez les populations SÉD, d'autres études sont plus nuancées lorsqu'il s'agit des classes moyennes. Par exemple, les études sur l'accessibilité à un style de vie conforme aux exigences de promotion de la santé de Hovell et coll., (1989) et Frank et coll., (2006) suggèrent que la présence de services adéquats n'aurait pas d'effet important sur l'adoption de pratiques d'activité physique de ce groupe. De la même manière, l'activité physique de cette classe sociale ne semblerait pas être influencée par leur perception de la sécurité de leur environnement (Booth et coll., 2000; King et coll., 2000). Ainsi, lorsqu'on tient compte de l'ensemble de la population, un environnement qui encourage la pratique d'activité physique semble donc nécessaire, mais insuffisant pour augmenter la pratique d'activité physique (Giles-Corti et Donovan, 2002b). Les effets du statut socioéconomique seraient plus importants à considérer.

Dans le même ordre d'idée, certaines études sur la situation socioéconomique à l'enfance et sur le capital social soulignent aussi des effets négatifs sur l'adoption d'un régime de santé (Braddon et coll., 1986; Brunner et coll., 1999; Brownson et coll., 2001; Madrasová Gecková et coll., 2005). Elles soulignent que le type de soutien social pourrait dissuader la population SÉD d'adopter des pratiques d'activité physique (Brownson et coll., 2001) et pourrait encourager le tabagisme (Madrasová Gecková et coll., 2005). D'autres études suggèrent que la position socioéconomique à l'enfance aurait une influence limitée sur ces pratiques. Si elle influençait surtout l'alimentation, elle aurait des effets mitigés sur le reste des pratiques (Braddon et coll., 1986; Brunner et coll., 1999).

Ces études témoignent de la complexité des relations entre le statut socioéconomique et l'adoption d'un régime de santé. Une des contributions majeures des études épidémiologiques a été d'identifier les facteurs susceptibles de participer à l'adoption de

telles pratiques chez les populations issues de milieux SÉD. Elles offrent cependant peu d'explications sur la nature de cette relation. Dans la prochaine section, il y a donc lieu de présenter des études sociologiques permettant d'approfondir les différents mécanismes sociaux qui influencent l'adoption d'un régime de santé.

*Parcours de vie des populations socioéconomiquement défavorisés :*

*une situation sociale peu favorable à l'adoption d'un régime de santé*

La socialisation qui s'opère dans le parcours de vie constitue sans doute l'un des plus importants processus sociaux qui influencent l'adoption d'un régime de santé. Cette section commencera par la présentation d'un bref survol des études traitant du lien entre le cheminement de vie de vie et les prédispositions et contraintes associées à l'adoption de pratiques rencontrées par les individus SÉD. Ensuite, il sera question d'exposer quelques études examinant la socialisation familiale dans les milieux SÉD. Enfin, le concept d'« habitude » sera présenté afin de comprendre le maintien et le changement du style de vie.

*Structures de chances de vie offertes et style de vie*

La santé des populations SÉD à l'âge adulte est le résultat d'un parcours de vie fortement caractérisé par leurs conditions de précarité. Ainsi, les études sur le gradient socioéconomique de la santé indiquent que le cumul des conditions de vie difficiles influencerait autant la santé (Prus, 2007) que les styles de vie (Wadsworth, 1997). En effet, de nombreux chercheurs sensibles à ces questions ont signalés la prédisposition des populations SÉD à adopter des pratiques néfastes pour la santé (e.g. tabagisme, alimentation grasse) (e.g. Wadsworth, 1981; Montgomery et coll., 1996; Davey Smith et coll., 1998; DeGarno, 1999). Leurs parcours de vie, caractérisés par une faible scolarisation (Wadsworth, 1981; DeGarno, 1999), des périodes de chômage (Montgomery et coll., 1996) et un emploi manuel (Davey Smith et coll., 1998), engendreraient des styles de vie « antinormatifs » chez

cette population (Braddon et coll., 1988; Kuh et Cooper, 1992; Mann et coll., 1992; Fagan et coll., 2005).

Pour comprendre ces prédispositions, l'idée de « structure de chances de vie offerte » développée par Wacquant (2002), c'est-à-dire, l'intériorisation des possibilités et contraintes liées au contexte social dans lequel évolue l'individu, peut être utile. À l'aide de cette approche, Wacquant (2002) met en évidence l'importance de l'organisation des systèmes sociaux, tels que l'éducation et l'économie, dans les choix que font les individus. La configuration du milieu et le statut social de l'individu interagiraient pour créer des parcours de vie caractérisés par l'adoption de pratiques typiques d'un milieu.

En ce sens, l'absence de marché alimentaire et de lieu propice à l'activité physique n'offrirait que rarement des occasions pour le développement d'un style de vie conforme aux normes proposées par les instances de promotion de la santé (Kaufman et Karpati, 2007). Les milieux SÉD offriraient des conditions de vie qui rendraient difficile l'adoption d'un régime de santé puisqu'ils créeraient un contexte social peu propice à leur apprentissage (Rossow et Rise, 1994; Wadsworth, 1997; Dumas et Laberge, 2005; Kaufman et Karpati, 2007).

#### *Socialisation familiale et styles de vie*

La socialisation familiale serait largement structurée par les conditions de vie dans lesquelles se retrouve la famille (Rossow et Rise, 1994; Jefferis et coll., 2004; Cardol et coll., 2006; Kaufman et Karpati, 2007). En effet, cette forme de socialisation serait un facteur clés pour l'adoption d'un régime de santé. Elle serait à l'origine de deux mécanismes de reproduction sociale importants pour l'adoption d'un régime de santé. D'une part, elle aurait un impact sur le style de vie des enfants dû au rôle de modèle que jouent leurs parents (Rossow et Rise, 1994). Les pratiques, fortement déterminées par les conditions de vie des familles, seraient apprises et intégrées par les enfants pour ensuite être reproduites tout au

long de la vie (Rossow et Rise, 1994). Par exemple, comme le soulignent Birch et Davison (2001), les pratiques alimentaires seraient apprises très tôt dans la vie et deviendraient des habitudes ancrées et répétées par les enfants. D'autre part, cet environnement agirait aussi sur la valeur accordée aux différentes pratiques. À la suite de leur étude sur les populations SÉD, Kaufman et Karpati (2007) ont noté que les codes de conduite et les valeurs culturelles associées aux habitudes de vie des milieux SÉD correspondent peu aux normes de santé. Ceci peut être illustré par l'ensemble des valeurs positives associées à la suralimentation (Kaufman et Karpati, 2007). Selon Kaufman et Karpati (2002), les discours en promotion de la santé visant à contrôler l'alimentation des enfants de milieux SÉD agiraient en contradiction avec les valeurs de ces milieux.

#### *Habitudes et style de vie*

Plusieurs études soulignent que les habitudes représentent des obstacles à l'adoption de nouvelles pratiques chez les populations SÉD (Davison et coll., 1989; Calnan et Williams, 1991; Lindbladh et Hampus Lyttkens, 2002). Issue d'une socialisation, l'habitude est un processus exigeant un minimum de conscience et d'effort de rationalisation (Lindbladh et Hampus Lyttkens, 2002) et assurerait, selon Berger et Luckmann (1966), un sentiment de sécurité. Ainsi, l'habitude agirait comme source de confort et de stabilité (Davison et coll., 1989; Calnan et Williams, 1991; Marmot et Wilkinson, 2001; Lindbladh et Hampus Lyttkens, 2002).

Une étude qualitative de 16 participants de différents niveaux socioéconomiques effectuée par Lindbladh et Hampus Lyttkens (2002) suggère qu'il serait plus difficile pour les populations SÉD de modifier leurs habitudes de vie. Elle indique que :

... people in lower social positions are more inclined to rely on habits and are accordingly less likely to change their behaviour. These social differences are reinforced as not only the disposition to maintain habits but also the tendency to

apprehend the habitual as something good to be strengthened as we move down the social hierarchy. (Lindbladh et Hampus Lyttkens, 2002, 463)

Selon cette étude, la précarité socioéconomique et le faible capital social des groupes issus de milieux SÉD seraient des sources potentielles d'instabilité sociale. Ce groupe exprimerait donc des attitudes négatives face au changement de leurs habitudes puisqu'il incarne une source additionnelle d'insécurité (Lindbladh et Hampus Lyttkens, 2002). La sécurité offerte par les habitudes inciterait donc les individus, surtout ceux issus de groupes SÉD, à maintenir leurs habitudes de vie, et ce, même s'il s'agit de pratiques qui peuvent être néfastes pour leur santé (Lindbladh et Hampus Lyttkens, 2002).

Comme le suggère Bourdieu (1979), le maintien des habitudes serait engendré par des dispositions façonnées par les conditions d'existence. Dans *Méditations pascaliennes*, Bourdieu (1979) explique que :

Les dispositions sont soumises à une sorte de révision permanente, mais qui n'est jamais radicale, du fait qu'elle s'opère à partir des prémisses instituées dans l'état antérieur. Elles se caractérisent par une combinaison de constance et de variation qui varie selon les individus et leur degré de souplesse ou de rigidité : si ... l'adaptation l'emporte trop, on a affaire à des habitus rigides, fermés sur soi et trop intégrés (comme chez les vieillards), si c'est l'accommodation, l'habitus se dissout dans l'opportunisme d'une sorte de *mens momentanea*, incapable de rencontrer le monde et d'avoir un sentiment intégré de soi. (Bourdieu, 1997 : 231-232)

En d'autres mots, le maintien des habitudes serait engendré par des dispositions de l'« habitus » façonnées par les conditions d'existence<sup>4</sup>. La position socioéconomique, la culture et toutes les autres variables du contexte social contribueraient au façonnement d'habitudes. Le maintien ou le changement de ceux-ci dépendrait des conditions d'existence passé et présente des individus.

---

<sup>4</sup> Le concept d'habitus est utilisé par Bourdieu (1979, 1997) pour décrire les schèmes de perception, d'appréciation et d'actions des individus. Selon cet auteur, les conditions d'existence seraient responsables de façonner des habitus, c'est-à-dire, une culture ajuster aux conditions auxquelles l'individu est soumis. Une description plus détaillée de la théorie de Pierre Bourdieu, incluant le concept d'habitus, peut être trouvée dans le cadre théorique.

Par ailleurs, de nombreuses études indiquent que la culture aurait une influence importante sur les jugements que portent les individus sur les différents styles de vie (Boltanski, 1971; Backett et Davison, 1995; Smith et coll., 2006). Par exemple, les personnes issues de milieux SÉD exprimeraient des sentiments négatifs à l'égard de certaines pratiques adoptées par les personnes issues de milieux plus aisés (Boltanski, 1971; Blaxter, 1997).

Pour illustrer ce point, Boltanski (1971) suggère que :

Si les conduites en matière de soins corporels et de soins de beauté sont beaucoup plus directement déterminées par les variables économiques que les conduites sanitaires, il reste que les attitudes à l'égard de la santé et de la beauté sont verbalisées et rationalisées à peu près dans les mêmes termes : ainsi, par exemple, les femmes des classes populaires tracent un portrait presque identique et, également réprobateur, des femmes qui « soignent leur beauté » et « vont chez le coiffeur ou l'esthéticienne » et des femmes qui « surveillent leur santé » et qui « passent leur temps chez le médecin » ... (Boltanski, 1971 : 10)

À l'opposé, les personnes issues de milieux mieux nantis exprimeraient des sentiments négatifs à l'égard des personnes issues de milieux SÉD puisqu'elles auraient tendance à adopter moins de ces pratiques (Boltanski, 1971; Blaxter, 1997; Lindblach et Hampus Lyttkens, 2002; Richards et coll., 2003). Selon Boltanski (1971), les individus issus de ces milieux agiraient en fonction « ... d'une adhésion aux règles et aux valeurs d'une éthique ascétique [agissant] comme « système de principes explicites prétendant régler la conduite ». » (Boltanski, 1971 : 11).

Ces résultats soutiennent donc l'importance de la culture dans l'adoption d'un style de vie. Selon cette perspective, la culture serait responsable d'offrir ou de limiter les occasions pour l'adoption de pratiques ainsi que de socialiser les individus à en adopter et à les maintenir. Selon Bourdieu (1979, 1997), ce sont précisément ces conditions d'existence qui engendreraient une vision du monde distincte selon la classe sociale. En d'autres mots,

elles participeraient à la création d'une manière d'interpréter et d'analyser les réalités sociales qui hiérarchiseraient les priorités des individus et orienteraient leurs pratiques.

*Précarité socioéconomique et vision du monde :*

*le façonnement d'une perception de la santé*

Plusieurs études sur les pratiques signalent que la vision du monde des populations SÉD serait à la source de l'adoption d'un style de vie peu conforme aux normes de santé (e.g. Davison et coll., 1992; Blaxter, 1997; Lawton, 2002; Lindbladh et Hampus Lyttkens, 2002; Bolam et coll., 2003). Le rapport au temps ainsi que les attitudes fatalistes seraient deux dispositions culturelles permettant de comprendre ce lien.

*Attitudes de prévision et styles de vie*

Plusieurs travaux en sociologie des pratiques expliquent la manière dont les attitudes de prévision influencent les styles de vie. Plusieurs études, la majorité d'entre elles bourdieusiennes, ont fait le lien entre la position socioéconomique, le rapport au temps et l'adoption d'un régime de santé (Boltanski, 1971; Bourdieu, 1979; Stronks et coll., 1997; Keough et coll., 1999; Lawton, 2002; Lindbladh et Hampus Lyttkens, 2002; Wardle et Steptoe, 2003). Selon celles-ci, la distance par rapport aux conditions de nécessité agirait sur les attitudes de prévision des individus et sur leurs pratiques corporelles (Boltanski, 1971; Bourdieu, 1997). En fait, dans un passage sur les attitudes de prévision des classes sociales, Boltanski (1971) souligne que :

... les règles de conduite auxquelles l'individu doit se plier et dont la réunion forme ce qu'on appelle habituellement la « médecine préventive », sont objectivement porteuses d'une philosophie implicite et exigent de ceux qui doivent les appliquer un certain type d'attitude globale devant la vie et particulièrement face au temps. La médecine préventive requiert des sujets sociaux l'adoption d'une conduite rationnelle face à la maladie qui, réinsérée à titre d'éventualité possible dans un plan de vie, peut alors être maîtrisée ou surmontée par la prévision à long terme. Or, les conditions objectives dans lesquelles se meuvent les membres des classes populaires et, plus particulièrement, l'insécurité économique qui les retient d'adopter dans le domaine

économique une attitude de prévision (supposée, par exemple, par la planification à long terme des décisions d'achat) leur impose l'intériorisation d'un *éthos* et d'une attitude à l'égard du temps qui leur interdit, a fortiori, l'adoption d'une telle attitude de prévision face à la maladie. (Boltanski, 1971 : 12)

Ainsi, si les classes sociales SÉD sont moins disposées aux attitudes de prévision, les conditions de vie des classes plus aisées sembleraient favoriser l'adoption de pratiques préventives. Leur position sociale serait plus favorable à l'intériorisation d'une vision du monde qui leur permettrait d'anticiper les profits escomptés des pratiques associées à un régime de santé (Boltanski, 1971). La position socioéconomique des personnes moins bien nanties forcerait cette population à devoir réagir face à la maladie plutôt que de l'anticiper (Boltanski, 1971; Dumas et Laberge, 2005). En autres mots, plus un groupe social se rapproche des conditions de nécessité, plus il ressentirait un sentiment d'urgence et moins il serait disposé à adopter une attitude de prévision qui rapporterait des bénéfices à moyen ou à long terme (Boltanski, 1971; Bourdieu, 1979; Lindbladh et Hampus Lyttkens, 2002; Dumas et Laberge, 2005).

Le rapport au temps est donc un élément de la vision du monde des groupes sociaux permettant la compréhension des différences dans l'adoption de régimes de santé. L'attitude face au temps rendrait compte d'une grande diversité de pratiques corporelles adoptées par les populations SÉD, telles les pratiques esthétiques (Bourdieu, 1979; Dumas et coll., 2005) et les régimes de santé (Boltanski, 1971; Dumas et Laberge, 2005). Il s'agirait toutefois d'une attitude parmi d'autres qui inciterait cette population à ne pas adopter des pratiques conformes aux normes de santé.

### *Fatalisme et styles de vie*

Les effets du fatalisme sur la santé et sur l'adoption d'un régime de santé ont été documentés au sein de plusieurs champs d'études, tels que l'épidémiologie (e.g. Marmot et

Wilkinson, 2001), la psychologie (e.g. Bennett et coll., 1997; Lachman et Weaver, 1998) et la sociologie (e.g. Blaxter, 1997; Bolam et coll., 2003). Ces études soulignent que les individus fatalistes seraient moins disposés à adopter un régime de santé (Bennett et coll., 1997; Straughan et Seow, 1998; Hunt et coll., 2000; Steptoe et Wardle, 2001; Bolam et coll., 2003; Wardle et Steptoe, 2003; Schroder et Schwarzer, 2005) et seraient en moins bonne santé (Anda et coll., 1993; Blaxter, 1997; Lynch et coll., 1997; Stronks et coll., 1997; Lachman et Weaver, 1998; Marmot et Wilkinson, 2001). Selon Davison et coll., (1992), le fatalisme est une attitude liée à la perception d'un manque de contrôle sur la santé. Pour ces auteurs, l'individu fataliste croit que les traits individuels (e.g. hérédité), l'environnement social (e.g. accès aux ressources), l'environnement physique (e.g. climat) et le hasard seraient les causes les plus probables de la maladie.

Les régimes de santé seraient donc perçus comme des moyens à efficacité limitée pour le maintien de la santé (Davison et coll., 1992). Davison et coll., (1992) précisent toutefois que la majorité des individus croirait que la maladie serait causée à la fois par des facteurs contrôlables (e.g. le tabagisme) et des facteurs incontrôlables (e.g. la génétique). L'adoption d'un style de vie dépendrait donc des effets perçus des facteurs contrôlables et des facteurs incontrôlables; du niveau de fatalisme (Davison et coll., 1992).

Bon nombre de recherches expliquent que la population SÉD serait beaucoup plus fataliste que les groupes mieux nantis (Lynch et coll., 1997; Stronks et coll., 1997; Straughan et Seow, 1998; Marmot et Wilkinson, 2001; Lindbladh et Hampus Lyttkens, 2002; Schroder et Schwarzer, 2005). En fait, selon plusieurs de ces études, ce sentiment serait responsable de leur attitude peu favorable à l'égard des régimes de santé (e.g. Davison et coll., 1992; Blaxter, 1997; Bolam et coll., 2003).

Comme le rapport au temps, le fatalisme a été conceptualisé par Bourdieu et est compris comme un aspect de la vision du monde particulièrement présent chez les classes SÉD (Bourdieu, 1979, 1997; Charlesworth, 2000). Les conditions d'existence des différentes classes sociales seraient à la source de leurs attitudes (Bourdieu, 1979; Davison et coll., 1992; Charlesworth, 2000; Bolam et coll., 2003). Selon Bourdieu (1979, 1997) et Charlesworth (2000), des conditions d'existence précaires participeraient à façonner une culture où les ambitions liées à l'actualisation de soi seraient considérées comme irréalistes et inatteignables. Ainsi, pour Bourdieu (1979), la distance à la nécessité est importante à considérer dans l'analyse des goûts de différents groupes sociaux. Selon lui, « Le goût est *amor fati*, choix du destin, mais un choix forcé, produit par des conditions d'existence qui, en excluant comme pure rêverie tout autre possible, ne laissent d'autres choix que le goût du nécessaire » (Bourdieu, 1979 : 199). En d'autres mots, le goût du nécessaire, qui est en fait le goût de ce qui est possible et le dégoût de ce qui semble inaccessible, pourrait freiner l'adoption de pratiques visant l'amélioration de la santé.

Le lien entre le fatalisme des classes SÉD et l'adoption d'un style de vie a été présenté dans plusieurs études (Davison et coll., 1992; Charlesworth, 2000; Lindbladh et Hampus Lyttkens, 2002; Bolam et coll., 2003). À ce sujet, Charlesworth (2000) souligne que l'attitude fataliste disposerait les individus issus de milieux SÉD à adopter des « habiletés d'adaptation automatisées » (*mindless coping skills*), c'est-à-dire, des habiletés permettant aux individus de s'adapter aux conditions sociales précaires sans nécessairement en prendre conscience. Tel que suggéré par Charlesworth (2000 : 54) :

... living a life within strict confines, or a life in which life is simply awful; there can be little incentive, (there could be no interest) in developing other forms of consciousness beyond those of the 'mindless' everyday coping skills through which it makes sense to *live* such conditions. To begin to develop forms of consciousness that make the world consciously problematic, something to be thought about; to move

away from the efficiency of habits attuned to life in this world would be to invite a slide from semi-conscious frustration to absurdity and transform ordinary unhappiness into misery. Living life in the context of minimal expectations, the only strategy that makes practical sense is to maintain an ignorance of anything better, to kill one's hopes.

Ainsi, les « habiletés d'adaptation automatisées » engendrées par des conditions d'existence précaires permettraient la gestion des différents obstacles de la vie tout en assurant une stabilité. À cet effet, Charlesworth (2000) souligne que cette stratégie et l'attitude fataliste qui lui est associée seraient le résultat d'expériences négatives et d'un apprentissage particulier associé aux milieux SÉD. Selon cette perspective, toute tentative de modification du style de vie aurait le potentiel d'échouer et, simultanément, de mettre en évidence la misère dans laquelle se trouve l'individu (Charlesworth, 2000; Lindbladh et Hampus Lyttkens, 2002).

Les études portant spécifiquement sur le lien entre le fatalisme et les styles de vie chez les populations SÉD expliquent que la précarité de leur position socioéconomique serait intimement liée à la perception du peu de contrôle sur leur santé (Davison et coll., 1992; Bolam et coll., 2003). Ainsi, ces classes sociales, plus que les autres, minimiseraient l'impact des différents styles de vie proposés par la promotion de la santé. Selon eux, ces pratiques auraient des effets négligeables puisque plusieurs autres facteurs, tels la génétique et le hasard, influenceraient davantage leur santé (Davison et coll., 1992; Richards et coll., 2002; Bolam et coll., 2003). À l'opposé, les personnes mieux nanties croiraient plutôt que l'adoption d'un style de vie sain leur permettrait de contrecarrer les effets du déterminisme génétique (Davison et coll., 1989; Bates et coll., 2003).

En conclusion, les conditions d'existence précaires et la socialisation dans les milieux SÉD participeraient à produire un rapport au temps à court terme et une attitude fataliste chez

les personnes SÉD. Selon Boltanski (1971), ces traits culturels devraient être considérés pour comprendre le rapport au corps (RAC) des classes SÉD.

*Rapport au corps des individus issus de milieux socioéconomiquement défavorisés :  
adoption et changement des dispositions corporelles*

La relation entre les conditions d'existence des groupes sociaux et leurs styles de vie ont fait l'objet de nombreuses études d'inspiration bourdieusienne. En effet, le concept du RAC a souvent été évoqué pour rendre compte des différentes pratiques des classes sociales. Il peut être défini comme une manière particulière pour un groupe social de percevoir, d'apprécier et d'utiliser le corps (Boltanski, 1971; Bourdieu, 1979). Selon cette approche, ce sont les conditions d'existence du groupe social qui façonneraient le rapport au corps et qui engendreraient des pratiques corporelles. En fait, pour Bourdieu (1979), les pratiques corporelles constituent une dimension culturelle fondamentale des groupes sociaux et des classes sociales. Ainsi, il explique le lien entre la culture et le rapport au corps comme suit :

Culture devenue nature, c'est-à-dire incorporée, classe faite corps, le goût contribue à faire le corps de classe : principe de classement incorporé qui commande tout ce que le corps ingère, digère, assimile, physiologiquement et psychologiquement. Il s'ensuit que le corps est l'objectivation la plus irrécusable du goût de classe, qu'il manifeste de plusieurs façons. D'abord dans ce qu'il a de plus naturel en apparence, c'est-à-dire les dimensions (volume, taille, poids, etc.) et les formes (rondes ou carrées, raides ou souples, droites ou courbes, etc.) de sa conformation visible, où s'exprime de mille façons tout un rapport au corps, c'est-à-dire une manière de traiter le corps, de le soigner, de le nourrir, de l'entretenir ... (Bourdieu, 1979 : 210)

Pour Bourdieu (1979), les conditions d'existence de chaque classe sociale seraient à l'origine des cultures de classes sociales respectives et du RAC.

Ces différentes conditions d'existence façonneraient une hiérarchie de priorités distincte, ce qui inciterait les groupes sociaux à adopter des pratiques qui leur permettraient de récolter un ensemble de profits internes et externes (Bourdieu, 1979). Par exemple, la classe ouvrière aurait tendance à pratiquer des sports qui demandent au corps « un grand

investissement d'efforts (sic), de peine ou même de souffrance ... » (Bourdieu, 1979 : 234), tandis que les classes moyennes seraient plus portées à adopter des pratiques « ... souvent associ[es] à une exaltation ascétique de la sobriété et de la rigueur diététique ... » (Bourdieu, 1979 : 235). Ces distinctions seraient une réponse aux différents RAC des classes sociales. D'ailleurs, Bourdieu (1979 : 234) explique que :

... les variations des pratiques sportives selon les classes tiennent autant aux variations de la perception et de l'appréciation des *profits*, immédiats ou différés, qu'elles sont censées procurer qu'aux variations des *coûts* économiques culturels et aussi, si l'on peut dire, corporels (risque plus ou moins grand, dépense physique plus ou moins importante, etc.) ...

Cette variation entre les classes sociales serait donc due à un calcul inconscient. La perception et l'appréciation des profits escomptés façonnées par une socialisation particulière et associées aux pratiques corporelles de chaque classe sociale engendreraient des pratiques distinctes (Bourdieu, 1979).

#### *Rapport au corps et style de vie*

Bourdieu (1979) a utilisé la théorie du rapport au corps pour étudier plusieurs types de pratiques. Toutefois, il a peu étudié la variation sociale dans l'adoption de régimes de santé. D'autres auteurs ont donc adapté cette théorie pour étudier cette problématique (Boltanski, 1971; Williams, 1995; Cockerham et coll., 1997; Poland et coll., 2006). Selon ces auteurs, cette approche offrirait une alternative aux explications sur les inégalités sociales de santé puisqu'elle place l'accent sur la manière dont des préférences socialement structurées engendrent des pratiques. Plus particulièrement, ces auteurs expliquent que les conditions objectives d'existence (e.g. biens matériels, diplômes, etc.) permettent de mieux comprendre l'adoption de styles de vie par l'intermédiaire des goûts socialisés par le milieu (Williams, 1995; Cockerham et coll., 1997). En fait, les « choix » des individus sembleraient volontaires, mais seraient plutôt engendrés par la structure sociale, notamment par

l'incorporation des structures de pouvoir, qui façonneraient des styles de vie particuliers à la classe sociale (Poland et coll., 2006). Par exemple, selon Poland et coll., (2006), les différences de classes sociales en ce qui a trait au tabagisme seraient déterminées par la structure du capital. La position de l'individu dans cette structure disposerait les individus moins aisés à adopter cette pratique puisqu'elle façonnerait une culture qui accepterait le tabagisme et qui lui accorderait une valeur identitaire.

Une étude empirique d'inspiration bourdieusienne faisant le lien entre le RAC et l'adoption d'un régime de santé a été effectuée par Boltanski (1971). Dans cette étude, il établit un lien entre les conditions d'existence des classes sociales et leurs régimes de santé en identifiant plusieurs types de RAC (e.g. instrumental, réflexif). Il a observé, tout comme Bourdieu (1979), que la classe populaire entretiendrait un RAC instrumental et que les individus issus de milieux plus aisés seraient plutôt disposés à adopter un RAC réflexif. La classe populaire estimerait donc que le corps est un moyen à utiliser pour des fins. Il serait ainsi absurde de limiter son usage puisque le corps serait surtout utilisé pour atteindre des buts (e.g. le travail, le plaisir, etc.). À l'opposé, le RAC réflexif renvoie à une conception du corps comme une fin en-soi, une entité qui doit être interprétée et entretenue dans le but de prévenir la maladie. Pour Boltanski (1971), ces deux types de RAC engendreraient les différentes pratiques des classes sociales observées dans les enquêtes nationales.

Trois facteurs ont été suggérés par Boltanski (1971) pour expliquer l'adoption d'un rapport au corps instrumental. La faible scolarisation, le travail manuel et la culture généralement associée aux groupes issus de milieux SÉD participeraient à façonner ce RAC et à engendrer l'adoption de pratiques qui correspondent peu aux recommandations des acteurs des institutions de santé publique.

Ces trois facteurs créent et perpétuent une manière distincte d'interpréter et d'utiliser le corps. Ils s'inscriraient dans une culture somatique responsable d'engendrer des pratiques potentiellement néfastes pour la santé (Boltanski, 1971). D'ailleurs, selon Boltanski (1971), plusieurs codes de conduites et règles culturelles associées au corps organiseraient la manière dont les populations SÉD interprètent et entretiennent leur corps. Pour cette population, les styles de vie convenables seraient associés à la robustesse du corps et au travail physique. En effet, Boltanski (1971 : 11) soutient que :

... la règle qui régit l'activité physique et qui prescrit le mode d'utilisation correct du corps, conduit les membres des classes populaires qui, d'une manière générale, semblent accorder plus d'importance à l'alimentation que les membres des autres classes (ils consacrent plus de temps à la préparation des repas que les membres des autres classes et demeurent à table plus longtemps qu'eux, ils sont aussi plus nombreux à prendre un casse-croûte le matin, etc.), à rechercher les aliments tenus pour « nourrissants » et « fortifiants » qui « soutiennent », « tiennent au corps », « remplissent », « calent » ou « ravigotent » et dont l'absorption est censé donner de la vigueur et de la force.

La culture de classe SÉD est donc fortement associée à des pratiques distinctives. Par exemple, le RAC instrumental des travailleurs manuels demanderait aux individus de rendre le corps performant et de l'utiliser pour des fins de production (Boltanski, 1971). L'activité physique dans les milieux SÉD serait donc surtout pour des usages professionnels ou pour valoriser la force du corps. Voilà pourquoi, selon Boltanski (1971 : 13), « ... l'établissement d'un rapport réflexif au corps est peu compatible avec une utilisation intense du corps ».

Les trois facteurs identifiés par Boltanski (1971) auraient aussi une influence importante sur l'adoption d'un régime de santé conforme aux normes de santé. Selon cette étude, la distance sociale qui sépare la classe SÉD des médecins engendre des problèmes de communication lorsqu'il s'agit de discuter de santé (Boltanski, 1971). Cette distance culturelle créerait une dynamique entre le patient et le médecin transformant ce qui devrait être une relation thérapeutique en une relation d'autorité où des traitements seraient imposés

sans être expliqués exhaustivement aux patients. Ce type de relation accentuerait le manque de connaissances médicales que détiennent les personnes issues de milieux SÉD, perpétuant la distance culturelle entre les deux groupes.

D'autres études plus récentes ont confirmé les résultats de Boltanski (Calnan et Williams, 1991; Blaxter, 1997; Dumas et Laberge, 2005). Elles expliquent que les classes sociales plus aisées disposeraient encore d'une perception du corps plus réflexive tandis que les classes SÉD détiendraient un discours démontrant le côté fonctionnel et utilitaire du corps (Calnan et Williams, 1991; Blaxter, 1997; Dumas et Laberge, 2005). Les populations SÉD seraient donc plus portées à adopter des pratiques d'activité physique si une fonction domestique leur est associée (Calnan et Williams, 1991). À l'opposé, les individus mieux nantis adopteraient des pratiques d'activité physique dans le but de s'évader de la routine imposée par leur vie familiale et professionnelle (Calnan et Williams, 1991).

#### *Rupture biographique et adoption d'un nouveau style de vie*

L'influence des conditions d'existence sur le façonnement du rapport au corps est indéniable. Plusieurs études expliquent que le changement des conditions d'existence pourrait être à la source de nouvelles dispositions corporelles (Bury, 1982; Radley, 1989; Calnan et Williams, 1991; Pound et coll., 1998; Sanders et coll., 2002; Dumas, 2004; Whealtes, 2006). Selon elles, plusieurs facteurs tels l'acquisition d'une nouvelle hypothèque, le changement du statut matrimonial, le changement ou la perte d'un emploi (Backett et Davison, 1995; Lawton, 2002; Angus et coll., 2005) et, de manière plus importante, la maladie (Bury, 1982; Calnan et Williams, 1991; Pound et coll., 1998; Sanders et coll., 2002; Dumas, 2004), participeraient à modifier la perception sociale et le style de vie des individus. En fait, la maladie provoquerait, dans plusieurs cas, une rupture biographique dans le parcours de vie des individus (Bury, 1982).

La rupture biographique renvoie à un moment dans la vie d'un individu où une « situation critique » (Giddens, 1979), telle que celle associée à la maladie, vient provoquer une rupture dans la manière dont l'individu perçoit et apprécie son corps (Bury, 1982). En effet, une multitude d'études témoignent des effets prononcés de la maladie sur l'adoption d'un nouveau style de vie (Bury, 1982; Calnan et Williams, 1991; Pound et coll., 1998; Sanders et coll., 2002; Dumas, 2004; Angus et coll., 2005; Dumas et Laberge, 2005; Wheatley, 2006). La plupart d'entre elles suggèrent que ce type d'événement est la source de l'adoption de nouvelles dispositions corporelles. Par exemple, Wheatley (2006) explique qu'après l'incidence d'une MCV, les malades doivent se réaccoutumer à leur corps, leurs émotions et leur milieu. Il s'agirait d'un événement qui engagerait un ajustement aux nouvelles conditions physiques, et ce, pour tous les groupes sociaux, même les plus défavorisés (Calnan et Williams, 1991).

Les effets de la maladie sur le style de vie peuvent toutefois varier. Dans le contexte des maladies chroniques, Radley et Green (1985) ont identifié trois types de réaction : le déni actif, la résignation et l'accommodement<sup>5</sup>. Le déni actif renvoie à l'indifférence face à la maladie. Il s'agirait de la réaction d'individus qui ne modifient pas leurs pratiques à la suite de l'expérience d'une maladie chronique. La résignation renvoie au sentiment d'impuissance et de vulnérabilité des malades. Les individus résignés auraient tendance à devenir plus fataliste et seraient plus susceptibles de souffrir de dépression. Ils ne seraient donc pas portés à changer leurs pratiques, mais vivraient des changements émotionnels importants. L'accommodement renvoie à l'acceptation de la maladie. Les individus faisant preuve d'accommodement chercheraient à modifier leurs pratiques et leur environnement social dans le but de mieux contrôler leur santé.

---

<sup>5</sup> Traduction de 'active-denial', 'resignation' et 'accommodation' (Radley et Green, 1985)

Le déni actif et la résignation peuvent être associés à une faible rupture biographique. À l'opposé, l'accommodement est une réaction de rupture importante. Toutefois, l'accommodement complet serait très difficile dans la plupart des milieux sociaux. Plusieurs obligations sociales telles que le travail et la famille obligerait les individus à accepter certains risques pour leur santé (Radley, 1989).

L'accommodement serait particulièrement difficile pour les populations SÉD. Selon un nombre d'études, il serait plus difficile pour ces populations de s'adapter à leur maladies puisque leurs contextes sociaux seraient caractérisés par de l'instabilité socioéconomique et professionnelle, ainsi que des relations sociales offrant généralement peu de soutien à la suite de maladies graves comme les MCV (Bury, 1982; Chamerlain et O'Neill, 1998; Wheatley, 2006). Ces facteurs contribueraient à créer un climat peu propice au changement.

Les individus provenant de milieux SÉD subiraient tout de même une rupture biographique à la suite d'une maladie chronique (Bury, 1982; Calnan et Williams, 1991; Pound et coll., 1998; Sanders et coll., 2002; Dumas, 2004; Angus et coll., 2005; Dumas et Laberge, 2005; Wheatley, 2006). Selon plusieurs études, la maladie participerait à modifier le RAC en augmentant la conscience du temps, de la maladie et du corps (Lawton, 2002; Angus et coll., 2005; Dumas et Laberge, 2005; Wheatley, 2006). Elle participerait, avec l'âge, à rendre les individus de toutes les classes plus réflexifs à propos de leur corps (B.S. Turner, 1995; Dumas, 2004; Dumas et Laberge, 2005).

En résumé, le concept de RAC permettrait de mieux comprendre les effets des conditions d'existence, de la socialisation et du parcours de vie sur les pratiques des individus. Toutefois, le RAC n'est pas la seule approche permettant de comprendre les différentes pratiques de classe. Dans la prochaine section, il sera donc question de revoir

brièvement les écrits qui font le lien entre le stress des individus issus de milieux SÉD et l'adoption d'un régime de santé.

*Stress en contexte de précarité socioéconomique :*

*influence sur l'adoption d'un style de vie*

Dans cette section, il y a lieu de souligner le stress comme intermédiaire entre les conditions d'existence et les styles de vie. Il s'agit d'un facteur qui touche fortement les individus issus de milieux SÉD et qui permet une meilleure compréhension de leur style de vie. Pour expliquer ce lien, Charlesworth et coll., (2004) suggèrent que les rapports sociaux entre les classes sociales seraient une source importante de stress émotionnel. Selon cette étude d'inspiration bourdieusienne, les différences culturelles entre les classes sociales seraient une source de honte pour la population SÉD. Afin de gérer ce stress, ce groupe social serait donc plus susceptible de fumer et de consommer des drogues et de l'alcool (Charlesworth et coll., 2004). Charlesworth et coll., (2004 : 59) soutiennent que :

The scale of stress and anxiety which arises from people's constant daily insecurities and experience of social position affects health in two ways: first, it leads to increased reliance on the use of tobacco, alcohol and drugs which provide at least temporary escape from stress; and second, chronic stress has direct physiological effects through the hypothalamic-pituitary-adrenal axis on both the cardiovascular and immune systems.

Par ailleurs, plusieurs études en psychologie sociale appuient ces résultats (e.g. Romano et coll., 1991; Chamberlain et O'Neill, 1998). Ces chercheurs soulignent que la présence de stress nuit à l'adoption d'une alimentation saine et à la pratique d'activités physiques (e.g. Ng et Jeffery, 2003). Il est donc important de considérer le stress comme une condition qui limite l'adoption d'un style de vie conforme aux normes de santé et, ce, surtout chez la population SÉD (Turner et coll., 1995).

## *Conclusion*

Les écrits recensés en sociologie et en épidémiologie permettent d'identifier un grand nombre de facteurs sociaux influençant l'adoption d'un régime de santé. D'une part, selon le point de vue épidémiologique le statut social à l'enfance, le soutien social et l'accessibilité des ressources agissent comme contraintes à l'adoption d'un régime de santé conforme aux normes de santé. D'autre part, le point de vue sociologique rend compte de l'impact de la socialisation et de la structure des chances de vie offerte sur la vision du monde et le rapport au corps des populations SÉD. Plus précisément, les faibles attitudes de prévision, le fatalisme et le stress seraient trois facteurs menant à l'adoption d'un style de vie malsain chez ces populations.

Les styles de vie chez les populations SÉD restent tout de même un domaine peu étudié. En effet, très peu d'études se sont penchées spécifiquement sur le RAC des hommes SÉD. En premier lieu, Boltanski (1971) a complété une étude très détaillée à ce sujet, mais celle-ci a été accomplie il y a presque quatre décennies et dans un contexte Français. Les changements culturels et politiques associés à la précarité risquent d'influencer profondément l'adoption d'un style de vie. De plus, il s'agit d'une étude quantitative. Les données rassemblées ne présentent donc pas la perspective des individus étudiés de façon approfondie. En second lieu, l'influence de la maladie cardiaque sur le RAC des hommes SÉD n'a pas été amplement étudiée. De telles recherches permettraient de répondre à plusieurs questions posées par des instances de santé publique.

La présente étude vise donc à combler ces lacunes. Elle donnera accès à une meilleure compréhension des mécanismes socioculturels responsables du façonnement de la vision du monde (e.g. fatalisme, attitudes de prévision) et du RAC des hommes issus de milieux SÉD ayant souffert une MCV. Elle permettra aux chercheurs d'évaluer l'impact des

MCV sur le style de vie de ces hommes. Ces résultats permettront de mieux comprendre pourquoi ces hommes sont moins disposés à adopter un régime de santé.

## Cadre théorique

Dans le contexte de cette recherche, la perspective adoptée est fortement inspirée de la théorie socioculturelle de Pierre Bourdieu. Elle étudie la façon dont les styles de vie des individus sont ancrés dans leurs conditions de vie (Bourdieu, 1997). Ce chapitre abordera la notion d'« habitus » dans le but de comprendre les pratiques corporelles des hommes issus de milieux SÉD. Premièrement, il sera question des liens entre les composantes de l'habitus et les pratiques des classes sociales. Deuxièmement, il sera question de présenter l'importance des conditions d'existence, particulièrement des capitaux, dans le façonnement d'un habitus. Troisièmement, l'idée de sens pratique sera abordée dans le but de faire le lien entre les conditions objectives d'existence, l'habitus et les styles de vie distinctifs des groupes sociaux. Pour conclure, certains travaux qui intègrent le concept d'habitus et l'étude des régimes de santé seront présentés dans le but de démontrer la validité de la théorie bourdieusienne pour l'étude des régimes de santé.

### *Habitus :*

#### *concept central pour comprendre l'adoption des styles de vie*

La théorie socioculturelle de Bourdieu, particulièrement le concept d'habitus, se penche sur la variation sociale des pratiques. Selon cette approche, les conditions d'existence façonnent un habitus qui engendre des pratiques. Celles-ci ne seraient ni entièrement librement choisies, ni entièrement structurées et seraient davantage le résultat de l'interaction entre la culture incorporée et les conditions matérielles d'existence. En effet, selon Bourdieu, le choix et la volonté sont « ... des notions qui, comme celles d'actions rationnelles ou de préférences, sont en fait déterminées économiquement et façonnées socialement. » (Bourdieu, 1997 : 230).

Le concept d'habitus est utilisé par Bourdieu pour comprendre les mécanismes sociaux responsables de l'adoption de pratiques constitutives d'un style de vie chez les groupes sociaux. Selon le contexte, les habitus de classes distinctifs les inciteraient à adopter certaines pratiques. L'habitus est défini comme des :

... systèmes de schèmes de perception, d'appréciation et d'actions [qui] permettent [aux individus] d'opérer des actes de connaissance pratique, fondés sur le repérage et la reconnaissance pratique des stimuli conditionnels et conventionnels auxquels ils sont disposés à réagir, et d'engendrer, sans position explicite de fins ni calcul rationnel des moyens, des stratégies adaptées et sans cesse renouvelées, mais dans les limites contraintes structurales dont ils sont le produit et qui les définissent. (Bourdieu, 1997 : 200-201)

En d'autres mots, l'habitus constitue la manière dont les individus interprètent et interagissent avec le monde. Les conditions d'existence dans lesquelles ils se trouvent façonneraient un système de schèmes de perception, d'appréciation et des dispositions qui permettraient aux individus d'adopter des pratiques conformes aux attentes de leur milieu social (Bourdieu, 1979, 1997).

#### *Habitus et classes sociales*

L'habitus est le produit d'une socialisation particulière à l'intérieur d'un contexte social spécifique. Il permet aux individus de s'orienter dans ce contexte et d'agir selon les possibilités qui leur sont offertes. Selon Bourdieu (1979), « ... les pratiques qu'engendrent les différents habitus se présentent comme des configurations systématiques de propriétés exprimant les différences objectivement inscrites dans les conditions d'existence ... » (Bourdieu, 1979 : 190). Les conditions d'existence des différentes classes sociales produiraient donc des habitus responsables de l'adoption de styles de vie particuliers.

Le style de vie engendré par un habitus particulier est une source de distinction entre les groupes sociaux. Issues des conditions d'existence, les dispositions de l'habitus tendraient à reproduire la structure sociale dans laquelle il se retrouve. En d'autres mots,

... c'est dire que se trouve inévitablement inscrite dans les dispositions de l'habitus toute la structure du système des conditions telle qu'elle se réalise dans l'expérience d'une condition occupant une position déterminée dans cette structure : les oppositions les plus fondamentales de la structure des conditions (haut/bas, riche/pauvre, etc.) tendent à s'imposer comme les principes de structuration fondamentaux des pratiques et de la perception des pratiques. (Bourdieu, 1979 : 191)

Cet extrait explique clairement l'idée selon laquelle les personnes issues de milieux SÉD pourraient entretenir une relation avec la réalité très différente de celle des individus favorisés. Ces différences sont présentes surtout parce que la réalité matérielle vécue par les deux groupes diffère grandement. Les conditions objectives d'existence participent donc à former des habitus et des goûts distincts.

*Les formes de capital :*

*leur rôle dans le façonnement de l'habitus*

Dans le but de comprendre comment les habitus engendrent des styles de vie, il est important de comprendre le contexte dans lequel il est façonné. Tel que mentionné ci-dessus, l'habitus est issu de l'incorporation des conditions d'existence dans lesquelles il évolue. Les différentes caractéristiques individuelles telles la distance à la nécessité, l'obtention de titres scolaires et le physique de l'individu doivent donc être considérées dans le but de comprendre la réalité des individus et leurs préférences pour l'adoption de certaines pratiques.

Selon Bourdieu (1986), le capital est un terme générique qui représente diverses formes de ressource permettant aux individus de participer à la société. Les individus qui détiennent un plus grand volume de capitaux valorisés sont donc en meilleure position pour agir conformément aux attentes sociales. Toutefois, le volume et la forme de capital nécessaires varient selon le contexte social et participent à la distinction entre les groupes sociaux.

Selon le contexte, un nombre infini de formes de capital peuvent détenir une valeur symbolique. Toutefois, Bourdieu (1986) identifie trois formes de capital importantes dans la plupart des contextes. Selon lui, le capital a) économique, b) culturel, et c) social sont davantage associés au pouvoir et participent à hiérarchiser la société. Le capital économique est le plus important des capitaux dans les sociétés capitalistes (Bourdieu, 1986). Il s'agit des possessions matérielles et financières pouvant être échangées contre d'autres formes de capital. Le capital culturel est caractérisé par les connaissances reconnues comme légitimes dans un contexte particulier; il renvoie plus concrètement aux diplômes scolaires et aux habiletés socialement reconnues. Le capital social est la taille et la qualité des réseaux sociaux. Il s'agit des relations sociales détenues par un individu et des possibilités qu'elles lui offrent. Toutes ces formes de capital sont symboliquement importantes puisqu'elles sont socialement reconnues à l'intérieur de la société et peuvent être échangées entre elles.

Dans le contexte d'études sur la santé, le capital physique est également important à étudier. Il renvoie aux ressources physiques associées au corps, notamment à l'athlétisme, l'esthétique et la santé (Bourdieu, 1979; Dumas et Turner, 2005; Dumas et Laforest, 2009). Il s'agit cependant d'une forme assez particulière de capital puisque, comme l'indiquent certains auteurs (Bourdieu, 1979, 1997; Shilling, 1993, 2004), il est souvent le résultat d'un apprentissage social et est influencé par l'âge.

L'esthétique, l'athlétisme et la santé sont donc des attributs corporels qui participent à la distinction des groupes sociaux. Ils permettent aux individus qui en possèdent de le convertir dans le but d'acquérir du capital économique, culturel et social. Par exemple, comme le souligne Bourdieu (1979),

... les écoles spécialisées dans la formation des hôtesse font subir aux jeunes filles des classes populaires qui se sélectionnent en fonction de leur beauté « naturelle »

une transformation radicale dans leur manière de marcher, de s'asseoir, de rire, de sourire, de parler, de s'habiller, de se maquiller, etc. ... (Bourdieu, 1979 : 227)

Le capital physique est donc partiellement génétique et partiellement socialisé. Dans la citation précédente, la beauté « naturelle » des filles et l'apprentissage des manières d'utiliser leur corps sont ce qui leur permettra de devenir des hôtessees et d'acquérir du capital économique. Comme pour les autres formes de capital, les ressources possédées par les individus issus de milieux mieux nantis leur permettraient d'accumuler davantage de capital physique (Bourdieu, 1979; Shilling, 2004).

Dans le contexte de cette étude, il sera question d'apporter une attention particulière au capital physique, spécifiquement à la santé. Il s'agit d'une approche différente des études antérieures. Dans le passé, l'attention consacrée au capital physique a surtout été dirigée vers la valeur de l'esthétisme du corps (Bourdieu, 1978, 1979; Dumas et coll., 2005; Dumas et Laforest, 2009) et de l'athlétisme du corps (Bourdieu, 1978, 1979; Wright et Burrows, 2006; Dumas et Laforest, 2009). Un accent particulier sur la santé permettra d'identifier les difficultés associées aux conséquences sociales de la maladie.

### *Sens pratique :*

#### *le lien entre l'habitus et l'adoption d'un style de vie*

Pour Bourdieu (1980, 1997), l'habitus est le moyen dont disposent les individus pour entrer en relation avec le monde. C'est en générant un sens pratique, une manière d'agir permettant de s'adapter aux différents contextes sociaux, que les individus sont en position de comprendre leur environnement social et d'agir à l'intérieur de celui-ci. Dans *Méditations pascaliennes*, Bourdieu suggère que :

Le sens pratique est ce qui permet d'agir comme il faut ... sans poser ni exécuter un « il faut » ..., une règle de conduite. Manières d'être résultant d'une modification durable du corps opérée par l'éducation, les dispositions qu'il actualise restent inaperçues aussi longtemps qu'elles ne passent pas à l'acte, et même alors, du fait de

l'évidence de leur nécessité et de leur adaptation immédiate à la situation. (Bourdieu, 1997 : 201)

Le sens pratique est donc ce qui permet aux individus d'anticiper leur réalité. Il s'agit d'une forme de savoir à la fois consciente et inconsciente qui coordonne les actions des individus. Elle leur permet d'orienter leurs pratiques en fonction des profits escomptés.

Pour Pierre Bourdieu (1987), le sens pratique oriente les pratiques des individus à l'aide de stratégies, un sous-concept qui reflète le côté à la fois déterminé et librement choisi des pratiques. Il souligne que « la notion de stratégie est l'instrument d'une rupture avec le point de vue objectiviste et avec l'action sans agent que suppose le structuralisme ... » (Bourdieu, 1987 : 79). Selon Bourdieu, les individus agissent à la fois selon leurs intérêts personnels et selon des règles associées à un contexte spécifique. Il s'agit donc de moyens socialement façonnés d'orienter les pratiques vers des normes et des buts socialement construits (Bourdieu, 1987; Swartz, 1997).

La temporalité des pratiques et le contexte social sont des composantes importantes des stratégies. Ces composantes considèrent l'aspect à la fois informel et improvisé des pratiques (Swartz, 1997). Par exemple, comme l'illustre Bourdieu (1987 : 80), « rien n'est plus libre et ni plus contraint à la fois que l'action du bon joueur. Il se trouve tout naturellement à l'endroit où la balle va tomber, comme si la balle le commandait, mais par là, il commande la balle. » Autrement dit, les stratégies permettent aux individus d'atteindre des buts propres à chaque contexte, à la fois conscients et inconscients, en anticipant les pratiques des autres et en s'adaptant à celles-ci. L'habileté de prédiction des actions d'autrui permet aux individus d'agir conformément aux attentes du groupe social.

*Bourdieu et régime de santé :*

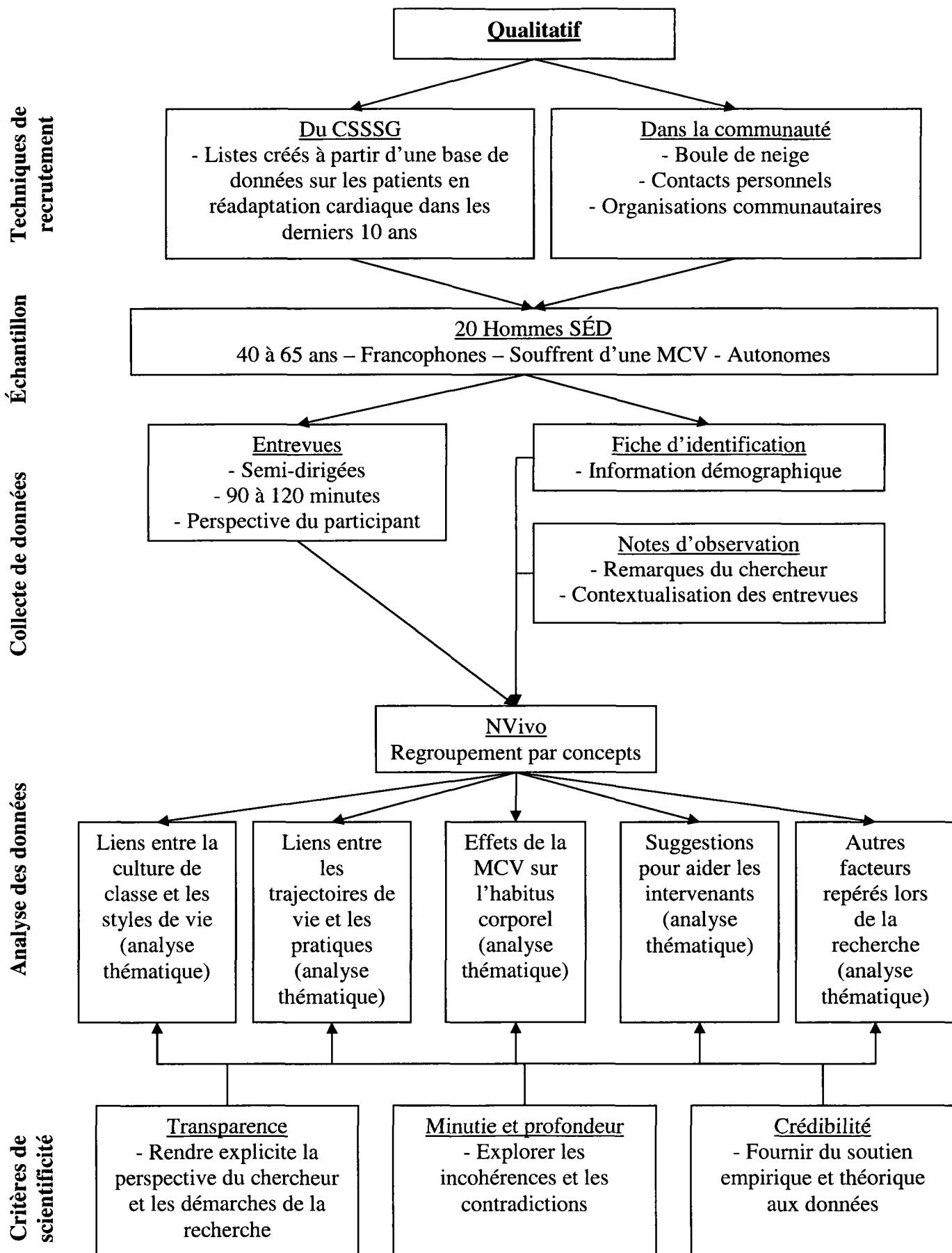
*la question des relations de pouvoir dans l'adoption d'un style de vie*

L'œuvre de Pierre Bourdieu permet d'étudier la variation sociale de diverses formes de pratique culturelle. Si Bourdieu lui-même a peu utilisé sa théorie pour étudier l'adhérence à un régime de santé, d'autres auteurs ont exploré cette question (Boltanski, 1971; Williams, 1995; Cockerham et coll., 1997; Poland et coll., 2006). Leurs travaux ont conceptualisé les mécanismes sociaux liant la position sociale aux styles de vie.

Comme il a été question dans le chapitre II, le concept de rapport au corps, tel que développé par Bourdieu (1979) et Boltanski (1971), figure au centre de l'analyse des styles de vie. Il s'agit de la manière dont les individus entrent en relation avec leur corps, une relation très différente selon le milieu social.

Certains autres travaux théoriques (Williams, 1995; Cockerham et coll., 1997; Poland et coll., 2006) soutiennent que le rapport au corps et le choix d'un régime de santé seraient fortement influencés par les relations de pouvoir dans la société. Selon cette perspective, la distribution inégale du capital dans la société participerait à créer des styles de vie distincts selon la position de l'individu dans la hiérarchie sociale (Poland et coll., 2006).

Cette recherche tentera donc de comprendre le lien entre la structure du capital et les goûts dans le but d'expliquer l'adoption des styles de vie des individus issus de milieux SÉD. Un accent particulier sera mis sur l'habitus des hommes SÉD dans le but de comprendre comment une position sociale précaire contribue à créer une mauvaise santé. Plus spécifiquement, il sera question d'observer comment le sens pratique et les stratégies permettent aux hommes de ce groupe social de gérer la maladie.



## Méthodologie

Cette section porte sur l'approche méthodologique et les étapes de recherche ayant guidé cette étude. Plus précisément, il sera question a) d'exposer le choix de l'approche qualitative, b) de présenter l'échantillon de recherche, c) d'exposer les méthodes de collecte de données, d) de justifier l'utilité de l'entretien semi-dirigé, e) de préciser les méthodes d'analyse des données et f) de décrire les méthodes utilisées pour assurer la scientificité des analyses.

### *L'approche qualitative*

L'approche qualitative a comme but principal de comprendre l'aspect symbolique des actions des individus et des groupes sociaux (Denzin et Lincoln, 1994). Comme le suggère Becker (1996), les méthodes qualitatives sont utilisées pour comprendre le fonctionnement du monde social. Elles permettent aux chercheurs d'étudier sa complexité et de comprendre les phénomènes sociaux, telles les raisons menant les hommes SÉD à adopter des pratiques néfastes pour leur santé. Dans le contexte des études en santé publique, elle peut être utilisée pour accéder à une compréhension détaillée de l'interprétation que font les individus de la santé, du corps et des styles de vie. Elle permet au chercheur de comprendre le contexte social et les pratiques des groupes sociaux.

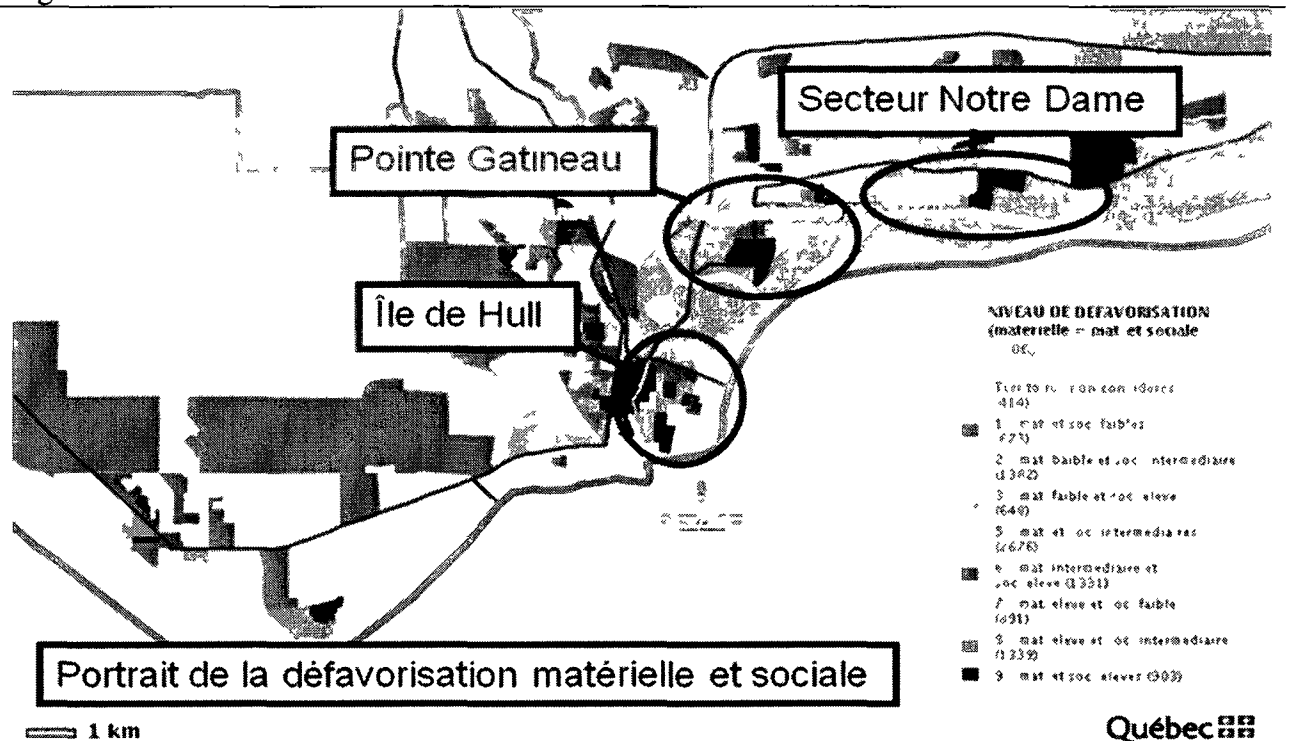
### *La population ciblée :*

#### *les milieux défavorisés de l'Outaouais urbain*

Plusieurs études soulignent l'importance de la pauvreté relative pour l'étude des inégalités sociales en matière de santé (Wilkinson, 1997; Marmot et Wilkinson, 2001; Duncan et coll., 2002; Kawachi et coll., 2002; Wilkinson et Pickett, 2006). Pour cette raison, les participants de cette étude sont des individus issus de milieux SÉD de l'Outaouais urbain (à distinguer de celle de la région d'Ottawa). Comme l'indique la figure 1, les endroits visés

pour le recrutement des participants (île de Hull, Pointe Gatineau, secteur Notre-Dame) sont caractérisés par une importante défavorisation matérielle et sociale. La précarité socioéconomique et les faibles niveaux de santé des individus issus de ces milieux les distinguent des autres régions de l'Outaouais. À ce sujet, Centraide Outaouais affirme même que « ... [les personnes issus des milieux SÉD de l'Outaouais urbain] sont très fragilisés et vivent dans des situations importantes de pauvreté et d'appauvrissement et que des efforts particuliers doivent être consentis pour résorber les problématiques vécues » (Lepage, 2000).

Figure 1 Secteurs de recrutement<sup>6</sup>



*Les endroits encadrés sont les secteurs de l'Outaouais urbain dans lesquels le recrutement des participants a été effectué. Il s'agit des milieux les plus défavorisés de cette région.*

En matière d'inégalité de santé, la région de l'Outaouais a été retenue pour faire suite aux conclusions de la Direction de la santé publique de l'Outaouais. Selon des données

<sup>6</sup> [http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/atlas/index.php?id\\_carte=66](http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/atlas/index.php?id_carte=66)

épidémiologiques, la mortalité attribuable aux maladies du cœur chez les hommes est nettement plus élevée en Outaouais urbain que la moyenne québécoise (en Outaouais le taux de décès par année dû aux maladies ischémiques chez les hommes est de 181,1 tandis que le taux québécois est de 145,8)<sup>7</sup> (Statistiques Canada, 2009). L'Outaouais est également la région où la variation de mortalité entre les différentes catégories de revenu est la plus élevée. À titre d'exemple, les deux catégories socioéconomiques les plus pauvres de la région expliquent 50 pour cent de la surmortalité par rapport à la moyenne québécoise, et ce, même si elles ne composent que 26 pour cent de la population. Selon ces rapports, une part d'explication de ces taux résiderait dans certains désavantages de nature socioéconomiques dus à sa proximité de la région d'Ottawa, qui présente des taux plus bas en ce qui concerne la maladie cardiaque (Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 1996; Courteau et coll., 2002).

### *L'échantillon*

L'échantillon utilisé pour cette étude est composé de vingt hommes<sup>8</sup>. Les participants sont francophones, de l'Outaouais, ont subi une MCV nécessitant une hospitalisation, sont « autonomes » selon les normes du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec<sup>9</sup>, et sont résidents d'un milieu SÉD. Ces critères d'inclusion ont permis de bien représenter l'expérience des hommes SÉD à la suite d'une MCV. En premier lieu, le choix d'étudier un groupe entièrement francophone et blanc a assuré une certaine homogénéité culturelle parmi les participants. En deuxième lieu, l'autonomie des participants permettra aux chercheurs d'éliminer la possibilité des contraintes physiologiques pour l'adoption d'un régime de santé.

---

<sup>7</sup> Les taux sont sur 100 000 habitants.

<sup>8</sup> L'étude s'inscrit dans un projet de plus grande envergure réalisé par Alex Dumas observant les styles de vie de 60 personnes issues de différents contextes socioéconomiques en Outaouais. Les 20 participants choisis pour cette étude sont les plus défavorisés de ceux-ci.

<sup>9</sup> Une personne dont les besoins sont inférieurs à une heure ou moins de soins par jour et qui n'a pas besoin d'aide pour les activités quotidiennes telles que manger, se lever, s'habiller, se laver, etc.

Tous les participants étaient donc capables d’adopter le régime de santé recommandé par les instances de promotion de la santé sans assistance. En dernier lieu, les participants ont tous souffert d’une MCV qui a nécessité une hospitalisation. Ce critère est important puisque la recherche porte sur l’évolution du RAC à la suite d’une maladie importante à la fois au niveau personnel et au niveau social.

Comme il a été souligné dans le chapitre II, l’âge est un facteur qui semble influencer l’adoption d’un régime de santé. Dans le but d’étudier le RAC des hommes issus de milieux SÉD, une attention particulière a donc été apportée aux hommes de 40 à 65 ans<sup>10</sup>. Cet échantillon a permis une analyse plus juste de l’habitus corporel engendré par la classe sociale puisqu’elle représente un groupe plus jeune dont le style de vie a potentiellement été moins influencé par l’âge et d’autres facteurs biologiques.

Comme l’indique le tableau 1, les caractéristiques démographiques des participants sont comparables. Peu de participants ont complété des études de niveau secondaire et la grande majorité est composée d’ouvriers non spécialisés. Il s’agit d’un groupe qui ne semble pas être disposé à l’adhésion à un régime de santé avoir souffert d’une MCV. Ils étaient plutôt portés à adopter des pratiques néfastes pour leur santé (voir tableau 2). Il s’agit donc d’un échantillon représentatif du problème présenté dans l’introduction.

Tableau 1. Caractéristiques démographiques des participants

<b>Age</b>	<b>Scolarité</b>	<b>Occupation Antérieure</b>	<b>État Civil</b>
40 à 49 (N=8)	Primaire (N=12)	Ouvrier non spécialisé (N=19)	Célibataire (N=9)
50 à 59 (N=11)	Secondaire (N=6)	Ouvrier spécialisé (N=1)	Marié (N=8)
60 à 64 (N=1)	Collégial (N=1)	Fonctionnaire (N=0)	Divorcé (N=3)
	Universitaire (N=0)		

<sup>10</sup> L’âge minimum de 40 ans a été choisi parce que les statistiques démontrent que les hommes âgés de 40 à 74 ans meurent de MCV 3 fois plus que les femmes (Statistique Canada, 2007). L’âge limite de 65 ans a été choisi puisque c’est l’âge normal de la retraite au Canada. Les gens de plus de 65 ans ont accès à une pension gouvernementale.

Tableau 2. Caractéristiques des styles de vie des participants à la suite de leur MCV

<b>Consomme du tabac</b>	<b>Consomme de l'alcool</b>	<b>Pratique l'activité physique</b>	<b>Surveille son alimentation</b>
Régulièrement (N=12)	Régulièrement (N=7)	Régulièrement (N=2)	Régulièrement (N=6)
Parfois (N=4)	Parfois (N=3)	Parfois (N=4)	Parfois (N=7)
Jamais (N=4)	Jamais (N=10)	Jamais (N=14)	Jamais (N=7)

*Recrutement des participants et considérations éthiques*

Deux techniques ont été utilisées pour recruter les participants. La première a profité de la participation conjointe de l'équipe de recherche et de la responsable du programme de réadaptation cardiaque du CSSSG (ce programme forme un ensemble de services dont, les rencontres de suivi clinique, les consultations et le suivi individuel avec les professionnels et les volets d'enseignement ; ces services visent à informer et sensibiliser les gens aux pratiques et aux soins de santé recommandés pour maintenir et améliorer la santé). Dans un premier temps, la responsable du programme de réadaptation cardiaque du CSSSG a été informée de la nature de l'étude lors d'une rencontre (voir lettre d'information/recrutement – Annexe 1). Lors de cette rencontre, elle a été informée de l'échantillon recherché. Par la suite, elle a généré, à partir de sa base de données, une liste de personnes satisfaisant les critères de l'échantillon (cette base de données comprend l'ensemble des individus ayant suivi le programme de réadaptation du CSSSG depuis près de 10 ans). Afin de respecter les considérations éthiques, cette liste n'était accessible qu'au personnel des services de réadaptation.

Une lettre d'information a ensuite été envoyée aux hommes qui correspondaient aux critères recherchés. Au nom de l'équipe de recherche, cette lettre informait les hommes de la nature de l'étude et contenait les coordonnées pour que les participants puissent contacter les chercheurs s'ils souhaitaient participer à l'étude (voir lettres aux participants - Annexe 2).

Cette lettre a été rédigée de manière à permettre aux individus de faire un choix libre et éclairé (notez que pour des fins de confidentialité, cette lettre indiquait que le personnel du CHVO n'avait aucune information sur leur acceptation ou refus de participer). Aucun suivi n'a d'ailleurs été entrepris auprès d'eux après cet envoi. Enfin, ceux qui souhaitaient participer ont pu contacter le chercheur principal de leur propre chef.

La deuxième technique de recrutement était celle de la « boule de neige ». Il a donc été question de distribuer les annonces directement aux personnes intéressées. Les chercheurs sont allés sur le terrain, dans des organisations à caractère social (e.g. souprières, refuges), dans le but d'établir des contacts avec des individus qui ont subi des MCV ou qui connaissent des hommes atteints de maladies cardiaques. Les participants recrutés de cette manière ont donc été invités à contacter le groupe de recherche s'ils souhaitaient participer à l'étude.

Le consentement libre et éclairé des participants a été obtenu lors du recrutement. Ainsi, s'ils acceptaient de participer, ils le faisaient sur une base volontaire, et ce, après avoir reçu les informations nécessaires expliquées dans un langage simple, clair et précis. Le recrutement était tel qu'aucune pression n'a été exercée sur les personnes pour les inciter à participer.

Après avoir été contacté par le participant, un membre de l'équipe de recherche expliquait dans un langage simple les tenants et aboutissants du projet ainsi que les conditions de l'entrevue (e.g. anonymat et confidentialité). Ensuite, le participant était invité à participer à l'étude et, dans le cas d'une acceptation volontaire de participation, une date d'entrevue était fixée et une somme de 30 \$ était remise au participant (à noter que le 30 \$ était remis avant l'entrevue et pouvait être gardé même si le participant décidait de ne plus participer) (voir feuille de consentement et reçu – Annexe 3 et 4).

Compte tenu du choix des participants, les entrevues se tenaient dans un emplacement choisi par l'interviewé (à domicile, dans un local de l'Université d'Ottawa ou dans un local d'un organisme communautaire) conformément aux règles du Comité d'éthique de la recherche en sciences de la santé et sciences de l'Université d'Ottawa. Enfin, les participants étaient invités à relire les transcriptions de leur entrevue et à enlever les passages qu'ils ne voulaient pas inclure dans la recherche.

En ce qui a trait à la *confidentialité des données*, les entrevues étaient enregistrées avec un appareil numérique, transcrites et intégrées à un logiciel d'analyse qualitative. D'autres données sociodémographiques étaient collectées pendant l'entretien.

*Entrevues semi-dirigées :*

*la porte d'accès au vécu des participants*

La méthode de recherche privilégiée était empirique et qualitative. Les participants ont pris part à une seule entrevue enregistrée de 90 à 120 minutes (voir guide d'entretien - Annexe 5). Le guide d'entrevue comportait quatre sections. Une première visait à identifier les caractéristiques et la trajectoire socio-économiques de la personne ainsi que les caractéristiques de son environnement social en terme de la qualité (telle que perçue) du soutien social. La seconde visait à explorer l'expérience de la maladie cardiovasculaire telle que vécue à un moment particulier du parcours de vie de l'interviewé. La troisième portait sur les ressources matérielles et humaines qui lui étaient disponibles et accessibles pour l'adoption d'un régime de santé. La quatrième portait sur l'histoire (trajectoire) personnelle en matière de perceptions, d'appréciation et d'attitudes à l'égard des pratiques constituant le régime de santé recommandé par les instances de promotion de la santé (nutrition, consommation de médicaments, suivis médicaux préventifs, activités physiques, etc.).

Les entretiens qualitatifs permettent au chercheur de comprendre les spécificités de chaque cas tout en considérant les mécanismes sociaux à l'étude. En effet, Poupart et coll., (1997 : 181) soutiennent « ... que l'entretien de type qualitatif constituerait un moyen efficace pour, malgré toute l'ambiguïté de l'expression, « recueillir des informations » sur les structures et le fonctionnement d'un groupe, d'une institution ou, plus globalement, d'une formation sociale donnée. » Les entretiens permettent donc aux chercheurs de rassembler des données qui donnent accès à une compréhension détaillée du fonctionnement des styles de vie chez les hommes SÉD.

Une deuxième fonction de l'entretien qualitatif selon Poupart et coll., (1997) est sa capacité de considérer le point de vue des acteurs. Pour cette raison, il considère que l'entretien :

... est souvent mis de l'avant par contraste avec le questionnaire et l'entretien structuré, stratégies qui comportent, et cela même si le chercheur fait une enquête préliminaire et préteste sont instrument, des risques de pré-structuration du discours élevés en raison de la forme prédéterminée des questions et des réponses. (Poupart et coll., 1997 : 182)

Les entretiens semi-dirigés permettent aux participants de présenter du nouveau matériel et d'établir des liens peu explorés par le chercheur. Elles permettent donc l'avancement des connaissances scientifiques et permettent une analyse approfondie, appuyée par des données, dans le but de comprendre les phénomènes sociaux (Poupart et coll., 1997).

Si l'entrevue offre plusieurs avantages aux chercheurs, elle est aussi associée à quelques aspects qui la rendent quelquefois controversée. Par exemple, la relation entre le chercheur et le participant dans un contexte d'entrevue a le potentiel de ne pas adéquatement représenter la réalité des interviewés. Pour cette raison Bourdieu (1993) suggère que :

... il ne suffisait pas d'agir, comme le fait spontanément tout « bon » enquêteur, sur ce qui peut être consciemment ou inconsciemment contrôlé dans l'*interaction*, notamment le niveau du langage utilisé et tous les signes verbaux ou non verbaux

propres à encourager la collaboration des personnes interrogées, qui ne peuvent donner une réponse digne de ce nom à l'interrogation que si elles peuvent se l'approprier et en devenir les sujets. Il fallait agir aussi, en certains cas, sur la *structure* même de la relation (et, par là, sur la structure du marché linguistique et symbolique), donc sur le *choix* même des personnes interrogées et des interrogateurs. (Bourdieu, 1993 : 1394)

Il est donc important pour l'intervieweur de comprendre les relations de pouvoir qui s'exercent dans le contexte d'une entrevue. Dans la citation ci-dessus, Bourdieu explique qu'il est important d'utiliser le langage et la manière d'agir appropriée pour assurer le confort des participants. Cependant, il est aussi important de bien comprendre le contexte social de l'interviewé pour comprendre leurs actions. Un chercheur qui fait l'effort de comprendre l'environnement social de l'individu pourra accéder à des données plus représentatives du point de vue des participants « ... grâce aux relations de familiarité qui [unissent l'enquêteur] à l'enquête et à la franchise sociale, favorable au franc-parler, qu'assure l'existence de liens divers de solidarité ... » (Bourdieu, 1993 : 1399). L'importance de comprendre les relations de pouvoir qui s'exercent entre les deux individus est donc cruciale pour réussir l'entrevue.

À ce sujet, Rubin et Rubin (2005) soutiennent qu'il est important pour le chercheur de bien communiquer ses intentions auprès des participants. Les rôles que détiennent les chercheurs et les participants peuvent parfois être mal interprétés par les diverses parties. Il serait donc important pour l'intervieweur de bien expliquer les intentions de l'entrevue et d'adopter une perspective qui lui permettra d'établir un contact personnalisé avec le participant (Rubin et Rubin, 2005). Selon eux, si le participant est à l'aise avec l'intervieweur, il n'aura pas de difficulté à répondre franchement aux questions.

D'autres méthodes de collecte de données permettent l'accès à de l'information sur le contexte social des participants. Pour débiter, le chercheur a fait remplir un formulaire au

participant (voir fiche d'identification – Annexe 6). Ce formulaire a permis au chercheur de contextualiser les entrevues et d'effectuer des liens entre certaines variables démographiques. À la suite de l'entretien, le chercheur a pris des notes à propos de divers aspects de l'entrevue (voir notes et impressions postentrevues – Annexe 7). Il a donc été question de prendre en note ce que le chercheur a vécu/perçu pendant l'entrevue. Plus spécifiquement, des remarques à propos des lieux de l'entrevue, certaines caractéristiques des interviewés ainsi que les faits de l'entrevue qui n'ont pu être captés par l'appareil numérique ont été notés. Ces informations permettent au chercheur de communiquer plus d'information et d'ajouter de la profondeur à l'analyse.

#### *Préparation à l'entrevue*

Le contexte de l'entrevue comporte plusieurs risques pour l'intervieweur et le participant. Rubin et Rubin (2005) soulignent que plusieurs situations à l'intérieur du contexte d'une entrevue ont le potentiel d'évoquer des problèmes éthiques. Le chercheur doit donc être vigilant et se préparer adéquatement pour ses entrevues.

Rubin et Rubin (2005) suggèrent qu'il est important que les données de la recherche soient obtenues sans que les participants soient psychologiquement ou physiquement lésés. Pour cette raison, il est important de respecter les codes d'éthique établis par l'université et les centres hospitaliers (voir approbations éthiques de la recherche - Annexes 8 et 9). Ces codes assurent que la recherche ne compromet aucun aspect de la vie physique, sociale et psychologique des participants.

Rubin et Rubin (2005) soutiennent, premièrement, que toute tentative d'induire le participant en erreur va contre le code d'éthique. Par exemple, modifier son comportement dans le but de tromper le participant ou de présenter de l'information fautive aux participants dans le but d'extraire plus d'information pourrait potentiellement brimer la relation entre les

deux parties. De plus, ces tactiques n'induiraient que de l'inconfort chez les interviewés et nuiraient au lien de confiance qui se forme entre l'intervieweur et l'interviewé (Rubin et Rubin, 2005). Deuxièmement, plusieurs auteurs suggèrent que les chercheurs devraient exprimer un certain niveau de compassion envers les participants et ne devraient pas exprimer de jugement de valeur à leur égard (Bourdieu, 1993; Rubin et Rubin, 2005; Dickson-Swift et coll., 2007). Ces jugements pourraient créer des situations d'inconfort (ou des traumatismes) chez les participants. À cet égard, Bourdieu (1993 : 1393) suggère que

*... pour réduire au maximum la violence symbolique qui s'exerce à travers [l'entrevue]. On [doit essayer] d'instaurer une relation d'écoute active et méthodique, aussi éloignée du pur laisser-faire de l'entretien non directif que du dirigisme du questionnaire. Posture d'apparence contradictoire à laquelle il n'est pas facile de se tenir en pratique. En effet, elle associe la disponibilité totale à l'égard de la personne interrogée, la soumission à la singularité de son histoire particulière ...*

C'est donc par l'adoption d'une attitude de compassion et de dévouement envers le participant que le chercheur pourra respecter ce dernier et percevoir la réalité du participant. Troisièmement, une grande importance sera apportée à la confidentialité et l'anonymat des participants. Elle permet aux interviewés d'être honnêtes et de décrire leur histoire sans crainte de représailles. Si l'entière confidentialité ne peut être assurée, il est important que les participants le sachent (Rubin et Rubin, 2005). Dernièrement, Rubin et Rubin (2005) soulignent l'importance de la participation volontaire des participants. Ils affirment qu'il y a une différence entre une entrevue et une interrogation. L'entrevue est une collaboration entre deux parties, et donc si l'interviewé ressent un inconfort ou désire ne pas répondre à une question, il est important que l'intervieweur n'insiste pas. La manière dont les questions sont formulées est donc importante à cet égard. Il est important de ne pas poser des questions qui présument trop d'information à propos des participants. Ces questions pourraient être

agressantes et auraient le potentiel de compromettre la relation entre le chercheur et le participant.

Pour protéger les participants, leur *anonymat a été assuré*. Les participants ont choisi un pseudonyme et ce dernier a été utilisé pour la transcription de l'entrevue. Si des citations ont été utilisées lors de la rédaction des résultats, les mêmes pseudonymes ont été utilisés et toute information pouvant mener à l'identification d'un participant a été enlevée. Les interviewés avaient aussi accès à la transcription de leur entrevue dans le but de l'éditer. Ils avaient la possibilité de retirer leur participation à la recherche à la suite de l'entretien.

#### *Analyse des données :*

##### *étapes à suivre pour une recherche transparente, minutieuse, profonde et crédible*

Dans cette section, il sera question de présenter les différentes étapes utilisées lors de l'analyse des données. En premier lieu, l'étape de transcription des données sera décrite. Elle sera suivie d'une analyse de contenu ou des thèmes spécifiques. Ces démarches, ainsi que le reste des méthodes de recherche, ont suivi des critères de scientificité dans le but d'assurer la validité interne et externe de la recherche.

##### *Transcription et analyse*

Les entrevues ont été transcrites et intégrées dans le logiciel de traitement de données qualitatives QSR N-Vivo 8. Dans un premier temps, les données fournies par les interviewés ont été regroupées en catégories construites à partir de leurs affinités sémantiques. Cette démarche a été suivie d'une analyse des conditions de vie et des biographies personnelles de chacun des interviewés (analyse verticale). Cette étape a permis d'exploiter le potentiel heuristique des concepts d'habitus corporel et de rupture biographique. Enfin, les données ont été étudiées dans une perspective comparative entre les participants qui présentent des perceptions différentes de la prévention et de différents niveaux de pratique d'activités

physiques (analyse transversale). Les analyses verticale et transversale ont permis d'observer les liens entre les conditions de vie des participants et leurs styles de vie.

Les premières étapes de l'analyse ont été consacrées à la lecture des transcriptions afin de se familiariser avec les données amassées. Ensuite, l'information a été classée par thème (voir tableau 3 pour la liste des thèmes). La formation de ces thèmes a été inspirée par les études antérieures, par la théorie socioculturelle de Pierre Bourdieu et par les informations fournies par les participants. Chaque passage d'entrevue a été rattaché à une ou des catégories. Une fois regroupées par thème, plusieurs tendances lourdes sont ressorties des données. Par la suite, une observation plus détaillée des facteurs responsables de ces tendances ont pu être identifiées. Grâce aux liens qui ont été identifiés entre les thèmes, les chercheurs ont été en mesure d'accéder à une compréhension détaillée des facteurs qui influencent l'adoption d'un style de vie chez les hommes issus de milieux SÉD.

Ainsi, l'analyse des données a permis de : 1) de mieux comprendre l'influence des facteurs socioculturels sur les styles de vie et d'améliorer les connaissances sur l'adoption d'un régime de santé chez les hommes de plus de 40 ans ayant souffert d'une maladie cardiovasculaire; 2) d'identifier les liens entre les caractéristiques des trajectoires de vie des hommes et leurs dispositions à adopter un régime de santé en contexte de réadaptation cardiaque; 3) de déterminer en quoi la maladie cardiovasculaire constitue une rupture biographique (Bury, 1982) dans le parcours de vie des hommes de milieux SÉD et dans quelle mesure cette rupture est modulée par la classe sociale et ; 4) d'identifier des avenues susceptibles d'aider les intervenants en réadaptation cardiaque qui œuvrent auprès d'hommes issus de milieux SÉD.

Tableau 3. Liste de thèmes

---

- Activité Physique	- Nécessité faite vertu
- Alcool	- Perception de la famille
- Alimentation	- Perception de la maladie
- Autres problèmes de santé	- Perception de la mort
- Capital culturel	- Perception de la santé
- Capital économique	- Perception de la vie
- Capital physique	- Perception des pratiques
- Capital social	- Perception du corps
- Cigarette	- Prison
- Conditions à l'âge adulte	- Rapport à l'âge
- Conditions à l'enfance	- Rapport au futur
- Conjointe-conjoint	- Rapport au passé
- Crise cardiaque	- Rapport au présent
- Drogue	- Rapport aux autres
- Émotions	- Réadaptation cardiaque
- Enfants	- Réflexivité
- Espoir ou manque d'espoir	- Ressources dans la communauté
- Événement marquant (autre)	- Rupture biographique
- Goûts	- Sentiment de sécurité
- Habitudes	- Sexe
- Hiérarchie de pratiques	- Sommeil
- Histoire de famille (pratiques)	- Spiritualité
- Impression de contrôle	- Stress
- Information	- Travail
- Maladie et famille	- Violence
- Manque de contrôle	
- Masculinité	
- Médecine	

---

### *Critères de scientificité*

La qualité d'une étude dépend de la rigueur avec laquelle plusieurs méthodes de recherche sont utilisées. Comme le suggère Creswell (1998), les méthodes de validation devraient varier selon le type de recherche. Dans le contexte de cette recherche, trois critères de scientificité établis par Rubin et Rubin (2005) ont été respectés dans le but d'offrir des résultats valides : a) la transparence, b) la minutie et la profondeur, ainsi que c) la crédibilité<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Traduit de transparency, thoroughness and accuracy et believability (Rubin et Rubin, 2005)

En premier lieu, la transparence est le processus par lequel les chercheurs mettent en évidence les étapes de la recherche. Elle permet aux lecteurs d'évaluer la sensibilité du chercheur au sujet de recherche, les biais du chercheur, ainsi que la conception de la recherche. L'élaboration de certaines informations, telle que l'inclusion de citations des entrevues dans les manuscrits et la description du cadre théorique et de la méthodologie, permet aux lecteurs de juger de la force de la recherche et de l'interprétation que fait le chercheur des données. Selon Rubin et Rubin (2005), la transparence peut être acquise en : notant toutes les informations non incluses dans les transcriptions, notant les démarches entreprises pendant le codage dans le but de présenter la logique derrière les résultats, décrivant les forces et faiblesses de la recherche, gardant les dossiers des participants pour qu'ils puissent être accessibles et en s'assurant de conserver l'anonymat et la confidentialité. Ces démarches permettent au lecteur de mieux comprendre les diverses étapes de l'étude.

En deuxième lieu, la minutie et la profondeur sont nécessaires puisqu'il s'agit de moyens par lesquels le chercheur explore les incohérences et les contradictions des données. Dans le but d'appliquer de la minutie à son interprétation des données, les chercheurs ont vérifiés les faits en abordant le même sujet avec plusieurs participants. Plus particulièrement, ils ont ajouté des questions entre les entrevues dans le but de clarifier le point de vue des participants. Cela leur a permis de compléter les données et d'apporter une plus grande cohérence aux résultats. Une recherche minutieuse et profonde en est une qui explore toutes les possibilités, qui est honnête et qui appuie toutes les interprétations et les résultats avec des données empiriques (Rubin et Rubin, 2005). Dans le but d'effectuer une étude de qualité, l'étude dispose de vingt participants, ce qui a permis d'atteindre la saturation et d'explorer un grand nombre d'explications possibles. De plus, tout au long des entrevues quelques

changements ont été apportés au guide dans le but de l'adapter pour aller chercher davantage d'information.

En troisième lieu, les techniques utilisées pour assurer la crédibilité de la recherche permettent aux lecteurs de juger la véracité des données. Le protocole de recherche permet d'obtenir des résultats crédibles puisque les mêmes questions ont été posées à plusieurs participants. Les réponses ont ensuite été comparées pour en faire ressortir les ressemblances et les différences. Cette démarche assure que les résultats reflètent une grande variété de perspectives. Du même coup, elle permet de nuancer les propos. Par la suite, les résultats ont été comparés aux résultats d'autres études pour valider leurs résultats ou pour apporter des nuances. Cette procédure permet de faire le lien entre d'autres études approuvées par la communauté scientifique et les résultats obtenus. Ces démarches sont importantes puisqu'une recherche de qualité requiert que les données soient vérifiées pour la crédibilité (Rubin et Rubin, 2005).

Une recherche crédible en est une qui peut appuyer tous les résultats avec des sources convaincantes, elle offre des descriptions complètes de la méthode employée pour la récolte des données et elle mentionne toutes les sources externes (Rubin et Rubin, 2005). Pour Rubin et Rubin (2005), plus minutieuse, profonde et transparente est la description des résultats, plus l'étude sera crédible.

Article 1

**Establishing priorities in the context of heart disease. A qualitative study of socioeconomically deprived men's non-compliance to health norms.<sup>12</sup>**

Mathieu Savage, Alex Dumas and Cindy Bergeron

University of Ottawa, Canada

---

<sup>12</sup> L'article sera soumis au périodique Social Theory and Health

## **Introduction**

Literature on health inequalities shows that socio-economically deprived (SED) populations suffer more frequently from every major cause of death than more affluent members of a given society. As highlighted by the Whitehall studies, the social distribution of cardiovascular disease (CVD) is a persuasive example of social inequalities in health present in all industrialized countries (e.g. Marmot et al. 1984; van Rossum et al., 2000). In Canada, CVD are a leading cause of death and disability, and SED men are particularly vulnerable to such conditions (Statistics Canada, 2007; Wilkins et al. 2002). Canadian mortality rates from CVD show that men from the lowest income quintile are 3.43 times more likely to suffer from a CVD than men from the highest quintile (Pampalon et al. 2008) and, are less likely to survive 1 year after hospitalization (Alter et al. 1999).

While several factors contribute to this social gradient (for overview, see Marmot, 2004), many studies have pointed to SED men's lifestyles (characterized by tobacco consumption, diets high in salt and fat, physical inactivity and alcohol abuse) to explain their cardiac problems (e.g. Johansson et al. 1999; Marmot, 2001; Wannamethee et al. 1998). Some have even suggested that lifestyle is the most important factor contributing to the social gradient in cardiovascular health (e.g. Yarnell et al. 2005).

Various forms of health prevention and cardiac rehabilitation programs have been shown to increase physical and psychological wellbeing, reduce morbidity and mortality, and provide access to a social network, camaraderie and compassion from people living the same conditions (Clark et al. 2005; Goble and Wocester, 1999; Wilson, 2005). However, SED men's participation rate to these programs is especially low (Chan et al. 2008; Harlan III et al. 1995; Lane et al. 2001; Wocester et al. 2004) in comparison with the already low

attendance of the general population (Harlan III et al. 1995; Melville et al. 1999; Wocester et al. 2004).

To explain SED population's lack of compliance with health guidelines<sup>13</sup> following the onset of a CVD, some research suggests that this group's social environment contributes to its lifestyle decisions. According to a qualitative study by Whealthey (2006), the social context in which SED populations find themselves is incompatible with the 'reskilling' required following a CVD. Since this disease often changes the individuals' relation to their body, it requires them to re-learn their body limitations, their emotions and their social environment in order to properly adjust to their illness. Finding themselves without adequate resources and social support, underprivileged groups tend to be less inclined to go through the reskilling process.

While some studies provide valuable insight into the experience of CVD, very little has focused specifically on SED men's lifestyles following a CVD. As Emslie and Hunt (2009: 178) have observed, "relatively few qualitative studies [on CVD are] purposively sampled by age, ethnicity [...] and/or socioeconomic status". Further research on the mechanisms linking social class and lifestyles following the onset of a CVD would provide a better understanding of the practices adopted by SED men (Johansson et al. 1999; Lynch et al. 1997).

This paper attempts to fill this gap by exploring SED men's non-compliance to cardiovascular health guidelines in the context of cardiac rehabilitation. By drawing on Pierre Bourdieu's sociocultural theory of practice, this paper aims to show how precarious living conditions shape bodily dispositions that are at odds with the adoption of a health

---

<sup>13</sup> The terms health guidelines, health norms, health standards and recommendations made by health institutions refer to the promotion of a diet low in salt and fat, regular physical activity, a lifestyle free of tobacco, alcohol and drugs, and the compliance with doctor's recommendations and prescriptions.

conscious lifestyle. More precisely, this article will highlight the social mechanisms that participate in SED men's adoption of a hierarchy of practices that prioritizes financial issues over health prevention.

### **Social class and lifestyles**

Previous works on class culture and lifestyles have drawn on Pierre Bourdieu's (1984) concept of 'habitus' or 'body habitus' (Boltanski, 1971; Cockerham et al. 1997; Dumas & Laberge, 2005; Poland et al. 2006; Williams, 1995). Body habitus refers to a system of schemes of perceptions, appreciations and dispositions individuals have towards their body (ways of treating it, maintaining it, caring for it, feeding it, etc). This theory offers the potential to understand social inequalities in health as it focuses on the social mechanisms linking social position and behaviours such as smoking, drinking, nutrition and physical activity.

In a classic study on the social variation of bodily practices, Boltanski (1971) concluded that working class' living conditions were responsible for shaping this group's utilitarian bodily habitus. According to him, this group's somatic culture, organized around the idea of the body as a tool, was the main contributor to the adoption of lifestyles incompatible with health guidelines. His study explains how various factors, such as employment opportunities, define the ways a group perceives and appreciates different practices. For example, manual labourers perceive nutrition as a means of acquiring energy for long and arduous work. Therefore, this group mainly sought to feed themselves with foods high in calories.

Similar conclusions have also been drawn in more recent studies (Calnan and Williams, 1991; Dumas and Laberge, 2005). They suggest that affluent populations are more likely to adopt a reflexive relation to their body while less wealthy groups tend to emphasize

the functional and utilitarian aspects of the body. For example, Calnan and Williams (1991) suggest that working class populations are more inclined to adopt physical activity if it holds a domestic function whereas middle class populations generally adopt it as a form of evasion from work or family-related routines.

Another article by Poland et al. (2006) proposed that precarious living conditions are at the root of SED population's lifestyles. According to these authors, the practices adopted by this population are part of its culture and contribute to a sense of belonging. Lifestyle 'choices' are explained as the result of the embodiment of power structures that shape health norms and values. The authors suggest that "... smoking fits into the lived experience of people's lives, [it is] embedded in the (sub)cultural contexts in which they live, work and play" (p. 62). According to this, material conditions are responsible for shaping a culture and enacting practices that are adapted to a particular social environment. These practices, framed within a distinct set of values and norms, are adopted because they are socially accepted and offer opportunities for social interaction.

### **The Bourdieusian perspective**

Drawing on Pierre Bourdieu's socio cultural theory, this article focuses primarily on the ways socioeconomic status is linked to the adoption of a lifestyle. According to this perspective, the inculcation of norms and values within a social context is fundamental to consider for the understanding of an individual's practices. Bourdieu (1984, 2000) explains that social and material conditions are responsible for shaping the 'habitus'. It is the individual's embodied culture, what allows him/her to participate in his/her social environment and interact with others. In other words, the habitus is the culmination of the individual's socialization and opportunities during his life course; a set of perceptions,

appreciations and dispositions that allow him/her to act 'normally' within a culture adapted to his/her reality.

The actions engendered by a habitus are delimited by what Bourdieu (1980; 2000) refers to as the 'practical sense'; a socialized knowhow that organizes social relations and allows individuals to coordinate their actions with the context in which they are enacted.

The practical sense is what enables one to act as one 'should' ... without positing or exercising a... rule of conduct. The dispositions that it actualizes – ways of being that result from a durable modification of the body through its upbringing – remain unnoticed until they appear in action, and even then, because of the self-evidence of their necessity and their immediate adaptation to the situation. (Bourdieu, 2000: 139)

The practical sense allows individuals to coherently lead their lives in accordance to the values and norms imposed by society, while negotiating their own interests and priorities to attain personal goals.

With this perspective in mind, this article will show how living in proximity to conditions of necessity engenders lifestyles that go against norms established by health promotion experts, even after experiencing a CVD. More specifically, it will explain how SED population's living conditions have participated in shaping a cultural context that is at odds with cardiac rehabilitation recommendations and why it this group considers investments to be impractical for them. To conclude, this article will argue that such conditions interfere with SED men's attempts to change their lifestyle, resulting in the shaping of a hierarchy of practice that prioritizes certain aspects of social life (i.e. economic stability, familial responsibilities) over health prevention

## Methods

Twenty interviews with SED men aged between 40 and 65 years old were conducted and analyzed in order to understand their lifestyle decisions in the context of CVD<sup>14</sup>. This age interval was wide enough to recruit an adequate diversity of participants, but not too wide, in order to avoid introducing a disproportionate amount of age-related factors in the analysis. The men selected were all “autonomous”, as defined by the Québec Ministry of Health and Social Services<sup>15</sup>. The interviews, conducted in an area chosen by the participant, focused on their past and present living conditions, the link between their living conditions and their appreciations and perceptions of health, and their dispositions towards a particular lifestyle.

Throughout the interviews, four themes were addressed. First, questions about the individual’s past and his experience of illness were asked. With this information the researchers were well positioned to understand the complexities and particularities of the interviewee, and were able to observe if change had occurred following his CVD. Second, the interview addressed questions relating to the individual’s perceptions and appreciations of health. With these, the intricacies relating to the philosophical foundations of the individual’s health choices were revealed. Third, the participant’s perceptions and appreciations of physical activity were investigated. This section was mostly dedicated to understanding the individual’s bodily habitus. Through his answers, his thoughts about the body, its capacities and limits, were addressed. Last, the interview guide sought to get the participant’s impressions of health regimens in general. By asking about this, researchers

---

<sup>14</sup> This study is part of a larger study that included a total of 60 interviews averaging 90 minutes in length. They were conducted with men of different socioeconomic backgrounds suffering from CVD. Ranging from 25 to 84 years old, the participants were all francophone men and were fully autonomous according to provincial norms.

<sup>15</sup> According to the Québec Ministry of Health and Social Services, an autonomous person needs less than one hour of care per day and does not need assistance for daily activities such as being fed, getting up, getting dressed, taking a shower or bath, etc.

were able to assess the participant's knowledge of lifestyles, as well as his personal difficulties in adopting the recommended practices.

Recruitment of participants was carried out in the urban areas of the Outaouais region of the Canadian province of Québec. This is the area of the province where the mortality gap between socioeconomic groups is amongst the highest (Courteau et al. 2002; RRSSO, 1996). On average, men from the highest income quintile live almost 5 years longer than those in the lowest income quintile (Courteau and Finès, 2004). This region is thus representative of the trends indicated by various epidemiological studies linking relative material deprivation to health (Duncan et al. 2002; Kawachi et al. 2002; Marmot and Wilkinson, 2001; Wilkinson, 1997; Wilkinson and Pickett, 2006).

Two strategies were adopted for recruitment. First, a research team was sent in the community to contact potential participants by presenting the project, posting advertisements in local businesses (hair salons, taverns, stores, etc.) and in community support facilities (food banks, soup kitchens, shelters, etc.), and a summary article about the study was published in a local newspaper. Through this process, the research team was able to collect 16 of the 20 interviews analyzed in this article. Second, the research team, with the help of the staff from the local cardiac rehabilitation centre, sent out letters to former cardiac rehabilitation participants in order to recruit individuals who had taken part in cardiac rehabilitation. Very few participants recruited this way were SED. Therefore, only 4 of the 20 participants were recruited through this technique. A compensation of 30 dollars was given to all participants.

The data, organized with the help of the software QSR NVivo 8, were analyzed to find trends that explained the reasons behind the participants' non-compliance with health standards. Through the use of 'attributes' and 'codes', interviews were analyzed individually

and then compared. This article focuses on two major themes emerging from the analysis, each speaking to the effects of living conditions on lifestyles priorities following the onset of a CVD: (a) the effects of the context on the individual and (b) the individual's decisions within that context.

The sample of interviewees was relatively homogeneous. Many of the participants were in need of some form of social assistance in order to provide for life necessities, and all prioritized financial stability over health prevention. Most had lived through difficult circumstances, such as living alone (n=7), being incarcerated for various crimes (n=9) or/and suffering childhood abuse (n=10), and had maintained unhealthy habits after their CVD, such as drug consumption (n=9), alcohol abuse (n=11) and/or smoking (n=16). Although drug and alcohol abuse had clearly diminished during their lifetimes, the large majority maintained lifestyles that were at odds with the recommendations of cardiac rehabilitation experts.

### **An unfavorable context for cardiac rehabilitation**

SED men's cultural context was found to be at odds with the message promoted within health institutions. Throughout their lives, their living conditions participated in fashioning tastes and habits linked to unhealthy practices. Results from past research also suggest that past and present living conditions are at the root of SED population's unhealthy lifestyles (e.g. Birch and Davison, 2001; Boltanski, 1971; Kaufman and Karpati, 2007). According to epidemiological and sociological studies, these difficult conditions are strong determinants of unhealthy lifestyles later in life (e.g. Davey Smith et al. 1998; DeGarno, 1999; Montgomery et al. 1996; Wadsworth, 1981). They indicate that low educational attainment, unemployment or blue collar employment generally leads to the adoption of unhealthy practices, such as a lack of physical activity, smoking and diets high in sugar and

fat. Having embodied this culture, this group's priorities focused on other aspects of their lives, such as financial stability and their psychological wellbeing, over health prevention.

Living in precarious conditions since their childhood and being socialized in an environment filled with instability, this group adopted the same codes of conduct valued within their social environment. On this topic, Pierre Bourdieu (1984: 439-440) suggests that:

...practices and opinions, like other practices, cannot, of course, be fully accounted for if one leaves out everything that is apprehended through the ordinary indicators of social origin. Here it is necessary to distinguish, at least, the effect of the trajectory leading from the original position to the present position, the effect of the conditionings inscribed in a particular socio-economic condition and... the effect of inculcation... is always partly received from the family, from the earliest days of life.

Hence, the social dynamic to which the participants were exposed, reinforcing norms and values that promote unhealthy behaviors, contributed to the adoption of this population's lifestyle. For most of the participants, this social structure offered little opportunity to adopt the values and norms promoted within prominent social institutions, such as education and health.

As other studies have previously outlined, socialization at a young age can impact health habits throughout the life course (e.g. Birch and Davison, 2001; Boltanski, 1971; Kaufman and Karpati, 2007). These habits, often maintained during adulthood, were found to be very difficult to change. And, even if many participants acknowledged the importance of changing their lifestyle in order to lead long and healthy lives, they tended to value the stability and comfort of their "old ways". As Claude, a 56 years old city bus driver for disabled people explains, as a child, he was never really exposed to healthy nutrition. For that reason, later in his life, even when he thought of accommodating his lifestyle to abide by

the recommendations made by health institutions, he felt he would never be up to par with what was asked of him. He says:

I've never really had any [vegetables]. ... I'm not about to have any either. ... I'm not interested. ... I never had any when I was a kid, I'm not used to them and I don't want them. ... Look, I tell myself, they're cute, they're nice, they look good, but, cauliflower, I'll eat it only if it's in vinegar, in the pot with the pickles. You know, when you really have to search for them. Besides that, that's it. I started making some meals. Ok, fucking Chinese food, Canadian Chinese food, it's so sweet, there are so many sauces mixed in there, that they're going to tell me that it isn't worth crap. ... [So,] no I didn't change my eating habits.<sup>16</sup>

Furthermore, most men interviewed had lived in economic instability throughout their lives. These conditions had led them to prioritize their financial condition. Prioritization of economic stability was at odds with health promotion messages. However, changing lifestyles was perceived as an additional obstacle in their already stressful lives. Taking time to attend to their health was unreasonable and made little sense to this group.

Yeah, they wanted me to [do cardiac rehabilitation], but I didn't have time. ... It would've stressed me out. ... Would I have gone every time? Would I have lost my time? If I started, would I have finished? ... It's not because I was shy [that I didn't go]. It would've been good for me. They would've helped me quit smoking. ... I just didn't find the time. It was too busy at work. October isn't the best time. (Lionel, 55 years old, employed by local community services)

### *Inappropriate social support*

Adding to their economic worries, most SED men found themselves within a social network that hindered their abilities for lifestyle change. As mentioned by a multitude of studies on social capital, the influence of the social network can positively contribute to lifestyle 'improvements' as much as it can provide access and encouragement for deviant behaviors (e.g. Brandon et al. 1986; Chogahara, 1999; Kawachi et al. 1996; Madarasová Gecková, 2005). In this study, while some participants benefited from various forms of social support, it was found that most were negatively influenced by their social networks.

---

<sup>16</sup> All interviews were conducted in French. Therefore, all the quotes were translated by the author.

The context in which they led their lives, characterized by the presence of uncaring individuals, stressful environments, and/or a social network that promoted the adoption of unhealthy behavior, was detrimental to their lifestyle modification efforts. This type of influence contributed to the social reproduction of SED populations' lifestyles. Through the transmission of values that promoted anti-normative practices, SED men developed habitus' that were at odds with the health discourse.

As other studies also suggested, most underprivileged men rarely benefited from the positive effects provided by caring familial support (e.g. van Berkel et al. 2000). The vast majority of participants were single, socially isolated, and/or experienced tense familial situations. These poor social relationships deprived this population of the benefits acquired through the presence of supporting individuals. For example, Jean-Charles, a 53 years old, father of three, described the difficulties associated with living within a household where social relationships are tense.

When I went back home [after my heart attack], I opened the door and I went in and my wife was there folding clothes. [She said:] "what the hell are you doing here?". Ya, that's welcoming! I come back from the dead and there she is asking me what I'm doing here, I live here.

Environments such as these were responsible for generating great amounts of stress that directed the men's focus away from health prevention and towards the frustrations felt due to these relationships. Many described these difficulties as main factors contributing to their health. Olivier, a 58 year old man in the process of filling for divorce, explains that: "to be healthy, I have to stop living with the woman I am with. ... She is killing me."

Many participants also mentioned that their social environment did not value health promotion messages and did not contribute to their efforts to change their lifestyle. Constantly offering opportunities for the adoption of unhealthy practices, their social

network added to the difficulties faced by this group. For example, Chuck, a 46 year old man on social assistance mentioned that, even in times where symptoms of disease were obvious, his friends did not prioritize his physical health but sought to cheer him up.

My friend [welcomed me back after I got out of the hospital]. ... I wasn't eating at the hospital at the end, he brought me McDonald's... I asked him for chocolate shakes. Hey! They were cold, they were good, but Christ they were sweet. My blood sugar went up, I didn't feel to good. Sure you don't feel good, you just drank, and you ate two Big Macs and a fry. ... And, that chocolate milkshake. ... That guy is like a brother to me. ... He brought me my walkman, he brought me chips, he brought me sugarless candy, he brought me flowers. My room was full of flowers.

### **Impracticality of change**

Most of the men manifested the idea that lifestyle change was impractical in their context. Valuing the stability offered by their everyday habits and not willing to risk experiencing more instability, they elected to maintain these routines. In agreement with findings by Boltanski (1971) and Bourdieu (1984), since most of the participants adopted a more “utilitarian relation to their body”, the practices they took up were directed toward more pragmatic and tangible goals. Health, being an abstract concept, was not seen as a priority given that other, more concrete, realities of life, such as work responsibilities, financial instability and a social network that did not promote healthy living, influenced their lifestyle ‘choices’.

### *Valuing stability*

Stability through the maintenance of everyday routines was a cherished aspect of the participants' lives. As other studies have observed, even if their habits were bad for their health, they were often unwilling to part with the comfort associated with them (Calnan and Williams, 1991; Davison et al. 1989; Marmot and Wilkinson, 2001; Lindbladh and Hampus Lyttkens, 2002). For example, Lindbladh and Hampus Lyttkens (2002) suggest that, since unprivileged populations live in a context characterized by social instability and lack

appropriate social support, these habits make lifestyle modifications more difficult.

Accordingly, habits are a 'security-promoting structure' (Berger and Luckmann, 1966); their maintenance provides them with a sense of stability and continuity in their lives.

Often acquired through the adoption of unhealthy habits, such as tobacco consumption, the study population's stability was linked to deeply engrained dispositions of their habitus. Changing habits, such as their nutrition or the sedentary behavior, would mean destabilizing their routines and forbidding practices that were deemed enjoyable. Lifestyle change thus became a question of 'well-being' that encompassed more than physical health. The habits held important roles in the participants' lives. They were an important form of stress prevention, a way to assure psychological well-being. Like Paul, a 48 years old man who has suffered 5 incidents of CVD, explains:

I wasn't allowed to drink or smoke. ... So I followed [the doctor's] advice. ... He said: "It's the bottle or the grave". ... But the cigarette, I never really stopped. Even when I had heart operations, I didn't stop smoking. ... It's a major source of stress for me to stop smoking. ... It increases my stress level, it makes my pressure go up; it makes everything worst. Everything is related to my cigarette. It's like taking a coffee in the morning. My coffee and my cigarette go together.

Individual tastes and preferences also participated in this population's lifestyle maintenance. According to many participants, to stop practicing the things they enjoyed would signify that they would have to sacrifice the pleasures associated with those behaviors. Since health guidelines required participants to adopt practices they perceived as unpleasant and give up practices judged enjoyable, it made no sense for these individuals, living near conditions of necessity and struggling to find pleasure in their daily lives, to adopt these practices and put more strain on their lives. Preserving the things they enjoyed made life worth living. It was a way for them to evade their daily struggles and simply enjoy life.

I go out and buy fresh vegetables. I make my own spaghetti sauces. I know how to prepare good food. Let's just say that I try to be careful about what I eat because I often order pizzas or I'm going to go have some [roisserie] chicken at St-Hubert's. That's really fat you know but I still like to eat it. ... It's like ice cream, it's not good for my heart but I still have some. It tastes good so you eat it, you know what I mean? (Sincère, 59 years old, unemployed)

Most participants had attempted to modify their lifestyles. However, since a great deal of effort needed to be mustered in order to adopt practices that were deemed to be tedious, many men expressed the idea that such efforts were not worth the investment. The lack of appreciation for the recommendations made by health institutions added thus to the perception of health prevention as being impractical. Due to the lack of tangible results expected from the adoption of these new practices, some of the participants stated that they had no way of being sure that they would pay dividend. For example, Pierre-Luc, a 57 year old truck driver, went as far as stating that he was willing to die younger if it meant he could keep doing what he enjoyed. He said:

I tried getting better every week. But I can't, I'm not a healthy eater. I don't eat what some people call healthy food. You know, I don't eat couscous and that fucking crap. Like I told my doctor: "bring me to 70 [years old] and I'll be happy". If doing all those things bring to me be 75 [years old], I would rather die at 70 [years old].

#### *Avoiding further instability*

The adoption of the recommendations made by health institutions had the potential to destabilize the participants. In contexts of social and material deprivation, health prevention was perceived to be in opposition with many of their priorities, such as financial stability. For most participants, financial struggles and desires to lead lives free of financial worries engendered a sense of urgency that made them focus on practices that would provide them with short term economic gains. Focusing on health was perceived to limit their ability to work and would result in the maintenance of their precarious living conditions. As Max, a 44

year old tow truck driver with important financial preoccupations explains, his work takes priority over a health conscious lifestyle.

The first time [I had a heart attack], they said it was just an infraction or something like that. Then, they told me everything was ok. They gave me an appointment with the cardiologist, and I never went (laughs) ... I work too much, I didn't have the time. I couldn't lose any time with a cardiologist or anything like that. ... I'm not worried about [not seeing a cardiologist].

To this group, the proposed changes, while providing the possibility to live longer, were not worth the investment because the lives they would have to lead following these modifications would be filled with increased instability. For example, since most participants who work in labor intensive fields would have to change employment and adopt practices they disliked. Such changes were perceived to hold negative consequences for their 'well-being'. These lifestyle modifications, necessitating changes in almost all other spheres of their lives in order to be fully adopted, would potentially bring on further economic and psychological instability. These men were thus left to manage a conflict that arose between what the participants expect of themselves financially and at work and the expectations set by health institutions. While it was evident that all the participants knew the recommendations made by these institutions, their difficult financial conditions participate in shaping priorities that render health secondary.

It's stubbornness, pride you know. Accepting that your body can't do what you want it to anymore. ... In the end you're constantly going back to the hospital. ... You get unclogged one more time and then they tell me I can't be a mover anymore; that I can't touch anything anymore.... I now have to sleep a lot, I have to change what I eat, I have to stop smoking. I have to change my lifestyle entirely. (Paul, 48 years old, former mover)

Another group also presented the idea of lifestyle change was unfeasible in their situation. These participants were either without full-time employment or participated in illicit affairs. This context provided limited financial and social stability and left the men

reluctant to change their ways of being. For some, the main priority was simply living their lives and attempting to provide for their necessities while being able to benefit from things they appreciate, such as alcohol, cigarette and, in some cases, drugs. For others, the main goal was searching for better living conditions and a 'normal' life. Yet, for all, the idea of health prevention through healthy living seemed impractical when living itself was perceived as a struggle. Despair, depression, and pessimism are some of the characteristics that affected this group's perception of health regimens. Since it was difficult to control, only in the presence of disease should a person attend to health. Lifestyle change for the sake of health prevention was perceived as highly impractical and was not appreciated enough to enact change. As Sam, a 41 year old man without sustainable housing, explains, uncertainties relating to life necessities were so common for him that planning for the future seemed unlikely to bring about significant change.

[I'm] always searching. Tomorrow, where am I going to eat and sleep? You don't really need help when you're homeless, you can have all of that, all you have to do is ring the bell, but asking for these things everyday, it gets really hard. ... As for my life expectancy, it's day to day, because I don't know what's going to happen tomorrow, no one knows. That doesn't mean it's not there. I'm fully aware of that but I ask myself: "why try harder?" knowing everything I've done, and not knowing where it's going to lead me.

## **Conclusion**

This study has shown that class culture, through the shaping of a habitus and the engendering of a practical sense, is an important factor to consider for the understanding of SED men's lifestyles following a CVD. Since these men lived in difficult living conditions and had gone through important financial difficulties, they had developed similar outlooks on life and health. The culmination of these difficulties led them to develop lifestyles found to be 'practical' in their context rather than abide by recommendations made by health promotion experts.

As suggested by Bourdieu (1984), individual's priorities are shaped by their living conditions. In the context of CVD, this population's proximity to conditions of necessity was a determining factor in the shaping of a practical sense that prioritized financial stability over health prevention. Such conditions led SED men to adopt a hierarchy of practices where health prevention held a secondary status. The alleviation of more urgent concerns, such as their financial instability, was prioritized in order to avoid sinking further into instability.

These men were confronted to a dilemma of abiding or not to the recommendations of health institutions. To adopt the health regimen recommended by health institutions would increase the instability in their lives while maintaining the lifestyle that had led them to suffer from a CVD would lead to more health problems. Both scenarios were thus perceived to lead to a decrease in their quality of life. Therefore, they elected to preserve their previous habits and concentrated on their more pragmatic and immediate concerns in order to increase the level of stability and comfort in their lives.

In support of conclusions reached by Raphael (2002), this study highlights the need for public institutions to focus on socioeconomic inequalities rather than lifestyle change initiatives in order to understand the adoption of a health regimen. These findings can contribute to the development of effective policies aimed at the provision of an environment better adapted to health promotion discourses. The results present clear evidence that the men affected by CVD were informed about the importance of lifestyle change. They outline the social mechanisms linking socioeconomic deprivation and the men's willingness to adopt healthier lifestyles. The effects of social inequalities should thus be addressed in order to provide this population with living conditions better adapted to the adoption of the promoted health norms and guidelines. The long term effects of reducing social inequalities would participate in changing class dynamics and provide less wealthy populations with a 'structure

of life chances' (Wacquant, 2002) that allows for the embodiment of norms and values promoted within important social institutions, such as health institutions.

However, since this paper does not cover all aspects of class culture and its influence on the adoption of a health regimen, certain aspects relating to SED men's non-compliance with health norms should be studied in greater depth. Knowledge relating to this paper's limitations could provide useful information in order to provide care adapted to the realities of differing socio-cultural groups. First, it is important to mention that most of the men in the sample had made efforts to modify their lifestyle, suggesting that health promotion messages were understood and somewhat appreciated by this group. Even if most of these changes were temporary or partial, they showed this population's willingness to abide by health norms. While these changes were not maintained, a deeper understanding of these efforts could help cardiac rehabilitation institutions develop programs that respond to this population's preferences and difficulties. Second, this paper focused on strong tendencies in the data, which overshadowed the influence of certain differences within the population. For instance, the housing status of the individuals should be looked at in greater detail. Participants without sustainable housing seemed to experience more despair than their counterparts with stable housing. Conversely, the participants with stable housing, for the most part, were more preoccupied with finances while the group of men living in subsidized housing seemed to be the most comfortable and, concurringly, most ready to commit to lifestyle modifications. Third, certain individual characteristics, such as age, type of CVD and co-morbidity, should be investigated in greater detail. It seems that participants experiencing other diseases, such as diabetes, were more reflexive about their body than participants who did not suffer from such disease. Further study into these factors could provide a clearer picture of SED men's experience of CVD and lifestyle 'choices'.

## References

- Alter, D.A., Naylor, C.D., Austin, P. and Tu, J.V. (1999). Effects of Socioeconomic Deprivation on Access to Invasive Cardiac Procedures and on Mortality after Acute Myocardial Infarction”, *The New England Journal of Medicine*, 341, 1359-1367.
- Berger, P. and Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality. A treatise in the sociology of knowledge*. New York: Doubleday.
- Birch, L.L. and Davison, K.K. (2001). “Family Environmental Factors Influencing the Developing Behavioral Controls of Food Intake and Childhood Overweight”, *Pediatric Clinics of North America*, 48 (4).
- Blaxter, M. (1997). “Whose fault is it? People’s own conception of the reasons for health inequalities”, *Social Science & Medicine*, 44 (6), 747-756.
- Boltanski, L. (1971). « Les usages sociaux du corps », *Les Annales*, 1, 205-233.
- Bourdieu, P. (1984). *Distinction : A Social Critique of the Judgement of Taste*, Cambridge: Harvard University Press.
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*, Paris : Les éditions minuits.
- Bourdieu, P. (1990). *In Other Words: Essays Towards a Reflexive Sociology*, Stanford: Stanford University Press.
- Bourdieu, P. (2000). *Pascalian Meditations*, Stanford: Polity Press.
- Braddon, F.E.M., Rodgers, B., Wadsworth, M.E.J. and Davies, J.M.C. (1986). “Onset of obesity in a 36 year birth cohort study”, *British Medical Journal*, 293, 299-303.
- Bury, M. (1982). “Chronic Illness as biographical disruption”, *Sociology of Health and Illness*, 4 (2), 167-182.

- Calnan, M. and Williams, S. (1991). "Style of life and the salience of health: an explanatory study of health related practices in households from differing socio-economic circumstances", *Sociology of Health and Illness*, 13 (4), 506-529.
- Chan R.H.M., Gordon N.F., Chong A. and Alter D.A. (2008). "Influence of Socioeconomic Status on Lifestyle Behavior Modifications among Survivors of Acute Myocardial Infarction", *The American Journal of Cardiology*, 102, 1583-1588.
- Charlesworth, S.J. (2000). "Bourdieu, social suffering and working-class life", In: Fowler, B. (eds). *Reading Bourdieu on Society and Culture*, Oxford: Blackwell Publishing.
- Chogahara, M. (1999). "A Multidimensional Scale for Assessing Positive and Negative Social Influences on Physical Activity in Older Adults", *Journal of Gerontology*, 54 (6), S356-S367.
- Clark A.M., Whelan H.K., Barbour R. and MacIntyre P.D. (2005). "A realist study of the mechanisms of cardiac rehabilitation", *Journal of Advanced Nursing*, 52 (4), 362-371.
- Cockerham, W.C., Rutten. A. and Abel. T. (1997). "Conceptualizing contemporary health lifestyles: moving beyond Weber", *The Sociological Quarterly*, 38, 321-342.
- Courteau, J.P., Émond, L. and Garvie, P. (2002). « Le portrait de santé. La région de l'Outaouais et ses districts de CLSC », Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais : Gatineau.
- Courteau, J.P. and Finès, P. (2004). « Évolution de 1986 à 1996 de la relation entre le revenu et la mortalité en Outaouais urbain, dans l'ensemble des grandes villes du Québec et au sein de l'agglomération d'Ottawa-Gatineau », Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Direction de santé publique : Gatineau.

- Davey Smith, G., Hart, C., Blane, D. and Hole, D. (1998). "Adverse socioeconomic conditions in childhood and cause specific mortality: prospective observational study", *British Medical Journal*, 316, 1631-1635.
- Davison, C., Frankel, S. and Davey Smith, G. (1989). "Inheriting heart trouble: the relevance of common-sense ideas to preventive measures", *Health Education Research*, 4 (3), 329-340.
- DeGarno, D.S. (1999). "Parenting of Divorced Mothers as a Link between Social Status and Boys' Academic Outcomes: Unpacking the Effects of Socioeconomic Status", *Child Development*, 70 (5), 1231-1245.
- Dumas, A., Laberge, S. (2005). "Social Class and Ageing Bodies: Understanding Physical Activity in Later Life", *Social Theory and Health*, 3, 183-205.
- Duncan, G.J., Daly, M.C., McDonough, P. and Williams, D.R. (2002). "Optimal Indicators of Socioeconomic Status for Health Research", *American Journal of Public Health*, 92 (7), 1151-1157.
- Emslie C. and Hunt K. (2009). "Men, Masculinities and Heart Disease: A Systematic Review of the Qualitative Literature", *Current Sociology*, 57 (2), 155-191.
- Goble A. and Wocester M.C. (1999). "Best Practice Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention", Health Research Centre (on behalf of Departement of Human Services, Victoria) : Melbourne.
- Harlan III W.R., Sandler S.A., Lee K.L., Lam L.C. and Mark D.B. (1995). "Importance of Baseline Functional and Socioeconomic Factors for Participation in Cardiac Rehabilitation", *The American Journal of Cardiology*, 76, 36-39.

- Johansson, L., Thelle, D.S., Solvoll, K., Bjorneboe, G.E.A. and Drevon, C.A. (1999). "Healthy dietary habits in relation to social determinants and lifestyle factors", *British Journal of Nutrition*, 81, 211-220.
- Kaufman, L. and Karpati, A. (2007). "Understanding the sociocultural roots of childhood obesity: Food practices among Latino families of Bushwick, Brooklyn", *Social Science & Medicine*, 64, 2177-2188.
- Kawachi, I., Colditz, G.A., Ascherio, A., Rimm, E.B., Giovannucci, E., Stampfer, M.J. and Willett, W.C. (1996). "A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50, 245-251.
- Kawachi, I., Subramanian, S.V. and Almeida-Filho, N. (2002). "A glossary for health inequalities", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 647-652.
- Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beevers, G. and Lip, G.H.Y. (2001). "Predictors of attendance at cardiac rehabilitation after myocardial infarction", *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 497-501.
- Lindblach, E. and Hampus Lyttkens, C. (2002). "Habits versus choice: the process of decision-making in health related behaviour", *Social Science & Medicine*, 55, 451-465.
- Lynch, J.W., Kaplan, G.A. and Salonen, J.T. (1997). "Why do Poor People Behave Poorly? Variation in Adult Health Behaviors and Psychosocial Characteristics by Stages of the Socioeconomic Lifecourse", *Social Science & Medicine*, 44 (6), 809-819.
- Madarasová Gecková, A., Stewart, R., van Dijk, J.P., Orosová, O., Groothoff, J.W. and Post, D. (2005). "Influence of Socio-Economic Status, Parents and Peers on Smoking Behaviour of Adolescents", *European Addiction Research*, 11, 204-209.

- Marmot, M. (2001). "Alcohol and coronary heart disease", *International Journal of Epidemiology*, 30, 724-729.
- Marmot, M. (2004). *The Status Syndrome. How Social Standings Affects Our Health and Longevity*. New York: Times Books.
- Marmot, M.G., Shipley, M.J. and Rose, G. (1984). "Inequalities in Death – Specific Explanations of a General Pattern", *Lancet*, 323, 1003-1006.
- Marmot, M. and Wilkinson, R.G. (2001). "Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al", *British Medical Journal*, 322, 1233-1236.
- Melville, M.R., Packham, C., Brown, N., Weston, C. and Gray, D. (1999). "Cardiac rehabilitation: socially deprived patients are less likely to attend but patients ineligible for thrombolysis are less likely to be invited", *Heart*, 82, 373-377.
- Montgomery, S.M., Bartley, M.J., Cook, D.G. and Wadsworth, M.E.J. (1996). "Health and social precursors of unemployment in young men in Great Britain", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50, 415-422.
- Pampalon, R., Hamel, D. and Gamache, P. (2008). « Évolution de la mortalité prématurée au Québec selon la défavorisation matérielle et sociale », in: Frolich, K., De Koninck, M., Demers, A. and Bernard, P. (2008). *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Les Presses de l'Université de Montréal : Montréal, 13-35.
- Poland, B., Frohlich, K., Haines, R.J., Mykhalovskiy, E., Rock, M. and Sparks, R. (2006). "The social context of smoking: the next frontier in tobacco control?", *Tobacco Control*, 15, 59-63.
- Pound, P., Gompertz, P. and Ebrahim, S. (1998). "Illness in the context of older age: the case of stroke", *Sociology of Health and Illness*, 20 (4), 489-506.

- Radley, A. and Green, R. (1985). "Styles of Adjustment to Coronary Graft Surgery", *Sociology of Health and Illness*, 20 (5), 461-472.
- Raphael, D. (2002). *Social Justice is Good for Our Hearts: Why Societal Factors – Not Lifestyles – are Major Causes of Heart Disease in Canada and Elsewhere*, Toronto: CSJ Foundation for Research and Education.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais (RRSSSO). (1996). « Variation de la mortalité en relation avec le taux de pauvreté des quartiers en Outaouais urbain et dans le Québec urbains », Bibliothèque nationale du Québec, Québec.
- Statistique Canada. (2007). *Mortalité : Liste sommaire des causes 2004*, Catalogue 84F0209XIF, Ministre de l'Industrie, Ottawa.
- Swartz, D. (1997). *Culture & Power: The Sociology of Pierre Bourdieu*, Chicago: The University of Chicago Press.
- Tigges, L.M., Browne, I. and Green, G.P. (1998). "Social Isolation of the Urban Poor: Race, Class, and Neighborhood Effects on Social Resources", *The Sociological Quarterly*, 39 (1), 53-77.
- van de Berkel, T.F.M., van der Vlugt, M.J. and Boersma, H. (2000). "Characteristics of Smokers and Long-Term Changes in Smoking Behavior in Consecutive Patients with Myocardial Infarction", *Preventive Medicine*, 31, 732-741.
- van Rossom, C.T.M., Shipley, M.J., Van de Mheen, H., Grobbee, D.E. and Marmot, M.G. (2000). "Employment Grade Difference in Cause-specific Mortality. A 25 Year Follow-up of Civil Servants from the first Whitehall Study", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 178-184.

- Wacquant, L. (2002). *Corps et âme: Carnet ethnographique d'un apprenti boxeur*,  
Marseille : Agone.
- Wadsworth, M.E.J. (1981). "Social Class and Generation Differences in Pre-School  
Education", *The British Journal of Sociology*, 32 (4), 560-582.
- Wannamethee S. G., Shaper A. G. and Walker M. (1998). "Changes in physical activity,  
mortality, and incidence of coronary heart disease in older men", *The Lancet*, 351,  
1603-1608.
- Wheatley, E.E. (2006). *Bodies at Risk: An Ethnography of Heart Disease*, Burlington:  
Ashgate.
- Wilkins R., Berthelot J.M. and Ng E. (2002). "Trends in mortality by neighbourhood income  
in urban Canada from 1971 to 1996", *Supplement to Health Reports*, 13, Statistics  
Canada, Catalogue 82-003, Ottawa.
- Wilkinson, R.G. (1997). "Comment: Income, Inequality, and Social Cohesion", *American  
Journal of Public Health*, 87 (9), 1504-1506.
- Wilkinson, R.G. and Pickett, K.E. (2006). "Income inequality and population health: A  
review and explanation of the evidence", *Social Science & Medicine*, 62, 1768-1784.
- Williams, S.J. (1995). "Theorising class, health and lifestyle: can Bourdieu help us?",  
*Sociology of Health and Illness*, 17 (5), 577-604.
- Wilson P.W.F. (2005). "Cardiac rehabilitation and getting to lipid goals", *Journal of  
Cardiopulmonary Rehabilitation*, 25, 264-265.
- Wocester M.U.C., Murphy B.M., Mee V.K., Roberts S.B. and Goble A.J. (2004). "Cardiac  
rehabilitation programmes: predictors of non-attendance and drop-out", *European  
Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 11, 328-335.

Yarnell, J., Yu, S., McCrum, E., Arveiler, D., Hass, B., Dallongeville, J., Montaye, M.,  
Amouyef, P., Ferrières, J., Ruidavets, J-B., Evans, A., Bingham, A. and Ducimetière,  
P. (2005). “Education, socioeconomic and lifestyle factors, and risk of coronary heart  
disease: the PRIME Study”, *International Journal of Epidemiology*, 34 (2), 268-275

Article 2

**Living day to day: materially and socially deprived men's perceptions of time and control over health following heart disease.<sup>17</sup>**

Mathieu Savage, Alex Dumas and Cindy Bergeron

University of Ottawa, Canada

---

<sup>17</sup> L'article sera soumis au périodique Qualitative Health Research

## **Introduction**

Studies in epidemiology and sociology have documented the effects of social inequalities in health within industrialized countries. They have consistently indicated that socially and materially deprived populations die younger and suffer more from every major disease than more affluent populations (e.g. Marmot, Shipley and Rose, 1984; van Rossum et al. 2000). In Canada, “only 51 percent of men in the poorest one-fifth of the income distribution were expected to survive to the age of 75, compared with 72 percent of those in the richest one-fifth of the income distribution” (Statistics Canada, 2008).

Cardiovascular diseases (CVD) have been shown to contribute significantly to this gradient (Pampalon et al. 2008; Wilkins et al. 2002). Preceded by the legacy of the Whitehall studies, research on the social variation of CVD clearly shows the impact of socioeconomic status on health. According to public health reports, mortality rates from CVD are 3.43 times higher amongst socioeconomically deprived (SED) men than their more affluent counterparts (Pampalon et al. 2008). This group is also less likely to survive 1 year after being treated for this disease (Alter et al. 1999). Many factors have been found to contribute to this *social gradient in health* (for overview, see Marmot, 2004). As several studies have suggested, the adoption of an unhealthy lifestyle is among the important factors explaining the higher prevalence of CVD amongst SED men (Heart and Stroke Foundation, 2003; Johansson et al. 1999; Marmot, 2001; Wannamethee et al. 1998). These publications point to the fact that this group’s lifestyles are more likely to be characterized by practices linked to the onset of CVD, such as sedentary behavior, diets high in salt and fat, tobacco and drug consumption and alcohol abuse.

According to various studies, while SED men generally adopt more unhealthy practices, they are also more likely than the general population to maintain these lifestyles

following a CVD (Bury, 1982; Chamberlain and O'Neill, 1998; Wheatley, 2006). Their lack of adherence to formal and informal forms of cardiac rehabilitation practices has led them to be identified as a priority group for health promotion (Chan et al. 2008; Harlan III et al. 1995; Lane et al. 2001; Wheatley, 2006; Wocester et al. 2004). However, even if this public health issue has been frequently highlighted, very little research has attempted to understand the social mechanisms leading underprivileged men to adopt these lifestyles (Emslie and Hunt, 2009).

Many authors have suggested that the worldview adopted by vulnerable populations plays an important role in their adoption of anti-normative lifestyles (Blaxter, 1997; Bolam et coll., 2003; Boltanski, 1971; Davison et coll., 1992; Lawton, 2002; Lindbladh et Hampus Lyttkens, 2002). Linking class culture and practices, Pierre Bourdieu's socio-cultural theory has often been applied by researchers to establish the connection between worldviews and lifestyles. According to them, precarious living conditions are at the root of attitudes linked to unhealthy practices (Boltanski, 1971; Cockerham et al. 1997; Poland et al. 2006; Williams, 1995).

It has been suggested that preventive actions, or lack thereof, can be understood by one's expectations of the future (Boltanski, 1971; Bourdieu, 2000; Dumas et al. 2005). According to Bourdieu (2000), one's social context is at the root of his/her relation to time. Being socially acquired and reinforced, these perceptions lead individuals to act according to standards set by their social environment. Delimited by their material conditions, these expectations or, 'time horizons', tend to differ between social classes (Dumas et al. 2005).

In the context of health research, health prevention practices have been linked to individual's relation to the present and future (Boltanski, 1971; Keough et coll., 1999; Lawton, 2002; Lindbladh et Hampus Lyttkens, 2002; Stronks et coll., 1997; Wardle et

Stephoe, 2003). As suggested by Boltanski (1971), preventive attitudes and long term investments are socially constructed attitudes that are integral characteristics of a class 'habitus'<sup>18</sup>. In his pioneering study of social usages of the body (*Les usages sociaux du corps*), he states:

The less privileged classes' living conditions and, more specifically, their economic instability hinders their ability to adopt preventive attitudes [attitudes de prevision] in their economic activities (for example, by the long term planning of their spending) which imposes the embodiment of an ethos and an attitude about time on them that forbids, from the outset, the adoption of health prevention practices. (Boltanski, 1971: 12, translated by author)

SED population's socioeconomic position is thus thought to be at the core of their relation to time (Boltanski, 1971; Dumas and Laberge, 2005). It disposes them to be reactionary rather than preventive in their attitude toward health and illness (Boltanski, 1971; Dumas et Laberge, 2005; Lindbladh et Hampus Lyttkens, 2002).

Fatalistic attitudes have also been suggested to play an integral role in underprivileged men's adoption of unhealthy lifestyles (Bennett et al. 1997; Blaxter, 1997; Bolam et al. 2003; Lachman and Weaver, 1998; Marmot and Wilkinson, 2001). Described by Davison et al. (1992: 677) as "a sophisticated and balanced belief system" that encompasses all aspects of social life, the concept of fatalism describes a feeling of lack of control over health. According to these authors, fatalistic individuals perceive many factors, such as heredity, access to resources, climate and chance, to have more influence on their health than their lifestyles. Similarly to their time horizons, it has been suggested that difficult socioeconomic conditions are directly linked to perceptions of lack of control over their health (Bolam et al. 2003; Charlesworth et al. 2000; Davison et al. 1992; Richards et al.

---

<sup>18</sup> The concept of 'habitus' was coined by Bourdieu to explain the individual's schemes perceptions, appreciations and actions (Bourdieu, 1984, 2000). According to this theory, the habitus is shaped by the individual's living conditions and engenders practices adapted to these conditions.

2003). Underprivileged groups, more than others, perceive health prevention practices as a negligible part of their total health (Bolam et al. 2003; Boltanski, 1971; Davison et al. 1992; Richards et al. 2003). Unlike their more privileged counterparts, their perception of health includes other, more important, factors that contribute to their physical well-being (Bates et al. 2003; Bolam et al. 2003; Davison et al. 1989; 1992; Richards et al. 2003).

While ‘relation to time’ and ‘fatalistic attitudes’ have been linked to each other (Bourdieu, 2000) and each has been shown to influence lifestyles and health, they have yet to be applied together empirically in a study. Therefore, this article aims to explain how SED men’s time horizons and fatalistic attitudes contribute to the adoption of lifestyles deemed unhealthy according to health standards<sup>19</sup>. More precisely, it will argue that a focus on the alleviation of short term urgencies and a perceived lack of control over health has led this group to adopt a perspective on life that promotes “day to day living” while de-valoring investments in the future.

## **Methods**

This study consisted of twenty semi-structured interviews with men from the Outaouais, a region of the Canadian province of Québec<sup>20</sup>. Its main goal was to understand SED men’s lifestyles decisions following a CVD. Including men from 40 to 65 years of age, this sample was purposefully selected in order to obtain detailed information about the influence of social and material deprivation on men’s lifestyle choices. The interviews were conducted in areas chosen by the participants and focused on their past and present living

---

<sup>19</sup> The terms health guidelines, health norms, health standards and recommendations made by health institutions refer to recommendations made by medical professionals to their patients following a CVD. It includes the adoption of a diet low in salt and fat, the practice of regular physical activity, compliance with the usage of prescription drugs and a lifestyle free of cigarette, alcohol and drug consumption.

<sup>20</sup> This study was part of a larger research project designed by Alex Dumas that included a total of 60 interviews averaging 90 minutes in length. They were conducted with men of different socioeconomic backgrounds suffering from CVD. Ranging from 25 to 84 years old, the participants were all francophone men and were fully autonomous according to provincial norms. A compensation of \$30 was given to all participants.

conditions, their appreciations and perceptions of health, and their dispositions towards the adoption of health prevention practices.

Characterized by its financial wealth, the Outaouais is also known for its health inequalities. According to public reports, the Outaouais is the area of the province of Québec where the mortality gap between socioeconomic groups is the highest (Courteau et al. 2002; RRSSSO, 1996). On average people in the wealthiest quintile of this region's population live 5 years longer than individuals in the poorest quintile (Courteau and Finès, 2004).

The recruitment of the participants involved two strategies. The first was designed to recruit men that had experienced at least one cardiac intervention and had not pursued a cardiac rehabilitation program. This technique consisted of oral and poster presentations in local community support facilities (soup kitchens, shelters, food banks, etc.) and businesses (taverns, hair salon, etc.), and the publishing of an article in a local newspaper. In total, 16 of the 20 interviews analyzed in this article were from participants recruited this way. The second strategy, destined to recruit participants that had taken part in cardiac rehabilitation following their CVD, required the help of the local cardiac rehabilitation center. Through this organization, letters were sent out to people who had employed these services since its inception in 1998. Very few people contacted this way were SED. Therefore, only 4 participants recruited through this technique.

Most participants had comparable social and lifestyle characteristics. Having gone through many similar experiences, these men's lives were filled with important socioeconomic and social difficulties. For example, several participants had suffered from difficult living experiences, such as incarceration (N=9) and/or childhood abuse (N=10), and/or lived alone (N=7). Moreover, their lifestyles were also similar. While they were all aware of most health guidelines, most had adopted practices at odds with the

recommendations made by health promotion experts, such as drug and/or alcohol abuse (N=11) and tobacco consumption (N=16).

For data analysis, the interview transcripts were organized with the help of QSR NVivo 8. Through the management of the interview transcripts, many important trends with regards to health promotion emerged from the analysis. The link between SED men's sense of control and time horizon and their lifestyles were among these trends. These factors, presented in Table 1, are then considered together to explain how they engender a perception of life that promotes the adoption of practices that do not take long term physical health into account.

Table 1.

---

**Two cultural barriers to health improvement in the context of CVD as perceived by the participants.**

---

Sense of control

a) *Fatalism towards health enhancement:*

- The ill effects of stress, biological determinants, and destiny can not be controlled.

b) *Fatalism towards the adoption of a new lifestyle:*

- Lifestyle change is harmful to emotional wellbeing, a source of boredom, and does not coincide with work and family obligations.

- Health prevention practices are difficult to adopt.

- Drug and cigarette addictions can not be controlled.

- Physical limitations prevent the adoption of physical activity.

---

Time horizon

a) *Short term perspective:*

- Health prevention is not a priority.

- Time and energy is dedicated to more immediate concerns.

- Investments in health are unsure to pay off in the long term.

- Investments seeking to increase current financial stability are prioritized.

b) *Reluctance to invest in the future:*

- The future does not hold much promise.

- Lack resources for long term planning.

- Possibility of death makes investments in the future a potential waste.

- The present should be appreciated since nothing else is likely to pay off.

---

## **Fatalistic attitudes**

According to health research, underprivileged populations generally adopt more fatalistic attitudes than their more affluent counterparts (Chamberlain and O'Neill, 1998; Lindbladh et Hampus Lyttkens, 2002; Lynch et coll., 1997; Marmot et Wilkinson, 2001; Schroder et Schwarzer, 2005; Stafford et al. 2009; Straughan et Seow, 1998; Stronks et coll., 1997). Rooted in cultures where self-actualization is more difficultly attainable (Bourdieu, 1984; Charlesworth, 2000), SED population's perception of lack of control over health has been found to be linked to the adoption of anti-normative lifestyles (Bolam et al. 2003; Davison et al. 1992; Richards et al. 2003). For the men of this study, feelings of despair and pessimism contributed to the perception that health enhancement was unattainable and/or unrealistic. For this group, it seemed more convenient to preserve their previous habits and to go on 'as usual' rather than attempt to adapt to their illness.

Lack of control over everyday stress was an issue evoked by many participants. A source of emotional strain, everyday stress was thought to negatively contribute to their health. Mostly stemming from a context characterized by substandard housing conditions, low paying and highly demanding employment and difficult family situations, the continuous stress under which the participants conducted their lives was perceived to be overwhelming. This type of social environment left very few opportunities for SED men to 'get away' from the stressful agents that were thought to influence their health.

[What I can't control is] my blood pressure, you know. ... I think [I can't control it] because of all the stress I'm under. ... It's not always easy. When stress takes a hold of me, my pressure goes way up and my heart starts going extremely fast. That's when I get angina and I have to take some nitro [medication]. (Yvon, 47 year old, former handyman)<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> All interviews were conducted in French. The quotes have been translated by the author.

Heredity was also perceived to be a determinant of ill-health. Identified as a central aspect of SED men's fatalistic attitudes toward health maintenance, studies have indicated that the perception of heredity as an uncontrollable health factor is more prevalent within underprivileged communities (Bolam et al. 2003; Davison et al. 1992; Richards et al. 2002). In many cases, the men's fathers, brothers and other siblings had also suffered from important diseases, such as CVD. Therefore, most of the participants accepted that certain genetic predispositions impacted their health. Commonly associated with a feeling of powerlessness, heredity contributed to the despair these men felt about their health. Eddy, a 47 year old man living on social assistance, like many others, mentioned heredity as a major factor in his CVD.

[The CVD] gave me a shock and then life went on. It's like what happened to my mother. I think it's genetic. When both your parents [have suffered from a CVD], it can't help. ... My brother also has heart problems. My sister has heart spasms, she tells me about them every time she calls. ... I probably have some sort of ticker misalignment. ... Sometimes I ask myself if it's important or not. ... I know [I have to be careful], and I didn't go to [the rehabilitation programs]. I want nothing to do with that. So, [when I have heart problems,] I let it pass. Most of the time it passes.

Furthermore, this group's fatalistic attitudes were often part of a deeper understanding of life and death. Often supported by spiritual beliefs, the participants tended to accept that their fate was not in their hands. Being unable to control many aspects of their lives due to their precarious living conditions, it is likely that their spirituality was linked to their social status. As Wimberley (1984: 234) highlights in her study of spirituality in underprivileged areas, "one's relative social standing in the eyes of others may produce a form of deprivation for which religion can compensate and thus become salient for the adherent." In this study, many made references to 'God's will' when explaining their lack of control over health. They explained that fate, being stronger than any preventive measures they possibly could have attempted, was not in their hands. While these results were

unexpected, it was made evident by the many references to God that spirituality contributed to their feelings of helplessness towards health maintenance. Most of the men believed in the influence of superior powers over many aspects of their lives. This rendered them, often willingly, subject to life's circumstances. As Max, a 44 year old tow truck driver, stated: "I believe in God. Like I told you, he has his Big Book. Your date is written in there. When that day comes, that's it. ... When the product is past its due date, it's not good anymore (laughs)."

While many participants felt that health was difficult to control, the adoption of a health regimen that conforms to the standards set by the medical institution was also perceived by most to be an arduous task. Serious doubts about their ability to change their lifestyle often translated into the preservation of their previous behaviors. As expressed by Pierre-Luc, a 57 year old truck driver:

You know, after your heart surgery, the cardiologist asks you to go and meet with doctors. [...] Well, dieticians and stuff like that, it really makes me sweat. [...] [It's not that I didn't enjoy it.] It's that there's no follow-up. Do this, do that, do this, do that, alright, do this, do that. If you've never done that in my life, are you going to do it [consistently]? [...] It couldn't interest me. I couldn't follow it. I won't follow it.

In many cases, following a health regimen was perceived to potentially be more harmful than maintaining their previous habits. Preoccupations about the repercussions lifestyle change might have on their emotional well-being led this group to maintain their unhealthy habits. Their practices (healthy or not) were part of a system that helped them 'keep busy', fight off boredom and contributed to their overall happiness. As explained by Lionel, a 55 year old man who works for local community services:

What am I going to do if I don't smoke? ... My doctor tells me to stop. He's not too serious though. You know, he doesn't give me any flack for it. He says: "prevention". ... I'm sure it helps. I'm aware of that. ... But, I just turn around and light up another [cigarette]. ... I wouldn't know what else to do with my time ... It's a habit. ...

[Same thing with food], I eat really fat. ... I'm going to make myself a hamburger biding badang, in grease, bacon, let's go.

Routines and habits were often evoked as reasons hindering their lifestyle modifications. As part of their daily functioning, changing these habits was perceived to be difficult. For example, as Olivier, a 58 year old former security guard, explains: "I was really good for 3 months. ... But, [when I went back to work], that's when I started eating [unhealthy foods] again." Following their disease, since there was no significant change in their living conditions, SED men tended to organize their lives the same way they had in the past. Even if most of the participants had attempted to modify their ways of living, most admitted to not being able to abide by health guidelines and didn't have much hope of being able to do so in the future. Lacking confidence in their abilities and being organized the same way they had been accustomed to in the past, inclinations to preserve habits were prevalent.

Everyone told me that after the operation, if you follow what [the doctors] asks, you'll be perfect. Are you perfect or you're not? Are you ok or you're not? [...] I tried getting better but it's really hard when you drive a truck for a living. You know, I don't eat vegetables, I don't like them. It's very hard you know. (Pierre-Luc, 57 years old, truck driver)

Addictions to drugs or cigarettes also contributed to their fatalistic attitudes towards lifestyle change. Even if most participants expressed the desire to stop using substances like tobacco, they often argued that these addictions were out of their control. Since it was their bodies that were perceived to relentlessly ask for these substances, addictions were perceived to be another illness the men had to deal with. Sam, a 41 year old man without sustainable housing, suggested that addictions will follow him his entire life.

There is no cure [for a crack addiction]. ... You can always turn to God and pray, but there's nothing else. ... [And,] since I've been unable to stop, entirely that is, you can allow yourself a little bit of "candy" [crack] once in a while. But, you always have to watch yourself. If I [take too much], I tell myself: "look, your [heart] can't take it and you probably won't [survive] next time.

Physical difficulties fueled fatalistic attitudes about the adoption of a new lifestyle. While some were newfound physical limitations due to their CVD, others had suffered accidents that left them unable to adopt physical activity. Unable to use their bodies the way they had been previously accustomed to, many had given up on efforts to adopt healthier practices and accepted their fate.

You're not as strong [after a CVD.] [...] Physically you're just not the same. [...] I still try [to do the same things I use to do]. For example, the doctor told me to take the stairs to come down once in a while. So, I started from the 13<sup>th</sup> floor and came down. He also said: "take a break if you're tired". Well, it happens. That's why when I come up again I have to do it very slowly. If I try to go fast, I really feel it. I feel it in my heart. (Fernand, 63 years old, retired)

Fatalism was pervasive and went beyond the sphere of health. From their physical addictions to preoccupations about their emotional well-being, the participants often adopted a perspective of lifestyle modification characterized by pessimism and despair. Even if some temporary or partial changes were sometimes adopted, no participant fully abided by minimal health standards. Their general perception of life, disease and death, characterized by pessimism and despair, led this group to view progress as too difficult to attain. Therefore, most of the men's former hopes were abandoned for new, more modest ambitions.

I have always disappointed myself. ... So, I don't worry about it anymore. It's like they say, you know, assume, in English. Cut it in three and it makes an ass out of you and me. ... You know what that means. You dream too much. You think it's going to happen, it's gonna come, it's gonna come. ... I don't want to be disappointed. I don't like to be disappointed. (Bigras, 53 years old, unemployed)

### **Time horizons**

Time horizons have also been found to contribute to the men's non-compliance with health norms. Generally, the interviewees testified to the social construction of attitudes towards time by establishing the connection between two strongly related attitudes: a sense

of urgency and a lack of hope for the future. These attitudes, framed in a context of socioeconomic deprivation, have engendered an outlook of time that renders long term concerns secondary. Therefore, since they were not compelled to invest in their future, health prevention practices were less of a priority.

Shaped within living conditions characterized by financial difficulties, the participants' perception of the present often concentrated on their more urgent, short term, financial matters. Being unable to separate themselves from conditions of necessity, their control on the present was limited and acted as a constraint in their efforts to adopt preventive practices. This supports Bourdieu's (2000: 221) conclusions that "the real ambition to control the future... varies with the real power to control that future, which means first of all having a grasp on the present itself". Therefore, instead of attempting to prevent further health problems, many participants attempted to avoid sinking further into instability by working long hours in order to control their finances.

I feel very tired. I don't have a lot of [energy]. I try to pin point where it comes from. Yeah, sure, I'm under a lot of stress ... I look forward. I'm preparing myself for [a better lifestyle] and I can see it won't be easy because everything [costs money] and my budget is very limited. So, I have to make due. (Bigras, 53 years old, unemployed)

The effect of financial instability on the participants' quality of life was the main factor that led them to concentrate their efforts on economic issues. Many believed that once these financial difficulties would be resolved, they would be in a position where they would have the time and, more importantly, the energy to concentrate on their health. The main goal was living a life free of the stressful obligations and appreciating life's moments of happiness.

My heart is healed. I saw it, my doctor put it through an exam and he said "your heart is fine." ... [So,] right now, money is my main focus... I had to let go of my truck, the repairs were too expensive. I don't have a phone, I don't have internet anymore, I

don't have cable, I don't have any bills. I'm really trying to get back on my feet financially. (Jean-Charles, 53 years old, unemployed)

SED men's focus on short term investments was also accompanied with neglect for the long term. Following their CVD, the participants reevaluated their expectations and ambitions for the future. Many participants expressed the opinion that the way they perceived themselves, their age, and their physical capacities had changed.

[After a heart attack,] you don't see life the same way. ... [Everything goes] really really fast. ... [Life] is going by so fast. ... [Before,] things weren't going fast enough. ... Things were normal you know. ... The routine. ... Having a normal life, it's not the same anymore. ... Life goes so fast, I'm afraid to go crazy. ... Sometime I can see myself in my coffin. (Yvon, 47 years old, former handyman)

This supports other studies that suggest that the experience of illness participates in the modification of one's relation to time by increasing their consciousness of their body, illness and death (Angus et al. 2005; Dumas and Laberge, 2005; Lawton, 2002; Wheatley, 2006). However, while some of these studies conclude that this type of experience often motivates people to adopt healthier habits, in the context of socioeconomic deprivation, the experience of a CVD did not translate into lifestyle change. For many, it left them with a pessimistic outlook of their future health. As Sincère, a 59 year old man living in subsidized housing says: "I don't have any goals [for my health] because I don't feel like I am able to have that. ... Some people say it's possible. I believe it, but only to a certain extent."

Their CVD had forced many of the participants to put their lives in perspective and reorganize their priorities. Life was now perceived to be potentially shorter than originally anticipated. Differently than in the past, no longer did they maintain the ambition of completely overhauling their financial situation and living in prosperity. As a result, most adopted a relation to the present that focused on short term goals. They sought to simply appreciate what each day had to offer without subjecting themselves to the constant pressures

they had been under in the past. As Fernand, a 63 year old man, president of his social housing's social club states: "I have to take life as it comes, we have no choice. I'm not going to stop and wrack my brain [over my health] to the point where I'm the cause of my own problems and make my blood pressure go up."

Acceptance of their situation was difficult for many men and often resulted in the modification of their hopes and ambitions. Feeling pessimistic about their possibilities for increased financial wealth, despair was often manifested and was transmitted to all facets of their lives. Now being limited, not only by their material conditions but also by newfound physical problems, thoughts on the possibilities offered to them made them reconsider their expectations of the future. As Gary, a 45 year old man who has suffered five heart surgeries, explained, he felt like he didn't have the time to do all the things he had wanted to do.

Sure, I can't [work as hard as I used to]. Today, as we speak, I feel like I've accepted my [heart condition]. Compared to the year 2000, before [my CVD] in 2000, I wouldn't have believed where I am today. ... Before then, it's not that I wasn't happy. ... It's just, it's like I haven't had the time to accomplish all of the things I should have done. ... That's it. [I didn't have enough time].

### **A combination unfavorable for health prevention**

While previous research amongst SED populations acknowledged the connection between time perception and fatalism, almost no studies have attempted to understand the ways these world views are connected and influence lifestyles. Theoretically linked by Pierre Bourdieu (2000), these two concepts can help understand the ways in which a culture is shaped by material living conditions. In a section dedicated to the study of the men of the 'underclass', Bourdieu (2000: 221) explains that,

The often disorganized and often incoherent behaviours, constantly contradicted by their discourse, of these people without a future, living at the mercy of what each day brings and condemned to oscillate between fantasy and surrender, between flight into the imaginary and fatalistic surrender to the verdicts of the given, are evidence that, below a certain threshold of objective chances, the strategic disposition itself, which

presupposes practical reference to a forth-coming, sometimes a very remote one, as in the case with family planning, cannot be constituted.

Supporting what this article suggests, this excerpt explains that living near conditions of necessity hinders the ability to plan for the long term and limits one's expectations of the future. As a result, underprivileged populations tend to concentrate their actions on more immediate, tangible issues.

Having adopted fatalistic attitudes and a time horizon that dissuaded prevention, the men organized their daily activities according to these dispositions. By focusing on the more tangible and immediate issues with which they were faced, greater, more abstract problems, such as their social positioning and health, were accepted as unalterable parts of their lives. This perspective directed most of their attention to short term investments. And, while some participants were more worried than others about the possibility of living shorter lives, most expressed their preference for not worrying about the many problems over which they felt they had no control. This type of perception of life allowed them to focus more on the little things they enjoyed in their lives, such as smoking, and less on issues that could add to their worries, such as their potential health problems. Some participants even manifested the idea that death would be welcomed since it would relieve them from the arduous circumstances with which they were constantly confronted.

I can't really tell you where I'll be [at this time next year]. What's important is today. Today, you're alive you don't consume [hard drugs] anymore. I only take it one day at a time because we don't know when we'll be leaving. We just don't know.  
(Mathieu, 47 years old, former member of a biker gang)

I live more day to day now. It's just that, you know, I go with how I feel when I wake up in the morning. (Gary, 48 years old, former mover)

[I live] by the second. I don't know what's going to happen in two minutes. I don't know what's going to happen tomorrow. I don't have a clue and I don't want to know. Like I told you, I'm spontaneous. (Jean-Charles, 53 years, unemployed)

Today, I live day to day. If I get up tomorrow morning, I'm ok. If I don't get up, I don't get up. (Max, 44 years old, former tow truck driver)

## **Conclusion**

The living conditions and illness of the men in this study hindered their motivations and capabilities to adopt healthier ways of life. Financial difficulties, physical limitations, and social contexts characterized by disease, despair, and pessimism have led this population to believe that little can be done to control their lives and fulfill their hopes for the future. The resulting world view is one that concentrates its energy on the daily activities most likely to be controlled and enjoyed.

Valuing more immediate concerns, the study participants found themselves to live in a constant state of urgency. The experience of a CVD seemed to lead them to lose hope and ambitions for the future. Feeling unable to control their stress and perceiving heredity as a determinant of their health, it seemed improbable that they would be able to counteract their fate and prolong their lives through the adoption of a new lifestyle. Therefore, SED conditions made it difficult to invest in their health since they perceived the investments to possibly bring on increased stress and suffering. Focusing more on their financial stability and adopting practices that would most likely provide short term comfort and happiness, the men in the sample elected not to modify most of their habits and practices. The resulting world view, characterized by despair, led this group to adopt a "day to day" perspective on life. As Charlesworth (2000: 54) also noted in a discussion on the effects of precarious living conditions on an individual's ambitions, underprivileged groups tend to develop habits that are in tune with their material environment:

... living life within such strict confines, or a life in which life is simply awful; there can be little incentive, (there could be no interest) in developing other forms of consciousness beyond those of the 'mindless' everyday coping skills through which it makes sense to *live* such conditions.

According to this perspective, efforts dedicated to self-improvement, such as lifestyle change, have the potential to fail and contribute to their despair (Charlesworth, 2000; Lindbladh and Hampus Lyttkens, 2002). Ambitions and hope, according to this, are perceived as feelings potentially leading to more disappointment.

In order to remedy this situation, many efforts by various social institutions could be undertaken. The most significant would seek the reduction of socioeconomic inequalities. An increase in this group's financial capacities could provide an adequate context for the shaping of more optimistic perceptions of time and control. By providing adequate conditions for the fulfillment of future ambitions, the despair and pessimism that often accompanies the experience of a CVD could be less prevalent. In this context, underprivileged men could be in a better position to consider their future positively and possibly attempt to prevent diseases in order to fulfill their ambitions. Without this hope, it is less likely for SED men that their ambitions could be attained.

The study of class culture is a complex topic; one that can hardly be completely detailed within the limited pages of this article. Certain aspects emerging from this population's worldview and differences amongst the participants should thus be explored in more detail. First, the perception of time and control are only two aspects of this population's worldview. While they seem to be the aspects which have the most influence on their lifestyle decisions, other characteristics, such their relation to norms and to the medical institution, should be further investigated to access a deeper understanding of their lifestyle choices. Second, differences within the sample have been identified. Most notably, it appears that differences in material deprivation translated into differences in lifestyle change. However, this analysis should be detailed further to understand the complexities and possibly identify a threshold or a gradient of wealth that affects lifestyle decisions. Third, participants,

while presenting some similar traits, had unique backgrounds. These individualities should be investigated in order to understand why certain individuals make choices that differ from the majority even if they live in similar living conditions. This knowledge could lead to improved tools for individuals and institutions dedicated to bettering the health of underprivileged men.

## References

- Alter, D.A., Naylor, C.D., Austin, P. and Tu, J.V. (1999). "Effects of Socioeconomic Deprivation on Access to Invasive Cardiac Procedures and on Mortality after Acute Myocardial Infarction", *The New England Journal of Medicine*, 341, 1359-1367.
- Angus, J., Evans, S., Lapum, J., Rukholm, E., St. Onge, R., Nolan, R. and Michel, I. (2005). "'Sneaky disease': the body and health knowledge for people at risk of coronary heart disease in Ontario, Canada", *Social Science & Medicine*, 60, 2117-2128.
- Bates, B.R., Templeton, A., Achter, P.J., Harris, T.M. and Condit, C.M. (2003). "What Does 'A Gene for Heart Disease' Mean? A Focus Group Study of Public Understandings of Genetic Risk Factors", *American Journal of Medical Genetics*, 119A, 156-161.
- Bennett, P., Norman, P., Moore, L., Murphy, S. and Tudor-Smith, C. (1997). "Health Locus of Control and Value for Health in Smokers and Nonsmokers", *Health Psychology*, 16 (2), 179-182.
- Blaxter, M. (1997). "Whose fault is it? People's own conception of the reasons for health inequalities", *Social Science & Medicine*, 44 (6), 747-756.
- Bolam, B., Hodgetts, D., Chamberlain, K., Murphy, S. and Gleeson, K. (2003). "'Just do it': an analysis of accounts of control over health amongst lower socioeconomic status groups", *Critical Public Health*, 13 (1), 15-31.
- Boltanski, L. (1971). « Les usages sociaux du corps », *Les Annales*, 1, 205-233.
- Bourdieu, P. (1984). *Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste*, Cambridge: Harvard University Press.
- Bourdieu, P. (2000). *Pascalian Meditations*, Stanford: Polity Press.
- Bury, M. (1982). "Chronic Illness as biographical disruption", *Sociology of Health and Illness*, 4 (2), 167-182.

- Chamberlain, K. and O'Neill, D. (1998). "Understanding social class differences in health: A qualitative analysis of smokers' health beliefs", *Psychology and Health*, 13 (6), 1105-1119.
- Chan R.H.M., Gordon N.F., Chong A. and Alter D.A. (2008). "Influence of Socioeconomic Status on Lifestyle Behavior Modifications among Survivors of Acute Myocardial Infarction", *The American Journal of Cardiology*, 102, 1583-1588.
- Charlesworth, S.J. (2000). "Bourdieu, social suffering and working-class life", Dans: Fowler, B. (eds). *Reading Bourdieu on Society and Culture*, Oxford: Blackwell Publishing.
- Cockerham, W.C., Rutten. A. and Abel. T. (1997). "Conceptualizing contemporary health lifestyles: moving beyond Weber", *The Sociological Quarterly*, 38, 321-342.
- Courteau, J.P., Émond, L. and Garvie, P. (2002). « Le portrait de santé. La région de l'Outaouais et ses districts de CLSC », Gatineau, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.
- Courteau, J.P. and Finès, P. (2004). « Évolution de 1986 à 1996 de la relation entre le revenu et la mortalité en Outaouais urbain, dans l'ensemble des grandes villes du Québec et au sein de l'agglomération d'Ottawa-Gatineau », Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Direction de santé publique : Gatineau.
- Davison, C., Frankel, S. and Davey Smith, G. (1989). "Inheriting heart trouble: the relevance of common-sense ideas to preventive measures", *Health Education Research*, 4 (3), 329-340.
- Davison, C., Frankel, S. and Davey Smith, G. (1992). "The Limits of Lifestyle: Re-Assessing 'Fatalism' in the Popular Culture of Illness Prevention", *Social Science & Medicine*, 34 (6), 675-685.

- Dumas, A. and Laberge, S. (2005). "Social Class and Ageing Bodies: Understanding Physical Activity in Later Life", *Social Theory and Health*, 3, 183-205.
- Dumas, A., Laberge, S. and Straka, S.M. (2005). "Older women's relation to bodily appearance: the embodiment of social and biological conditions of existence", *Ageing and Society*, 25, 883-902.
- Emslie C. and Hunt K. (2009). "Men, Masculinities and Heart Disease: A Systematic Review of the Qualitative Literature", *Current Sociology*, 57 (2), 155-191.
- Fondation des maladies du cœur du Canada. (2003). *Le fardeau croissant des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux*, Ottawa.
- Harlan III W.R., Sandler S.A., Lee K.L., Lam L.C. and Mark D.B. (1995). "Importance of Baseline Functional and Socioeconomic Factors for Participation in Cardiac Rehabilitation", *The American Journal of Cardiology*, 76, 36-39.
- Johansson, L., Thelle, D.S., Solvoll, K., Bjorneboe, G.E.A. and Drevon, C.A. (1999). "Healthy dietary habits in relation to social determinants and lifestyle factors", *British Journal of Nutrition*, 81, 211-220.
- Keough, K.A., Zimbardo, P.G. and Boyd, J.N. (1999). "Who's Smoking, Drinking, and Using Drugs? Time Perspective as a Predictor of Substance Use", *Basic and Applied Social Psychology*, 21 (2), 149-164.
- Lachman, M.E. and Weaver, S.L. (1998). "The Sense of Control as a Moderator of Social Class Differences in Health and Well-Being", *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (3), 763-773.
- Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beavers, G. and Lip, G.H.Y. (2001). "Predictors of attendance at cardiac rehabilitation after myocardial infarction", *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 497-501.

- Lawton, J. (2002). "Colonising the future: temporal perceptions and health-relevant behaviours across the adult lifecourse", *Sociology of Health & Illness*, 24 (6), 714-733.
- Lindbladh, E. and Hampus Lyttkens, C. (2002). "Habits versus choice: the process of decision-making in health related behaviour", *Social Science & Medicine*, 55, 451-465.
- Lynch, J.W., Kaplan, G.A. and Salonen, J.T. (1997). "Why do Poor People Behave Poorly? Variation in Adult Health Behaviors and Psychosocial Characteristics by Stages of the Socioeconomic Lifecourse", *Social Science & Medicine*, 44 (6), 809-819.
- Marmot, M. (2001). "Alcohol and coronary heart disease", *International Journal of Epidemiology*, 30, 724-729.
- Marmot, M. (2004). *The Status Syndrome. How Social Standings Affects Our Health and Longevity*. New York: Times Books.
- Marmot, M.G., Shipley, M.J. and Rose, G. (1984). "Inequalities in Death – Specific Explanations of a General Pattern", *Lancet*, 323, 1003-1006.
- Marmot, M. and Wilkinson, R.G. (2001). "Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al", *British Medical Journal*, 322, 1233-1236.
- Pampalon, R., Hamel, D. and Gamache, P. (2008). « Évolution de la mortalité prématurée au Québec selon la défavorisation matérielle et sociale », in: Frolich, K., De Koninck, M., Demers, A. and Bernard, P. (2008). *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Les Presses de l'Université de Montréal : Montréal, 13-35.

Poland, B., Frohlich, K., Haines, R.J., Mykhalovskiy, E., Rock, M. and Sparks, R. (2006).

“The social context of smoking: the next frontier in tobacco control?”, *Tobacco Control*, 15, 59-63.

Régie régional de la santé et des services sociaux de l’Outaouais (RRSSSO). (1996).

« Variation de la mortalité en relation avec le taux de pauvreté des quartier en Outaouais urbain et dans le Québec urbain », Bibliothèque nationale du Québec, Québec.

Richards, H.M., Reid, M.E. and Watt, G.C.M. (2002). “Socioeconomic variations in

responses to chest pain: qualitative study”, *British Medical Journal*, 324, 1308-1311.

Richards, H.M., Reid, M.E. and Watt, G.C.M. (2003). “Victim-blaming revisited: a

qualitative study of beliefs about illness causation, and responses to chest pain”, *Family Practice*, 20 (5), 711-716.

Schroder, K.E.E. and Schwarzer, R. (2005). “Habitual self-control and the management of

health behaviors among heart patients”, *Social Science & Medicine*, 60, 859-875.

Stafford, L., Berk, M. and Jackson, H.J. (2009). “Are illness perceptions about coronary

artery disease predictive of depression and quality of life outcomes?”, *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 211-220.

Statistics Canada. (2008). “Canadian census mortality follow-up study”, *The Daily*,

Wednesday, September 17, 2008. Document retrieved on January 13, 2010 at

<http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/080917/dq080917b-eng.htm>.

Straughan, P.T. and Seow, A. (1998). “Fatalism Reconceptualized: A Concept to Predict

Health Screening Behavior”, *Journal of Gender, Culture and Health*, 3 (2), 85-100

- Stronks, K., van de Mheen, H.D., Looman C.W.N. and Mackenbach J.P. (1997). "Cultural, Material, and Psychosocial Correlates of the Socioeconomic Gradient in Smoking Behavior among Adults", *Preventive Medicine*, 26, 754-766.
- van Rossum, C.T.M., Shipley, M.J., Van de Mheen, H., Grobbee, D.E. and Marmot, M.G. (2000). "Employment Grade Difference in Cause-specific Mortality. A 25 Year Follow-up of Civil Servants from the first Whitehall Study", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 178-184.
- Wannamethee S. G., Shaper A. G. and Walker M. (1998). "Changes in physical activity, mortality, and incidence of coronary heart disease in older men", *The Lancet*, 351, 1603-1608.
- Wardle, J. and Steptoe, A. (2003). "Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 440-443.
- Wheatley., E.E. (2006). *Bodies at Risk: An Ethnography of Heart Disease*, Burlington: Ashgate.
- Wilkins R., Berthelot J.M. and Ng E. (2002). "Trends in mortality by neighbourhood income in urban Canada from 1971 to 1996", *Supplement to Health Reports*, 13, Statistics Canada, Catalogue 82-003, Ottawa
- Williams, S.J. (1995). "Theorising class, health and lifestyle: can Bourdieu help us?", *Sociology of Health and Illness*, 17 (5), 577-604.
- Wimberley, D.W. (1984). "Socioeconomic Deprivation and Religious Salience: A Cognitive Behavioral Approach", *The Sociological Quarterly*, 25 (2), 223-238.
- Wocester M.U.C., Murphy B.M., Mee V.K., Roberts S.B. and Goble A.J. (2004). "Cardiac rehabilitation programmes: predictors of non-attendance and drop-out", *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 11, 328-335.

## Conclusion

Cette étude avait comme but d'étudier les mécanismes sociaux explicatifs des styles de vie des hommes SÉD ayant subi une MCV. Elle visait à comprendre leur conception du corps, de la santé et de la maladie afin d'identifier leurs stratégies pour maintenir et améliorer leur santé et de saisir leurs perceptions des ressources matérielles et humaines nécessaires à l'adhésion à un régime de santé en contexte de réadaptation cardiaque.

En s'appuyant sur la théorie socioculturelle de Pierre Bourdieu (1979, 1997), cette étude a permis de tracer des liens entre les conditions d'existence des hommes SÉD, leurs pratiques de réadaptation cardiaque et leurs styles de vie. Le concept d'habitus (Bourdieu, 1979 ; 1997) s'est avéré être un outil indispensable afin d'obtenir une compréhension détaillée des facteurs socioculturels contribuant à l'adhésion à un régime de santé en contexte de défavorisation matérielle et sociale. En observant le lien entre les conditions d'existence et une culture de classe, ce concept a permis : (a) d'expliquer comment l'intériorisation de normes et valeurs peut engendrer des pratiques néfastes pour la santé et, (b) d'investiguer comment ces facteurs contraignent l'adoption d'un régime de santé qui est conforme aux recommandations des acteurs en promotion de la santé.

Comme le suggère le premier article, les participants ont adopté une hiérarchie des priorités qui est ajustée à leurs conditions d'existence. Contraints par leur instabilité financière, ces hommes ont développé un rapport au corps qui est peu conforme aux normes de santé. Autrement dit, l'adoption d'un régime de santé, tel qui leur a été proposé, est peu « pratique » pour eux et difficilement intégrable à leur style de vie. Selon plusieurs participants, de telles pratiques auraient le potentiel d'accroître leur instabilité économique, psychologique et sociale. Ils préfèrent donc s'en remettre à un style de vie leur offrant plus

de stabilité financière et de confort, au risque d'en subir les conséquences potentiellement néfastes pour leur santé.

Le deuxième article renvoie à deux conséquences de la vie en contexte de désespoir, soit la production d'attitudes fatalistes et d'un rapport au temps axé sur le court terme. Ces deux dispositions auraient considérablement restreint l'adoption de pratiques préventives puisqu'ils requièrent un investissement et une confiance en l'avenir. Ainsi, les discours et pratiques des participants de l'étude sont davantage orientés vers des investissements à court terme, qui tiennent peu compte de leur état de santé futur. Leurs styles de vie leur permettent donc de profiter des « petits plaisirs de la vie » et de s'évader des multiples éléments stressants de leur vie. Tel que soutenu par l'approche bourdieusienne (Bourdieu, 1979, 1997), le maintien des pratiques néfastes pour la santé après un incident cardiaque témoigne, dans une certaine mesure, de la rigidité des dispositions de l'habitus.

Cette étude soutient aussi les conclusions d'autres auteurs en santé publique qui soulignent que le style de vie des individus n'est pas l'unique produit d'un calcul rationnel. Un de ses déterminants fondamentaux serait aussi l'impact de conditions de vie précaires et d'inégalités sociales. Ainsi, un meilleur soutien économique et social permettrait à ce groupe de se concentrer davantage sur leur santé. L'accessibilité à un logement peu coûteux, à un revenu supplémentaire et à un soutien psychologique permettrait aux populations issues de milieux défavorisés de se distancer des conditions de nécessité et d'adopter plus facilement des pratiques de santé.

Bien que ce type de soutien économique et social puisse fournir des bénéfices sur le plan de la santé, il s'agirait d'initiatives éphémères, curatives et isolées. D'autres initiatives axées sur la prévention pourraient avoir une portée plus large. Une attention particulière devrait être apportée au contexte social. Il serait ainsi plus favorable que les institutions

sociales (ex. éducation, santé, etc.) travaillent de concert pour offrir des conditions de vie qui permettent davantage de valoriser la santé.

Par ailleurs, l'amélioration des conditions de vie ne semble pas être suffisante pour remédier au problème. Comme plusieurs auteurs l'ont notés, la pauvreté relative serait aussi la source d'un style de vie néfaste à la santé (e.g. Mackenbach et coll., 2008; Raphael, 2002; van Doorslaer et coll., 1997; Wilkinson, 1997). Le sentiment d'injustice et les différences culturelles associés au statut socioéconomiques auraient aussi une influence sur l'adoption d'un régime de santé. À cet égard, les dimensions relationnelles du statut social devraient être considérées afin de mieux comprendre les inégalités en matière de santé.

D'un point de vue méthodologique, cette étude atteste de l'importance des partenariats avec les organismes communautaires et gouvernementaux pour le recrutement des populations SÉD. D'une part, l'accès à des sites fréquentés par les populations vulnérables (i.e. soupes populaires, abris) a permis à l'équipe de recherche de recruter un nombre adéquat de participants. D'autre part, la collaboration d'organisations gouvernementales (Centre de réadaptation cardiaque du CSSSG et l'Office municipal de l'habitation) a permis de complètement ratisser les coins SÉD de la région ciblée et de recruter un échantillon qui prend en considération plusieurs perspectives. Sans la collaboration de ces organismes, le recrutement des participants aurait été très difficile.

Cette étude a exposé plusieurs tendances lourdes dans les entrevues et risque d'occulter d'autres discours minoritaires. Plusieurs thèmes devraient être explorés en profondeur dans le but d'offrir aux populations moins favorisées des avenues en matière de prévention en santé mieux adaptées à leur réalité. Puisque certains participants ont témoigné d'une volonté d'améliorer leur santé, une étude plus approfondie sur l'hétérogénéité des populations SÉD pourrait fournir davantage de données afin de raffiner les interventions en

contexte de réadaptation cardiaque. Par ailleurs, bien que les participants soient moins bien nantis, il semblerait que certaines conditions améliorent considérablement leur désir d'adhésion à un régime de santé. Par exemple, selon les données de cette étude, habiter dans un loyer subventionné par l'État a semblé permettre à certains individus de vivre au-delà d'un certain seuil de confort et stabilité financière leur permettant de mieux s'investir dans leur santé. Pour faire suite à cette étude sur l'Outaouais urbain, il reste encore beaucoup de chemin à parcourir avant que les populations les plus défavorisées aient accès à de telles conditions de base.

## Références

- Alter, D.A., Naylor, C.D., Austin, P. & Tu, J.V. (1999). "Effects of Socioeconomic Deprivation on Access to Invasive Cardiac Procedures and on Mortality after Acute Myocardial Infarction", *The New England Journal of Medicine*, 341, 1359-1367.
- Anda, R., Williamson, D., Jones, D., MacEra, C., Eaker, E., Glassman, A. & Marks, J. (1993). "Depressed Affect, Hopelessness, and the Risk of Ischemic Heart Disease in a Cohort of U.S. Adults", *Epidemiology*, 4 (4), 285-294.
- Angus, J., Evans, S., Lapum, J., Rukholm, E., St. Onge, R., Nolan, R. & Michel, I. (2005). "'Sneaky disease': the body and health knowledge for people at risk of coronary heart disease in Ontario, Canada", *Social Science & Medicine*, 60, 2117-2128.
- Backett, K. (1992). "Taboos and excesses: lay health moralities in middle class families", *Sociology of Health and Illness*, 14 (2), 255-274.
- Backett, K.C. & Davison, C. (1995). "Lifecourse and Lifestyles: The Social and Cultural Location of Health Behaviours", *Social Science & Medicine*, 40 (5), 629-638.
- Barker, D.J.P., Forsén, T., Uutela, A., Osmond, C. & Ericksson, J.G. (2001). "Size at birth and resilience to effects of poor living conditions in adult life: longitudinal study", *British Medical Journal*, 323, 1273-1276.
- Bates, B.R., Templeton, A., Achter, P.J., Harris, T.M. & Condit, C.M. (2003). "What Does 'A Gene for Heart Disease' Mean? A Focus Group Study of Public Understandings of Genetic Risk Factors", *American Journal of Medical Genetics*, 119A, 156-161.
- Becker, H. (1996). "The epistemology of qualitative research", Dans : R., Jessor, A., Colby, R. A. & Shweder (Eds.). *Ethnography and Human Development: Context and Meaning in Social Inquiry*, Chicago: University of Chicago Press.

- Bennett, P., Norman, P., Moore, L., Murphy, S. & Tudor-Smith, C. (1997). "Health Locus of Control and Value for Health in Smokers and Nonsmokers", *Health Psychology*, 16 (2), 179-182.
- Berger, P. & Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality. A treatise in the sociology of knowledge*. New York: Doubleday.
- Birch, L.L. & Davison, K.K. (2001). "Family Environmental Factors Influencing the Developing Behavioral Controls of Food Intake and Childhood Overweight", *Pediatric Clinics of North America*, 48 (4). Document consulté le 26 avril 2008 de <http://www.mdconsult.com/das/article/body/93233689-3/jorg=journal&source=&sp=11920321&sid=0/N/233741/1.html?issn=00313955#H089307>
- Blakely, T.A., Kennedy, B.P., Glass, R. & Kawachi, I. (2000). "What is the lag time between income inequality and health status", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 318-319.
- Blaxter, M. (1997). "Whose fault is it? People's own conception of the reasons for health inequalities", *Social Science & Medicine*, 44 (6), 747-756.
- Bolam, B., Hodgetts, D., Chamberlain, K., Murphy, S. & Gleeson, K. (2003). "'Just do it': an analysis of accounts of control over health amongst lower socioeconomic status groups", *Critical Public Health*, 13 (1), 15-31.
- Boltanski, L. (1971). « Les usages sociaux du corps », *Les Annales*, 1, 205-233.
- Booth, M.L., Owen, N., Bauman, A., Clavisi, O. & Leslie, E. (2000). "Social-Cognitive and Perceived Environment Influences Associated with Physical Activity in Older Australians", *Preventive Medicine*, 31, 15-22.
- Bourdieu, P. (1974). « Avenir de classe et causalité du probable », *Revue Française de Sociologie*, 15 (1), 3-42.

- Bourdieu, P. (1978). "Sport and social class", *Social Science Information*, 17, 819-840.
- Bourdieu, P. (1979). *La distinction : critique sociale du jugement*, Paris : Les éditions de minuit.
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*, Paris : Les éditions minuits.
- Bourdieu, P. (1986). "The Forms of Capital", Dans: Ball S.J. (2004). *The RoutledgeFalmer Reader in Sociology of Education*, Routledge: New York, 15-29.
- Bourdieu, P. (1987). *Choses dites*, Paris : Éditions de Minuits.
- Bourdieu, P. (1993). « Comprendre », Dans : P. Bourdieu (Eds.) *La misère du monde*, Paris : Seuil.
- Bourdieu, P. (1997). *Méditations pascaliennes*, Paris: Seuil.
- Braddon, F.E.M., Rodgers, B., Wadsworth, M.E.J. & Davies, J.M.C. (1986). "Onset of obesity in a 36 year birth cohort study", *British Medical Journal*, 293, 299-303.
- Braddon, F.E.M., Wadsworth, M.E.J., Davies, J.M.C. & Cripps, H.A. (1988). "Social and regional differences in food and alcohol consumption and their measurement in a national birth cohort", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 42, 341-349.
- Brownson R.C., Baker E.A., Housemann R.A., Brennan L.K. & Bacak S.J. (2001). "Environmental and Policy Determinants of Physical Activity in the United States", *American Journal of Public Health*, 91 (12), 1995-2003.
- Brunner, E., Shipley, M.J., Blane, D., Davey Smith, G. & Marmot, M.G. (1999). "When does cardiovascular risk start? Past and present socioeconomic circumstances and risk factors in adulthood", *Journal or Epidemiology and Community Health*, 53, 757-764.
- Burrell, G. & Morgan, G. (1979). *Sociological Paradigms and Organisational Analysis*, London: Heinemann..

- Bury, M. (1982). "Chronic Illness as biographical disruption", *Sociology of Health and Illness*, 4 (2), 167-182.
- Calnan, M. (1989). "Control Over Health and Patterns of Health-Related Behaviour", *Social Science & Medicine*, 29 (2), 131-136.
- Calnan, M. & Williams, S. (1991). "Style of life and the salience of health: an explanatory study of health related practices in households from differing socio-economic circumstances", *Sociology of Health and Illness*, 13 (4), 506-529.
- Caraher, M., Dixon, P., Lang, T. & Carr-Hill, R. (1998). "Access to healthy foods: part I. Barriers to accessing healthy foods: differentials by gender, social class, income and mode of transport", *Health Education Journal*, 57, 191-201.
- Cardol, M., Groenewegen, P.P., Spreewenbergh, P., Van Dijk, L., Van Den Bosch, W.J.H.M. & De Bakker, D.H. (2006). "Why does it run in families? Explaining family similarity in help-seeking behaviour by shared circumstances, socialization and selection", *Social Science & Medicine*, 63, 920-932.
- Chamberlain, K. & O'Neill, D. (1998). "Understanding social class differences in health: A qualitative analysis of smokers' health beliefs", *Psychology and Health*, 13, 1105-1119.
- Chan R.H.M., Gordon N.F., Chong A. & Alter D.A. (2008). "Influence of Socioeconomic Status on Lifestyle Behavior Modifications among Survivors of Acute Myocardial Infarction", *The American Journal of Cardiology*, 102, 1583-1588.
- Charlesworth, S.J. (2000). "Bourdieu, social suffering and working-class life", Dans: Fowler, B. (eds). *Reading Bourdieu on Society and Culture*, Oxford: Blackwell Publishing.
- Charlesworth, S.J., Gilfillan, P. & Wilkinson, R. (2004). "Living inferiority", *British Medical Bulletin*, 69, 49-60.

- Claussen, B., Davey Smith, G. & Thelle, D. (2003). "Impact of childhood and adulthood socioeconomic position on cause specific mortality: the Oslo Mortality Study", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 40-45.
- Cockerham, W.C., Rutten. A. & Abel. T. (1997). "Conceptualizing contemporary health lifestyles: moving beyond Weber", *The Sociological Quarterly*, 38, 321-342.
- Courteau, J.P., Émond, L. & Garvie, P. (2002). « Le portrait de santé. La région de l'Outaouais et ses districts de CLSC », Gatineau, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.
- Creswell, J.W. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Traditions*, Thousand Oaks: Sage.
- Davey Smith, G., Hart, C., Blane, D. & Hole, D. (1998). "Adverse socioeconomic conditions in childhood and cause specific mortality: prospective observational study", *British Medical Journal*, 316, 1631-1635.
- Davey Smith, G. & Hart, C. (2002). "Life-Course Socioeconomic and Behavioral Influences on Cardiovascular Disease Mortality: The Collaborative Study", *American Journal of Public Health*, 92 (8), 1295-1298.
- Davison, C., Frankel, S. & Davey Smith, G. (1989). "Inheriting heart trouble: the relevance of common-sense ideas to preventive measures", *Health Education Research*, 4 (3), 329-340.
- Davison, C., Davey Smith, G. & Frankel, S. (1991). "Lay epidemiology and the prevention paradox: the implications of coronary candidacy for health education", *Sociology of Health and Illness*, 13 (1), 1-19.

- Davison, C., Frankel, S. & Davey Smith, G. (1992). "The Limits of Lifestyle: Re-Assessing 'Fatalism' in the Popular Culture of Illness Prevention", *Social Science & Medicine*, 34 (6), 675-685.
- Dean, K. (1989). "Self-Care Component of Lifestyles: The Importance of Gender, Attitudes and the Social Situation", *Social Science & Medicine*, 29 (2), 137-152.
- DeGarno, D.S. (1999). "Parenting of Divorced Mothers as a Link between Social Status and Boys' Academic Outcomes: Unpacking the Effects of Socioeconomic Status", *Child Development*, 70 (5), 1231-1245.
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (1994). "Introduction: Entering the field of qualitative research" Dans : N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage.
- Dickson-Swift, V., James, E.L., Kippen, S. & Liamputtong, P. (2007). "Doing sensitive research: what challenges do qualitative researchers face?", *Qualitative Research*, 7 (3), 327-353.
- Doyle, S., Kelly-Schwartz, A., Schlossberg, M. & Stockard, J. (2006). "Active Community Environments and Health: The Relationship of Walkable and Safe Communities to Individual Health", *Journal of the American Planning Association*, 72 (1), 19-31.
- Dumas, A. (2004). « Quand le passé n'est pas garant de l'avenir : aînées, pauvreté et activité physique », *Recherches féministes*, 17 (1), 77-109.
- Dumas, A. & Laberge, S. (2005). "Social Class and Ageing Bodies: Understanding Physical Activity in Later Life", *Social Theory and Health*, 3, 183-205.
- Dumas, A., Laberge, S. & Straka, S.M. (2005). "Older women's relations to bodily appearance: the embodiment of social and biological conditions of existence", *Ageing & Society*, 25, 883-902.

- Dumas, A. & Turner, B.S. (2006). "Age and Aging: The Social World of Foucault and Bourdieu", Dans : Powell, J. & Wahidin, A. (eds.). *Foucault and Aging*, New York: Nova Science Publishers, 145-155.
- Dumas, A. & Laforest, S. (2009). "Skateparks as a health-resource: Are they as dangerous as they look, *Leisure Studies*, ?(?), ??-??.
- Duncan, G.J., Daly, M.C., McDonough, P. & Williams, D.R. (2002). "Optimal Indicators of Socioeconomic Status for Health Research", *American Journal of Public Health*, 92 (7), 1151-1157.
- Emslie C. & Hunt K. (2009). "Men, Masculinities and Heart Disease: A Systematic Review of the Qualitative Literature", *Current Sociology*, 57 (2), 155-191.
- Fagan, P., Brook, J.S., Rubenstone, E. & Zhang, C. (2005). "Parental occupation, education, and smoking as predictors of offspring tobacco use in adulthood: A longitudinal study", *Addictive Behaviors*, 30, 517-529.
- Fondation des maladies du cœur du Canada. (2003). *Le fardeau croissant des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux*, Ottawa.
- Frank, L.D., Sallis, J.F., Conway, T.L., Chapman, J.E., Saelens, B.E. & Bachman, W. (2006). "Many Pathways from Land Use to Health: Associations between Neighborhood Walkability and Active Transportation, Body Mass Index, and Air Quality", *Journal of American Planning Association*, 72 (1), 75-87.
- Giddens, A. (1979). *Central Problems in Social Theory*, Macmillan, London.
- Giles-Corti, B. & Donovan, R.J. (2002a). "Socioeconomic Status Differences in Recreational Physical Activity Levels and Real and Perceived Access to a Supportive Physical Environment", *Preventive Medicine*, 35, 601-611.

- Giles-Corti, B. & Donovan, R.J. (2002b). "The relative influence of individual, social and physical environment determinants of physical activity", *Social Science & Medicine*, 54, 1793-1812.
- Harlan III W.R., Sandler S.A., Lee K.L., Lam L.C. & Mark D.B. (1995). "Importance of Baseline Functional and Socioeconomic Factors for Participation in Cardiac Rehabilitation", *The American Journal of Cardiology*, 76, 36-39.
- Hovell, M.F., Sallis, J.F., Hofstetter, C.R., Spry, V.M., Faucher, P. & Caspersen, C.J. (1989). "Identifying Correlates of Walking for Exercise: An Epidemiologic Prerequisite for Physical Activity Promotion", *Preventive Medicine*, 18, 856-866.
- Humphries K.H. & van Doorslaer E. (2000). "Income-related health inequality in Canada", *Social Sciences and Medicine*, 50, 663-671.
- Hunt, K., Davison, C., Emslie, C. & Ford, G. (2000). "Are perceptions of a family history of heart disease related to health-related attitudes and behaviour?", *Health Education Research*, 15 (2), 131-143.
- Huston, S.L., Evenson, K.R., Bors, P. & Gizlice, Z. (2003). "Neighborhood Environment, Access to Places for Activity, and Leisure-time Physical Activity in a Diverse North Carolina Population", *American Journal of Health Promotion*, 18 (1), 58-69.
- Jefferis, B.J.M.H., Power, C., Graham, H. & Manor, O. (2004). "Effects of Childhood Socioeconomic Circumstances on Persistent Smoking", *American Journal of Public Health*, 94 (2), 279-285.
- Kaplan G.A., Pamuk E.R., Lynch J.W., Cohen R.D. & Balfour J.L. (1996). "Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways", *BMJ*, 312, 999-1003.

- Kaufman, L. & Karpati, A. (2007). "Understanding the sociocultural roots of childhood obesity: Food practices among Latino families of Bushwick, Brooklyn", *Social Science & Medicine*, 64, 2177-2188.
- Kawachi, I., Colditz, G.A., Ascherio, A., Rimm, E.B., Giovannucci, E., Stampfer, M.J. & Willett, W.C. (1996). "A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50, 245-251.
- Kawachi, I., Subramanian, S.V. & Almeida-Filho, N. (2002). "A glossary for health inequalities", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 647-652.
- Kenkel, D.S. (1991). "Health Behavior, Health Knowledge, and Schooling", *The Journal of Political Economy*, 99 (2), 287-305.
- Keough, K.A., Zimbardo, P.G. & Boyd, J.N. (1999). "Who's Smoking, Drinking, and Using Drugs? Time Perspective as a Predictor of Substance Use", *Basic and Applied Social Psychology*, 21 (2), 149-164.
- King, A.C., Castro, C., Wilcox, S., Eyster, A.A., Sallis, J.F. & Brownson, R.C. (2000). "Personal and Environmental Factors Associated With Physical Inactivity Among Different Racial-Ethnic Groups of U.S. Middle-Aged and Older-Aged Women", *Health Psychology*, 19 (4), 354-364.
- Koivusilta, L.K., Rimpelä, A.H. & Rimpela, M.K. (1999). "Health-related lifestyle in adolescence – origin of social class differences in health?", *Health Education Research*, 14 (3), 339-355.
- Kuh, D.J.L. & Cooper, C. (1992). "Physical activity at 36 years: patterns and childhood predictors in a longitudinal study", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 46, 114-119.

- Lachman, M.E. & Weaver, S.L. (1998). "The Sense of Control as a Moderator of Social Class Differences in Health and Well-Being", *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (3), 763-773.
- Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beevers, G. & Lip, G.H.Y. (2001). "Predictors of attendance at cardiac rehabilitation after myocardial infarction", *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 497-501.
- Lawton, J. (2002). "Colonising the future: temporal perceptions and health-relevant behaviours across the adult lifecourse", *Sociology of Health & Illness*, 24 (6), 714-733.
- Lepage, N. (2000). *Potrait social 2000 : Territoire de centraide Outaouais*, Centraide Outaouais.
- Lindblach, E. & Hampus Lyttkens, C. (2002). "Habits versus choice: the process of decision-making in health related behaviour", *Social Science & Medicine*, 55, 451-465.
- Lynch, J.W., Kaplan, G.A. & Salonen, J.T. (1997). "Why do Poor People Behave Poorly? Variation in Adult Health Behaviors and Psychosocial Characteristics by Stages of the Socioeconomic Lifecourse", *Social Science & Medicine*, 44 (6), 809-819.
- MacDougall, C., Cooke, R., Owen, N., Willson, K. & Bauman, A. (1997). "Relating physical activity to health status, social connections and community...", *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 21 (6), 631-637.
- Mackenbach, J.P., Stirbu, I., Roskam, A.J.R., Schaap, M.M. Menvielle, G., Leinsalu, M. & Kunst, A.E. (2008). "Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries", *The New England Journal of Medicine*, 358, 2468-81.

- Madarasová Gecková, A., Stewart, R., van Dijk, J.P., Orosová, O., Groothoff, J.W. & Post, D. (2005). "Influence of Socio-Economic Status, Parents and Peers on Smoking Behaviour of Adolescents", *European Addiction Research*, 11, 204-209.
- Mann, S.L., Wadsworth, M.E.J. & Colley, J.R.T. (1992). "Accumulation of factors influencing respiratory illness in members of a national birth cohort and their offspring", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 46, 286-292.
- Manning, W.G., Blumberg, L. & Moulton, L.H. (1995). "The demand for alcohol: The differential response to price", *Journal of Health Economics*, 14, 123-148.
- Marmot, M.G., Fuhrer, R., Ettner, S.L., Marks, N.F., Bumpass, L.L. & Ryff, C.D. (1998). "Contribution of Psychosocial Factors to Socioeconomic Differences in Health", *The Millbank Quartely*, 76 (3), 403-448.
- Marmot, M. & Wilkinson, R.G. (2001). "Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al", *British Medical Journal*, 322, 1233-1236.
- Mirowsky, J. & Ross, C.E. (2003). *Education, Social Status and Health*, New York: Aldine de Gruyter.
- Montgomery, S.M., Bartley, M.J., Cook, D.G. & Wadsworth, M.E.J. (1996). "Health and social precursors of unemployment in young men in Great Britain", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50, 415-422.
- Moore, L.V. & Diez Roux, A.V. (2006). "Associations of Neighborhood Characteristics With the Location and Type of Food Stores", *American Journal of Public Health*, 96 (2), (325-331).

- Morland, K., Wing, S. & Diez Roux, A. (2002). "The Contextual Effect of the Local Food Environment on Residents' Diets: The Atherosclerosis Risk in Communities Study", *American Journal of Public Health*, 92 (11), 1761-1767.
- Ng, D.M. & Jeffery, R.W. (2003). "Relationships Between Perceived Stress and Health Behaviors in a Sample of Working Adults", *Health Psychology*, 22 (6), 638-642.
- Pampalon, R., Hamel, D. & Gamache, P. (2008). « Évolution de la mortalité prématurée au Québec selon la défavorisation matérielle et sociale », in: Frolich, K., De Koninck, M., Demers, A. & Bernard, P. (2008). *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Les Presses de l'Université de Montréal : Montréal, 13-35.
- Pampalon, R., Hamel, D. & Gamache, P. (2009). "A comparison of individual and area-based socio-economic data for monitoring social inequalities in health", Statistics Canada, Catalogue no. 82-003-X, *Health Reports*, 20 (3), 85-94
- Parkes, A. & Kearns, A. (2006). "The multi-dimensional neighbourhood and health: a crosssectional analysis of the Scottish Household Survey, 2001", *Health & Place*, 12, 1-18.
- Parks, S.E., Housemann, R.A. & Brownson, R.C. (2003). "Differential correlates of physical activity in urban and rural adults of various socioeconomic backgrounds in the United States", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 29-35.
- Poland, B., Frohlich, K., Haines, R.J., Mykhalovskiy, E., Rock, M. & Sparks, R. (2006). "The social context of smoking: the next frontier in tobacco control?", *Tobacco Control*, 15, 59-63.
- Poupart, J., Deslauriers, J.P., Groulx, L.H., Laperrière, A., Mayer, R. & Pires, A.P. (1997). *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.

- Pound, P., Gompertz, P. & Ebrahim, S. (1998). "Illness in the context of older age: the case of stroke", *Sociology of Health and Illness*, 20 (4), 489-506.
- Prus, S.G. (2007). "Age, SES, and health: a population level analysis of health inequalities over the lifecourse", *Sociology of Health and Illness*, 29 (2), 275-296.
- Radley, A. & Green, R. (1985). "Styles of Adjustment to Coronary Graft Surgery", *Sociology of Health and Illness*, 20 (5), 461-472.
- Radley, A. (1989). "Style, discourse and constraint in adjustment to chronic illness", *Sociology of Health & Illness*, 11 (3), 230-252.
- Raphael, D. (2002). *Social Justice is Good for Our Hearts: Why Societal Factors – Not Lifestyles – are Major Causes of Heart Disease in Canada and Elsewhere*, Toronto: CSJ Foundation for Research and Education.
- Régie régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais. (1996). « Variation de la mortalité en relation avec le taux de pauvreté des quartier en Outaouais urbain et dans le Québec urbain », Bibliothèque nationale du Québec, Québec.
- Richards, H.M., Reid, M.E. & Watt, G.C.M. (2002). "Socioeconomic variations in responses to chest pain: qualitative study", *British Medical Journal*, 324, 1308-1311.
- Richards, H.M., Reid, M.E. & Watt, G.C.M. (2003). "Victim-blaming revisited: a qualitative study of beliefs about illness causation, and responses to chest pain", *Family Practice*, 20 (5), 711-716.
- Romano, P.S., Bloom, J. & Syme, L.S. (1991). "Smoking, social support, and hassles in an urban African- American community", *American Journal of Public Health*, 81, 1415-1422.

- Rose, D. & Richards, R. (2004). "Food store access and household fruit and vegetable use among participants in the US Food Stamp Program", *Public Health Nutrition*, 7 (8), 1081-1088.
- Ross, C.E. (1993). "Fear of Victimization and Health", *Journal of Quantitative Criminology*, 9 (2), 159-175.
- Rossow, I. & Rise, J. (1994). "Concordance or Parental and Adolescent Health Behaviors", *Social Science & Medicine*, 38 (9), 1299-1305.
- Rubin, H.J. & Rubin, I. (2005). *Qualitative Interviewing: The Art of Hearing Data*, Thousand Oaks: Sage Publications.
- Sallis, J.F., Hovell, M.F., Hofstetter, C.R., Faucher, P., Elder, J.P., Blanchard, J., Caspersen, C.J., Powell, K.E. & Christenson, G.M. (1989). "A Multivariate Study of Determinants of Vigorous Exercise in a Community Sample", *Preventive Medicine*, 18, 20-34.
- Salmon, J., Owen, N., Crawford, D., Bauman, A. & Sallis, J.F. (2003). Physical Activity and Sedentary Behavior: A Population-Based Study of Barriers, Enjoyment, and Preference, *Health Psychology*, 22 (2), 178-188.
- Sanders, C., Donovan, J. & Dieppe, P. (2002). "The significance and consequences of having painful and disabled joints in older age: co-existing accounts of normal and disrupted biographies", *Sociology of Health and Illness*, 24 (2), 227-253
- Schroder, K.E.E. & Schwarzer, R. (2005). "Habitual self-control and the management of health behaviors among heart patients", *Social Science & Medicine*, 60, 859-875.
- Shilling, C. (1993). *The body and social theory*, London: Sage.
- Shilling, C. (2004). "Physical capital and situated action: a new direction for corporeal sociology", *British Journal of Sociology of Education*, 25 (4), 473-487.

- Smith, S.L., Quandt, S.A., Arcury, T.A., Wetmore, L.K., Bell, R.A. & Vitolins, M.Z. (2006). "Aging and eating in the rural, southern United States: Beliefs about salt and its effects on health", *Social Science & Medicine*, 62, 189-198.
- Statistique Canada. (2007). *Hull, Québec (tableau). Profils des communautés de 2006*, Recensement de 2006, produit n° 92-591-XWF au catalogue de Statistique Canada. Ottawa. Page consulté le 29 juillet 2008 de <http://www12.statcan.ca/francais/census06/data/profiles/community/Index.cfm?Lang=F>.
- Statistique Canada. (2007). *Mortalité : Liste sommaire des causes 2004*, Catalogue no. 84F0209XIF, Ministre de l'industrie, Ottawa.
- Statistique Canada. (2009). *Région de l'Outaouais, Québec (tableau). Profil de la santé*, produit n° 82-228-XWF au catalogue de Statistique Canada. Ottawa. Page consulté le 10 juin 2010 de <http://www12.statcan.gc.ca/health-sante/82-228/2009/06/index.cfm?Lang=F>
- Stephoe, A. & Wardle, J. (2001). "Locus of control and health behaviour revisited: A multivariate analysis of young adults from 18 countries", *British Journal of Psychology*, 92, 659-672.
- Straughan, P.T. & Seow, A. (1998). "Fatalism Reconceptualized: A Concept to Predict Health Screening Behavior", *Journal of Gender, Culture and Health*, 3 (2), 85-100.
- Stronks, K., van de Mheen, H.D., Looman C.W.N. & Mackenbach J.P. (1997). "Cultural, Material, and Psychosocial Correlates of the Socioeconomic Gradient in Smoking Behavior among Adults", *Preventive Medicine*, 26, 754-766.
- Swartz, D. (1997). *Culture & Power: The Sociology of Pierre Bourdieu*, Chicago: The University of Chicago Press.

- Tigges, L.M., Browne, I. & Green, G.P. (1998). "Social Isolation of the Urban Poor: Race, Class, and Neighborhood Effects on Social Resources", *The Sociological Quarterly*, 39 (1), 53-77.
- Tod, A.M., Read, C., Lacey, A. & Abbott, J. (2001). "Barriers to uptake of services for coronary heart disease: qualitative study", *British Medical Journal*, 323, 214-217.
- Townsend, J. (1996). "Price and consumption of tobacco", *British Medical Bulletin*, 52 (1), 132-142.
- Troped, P.J., Saunders, R.P., Pate, R.R., Reininger, B., Ureda, J.R. & Thompson, S.J. (2001). "Associations between Self-Reported and Objective Physical Environmental Factors and Use of a Community Rail-Trail", *Preventive Medicine*, 32, 191-200.
- Turner, B.S. (1995). "Aging and identity: some reflections on the somatization of the self", Dans: Featherstone, M. & Wernick, A. (eds.). *Images of Aging: Cultural Representation of Later Life*, New York: Routledge.
- Turner, R.J., Wheaton, B. & Lloyd, D.A. (1995). "The Epidemiology of Social Stress", *American Sociological Review*, 60 (1), 104-125.
- van de Berkel, T.F.M., van der Vlugt, M.J. & Boersma, H. (2000). "Characteristics of Smokers and Long-Term Changes in Smoking Behavior in Consecutive Patients with Myocardial Infarction", *Preventive Medicine*, 31, 732-741.
- van de Mheen, H., Stronks, K., Looman, C.W.N. & Mackenbach, J.P. (1998). "Does childhood socioeconomic status influence adult health through behavioural factors?", *International Journal of Epidemiology*, 27, 431-437.
- van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Bleichrodt, H., Calonge, S., Gerdtham, U.G., Gerfin, M., Geurts, J., Gross, L., Häkkinen, U., Leu, R.E., O'Donnell, O., Propper, C., Puffer, F., Rodríguez, M., Sundberg, G. & Winkelhake, O. (1997). "Income-related inequalities

- in health: some international comparisons”, *Journal of Health Economics*, 16, 93-112.
- Wacquant, L. (2002). *Corps et âme: Carnet ethnographiques d'un apprenti boxeur*, Marseille : Agone.
- Wadsworth, M.E.J. (1981). “Social Class and Generation Differences in Pre-School Education”, *The British Journal of Sociology*, 32 (4), 560-582.
- Wadsworth, M.E.J. (1997). “Health Inequalities in the Life Course Perspective”, *Social Science & Medicine*, 44 (6), 859-869.
- Wannamethee S. G., Shaper A. G. & Walker M. (1998). “Changes in physical activity, mortality, and incidence of coronary heart disease in older men”, *The Lancet*, 351, 1603-1608.
- Wardle, J. & Steptoe, A. (2003). “Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 440-443.
- Wheatley., E.E. (2006). *Bodies at Risk: An Ethnography of Heart Disease*, Burlington: Ashgate.
- Wilkins R., Berthelot J.M. & Ng E. (2002). “Trends in mortality by neighbourhood income in urban Canada from 1971 to 1996”, Statistics Canada, Catalogue 82-003, *Supplement to Health Reports*, 13
- Wilkins, R., Tjepkema, M., Mustard, C. & Choinière, R. (2008). “The Canadian census mortality follow-up study, 1991 through 2001”, Statistics Canada, Catalogue no. 82-033-XPE, *Health Reports*, 19 (3), 25-43
- Wilkinson R.G. (1992). “Income distribution and life expectancy”, *BMJ*, 304, 165-168.
- Wilkinson, R.G. (1997). “Comment: Income, Inequality, and Social Cohesion”, *American Journal of Public Health*, 87 (9), 1504-1506.

- Wilkinson, R.G. & Pickett, K.E. (2006). "Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence", *Social Science & Medicine*, 62, 1768-1784.
- Williams, S.J. (1995). "Theorising class, health and lifestyle: can Bourdieu help us?", *Sociology of Health and Illness*, 17 (5), 577-604.
- Wocester M.U.C., Murphy B.M., Mee V.K., Roberts S.B. & Goble A.J. (2004). "Cardiac rehabilitation programmes: predictors of non-attendance and drop-out", *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 11, 328-335.
- Wong, M.L. Goh, L.G., Chia, H.P. Wee, S. & Hong, C.Y. (1999). "Correlates of Leisure-Time Physical Activity in an Elderly Population in Singapore", *American Journal of Public Health*, 89 (10), 1578-1580.
- Wright, J. & Burrows, L. (2006). "Re-conceiving ability in physical education: a social analysis", *Sport, Education and Society*, 11 (3), 275-291.
- Yarnell, J., Yu, S., McCrum, E., Arveiler, D., Hass, B., Dallongeville, J., Montaye, M., Amouyef, P., Ferrières, J., Ruidavets, J-B., Evans, A., Bingham, A. & Ducimetière, P. (2005). "Education, socioeconomic and lifestyle factors, and risk of coronary heart disease: the PRIME Study", *International Journal of Epidemiology*, 34 (2), 268-275
- Yusuf, S., Hawken, S., Ôunpuu, S., Bautista, L., Grazia Franzosi, M., Commerford, P., Lang, C.C., Rumboldt, Z., Onen, C.L., Lisheng, L., Tanomsup, S., Wangai Jr., P., Razak, F., Sharma, A.M. & Anand, S.S. (2005). "Obesity and the risk of myocardial infarction in 27 000 participants from 52 countries: a case-control study", *Lancet*, 366, 1640-1649.

## Annexes

## Annexe 1

Objet : Lettre d'information sur une étude sociologique en promotion de la santé en contexte de réadaptation cardiaque.

Madame, Monsieur,

Je suis Professeur à la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa et j'aimerais vous signaler le commencement d'une étude subventionnée par le Conseil de Recherche en Sciences Humaines du Canada. L'étude traitera des pratiques de santé des hommes en contexte de réadaptation cardiaque en Outaouais. Pour bien mener à terme cette étude, nous avons besoin de votre coopération pendant notre période de recrutement de participants de recherche.

Nous recherchons donc votre collaboration afin de nous offrir le droit d'exposer nos affiches de recrutement (voir document annexé) dans votre établissement. Pour ce faire, j'aimerais bien vous rencontrer pour vous présenter les détails de l'étude.

L'étude requiert aux participants de recherche de se présenter à une entrevue de 90 minutes traitant de leurs pratiques de santé en contexte de la réadaptation cardiaque. Notre stratégie de recrutement consiste à (1) afficher nos annonces dans certains centres de santé et plus particulièrement des centres de réadaptation cardiaque et (2) d'obtenir la collaboration d'organismes en réadaptation cardiaque pour nous suggérer des noms de participants (préalablement consultés) qui pourraient être intéressés à participer à une entrevue.

Cette enquête de type sociologique vise principalement à mieux cerner les normes et valeurs d'hommes de quartiers moins bien nantis en ce qui a trait à la façon de traiter et d'entretenir leur corps après la manifestation d'un trouble cardiaque. Elle vise également à mieux saisir les facteurs socioculturels qui peuvent inciter ces hommes à poursuivre ou non un programme de réadaptation cardiaque comme stratégies de maintien et d'amélioration de leur qualité de vie. Les résultats contribueront au développement de programmes et de politiques sociales plus efficaces en matière de promotion de la santé.

À noter que le projet sera assujéti aux règles du comité de déontologie en recherche de l'Université d'Ottawa et du Comité d'éthique en recherche du centre de santé et de services sociaux de Gatineau.

Dans l'espoir de vous rencontrer, je vous prie d'agréer l'expression de mes salutations distinguées.

Alexandre Dumas, Ph.D.  
Professeur  
(613) 562-5800 poste 2453  
adumas@uottawa.ca

Annexe 2

**Étude sur les hommes ayant subi un incident cardiaque**

Bonjour Monsieur,

Je suis professeur à l'Université d'Ottawa et je mène présentement une étude sur la santé des hommes de l'Outaouais.

Votre nom a été sélectionné à partir d'une liste de personnes ayant suivi le Programme de réadaptation cardiaque du Centre de santé et des services sociaux de Gatineau (CSSSG).

Comme vous le savez peut-être, l'Outaouais détient un des taux de maladies cardiovasculaires les plus élevés au Québec. Nous croyons que vous pouvez nous aider à comprendre pourquoi la santé des hommes est moins bonne qu'ailleurs.

Je suis à la recherche d'individus voulant se prêter à une entrevue de 90 minutes pour discuter de leur santé et de leur qualité de vie après avoir subi un incident cardiaque.

Chaque participant recevra \$30 pour sa compensation.

Soyez assuré qu'advenant votre refus de participer à l'étude, aucun suivi quel que ce soit ne sera entrepris après la réception de cette lettre.

Pour plus d'information, veuillez me contacter au 562-5800 poste 2453 ou m'écrire par courriel au: [adumas@uottawa.ca](mailto:adumas@uottawa.ca)

Dans l'espoir de vous rencontrer pour une entrevue, je vous prie d'agréer l'expression de mes salutations distinguées.

---

Alexandre Dumas, Ph.D.  
Professeur, Faculté des Sciences de la Santé  
Université d'Ottawa

## Anonymat et confidentialité

Monsieur,

Cette étude universitaire a été subventionnée par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada. Les résultats seront analysés et publiés dans des revues scientifiques et contribueront à avancer les connaissances dans le domaine de la santé cardiaque.

Nous devons réaliser plusieurs entrevues pour répondre aux objectifs de la recherche. Notez que chaque entrevue sera dirigée et analysée par un chercheur/étudiant dans le domaine de la santé publique, et se fera avec une seule personne à la fois dans un endroit déterminé par l'interviewé. Celui-ci a l'assurance que son anonymat sera protégé et que sa conversation demeurera confidentielle.

Votre nom a été sélectionné à partir d'une liste de personnes ayant suivi le Programme de réadaptation cardiaque du Centre de santé et des services sociaux de Gatineau (CSSSG). Cette liste a été produite selon les règles du Comité d'éthique à la recherche du CSSSG et aura été consultée uniquement par le service de réadaptation cardiaque du CSSSG.

Soyez assuré que le personnel du CSSSG n'aura aucune information sur votre acceptation ou refus de participer à l'étude et qu'aucun suivi quel que ce soit ne sera entrepris après la réception de cette lettre.

S'ils le désirent, les interviewés recevront les résultats finaux de l'étude qui englobent l'ensemble des entrevues.

Merci,

---

Alexandre Dumas, Ph.D.  
Professeur, Faculté des Sciences de la Santé  
Université d'Ottawa

Annexe 3

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

L'activité physique chez les hommes en contexte  
de réadaptation cardiaque

Nom du chercheur principal: Alexandre Dumas, Ph.D.

Nom des assistants de recherche : Mathieu Savage, Cindy Bergeron.

École des sciences de l'activité physique,

Faculté de sciences de la santé, Université d'Ottawa

Numéro de téléphone: (613) 562-5800 poste 2453

Courrier électronique: adumas@uottawa.ca

Note: Les recherches avec des sujets humains requièrent le consentement écrit des sujets de recherche. Cette exigence ne signifie pas que le projet dont il est question comporte nécessairement un risque. En raison du respect auquel ont droit les personnes qui participent à la recherche, l'Université d'Ottawa et les organismes de subvention de la recherche ont rendu obligatoire ce type d'accord.

---

Je, Monsieur \_\_\_\_\_, suis intéressé à collaborer volontairement et librement à cette recherche menée par Alexandre Dumas de l'Université d'Ottawa. L'objectif de cette recherche est d'améliorer la compréhension du rôle de l'activité physique dans la promotion de la santé chez des hommes de milieux moins bien nantis ayant subi un trouble cardiaque. Il s'agit aussi de comprendre ce qui incite ces hommes, lorsqu'ils font face à des événements ou des éléments stressants, à choisir une stratégie de promotion de la santé (par exemple, la pratique de l'activité physique) ou autre stratégie pour améliorer leur santé.

Ma participation consistera essentiellement à prendre part à une entrevue individuelle d'une durée approximative d'une heure et demie, dans un lieu de mon choix et à une heure et une date que j'aurai choisie moi-même. Pendant l'entrevue, je serai invité à répondre à des questions ouvertes à propos de : (a) mon milieu socio-économique et mon environnement social; (b) les ressources matérielles et humaines qui me sont disponibles en matière de loisirs; (c) mon histoire personnelle en matière de pratique d'activités physiques; (d) mes perceptions face à l'activité physique, la prévention en matière de santé, la santé et le vieillissement; et (e) mon expérience de la maladie cardiaque.

J'accepte que mon entrevue soit enregistrée sur bande magnétique (une cassette). Mon entrevue sera retranscrite et après, je recevrai la transcription de mon entrevue. Cette transcription me sera lue ou encore, je pourrai la lire moi-même si je le désire. À ce moment, j'aurai 2 semaines pour changer ou enlever des passages de l'entrevue et corriger les erreurs de transcription s'il y a lieu.

Je m'attends à ce que la transcription corrigée de mon entrevue ne soit utilisée que pour des fins de recherche et qu'elles seront conservées pendant une période de 10 ans par Monsieur Alexandre Dumas et selon le respect de la confidentialité. Ainsi, la cassette de mon entrevue et la transcription mon entrevue sera conservée dans un classeur barré à clé dans le bureau de recherche de Monsieur Dumas. La cassette de mon entrevue sera détruite à la fin du travail de recherche.

J'ai l'assurance des personnes effectuant la recherche que l'information que je partagerai avec eux restera strictement confidentielle. L'anonymat sera aussi garanti. On me demandera donc de me choisir un pseudonyme (faux nom) et c'est ce dernier qui sera utilisé pour la transcription de mon entrevue. Si on cite des parties de mon entrevue dans la recherche, ce même faux nom sera utilisé et toute information pouvant mener à mon identification sera enlevée.

Je comprends que, étant donné que ma participation à cette recherche implique que je donne certains renseignements personnels, il est possible qu'elle crée un léger inconfort émotionnel à certains moments. J'ai reçu l'assurance des personnes effectuant la recherche que tout sera fait en vue de minimiser ce risque d'inconfort. Entre autres, je ne serai pas tenue de répondre à une ou à

des questions qui m'apporteront un certain inconfort. Je peux à tout moment décider

de ne pas répondre aux questions qui me sont posées, voire me retirer de l'étude. L'entrevue sera faite de façon décontractée et informelle. La personne effectuant l'entrevue utilisera un langage simple et les questions seront reformulées autrement si je ne les comprends pas bien. Il est bien clair que je suis libre de me retirer de la recherche en tout temps, avant ou pendant l'entrevue, sans encourir de préjudice sous aucune forme.

Si j'accepte de participer à la recherche, l'entrevue sera une occasion de partager mes expériences en matière de pratiques de santé et d'activités physiques en contexte de réadaptation cardiaque. À la fin de la recherche, je recevrai une copie du résumé des résultats de l'étude, résumé qui me sera lu si je le désire. Ma participation à cette recherche aidera à identifier des stratégies de promotion de la pratique de l'activité physique, stratégies dont je pourrai éventuellement bénéficier.

Il y a deux copies du formulaire de consentement, dont une que je peux garder. La personne effectuant l'entrevue m'a demandé si j'avais des questions concernant le formulaire de consentement ou la recherche et a accepté de répondre à toutes mes questions.

Pour tout renseignement additionnel, j'ai été informé du fait que je pouvais communiquer avec Monsieur Dumas à l'Université d'Ottawa au numéro de téléphone indiqué au début du formulaire. Pour toute plainte ou question concernant la conduite éthique du projet de recherche, j'ai été informé que je pouvais m'adresser au Secrétariat du comité d'éthique de la recherche au 819-561-8144 poste 250 ou encore par la poste au 500, boul. de l'hôpital, bureau 202, Gatineau, Québec, J8V 2P5.

Chercheur(e): \_\_\_\_\_  
Signature Date

Sujet de recherche: \_\_\_\_\_  
Signature Date

**Hommes, pauvreté et activités physiques  
en contexte de réadaptation cardiaque**

**Reçu**

Reçu de participation à une étude dirigée par Alexandre Dumas, professeur en science de l'activité physique de l'Université d'Ottawa.

La somme de trente dollars (30\$)

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## GUIDE D'ENTRETIEN

### INTRODUCTION

Est-ce que vous pouvez me parler d'où vous venez ? Votre milieu ? Votre emploi ?  
(Interviewé (INT) : Explorer les conditions d'existence et les trajectoires sociales)

### LA MALADIE EN TANT RUPTURE BIOGRAPHIQUE

7. Pouvez-vous me décrire le contexte dans lequel vous vous trouviez lorsque vous avez eu votre crise cardiaque (CC)  
(INT : Décrire la maladie (type et intensité) et le contexte – âge, contexte familial, lieu de résidence, intensité et convalescence)
2. Après une CC, certaines personnes vivent des *transformations dans* leur corps (visibles et invisibles). Avez-vous ressenti des changements comme ceux-là ? Lesquels ? Comment vivez-vous ça ?
  - Est-ce que vous ressentez encore des signaux qui vous disent que vous avez eu une CC ?
3. Est-ce qu'il y a un moment donné où vous vous êtes senti que vous n'étiez «plus comme avant» ?
  - Pouvez-vous me raconter dans quel contexte c'est arrivé, ce que vous avez *ressenti*, fait, etc.
  - Est-ce que le monde autour de vous vous ont déjà fait sentir ça ?
4. Cette expérience vous a-t-elle transformée ? Comment ? (Vision du monde ; pratiques de santé ; émotions)  
(INT : Explorer le contexte spécifique lorsqu'on tient compte de l'âge auquel l'infarctus s'est manifesté).
5. Est-ce que vous pensez que les hommes vivent la CC différemment des femmes ?  
(INT : Explorer les effets secondaires ; sentiment de vulnérabilité, peur, dépendance)
6. Qu'est-ce que vous trouvez le plus *difficile* à vivre dans ce contexte ?
7. Est-ce que vous vous êtes donné des *objectifs*, des choses à faire, à essayer, à expérimenter pour les années qui viennent ?  
(INT : Approfondir)

## LA SANTÉ

7. Est-ce que vous surveillez votre santé de près ? Ça l'a changé après la CC ?
2. Est-ce que vous écoutez votre corps pour savoir s'il y a quelque chose qui ne va pas ? Attendez-vous que votre corps vous donne des 'gros' signaux avant d'aller chez le médecin ?
3. Supposons qu'il vous arrive un petit problème de santé lié à votre condition, quels moyens allez-vous utiliser pour être mieux, pour pouvoir faire face à ce que vous vivez ? (INT : Identifier les moyens/stratégies (TRUCS) et **les faire prioriser**).
4. Allez-vous souvent voir le médecin ? AVANT, est-ce que c'était pareil ? Ça vous dérange ?
5. Qu'est-ce qui a été la ou les causes de votre CC selon vous ? Développer (alimentation, sur poids, abus quelconque, stress, frustration, etc.).
6. Croyez-vous qu'on peu prévenir facilement les CC ? (explorer le de contrôle/fatalisme)
7. Qu'est-ce qui peut être fait, d'après-vous, pour **améliorer votre santé** maintenant ? (INT : faire identifier les éléments et les faire **prioriser**). Est-ce que vous le faites ?)

## PRATIQUES D'ACTIVITÉS PHYSIQUES

7. Qu'est-ce que vous faites comme activités physiques actuellement ?
2. Vous considérez-vous comme une personne physiquement active ; (exercice, sport, etc.) ? Prenez souvent l'auto ? Marchez-vous beaucoup ?
3. Est-ce que vous avez toujours eu les mêmes habitudes de vie (INT : Décomposer en tranches d'âge, par ex. enfance, adolescence, jeune adulte, avant mariage et après, le cas échéant, avant et après enfants, le cas échéant),
4. Précisions sur les A.P. pratiquées (en tenant compte des *saisons* :
  - avec qui, groupe ou individuel ; fréquence, + ou – régulier
  - à l'intérieur d'un prog. De réadaptation ; lieu ; \$
  - la(les)quelles **préférez-vous** ?(INT : APPROFONDIR : les *profits* escomptés ? *Internes* ou *externes* au corps ?)
6. APPROFONDIR la question au max, notamment pour voir dans quelle mesure l'activité physique rejoint des stratégies de réadaptation cardiaque
  - **sélection** : cherche à faire converger ses capacités et ses intérêts
  - **compensation** : trouve des moyens pour compenser pour ses incapacités et faire ce qu'elle veut ou aime

- **optimisation** : met à profit ses ressources internes et externes comme moyen d'actualisation de son potentiel.

7. Qu'est-ce qui fait que c'est facile/difficile pour vous de faire de l'activité physique ?
  - Si quelqu'un organisait un club d'entraînement ici, est-ce que ça vous tenterait «d'embarquer» (explorer l'intérêt pour les clubs de marche) ?
  - Est-ce qu'il y a des choses qui vous empêchent de faire certaines activités physiques/**d'en faire plus souvent** ? (Dans le contexte de la réadaptation cardiaque)
8. Pensez-vous qu'il y a des risques associés à faire de l'activité physique après une maladie cardiaque.

### **Perception des ressources matérielles et humaines en matière d'A.P.**

7. Savez-vous s'il y a des endroits où vous pouvez faire de l'activité physique près d'ici ?  
Vérifier le *degré d'intérêt* et la *facilité d'accès* (distance, prix, partenaires, horaire particulier, jour ou soir) ;
  - Est-ce qu'il y a des activités que vous aimeriez faire et qui ne sont pas offertes près d'ici ?
  - Est-ce que ça vous fait peur d'en faire là bas ? Vérifier sa perception des compétences en matière de supervision pour populations cardiaques des activités offertes.
2. Avez-vous déjà participé à des cours de réadaptation cardiaque ?
  - êtes-vous satisfaite de ce programme (Explorer l'environnement des programmes)
  - environnement
  - information distribuée
  - intervenants ; le cas échéant. Par ex. Aimez-vous la présence d'un instructeur ou une instructrice ? Comment aimez-vous qu'il/elle soit ?
  - modalités (format, intensité, etc.)
  - installations (e.g. piscines, vestiaires, douches fermées ou non)
3. Qu'est-ce que vous conseillerez à des responsables de programmes de réadaptation cardiaque pour inciter les hommes à prendre mieux soins de leur santé (AP et alimentation) ?

## **PRATIQUES D'ACTIVITÉS PHYSIQUES/ALIMENTAIRES/SOINS DE SANTÉ**

### **Perception des ressources matérielles et humaines en matière d'alimentation**

7. Où sont les endroits où vous pouvez faire votre épicerie près d'ici ?  
Vérifier le *degré d'appréciation* et la *facilité d'accès* (distance, prix, qualité).
2. Est-ce que votre alimentation a changé au fil des années ? Et après l'infarctus ?

3. Est-ce que vous évitez des aliments que vous aviez consommés dans le passé. Pourquoi ? Comment les percevez-vous maintenant (gras trans, gras, alcool, cigarette)
4. Dans quelle mesure les pratiques alimentaires s'inscrivent dans une stratégie pour améliorer leur santé
  - **sélection** : cherche à faire converger ses capacités et ses intérêts
  - **compensation** : trouve des moyens pour les aliments prohibés pour les cardiaques
  - **optimisation** : met à profit ses ressources internes et externes comme moyen d'actualisation de son potentiel.
5. Où prenez-vous vos informations sur l'alimentation (livre, médias, médecins, professionnels de santé, etc.)
6. Quelle importance prennent les médicaments dans votre vie depuis la CC ?
7. Est-ce que ça vous dérange d'en consommer ? Pourquoi ?

## CONCLUSION

Si vous aviez des *conseils* à donner à des jeunes pour « bien vivre en santé » qu'est-ce que vous leur conseillerez ?

Annexe 6

**PROJET HOMMES, PAUVRETÉ ET ACTIVITÉS PHYSIQUES  
EN CONTEXTE DE RÉADAPTATION CARDIQUE**

**FICHE D'IDENTIFICATION**

No d'identification : \_\_\_\_\_  
Région : \_\_\_\_\_  
Pseudonyme : \_\_\_\_\_  
Nom véritable : \_\_\_\_\_  
Quartier : \_\_\_\_\_  
Date de l'entrevue : \_\_\_\_\_  
Lieu de l'entrevue : \_\_\_\_\_  
Durée de l'entrevue : \_\_\_\_\_  
Intervieweur : \_\_\_\_\_

**Caractéristiques démographiques**

Âge : \_\_\_\_\_  
Lieu de résidence : \_\_\_\_\_  
Lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
Scolarité : \_\_\_\_\_  
Statut civil (a été marié ou non) : \_\_\_\_\_  
Si marié, occupation du conjoint : \_\_\_\_\_  
Occupation antérieure : \_\_\_\_\_  
Proximité et présence de la famille : \_\_\_\_\_

**Code**

A Physiquement actif  
I Physiquement inactive

01 à 10 numéro chronologique de réalisation de l'entrevue selon la catégorie

**PROJET HOMMES, PAUVRETÉ ET ACTIVITÉS PHYSIQUES  
EN CONTEXTE DE RÉADAPTATION CARDIQUE**

*Notes et impressions post-entrevues (à remplir par l'intervieweur)*

**Le logement**

Type et nb de pièces : \_\_\_\_\_

Décorations et style dominant : \_\_\_\_\_

Valeur (riche, moyen, pauvre, très pauvre): \_\_\_\_\_

Environnement extérieur : \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

**Physiologie**

Tenue lors de l'entrevue : \_\_\_\_\_

Grosseur : \_\_\_\_\_

Grandeur : \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

**Langage**

Qualité de la langue : \_\_\_\_\_

Accent : \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

**Impressions générales post-entrevues**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ANNEXE 8**  
**Approbation éthique :**  
**Université d'Ottawa**



Université d'Ottawa University of Ottawa

Services de recherche en éthique et conformité Research Ethics and Ethics Services

## COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE EN SCIENCES DE LA SANTÉ ET SCIENCES

### ATTESTATION D'APPROBATION ÉTHIQUE

La présente attestation certifie que le Comité d'éthique de la recherche en Sciences de la Santé et Sciences de l'Université d'Ottawa a examiné la demande d'approbation éthique pour le projet de recherche **Hommes, pauvreté et activités physiques en contexte de réadaptation cardiaque. (H 07-07-09)** présenté par le Professeur Alexandre Dumas de l'École des sciences de l'activité physique de l'Université d'Ottawa.

Le Comité d'éthique a déterminé que la demande respectait les principes éthiques établis par l'Énoncé de politique des trois conseils et par les règles de procédure des Comités d'éthique de l'Université d'Ottawa. Le Comité d'éthique a donc accordé une catégorie 1a (approbation) à ce projet. La présente attestation est valide pour un an à partir de la date indiquée ci-dessous.

Date: 24 janvier 2008

---

Germain Zongo  
Responsable de l'éthique en recherche  
Pour Daniel Lagarec, Président du CÉR en  
Sciences de la Santé et Sciences



Université d'Ottawa University of Ottawa

Sciences de la Santé et Sciences de la Vie / Health and Life Sciences

Le 24 janvier 2008

Alexandre Dumas  
École des sciences de l'activité physique  
Faculté des sciences de la santé  
Université d'Ottawa  
125 rue Université  
Ottawa, ON K1N 6N5

**Objet: Hommes, pauvreté et activités physiques en contexte de réadaptation cardiaque. (H 07-07-09)**

Cher Professeur Dumas,

Vous trouverez ci-joint le certificat d'approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche (CÉR) en Sciences de la Santé et Sciences pour votre projet de recherche.

Au cours de votre étude, toute modification au protocole ou aux formulaires ne peut être introduite sans l'approbation préalable écrite du CÉR. Vous devez aussi aviser, dans les plus brefs délais, le CÉR de tous événements ou expériences indésirables vécus par les participants.

Cette attestation d'approbation déontologique est valide jusqu'au 24 janvier 2009. Veuillez soumettre un rapport annuel au Responsable de l'éthique en recherche en janvier 2009 pour soit fermer le dossier ou faire une demande d'extension. Le formulaire pour ce rapport se trouve à l'adresse suivante:

[http://web9.uottawa.ca/services/rgessrd/deontologie/application\\_dwn\\_f.asp](http://web9.uottawa.ca/services/rgessrd/deontologie/application_dwn_f.asp)

Une copie de cette approbation sera soumise aux Services de la Recherche, si nécessaire.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à me contacter

Veuillez agréer mes sentiments les meilleurs.

Germain Zongo  
Responsable de l'éthique en recherche  
Pour Daniel Lagarec, Président du CÉR en  
Sciences de la Santé et Sciences

**DÉCISION DU  
COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE**

**NUMÉRO DU PROJET :** 332-080505  
**TITRE DU PROJET :** *Hommes, pauvreté et activités physiques en contexte de réadaptation cardiaque*  
**CHERCHEURS PRINCIPAUX :** Alexandre Dumas, Université d'Ottawa  
**Collaboratrices internes :** Lucie Girouard, coordonnatrice programme de réadaptation cardiaque, Hôpital de Hull  
Diane Chabot, chef du programme réadaptation cardiaque  
**Organisme subventionnaire :** Conseil de recherches en sciences humaines du Canada ;  
Faculté Sc. Santé, Université d'Ottawa  
**DATE DE LA RÉUNION DU COMITÉ :** Le 5 mai 2008

**Présences :**

M <sup>me</sup> Chantal Beauvais, PhD, personne versée en éthique	présidente
M. Michel Chevalier, représentant de la collectivité	secrétaire
M <sup>o</sup> Lucie Lalonde, experte juridique	membre
M. Normand Laplante, chercheur externe	membre
M <sup>me</sup> Sylvie Marchand, intervenante	membre
D <sup>r</sup> Tang Thong Nguyen, médecin de l'établissement	membre
M <sup>me</sup> Johanne Paradis, pharmacienne	membre

**RÉSUMÉ :**

L'objectif principal de cette étude vise à combler le manque d'information à l'égard de la pratique d'activités physiques d'hommes de milieux socio-économiquement défavorisés (SÉD) souffrant de maladies cardiovasculaires.

**DÉCISION :**

Les corrections ayant été effectuées selon les exigences du comité et validées par le soussigné, le comité d'éthique de la recherche approuve la tenue du projet de recherche de M. Alexandre Dumas, intitulé « *Hommes, pauvreté et activités physiques en contexte de réadaptation cardiaque* ».

Cette approbation est valide pour une durée d'un an et son renouvellement se fera sur la réception d'un rapport d'étape déposé au CER ainsi que d'un rapport à la fin des travaux. Tout incident ou toute modification pouvant survenir en cours de réalisation du projet de recherche, devra être soumis au comité d'éthique de la recherche dans les meilleurs délais.

Adopté à l'unanimité.

---

Michel Chevalier ing MRA  
Secrétaire du comité d'éthique de la recherche

---

Le 29 mai 2008  
Date

TRANSMIS PAR COURRIEL