

INFORMATION TO USERS

This manuscript has been reproduced from the microfilm master. UMI films the text directly from the original or copy submitted. Thus, some thesis and dissertation copies are in typewriter face, while others may be from any type of computer printer.

The quality of this reproduction is dependent upon the quality of the copy submitted. Broken or indistinct print, colored or poor quality illustrations and photographs, print bleedthrough, substandard margins, and improper alignment can adversely affect reproduction.

In the unlikely event that the author did not send UMI a complete manuscript and there are missing pages, these will be noted. Also, if unauthorized copyright material had to be removed, a note will indicate the deletion.

Oversize materials (e.g., maps, drawings, charts) are reproduced by sectioning the original, beginning at the upper left-hand corner and continuing from left to right in equal sections with small overlaps.

Photographs included in the original manuscript have been reproduced xerographically in this copy. Higher quality 6" x 9" black and white photographic prints are available for any photographs or illustrations appearing in this copy for an additional charge. Contact UMI directly to order.

**ProQuest Information and Learning
300 North Zeeb Road, Ann Arbor, MI 48106-1346 USA
800-521-0600**

UMI[®]



Université d'Ottawa • University of Ottawa



**National Library
of Canada**

**Acquisitions and
Bibliographic Services**

**395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada**

**Bibliothèque nationale
du Canada**

**Acquisitions et
services bibliographiques**

**395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada**

Your file Votre référence

Our file Notre référence

The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.

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

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.

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

0-612-67204-2

Canada

**ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SANTÉ:
L'HABITUS CORPOREL D'AÎNÉES IMMIGRANTES D'ORIGINE PORTUGAISE**

Josianne Roma

B.Sc., Université d'Ottawa, 1999

**Thèse soumise à la
Faculté des études supérieures et postdoctorales
comme exigence partielle
de la Maîtrise ès arts en sciences de l'activité physique**

**École des sciences de l'activité physique
Université d'Ottawa**

Juin 2001

© Josianne Roma, Ottawa, Canada, 2001

© Josianne Roma, 2001

Tous droits réservés

DEDICAÇÃO

Para os meus pais

Obrigado pelo vosso apoio, amizade e amor

REMERCIEMENTS

J'aimerais d'abord remercier ma directrice de thèse Geneviève Rail, pour son inspiration, sa patience et son soutien tout au long de ma trajectoire. J'aimerais te remercier aussi pour m'avoir donné le goût de faire de la recherche qualitative, même si des fois il est difficile de rester sur la bonne piste. J'apprécie tout le temps et l'effort que tu as mis dans ce travail et je te remercie du fond de mon cœur. J'aimerais remercier les membres de mon comité de thèse, Christine Dallaire et Jean Harvey, merci de votre temps, vos commentaires et suggestions d'amélioration et aussi de m'avoir permis de mieux comprendre les enjeux de la recherche sociologique et qualitative. Merci à Hélène Dallaire, Suzanne Laberge et Philippe Voyer pour votre écoute, vos commentaires et vos suggestions. J'aimerais remercier le Conseil de Recherche en Sciences Humaines du Canada (CRSH) pour son appui financier. Un gros merci aux participantes de l'étude, sans lesquelles ce projet n'aurait pas vu le jour. J'apprécie le temps que vous m'avez consacré au cours de cette étude. Merci aussi pour les cafés et les biscuits. Para a Adelia, Rosalina, Lucia, Maria do Carmo, Odilia, Sylvia, Filomena, Josefa, Mariana e Amélia, muito obrigado pela vossa voz, o vosso tempo e a vossa amizade. Merci aussi à la représentante de la Communauté portugaise d'Ottawa pour votre implication dans ce projet, surtout pour le recrutement et l'élaboration de l'échantillon. J'aimerais souligner aussi l'encouragement de ma famille étendue, surtout celui de ceux qui sont avec moi présentement et ceux qui ne le sont plus: votre appui moral et spirituel a été très apprécié. Finalement, j'aimerais remercier mes parents, Adelina et Joaquim Roma, d'avoir partagé avec moi une culture de laquelle je peux être fière. Merci de votre soutien émotionnel et financier, votre patience, votre encouragement et surtout de votre amour. Je serai toujours reconnaissante pour tout ce que vous avez fait pour moi, autant pendant les moments difficiles et que pendant les moments plus agréables.

RÉSUMÉ

Les femmes âgées de 65 ans et plus constituent le segment de la population qui présente le plus de problèmes de santé et qui est le moins actif physiquement. Or, la pratique de l'activité physique est un élément important dans la promotion de la santé. De plus, il est démontré que l'activité physique chez les âgées réduit les risques de cardiopathie et d'ostéoporose, accroît l'énergie et la mobilité, améliore l'autonomie et l'estime de soi et favorise, dans le contexte d'une pratique collective, la construction d'un réseau de soutien social et la conservation d'une identité culturelle. La présente étude porte sur la place de l'activité physique dans le vécu de femmes âgées immigrantes d'origine portugaise. Des éléments théoriques empruntés de la perspective socioculturelle développée par Pierre Bourdieu ont été utilisés, notamment les concepts d'habitus corporel et de logique sociale. La méthode de recherche privilégiée est qualitative et repose sur l'analyse des transcriptions d'entrevues semi-dirigées réalisées auprès d'une dizaine de femmes âgées immigrantes d'origine portugaise âgées entre 65 et 75 ans provenant de la région d'Ottawa. Les résultats de l'étude attestent que pendant la trajectoire de vie (enfance, adolescence, jeune adulte et adulte) les participantes n'ont pas fait d'activité physique ou de sport, mais qu'à la retraite, celles-ci ont plus de temps pour être actives physiquement. Pour ce qui est de l'habitus corporel des participantes, leurs perceptions de l'activité physique, de la santé et du vieillissement sont très positives et leur pratique d'activités physiques inclut notamment la marche et le travail domestique. Le soutien social influence positivement la pratique de l'activité physique récréative et le plus grand obstacle à cette dernière est la langue. Les participantes s'accordent à dire qu'une bonne nutrition et la pratique de l'activité physique sont des stratégies importantes pour la prévention de la maladie. Finalement, l'héritage culturel portugais semble déterminant de la trajectoire de vie et de l'habitus corporel (perceptions et pratiques) des participantes.

TABLE DES MATIÈRES

DEDICAÇÃO	iii
REMERCIEMENTS.....	iv
RÉSUMÉ.....	v
LISTE DES FIGURES.....	xi

PREMIÈRE PARTIE:

CONSIDÉRATIONS THÉORIQUES, EMPIRIQUES ET MÉTHODOLOGIQUES

CHAPITRE

I	INTRODUCTION.....	2
	Problématique	2
	But de l'étude	5
	Cadre théorique.....	6
	Approche méthodologique.....	6
	Importance de l'étude.....	7
II	LES ÉCRITS SUR LES AÎNÉES, LA SANTÉ ET L'ACTIVITÉ PHYSIQUE	9
	Les personnes âgées au Canada.....	9
	Les personnes âgées et la santé.....	13
	Les personnes âgées et l'activité physique	17

	Les femmes âgées et la santé.....	26
	Les femmes âgées et l'activité physique	30
	Les âgées de minorité ethnique, la santé et l'activité physique	37
	Conclusion.....	42
III	UN APERÇU DES FEMMES IMMIGRANTES ET DE LA CULTURE PORTUGAISE	43
	Le niveau socio-économique	44
	Les normes et les valeurs culturelles	45
IV	L'APPROCHE BOURDIEUSIENNE ET L'ÉTUDE DE L'HABITUS CORPOREL	53
	La perspective socioculturelle de Bourdieu	53
	Le concept d'habitus corporel.....	55
	Le concept de logique sociale	57
	Habitus corporel, logique sociale et âgées portugaises	59
V	UNE MÉTHODE QUALITATIVE ÉCLECTIQUE POUR L'ÉTUDE DE L'HABITUS CORPOREL DES ÂÎNÉES.....	60
	Une approche éclectique.....	60
	Le partenariat pour un meilleur ancrage communautaire	61
	Les participantes de l'étude	62
	La collecte des données.....	63

Pour l'authenticité des données	66
L'analyse des données.....	67
Pour la crédibilité des résultats.....	68

DEUXIÈME PARTIE:

LES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

CHAPITRE

VI	LES PARTICIPANTES	71
VII	LA TRAJECTOIRE DE VIE	79
	L'enfance	79
	L'adolescence	82
	L'âge adulte	84
	La retraite	87
	La période la plus «active»	89
	L'attitude face à la vie et au travail	90
	Les réflexions positives et négatives	92
VIII	L'HABITUS CORPOREL	96
	Les perceptions de l'activité physique	96
	Les perceptions de la santé	102
	Les perceptions du vieillissement.....	104
	Les pratiques d'activité physique	107

	Les pratiques de santé	124
IX	L'INFLUENCE DE L'HÉRITAGE CULTUREL	129
	Les perceptions des participantes à l'égard	
	de la culture portugaise-canadienne	129
	Les perceptions des participantes à l'égard	
	de la Communauté portugaise d'Ottawa	133
X	LES LIENS	137
	Le lien entre l'héritage culturel portugais et la trajectoire de vie	138
	Le lien entre l'héritage culturel portugais et l'habitus corporel	141
	Le lien entre les perceptions et les pratiques	142
XI	LES RÉSULTATS EN RÉSUMÉ:	
	L'HISTOIRE DE MARIA RIBEIRO	144
 TROISIÈME PARTIE:		
LES CONCLUSIONS DE L'ÉTUDE		
 CHAPITRE		
XII	DISCUSSION	151
	Les perceptions de l'activité physique	151
	Les pratiques de l'activité physique	153

Les perceptions de la santé.....	162
Les pratiques de santé	165
Les perceptions du vieillissement.....	167
XIII CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	169
Conclusions.....	169
Recommandations	172
Recommandations au milieu académique.....	172
Recommandations au milieu communautaire.....	175
RÉFÉRENCES.....	177
ANNEXE	
A Formulaire de recrutement.....	190
B Lettre d'autorisation du comité d'éthique.....	193
C Guide d'entretien.....	196
D Formulaire de consentement	203

LISTE DES FIGURES**FIGURE**

- 1 Classification du niveau d'activité physique des participantes.....78**
- 2 Le lien positif entre les perceptions de l'activité physique, la santé
et le vieillissement106**
- 3 Modèle empirique de l'habitus corporel d'aînées d'origine portugaise ...137**

PREMIÈRE PARTIE

CONSIDÉRATIONS THÉORIQUES, EMPIRIQUES ET MÉTHODOLOGIQUES

CHAPITRE I

INTRODUCTION

Problématique

Les femmes âgées de 65 ans et plus constituent le segment de la population qui croît le plus rapidement au Canada, qui présente le plus de problèmes de santé et qui est le moins actif physiquement (Fitzgerald, Singleton, Neale, Prasad et Hess, 1994; Mercer et Garner, 1989; Santé Canada, 1999h). Par ailleurs, les enquêtes épidémiologiques démontrent qu'une bonne partie des problèmes de santé peuvent être évités par des comportements de prévention (Morgan & Clarke, 1997; O'Brien Cousins & Vertinsky, 1995; O'Brien Cousins & Keating, 1995; Trippett, 1991). Or, la pratique de l'activité physique constitue l'un des paramètres clés de la prévention de la maladie et de la promotion de la santé chez les femmes âgées (Eyler, Brownson, Donatelle, King, Brown et Sallis, 1999; MacRae, 1986; Nieman, 1998; O'Brien et Vertinsky, 1991; Paxton, Browning et O'Connell, 1997).

Plusieurs travaux de recherche (e.g., Berger, 1988; CCNTA, 1999b; Chogahara, 1999; Dallaire, 1988; Hagberg, 1994; King, 1991; McPherson, 1990, 1994; Nieman, 1998; O'Brien et Vertinsky, 1991; OMS, 1999b; Paxton, Browning et O'Connell, 1997; Shephard, 1997; Weinstein, 1988) ont clairement démontré que l'activité physique chez les aînées réduit les risques de cardiopathie, réduit les risques de chutes et d'ostéoporose, accroît l'énergie, renforce le tonus

musculaire et la mobilité, aide à améliorer l'estime de soi et favorise, dans le contexte d'une pratique collective, la construction d'un réseau de soutien social et la conservation d'une identité culturelle. Des bénéfices à long terme de la pratique de l'activité physique chez les femmes âgées ont également été suggérés: un sentiment accru d'autonomie et de qualité de vie, une plus grande résistance à la maladie, une plus grande indépendance et une plus grande longévité (Morgan et Clarke, 1997; O'Brien Cousins et Keating, 1995; O'Brien Cousins et Vertinsky, 1995).

Compte tenu que c'est chez les aînées de 65 ans et plus provenant de milieux socio-économiquement moins favorisés et de communautés ethnoculturelles que l'on observe le plus bas taux de pratique d'activités physiques, il s'avère urgent et crucial d'étudier la problématique de la pratique de l'activité physique auprès de cette population particulière; une population qui n'a pas été considérée jusqu'à maintenant. En effet, les travaux de recherche adoptant une approche socio-culturelle dans l'étude des déterminants de la pratique d'activités physiques chez les aînées sont peu nombreux et ont été effectués auprès d'aînées provenant de la culture dominante (e.g., O'Brien Cousins 1994, 1997; Vertinsky, 1995). De plus, on retrouve certaines études qui se sont penchées sur les préférences des aînées face aux types d'activités proposées (Mills, Stewart, Sepsis et King, 1997; Taunton, Martin, Rhodes, Wolski, Donnelly et Elliot, 1997; Whaley et Ebbeck, 1997). Il en est ressorti que les programmes d'activités actuellement offerts, tels les classes d'exercice, correspondent peu aux goûts et à la culture des aînées. L'étude McArthur a par

ailleurs remis en question le déterminisme de la vie antérieure et a suggéré que l'activité physique pouvait être une source d'intérêt et de développement à tous les niveaux chez les aînées (voir Rowe et Kahn, 1998). Toutefois, cette étude n'a pas pris en compte l'effet différentiel des caractéristiques socio-économiques et de l'héritage culturel des aînées étudiées.

Aucune documentation véritable sur l'habitus corporel des aînées et surtout celle des aînées de milieux socio-économiquement moins favorisés n'a pu être répertoriée en regard de leur intérêt ou désintérêt face à l'activité physique. De plus, aucune étude n'a identifié spécifiquement l'influence des logiques sociales sur l'habitus corporel et les pratiques d'activité physique et de santé des femmes aînées.

En ce qui concerne les aînées provenant de minorités ethnoculturelles, il existe une lacune importante quant aux connaissances sur leurs pratiques d'activité physique. Il existe quelques études américaines sur les aînées des minorités ethniques (e.g., Eyer, Baker, Cromer, King, Brownson et Donatelle, 1998; Zhan, Cloutterbuck, Keshian et Lombardi, 1998). Quant aux aînées d'origine portugaise, aucune documentation sur les pratiques d'activité physique et de santé n'a pu être répertoriée. Comme le stipule Nunes (1998), la communauté portugaise au Canada a traditionnellement été sous-représentée dans les structures sociales et politiques de notre société. Ce qui semble également être le cas au plan de la recherche.

But de l'étude

Cette étude porte généralement sur le rôle de l'activité physique dans la promotion de la santé des femmes âgées provenant de milieux ethnoculturels. Plus spécifiquement, elle cible des aînées immigrantes d'origine portugaise de milieux socio-économiquement moins favorisés et porte sur les logiques sociales qui les incitent (ou les découragent) à opter pour une stratégie de santé telle que la pratique de l'activité physique.

Les buts de l'étude sont: (a) de mieux cerner les déterminants socio-culturels en matière de promotion de la santé et de l'activité physique; (b) de mieux saisir en quoi l'activité physique peut constituer une stratégie du bien-vieillir chez les aînées d'origine portugaise; (c) de mieux comprendre les logiques sociales qui incitent les aînées d'origine portugaise à opter pour une stratégie de santé telle que la pratique de l'activité physique; (d) de mieux saisir la trajectoire, les perceptions des ressources matérielles et humaines, les pratiques et préférences en matière d'activités physiques ainsi que les perceptions en matière d'activité physique, de santé et de vieillissement des aînées d'origine portugaise; et (e) de mieux comprendre la pratique de l'activité physique en tant que composante de l'habitus corporel des aînées d'origine portugaise.

Cadre théorique

Cette étude privilégie une approche écologique de la santé où sont en interaction dynamique les dimensions physique, affective, sociale et culturelle de la personne et de son environnement. Pour se faire, des éléments théoriques empruntés de la perspective socioculturelle développée par Bourdieu (1980), Boltanski (1971) et Pociello (1981) sont utilisés, notamment les concepts d'habitus corporel et de logique sociale. L'habitus corporel peut être défini comme l'ensemble des schèmes de dispositions, de perceptions et d'appréciations face à son corps, à la manière de le traiter, de l'entretenir et de le soigner. Apparenté à ce concept et issu du même modèle théorique est celui de logique sociale qui renvoie à une forme de «cohérence objective et subjective» entre des pratiques (corporelles ou autres) données et des conditions de vie données.

Approche méthodologique

Une méthode de recherche qualitative a été privilégiée. Ainsi l'étude a emprunté des approches ethnographiques et féministes pour la collecte des données. Par ailleurs, l'analyse des données a été faite à l'aide du logiciel d'analyse de contenu NVivo. L'étude a été fondée principalement sur l'analyse et l'interprétation des transcriptions d'entrevues semi-dirigées réalisées auprès d'une dizaine de femmes âgées immigrantes d'origine portugaise âgées entre

65 et 75 ans. L'étude a été faite en collaboration avec la Communauté portugaise d'Ottawa. L'échantillon a été constitué avec l'aide d'une représentante de cette communauté qui a aussi participé aux autres étapes cruciales de la recherche (i.e. interprétation des résultats, vérification de la crédibilité des résultats, etc.) Les entrevues ont duré en moyenne une heure et demie et ont permis de mieux saisir la trajectoire personnelle de chacune des participantes en matière d'activité physique, de santé et de vieillissement. Les résultats de l'étude ont été vulgarisés et rédigés sous forme d'une histoire courte concernant une femme aînée immigrante d'origine portugaise hypothétique, son vécu corporel, son vieillissement et sa santé. Cette histoire a été présentée aux participantes pour discussion et à des fins de vérification de la crédibilité des résultats.

Importance de l'étude

L'étude est importante en ce qu'elle porte sur la santé des femmes aînées, ces dernières constituent une des sous-populations les plus à risque au Canada. Comme la pratique de l'activité physique est un outil crucial à la prévention de la maladie et à la promotion de la santé, il est crucial de comprendre, dans le vécu corporel de femmes aînées, en quoi l'activité physique peut participer aux stratégies du bien-vieillir. Il est également crucial de saisir les logiques sociales qui informent l'habitus corporel de ces aînées.

L'importance de cette étude découle également du fait qu'elle s'intéresse aux aînées immigrantes d'origine portugaise. Un tel choix d'échantillonnage

s'avère judicieux puisqu'aucune étude n'a été menée sur les femmes âgées immigrantes d'origine portugaise et l'activité physique et la santé. Le choix de cibler des aînées provenant d'une minorité ethnique prend son importance dans le fait que les femmes de communautés ethnoculturelles sont habituellement absentes de ce genre d'étude. Les résultats de l'étude permettent aussi de mieux cerner les déterminants socio-culturels en matière de pratique d'activités physiques.

Au plan de la contribution théorique, cette étude permet de combler certaines lacunes au plan des écrits sur l'habitus corporel et les logiques sociales qui incitent ou découragent les femmes aînées d'origine portugaise à opter pour une stratégie de santé telle que la pratique de l'activité physique. Au plan de la contribution sociale, cette étude permet de fournir aux organismes de promotion de la santé et de l'activité physique les connaissances pouvant contribuer à améliorer et développer des programmes et des interventions plus efficaces auprès de femmes aînées de milieux socio-économiquement moins favorisés et celles des communautés ethnoculturelles. L'étude permet aussi de mieux cerner les déterminants socio-culturels en matière de promotion de la santé et de l'activité physique. Une telle connaissance pourrait ultimement permettre d'identifier certaines stratégies qui auraient pour but la promotion de l'activité physique chez les aînées d'origine portugaise.

CHAPITRE II

LES ÉCRITS SUR LES AÎNÉES, LA SANTÉ ET L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Ce chapitre présente une recension des écrits sur les pratiques d'activité physique et de santé des femmes aînées. Cette recension permet de mieux situer la problématique entourant la pratique de l'activité physique des femmes aînées appartenant à une minorité ethnique. Six thèmes reliés à la problématique sont documentés dans la littérature: (a) les personnes âgées au Canada, (b) les personnes âgées et la santé, (c) les personnes âgées et l'activité physique, (d) les femmes aînées et la santé, (e) les femmes aînées et l'activité physique, et (f) les aînées de minorité ethnique, la santé et l'activité physique. Les lacunes retrouvées dans la recension des écrits sont présentées en conclusion de ce chapitre.

Les personnes âgées au Canada

Nous vivons dans une société au sein de laquelle les personnes âgées jouent un rôle important et intégral. Les Nations-Unies ont proclamé 1999 «L'année internationale des personnes âgées» et l'objectif principal de l'année était «d'améliorer la compréhension, l'harmonie et l'entraide parmi les générations, de mieux faire connaître la contribution des aînés au sein de leur famille et de la collectivité, et d'encourager tous les secteurs de la société à

répondre aux besoins d'une population âgée dans un monde en rapide évolution» (Santé Canada, 1999g, p. 1).

L'Organisation mondiale de la santé (1999a) indique que l'espérance de vie a augmenté de façon rapide au cours du dernier siècle et qu'elle continuera à augmenter dans presque toutes les populations à travers le monde. Actuellement, les tendances indiquent qu'il y a environ 580 millions de personnes âgées (60 ans et plus) dans le monde. On s'attend à ce que ce chiffre augmente à 1 milliard d'ici l'an 2020, ce qui représente une augmentation de 75%, comparativement à 50% d'augmentation estimée pour la population de moins de 60 ans (OMS, 1999a).

Au Canada, les personnes âgées représentent l'un des segments de la population qui connaît la croissance la plus rapide (Santé Canada, 1999b). Statistique Canada estime qu'en 1998, il y avait 3,7 millions de Canadiens et Canadiennes âgés de 65 ans et plus, ce qui représente une hausse de près de 60% par rapport à 1981 (2,4 millions d'aînés). En fait, l'augmentation du nombre d'aînés et aînées depuis les années 1980 correspond au double du taux de croissance de l'ensemble de la population. Par conséquent, un Canadien sur dix est maintenant une personne âgée. En observant les tendances de l'avenir, Statistique Canada prévoit que d'ici 2021, il y aura près de 7 millions de personnes âgées, soit 18% de l'ensemble de la population et que d'ici 2041, ce nombre passera à près de 10 millions, soit 23% de la population canadienne (Santé Canada, 1999b).

En terme de caractéristiques démographiques, Statistique Canada (1996a) signale qu'en 1996, 75% des personnes âgées habitaient dans une région urbaine, 59% dans une ville d'au moins 100 000 habitants, 17% dans des villes plus petites et environ 24% dans des régions rurales. Statistique Canada (1996e) stipule aussi que le revenu moyen annuel pour les aînés était de 19 952 \$ en 1996. Plus spécifiquement, le revenu annuel était de 42 759 \$ pour les familles dirigées par une personne âgée, 25 020 \$ pour un homme âgé vivant seul et 18 139 \$ pour une femme âgée vivant seule. En plus, il est indiqué que le revenu des aînés et aînées provient de divers endroits: 29% de la Sécurité de la vieillesse ou du Supplément de revenu garanti, 28% du Régime de pension du Canada ou du Régime des rentes du Québec, 21% de régimes de pensions privés, 17% d'investissements et 7% d'un emploi. Au Canada, 21% des personnes âgées ont un faible revenu, soit 13% des hommes âgés et 27% des femmes âgées (Statistique Canada, 1996f).

Les aînés et aînées canadiens forment un groupe hétérogène dont la culture, la langue et l'état de santé varient considérablement (Santé Canada, 1999a, p.1). En outre les aînés et aînées immigrants représentent une forte proportion des personnes âgées au Canada. En 1996, 27% de la population des personnes de 65 ans et plus était composée d'immigrants et immigrantes, ce qui représente un aîné sur quatre (Santé Canada, 1999c). La plupart des personnes immigrantes âgées vivant au Canada y sont depuis assez longtemps, selon Statistique Canada (1996b), 74% de ces personnes sont arrivées au Canada avant 1971.

Certains groupes ethniques ont une longue histoire au Canada et ont des communautés bien établies, tandis que d'autres sont arrivés relativement récemment. En ce qui concerne les langues parlées par les aînés et aînées canadiens, Statistique Canada (1996b) indique qu'environ 96% parlent l'une des deux langues officielles. Cependant, 4,5% des aînés et aînées ne parlent ni le français, ni l'anglais, comparativement à 1,7% de la population âgée entre 15 et 64 ans (CCNTA, 1999a). De plus, Statistiques Canada indique que 12% parlent une langue autre que le français ou l'anglais à la maison. Plusieurs des difficultés qui surgissent au plan de la communication peuvent avoir une incidence sur la santé des personnes âgées. En outre, ces difficultés peuvent mener à un service de santé inadéquat, un traitement déficient, un dépistage non nécessaire ou une autorisation de décharge prématurée (CCNTA, 1999a).

En bref, peu d'études ont été faites sur les aînés de minorités ethniques et il existe un manque de connaissance au sujet des besoins des personnes âgées des communautés ethnoculturelles (MacLean, Siew, Fowler et Graham, 1987). Dans le passé, il existait une tendance à ignorer les membres les plus âgés des groupes ethniques dans les recherches (Cool, 1981). Aujourd'hui, on commence à prendre note du fait que le processus de vieillissement a des dimensions psychologiques, biologiques et sociales, mais aussi qu'on doit davantage explorer les facteurs culturels qui affectent la personne vieillissante dans son milieu social (Holzberg, 1982).

Les personnes âgées et la santé

Le vieillissement est un processus complexe qui influence le fonctionnement de l'organisme aux plans biologique, psychologique et social (MacRae, 1986; McPherson, 1994). Ce processus varie beaucoup entre les individus et est influencé par le style de vie et des facteurs génétiques (Nieman, 1998). Les individus sont influencés par leur environnement social, physique et culturel avec lequel ils sont en constante interaction (McPherson, 1994). Le vieillissement est un processus continu en relation itérative avec les événements, les expériences, les croyances, les valeurs et les rôles d'une personne.

Le vieillissement de la population pose de multiples défis à notre société, surtout si l'on en croit la littérature actuelle. Ainsi, il n'est pas rare de trouver une vision pessimiste du vieillissement où l'accent est mis sur la perte d'autonomie, les problèmes de santé physique et mentale, les programmes et les services à instaurer et l'inadaptation que l'on semble voir inévitablement associée à la vieillesse. De plus, les études s'intéressent moins fréquemment aux aspects dynamiques du processus du vieillissement, à la qualité de vie et aux facteurs qui contribuent au développement et au bonheur des personnes âgées (Rousseau, Denis, Dubé et Beauchesne, 1995).

Les personnes âgées ont le potentiel de vivre physiquement, socialement et cognitivement des vies actives pendant plusieurs années, spécialement si elles ont les occasions appropriées ainsi qu'un soutien social et économique de la famille, des ami(e)s et de la communauté (McPherson, 1994). Bien que les

expériences des individus varient, il y a des modèles communs au processus de vieillissement et les personnes d'une même génération sont influencées par des événements sociaux et historiques similaires. En d'autres mots, l'individu vieillit au sein d'une structure sociale et des facteurs culturels, historiques, politiques, économiques et environnementaux affectent différentes générations différemment (McPherson, 1994).

Une des questions importantes reliée au vieillissement est certainement celle de la santé. Le statut de santé des personnes âgées a traditionnellement été interprété en termes de présence ou d'absence de maladie et de degré de capacité ou d'incapacité fonctionnelle (Chappell, Strain et Blandford, 1986). Cette vision de la santé a toutefois été remise en question et l'Organisation mondiale de la santé a adopté une définition plus holistique et positive de la santé: «La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité» (OMS, 1998, p. 1). En ce qui a trait aux personnes âgées, les définitions traditionnelles de la santé ne permettaient que de les inscrire dans un modèle déficitaire où seulement les pertes étaient considérées. Avec la nouvelle définition de l'Organisation mondiale de la santé, des modèles beaucoup plus positifs sont possibles: «La santé est essentielle pour le bien-être et la qualité de la vie des personnes âgées, et elle est indispensable pour que les citoyens âgés continuent de jouer un rôle actif dans la société» (1999a). Maintenir et améliorer la santé des personnes âgées devient donc un aspect important, d'autant plus que celles-ci constituent un

segment de la population qui augmente en nombre (Fitzgerald, Singleton, Neale, Prasad et Hess, 1994).

L'âge, la santé, le genre, l'éducation, l'état conjugal, le milieu culturel et le cadre géographique sont des éléments importants de l'environnement social qui influencent les perceptions, les croyances et le style de vie des personnes âgées (O'Brien Cousins, 1994). Ces dernières ont cependant la capacité d'expérimenter des changements dans leurs croyances, leurs comportements, leurs connaissances et leur valeurs en vieillissant. Bien sûr, il y a une variété d'attributs sociaux comme le sexe, la race, l'éducation et le revenu qui influencent les valeurs et les croyances en facilitant ou en inhibant les occasions de faire certaines expériences de vie. Les divers systèmes de différenciation sociale peuvent créer des inégalités vraies ou perçues et peuvent influencer le style de vie d'individus ou de sous-groupes particuliers (McPherson, 1994).

En ce qui concerne les perceptions de la santé, Statistique Canada (1996d) rapporte que les personnes âgées évaluent leur état de santé de la façon suivante: 12% se perçoivent en excellente santé, 28% en très bonne santé, 38% en bonne santé, 16% en assez bonne santé et 6% en mauvaise santé. Les principales maladies que les personnes âgées rapportent sont l'arthrite ou le rhumatisme, l'hypertension, les troubles cardiaques et respiratoires, les cataractes, l'incontinence, le glaucome et la maladie d'Alzheimer ou autres types de démence (Statistique Canada, 1996d; Shephard, 1997).

Quant au soutien social, il semble que celui-ci permette à une personne de se sentir aimée, estimée et membre à part entière d'un réseau d'obligations mutuelles dans ses multiples formes (e.g., émotionnelle, physique), ce qui a des effets positifs sur la santé. Le soutien social peut réduire certains effets négatifs reliés au vieillissement d'une part et, d'autre part, le fait de parler, toucher et d'être entouré est essentiel pour le bien-être. Les aînés et aînées qui ont un bon réseau de soutien social sont généralement en meilleure santé que ceux et celles qui n'ont aucun soutien social (Rowe et Kahn, 1998).

Les aînés et aînées de minorités ethniques ont des coutumes et préférences qui varient de celle de la culture majoritaire en terme de mode de vie, d'interaction familiale et de réseau de soutien social. Comme l'indique le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA), «la diversité culturelle canadienne signifie que les besoins spécifiques des groupes ethnoculturels qui composent la mosaïque canadienne doivent être identifiés et compris» (CCNTA, 1999a, p. 13). En ce qui a trait aux besoins spécifiques aux pratiques de santé, tout reste à faire. La littérature commence à peine à aborder les questions concernant le vieillissement et l'ethnicité, malgré la croissance de la population des personnes âgées et du pourcentage d'aînés et aînées appartenant aux minorités ethniques (Association canadienne de la santé publique, 1988). Plus précisément, un rapport intitulé National Needs Assessment Report et portant sur les Canadiens d'origine portugaise (Nunes, 1998), indique qu'au Canada, il y a un manque d'accessibilité des services sociaux culturels et linguistiques, ce qui affecte directement les personnes âgées de la communauté portugaise. Comme

plusieurs d'entre-elles ne parlent ni le français, ni l'anglais, il en résulte une difficulté d'accès à des services sociaux et de santé. Le même rapport indique que plusieurs facteurs affectent la santé et le bien-être des femmes d'origine portugaise (e.g., la violence domestique et la division patriarcale du travail). De plus, ce rapport indique que les aînés et aînées d'origine portugaise ressentent une isolation culturelle et psychologique qui semble être associée au manque de programme récréatif en langue portugaise.

Finalement, en ce qui a trait à la santé, Kendall (1992) indique que les immigrants portugais perçoivent deux sources à la maladie: organique et surnaturelle. Lorsque la maladie apparaît, elle est perçue comme un affaiblissement de l'organisme ou encore comme une punition de Dieu ou la volonté de Dieu. Dans l'étude américaine de Cox (1986), 9% des participants portugais indiquaient qu'ils croyaient que la maladie était causée par des forces spirituelles. Les problèmes de santé les plus fréquents dans la communauté portugaise sont l'arthrite, l'anxiété, le stress, l'hypertension, les allergies et l'obésité (Kendall, 1992).

Les personnes âgées et l'activité physique

La pratique régulière de l'activité physique est cruciale pour la santé et est identifiée par plusieurs auteurs comme étant un outil important de la prévention de la maladie et de l'amélioration de la santé de la population en général et des personnes âgées en particulier (e.g., King, 1991; Paxton, Browning et O'Connell,

1997). Selon King (1991), «en plus de contribuer à prévenir la maladie, l'activité physique régulière peut être bénéfique à la population vieillissante puisqu'elle prévient en diminuant l'incapacité fonctionnelle lorsque la maladie est déjà présente» (p. 88; trad). L'activité physique à une intensité modérée est reconnue comme une intervention de santé significative pour les personnes âgées (Paxton, Browning et O'Connell, 1997). L'activité physique peut influencer la qualité de vie et peut ajouter des années à la vie d'une personne lorsqu'elle est associée à des conditions de vie saine. Pour plusieurs aînés, être «en forme» représente une absence de maladie, de douleur physique et d'inconfort. Cela représente aussi une capacité de jouir d'une autonomie, d'une mobilité et d'une indépendance ainsi qu'une capacité à faire face aux problèmes quotidiens. Cette façon de mener une «vie active» repose sur le principe qu'être physiquement actif affecte positivement les individus sur les plans émotif, mental, social, spirituel et physique (CCNTA, 1999b, p. 6).

Les effets positifs de l'activité physique sont persistants même avec l'âge avancé et peuvent diminuer les risques de mortalité, améliorer l'humeur et réduire l'impact des autres risques associés à la santé (Rowe et Kahn, 1998). L'activité physique permet aux aînés de mieux fonctionner dans leur vie de tous les jours. Elle leur permet aussi de vivre une longue et meilleure vie même lorsqu'ils doivent faire face à des problèmes de santé (Rowe et Kahn, 1998).

L'activité physique est bénéfique à tous les âges et, pour les personnes âgées, ces bienfaits se font sentir sur les plans physiologique, psychologique et social (Berger, 1988; Chogahara, 1999; Hagberg, 1994; McPherson, 1990,1994;

Shephard, 1997; Weinstein, 1988). De plus, les programmes d'activités physiques pour les personnes âgées peuvent avoir d'importants effets sur la qualité de vie. Les personnes âgées qui indiquent faire de l'exercice régulièrement signalent avoir un meilleur sommeil, être moins vulnérables aux maladies virales et avoir une meilleure qualité de vie que leur pair(e)s sédentaires.

Au niveau physiologique, les bienfaits de l'exercice chez les personnes âgées sont d'accroître la force musculaire, le sens de l'équilibre, la mobilité des articulations et la coordination motrice (OMS, 1999b). L'activité physique a également des effets favorables sur la tension artérielle et le poids, elle permet de diminuer le risque de cardiopathie, d'ostéoporose, de certains cancers, de diabète et des chutes (OMS, 1999b; Nieman, 1998); elle diminue les désordres métaboliques, l'arthrite et l'hypertension (Chogahara, 1999); elle permet d'améliorer la tension musculaire (Berger, 1988) et d'augmenter la capacité aérobie (Nieman, 1998).

Au plan psychologique, une activité physique appropriée permet: de mieux se détendre, de diminuer le stress, l'anxiété et la dépression et d'augmenter l'agilité mentale (OMS, 1999b); d'améliorer la fonction cognitive, la confiance et la satisfaction en regard de la vie (Chogahara, 1999); et d'améliorer le concept de soi (Dallaire, 1988). Selon Dallaire (1988), «l'activité physique apporte cette prise de conscience corporelle, le plaisir de se mouvoir, de s'exprimer, de communiquer, de créer par son corps, de vivre avec son corps et de l'accepter tel qu'il est» (p. 219).

Enfin, sur le plan social, la pratique de l'activité physique engendre plusieurs avantages: «L'exercice physique est un plaisir et peut se pratiquer en groupe ou avec des amis, multipliant ainsi les contacts sociaux et favorisant l'intégration sociale» (OMS, 1999b, p. 1). Or, on sait que le processus de vieillissement entraîne plusieurs conséquences sociales, car on sait que la solitude est l'apanage d'une grande proportion de personnes âgées. Certains chercheurs suggèrent donc que l'activité physique en groupe peut offrir un moyen de combler le besoin d'un plus grand nombre de contacts sociaux (Shephard, 1997).

De façon itérative, la vie active mène à une certaine forme physique qui à son tour donne suffisamment d'énergie et de vitalité pour accomplir les tâches quotidiennes et les activités de loisir sans fatigue excessive (Nieman, 1998). La meilleure recommandation pour les aînés et aînées sédentaires serait d'augmenter la pratique de l'activité physique en encourageant des activités simples et sécuritaires telles la marche, l'ascension d'escaliers et le jardinage (Bokovoy et Blair, 1994; OMS, 1999b) ou encore la bicyclette, la natation, la gymnastique et la danse (OMS, 1999b). La marche est certainement la forme d'exercice la plus commune chez les personnes âgées (Clark, 1996). Elle constitue un exercice sans danger, naturel, intégré au mode de vie et qui ne demande aucune aptitude ou équipement particulier (OMS, 1999b).

D'après l'Organisation mondiale de la santé (1999b), la grande majorité des personnes âgées restent physiquement actives jusqu'à un âge avancé, même si celles-ci souffrent de divers problèmes de santé. Généralement, les

personnes âgées disposent de plus de temps libre que les membres des groupes d'âges moins élevés. Les aînés et aînées consacrent une heure et demie par jour à la poursuite de loisirs comme le sport, les activités sociales, les passe-temps et les promenades en voiture. Ils et elles passent aussi une bonne partie de leur temps libre à voyager (Santé Canada, 1999a). Selon Santé Canada (1999f), environ la moitié des aînés canadiens font régulièrement de l'activité physique. En 1997, 50% de toutes les personnes 65 ans et plus ont indiqué faire de l'activité physique de façon régulière, tandis que 12% en faisaient à l'occasion. Parmi les aînés, les hommes sont un peu plus susceptibles que les femmes de faire de l'activité physique. En 1997, 53% des hommes de 65 ans et plus signalaient faire régulièrement de l'activité physique, comparativement à 47% des femmes de ce groupe d'âge (Statistique Canada, 1999d). S'il y a beaucoup d'évidence empirique à l'effet que la pratique de l'activité physique joue un rôle important pour la santé mentale, physique et sociale, les scientifiques se demandent encore pourquoi il y a si peu d'aînés actifs (e.g., Conn, 1998; O'Brien Cousins, 1994).

L'inactivité pendant le vieillissement peut résulter d'une combinaison de facteurs tels le style de vie établi, le manque de connaissance au sujet des bienfaits de l'activité physique sur la santé, le manque d'opportunité pour participer, les limites physiques et le manque d'encouragement de la part du médecin ou d'une personne significative (McPherson, 1994). De plus, certaines attentes culturelles sous forme de sanctions normatives liées à l'âge ou au

genre ainsi que certains obstacles peuvent être responsables de l'augmentation de la sédentarité en vieillissant (Ostrow, 1984).

L'histoire de vie peut influencer les motivations d'un individu quant à l'implication dans la pratique de l'activité physique (Hirvensalo, Lampinen et Rantanen, 1998). Dans l'étude de Smith et Storandt (1997) la participation sportive compétitive, les croyances de santé, les raisons associées à la pratique de l'activité physique et la personnalité des personnes âgées ont été examinées. Selon les résultats de cette étude, ce sont les premières années de l'âge adulte qui constituent la période critique en ce qui concerne la continuation de la participation sportive. De plus, les comportements sportifs du passé président bien les comportements futurs. La socialisation à la pratique de l'activité physique peut se produire pendant la jeunesse et doit être continuellement cultivée et renforcée à travers le cycle de vie d'un individu (Ostrow, 1984). Cependant, McPherson (1994) indique que les événements pendant la jeunesse n'ont pas tous un impact sur le vieillissement.

O'Brien Cousins (1994) indique que le soutien social semble être un bon indicateur de la vie active malgré les distinctions que peuvent engendrer des variables telles que la grandeur de la famille, la fréquence des contacts et les arrangements de vie. Tout de même, O'Brien Cousins indique que le soutien social constitue une force significative qui encourage les individus à initier la pratique de l'activité physique, à la maintenir et à augmenter le plaisir dérivé de l'expérience.

Dans l'étude de Chogahara (1999) sur le lien qui existe entre le soutien social et l'activité physique, trois sources d'influences sociales majeures sont identifiées: la famille, les ami(e)s et les professionnels de la santé. Cette étude indique aussi qu'il ne s'agit pas de trois groupes qui tentent d'offrir différents types d'influences, mais plutôt de groupes qui offrent des influences similaires et qui ont différents degrés d'efficacité quant à l'encouragement de la pratique de l'activité physique. Ainsi, le soutien des ami(e)s semble avoir un plus grand impact sur l'activité physique que le soutien de la famille ou des experts. Chogahara conclut donc que le soutien des ami(e)s devrait être promu dans les relations sociales afin d'encourager la pratique de l'activité physique chez les personnes âgées.

La forme et la disponibilité du soutien social semblent également varier selon le sexe, l'âge, la région géographique, la religion, la classe sociale et le milieu ethnique. Les réseaux de soutien social peuvent faciliter la dissémination des connaissances au sujet des styles de vie actif, offrir les pair(e)s comme modèles de rôle et encourager ou motiver les pair(e)s à adopter et maintenir des programmes d'activité physique (McPherson, 1994). Enfin, il est indiqué que le soutien social informel est un élément important dans l'adoption et le maintien d'un style de vie actif.

Les obstacles à la pratique de l'activité physique ne sont pas universels mais surtout présents chez certains groupes comme les femmes, les minorités ethniques et raciales, les personnes socio-économiquement défavorisées, les personnes possédant un plus faible niveau d'éducation et les personnes qui ont

des handicaps physiques ou cognitifs (McPherson, 1994). McPherson identifie aussi quatre facteurs sociaux qui agissent comme obstacles à la pratique de l'activité physique: (a) la structure sociale, (b) l'histoire de vie et les opportunités restreintes pour les personnes d'un certain groupe d'âge, (c) l'environnement physique et social, et (d) l'absence de politique publique concernant la promotion de la santé et de l'activité physique.

Quant aux obstacles à la participation à l'activité physique, Weinstein (1988) indique que plusieurs des personnes âgées sont au courant de la valeur de la pratique de l'activité physique, participent à des programmes d'activité physique et encouragent les autres à participer. Cependant, selon Weinstein, un grand nombre de personnes âgées ne participent pas et les raisons sont les suivantes: il y a un manque de compréhension de l'importance et de la valeur de l'activité physique; certaines personnes âgées croient qu'il est temps pour elles de se reposer et que le besoin de pratiquer l'activité physique est en déclin lors du vieillissement; il y a une résistance de la communauté à encourager l'exercice pour les personnes âgées; celles-ci croient que si les médecins ne recommandent pas l'activité physique, elle n'est pas nécessaire; les aînés et aînées croient qu'ils font suffisamment d'exercice en faisant le ménage et le jardinage; plusieurs personnes âgées croient qu'elles sont simplement trop fatiguées pour faire un tel effort; et des personnes âgées ne font pas d'activité physique par peur de blessure ou de crise cardiaque.

McPherson (1990) indique que les attitudes négatives envers l'activité physique peuvent être un facteur expliquant le faible taux de participation. Ainsi,

certaines personnes vivent de mauvaises expériences tôt dans la vie et restent avec une attitude négative envers l'activité physique. Cette attitude négative peut être renforcée par la croyance de stéréotypes ou de mythes, comme ceux selon lesquels la pratique de l'activité physique doit diminuer avec l'âge, les aînés n'ont pas la capacité de pratiquer l'activité physique ou les aînés devraient plutôt relaxer à leur âge.

Outre l'âge et le sexe, plusieurs facteurs importants peuvent influencer la pratique de l'activité physique. Selon Whaley et Ebbeck (1997), le niveau socio-économique, la race, la religion, le statut conjugal et l'habileté physique peuvent influencer le niveau, la fréquence et le choix de l'activité physique.

Mensink, Loose et Oomen (1997) ont étudié les liens entre l'activité physique et les facteurs socio-économiques. Ils démontrent que les hommes et les femmes provenant de milieux socio-économiques favorisés étaient quatre à cinq fois plus susceptibles d'être engagés dans une activité de loisir que ceux de milieux socio-économiques défavorisés. Le style de vie sédentaire des personnes âgées peut être dû au manque d'information sur l'activité physique appropriée pour promouvoir la santé et prévenir la maladie (MacRae, 1986).

Finalement, en ce qui a trait aux facteurs environnementaux, la culture, l'économie et le climat d'une région particulière peuvent être des obstacles à la pratique de l'activité physique. Par exemple, il peut y avoir des normes culturelles défavorables à la pratique de l'activité physique et aux loisirs. Des éléments climatiques comme la pollution, la neige, l'humidité, le vent et les heures de soleil peuvent aussi influencer la disponibilité et l'accès aux programmes d'activité

physique et aux équipements nécessaires. De plus, l'économie faible dans une région peut influencer négativement la disponibilité des équipements de loisir et des programmes de loisirs actifs pour les personnes âgées (McPherson, 1994).

Les femmes âgées et la santé

Les femmes constituent la majorité des personnes âgées au Canada (Santé Canada, 1999e). Selon les statistiques de 1998, 57% des personnes âgées de 65 ans et plus au Canada étaient des femmes, et les femmes représentaient 51% des personnes de 55 à 64 ans (Santé Canada, 1999e). Quant à l'avenir, Santé Canada (1999e) prévoit qu'en 2041, la population des personnes âgées se composera de 56% de femmes, soit un peu moins qu'actuellement.

L'espérance de vie prévue à 65 ans, est de 18,4 ans en moyenne pour les personnes âgées. Les femmes âgées ont une espérance de vie plus longue que les hommes âgés. Ainsi, une femme âgée de 65 ans en 1996 pouvait s'attendre à vivre encore en moyenne 20,2 ans, soit presque 4 années de plus qu'un homme du même âge (Statistique Canada, 1999c). Cette différence est largement attribuable au fait que l'espérance de vie des femmes a augmenté de plus de cinq ans entre 1921 et 1981, comparativement à une hausse de moins de deux ans pour les hommes (Santé Canada, 1999d).

Les hommes et les femmes vieillissent différemment. Les femmes vivent plus longtemps que les hommes. Toutefois une vie plus longue ne signifie pas

nécessairement une vie plus saine. En effet, les schémas de santé et de morbidité chez les femmes et les hommes présentent des différences sensibles (OMS, 1999c; Santé Canada, 1999d). La longévité des femmes les expose davantage aux maladies chroniques communément associées à la vieillesse. Nous savons, par exemple, que les femmes sont plus susceptibles que les hommes de souffrir de maladies chroniques (Santé Canada, 1999h), d'ostéoporose, de diabète, d'hypertension, d'incontinence et d'arthrite (OMS, 1999c; Santé Canada, 1999h). Lorsqu'il y a perte de mobilité, les maladies chroniques incapacitantes telles que l'arthrite affectent la capacité à entretenir des contacts sociaux et, par conséquent, la qualité de vie. Les hommes sont plus susceptibles de souffrir de cardiopathies et d'accidents vasculaires cérébraux (OMS, 1999c; Santé Canada, 1999h) mais, avec l'âge, ces maladies deviennent pour les femmes aussi des causes majeures de décès et d'incapacité (OMS, 1999c). De plus, ces maladies ont tendance à être non-diagnostiquées ou non-traitées chez les femmes (Santé Canada, 1999h). Si certaines différences entre les hommes et les femmes sont dues à des caractéristiques biologiques, d'autres tiennent aux rôles et responsabilités sociales distincts qui leur sont attribués en fonction de leur sexe (OMS, 1999c).

Pour ce qui est du mode de vie, celui des hommes âgés a tendance à comporter des risques plus élevés que celui des femmes âgées. Traditionnellement, les hommes vivent plus dangereusement et ont tendance à fumer plus et à consommer plus d'alcool que les femmes (OMS, 1999c; Santé Canada, 1999h). De plus, Santé Canada (1999h) a recensé les écrits sur le sujet

et conclu que les hommes ont tendance à s'exprimer de façon plus agressive, ce qui a un effet négatif sur leur santé. De plus, les hommes ont tendance à adopter des comportements plus à risque et destructeurs lorsqu'ils ressentent certaines émotions négatives, tandis que les femmes ont plutôt tendance à devenir plus déprimées (Santé Canada, 1999h).

Puisque les femmes vivent plus longtemps que les hommes, les problèmes de santé des personnes âgées sont le plus souvent ceux des femmes âgées (Torrez, 1997). Or, dans nos sociétés patriarcales, les hommes sont plus valorisés que les femmes et ces dernières sont souvent victimes d'inégalité et de discrimination. Ces conditions influent sur leur santé. De façon directe, par exemple, lorsque les hommes sont dominants dans l'allocation des ressources, cette inégalité structurelle a un impact important sur la santé des femmes (Doyal, 1995). Si les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles ont une plus grande probabilité d'être moins éduquées, plus pauvres, plus seules et plus malades. Dès l'adolescence, les femmes sont reconnues comme étant moins actives physiquement que les hommes. En particulier, celles-ci tendent à éviter les situations qui demandent une force musculaire intense (O'Brien et Vertinsky, 1991).

En ce qui a trait aux femmes âgées, le CCNTA (1993) indique que la majorité d'entre-elles semble savoir comment se garder en santé, mais que beaucoup d'âînées disent négliger leur santé par manque de temps. Quelques-unes considèrent même comme une faiblesse le fait de demander ou d'accepter de l'aide en cas de maladie. Ceci explique en partie pourquoi 69% des femmes

aînées interrogées consultent le médecin seulement en présence de douleurs continues ou de maladies graves ou chroniques (CCNTA, 1993). Certains problèmes de santé sont uniques ou prévalent surtout chez les femmes aînées. Ces problèmes peuvent être reliés à des comportements ou des modes de vie qui ont duré toute la vie et, pour plusieurs femmes, l'impact de ces problèmes peut être encore plus important en vieillissant (CCNTA, 1993).

Un autre aspect important est la signification que les personnes âgées donnent à la santé. Dans l'étude de Trippet (1991), la signification que les participantes donnaient à la santé était d'être en harmonie ou en équilibre avec leur environnement interne et externe, d'avoir une bonne qualité de vie et de pouvoir gérer leur stress. De plus, pour les participantes, la santé incluait des aspects physiques, mentaux, émotionnels et spirituels. Les participantes de l'étude de Beausoleil (1998) ont indiqué qu'une bonne santé consiste à atteindre ou à maintenir le bien-être. Plus spécifiquement, elles ont indiqué que les composantes du bien-être sont une alimentation saine, de l'exercice régulier et le port de bonne chaussures. De plus, les femmes de cette étude ont signalé qu'elles désirent atteindre un certain équilibre et vivre sans excès.

La situation des femmes aînées est influencée par les expériences de vie de l'enfance jusqu'aux années adultes (Olson Katz, 1998). O'Brien Cousins (1994) indique que dès un jeune âge, les femmes se sont traditionnellement retrouvées à prendre soin des enfants et des tâches domestiques, ce qui a limité leur capacité à penser à elles et à développer un réseau social à l'extérieur de la maison. Traditionnellement, les femmes sont restées à l'intérieur des normes

socio-culturelles les restreignant. De plus, le rôle de maternage qu'elles ont accepté les a amené à considérer leur santé comme étant moins prioritaire que celle des autres (O'Brien et Vertinsky, 1991).

Finalement, la relation entre la santé et le soutien social parmi les femmes âgées est itérative (Trippet, 1991). Cependant, selon Trippet, les femmes âgées ne parlent pas de «soutien social», mais plutôt de relations significatives. Les relations dont elles parlent et qui sont bénéfiques pour la santé sont fondées sur la bienveillance, l'acceptation et la confiance (Trippet, 1991).

Les femmes âgées et l'activité physique

L'activité physique est constamment identifiée comme une des stratégies de santé les plus significatives dans la vie des personnes âgées (O'Brien et Vertinsky, 1991) et comme un outil important pour la promotion de la santé (Eyler, Brownson, Donatelle, King, Brown et Sallis, 1999). Ainsi, l'activité physique est prescrite pour l'obésité, la dépression, le diabète, l'arthrite, l'hypertension et les maladies coronariennes (O'Brien et Vertinsky, 1991).

O'Brien et Vertinsky (1990) ont discuté des bienfaits de la pratique de l'activité physique pour les femmes âgées et ont indiqué qu'il y en avait deux types. Le premier est un bienfait immédiat et à court terme et se situe au plan de l'amélioration du bien-être physique, social et émotionnel. Le deuxième est plutôt lié à des gains à long terme, soit le maintien du statut actuel de santé, une plus grande résistance à la maladie, l'optimisation de l'indépendance fonctionnelle, la

réduction du risque de mortalité et l'augmentation de la longévité. De bonnes habitudes sanitaires et une pratique régulière de l'activité physique peuvent aider à maintenir une bonne qualité de vie et peuvent allonger la vie (O'Brien et Vertinsky, 1991). En plus, Misra, Alexy et Panigrahi (1996) indiquent que les femmes âgées qui sont actives physiquement considèrent avoir une estime de soi plus élevée.

Malgré certaines indications concernant l'augmentation de la participation des personnes âgées aux activités physiques, Vertinsky (1995) indique que les femmes âgées tendent à moins pratiquer l'activité physique et sportive que leurs pairs masculins. Vertinsky indique également que la majorité ne pratique pas l'activité physique de façon régulière et systématique. En plus, les femmes âgées sont grandement sous-représentées parmi les personnes âgées actives d'aujourd'hui (Vertinsky, 1995).

L'activité physique peut fournir aux femmes âgées les contacts sociaux nécessaires et améliorer les sentiments d'estime de soi, tout en agissant contre les effets de la légère dépression qui résulte de la solitude, de l'isolement, de l'ennui et de l'inactivité. Selon O'Brien Cousins (1994), plusieurs femmes âgées qui manquent de compagnie cherchent des environnements récréatifs. L'étude de Price (1985) confirme quelque peu le fait que le milieu social est relié au bien-être des femmes âgées. Selon les résultats de l'étude, le milieu social (plus que la pratique de l'activité physique) explique les différences obtenues quant au bien-être des participantes. Il semble donc que certaines variables telles que le niveau socio-économique et le statut conjugal jouent un rôle important dans la

façon dont les femmes âgées perçoivent leur bien-être. Dans une étude menée par Conn (1998), 87% des femmes âgées ont indiqué qu'une bonne vie sociale était la conséquence d'un mode de vie physiquement actif. De plus, une proportion importante des femmes ont mentionné que l'environnement social et les pairs rendaient la pratique de l'activité physique plus facile.

O'Brien Cousins (1997) indique l'importance de la perception des femmes âgées en ce qui concerne leur bien-être: «Les perceptions des femmes âgées au sujet de leur bien-être physique et psychologique était la plus importante explication en ce qui a trait à leurs attentes pour entreprendre la pratique de l'activité physique pendant le vieillissement» p.240; trad).

Dans leur étude sur les pratiques d'activité physique des femmes âgées, O'Brien Cousins et Keating (1995) ont indiqué que la marche était une activité à laquelle les âgées accordaient beaucoup d'importance et associaient un certain plaisir et une liberté. De plus, les âgées indiquaient qu'un cœur malade, une attaque cérébrale ou l'arthrite n'était pas un obstacle aux pratiques d'activité physique mais qu'une mauvaise vision en constituait un. Les chercheuses ont aussi démontré que l'activité physique n'était pas un but en soi pour les participantes, mais que ces dernières faisaient de l'activité physique quotidiennement afin de maintenir une bonne santé.

McPherson (1994) indique que les femmes âgées ont généralement peu d'expérience dans la pratique de l'activité physique et particulièrement du sport. À ce sujet, O'Brien Cousins et Keating (1995) font le lien entre la pratique présente et la pratique passée. Dans leur étude, elles suggèrent que des

groupes relativement homogènes de filles développent divers niveaux d'activité physique au fil de leur vie. Les femmes âgées actives se montrent très intéressées à discuter de leur implication en activité physique du jeune âge jusqu'au présent. Au contraire, les femmes âgées inactives n'expriment pas en détail les raisons de leur mode de vie inactif et indiquent surtout qu'elles ont un manque d'habileté pour certaines activités physiques.

Cependant, même si les compétences acquises pendant l'enfance semblent importantes pendant le vieillissement (O'Brien Cousins, 1997), les comportements d'activité physique du passé ne sont pas nécessairement les meilleurs prédicteurs de la pratique future. Les personnes âgées ne sont pas résistantes au changement quant à la pratique de l'activité physique (Paxton et al., 1997). Dishman, Sallis et Orenstein (1985) ont étudié les déterminants de la pratique régulière d'activité physique dans la population en général. Ils indiquent que la pratique passée, la famille et le soutien des pair(e)s, la motivation, le sentiment positif résultant de l'activité physique, le plaisir, le temps disponible et l'accès à l'équipement étaient tous des déterminants. Un autre déterminant est possiblement l'attitude puisque des différences entre les croyances et les attitudes des femmes âgées face à l'activité physique ont été trouvées entre les femmes actives et non-actives dans l'étude de Paxton et ses collègues (1997). Cette même étude indique que les participantes qui étaient actives croyaient qu'elles ne faisaient pas suffisamment d'exercice dans leur vie quotidienne et qu'elles dérivait plus de plaisir de l'exercice, tandis que les non-actives percevaient des obstacles interne «*self-efficacy*» et externe (disponibilité des

programmes) à leur pratique d'activités physiques. Il semble de plus que les femmes âgées non-actives ont tendance à croire qu'elles font suffisamment d'activité physique dans leurs activités quotidiennes telles que le ménage et le jardinage (Paxton et al., 1997; Weinstein, 1988).

Chez les femmes âgées l'interaction sociale et le soutien social (particulièrement celui d'un époux), sont considérés comme les facteurs les plus importants pour adhérer et jouir des programmes d'activité physique (O'Brien et Vertinsky, 1991). Avec des ressources financières limitées, les femmes âgées peuvent devenir isolées socialement (O'Brien et Vertinsky, 1991). L'activité physique, les sports et les loisirs sont prometteurs en ce sens puisqu'ils peuvent aider les femmes âgées à rencontrer de nouvelles personnes, surtout à un moment où le veuvage et la perte d'êtres chers peuvent restreindre le réseau de soutien social (O'Brien et Vertinsky, 1990).

Yoshida, Alison et Osborn (1988) indiquent que des obstacles personnels et sociaux dans la vie des femmes rendent difficile la pratique de l'activité physique. Ainsi, les situations qui induisent le stress (e.g., la dévalorisation du rôle social), un faible niveau socio-économique, une augmentation des inquiétudes au sujet de la santé, un faible niveau d'éducation, les contraintes de temps et une volonté de croire qu'elles ont des problèmes de santé aggravent l'inactivité chez les femmes âgées. Même si des facteurs biologiques apparents expliquent certaines raisons pour la diminution de l'activité physique avec l'âge, il y a des facteurs sociaux, psychologiques et économiques clairs qui sont aussi

responsables de la sédentarité des personnes âgées (Ostrow et Dzewaltowski, 1986).

Un autre obstacle à la pratique de l'activité physique pour les femmes âgées est l'absence d'un environnement social positif. Par exemple la peur de faire de l'activité physique seule le soir et de ne pas avoir de compagnie lorsqu'elles font de l'activité physique. D'autres obstacles à la pratique de l'activité physique sont les limites de temps, les maladies physiques et la fatigue (Conn, 1998). Les femmes inactives ont aussi mentionné que le manque de soutien de leur famille était un obstacle à leur pratique d'activité physique (Paxton et al., 1997). Les obstacles à la participation à un programme d'activités physiques chez les âgées physiquement capables sont nombreux. Selon Paxton et ses collègues (1997), ils comprennent: des attentes sociales concernant le vieil âge, le manque d'équipement et de programme approprié pour les aînés, les problèmes de transport, des croyances sociales selon lesquelles le besoin d'exercice décroît avec l'âge et que l'exercice pendant le vieil âge est dangereux, et la façon dont les femmes âgées ont été découragées de pratiquer l'activité physique lorsqu'elles étaient jeunes. L'étude de Vertinsky (1995) indique elle aussi que les raisons pour lesquelles les femmes âgées ont un manque d'implication et de motivation sont les stéréotypes liés à l'âge, une exclusion historique du sport et des attitudes négatives envers les sportives. O'Brien et Vertinsky (1990) listent les éléments suivants comme obstacles potentiels: un déclin de la force physique, des problèmes de santé, des facteurs sociaux ou culturels qui limitent l'activité, des malaises physiques, l'inexpérience ou le

manque de confiance dans des situations d'exercice, ainsi que la peur de blessure ou de mort instantanée.

Il est difficile pour plusieurs femmes âgées qui vivent dans la pauvreté ou près du seuil de la pauvreté de faire de l'activité physique à cause d'un manque de ressource (O'Brien et Vertinsky, 1991). Cependant, le niveau socio-économique n'explique pas à lui seul les comportements liés à la santé et à l'activité physique. Premièrement, les facteurs liés au revenu sont bons pour prédire le comportement chez les jeunes adultes mais les différences de revenu diminuent avec les années à cause des pensions universelles et les suppléments de veuvage (O'Brien Cousins, 1997). Deuxièmement, il semble que les facteurs socio-économiques n'ajoutent pas beaucoup d'explications à la pratique de l'activité physique chez les femmes âgées, puisque ces facteurs sont déjà fortement corrélés avec l'éducation, le statut conjugal, le sexe et la statut occupationnel (O'Brien Cousins, 1997). Il n'en demeure pas moins que la pauvreté, la classe sociale et le niveau d'éducation sont reliés de façon critique au choix de style de vie et donc à la santé à tous les âges (O'Brien et Vertinsky, 1991).

Finalement, dans leur étude qualitative, Whaley et Ebbeck (1997) ont utilisé une perspective féministe afin d'examiner les différentes contraintes à la pratique de l'activité physique chez les hommes et les femmes âgés. Leurs résultats indiquent que plusieurs contraintes à la pratique de l'activité physique étaient partagées par la majorité des participants et participantes de l'étude, mais que ces contraintes avaient des significations différentes pour chacun d'eux. Les

femmes avaient tendance à dire que leur inactivité était causée par des problèmes de santé. De plus, celles-ci indiquaient que pendant leur jeunesse, elles participaient à des jeux et des sports dans leur quartier, mais que leur niveau d'activité physique avait changé après avoir été mariées et avoir eu des enfants.

Les aînées de minorité ethnique, la santé et l'activité physique

Il y a peu d'études sur la santé, la prévention des maladies et les comportements de promotion de la santé chez les femmes aînées de minorités ethniques (voir Zhan, Clutterbuck, Keshian et Lombardi, 1998) et encore moins sur la problématique de l'activité physique chez les femmes aînées de minorités ethniques (Eyler, Baker, Cromer, King, Brownson et Donatelle, 1998).

En ce qui concerne la santé, les personnes âgées de groupes ethnoculturels sont plus vulnérables aux problèmes liés à la santé mentale (CCNTA, 1999a). Ces problèmes peuvent être liés à une plus grande solitude et à la dépression qui peut résulter d'un déracinement de la culture d'origine et d'un manque de contact significatif avec des individus à l'extérieur de la famille (CCNTA, 1999a). Les femmes aînées de minorités ethniques sont confrontées à une dure réalité en ce qui concerne leur santé. D'abord, la société s'attend habituellement à ce que les femmes, sans regard à leur milieu ethnique, jouent le rôle de protectrices de la santé de leur famille aux plans physique, psychologique, social et spirituel. Les femmes savent le plus souvent qu'elles

doivent se garder en santé mais elles négligent de le faire à cause du manque de temps (CCNTA, 1993). Les obstacles additionnels auxquels font face les femmes immigrantes sont le manque d'information au sujet des services de santé et l'insensibilité des professionnels de la santé face à leur culture et leurs pratiques culturelles. En comparaison avec les hommes immigrants, les femmes font face à un obstacle additionnel car elles ont tendance à avoir moins accès à une formation linguistique et occupationnelle (Lee, 1988).

Dans l'étude de Zhan et ses collègues (1998) sur la promotion de la santé des femmes âgées de minorités ethniques, les participantes ont indiqué que les meilleurs comportements de promotion de leur santé étaient de bouger, de prendre des rendez-vous médicaux réguliers, de bien se nourrir et de se garder occupées. Celles-ci ont aussi indiqué que la langue, les difficultés de transport, le manque de confiance dans le système de santé et la pauvreté étaient des obstacles à la promotion de leur santé. De plus, elles ont mentionné que ces facteurs étaient liés à l'isolement social, l'immobilité sociale, l'accessibilité limitée aux services sociaux et l'augmentation des facteurs de risques à leur santé (Zhan et al., 1998).

Dans une étude américaine qui a examiné comment l'ethnicité affecte l'utilisation des services de santé des femmes âgées, Gale et Erickson (1997) ont indiqué qu'il y avait des différences ethniques au plan du soutien social qu'elles recevaient par rapport à leur santé. Les femmes hispaniques, suivies des femmes noires, ont indiqué un haut niveau de soutien social. Les auteurs expliquent ce patron par le fait que les femmes âgées qui ont un niveau élevé de

santé fonctionnelle sont aussi plus capables de maintenir un réseau de soutien social. De plus, les femmes de minorités ethniques attribuent généralement plus d'importance aux relations familiales que les femmes blanches, et ce type de soutien social aide à réduire le fossé entre la culture dominante et leur propre culture.

McPherson (1994) a discuté plus spécifiquement de la complexité de la culture en rapport avec la pratique de l'activité physique. Selon lui, la culture est: «un concept complexe qui représente une variété d'aspects tels que des valeurs, des comportements, des croyances, des attitudes, des symboles, des connaissances, des langues, des traditions, une morale, des rites, des lois, des coutumes artistiques et des habitudes qui sont apprises et partagées par un groupe de personnes» (p. 334; trad).

McPherson (1994) suggère qu'au Canada, les formes culturelles dominantes de la pratique de l'activité physique (e.g., le jogging, l'aérobic, la bicyclette, les arts martiaux, la marche) ne sont pas adaptés aux personnes provenant de différentes cultures. Alors que les aînées d'autrefois étaient souvent des immigrantes de première génération avec des liens à l'Europe, les aînées d'aujourd'hui et de demain reflètent un plus grand mélange de groupes culturels. Jusqu'à un certain point, les groupes ethnoculturels maintiennent leurs propres valeurs, croyances et coutumes. Même si certains membres des minorités ethniques deviennent assimilés au style de vie nord-américain, d'autres demeurent isolés et essaient de maintenir leurs croyances, valeurs et modes de vie. Le rejet ou l'adoption par les femmes âgées du style de vie actif peut être

influencé par les valeurs inhérentes de la culture d'appartenance ou par la présence d'une occasion de poursuivre un style de vie actif (McPherson, 1994).

La connaissance des bénéfices de la pratique de l'activité physique a une influence sur les habitudes d'activité physique (Fitzgerald, Singleton, Neale, Prasad et Hess, 1994). Eyler, Brownson, Donatelle, King, Brown et Sallis (1999) indiquent que les femmes des minorités ethniques qui sont peu actives physiquement sont celles qui ont moins de soutien social. Eyler (1999) indique que chez les femmes âgées des minorités ethniques, un des déterminants de l'augmentation de l'activité physique est la présence d'un soutien social, notamment celui de la famille et des ami(e)s.

Quelques études américaines ont comparé les niveaux d'activité physique des femmes noires et blanches. Elles ont généralement révélé que les femmes blanches avaient des niveaux plus élevés de pratique d'activités physiques (e.g., Eyler et al., 1998; Fitzgerald et al., 1994) et une meilleure estime de soi associée à la pratique d'activité physique (Misra, Alexy et Panigrahi, 1996).

Même si les femmes âgées comprennent l'importance de l'activité physique, leur participation est influencée par leur perception des obstacles. Ainsi, il semble que les femmes noires ont une perception différentielle de la vigueur de l'activité physique appropriée pour une personne âgée ainsi que du temps et de l'effort nécessaires pour accomplir un niveau d'activité physique approprié (Fitzgerald et al., 1994). Selon Fitzgerald et ses collègues (1994), les femmes blanches sont moins susceptibles de percevoir l'âge comme un obstacle à la pratique de l'activité physique comparativement aux femmes noires. Eyler et

ses acolytes (1998) indiquent que les obstacles peuvent être de nature personnelle (e.g., le manque de temps dû aux responsabilités familiales) ou environnementale (e.g., le manque de programme dans la communauté, le manque d'endroit où faire de l'exercice). D'autres obstacles mentionnés dans cette étude étaient les préoccupations à l'égard de la santé (e.g. l'arthrite, un manque de motivation et de réseaux sociaux) et les obstacles environnementaux (e.g. l'absence d'endroit sécuritaire pour les femmes dans les milieux ruraux, de banlieue et urbains) (Eyler et al., 1998).

Enfin, il est crucial d'identifier les obstacles à la pratique de l'activité physique dans le passé des femmes âgées de minorité ethnique (Eyler et al., 1998) et il est important d'étudier les perceptions des personnes âgées de divers groupes ethniques quant à leur accès aux services sociaux et de santé (MacLean, Siew, Fowler et Graham, 1987). Meintel et Peressini (1993) signalent qu'il faudrait que les services à l'intention des femmes âgées provenant des communautés culturelles soient accessibles en termes de langue et de lieu. Pereira, Lazarowich et Wister (1996) indiquent à ce sujet qu'il est important de continuer à faire de la recherche sur les minorités ethniques et qu'il est important d'étudier les groupes ethniques de façon individuelle. Eyler et ses collègues (1999) mentionnent qu'il y a une lacune importante au plan des études centrées sur les femmes âgées de minorité ethnique.

Conclusion

En conclusion, la recension des écrits a permis d'identifier les principaux aspects entourant la problématique de la pratique de l'activité physique et de la santé des personnes âgées, et en particulier celle des femmes âgées. Plus spécifiquement, les écrits confirment les bienfaits de la pratique de l'activité physique surtout aux plans physiologique, psychologique et social. De plus, les écrits soulignent plusieurs facteurs qui peuvent influencer la pratique de l'activité physique et de la santé tels que le niveau socio-économique, le soutien social et les incapacités physiques.

Cependant, à part quelques études de cas (e.g., O'Brien, 1994, 1997; Vertinsky 1995), il existe peu d'information spécifique sur les pratiques d'activité physique des âgées et encore moins sur celles des femmes âgées des communautés ethnoculturelles. Il existe donc des lacunes importantes au sujet des connaissances et de la compréhension des pratiques et des besoins en matière d'activité physique et de santé chez les femmes âgées appartenant à une minorité ethnique.

De plus, la recension des écrits permet de conclure que peu d'efforts ont été faits pour explorer et conceptualiser les divers types d'influences sociales et culturelles sur la pratique de l'activité physique des femmes âgées ou pour décrire en détail les expériences passées et présentes des pratiques d'activité physique des femmes âgées.

CHAPITRE III

UN APERÇU DES FEMMES IMMIGRANTES ET DE LA CULTURE PORTUGAISE

La présente étude se centre sur des aînées appartenant à une communauté ethnoculturelle particulière, soit la communauté portugaise canadienne. La présence des Portugais au Canada date des années 1500, lorsque plusieurs bateaux portugais sont venus pêcher sur les «Grands bancs». Cependant, Kendall (1992) indique que la présente vague d'immigration portugaise a commencé au début des années 1950 avec un nombre relativement petit de jeunes hommes qui étaient recrutés comme ouvriers agricoles ou pour travailler sur les chemins de fer. Avec les années, ces hommes ont souffert d'isolement au sein de petites communautés où peu de gens parlaient le portugais. Ceux-ci sont éventuellement partis vers de plus grosses villes et on fait venir leur famille (parents, femmes, enfants) du Portugal au Canada. La majorité des Portugais retrouvés au Canada ont immigré à la fin des années 1960 et au début des années 1970. Plus spécifiquement, Higgs (1982) indique qu'entre les années 1961-1970, un total de 64 474 portugais avaient immigré au Canada et 76 602 entre les années 1971-1980. Cependant, Teixeira et Lavigne (1992) indique que le flux d'immigration commença à décliner en 1974. Selon le recensement de 1996, 211 290 Canadiens et Canadiennes ont indiqué que le portugais était leur langue maternelle (Statistique Canada, 1996g). De ce

nombre, on en retrouve 150 630 en Ontario et 6 175 dans la région d'Ottawa-Hull (Statistique Canada, 1996h).

Le niveau socio-économique

Pour les Portugais et Portugaises, les opportunités d'emploi au Canada ne sont pas aussi limitées que dans leur pays d'origine, mais elles sont quand même très restreintes, spécialement pour ceux qui se situent au bas de l'échelle socio-économique. La majorité des hommes portugais travaille dans le secteur de la construction, dans des manufactures et comme menuisier ou électricien, tandis que la plupart des femmes travaillent dans l'industrie du vêtement, comme femme de ménage ou domestique (Kendall, 1992). Un facteur important qui empêche plusieurs hommes et femmes d'origine portugaise de jouir d'une mobilité sociale et économique réelle, est que leurs circonstances socio-économiques et leur niveau d'éducation restreignent sérieusement leurs possibilités d'améliorer l'anglais ou le français. Ce manque de maîtrise des langues dominantes cause leur isolement au sein de la société canadienne et contribue à leur ignorance des droits et des services disponibles (Kendall, 1992).

Les Canadiens et Canadiennes d'origine portugaise constituent un groupe varié mais, dont la position occupationnelle, le revenu et le niveau d'éducation en moyenne, les situe dans la classe ouvrière (Noivo, 1997). D'après Kendall (1992), les Canadiens et Canadiennes d'origine portugaise ont tendance à

travailler très fort afin de subvenir aux besoins de leur famille, d'acheter une maison et de se procurer une bonne vie.

Les normes et les valeurs culturelles

La composition de la famille portugaise tend à être très traditionnelle; la majorité des familles sont constituées d'époux et épouses, quoique l'on retrouve aussi quelques familles monoparentales majoritairement menées par la mère. Noivo (1997) explique que lors de la phase d'installation au Canada, une période où les hommes et les femmes avaient des emplois, les hommes devaient participer aux travaux domestiques. Cependant, avec l'amélioration des conditions de vie, les hommes ont perçu une moindre nécessité de partager les tâches domestiques, qui sont devenues l'apanage des femmes. La tâche de préserver et de transmettre les traditions, est restée la responsabilité de la femme. La famille portugaise traditionnelle a une structure hiérarchique avec des rôles et des attentes très bien définies. La famille est la source principale de soutien et d'activité sociale pour ses membres. Au sein de la famille, les rôles sont le plus souvent sexués et très distincts. Le père tient le rôle dominant et doit subvenir aux besoins de la famille. La mère peut apporter un appui financier à la famille mais est surtout responsable du bien-être des enfants et des tâches domestiques. L'adaptation à la culture canadienne tend à produire des changements majeurs dans les rôles selon le sexe, menant à moins de distinction et plus de fonctions partagées. Le fait d'avoir deux parents qui

travaillent pour survivre économiquement résulte en un plus grand partage des tâches ménagères et des responsabilités à l'égard du soin des enfants (Kendall, 1992).

Lévi (1975) indique sensiblement les mêmes idées avec l'immigration des Portugais en France. Avec l'immigration, la répartition des tâches du couple change beaucoup. Dans le pays d'origine, surtout au nord du Portugal, le mari et la femme travaillaient souvent ensemble sur la propriété familiale. Le lieu de travail était commun, mais il existait quand même une division du travail puisque la femme accomplissait les tâches moins lourdes. Le domicile familial était le domaine de la femme et le pouvoir de cette dernière s'exerçait sans l'intervention de l'homme. À l'extérieur de la maison, par exemple au café ou avec les amis, l'homme était souverain. S'il avait le droit de se distraire et de s'amuser, la femme, elle, devait accomplir les tâches domestiques. Avec l'immigration en France, la situation s'inverse dans la mesure où les lieux de travail deviennent distincts et les lieux de loisirs deviennent communs, notamment à cause de la télévision, du nombre plus restreint d'amis du mari et de l'absence des parents de la femme.

Ce renversement affecte quelque peu la division sexuelle du pouvoir. Traditionnellement, au Portugal, la femme devait servir l'homme et l'obéir. La relation entre le mari et la femme était perçue comme une relation de patron à employée et dans certains cas, même de maître à esclave (Lévi, 1975). Selon Lévi, la femme subissait cette répartition du pouvoir, en partie parce que le divorce était impensable. Les femmes étaient attachées à l'idée de

l'indissolubilité du mariage et avaient du mal à accepter l'idée de l'échec du mariage (attribué le plus souvent à l'infidélité du mari).

L'idéologie dominante au sein de la famille portugaise traditionnelle inclue le concept de l'homme comme fournisseur économique, les rôles appropriés selon le sexe ainsi que les niveaux d'autorité parentale tolérés (Giles, 1997). Giles explique aussi que les relations hommes/femmes au sein des familles de première génération de Portugais immigrants sont influencées par des idéologies traditionnelles et par des souvenirs de leur « maison » et de leurs expériences au Portugal.

L'impact de la construction culturelle et sociale des genres masculin et féminin est bien établi empiriquement et, selon Noivo (1997) requière une certaine discussion théorique. La littérature féministe en arrive à la conclusion que les familles portugaise-canadiennes sont affectées négativement par: (a) la subordination du pouvoir social et économique des femmes; et (b) des tensions générées par la division du travail selon le sexe et par les rôles maritaux traditionnels (Noivo, 1997).

Dans la famille portugaise traditionnelle, le rôle qui est attribué à la mère est celui de la transmission des valeurs et le rôle du père est celui du maintien de l'autorité (Lévi, 1975). Les mères d'origine portugaise doivent souvent se sacrifier pour permettre à leurs enfants de réaliser une ascension sociale. Le bien-être des enfants est plus important que leur propre bien-être, c'est pourquoi les bourgeoises qui travaillent au lieu de s'occuper de leurs enfants sont souvent critiquées (Lévi, 1975).

Contrairement à certaines immigrantes qui découvrent la valeur du travail à l'extérieur de la maison à leur arrivée au Canada, les immigrantes portugaises arrivent avec une valorisation de ce travail. Si le travail agricole est considéré par les paysannes portugaises comme une nécessité vitale, il est souvent aussi tenu comme socialement utile dans la mesure où l'agriculture est à la base de tout développement industriel (Lévi, 1975).

L'importance du travail féminin dans l'agriculture paysanne au Portugal a été démontrée dans plusieurs études, même si souvent ces paysannes sont classées comme économiquement inactives. De plus, si les femmes d'origine portugaise vivaient en familles, elles étaient toujours à proximité de leurs propres parents ou de leurs beaux-parents. Le travail rémunéré s'exerçait à la maison ou au sein de l'entreprise agricole familiale. Ce sont ces femmes qui assumaient la totalité des soins des enfants, mais elles pouvaient aussi compter sur le soutien de leurs parents ou d'une voisine s'il y avait une nécessité (Meintel, Labelle, Turcotte et Kempeneers, 1985).

Les femmes jouent un rôle important dans la communauté portugaise immigrante. Même si elles ont rarement un travail comptabilisé, la plupart sont des femmes qui font ou ont fait du travail domestique rémunéré (Anderson et Davis, 1990).

D'après l'étude londonienne effectuée par Giles (1992), le type de travail des femmes portugaises immigrantes à Londres reflète le travail qu'elles font à leur maison. Ce travail constitue à laver les planchers, faire les lits, épousseter et

faire le lavage. Ce travail est répétitif et épuisant et est situé au bas de l'échelle hiérarchique du travail (Giles, 1992).

La femme portugaise immigrante peut souffrir d'isolement extrême. Dans certains cas, elle travaille dans des conditions avilissantes dans des manufactures avec d'autres femmes immigrantes pendant la journée et elle a quand même ses responsabilités de cuisiner, faire les tâches ménagères et prendre soin de la famille à son retour à la maison. Elle a donc moins de temps et d'énergie pour apprendre l'anglais ou le français, pour suivre de près les activités et le progrès des enfants ou pour entreprendre des activités de loisirs, exception faite du magasinage et de la télévision. De plus, parce qu'elle travaille beaucoup et qu'elle a une connaissance limitée d'une deuxième langue et des réalités de son environnement, elle a peu d'occasions d'avoir des activités de loisir. Les activités de la femme sont souvent restreintes à visiter des ami(e)s avec son mari, à prendre part aux sorties de famille et à regarder la télévision. Une telle situation contribue beaucoup à l'isolement de la société et aux sentiments de solitude (Nunes, 1986).

Dans leur étude sur l'immigration et la relation aux tâches ménagères, Meintel, Labelle, Turcotte et Kempeneers (1984) indiquent que les femmes portugaises consultent leur mari au sujet des activités de loisir à l'extérieur de la maison. Cependant, s'il y a la présence de parents ou d'ami(e)s, les excursions des femmes sont perçues comme plus légitimes par le mari. Les auteurs indiquent aussi que plusieurs femmes portugaises mentionnent le poids des membres de la communauté, car leur surveillance et leur critique est aussi

importante que l'autorité du mari, ce qui limite la femme seulement aux activités sociales organisées par l'église ou prenant place au sein de la famille.

Les femmes entre dans le milieu du travail comme mères et épouses, et c'est de cette façon qu'elles justifient leur rôle de travailleuse. Comme au Portugal, leur contribution économique devient plus cruciale dans un environnement urbain. Iacovetta (1992) indique qu'au Canada la vie des femmes d'origine portugaise ne sont pas très différente de celles d'italiennes et d'autres femmes immigrantes de première génération qui sont arrivées avant elles et qui ont dû faire la transition entre un environnement rural à urbain. La deuxième génération de femmes professionnelles se développe lentement, pendant que la «femme de ménage» portugaise est devenue un stéréotype très commun. Être une femme de ménage est pour plusieurs femmes un choix parmi un grand nombre d'emploi peu payant. Elles peuvent amener les enfants à l'école avant de commencer leur travail et elle peuvent être à la maison pour les recevoir à la fin de la journée avec des senteurs d'un repas familial. Les femmes portugaise-canadiennes aident à maintenir la famille forte, les enfants n'ont pas tendance à quitter la maison avant le mariage et les petits-enfants sont supposés recevoir du soin de leurs grands-parents, spécialement de leurs grands-mères. D'après Di Leonardo (1987), la troisième génération de portugaise-canadiennes doivent à leur grand-mère une grande partie de leur soin et de leur culture qui leur a été offerte sans aucune rémunération. Les centres d'achats et les magasins du «dollar» sont un paradis pour plusieurs de ces femmes qui trouvent que ces endroits substituent le quartier du village. Les centres d'achats sont des lieux de

rencontre où celles-ci peuvent parler avec leurs amies. Les magasins aux aubaines satisfont d'une certaine façon le besoin de consommation de ces femmes, quelque chose qu'elles ont appris à aimer. Les femmes qui ont quitté le pays natal n'ont pas le désir de retourner de façon permanente. Elles aiment prendre des vacances au Portugal, surtout à cause de la température clémente et la langue familière de leurs ancêtres. Mais elles apprécient le sentiment de sécurité économique procuré par la pension du Canada, les services sociaux et le système de santé qu'elles apprécient de plus en plus en vieillissant. Au-delà de tout ça, elles ne désirent pas retourner au Portugal car elles trouvent importante la compagnie de leurs enfants qui sont venus avec elles du Portugal ou qui sont nés ici au Canada. Leurs enfants grandissent avec une certaine appartenance au Canada quoiqu'ils continuent certaines traditions de leurs mères (Januário et Marujo, 2000).

Au sein de la famille portugaise traditionnelle, les grands-parents sont respectés et valorisés. Autant que les autres membres de la famille, les grands-parents ont des rôles et des attentes bien spécifiques. S'ils sont physiquement et mentalement capables, les grands-parents aident à prendre soin des petits-enfants et fournissent du soutien à la famille. L'ajustement à la société canadienne est plus difficile pour les personnes âgées qui sont très souvent isolées à la maison et ignorantes des ressources et des services disponibles aux plans financier, socio-récréatif et du logement. Cet isolement augmente aussi leur dépendance à l'égard des enfants. Leur vulnérabilité peut les mener à l'exploitation physique, émotionnelle et financière. Les obstacles linguistiques et

culturels peuvent accroître leur isolement au sein de leur famille, car souvent il est difficile pour elles de communiquer avec les petits-enfants qui ont perdu leur capacité de communiquer en portugais. Prendre soin des personnes âgées est perçu comme étant la responsabilité de la famille. Si ceci est impossible, il y a beaucoup de détresse émotionnelle au sein de la famille et surtout chez les parents aînés (Kendall, 1992). De plus, Noivo (1997) indique que les femmes âgées restent émotionnellement proches de leurs enfants mariés, car la plupart continuent à prendre soin des petits-enfants, tandis que les hommes âgés se sentent plutôt inutiles et négligés.

La religion dominante chez les Portugais et Portugaises est le catholicisme. Historiquement, l'église jouait un rôle majeur dans la vie des Portugais et Portugaises. Même si ce n'est pas le cas présentement chez les plus jeunes générations, pour les personnes âgées l'église reste au centre de la famille et de la vie sociale. Il y a des fêtes religieuses propres à la communauté portugaise qui sont célébrées tout au long de l'année (Kendall, 1992).

CHAPITRE IV

L'APPROCHE BOURDIEUSIENNE ET L'ÉTUDE DE L'HABITUS CORPOREL

Une approche écologique de la santé où sont en interaction dynamique les dimensions physique, affective, sociale et culturelle de l'individu et de son environnement (matériel, familial et social) a été privilégiée dans cette étude. La perspective socioculturelle provenant des écrits de Pierre Bourdieu ainsi que les concepts d'habitus corporel et de logique sociale ont été utilisés.

La perspective socioculturelle de Bourdieu

Dans son œuvre Le sens pratique, Bourdieu (1980) fait référence à la notion d'habitus. D'après lui, les conditionnements associés à une classe particulière de conditions d'existence produisent des habitus. Bourdieu (1980) définit le terme habitus en parlant de «systèmes de dispositions durables et transposables, structures structurées prédisposées à fonctionner comme structures structurantes, c'est à dire en tant que principes générateurs et organisateurs de pratiques et de représentations qui peuvent être objectivement adaptés à leur but» (p. 88).

Pour Bourdieu, la classe sociale fait référence à un groupe d'agents sociaux qui partagent les mêmes conditions d'existence, les mêmes intérêts, expériences sociales et système de valeurs. Ceux-ci ont aussi tendance à se définir en relation avec d'autres groupes d'agents sociaux. De plus, les classes

sociales peuvent être caractérisées par n'importe quel trait construit socialement (e.g., le sexe, l'âge ou l'ethnicité). Bourdieu indique que les différentes conditions d'existence qui sont liées aux différentes positions dans l'espace social produisent différents habitus. Ces conditions d'existence peuvent être le lieu de naissance, la classe sociale, l'éducation, le niveau socio-économique, l'âge ou le sexe. En d'autres mots, les conditions de vie et la position dans la structure sociale façonnent le sens du monde et forment les perceptions et désirs. Bourdieu indique que c'est via l'habitus que les pratiques sociales et les styles de vie permettent de comprendre les résultats d'une relation dialectique entre la structure sociale et l'agent social (Laberge et Kay, sous presse).

Bourdieu (1980) indique que l'habitus est produit par des pratiques historiques qui sont individuelles et collectives. Les expériences passées de chaque individu sont représentées sous forme de schèmes de perception, de pensée et d'action, ce qui garantit la conformité des pratiques et leur constance à travers le temps. Il mentionne aussi que c'est l'habitus qui rend possible la production libre des pensées, des perceptions et des actions qui sont inscrites dans les limites inhérentes aux conditions particulières de chaque individu. Les différences entre les habitus individuels résident principalement dans la singularité des trajectoires sociales auxquelles correspondent une série de déterminations chronologiquement ordonnées et irréductibles les unes aux autres.

Le concept d'habitus corporel

L'habitus corporel peut être défini comme l'ensemble des schèmes de dispositions, de perceptions et d'appréciations face à son corps, à la manière de le traiter, de l'entretenir et de le soigner. L'habitus corporel peut être repéré et cerné par le biais des significations que les individus d'une collectivité donnée accordent à leurs diverses pratiques corporelles et par le biais des «normes» implicites ou explicites qui régissent leur rapport au corps (Bourdieu, 1984).

Le lien important entre l'habitus et le rapport au corps, d'après Bourdieu (1980), est que ce dernier ne se réduit pas à une image du corps, mais plutôt à une représentation subjective qui serait constituée à partir de la représentation du corps qui est produite et renvoyée par les autres. Un lien qui existe entre l'habitus et le corps est les schèmes de perception et d'appréciation d'un groupe et les schèmes d'expression grâce auxquels est assuré un commencement d'objectivation et un renforcement qui s'interpose entre l'individu et son corps.

Bourdieu (1994) suggère que, dans chaque société, l'individu possède un ensemble de positions sociales qui est uni par une relation d'homologie à un ensemble d'activités ou de biens. Ceci permet la première analyse du rapport entre les positions sociales, les habitus et les prises de positions que les gens opèrent dans certains domaines, par exemple, en cuisine, en musique, en politique ou en terme d'activités physiques. Bourdieu considère l'activité physique en tant que pratique culturelle tout comme écouter la musique, lire, décorer la maison ou choisir des vêtements (Laberge et Kay, sous presse).

Bourdieu indique aussi que les agents sociaux sont des sujets qui agissent et connaissent le «sens pratique»; un concept qu'il définit en termes de système acquis de préférences, de principes de vision et de division, de structures cognitives durables et de schèmes d'action qui orientent la perception de la situation et la réponse adaptée.

Puisque les individus appréhendent la réalité par le biais de schèmes de perception et d'appréciation de leur habitus, les différents groupes sociaux ne sont pas nécessairement en accord en ce qui a trait aux bénéfices intrinsèques, extrinsèques, immédiats ou différés de la pratique de l'activité physique (Bourdieu, 1978 et 1984). Certains groupes recherchent des effets tels qu'une musculature visible, d'autres recherchent des bénéfices au plan de la santé physique et mentale ou de la prévention de la maladie. Ainsi, Bourdieu explique que la promotion de l'activité physique en tant que stratégie de santé a plus de succès auprès des groupes sociaux qui ont un grand capital culturel comme les professionnels, les enseignants ou les dirigeants. Ces groupes ayant une position similaire dans la structure sociale ont une éthique distincte qui les amène à puiser leur satisfaction dans des activités qui sont orientées vers la santé comme la marche, le jogging ou l'aérobic (Laberge et Kay, sous presse).

Boltanski emprunte les principales idées de Bourdieu dans son analyse de l'utilisation des services médicaux en France. Il discute du concept de culture somatique qu'il apparente à celui d'habitus corporel. Il définit la culture somatique comme un système de schèmes qui gouverne la relation à son propre corps (Boltanski, 1971, p. 225). Il indique que l'intérêt et l'attention que les individus

portent à leur corps augmentent à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale. Les règles qui régissent les conduites physiques des individus et qui leur permettent d'adopter des comportements qui sont conformes à la culture somatique de leur groupe sont de caractère général et peuvent s'appliquer à une infinité de cas particuliers.

De plus, Boltanski (1971) ajoute un lien important entre l'activité physique et le rapport au corps. Il stipule que la valorisation de l'activité physique et de la force physique indique un rapport instrumental au corps et fait que la maladie est ressentie d'abord comme une entrave à l'activité physique. Quant à l'usage du corps, Boltanski (1971) indique que les règles qui déterminent les conduites physiques des sujets sociaux et dont le système constitue leur «culture somatique» sont le produit des conditions de vie objectives. Les conditions de vie sont d'ordre culturel et influencent comment les individus tirent les moyens matériels nécessaires à la pratique de l'activité physique.

Le concept de logique sociale

Apparenté au concept de l'habitus corporel et issu du même modèle théorique est le concept de logique sociale, qui renvoie à une forme de «cohérence objective et subjective» entre des pratiques (corporelles ou autres) données et des conditions de vie données. Les logiques sociales correspondent d'une certaine manière aux stratégies adaptatives des individus d'une collectivité

donnée face aux conditions de vie particulières qu'ils ne peuvent contrôler et compte tenu du pouvoir qu'ils détiennent dans l'espace social (Bourdieu, 1980).

Pociello (1999) discute de logique sociale ou de la logique dans l'action envisagée ou réalisée. Cette expression sous-entend que l'acteur n'existe pas en soi, mais se définit dans l'action qu'il ou elle entreprend. Ainsi, lorsqu'on parle de la logique de l'action, l'acteur, selon Pociello (1999), est socio-historique, donc il possède des dispositions issues de son passé éducatif ou social. L'acteur est aussi stratégique: il choisit ses comportements en rapport avec l'acquisition d'un pouvoir ou comme affirmation de son identité, ce qui est influencé par l'identité communautaire du groupe au sein duquel il agit. Dans le même contexte, Pociello (1999) avance l'idée de la situation de l'action qui est caractérisée par le contexte historique et institutionnel. L'histoire, les institutions et le marché forment un système d'action historique par l'instance symbolique de la communauté, par le dispositif de la situation ou par l'histoire de l'entreprise ou de l'organisation. L'idée est que les stratégies des acteurs ne sont pas déterminées par un seul enjeu de pouvoir personnel, mais qu'elles peuvent s'insérer dans des actions communes présentant une stabilité. White et Wilson (1999) ajoutent que la logique de la pratique dans l'interaction sociale est apprise à travers des expériences sociales qui ne sont pas uniformes à travers les classes sociales. Elles sont modelées selon la combinaison du capital économique (le revenu, la fortune et le temps libre), le capital culturel (la famille, l'éducation, l'occupation) et le capital social (les connections, les connaissances, les associés) qu'un individu possède ou acquiert.

Habitus corporel, logique sociale et aînées portugaises

Cette étude a permis de mieux comprendre comment la pratique de l'activité physique agit en tant que composante de l'habitus corporel d'aînées d'origine portugaise. En plus, il a été possible de mieux comprendre les logiques sociales qui incitent les participantes de cette étude à opter pour la pratique d'activités physiques comme une stratégie importante de promotion de la santé.

Le concept d'habitus corporel a été défini dans cette étude en identifiant les pratiques d'activité physique et de santé ainsi que les perceptions d'activité physique, de santé et de vieillissement des participantes. L'habitus corporel des participantes a été décrit à travers les significations qu'elles accordent à leurs pratiques corporelles, notamment leurs pratiques d'activité physique et de santé.

Enfin, le concept de logique sociale a permis de mieux comprendre les pratiques d'activité physique et de santé des participantes en fonction de leurs conditions de vie. Dans le cas présent, toutes les participantes sont des aînées immigrantes d'origine portugaise qui ont toujours fait partie de la classe ouvrière et ont eu des conditions de vie relativement difficiles. L'identification des logiques sociales des participantes était, en autres mots, une façon de mieux comprendre les stratégies adaptatives qu'elles utilisent en matière de santé, celles-ci étant fonction de leurs conditions de vie passées et présentes.

CHAPITRE V

UNE MÉTHODE QUALITATIVE ÉCLECTIQUE

POUR L'ÉTUDE DE L'HABITUS CORPOREL DES AÎNÉES

Les aspects méthodologiques de l'étude sont discutés dans ce chapitre. Plus spécifiquement, celui-ci traite: (a) d'une approche éclectique, (b) du partenariat pour un meilleur ancrage communautaire, (c) des participantes de l'étude, (d) de la collecte des données, (e) de l'authenticité des données, (f) de l'analyse des données et (g) de la crédibilité des résultats.

Une approche éclectique

La présente étude privilégie une méthode qualitative dont les éléments méthodologiques sont inspirés de l'ethnométhodologie et de l'approche féministe.

L'ethnométhodologie permet de décrire le vécu des membres d'un groupe culturel et d'identifier les significations que ces membres donnent à ce vécu (Crabtree et Miller, 1992). Cette approche constitue également un processus de découverte qui est à la fois holistique et systématique (Reinharz et Rowles, 1988).

L'approche féministe permet, pour sa part, de colliger des données tout en donnant la parole aux femmes, ces dernières étant considérées comme les expertes en ce qui concerne leurs expériences de vie de femme (Birrell et

Richter, 1994). Une telle approche favorise la diminution de la hiérarchie «chercheur/sujet» et l'amointrissement du différentiel de pouvoir entre l'intervieweuse et l'interviewée. Cette approche plus ouverte, plus interactive et plus guidée par l'émotion et l'instinct, permet de mieux apprendre des femmes, de mieux saisir leurs mots, leur vécu et l'importance qu'elles accordent aux événements dans leur vie (Rubin et Rubin, 1995).

Le partenariat pour un meilleur ancrage communautaire

La présente étude est ancrée dans la communauté puisque une représentante de la Communauté portugaise de la ville d'Ottawa a été impliquée aux étapes cruciales de l'étude. La collaboration de la représentante de la communauté portugaise a consisté à: (a) préciser les besoins des participantes afin d'assurer la pertinence du projet pour la région; (b) participer à l'élaboration du canevas d'entrevue afin de mettre à profit l'expertise du milieu ciblé; et (c) collaborer à l'élaboration de l'échantillon. Quoique ne faisant pas partie de cette thèse, il est prévu que la représentante de la communauté et la chercheure intégreront les résultats de l'étude à un plan d'action et des modes d'intervention auprès d'aînées d'origine portugaise. La représentante et la chercheure participeront également à la diffusion des résultats auprès des leaders communautaires.

Les participantes de l'étude

Pour les fins de l'étude, les participantes étaient des femmes âgées immigrantes d'origine portugaise âgées de 65 à 75 ans et provenant de milieux socio-économiquement moins favorisés de la ville d'Ottawa. Les participantes ont été choisies parmi celles qui n'avaient pas de handicap cognitif assez sévère pour les empêcher de participer à une entrevue. L'analphabétisme, assez répandu chez les immigrants âgés au Canada, n'a pas constitué un obstacle à la recherche puisque les procédures (e.g., entretien, authenticité et crédibilité) ont été faites par voie orale. L'échantillon comporte en tout 10 femmes autonomes immigrantes de la Communauté portugaise d'Ottawa. Les femmes appartenant à une minorité ethnique constituent un segment en forte croissance dans la population canadienne et elles ont été à ce jour totalement absentes des études sur la pratique de l'activité physique. Pour maximiser l'hétérogénéité de l'échantillon et donc des expériences vécues en regard de l'activité physique, les participantes ont été également choisies en fonction de leur statut d'«actives» ou d'«inactives». Cinq âgées physiquement actives et cinq âgées physiquement inactives ont été sélectionnées. Ont été considérées comme actives les âgées s'adonnant à une pratique régulière de l'activité physique, c'est-à-dire faisant de l'activité physique au moins une fois par semaine, pendant toute l'année. A été considérée comme «activité physique» toute activité physique ayant une fin en soi ou étant entreprise pour le plaisir ou la santé. Il est évident que les activités physiques entreprises à des fins instrumentales (e.g., aller magasiner, faire des

tâches ménagères, monter et descendre les escaliers, tondre le gazon) n'ont pas permis à une femme aînée d'être considérée comme «active» pour les fins de la recherche.

La collecte des données

Le recrutement a été fait d'abord en établissant une liste de participantes potentielles, avec l'aide de la représentante de la Communauté portugaise de la ville d'Ottawa. Toutes les participantes potentielles étaient autonomes et vivaient dans leur propre maison. La représentante de l'organisme partenaire a fait la première démarche pour dire aux femmes aînées qu'elles allaient être contactées par la chercheuse et que cette dernière leur demanderait si elles veulent participer à une étude sur l'activité physique et la santé. Cette première démarche a été faite soit par téléphone soit en personne. Pour la démarche en personne, les femmes aînées ont été approchées lors d'activités culturelles ou religieuses au sein de la Communauté portugaise d'Ottawa. Une fois la première démarche complétée, la chercheuse a fait la deuxième démarche du processus de recrutement. Dans la plupart des cas, la chercheuse a fait un appel téléphonique et a suivi le Guide de recrutement des sujets de recherche (voir Annexe A). Le déroulement du processus de recrutement a été le suivant: (a) les participantes potentielles ont été approchées sur une base individuelle; (b) la chercheuse a expliqué en portugais et dans un langage simple les tenants et aboutissants du projet ainsi que les conditions de l'entrevue comme l'anonymat

et la confidentialité; (c) la femme aînée a été invitée à participer au projet; et (d) dans le cas d'une acceptation (volontaire) de participation, une date et une heure d'entrevue ont été fixées. Le recrutement s'est continué ainsi jusqu'à ce que l'échantillon de 10 femmes soit constitué.

Suite à l'approbation du comité d'éthique (voir Annexe B) les participantes ont été invitées à prendre part à un entretien semi-dirigé d'une durée approximative d'une heure et demie. Les entretiens ont tous eu lieu à la résidence des participantes. Autant que cela a été possible, les entretiens ont pris la forme d'une conversation informelle et tout a été fait pour que les participantes se sentent confortables et prêtes à partager leurs expériences. Les questions ont été posées en français ou en portugais, la préférence a été laissée à la participante afin d'éviter les difficultés de communication. Une relation d'empathie et de respect des participantes a été recherchée, surtout en ce qui a trait à leurs besoins, leurs expériences, leur ethnicité, leur religion et leur situation personnelle. Le fait que l'intervieweuse appartienne à la même communauté ethnoculturelle que les participantes a été un avantage puisqu'elle pouvait parler portugais et qu'elle connaissait bien la culture, facilitant ainsi l'interaction avec les participantes.

Le premier entretien a servi d'entrevue pilote. Cet entretien a été réalisé afin de voir si la durée de l'entretien était raisonnable, si les questions du Guide d'entretien permettaient effectivement une conversation informelle et si les questions du Guide d'entretien permettaient de colliger des données sur les thèmes désirés. L'entretien pilote a donné en plus une idée concrète du

déroulement de l'entrevue et a aidé la chercheure à paufiner ses techniques d'entretien. Suite à quelques entrevues, une rencontre a été organisée avec la représentante de la Communauté portugaise et le Guide d'entretien a été révisé et modifié au besoin. Quelques questions sur les perceptions des participantes ont été ajoutées afin de mieux saisir comment elles percevaient une femme âgée active, inactive, en forme et pas en forme. De plus, afin de mieux comprendre la Communauté portugaise d'Ottawa, des questions ont été ajoutées au sujet des activités physiques et sociales organisées pour les personnes âgées de la communauté.

Le Guide d'entretien (voir Annexe C) comporte quatre parties majeures: (a) la trajectoire en matière de pratiques d'activité physique, (b) les perceptions des ressources matérielles et humaines en matière d'activités physiques, (c) les pratiques et préférences en matière d'activité physique, et (d) les conceptions et perceptions en matière d'activité physique, de vieillissement et de santé. Une partie supplémentaire complète le guide et consiste en une fiche d'identification où sont inscrites les informations socio-démographiques de la participante.

Avec l'accord écrit de la participante, l'entrevue a été enregistrée. L'anonymat des sujets a été respecté. Les participantes ont choisi un pseudonyme lors de l'entretien et ce dernier a été utilisé lors de la transcription des entrevues. Les données ont été traitées globalement mais pour toute citation utilisée dans les résultats, les pseudonymes ont été utilisés et toute information pouvant mener à l'identification d'une participante a été enlevée. Le caractère

confidentiel de l'information recueillie a été également respecté, tel qu'indiqué dans le Formulaire de consentement (voir Annexe D).

Pour l'authenticité des données

Des 10 entretiens (y compris l'entretien pilote), cinq ont été faits en français et cinq en portugais. Les cinq entretiens en portugais (Adelia, Josefa, Filomena, Mariana et Amélia) ont été traduits en français lors de la transcription et les cinq entretiens en français ont aussi été transcrits. Afin d'assurer l'authenticité des données, une fois la transcription des 10 entretiens terminée, les participantes ont été contactées afin de connaître si celles-ci étaient intéressées à lire leur entrevue, afin de faire les corrections nécessaires. Seulement une participante a désiré lire la transcription de son entrevue. Certaines participantes étaient satisfaites avec l'information partagée pendant leur entrevue et d'autres n'étaient pas intéressées, car elles ne pouvaient ni lire ni comprendre le français et elles n'ont pas insisté à ce que la chercheure traduise les résultats en portugais. La participante qui a choisi de lire son entrevue a eu l'occasion d'ajouter un détail (son lieu de naissance). Cette étape a permis de donner une certaine authenticité à cette transcription et de garder un certain contact avec les autres participantes.

Les avantages auxquelles la chercheure a fait face afin d'assurer l'authenticité des données sont: qu'elle parlait le portugais, ce qui a facilité la communication avec les participantes; qu'elle possédait le même héritage

culturel que les participantes a permis de mieux comprendre leur culture; qu'elle était impliquée auprès de la Communauté portugaise d'Ottawa, donc les participantes la connaissaient ou l'avaient déjà vu lors d'activités sociales dans la communauté; qu'elle avait fait une revue de littérature sur les communautés portugaises au Canada; et qu'elle avait discuté des données avec d'autres membres de la Communauté portugaise d'Ottawa. Cependant, la chercheuse a aussi fait face a quelques difficultés en vue d'assurer l'authenticité des données. Le fait que l'entrevue et l'histoire de Maria Ribeiro étaient écrites en français empêchait certaines participantes de lire leur entrevue et l'histoire; parfois il était difficile de rejoindre certaines participantes afin de leur faire part de leur entrevue; les participantes étaient hésitantes à participer à cette étape (authenticité) car elles indiquaient que la chercheuse était l'experte et qu'elles avaient complète confiance en elle.

L'analyse des données

Les entretiens ont été analysés à l'aide du logiciel d'analyse de contenu NVivo. Dans un premier temps, les diverses informations fournies par les aînées ont été regroupées par thèmes construits à partir de leurs affinités sémantiques (approche éémique). Pour permettre une meilleure vue d'ensemble et réduire le phénomène étudié à ses structures essentielles, les thèmes ont été ensuite regroupés par catégorie de thèmes. Dans un second temps, les catégories de thèmes ont été analysées dans leur relation avec les conditions de vie

particulières des participantes et avec leur trajectoire socio-historique particulière (analyse verticale). Cette étape a permis d'exploiter le potentiel heuristique des pratiques, des perceptions et de l'influence culturelle sur l'habitus corporel et la logique sociale. La confrontation des réalités différentielles des aînées a mené à une identification plus nette des structures essentielles du phénomène à l'étude et à une meilleure compréhension de ce phénomène.

Pour la crédibilité des résultats

Une fois l'analyse complétée, les résultats ont été rédigés de façon préliminaire et présentés aux participantes à des fins de crédibilité. Plutôt que de présenter les résultats de façon « déconnectée » et similaire à une communication scientifique, une méthode plus « connectée » à la réalité des femmes aînées a été utilisée. Ainsi, les principaux résultats ont été vulgarisés et rédigés sous forme d'une histoire courte concernant une aînée d'origine portugaise hypothétique (Maria Ribeiro), son vécu corporel, son vieillissement, et sa santé. L'histoire a été écrite de façon à inclure des références locales qui ont permis aux participantes de mieux s'y attacher. Les participantes ont ensuite été invitées à une rencontre individuelle (l'horaire des participantes n'a pas permis une rencontre de groupe) pendant laquelle l'histoire a été présentée et discutée. Seulement 4 des 10 participantes ont participé à cette étape de la recherche. Denzin (1978) décrit ce stade comme celui où les personnes interviewées agissent en tant que juges dont le rôle est d'évaluer la crédibilité des résultats de

l'étude. Quoique peu nombreuses, ces quelques rencontres ont permis d'augmenter la crédibilité des résultats en ce qu'elles ont favorisé la cueillette de commentaires évaluatifs de la part des participantes. Leurs commentaires ont été pris en compte pour le raffinement des structures essentielles du phénomène et la rédaction finale des résultats. Suite aux 4 rencontres individuelles qui ont eu lieu avec les participantes intéressées, les commentaires suivants ont ressorti:

Bonne histoire, très bien et très intéressant. La séquence des idées est juste, du début jusqu'à la fin. Cette histoire reflète la vie typique d'une femme portugaise qui serait âgée de 70 ans. C'est vraiment la réalité. Cette étude est très importante et ceci est bon pour la communauté portugaise et surtout pour les femmes portugaises. (Amélia; trad)

C'est bien fait, ça ne pourrait pas être mieux fait. C'est merveilleux. C'est toute la vérité et je vois des instants de ma vie dans cette histoire. (Josefa; trad)

Bon, fantastique. Cette histoire représente la réalité de la femme portugaise immigrante. (Filomena; trad)

Bon, très bon. C'est vrai ce que tu dis. Ça représente la réalité surtout de l'immigration et c'est la vraie vie d'une femme portugaise qui vit ici au Canada. Tu pourrais seulement ajouter peut-être que Maria garde ses petits-enfants, car moi-même et d'autres femmes portugaises de cet âge nous gardons nos petits-enfants. (Mariana; trad)

DEUXIÈME PARTIE

LES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

CHAPITRE VI

LES PARTICIPANTES

L'étude a permis des conversations avec un total de 10 participantes. Leurs caractéristiques démographiques sont présentées ci-dessous sous la forme d'une courte biographie. Rappelons que les noms utilisés sont des pseudonymes choisis par les participantes.

Adelia est née au Portugal continental, où elle a vécu les premières années de sa vie et a terminé une 4^e année scolaire. En 1956, elle est partie pour le Canada afin de rejoindre son mari, qui était parti l'année précédente. À son arrivée au Canada et afin de gagner sa vie, elle a travaillé comme femme de ménage tandis que son mari était un employé du gouvernement. Présentement, à 72 ans, elle est retraitée et vit dans la région d'Ottawa avec son mari (ils sont mariés depuis 47 ans). Elle est très proche de sa famille, incluant ses trois enfants et ses petits-enfants. En terme de santé, sauf pour une petite douleur à la jambe, elle indique qu'elle se sent bien pour son âge. Quand il fait beau, Adelia pratique la marche autour de chez elle, mais quand il pleut ou pendant l'hiver, elle marche dans les centres commerciaux. Elle préfère marcher seule et jusqu'à ce qu'elle se sente fatiguée. Elle est plus active présentement parce qu'elle ne travaille plus et elle marche pour des raisons de santé.

Rosalina a immigré au Canada à l'âge de 28 ans avec son mari et deux de ses enfants, son troisième enfant est né au Canada. Née sur l'île de São Miguel aux Açores, elle a terminé une 4^e année scolaire. Dès son arrivée au

Canada, un pays qu'elle a toujours aimé, elle sortait de la maison pour rencontrer d'autres femmes afin de leur parler et c'est ainsi qu'elle a appris à parler anglais. Elle décida de rester à la maison alors que son mari travaillait dans la construction. Elle a toujours été très active au sein de la communauté portugaise et l'est encore aujourd'hui. Elle participe souvent aux activités organisées par l'église portugaise telles que la messe, les soupers, les festivals et les groupes de prière. Aujourd'hui, à 71 ans, elle parle chaleureusement de sa famille et indique clairement que la proximité et la présence de cette dernière sont très importantes. Rosalina pratique de façon plus ou moins régulière les exercices à la maison et la marche de façon plus régulière. Elle marche autour de son quartier avec sa fille, sa belle-fille ou ses petits-enfants, deux à trois fois par semaine. Présentement, elle a plus de temps pour faire de l'activité physique, ce qui lui permet de se sentir plus jeune. Le fait que la marche soit bonne pour sa santé l'encourage dans sa pratique.

Veuve à un très jeune âge, Lucia arrive au Canada seule à 27 ans avec ses trois fils, afin d'initier une nouvelle vie. Née sur l'île de São Miguel aux Açores, elle termine une 3e année scolaire. À 25 ans, elle perd son mari, qui était agriculteur. Dès son arrivée au Canada, elle travaille très fort afin d'élever ses enfants. Elle s'occupe de la maison mais en plus elle est femme de ménage dans une manufacture. Actuellement, à 65 ans, elle est très proche de ses trois fils et surtout de ses petits-enfants. En matière de santé, elle a le diabète, fait de la haute pression, a des problèmes de thyroïde et une inflammation aux reins. Cependant, elle oublie souvent qu'elle a ces «petits problèmes» de santé. Lucia

marche tous les jours de la maison au centre commercial et la plupart du temps elle marche avec ses petits-enfants. Maintenant, elle a beaucoup plus de temps libre pour faire de l'activité physique comparativement au passé. Elle marche car c'est une activité qu'elle peut faire et parce qu'elle ne sait pas comment faire d'autres types d'activités.

À 70 ans, Maria do Carmo indique bien aimer sa vie au Canada. Maintenant à la retraite, elle parle ouvertement de ses jours comme femme de ménage et du fait que son mari a travaillé très fort dans la construction pour gagner un salaire convenable. Elle se souvient vaguement de son arrivée au Canada, indiquant que c'était en 1970 avec son mari et un de ses fils. Les autres enfants sont restés dans son pays natal mais sont venus la rejoindre l'année suivante. C'est sur l'île de São Miguel, aux Açores, qu'elle est née et où elle a terminé une 3e année scolaire. Elle est veuve depuis 17 ans et comprend très bien la langue française, mais a plus de difficulté à s'exprimer. Elle se sent très à l'aise dans la communauté canadienne. Ses quelques problèmes de santé sont le diabète, une douleur à la jambe, de la haute pression et de l'ostéoporose. Elle dit cependant faire très attention à sa santé. La relation avec ses enfants pourrait être meilleure, mais elle donne beaucoup d'importance à la famille. Maria do Carmo marche seule tous les jours jusqu'à son église et autour de son quartier. Depuis qu'elle est à la retraite, elle a plus de temps libre pour faire de l'activité physique comparativement au passé. Elle trouve que la marche est bénéfique pour sa santé et qu'elle lui permet de contrôler son diabète.

Née sur l'île de São Miguel aux Açores, Odilia indique être tombée amoureuse du Canada dès son arrivée en 1964. Dans son pays natal, elle a terminé une 4e année scolaire. Au Canada, avant sa retraite, elle était femme de ménage et son mari menuisier. Elle se sent très confortable au sein de la communauté canadienne car elle comprend et parle bien la langue française. D'ailleurs, ceci a facilité son intégration dans la communauté canadienne, notamment son implication dans un centre de jour à Ottawa. Aujourd'hui à 65 ans et veuve depuis 13 ans, elle indique que ses cinq enfants et ses petits-enfants sont très proches et très unis. Elle est en bonne santé et ne se plaint d'aucun problème de santé. Odilia, est impliquée au centre de jour Séraphin-Marion où elle participe à plusieurs activités telles que la danse en ligne, la pétanque et les sacs de sable. De plus, elle marche et fait de la natation. Elle a plus de temps pour faire de l'activité physique et les choses qu'elle aime maintenant que dans le passé, car elle a moins de responsabilités. Elle aime ces activités car elle est entourée de gens et parce qu'elle veut profiter de la vie pendant qu'elle est en santé.

Sylvia est née au Minho, au Portugal continental, où elle a terminé une 4e année scolaire. Elle immigra en France et y a habité pendant sept ans. Après ce séjour en France, elle est partie pour le Canada en 1966 avec son mari et ses cinq enfants. Une fois arrivée au Canada, elle a travaillé et fait de l'entretien ménager, tandis que son mari était concierge. Présentement, à 65 ans, elle est très proche de sa famille. Ses problèmes de santé sont des muscles douloureux, la dégénération de ses os et un rhumatisme inflammatoire. Sylvia fait de la

marche de façon plus ou moins régulière et elle va à la piscine près de chez elle. Cependant, elle indique qu'un problème de santé l'empêche présentement de faire de l'activité physique. Son activité physique a changé avec les années. Elle faisait moins d'activité physique de loisir quand elle travaillait, mais depuis qu'elle est à la retraite, elle a plus de temps pour faire des exercices.

Filomena est née au Mozambique, une ancienne colonie portugaise, mais a vécu sa jeunesse au Portugal continental. Elle a terminé le secondaire, s'est mariée et a donné naissance à ses deux fils avant d'immigrer au Canada en 1967. Elle immigra à l'âge de 32 ans avec son mari et ses enfants. Dès son arrivée, elle est restée à la maison pour prendre soin de ses enfants. Son mari est devenu concepteur mécanique. Encore mariée à 66 ans, elle est très proche de sa famille. Ses petits problèmes de santé comprennent des problèmes avec le rythme de son cœur, de la haute pression et des maux de tête, mais de façon générale elle se sent en santé. Filomena marche de façon régulière, toujours avec son mari. Son niveau d'activité est pareil à ce qu'il était dans le passé, car elle n'était pas très active physiquement dans sa jeunesse et ne l'est pas encore aujourd'hui.

Née sur l'île de São Jorge aux Açores, Josefa termine une 4^e année scolaire et se marie. En 1960, elle se joint son mari qui travaillait déjà au Canada. Son arrivée dans le nouveau pays est difficile. Elle travaille comme couturière et son mari comme charpentier. Ses trois fils naissent au Canada. Aujourd'hui, à 65 ans, il y a une présence et une proximité de sa famille. Elle est en santé sauf pour des migraines occasionnelles, mais ceci ne l'empêche pas de

jouir de la vie. Josefa marche avec son mari autour de chez elle, une heure quotidiennement pendant l'été et une heure quotidiennement dans les centres commerciaux pendant l'hiver. Elle a une bicyclette stationnaire chez elle au sous-sol, mais elle en fait seulement quand une bonne occasion se présente. Elle fait aussi des exercices à la maison et du jardinage pendant l'été. Son niveau d'activité physique est très différent aujourd'hui. Maintenant, elle est à la maison et a plus de temps libre pour faire les activités qu'elle aime.

Mariana a immigré au Canada en 1986 et vécu la majorité de sa vie aux Açores, sur l'île de São Miguel, où elle a complété une 3e année scolaire et a donné naissance à ses 14 enfants. Avant d'immigrer, elle était une femme de maison et son mari, un arroseur pour le village. Elle arrive au Canada à 56 ans avec son mari, afin de rejoindre ses quelques enfants qui demeuraient déjà au Canada. À son arrivée, elle a travaillé quelques années dans une manufacture de couture. Présentement, à 69 ans, elle est très proche de ses 10 enfants qui vivent au Canada et de ses 3 enfants qui vivent encore aux Açores. Ses deux seuls problèmes de santé sont des étourdissements, ce qui l'inquiète car le médecin ne semble pas en connaître la cause, et des varices qui l'empêchent d'être plus active physiquement. Pour elle, la langue est un obstacle car elle ne parle ni le français ou l'anglais. Elle marche surtout dans les centres commerciaux quand il fait froid, quand ça lui tente et quand elle a du temps libre, car elle prend soin de ses petits-enfants. Elle trouve qu'elle est encore active mais pas à la même intensité, ni de la même façon que dans le passé.

Amélia est née sur l'île de Faial dans les Açores, où elle a complété une 3e année scolaire et est devenue veuve en 1962. Quelques années après le décès de son mari qui était agriculteur, elle immigra avec son fils afin de l'initier à une nouvelle vie. À son arrivée en 1967, elle a travaillé dans une boulangerie et a essayé de s'adapter à une nouvelle façon de vivre. C'était très difficile de s'adapter car elle ne parlait que le portugais, mais elle apprit très vite comment faire son travail, ce dont elle est encore très fière aujourd'hui. Présentement, à 71 ans, elle est très proche de son fils, de sa belle-fille et de ses deux petites-filles avec qui elle vit. Son seul problème de santé est relié à son estomac, mais elle prend des précautions en ce qui concerne les aliments qu'elle mange, sinon elle doit prendre des médicaments. Mais de façon générale, sa santé est bonne. Amélia marche régulièrement autour de son quartier, pour une période plus longue pendant l'été que l'hiver. De plus, elle fait le ménage dans la maison, ainsi que le souper. Elle a plus temps pour faire les choses qu'elle aime et qu'elle veut maintenant qu'elle est à la retraite.

En ce qui a trait à la classification originale des participantes en deux groupes (les «actives» et les «inactives»), elle a été repensée en fonction des perceptions des participantes de cette étude. En effet, il semble que le fait de garder la maison propre, de faire les courses, la cuisine etc., sont des activités physiques par lesquelles les femmes d'origine portugaise se valorisent énormément. Ces activités sont reliées à leur autonomie et leur maintien d'un style de vie et donc, elles sont perçues de façon extrêmement positive. Dans les

études classiques portant sur l'activité physique, les chercheurs ont eu tendance à voir les activités physiques de loisir de façon positive et bénéfique et les activités physiques instrumentales (non faites dans des buts de plaisir, d'épanouissement personnel, de santé) de façon négative et pas nécessairement bénéfique pour la santé. Il semble bien que dans le cas de la présente étude, une telle dichotomie soit illogique et ne corresponde pas aux perceptions des femmes âgées d'origine portugaise. Toutes les participantes se considéraient relativement actives, malgré le fait que leur implication dans des activités physiques non-instrumentales était restreinte. En fait, si l'on considère leurs perceptions et leurs pratiques, on peut tout de même placer les participantes sur un continuum allant d'inactive à active. Cinq participantes se situent un peu plus proche du pôle «inactive» et les cinq autres, plus proche du pôle «active», tel qu'illustré à la Figure 1.

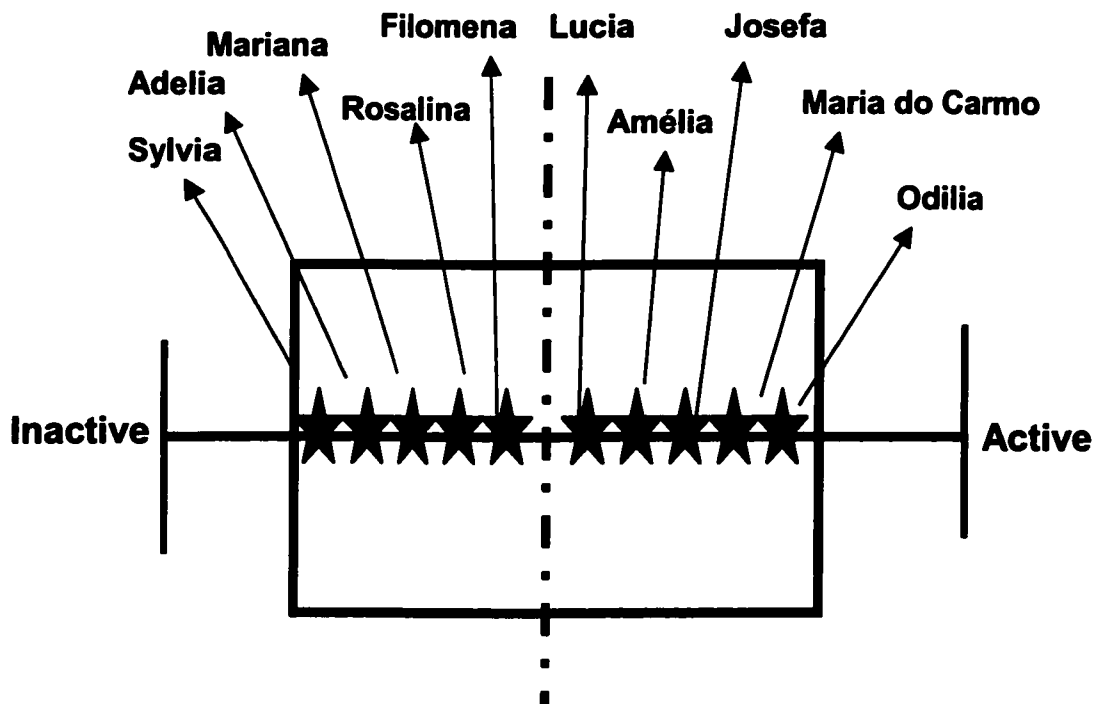


FIGURE 1: Classification du niveau d'activité physique des participantes

CHAPITRE VII

LA TRAJECTOIRE DE VIE

Ce chapitre porte sur la trajectoire de vie des participantes. Au cours de cette trajectoire, il y a plusieurs périodes importantes telles que l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte et la retraite. Elles sont décrites ci-dessous. De plus, les participantes discutent de la période la plus active dans leur vie, de leur attitude face à la vie et au travail ainsi que des moments et événements positifs et négatifs qui les ont marqué au cours de leur vie. Le présent chapitre s'attarde à ces attitudes, moments et événements.

L'enfance

Au cours de la trajectoire de vie, la période de l'enfance révèle des patrons importants face à la pratique de l'activité physique des participantes. La pratique de l'activité physique et du sport est peu commune parmi les participantes. Six d'entre elles n'ont pas fait d'activité physique ou de sport pendant leur enfance, tandis que quatre en ont fait un peu.

Adelia n'a pas eu l'opportunité de faire de l'activité physique pendant son enfance, puisque quand elle était jeune, elle était servante et son activité physique était le travail domestique:

Non, non. Quand j'étais jeune, j'étais une servante... je suis allée à l'école jusqu'à l'âge de 11 ans, j'ai fait ma 4e année et après, je suis devenue servante pour une dame qui demeurait toute seule et je suis restée là jusqu'à ce que je me marie (trad).

Maria do Carmo, n'a pas fait d'activité physique ou de sport pendant son enfance car elle a toujours beaucoup travaillé. Elle aidait son père sur la ferme et n'a pas eu l'opportunité de jouer dehors, de faire de la bicyclette ou de la natation. Odilia n'a pas non plus eu de temps pour faire de l'activité physique pour le plaisir car elle devait travailler à la maison. Elle lavait le linge, cuisinait le pain et faisait du crochet donc elle était toujours très occupée. Parfois mais très rarement, à cause de ressources minimales, elle jouait seulement avec ses amies à la marelle et à des jeux ou aux cartes. L'activité que faisait Sylvia dans son jeune temps était physique: elle travaillait dans le champ et, pour elle, c'était faire de l'activité physique sans le savoir. À 9 ans, elle travaillait déjà dans un café à faire des tâches domestiques. De plus, elle travaillait dans le champ:

L'activité physique qu'on faisait, c'était dans le champ. On travaillait dans le champ, on gardait les animaux, on prenait soin des animaux donc, dans ce temps-là, on ne pensait pas à l'activité physique. On faisait de l'activité physique sans le savoir... Je veux dire qu'on travaillait très dur, avec notre corps, physiquement, et quand on arrivait le soir, on avait envie de se reposer parce qu'on faisait beaucoup de physique toute la journée... Quand j'étais jeune, j'ai commencé à travailler à neuf ans dans une taverne. Je faisais la vaisselle, je lavais le plancher, je faisais toutes sortes de choses dans une demi-journée et, l'autre demi-journée, je gardais les moutons dans la montagne.

Filomena ne faisait pas d'activité physique quand elle était jeune parce que les occasions étaient absentes. Josefa allait à l'école et travaillait dans le champ afin d'aider ses parents, mais elle n'a pas fait de sport, même pas jouer au ballon.

D'autre part, on retrouve quelques participantes qui disent avoir fait de l'activité physique lors de leur enfance. Par exemple, Rosalina faisait des «exercices» et, pour elle, cela veut dire qu'elle faisait de la marche et nettoyait la maison. L'activité principale de Lucia pendant son enfance était la marche, entre

autres pour se rendre à l'école. Elle devait mettre une heure pour l'aller et une heure pour le retour. Elle était active et aimait jouer, mais elle ne faisait pas d'activité spécifique ou de jeu organisé. Mariana rapporte faire «des sports», mais spécifie que c'était surtout les travaux d'école et le travail sur la terre. Lorsqu'on lui demande spécifiquement ce qu'elle faisait à l'âge de 7-8 ans, elle indique faire des sports à l'école avec ses collègues. Au retour à la maison, elle ne jouait plus car elle devait aider sa mère. Pour Mariana, les activités se pratiquaient uniquement à l'école:

Je jouais à la poupée, j'aimais jouer à des jeux, au ballon, j'étais *tough*, j'essayais de frapper les autres filles pour voler le ballon. Parce que dans ce temps-là, c'est tout ce qu'il y avait... J'aimais jouer au ballon et jouer à des jeux et faire tout, j'étais très active... Dans ce temps-là, ce n'était pas vraiment avec les garçons. J'allais à l'école avec seulement des filles et il n'y avait pas un mélange des deux. Dans mon temps, ce n'était pas mixte, c'était seulement un groupe de filles et un groupe de garçons (trad).

Il est important de noter que les participantes définissent l'activité physique de leur façon. En outre, les participantes considèrent la marche et le travail domestique comme des activités physiques. Toutes les participantes ont été actives dans leur enfance. Cependant, leur façon d'être active est différente: pour certaines c'est le jeu et pour d'autres, c'est le travail.

En résumé, pour l'ensemble des participantes, ce n'est pas le sport ou l'activité physique qui occupe principalement leur jeunesse. Elles indiquent plutôt que dès leur jeune âge, elles travaillent beaucoup sur la ferme, dans le champ ou à faire des travaux domestiques:

Veux-tu savoir ce qu'on faisait? On allait à l'école, on aidait mon père...
On aidait ma mère à prendre soin de mes frères plus jeunes et, quand on

a commencé à grandir, on était quatre sœurs, mais chacune avait sa semaine pour faire le travail de la cuisine. L'autre faisait le travail de laver du linge, faire les lits et nettoyer la maison et il y en avait toujours trois qui ne travaillaient pas: soit qu'on allait aider mon père dans le champ ou on faisait du crochet, de la couture. (Josefa; trad)

L'adolescence

Avec l'arrivée de l'adolescence se terminent les jeux et les activités physiques de l'enfance, d'après les participantes, c'est l'absence d'activité pour le plaisir. Dans ce temps-là, les filles n'avaient pas de loisir. Les activités qu'elles pratiquaient pendant la période de l'adolescence étaient la marche, le travail domestique et le travail extérieur, pour aider les parents sur les terres. Toutes les participantes ont travaillé beaucoup et n'avaient pas de temps pour les loisirs:

Des fois, mon père avait beaucoup de terrains. J'aimais beaucoup aider mon père, j'ai passé des journées avec lui dans les champs. (Odilia)

Je travaillais dans une maison privée où je faisais la cuisine, la couture, laver le plancher. J'entretenais la maison, laver le linge dans un puits. Il n'y avait pas de machine dans ce temps-là. Toutes sortes de travaux: je ramassais en bas pour l'emporter en haut, je cuisais le pain toute la journée, j'avais du travail jusqu'à tard la nuit. (Sylvia)

Si l'enfance et l'adolescence des participantes n'est pas particulièrement marquée de moments de loisirs actifs, il faut noter que l'occupation des parents (qui auraient pu agir en tant qu'agents de socialisation auprès de leur fille) n'a pas permis une implication en activité physique ou en sport. Les participantes indiquent que leurs parents n'avaient pas le temps de faire de l'activité physique ou du sport. Par exemple, le père de Rosalina était un grand menuisier et il n'avait pas le temps de faire de l'activité physique. Lorsqu'il arrivait à la maison, il

aidait à prendre soin des enfants, car sa femme s'occupait toujours des enfants et elle travaillait beaucoup:

Ma maman, ma mère était une grande femme de la maison. Elle s'occupait de 14 enfants et elle en a élevé 9. Elle n'arrêtait jamais. Elle faisait son pain, elle faisait la nourriture, elle lavait le linge et le plaçait sur la corde à linge; elle n'arrêtait jamais. Ensuite, elle allait faire les commissions. Moi, j'étais la plus vieille et c'est moi qui m'occupais de mes frères et sœurs. Je savais faire la soupe, prendre soin des animaux que nous avons. (Rosalina)

De son côté, le père de Sylvia était charpentier et travaillait dans le champ, coupait le bois, cultivait la terre et prenait soin de la vigne, alors que sa mère travaillait à la maison, faisait la couture, faisait du crochet et tissait les couvertures:

Mon père faisait du travail dans le champ et il était charpentier et il travaillait en mettant la charpente ainsi que mon mari. Mais il en avait un peu mais pas assez pour bien vivre donc, à part de ça, c'était le champ, le physique, aller chercher du bois, couper le bois, semer les choses, tout l'été et l'hiver. L'hiver, on prenait soin de la vigne. . . . Elle [mère] faisait la même chose... À l'extérieur, les femmes, chez nous, elles travaillaient à l'extérieur comme les hommes... C'était encore les femmes. Les femmes arrivaient, elles revenaient un peu plutôt pour faire à manger. Les enfants, on les emportait avec nous au champ. On les élevait de même. Chez nous, les femmes travaillaient autant que les hommes dehors. (Sylvia)

Il est évident que les parents des participantes ont toujours travaillé très fort physiquement mais qu'ils n'avaient pas le temps de participer à des activités de loisirs ou à des activités sportives. Il est cependant intéressant de constater que les jeunes filles ont été socialisées à s'impliquer dans des tâches reliées à la ferme, même lorsque ces tâches sont des plus physiquement difficiles.

L'âge adulte

La période adulte est probablement la plus importante dans la vie des participantes quant à leur trajectoire de vie. C'est une période où l'on retrouve beaucoup de nouveaux événements: le mariage, l'arrivée des enfants et l'immigration vers un nouveau pays, le Canada.

Aucune des participantes n'a fait d'activité physique de loisir à l'âge adulte, la raison principale étant qu'elles n'avaient pas le temps. Les commentaires des participantes à cet égard illustrent bien comment leur vie était occupée et comportait plusieurs responsabilités: «je prenais soin de mes enfants et je faisais les travaux ménagers» (Rosalina); «je devais élever mes enfants. Avec 5 enfants à la maison, c'est tout un sport» (Odillia); «j'étais très occupée à prendre soin des enfants, les enfants sont arrivés tout de suite, les enfants changent la vie» (Mariana; trad); «après m'être mariée il n'y avait plus de temps pour le crochet, pas de temps parce que je devais faire les travaux ménagers et prendre soin des enfants» et «mon sport c'était de travailler» (Amélia; trad). L'activité principale dans la vie de ces femmes était le travail (rémunéré) et le travail domestique (non-rémunéré) fait à la maison:

Parce que j'avais trois fils à la maison et que j'allais travailler tous les jours. J'avais trois fils à la maison et mon mari, je devais faire les *lunchs* pour 5 personnes tous les jours, je lavais du linge... laver, faire le ménage. (Josefa; trad)

Oui, quand j'ai eu mon fils, je ne suis jamais retournée sur la ferme. Je restais à la maison. J'ai élevé mon fils et faire le souper. On avait une grande ferme et on avait beaucoup d'hommes qui travaillaient pour nous et je devais faire la nourriture pour eux. Le matin, je préparais le souper et le *lunch*, je nettoyais la maison et lavais le linge et prenais soin de mon

garçon; j'étais toujours occupée. Mon beau-père, je vivais dans la maison de mes beaux-parents, il avait beaucoup de vaches et apportait des bidons avec le lait et je devais laver ces bidons. J'étais très occupée, je faisais du pain de maïs; il ne me restait pas de temps. (Amélia; trad)

Il est évident que les naissances ont un grand impact sur la vie des participantes, incluant une augmentation du nombre de responsabilités et une diminution de temps libre. La majorité des naissances ont eu lieu au Portugal et quelques-unes au Canada. Les femmes mettent l'accent sur l'importance d'élever les enfants et sur le fait que cela requiert beaucoup de temps. La naissance des enfants constitue un tournant dans leur vie:

Avec cinq enfants à la maison, c'est tout un sport [elle rit]... Je ne faisais pas de sport, non. La vie, c'était à la maison pour m'occuper des enfants. (Odilia)

Après avoir eu des enfants la vie change. On doit avoir plus de temps pour eux, prendre soin d'eux, leur donner à manger. Dans ce temps, il fallait laver le linge, il fallait tout passer avec le fer parce que le linge était froid. Mon mari repassait le fer sur le linge, c'était une vie très différente de celle d'aujourd'hui. Je devais prendre soin d'eux, faire la nourriture pour quand mon mari arrive du travail... (Mariana; trad)

Ce n'est pas seulement les naissances qui viennent changer l'équilibre familial des participantes. Avec l'ouverture de l'immigration au Canada dans les années 1960 et compte-tenu des difficultés économiques qui existaient au Portugal, les maris de plusieurs participantes ont vu l'émigration comme une parfaite occasion pour commencer une nouvelle vie dans un pays inconnu. Ils ont considéré l'immigration au Canada comme une occasion d'offrir un meilleur destin à leurs enfants. Adelia est la première arrivée en 1956 et Mariana la dernière en 1986. À l'arrivée, Josefa est la plus jeune à 24 ans et Mariana la plus

âgée à 56 ans. Six des participantes ont accompagné leur mari et leurs enfants, deux sont arrivées veuves avec leurs enfants, une est venue avec ses enfants rejoindre son mari et une est venue rejoindre son mari seule, car elle n'avait pas d'enfants, ses trois fils étant nés au Canada.

En ce qui concerne leurs expériences les participantes indiquent qu'elles étaient contentes de leur nouveau pays mais que leur vie était très difficile: «ma vie, ici, c'était de travailler» (Rosalina); «j'ai toujours aimé le Canada, c'était différent, difficile, beaucoup de travail mais j'aimais ça tout le temps» (Maria do Carmo); «pour mon mari, c'était difficile, l'adaptation à une vie différente» (Filomena; trad); «c'était difficile quand je suis arrivée, [mais] là-bas [au Portugal], ma vie était plus difficile.... Au Canada, j'ai beaucoup travaillé, la nuit et le jour. J'ai travaillé fort... une autre difficulté était la langue» (Amélia; trad).

Sylvia, Josefa et Odilia discutent de cette période en ces termes:

Au bout de sept ans, le Canada a demandé de l'immigration. . . . Il est arrivé à la maison et il m'a dit qu'on allait au Canada. . . . Comme c'était une idée qu'il avait déjà, moi, j'ai dit oui, mais où on va. . . . Lui a appliqué, je me suis dit qu'on ne payait rien, après deux ou trois semaines, ils nous ont appelé pour une entrevue. . . . On avait le point qu'ils souhaitaient, une jeune famille qui travaillait, honnête et tout ça, donc, ils nous ont dit: «Si vous voulez y aller, vous pouvez». . . . En France on était assez bien, moi et lui, on ne voyait pas d'avenir pour nos enfants parce qu'en France les immigrants passaient après les Français, dans ce temps-là. . . . Ici ils ont dit qu'il y avait plus d'avenir. . . . Le 14 septembre de 1966, on embarque pour le Canada, on arrive à Montréal et moi je me dis où on est le soir, on attendait un autre avion pour venir à Ottawa. . . . À 11h00 du soir, on est arrivé à Ottawa mais j'avais une peur de mourir, mon mari c'est un gars silencieux et il ne dit rien, mais moi j'avais peur. . . . on ne connaissait personne ici, pas d'ami, pas de famille, rien. C'est les gens de l'immigration qui sont venus nous chercher et nous ont amenés dans un hôtel. . . . Avec le temps, on s'est ajusté, mais c'était très très dur. Heureusement qu'on était jeune et en bonne santé, parce que sinon on ne pouvait pas passer à travers, c'était très dur. (Sylvia)

Je me suis mariée en 1959 et je suis venue au Canada en 1960 et après ça j'ai commencé à travailler. Après, je suis tombée enceinte, j'ai travaillé jusqu'à ce qu'il naisse, et après, quand il avait 4 mois, j'ai commencé à travailler au Woolworths, à laver la vaisselle. J'ai travaillé au Grace hôpital, j'ai travaillé là pendant 33 ans. . . . (Josefa; trad)

Oui. Je suis toujours tombée amoureuse du Canada. Quand je suis arrivée au Canada, j'ai dit à mon mari: «si quelqu'un veut me voir, qu'il vienne ici» [elle rit]. J'aimais beaucoup le Canada, c'est toujours aussi merveilleux. (Odilia)

Pour la grande partie, au Canada les participantes ont fait du travail à l'extérieur de la maison pouvant être classer comme un travail de classe ouvrière. Le fait que ces femmes étaient immigrantes, n'avaient pas maîtriser les langues dominantes et avaient une éducation minime, les a forcé à travailler dans le domaine du travail domestique ou ménager. Ce travail était très difficile et obligeait ces femmes à être actives physiquement pendant toute la période adulte, et en même temps, les empêchant d'avoir du loisir ou de s'impliquer dans des activités sportives ou récréatives.

La retraite

La retraite constitue une autre période de la trajectoire de vie des participantes qui permet de mieux comprendre le vécu actuel de celles-ci. Cette période est le début d'une nouvelle vie, une vie avec moins de responsabilités et de préoccupations. En ce qui a trait à la pratique de l'activité physique ou du sport, plusieurs participantes indiquent que depuis qu'elles sont à la retraite, elles ont plus de temps pour faire des activités qu'elles aiment telles que la marche, la

natation, la danse en ligne, la pétanque, sortir avec les amies et faire des exercices. En plus, celles-ci font référence à la participation à des activités sociales qu'elles n'ont pu se permettre jusque là:

Oui, j'en fais plus, parce que, maintenant, je ne travaille pas. Je vais marcher et je sens plus le goût que quand une personne travaille. Quand je travaillais, j'allais travailler, je revenais à la maison, j'avais ma vie de maison, j'avais le souper à faire pour mes enfants, laver le linge, c'était de l'exercice mais... (Adelia; trad)

Je n'ai plus de responsabilité, je n'ai plus d'enfant, je fais ce que je veux. Je sors de la maison quand je veux [elle rit] et j'aime ça la natation, j'aime ça jouer à la pétanque, je fais de la danse en ligne toutes les semaines, j'aime ça sortir avec mes amies, j'aime ça aller au restaurant de temps en temps avec mes amies et puis j'aime ça la marche... Comme je te dis, maintenant je sors, je fais des choses. Quand j'avais des enfants à la maison, je ne faisais rien, juste le manger, la vaisselle, toute sorte d'affaires. C'était mon sport [elle rit]. (Odilia)

Oui, je suis plus libre, j'ai plus de temps. Je suis dans un groupe de prières que j'ai jamais eu le temps de faire quand j'étais jeune, j'ai jamais eu le temps. Je passe les vendredi avec le bon Dieu toute la nuit. Je le fais parce que j'ai le temps et je suis de bonne humeur, j'ai le temps. (Mariana; trad)

Maintenant, je peux faire ce que je veux. Si j'aime sortir, je sors. Je vais dans l'autobus, je vais jusqu'aux magasins et je sors des fois avec une amie dans les magasins. On va un peu là et après je reviens à la maison parce que j'aime être à la maison quand mes petites-filles arrivent pour qu'elles aient quelque chose à manger. La plus vieille s'arrange mais la plus jeune, je sais qu'elle arrive avec la faim [elle rit]. Donc à cette heure-là, j'aime revenir à la maison, je passe du temps à la maison, je fais ce que j'ai à faire, je lave le linge, mais pas moi, la machine [elle rit]! (Amélia; trad)

La retraite est définitivement une nouvelle expérience pour les participantes. C'est un temps avec moins de responsabilités ou de préoccupations et plus de temps libre pour les loisirs et même l'activité physique.

La période la plus «active»

Afin de mieux comprendre la signification que les participantes donnent au concept d'être «actives», on leur a demandé quelle période de leur vie avait été la plus «active». Leurs réponses laissent penser que différentes significations sont données. Ainsi, les participantes identifient différentes périodes de leur vie comme les périodes où elles ont été les plus actives. Pour Mariana, c'était pendant l'adolescence, car elle avait plus de force et faisait beaucoup d'activités. Pour six participantes, c'était pendant l'âge adulte. Ainsi, Rosalina, à 30 ans, faisait le jardinage, lavait le linge, nettoyait sa maison, les fenêtres et les rideaux; Lucia à 30 ans travaillait, marchait et dansait. Sylvia parle ici d'élever ses enfants et de travailler simultanément:

J'ai toujours été très active, depuis l'âge de... jusqu'à ce que je me marie... depuis l'âge de 14 ans, j'ai toujours été très active à cause des circonstances. Il a fallu, là-bas, c'était une chose, ici c'était une autre. Ici, il a fallu que je sois active deux fois ou trois fois plus parce que les enfants grandissaient, parce que les enfants étaient à l'école, parce qu'il fallait que je travaille. Il fallait que je fasse le travail à la maison, je n'avais pas les moyens de payer quelqu'un pour m'aider, il fallait que j'aie à des réunions le soir. Ici, j'étais très active. (Sylvia)

Pour Josefa, la période la plus active était entre 30 et 50 ans car elle devait prendre soin de ses trois fils et de son mari, elle devait aller travailler et à la maison faire les *lunchs*, le ménage et laver le linge. Pour Amélia, c'est après le décès de son mari, car elle a dû travailler et utiliser toute sa force pour résister physiquement au travail qu'elle devait faire. Deux participantes indiquent que la période la plus active, c'est maintenant, à l'âge aîné. Maria do Carmo, à 70 ans, fait de la natation de temps en temps et de la marche à tous les jours. Enfin

Odilia, à 65 ans, va au centre de jour, joue à la pétanque et aux sacs de sable, fait de la danse en ligne, de la natation et de la marche.

Il est donc intéressant de noter la période où les participantes identifient être plus actives physiquement. Ceci reflète leurs perceptions face à «l'activité physique». Les participantes qui sont aujourd'hui le plus impliquées dans des activités ludiques (Odilia et Maria do Carmo) sont celles qui indiquent que c'est à l'âge aîné qu'elles sont les plus actives. Pour la majorité des autres participantes, elles considèrent leur période plus active comme celle de l'âge adulte, un temps où elles ont travaillé très fort physiquement à élever leurs enfants, tenir un emploi et entretenir leur maison. Leurs perceptions laissent entrevoir une signification moins ludique et plus instrumentale au terme «activité physique».

L'attitude face à la vie et au travail

Les participantes ont beaucoup partagé leurs expériences personnelles, débutant avec leur enfance jusqu'à leur vie présente. Ce qui est ressorti est une certaine attitude face à la vie. De plus, elles ont partagé des sentiments face à leur milieu de vie actuel et face au travail.

D'abord l'attitude des aînées face à la vie est teintée d'un respect pour le travail et d'une fierté reliée à ce que ce travail pouvait procurer: «quand j'avais les enfants à la maison, je devais faire les travaux domestiques, j'ai travaillé, je n'avais pas beaucoup d'argent mais il y a avait toujours de la nourriture sur la table» (Sylvia). Josefa partage aussi ce sentiment:

J'ai 65 ans, les temps ont beaucoup changé, les choses ont beaucoup changé. Tout est bien, mais dans ce temps-là, c'était une misère. On n'a jamais souffert de la faim, parce que mon père avait beaucoup de champs et de nourriture mais aussi beaucoup de travail (trad).

L'attitude face à la vie est positive et la «misère» semble être considérée une chose du passé. Les choses vont en s'améliorant et elles apprécient ce que leur état d'ainée leur apporte. Elles disent avoir plus de temps libre, moins de responsabilités, moins de gens à nourrir, pouvoir faire ce qu'elles veulent, ne plus devoir travailler, avoir plus de temps pour faire de la couture, du crochet, pour sortir avec leurs amies et leurs sœurs, pour lire.

Maintenant je fais... Maintenant, je suis à la maison et je ne travaille pas, je fais de la couture des fois, je fais du crochet, je sors avec mes amies, mes voisines... Je vais avec mes sœurs, des fois on va au restaurant ou prendre un café pour passer le temps. Je vais souvent à l'église portugaise, on travaille beaucoup là, on parle avec les amis. Je trouve que j'ai une très belle vie maintenant, comme quelque chose que je n'ai jamais eu, grâce à Dieu. (Josefa; trad)

Cette attitude leur permet de se projeter vers l'avenir. Ainsi, elles disent vouloir profiter de la vie, voyager et être avec leur famille dans le futur.

La majorité des participantes se trouvent heureuses. Seulement Sylvia indique ne pas être heureuse car elle se retrouve souvent seule ayant perdu des amies qui ont déménagé:

Moi, mon milieu de vie actuel, comme, je l'aime maintenant mais je ne l'aime pas beaucoup vraiment. J'aime beaucoup les gens mais je me sens souvent toute seule... Les personnes de mon âge, les amies que j'avais sont déménagées beaucoup et elles ont déménagé ailleurs et puis ici, alentour, je n'ai pas grand chose et je n'aime pas ça.

Les autres participantes disent être heureuses et indiquent aimer la vie, leur mari, leurs enfants et leurs petits-enfants. D'autres considèrent que c'est le meilleur temps de leur vie, qu'elles peuvent magasiner, aller à la messe, faire de nouvelles connaissances. Elles sont fières de dire que leur maison est propre et elles sont contentes de ne plus avoir autant de responsabilités:

J'aime beaucoup avoir ma maison propre, j'aime beaucoup avoir les choses en ordre, mon linge, mes tiroirs, ma nourriture, faire toutes mes choses, on va se promener, j'ai une bonne vie. (Josefa; trad)

Si le travail est un élément important dans leur vie passée et présente, il existe certaines émotions quelque peu paradoxales comme en fait foi Sylvia:

Quand on travaille trop dans la vie, on ne sait que travailler. Je pense que c'est tout ce que j'ai appris dans ma vie; c'est travailler. Et là, comme je ne peux pas faire mes choses, je me sens, comme, je ne me sens pas bien. Mais l'activité, c'est tout mettre en l'air et tout arranger tout ce que je n'ai pas eu le temps jusqu'ici. Mais la santé ne me le permet pas.

Les réflexions positives et négatives

Les participantes ont eu plusieurs réflexions négatives ou positives sur des événements ou des moments qui ont marqué leur vie. Les réflexions négatives portent beaucoup sur des choses du passé et quelques fois sur des choses présentes alors que les réflexions positives sont sur des moments qui datent seulement après leur arrivée au Canada.

Un premier groupe de réflexions négatives porte sur les femmes et le sport. Lucia explique comment le sport n'était pas l'apanage des femmes, surtout dans une période de misère et de pauvreté:

Non, j'ai pas... Dans le temps passé, les femmes ne faisaient pas de sport. [Elle dit en portugais afin de mieux comprendre son idée]. Dans ce temps, on ne parlait pas de sport. Dans ce temps, c'était une misère et on ne parlait pas de ces choses (Lucia; trad)

Un deuxième aspect qui est discuté de façon négative est la quantité énorme de travail qui a été accompli. Cela est aussi associé au décès du mari, au nombre d'enfants à nourrir ou encore à la pauvreté:

Oui, ma vie c'est pas bon, mais je l'aime, c'est comme ça. Je suis veuve. Mon mari est mort, j'avais l'âge de 25 ans, je ne me suis pas mariée après. J'ai élevé trois enfants, je travaillais pour mes enfants. Je l'aime ma vie. C'est pas bon, bon, mais je l'aime, c'est comme ça. (Lucia)

J'étais très très occupée avec beaucoup d'enfants mais j'ai travaillé beaucoup, beaucoup, beaucoup. (Maria do Carmo)

La différence, après m'être mariée, c'était une grosse différence parce que j'ai commencé, j'ai marié un garçon qui n'avait rien. Moi non plus, je n'avais rien dans ce temps-là. Il n'y avait pas beaucoup de travail, des fois il travaillait mais il n'y avait pas d'argent pour nous payer, donc il n'y avait rien, donc la vie était plus dure parce que j'ai eu un enfant après neuf mois et après deux ans j'en ai eu un autre puis quand tu n'as rien, tu n'as rien. Et c'était très dur parce j'avais faim souvent et je n'avais pas quoi à manger et lui, il voulait travailler. Il travaillait souvent mais on ne le payait pas, parce que les gens n'avaient pas d'argent donc on s'obligeait à souffrir de la faim, à manger de la soupe tous les jours. Des jours, on ne pouvait vraiment pas manger. Mon mari aimait la chasse donc, des fois, il allait à la montagne, il apportait un lapin. . . . (Sylvia)

La dernière chose qui est discutée de façon négative est l'ensemble de conditions qui a entouré l'arrivée au Canada: l'inconnu, ne pas savoir parler la langue, devoir travailler très fort pour survivre:

Je ne connaissais personne, j'étais très triste. Je ne pouvais pas téléphoner à ma mère ou à mon mari qui était déjà au Canada pour dire que j'étais restée en arrière. Après, quand on est arrivé au Canada, on m'a mis dans une «van» et je parlais en portugais et les gens me parlaient en anglais et français et je ne les comprenais pas... (Josefa; trad)

Un peu, j'étais très fatiguée parce que je travaillais beaucoup. J'avais beaucoup d'heures. Ce n'était pas seulement 8 heures, si je devais faire plus, je faisais 9 ou 10 heures, tout dépendait. Il y avait deux groupes, ceux qui travaillaient la nuit et ceux qui travaillaient le jour et quand il y avait un problème, là, dans la machine, tout était arrêté, on devait attendre que le tout recommence avant de partir. . . . (Amélia; trad)

Les réflexions des participantes sont riches et on retrouve beaucoup de réflexions positives. D'abord, les participantes parlent de leur famille, de leurs parents, de leurs enfants, de leurs petits-enfants et de leur mari de façon positive:

Les exercices dans ma vie, quand je me suis mariée, il y 43 ans, tout était parfait, il n'y avait rien de mal. Je suis pauvre, mais je suis très riche avec ma famille, tous ensemble. (Rosalina)

Des fois, mon père avait beaucoup de terrains, j'aimais beaucoup aider mon père, j'ai passé des journées avec lui dans les champs. Pour moi, c'était une journée merveilleuse quand je sortais le matin avec mon père parce qu'on avait des vignes, on faisait du vin, on avait beaucoup de légumes, beaucoup de fruits. Moi j'ai adoré ça sortir avec mon père et passer les journées avec lui... (Odilia)

Elles parlent également de façon positive du Canada, leur nouveau pays.

Odilia mentionne être tombée amoureuse du pays:

Oui. Je suis toujours tombée amoureuse du Canada. Quand je suis arrivée au Canada, j'ai dit à mon mari: «si quelqu'un veut me voir, qu'il vienne ici» [elle rit]. J'aimais beaucoup le Canada, c'est toujours aussi merveilleux.

La plupart des participantes parlent positivement de la vie qu'elles ont maintenant, de leur retraite et de leurs amies. Josefa, par exemple, se confie en ces termes:

Maintenant je fais... Maintenant, je suis à la maison et je ne travaille pas. Je fais de la couture des fois, je fais du crochet, je sors avec mes amies,

mes voisines... Je vais avec mes sœurs, des fois on va au restaurant ou prendre un café pour passer le temps. Je vais souvent à l'église portugaise, on travaille beaucoup là, on parle avec les amis. Je trouve que j'ai une très belle vie maintenant (trad).

Pour conclure, la trajectoire de vie des participantes est remplie d'expériences et de moments difficiles, mais aussi de sentiments positifs. Dans le passé, l'activité physique qui faisait partie de leur habitus corporel était la marche et le travail domestique, ce qui ressemble beaucoup à leur habitus corporel présent.

CHAPITRE VIII

L'HABITUS CORPOREL

L'habitus corporel qui peut être repéré et cerné par le biais des significations que les individus d'une collectivité donnée accordent à leurs diverses pratiques corporelles et par le biais des «normes» implicites ou explicites qui régissent leur rapport au corps (Bourdieu, 1984). Ce chapitre porte sur les perceptions de l'activité physique, de la santé et du vieillissement ainsi que sur les pratiques d'activité physique et de santé des participantes.

Les perceptions de l'activité physique

Toutes les participantes perçoivent la pratique de l'activité physique de façon très positive et elles expliquent clairement les bénéfices de l'activité physique. Les idées qui ressortent sont que l'activité physique est très bonne pour la santé, c'est le «*fun*», c'est «joli», et c'est bon pour maintenir la santé:

Selon moi, ça sert à ce que tu restes en bonne santé et en même temps, tu te distrais, tu as une meilleure santé et puis tu peux bouger, tu peux mieux penser, tu peux... C'est très bon l'activité physique et mentale surtout, l'activité mentale, ça fait du bien au mental aussi. (Sylvia)

Toutes les participantes indiquent aussi que l'activité physique est bonne pour elles, pour la communauté et pour la société. En d'autres mots, c'est bon pour tout le monde à tous les âges. Les commentaires qui ressortent à cet égard sont: «si on ne fait pas des exercices, le corps devient mou» (Josefa; trad);

«pour moi, c'est merveilleux» (Odilia); «c'est bon pour la santé, ça aiderait ma jambe» (Mariana; trad); «c'est bon pour la santé, pour tout, le corps et les os» (Rosalina); «c'est bon pour tout, c'est bon pour le corps, c'est bon pour la santé» (Amélia; trad). Les perceptions des participantes ne sont pas nécessairement associées à la pratique de l'activité physique. Ainsi, deux participantes croient que c'est bon pour les autres femmes âgées, mais pas pour elles. Maria do Carmo dit: «je les trouve actives, les femmes de courage, mais pas moi». De même, Filomena indique: «je me dis, regarde, elle fait ça et moi, je suis vieille» (trad).

Comme il a déjà été mentionné, toutes les participantes sont actives à un certain niveau et la marche constitue leur activité principale. Les perceptions des participantes en ce qui a trait aux conséquences de cette pratique sont qu'elles se sentent bien quand elles marchent, qu'elles se sentent plus jeunes, qu'elles s'encouragent, qu'elles se sentent plus heureuses et qu'elles sentent que c'est bon pour elles et pour leur santé.

Les perceptions des participantes en ce qui a trait au «sport» (voire, une activité plus compétitive, organisée) sont quelque peu différentes. Elles font beaucoup référence à leur passé, lorsqu'elles habitaient au Portugal. Dans ce temps-là: «les filles ne faisaient pas de sport, dans ce temps là, c'était rare de voir des filles à bicyclette» (Odilia); «c'est un sujet qui ne se parlait pas» (Sylvia) et «seulement les garçons faisaient le sport, les filles faisaient le crochet» (Filomena). Si une participante indique une perception différente en fonction de la classe sociale («mais le sport, non, les filles qui faisaient le sport avaient la

bonne vie, elles vivaient dans les centres villes» (Amélia; trad)), les autres rappellent une époque où les stéréotypes sexistes étaient fortement ancrés:

Non, dans ce temps-là, on ne comprenait pas ça le sport. Ça ne se parlait pas et il y avait juste les garçons qui jouaient au ballon, mais c'est tout. Nous autres, notre sport, c'était le travail... Les filles n'étaient pas éduquées dans le sport, c'était mal vu. Supposons qu'une fille veuille prendre la balle et aller jouer au soccer, parce que c'est ça qu'il y avait à peu près chez nous, ce n'était pas bien vu, c'était passer pour un homme: «qu'est-ce que c'est ça?». On n'y pensait même pas... Les hommes, la plupart des hommes, il y avait des hommes qui aimaient jouer au ballon et un peu au soccer ou dans un coin ou dans un autre, il y en avait qui restaient là à regarder, mais il y en avait aussi qui n'avaient jamais le temps pour rien faire en ayant des animaux et le champ, ils n'avaient pas trop de temps pour... Quand on se parle, vraiment on n'y pensait pas, ça n'existait pas dans notre village. (Sylvia)

Je n'avais jamais vu des filles faire du sport. J'avais jamais vu les filles faire du jogging... Parce que ce n'était pas commun. Maintenant, les choses sont différentes. C'est un autre monde, une autre culture, un autre tout. (Filomena; trad)

Les participantes sont très positives face aux personnes âgées qui font de l'activité physique ou qui sont actives physiquement. Quelques-unes ont mentionné qu'elles ont déjà vu des personnes âgées faire de l'activité physique à la télévision où dans des centres sportifs. Toutes ces participantes voient ces personnes âgées de façon positive et sont d'accord avec leur pratique d'activité physique car elles croient qu'elle est très bénéfique pour leur santé.

Toutes les participantes sont très positives face aux femmes âgées qui font de l'activité physique ou du sport. Les participantes les considèrent des femmes en santé, des femmes actives, en forme et des femmes de courage. Une participante indique même qu'elle les admire:

Je les admire. Bien sûr que je les admire si elles ont la santé, elles font très bien de le faire et ceux qui se sont adaptés et tout ça, je les admire parce que c'est pas une vie d'être une immigrante et de venir et plus tard, tu n'as rien, tu n'as rien et tu te sens seule, tu sens, je ne sais pas et j'admire les femmes qui sont capables. (Sylvia)

Les participantes ont aussi leur façon de voir une femme âgée active. Une participante indique que c'est une femme qui est «*smart*», qui est en santé, qui est unie avec les autres femmes et qui est capable de faire beaucoup de choses. Quelques participantes ont décrit la femme active comme étant bien habillée, avec des shorts, un t-shirt et des espadrilles:

Elle est active, elle fait des exercices et tout ce qu'elle fait, c'est si bon pour elle et c'est bon pour sa santé, elle aura de l'énergie et ça aide à notre santé, le tout aide beaucoup la santé... Si elle n'est pas trop bien habillée, c'est normal, moi je ne mettrais pas un maillot de bain, mais des petits shorts et une blouse sans manche... Elle porte des shorts, une blouse sans manche et des espadrilles. (Amélia; trad)

De plus, d'après les participantes, c'est une femme qui est capable de faire n'importe quelle activité comme la marche, le jogging, le ski et les sports d'équipe. Une participante mentionne que c'est merveilleux que les femmes âgées soient actives, si elles ont la santé, qu'elles puissent faire de l'activité physique ou du sport. Si les participantes valorisent beaucoup les femmes âgées qui font de l'activité physique, elles indiquent qu'elles-mêmes ne sont pas actives de la même façon parce qu'elles ne savent pas comment faire les mêmes activités; elles n'ont pas pu les faire dans leur jeunesse.

Quelques participantes offrent leur propre définition de ce qu'est une femme âgée inactive. Josefa, par exemple, indique que c'est une femme qui ne

se préoccupe pas des choses qui semblent importantes pour elle dans la vie (le ménage ou son mari).

Elle ne «s'importe» pas des choses, elle ne «s'importe» pas avec le linge sale, elle ne «s'importe» pas que le mari arrive chez lui et que le souper est pas fait et elle donne seulement la volonté à son corps. Il y a beaucoup de gens comme ça qui ne «s'importe» pas... C'est mal... Parce que la personne continue à être molle et quand elle arrive à un certain âge, elle ne pourra plus bouger (trad).

Mariana indique que, d'après elle, c'est une femme qui ne prend pas soin d'elle-même, qui veut mourir avant le temps, qui ne veut pas s'arranger. Elle indique explicitement que c'est l'attitude de la personne qui influence son niveau d'activité.

Josefa et Mariana ont aussi offert leurs perceptions d'une femme âgée qui est «en forme». Pour elles, c'est une femme qui vit mieux, qui est plus heureuse et qui est définitivement en santé. Elles offrent aussi leurs perceptions d'une femme âgée qui n'est pas en forme: c'est une femme qui est malheureuse et qui ne prend pas soin d'elle.

Les participantes ont tendance à surtout utiliser le terme «exercice» pour faire référence à la pratique de l'activité physique. Cependant, ce qui est intéressant, c'est le contexte dans lequel les participantes placent ce mot. Adelia, par exemple, indique que si elle faisait de l'exercice, elle ne serait pas si grosse; une indication qu'elle associe l'exercice à un moyen de perte de poids. En contraste, Rosalina indique qu'elle a beaucoup travaillé dans son enfance et que le travail c'était de l'exercice. Elle associe donc le travail domestique à de l'exercice. Lucia indique qu'elle marche parce qu'elle ne sait pas faire d'autres

exercices, une indication que la marche constitue pour elle un exercice. Filomena indique qu'elle a des problèmes de santé et qu'elle doit faire de l'exercice, ce qui semble lier l'exercice à l'idée d'une prescription, d'une activité obligatoire et non ludique.

Les participantes sont très conscientes des effets bénéfiques de la pratique de l'activité physique. Elles sont également conscientes du fait que plusieurs femmes âgées sont isolées à leur résidence et qu'elles sont peu actives. Les participantes ont offert leurs conseils pour les aînées de la communauté afin qu'elles deviennent plus actives physiquement. Les conseils se ressemblent et font souvent référence au fait que les femmes devraient faire de la marche ou des exercices, mieux s'alimenter, avoir des amies et exprimer leurs émotions:

J'aimerais leur dire que si elles ne font pas des exercices, elles vont être plus malades et elles vont perdre leur énergie et elles vont être malades, elles vont avoir besoin de la médecine... Il faut manger des choses qui sont bonnes pour la santé, mange pas des «*junk*» qui sont pas bons pour la santé, parce que si tu manges, tu vas être malade pour le reste de la journée, il faut faire très attention avec ça. S'il y a quelque chose qui te dérange, va voir tes amies, parle à tes amies. Si quelque chose te dérange dans la famille, parle avec quelqu'un et ceci te fera sentir mieux. Mais si tu le gardes à l'intérieur, tu vas être malade jour par jour.
(Rosalina)

D'autres participantes indiquent que les femmes âgées devraient sortir de la maison, faire partie d'un groupe de l'église, ne pas avoir peur de s'impliquer et ne pas rester isolées. L'activité sociale semble, pour la plupart des participantes, être aussi importante que l'activité physique.

Les perceptions de la santé

Toutes les participantes ont leur propre définition de la santé. Elles offrent une panoplie de définitions qui reflètent plusieurs aspects qu'elles trouvent importants. Les définitions des participantes sont telles que la santé est perçue comme incluant deux éléments importants: la santé physique et la santé mentale.

La définition de la santé, c'est plutôt ta mentalité. C'est ton mental, ta façon de penser, pas trop penser dans la maladie. Si tu penses trop dans la maladie, c'est terrible. Moi, c'est surtout le mental, c'est toujours la façon que tu penses, la façon que tu vois les choses et la façon que tu agis envers les autres et ça, pour moi, c'est la santé, parce que le reste vient avec. . . . Il faut être positive. (Sylvia)

La santé physique, c'est ne pas avoir de douleur, ne pas se fatiguer. La santé mentale, c'est ne pas être déprimé, ne pas être triste. (Filomena; trad)

C'est ne pas avoir des douleurs, pouvoir marcher, pouvoir bouger, parler et faire sa vie. (Josefa; trad)

De plus, pour certaines participantes, la santé représente tout dans ce monde: c'est l'absence de maladie, c'est la meilleure chose, c'est le meilleur cadeau que Dieu peut donner, c'est la force mentale et c'est la bonne humeur. Pour les participantes, la santé est un aspect fondamental dans leur vie. Elles indiquent que plusieurs éléments peuvent être bénéfiques à leur santé. La pratique de l'activité physique est un aspect que toutes les participantes ont mentionné. Un autre aspect commun a été la nutrition. Les participantes font un lien important entre bien s'alimenter et avoir une bonne santé.

Lorsque les participantes ont été questionnées sur leur propre état de santé, des différences importantes ont été notées entre les participantes. Cinq participantes ont indiqué être en santé et mentionné bien se sentir, avoir une absence de douleurs, être capable de faire beaucoup de choses et avoir une certaine autonomie.

Oui, je le suis. Parce que si j'étais malade, je sentirais que je ne suis pas capable de faire les choses, mais jusqu'à aujourd'hui, mais comme j'ai dit à part de mes migraines, le reste ça va. (Josefa; trad)

Je pense qu'oui, pour 66 ans, je pense qu'oui... Parce que je n'ai pas de douleur, parce que je sais que beaucoup de gens souffrent de douleurs et moi, merci à Dieu, je n'ai pas de douleurs. (Filomena; trad)

Les cinq participantes qui indiquent ne pas être en santé mentionnent que ceci est plutôt dû à leur statut de santé, la haute pression, des douleurs de jambes et des os, le diabète, le cholestérol et des petits étourdissements. Mais il est clair que même avec leurs problèmes de santé, Rosalina et Sylvia restent positives.

Ma santé n'est pas trop trop bonne, parce que j'ai le diabète, j'ai des problèmes avec mon foie et des veines «varicoses» dans mes jambes. Mais il y en a qui sont pires que moi, avec le cancer. Je suis heureuse. (Rosalina)

Ben, tu sais que ça pourrait être pire. Il y en a des pires que moi, il y a qui sont mieux mais je comprends et je me comprends parce que quand tu travailles trop dans ta vie, un jour ou l'autre il faut ... en santé c'est pas pire, comme à part de ça... (Sylvia)

Les perceptions du vieillissement

Toutes les participantes ont partagé leurs perceptions face au vieillissement. Lorsqu'on a demandé aux participantes comment elles se sentent à leur âge, celles-ci sont très positives à cet égard. Elles indiquent clairement qu'elles se sentent jeunes et bien à leur âge, qu'elles sont heureuses et comme si elles n'avaient pas cet âge là.

Très bien. Moi ... Moi je me sens bien parce que je fais les choses pour me sentir bien. Je ne m'assois pas ici et attendre la mort pour mourir. Non non. Je me dis, «Rosalina come on, wake-up move around». Et quand je vais autour de la maison je me sens beaucoup mieux. (Rosalina)

Mais je me sens assez bien, et la santé n'est pas très bonne mais je sens que je fais de mon mieux, je sens que j'ai une assez bonne famille en santé je sens que je suis arrivée où je voulais arriver. Je ne suis pas riche mais j'ai quand même une maison recevant et de l'argent pour manger et pour des petites choses, mais pour moi ça me suffit car je suis heureuse, je suis très heureuse. (Sylvia)

Très bien, je me sens heureuse. Quand j'ai eu 30 ans, je n'oublierai jamais parce que j'ai tellement pleuré, j'ai pleuré toute la journée. . . . Après j'ai eu 40-50-60 et j'ai 65 ans et je suis toujours heureuse. Je pense aujourd'hui que ce n'est pas la vieillesse qui nous fait du mal, c'est la maladie. Si on a la santé on n'est jamais vieux, si on a la santé et notre tête, on est jamais vieux, si on est jeune et on est malade ou si on n'a pas la tête ça, ça peut être mauvais. (Josefa; trad)

Les participantes sont aussi très positives face à leur âge, et toutes sauf une indique que l'âge qu'elles ont, est un bel âge. La participante qui voit son âge de façon négative se sent vieille, mais elle n'est pas prête à partir avant que Dieu l'appelle. Les participantes qui sont positives indiquent que c'est bon d'avoir leur âge à cause qu'elles sont à la retraite. De plus, le fait d'avoir une bonne santé influence l'attitude positive envers l'âge.

C'est beau. Je me sens jeune. Mon mari a 76 ans, mais je le regarde et je dis, «il a l'air d'un petit garçon» [elle rit]. Et mon mari me dit que j'ai l'air d'avoir 20 ans [elle rit]. Et je me sens heureuse quand il me dit des choses comme ça. (Rosalina)

Oui quand tu as une bonne santé, c'est un bel âge. Ça dépend comment tu penses, si moi je trouve que c'est un bel âge quand tu as la santé, tu peux faire beaucoup de choses si tu as la santé, mais maintenant il n'y a pas beaucoup de gens qui ont la santé à 65 ans ... Il faut se servir de ce qu'on a, moi c'est le mental toujours et c'est important que tu restes, si c'est possible. (Sylvia)

C'est un âge, je me sens contente et je me sens bien, je ne suis pas triste ou je ne suis pas malade, ou je pense des choses parce que des fois quand on pense trop ça nous rend malade... Si on pense qu'on va mourir ce n'est pas bon, ce n'est pas bon pour nous. (Amélia; trad)

Pour les participantes, l'avenir est très important et est directement associé à leur vieillissement. Quelques participantes ont indiqué avoir des objectifs pour l'avenir et quelques-unes ont indiqué ne pas en avoir. Certaines veulent être impliquées dans la communauté (à l'église et dans le groupe de prière), être entourées de leur famille et voyager pour voir le monde et visiter de la parenté. D'après les participantes, une bonne santé encouragera leurs activités.

J'aimerais voyager. Moi j'adore voyager. J'aime sortir et voir des choses. Si j'avais beaucoup d'argent je ferais le tour du monde. [elle rit] (Odilia)

Si je suis encore vivante dans 10-20 ans, seulement Dieu le sait. J'aimerais être à la maison avec mon mari, j'aime aller à l'église, j'aime ma communauté portugaise, j'appartient à la St. Vincent de Paul, et à l'église il y a plusieurs personnes, je suis membre du conseil paroissial de mon église. Ce sont ces choses qui me rendent heureuse. (Rosalina)

Les participantes qui n'ont pas d'objectifs pour l'avenir vivent plutôt au jour le jour. Une participante n'est pas trop ambitieuse, mais elle pense peut-être à

faire du bénévolat si sa santé le permet. Mariana indique que Dieu fera le destin, c'est Dieu qui décidera son avenir et qui va orienter sa vie:

Je pense mais pas beaucoup, Dieu fera le destin... Oui, le jour au jour, c'est ce que le Bon Dieu voudra, c'est Dieu qui va décider et c'est lui qui a orienté ma vie, depuis que j'ai mes enfants (trad).

Les perceptions des participantes face à l'activité physique, la santé et le vieillissement, crée un lien positif très intéressant. La Figure 2 illustre le lien positif entre les perceptions de l'activité physique, la santé et le vieillissement.

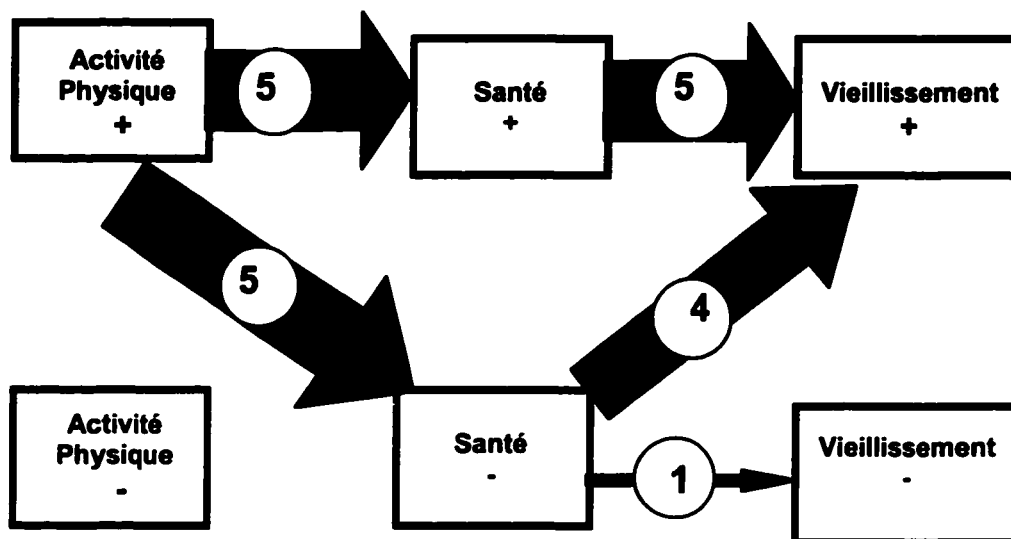


FIGURE 2: Le lien positif entre les perceptions de l'activité physique, la santé et le vieillissement

Les 10 participantes étaient toutes positives envers la pratique de l'activité physique autant auprès de la population en générale, qu'auprès d'elles-mêmes. De ces 10 participantes, 5 étaient positives envers leur statut de santé et 5

étaient négatives envers leur statut de santé. Les 5 participantes qui étaient positives envers leur santé sont aussi positives envers leur vieillissement. Pour ce qui est des 5 participantes qui étaient négatives envers leur santé, 4 étaient positives envers leur vieillissement et 1 était négative envers son vieillissement. De façon générale, les perceptions des participantes envers l'activité physique, la santé et le vieillissement sont très positifs et encourageants, sauf pour les quelques exceptions. Les participantes sont au courant des bienfaits de l'activité physique sur leur santé, ce qui influence directement les années à venir et leur permettra de bien vivre pendant leur vieillissement.

Les pratiques de l'activité physique

Toutes les participantes expriment l'importance du travail domestique dans leur passé. Celles-ci ont toujours fait du travail domestique pendant l'enfance, l'adolescence, comme jeune adulte et adulte. Cependant, comme aînée, elles continuent à souligner l'importance du travail, un travail qui a évolué, un peu comme les temps. Les participantes ont identifié diverses tâches domestiques qu'elles ont fait au cours de leur trajectoire de vie, mais à l'âge aîné celles-ci spécifient trois tâches principales, faire le ménage, faire les repas pour le mari et les enfants/petits-enfants et faire le lavage.

À la maison je fais les services que je dois faire, je lave, je fais la nourriture, j'aime cuisiner, j'aime nettoyer la maison, le matin je fais les lits, et je change les lits... Oui, je sors, le matin quand je veux sortir, le matin je fais les lits, je place la cuisine, les choses principales et je quitte. Et quand je reviens, je fais la nourriture ou quelque chose. (Amélia; trad)

Maintenant je travaille, je marche tous les jours avec mes petits-enfants. Je vais au magasin. Je marche beaucoup, j'aide ma belle-fille à faire du ménage dans sa maison aussi. Je fais le souper pour mes petits enfants. Je travaille beaucoup. [elle rit]. (Lucia)

Aujourd'hui, les participantes font un lien important entre les travaux domestiques et la pratique de l'activité physique.

Je fais plus d'exercices, parce qu'il faut que je prenne soin de ma maison, mes enfants, mon mari et je dois aller des fois prendre soin de mes petits-enfants, donc je dois aller magasiner, il faut que je sois... Si tu veux aller voir quelqu'un il faut que tu bouges. (Rosalina)

Toutes les participantes sont plus ou moins actives, certaines plus que d'autres, mais de façon générale toutes les participantes se considèrent actives et ont toutes des pratiques d'activité physique semblables et en même temps distinctes.

La marche est l'activité physique principale et pratiquée par toutes les participantes. De façon générale, elles marchent entre 20 et 60 minutes, en moyenne cinq jours semaine, autour du quartier quand il fait beau ou dans les centres commerciaux quand il pleut ou pendant l'hiver. Certaines participantes préfèrent marcher seule, d'autres avec leur mari, leurs enfants ou leurs petits-enfants. Pour les participantes, la marche ne coûte rien et n'est pas organisée. Adelia et Lucia expliquent comment elles aiment marcher et qu'elles le font pour des raisons de santé:

Oui, j'en fais plus, parce que maintenant je ne travaille pas. Je vais marcher et je sens plus le goût que quand une personne travaille. Quand je travaillais, j'allais travailler, je revenais à la maison, j'avais ma vie de maison j'avais le souper à faire pour mes enfants, laver le linge, c'était de l'exercice mais... Non, maintenant, si je veux aller marcher, je peux y aller, je passe du plus beau temps maintenant que je n'ai jamais passé...

Maintenant, je fais seulement mon travail de maison et c'est tout. (Adelia; trad)

Oui, j'ai le goût de le faire. Il faut que je marche. Si je suis à la maison, je ne vais pas être tous les jours en train de nettoyer car c'est seulement nous deux... Ça peut se salir quand viennent les petits-enfants, mais je ne vais pas être toujours en train de nettoyer... Je me sens comme si je dois sortir, que je dois sortir, des fois je rencontre des personnes que je connais... Mais, en général, je vais quand les magasins ouvrent le matin et à midi je reviens à la maison... Ce n'est pas facile de rencontrer car les personnes travaillent, donc je ne peux pas rencontrer beaucoup de personnes que je connais car ils travaillent, peut-être pendant l'après-midi, quand les personnes ont fini de travailler, mais pas pendant le matin, c'est difficile, je reste jusqu'à midi et je reviens à la maison faire le souper et prendre soin de mes affaires à la maison. (Adelia; trad)

Maintenant je travaille, je marche tous les jours avec mes petits-enfants. Je vais au magasin. Je marche beaucoup, j'aide ma belle-fille à faire du ménage dans sa maison aussi. Je fais le souper pour mes petits enfants. Je travaille beaucoup. [elle rit]. (Lucia)

Parmi toutes les participantes, Odilia est celle qui est la plus active physiquement. Elle fait partie du centre de jour Séraphin-Marion à Orléans, où elle participe à plusieurs activités tel que la danse en ligne, la pétanque et les sacs de sable. De plus, elle marche et fait de la natation. Au centre de jour elle fait de la danse en ligne pendant une heure et demie, une fois par semaine, le lundi, avec un groupe de 30-40 personnes âgées. Cette activité est organisée et sa cotisation comme membre lui coûte \$18 par année et \$2 pour chaque activité à laquelle elle participe. La pétanque et les sacs de sables sont des activités alternantes, elle joue pendant une heure trente encore au centre de jour avec un groupe d'amies francophones de 15-20 personnes une fois par semaine, le lundi, c'est organisé et cela lui coûte aussi \$2 à chaque fois qu'elle joue. Odilia fait la marche de façon non organisée pendant 25 minutes dans son quartier et elle

marche seule. En ce qui concerne la natation elle pratique cette activité de façon moins régulière, mais elle préfère nager l'été que l'hiver. Odilia explique pourquoi elle aime faire ses activités:

Je n'ai plus de responsabilité, je n'ai plus d'enfant, je fais ce que je veux, je sors de la maison quand je veux [elle rit] et j'aime ça la natation, j'aime ça jouer à la pétanque, je fais de la danse en ligne toutes les semaines, j'aime ça sortir avec mes amies, j'aime ça aller au restaurant de temps en temps avec mes amies et puis j'aime ça la marche.

Les participantes signalent aussi faire d'autres types d'activités physiques comme les exercices à la maison, le jardinage, l'aérobic dans l'eau, la natation, la bicyclette stationnaire et le ménage. Cependant, elles ne font pas ces activités de façon régulière.

Des fois je fais des exercices, je m'assoie par terre, je fais des exercices, ils m'ont enseigné ça à mon ancien travail. Quand je travaillais à l'heure du dîner, il y avait une madame qui était professeure des exercices pour celles qui voulaient y aller, on allait faire des exercices. (Josefa; trad)

En général, toutes les participantes sont très satisfaites des activités physiques qu'elles pratiquent, et ne sont pas intéressées à essayer d'autres activités qui ne sont pas offertes près de chez elles.

Influence positive sur la pratique de l'activité physique

Les deux principaux éléments qui influencent de façon positive la pratique de l'activité physique chez les participantes sont les éléments facilitateurs et les agents facilitateurs.

Les éléments facilitateurs suivants influencent de façon positive la pratique de l'activité physique chez les participantes: rencontrer des personnes; la famille qui encourage la participante à être en santé; la marche qui est une activité facile; le fait que l'activité physique est bonne pour la santé et aide à diminuer le diabète et la haute pression; le fait d'être à la retraite et la saison d'été.

C'est bon pour la santé. Je reste en forme. C'est bon pour mon diabète. Même quand je vais au docteur, je marche. Il regarde ma pression et il me dit que c'est bon, si vous marchez beaucoup, la pression c'est bon. (Lucia)

Pendant le temps que j'ai la santé, je veux en profiter. Parce qu'on ne sait pas combien de temps on va être dans ce monde, au moins on en profite pendant qu'on est là [elle rit]. (Odilia)

Les participantes moins actives indiquent qu'il y a certaines choses qui pourraient les amener à être plus actives, comme avoir une meilleure santé. D'après certaines participantes, il est difficile d'être active lorsqu'on a une limitation physique. La possibilité d'avoir un endroit accessible où les femmes d'origine portugaises pourraient se rencontrer pour faire de l'activité physique, encouragerait certaines participantes à être plus active physiquement.

Je ne vois pas grand chose. Une meilleure santé. Parce que je suis... Je suis limitée et si tu es limitée, tu ne peux pas faire certaines choses. (Sylvia)

Si on avait une place où on pourrait aller, par exemple plus de mesdames ou plus de personnes pour faire des exercices ou une autre sorte d'activité, ça pourrait être la meilleure façon de faire mieux. (Josefa; trad)

La retraite agit aussi comme une influence positive, car les participantes indiquent qu'elles ont moins de responsabilités et moins de préoccupations

depuis qu'elles sont à la retraite. De plus, elles indiquent qu'avec ce temps libre elles peuvent faire les activités qu'elles aiment et qu'elles veulent incluant la marche, aller au centre de jour et faire du jardinage. Ce sont des activités qu'elles n'avaient pas l'occasion ou le temps de faire quand elles travaillaient et prenaient soin de la famille.

Pour ce qui est de la saison d'été, toutes les participantes indiquent qu'elle influence positivement leur pratique de l'activité physique. Pendant l'été, quand il fait beau et la température est agréable, elles marchent souvent dehors autour de chez elle. D'après les participantes, il y a une différence à l'été car elles peuvent prendre leurs marches pour une période plus longue que pendant l'hiver.

Les agents facilitateurs influencent aussi de façon positive la pratique de l'activité physique. Les participantes qui sont plus actives mentionnent que la famille (surtout le mari) encourage à être en santé, à sortir et à marcher. Les moins actives indiquent qu'une amie ou des partenaires, ayant la même culture et langue maternelle, les encourageraient à être plus actives.

J'aime ça. J'aime être avec le monde. Je ne suis pas quelqu'un qui se met dans un coin à rien faire ou regarder la télévision. Si j'ai quelque chose à faire, je le fais. J'ai un paquet d'amies, je connais beaucoup de monde, on est ensemble, on parle, on rit, on fait toute sorte d'affaires. J'aime ça être avec le monde. On change d'idées, comme ce matin je suis allée au centre de jour, je suis membre de la Vie Montante, je suis allée là, on a vu un film. Je suis retournée à la maison. (Odilia)

Toute seule je n'y vais pas... Je n'aime pas parce que je ne suis pas habituée à marcher seule, s'il [mari] y va, je vais. Et s'il n'y va pas, je vais quand même mais proche de la maison. (Filomena; trad)

Avec mes amies, je suis amie avec tout le monde, après s'être réunies, on est devenu tous des amies, ma belle-fille me dit toujours que je me trouve des amies très vite. (Amélia; trad)

Toutes les participantes sauf une indiquent que la pratique de l'activité physique est importante pour créer des liens sociaux. C'est une bonne occasion pour parler, être entouré de gens et créer des amitiés. D'après elles, les amitiés sont très importantes et la meilleure chose qu'elles peuvent avoir dans leur vie.

Oui. j'ai un paquet d'amies à cause de ça. Je connais des amies de la danse, je connais des amies parce qu'elles font d'autres choses, on est ensemble, on connaît celle là, on va faire d'autres choses on connaît d'autre monde. Comme ça, on se fait un paquet d'amies. (Odilia)

Au niveau social c'est bien. L'activité physique ça peut être aussi de parler, tu t'assoies autour et tu parles et ton mental continue, c'est quand tu arrêtes ton mental que tu parles seule autour comme ça m'arrive des fois. . . . Le groupe c'est bien, même avec les jeunes moi je trouve que les personnes âgées pourraient apprendre beaucoup aux jeunes, beaucoup parce que les jeunes ils ont envie de savoir des choses. (Sylvia)

Pour ce qui est du réseau social, le mari, les enfants, les petits-enfants, la famille étendue et les amies, sont ceux qui forment les liens sociaux majeurs des participantes. En terme de leur pratique d'activité physique, seulement deux participantes préfèrent faire leur marche seule, car elles peuvent aller à leur propre rythme et pour la durée qu'elles préfèrent.

Le mari est un lien social très important pour ce qui est de la pratique de l'activité physique. Plusieurs commentaires ont été liés à la relation avec le mari, plus précisément, un était lié à la pratique de l'activité physique, pour Adelia, son mari marche trop vite ce qui l'empêche de marcher avec lui:

Non, non. Mon mari marche seulement le matin mais il marche trop vite et je ne suis pas capable de marcher vite comme lui... Il y a beaucoup d'époux et épouses qu'y vont marcher, mais je ne vais pas avec lui car il marche trop vite et je ne suis pas capable... Moi, je marche lentement. Quand je marche, j'y vais lentement. C'est pour cette raison que je n'y vais pas. (trad)

Au contraire, Filomena indique qu'elle marche toujours avec son mari:

Je fais seulement les choses de la maison et je marche un peu quand je vais avec mon mari, on fait le tour ici, quand c'est l'été [elle rit]. Et quand je vais au «shopping» je marche beaucoup et je n'arrête pas. Et je me sens bien, je me sens contente parce que j'ai besoin de marcher. Mais toute seule je ne vais pas. (trad)

Comme la présence du mari, celle des enfants et des petits-enfants est aussi très importante. Dans le passé, la relation avec les enfants est très présente, certaines participantes n'avaient pas de temps pour faire de l'activité physique parce qu'elles devaient élever leurs enfants. Elles étaient très occupées et elles ont beaucoup travaillé dans le passé afin de donner une bonne vie à leurs enfants. Dans le présent, Adelia mentionne que ses enfants aimeraient qu'elle fasse de l'activité physique, Rosalina marche avec sa fille, Lucia mentionne qu'elle fait le souper pour ses enfants, Maria do Carmo dépend de ses enfants quand elle a besoin de quelque chose, Odilia a des bons enfants, et pour Sylvia c'était difficile de voir ses enfants quitter la maison, elle vit une certaine solitude.

Maintenant je travaille, je marche tous les jours avec mes petits-enfants. Je vais au magasin. Je marche beaucoup, j'aide ma belle-fille à faire du ménage dans sa maison aussi. Je fais le souper pour mes petits enfants. Je travaille beaucoup [elle rit]. (Lucia)

Je ne pense pas, non. J'y vais toute seule, mes enfants dit, «maman, quand maman a besoin, maman appelle et je vais avec maman». L'hiver,

je les appelle. Mon fils plus vieux demeure près d'ici. . . . Maintenant, j'y vais toute seule, je prends mon carrosse (pour mettre les «groceries») et j'y vais toute seule, l'hiver c'est plus difficile mais j'y vais quand même. (Maria do Carmo)

J'aime beaucoup les gens, mais je me sens souvent toute seule, ce n'est pas la faute à l'autre parce qu'il faut aussi que je respecte l'autre, mais la raison, j'ai essayé de la trouver. Je me suis dit que je sais que les enfants travaillent et ils gagnent leur vie. (Sylvia)

La relation avec les petits-enfants est aussi très importante dans la vie des participantes. Plusieurs prennent soin de leurs petits-enfants, elles jouent avec eux et assurent qu'ils quittent pour l'école.

Je fais mes activités, je prend soin de mes petits-enfants, je fais la nourriture, je prend soin d'eux, je les mets dans l'autobus, à 15h30 je vais les chercher quand ils arrivent je fais quelque chose pour qu'ils puissent manger, je lave le linge et des fois je fais quelque chose de différent pour manger si un de mes enfants arrivent ici, je fais du pain sucré. (Mariana; trad)

Lucia et Rosalina indiquent qu'elles font de l'activité physique avec les petits-enfants, la marche et la danse sont les deux activités physiques principales.

Oui, je marche beaucoup, mes petits-enfants me disent à moi, «je n'ai pas vu une femme comme vous qui marche marche beaucoup»... J'aime danser, je danse avec mes petits-enfants à la maison, je mets la radio et je danse beaucoup avec mon petit-fils. C'est bon pour le petit et c'est bon pour moi. (Lucia)

La famille étendue est un lien social important, une participante mentionne qu'elle aime sortir avec sa belle-sœur, et une autre avec sa sœur. La famille étendue pourrait être aussi un lien important qui pourrait inciter les participantes à être plus actives.

Les amies, elles, sont aussi des liens sociaux cruciaux pour les participantes. Adelia indique qu'elle marchait avec une amie mais qu'elle a dû arrêter car elle marchait trop longtemps et elle n'était pas capable de la suivre:

J'avais une amie qui, environ deux ans passés, tous les samedis, on allait les deux. Elle voulait sortir mais pas seule donc j'allais toujours avec elle. Mais maintenant, je ne vais pas souvent avec elle. Je suis déjà allée deux fois depuis que je suis revenue du Portugal: deux fois avec elle. Mais je ne vais pas beaucoup de fois, parce qu'elle marche pour deux heures ou plus, trois heures, de 9h00 à 12h00 en général et je trouve que c'est trop à cause que je suis pesante et à cause que j'ai peur de devenir fatiguée et que ma jambe commence à faire mal... Donc je ne vais pas avec elle, mais je suis allée deux fois depuis que je suis revenue du Portugal (trad)

Maria do Carmo indique le même dilemme, la difficulté de faire de l'activité physique avec une amie, surtout concernant les difficultés d'horaire:

Non. J'avais ici une voisine, la belle-mère de ma fille et c'est une portugaise aussi, c'est Madame Elle me disait, «je vais aller avec toi», mais elle soupait trop tard et j'ai dit «c'est pas de ma faute»... Oui. Moi j'étais ici toute seule et toujours j'ai faim à midi, j'ai besoin de manger, à 17:30 j'ai besoin de manger et elle mange à 19h00 ou 20h00. J'ai dit que c'est pas bon pour ma santé, et je vais à 18h00-18h30. Je fais ma marche et elle a dit: «je ne suis pas capable de marcher aussi vite que toi». Elle avait la bronchite et c'est difficile pour elle. Elle marche un peu et arrête et elle est fatiguée, fatiguée. J'ai marché toute seule.

Au contraire, Odilia a beaucoup d'amies. Elle fait partie d'un groupe dans un centre de jour où elles et ses amies font de la danse en ligne et jouent à la pétanque et aux sacs de sable. Elle démontre l'importance pour les femmes âgées de faire des liens sociaux lorsqu'on est membre d'un groupe.

J'ai un paquet d'amies, je connais beaucoup de monde, on est ensemble, on parle, on rit, on fait toute sorte d'affaires. J'aime ça être avec le monde... Oui, j'ai un paquet d'amies à cause de ça. Je connais des amies de la danse, je connais des amies parce qu'elles font d'autres choses, on est ensemble, on connaît celle là, on va faire d'autres choses on connaît d'autre monde. Comme ça, on se fait un paquet d'amies. (Odilia)

Josefa sort avec des amies et sa voisine pour prendre un café, elle rencontre aussi ses amies à l'église portugaise. Sa voisine l'invite souvent à faire des activités physiques, comme le curling, mais cette activité ne l'intéresse pas:

Non. Ma voisine m'a demandé d'aller avec elle jouer au curling... Mais je suis allée une fois pour voir, mais je n'ai pas aimé ça. (Josefa; trad)

Influence négative sur la pratique de l'activité physique

Il y a deux éléments qui influencent de façon négative la pratique d'activités physiques chez les participantes, ceux-ci sont: la saison de l'hiver et les obstacles.

L'hiver est vu par les participantes comme une influence négative sur leur pratique d'activités physiques. Adelia indique qu'elle marche dans les centres commerciaux pendant l'hiver:

Mon idée était que je vais marcher... Début de l'hiver, pas dehors mais dans les magasins, je vais marcher. Je marche jusqu'à l'arrêt d'autobus ... Et maintenant qu'il fait beau, je marche autour d'ici, près de la rivière, pour environ 20 minutes... Mais je ne marche pas trop pour ne pas abuser de ma jambe. (trad)

En général pour les participantes la neige rend difficile la marche dans la rue, elles aiment marcher l'été, mais moins l'hiver. À l'hiver les participantes marchent moins, et si elles sortent, elles vont lentement à cause qu'elles ont peur de glisser ou de tomber; «quand c'est glissant j'ai peur de sortir». Certaines sortent quand même, mais elles font attention et les marches ne sont pas aussi longues. Pendant l'hiver quand il fait trop froid, les participantes marchent les centres commerciaux. De plus, elles aiment marcher dans les centres commerciaux, car ceux-ci sont grands et leur permettent de regarder les vitrines des magasins.

Marcher, j'aime marcher un peu, le docteur dit que c'est très bon marcher un peu s'il ne fait pas trop froid je vais marcher un peu tous les jours. Des fois je vais au St.-Laurent, je vais là et je marche le docteur dit que c'est la même chose que marcher dehors, je vais 2 ou 3 heures marcher là. (Mariana; trad)

Une autre forme d'influence négative sur la pratique de l'activité physique sont les obstacles, comme: l'état d'âme, la distance, le prix, l'horaire, les partenaires, la langue, le statut de santé, les difficultés et la peur.

Le premier obstacle qui semble influencer de façon négative les participantes est l'état d'âme. Les participantes ne vont pas aux endroits pour faire de l'activité physique (centre sportif) à cause que ça ne leur tente pas, ça ne leur intéresse pas, elles indiquent être paresseuses, n'ont aucune volonté d'y aller ou n'arrivent jamais à s'inscrire.

Je pourrais aller même si je ne comprends pas tout, ce n'est pas la difficulté, c'est moi qui n'a pas la volonté d'y aller et de faire de l'exercice à aucun endroit, je préfère aller marcher et faire le mieux possible. (Adelia; trad)

Oui. Et je ne vais pas faire des exercices parce que je suis paresseuse parce que je pourrais m'enregistrer et aller. Je me dis que je vais y aller et je n'y vais pas... Oui. Et je ne vais pas faire des exercices parce que je suis paresseuse parce que je pourrais m'enregistrer et aller. Je me dis que je vais y aller et je n'y vais pas. (Josefa; trad)

La distance des centres de conditionnement physique, n'est pas un obstacle à la pratique de l'activité physique. L'horaire des activités au centre de conditionnement n'est pas un obstacle, car les participantes indiquent que depuis qu'elles sont à la retraite, elles sont très flexibles.

En ce qui concerne le prix pour l'inscription au centre sportif, seulement une participante a indiqué que si ces endroits étaient gratuit pour les personnes

âgées, elle irait. Cependant, la majorité des participantes indiquent que ce n'est pas une question d'argent.

En ce qui concerne les partenaires, quelques participantes ont des partenaires et d'autres sont seules. Cependant, seulement deux préfèrent marcher seules et le reste préfèrent ou aimeraient avoir un ou des partenaires pour faire leurs activités physiques. Les participantes qui veulent des partenaires ne feront pas de l'activité physique si elles doivent aller seules. Elles suggèrent qu'il serait intéressant de faire de l'activité physique avec des gens surtout des femmes pour ne pas qu'elles se sentent seules, ou avec des gens qui ont le même âge. L'union des personnes (groupe de portugais) pourrait amener certaines participantes à faire plus d'activités physiques. Donc, il est clair que le manque de partenaires est un obstacle pour certaines participantes.

La langue est définitivement un obstacle à la pratique de l'activité physique pour certaines participantes. Il semble que les participantes plus actives ont aucun problème avec la langue et que celui-ci n'agit pas comme un obstacle. Une participante semble indiquer qu'elle serait plus confortable à faire de l'activité physique avec un groupe de femmes anglophones, mais pas des francophones. Cependant, pour les femmes moins à l'aise avec la langue ceci est un grave problème. Deux participantes ont spécifiquement mentionné que la langue était un obstacle à leur pratique de l'activité physique. Une participante serait intéressée à sortir et aller à la piscine qui se trouve près de chez elle, mais comme elle ne peut parler ni anglais, ni français elle ne peut communiquer avec les gens qui l'entourent. Pour une autre participante la langue l'empêche de faire

partie d'un groupe d'exercices. Il faut noter que la langue maternelle et d'usage de ces femmes est le portugais et qu'elles comprennent d'abord un peu l'anglais et ensuite très peu le français, mais pas à un niveau leur permettant d'être actives au sein de la communauté ou intégré dans des centres de jour canadiens.

Il semble que le statut de santé agit comme obstacle à la pratique de l'activité physique pour certaines participantes. Pour deux participantes leur santé n'influence pas leur pratique d'activités physiques, mais pour six autres la santé influence beaucoup leur pratique. Celles qui indiquent que la santé influence leur pratique de l'activité physique ont des douleurs dans les jambes, aux os, des douleurs aux muscles, des maux de tête, des problèmes avec le rythme du cœur, la haute pression, des varices dans les jambes et des étourdissements.

Le transport est un autre obstacle qui semble empêcher deux participantes de pratiquer l'activité physique, trois indiquent qu'il n'y a pas de problème avec le transport. Celles qui n'ont pas de problème avec le transport conduisent leur voiture et sont capables de prendre l'autobus. Celles qui mentionnent que le transport est un obstacle ne savent pas conduire, donc le transport est un problème. Elle aimerait voir un centre de jour (pour des personnes d'origine portugaise) qui fournirait le transport (une petite van) afin qu'elles puissent y aller, car elles sont intéressées à faire de l'activité physique.

Je connais certaines places où on peut aller. Mais je ne conduis pas ma voiture, je suis stupide, je ne conduis pas. Si je pouvais conduire la voiture j'irais. Mais je ne conduis pas, donc je ne vais pas. Des fois je vois ça à la télévision et je les fais devant la télévision. (Rosalina)

Je ne vais pas premièrement parce que je n'ai pas de transport, pour moi c'est très important. Tous mes enfants travaillent, je ne conduis pas, je ne sais prendre les autobus à cause je ne sais pas parler, et ça l'a beaucoup à faire avec ça. Je ne sors pas et même si je pouvais je ne comprendrais pas ce que les gens disent... Comme je dis il y a une madame que je connais et d'autre madames c'est de quoi on parle beaucoup, c'est le transport et elle prend l'autobus, mais pour moi c'est une difficulté (Mariana; trad)

Pour quelques participantes la pratique de l'activité physique est difficile.

Pour une d'entre elle, cette difficulté est lié au fait qu'elle a un mari qui est différent d'elle, il est solitaire et elle sociale, mais que sans lui elle ne sort pas pour faire les activités qu'elle aime comme la danse sociale. Une autre n'a pas la chance de faire de l'activité physique parce qu'elle n'a pas été habituée à en faire quand elle était jeune. Une autre difficulté c'est d'avoir le transport et de pouvoir parler la langue et à cause qu'il n'y a pas d'endroits ou des centres de jour pour que les personnes d'origine portugaise puissent faire de l'activité physique.

Peut-être, il se peut. Mais aussi c'est que moi j'ai un homme que j'aime et qui est un bon mari, mais on est très différent. Lui il aime la solitude, il aime la chasse, il a des abeilles, il aime les abeilles, il est très solitaire. Moi j'aime les gens et sortir d'ici et aller là-bas, lui n'aime pas trop ça. C'est un peu ça qui m'empêche... Oui, j'irais. Mais sans lui, je ne sais pas. Peut-être ça fait partie de la culture sans que je... Sans que je suis consciente. (Sylvia)

La peur est aussi un obstacle mentionné par les participantes, une mauvaise expérience à la piscine (perte de connaissance) à laissé une participante avec la peur que cela se répète. La peur de marcher dehors le soir et de glisser pendant l'hiver sont d'autres obstacles de peur mentionnés par les

participantes. À cause de l'obscurité, le soir est un facteur générant de la peur; ce qui empêche la pratique de l'activité physique chez certaines participantes.

Les endroits pour faire de l'activité physique et du sport

Il est important de mieux comprendre les connaissances des participantes face aux endroits réservés pour la pratique de l'activité physique. Il est évident que toutes les participantes connaissent des endroits pour la pratique de l'activité physique et elles sont presque toutes capables de nommer le nom spécifique où la région où se trouve un endroit. Adelia, est au courant d'un endroit mais a oublié le nom spécifique; Rosalina, semble connaître certaines places mais n'y va pas à cause du transport; Lucia connaît un endroit près de l'hôtel de ville à Gloucester, mais elle n'y va pas, car il faut payer; Maria do Carmo connaît le Centre St. Laurent; Odilia connaît deux endroits, la piscine Splash et le Centre de jour Séraphin-Marion; Sylvia connaît deux endroits avec piscine; Filomena connaît très vaguement une place à Kanata; Josefa connaît le Sportsplex, elle passe souvent devant le Centre et se dit qu'elle doit s'inscrire mais elle n'arrive jamais à se décider de le faire:

Le Sportsplex, je passe là souvent et je vois les mesdames qui font les exercices et quand je les vois, je pense que je dois venir m'enregistrer et venir aussi, mais le jour suivant j'ai déjà oublié [elle rit]. (trad)

Mariana connaît l'existence de ces endroits mais ne connaît pas les noms spécifiques, elle n'y va pas parce qu'elle ne parle ni français, ni anglais; et Amélia connaît deux endroits, le Sportsplex et la piscine sur la Tenth Line.

En ce qui à trait à l'intérêt des participantes face aux endroits pour pratiquer l'activité physique, les réactions des participantes sont soit positive, soit négative. Il y a trois participantes qui ont spécifiquement un intérêt négatif. Une participante ne veut pas y aller, ça ne l'intéresse pas, même si ses enfants aiment qu'elle y aille. Pour une autre, ces endroits ne l'intéressent pas parce qu'elle trouve que c'est trop grand et elle a peur de se perdre. Pour une participante, ces endroits ne l'intéressent pas à cause qu'elle croit que ceux-ci ne sont pas pour des gens de son âge.

Je ne vais pas parce que je ne veux pas y aller, parce que ça ne m'intéresse pas, je ne me sens pas malade, je ne me sens pas comme une personne malade. Le problème que j'ai dans ma jambe est normal à mon âge. J'ai déjà 72 ans et puis je suis grosse. J'ai engraisé un peu quand j'étais au Portugal. Une fois, j'étais là pendant cinq mois et j'ai engraisé beaucoup et quand je suis revenue, je n'ai jamais perdu le poids... Je ne mange pas trop mais comme je ne travaille pas, pendant l'hiver, je passe beaucoup de temps à regarder la télévision... Je trouve ça plus difficile de faire de l'exercice. Seulement si je veux aller au magasin, personne m'oblige, personne me dit quoi faire, c'est, comment on dit, je suis «lazy»... J'aimerais faire plus d'exercice, mais mon problème, c'est ça. (Adelia; trad)

Si c'était pour des gens comme moi... Mon âge, comme moi, pas d'homme, quelques chose de privé et même si je devais payer c'est correct. (Filomena; trad)

Cependant, il y a 7 participantes qui démontrent un intérêt positif. Celles qui ont un intérêt plus positif envers ces endroits indiquent qu'elles aimeraient aller où il y a une piscine. Une démontre un intérêt pour l'endroit, car c'est plus pratique pour elle, deux autres démontrent aussi un intérêt mais ce qui les empêchent c'est ne pas pouvoir s'exprimer soit en français ou en anglais, le transport et le manque de partenaires, donc une amie, qui pourrait

l'accompagner. Ce qui est important à noter c'est le fait que plusieurs des obstacles déjà mentionnés, empêchent les participantes d'aller aux centres sportifs ou aux piscines et de plus, les empêchent aussi de faire la pratique de l'activité physique.

De façon générale, les participantes, certaines plus que d'autres, sont informées sur les activités communautaires. Celles qui ne reçoivent pas l'information indiquent aussi qu'elles ne sont pas bien informées au sujet des activités de leur communauté, elles ne démontrent pas un intérêt pour les endroits où elles devraient être informées, une autre reçoit les journaux mais ne les lit pas. Les participantes qui sont informées reçoivent leur information de plusieurs façons soit par les journaux en ce qui concerne les endroits, la télévision par les nouvelles, les dépliants pour les activités et celle qui participe au centre de jour reçoit un horaire et un calendrier avec toutes les activités du mois.

Les pratiques de santé

Les pratiques de santé les plus communes sont: une nutrition équilibrée, la consultation du médecin, l'activité physique et l'activité sociale.

Une nutrition équilibrée

Toutes les participantes indiquent qu'une nutrition équilibrée est nécessaire afin de se garder en bonne santé. Un accent est placé sur l'importance de manger des aliments qui sont bons pour la santé et de diminuer

la consommation de gras (surtout dans la viande). Pour les participantes, avoir une nutrition équilibrée est une pratique de santé très importante et qui influence positivement leur vie. De plus, le médecin indique que bien se nourrir influence directement la prise de médicaments. Certaines participantes indiquent l'importance de manger des fruits et des légumes, du poisson, de la salade et des viandes avec peu de gras. Il est évident que toutes les participantes font un lien entre la nutrition (bien manger) et la santé, éviter la maladie et se garder en forme.

Maintenant, pour me garder en santé je fais attention à ma nourriture, je fais de la marche parce que ça c'est important quand je suis capable, je fais de la marche et je nettoie ma maison qu'est-ce que je peux, parce que je ne peux pas faire autant qu'avant parce que j'ai beaucoup de douleur.
(Sylvia)

Je fais attention par exemple dans la nourriture, je ne mange pas trop pour ne pas engraisser, je fais attention de ne pas manger de la nourriture avec beaucoup de gras... (Josefa; trad)

La consultation avec le médecin

Le lien avec le médecin est aussi un aspect important pour les participantes. Lorsqu'il y a un problème de santé, le médecin est tout de suite consulté, soit pour une grippe, soit pour une douleur imprévue. De plus, il est clairement indiqué que si des médicaments sont prescrits et que les participantes sentent qu'elles n'ont pas besoin de les prendre, elles ne les prendront pas. Le médecin agit aussi comme source d'information ou pour donner des renseignements sur la santé. Bien des fois c'est lui ou elle qui suggère à la participante de faire de l'activité physique. Dans bien des cas, il/elle prescrit la

marche, des exercices pour faire à la maison ou d'autres types d'activités physiques. Il est évident que les participantes écoutent et considèrent bien les recommandations du médecin. Mariana, indique clairement que son médecin à maintes reprises lui a suggéré de faire la marche car ceci serait bénéfique pour sa santé. Il indique que c'est aussi bon de marcher dehors que dans le centre commercial.

Marcher, j'aime marcher un peu, le docteur dit que c'est très bon marcher un peu s'il fait pas trop froid je vais marcher un peu tout les jours. Des fois je vais au St.-Laurent, je vais là et je marche le docteur dit que c'est la même chose que marcher dehors, je vais 2 ou 3 heures marcher là.
(Mariana; trad)

Finalement, il est évident que le médecin influence beaucoup les participantes et qu'elles sont toujours à l'écoute de leurs renseignements et techniques de prévention de la maladie comme de la pratique de l'activité physique. Cependant, ce qui n'est pas clair dans leurs discours est, si elles sont plus actives physiquement grâce aux suggestions des médecins. Ce qui est clair est qu'elles sont actives de façon plus ou moins régulière.

L'activité physique

La prévention est un outil crucial pour réduire la maladie et optimiser la santé. Les participantes sont conscientes de la prévention de la maladie et indiquent qu'elles font certaines choses pour se garder en santé. Les participantes offrent une variété de stratégies afin de maximiser leur santé et éloigner la maladie. La plus importante est la pratique de l'activité physique ou des exercices.

Oui, je fais plus attention à ma santé parce que j'ai des problèmes avec mon cœur. Mais je dois faire de l'exercice, mais j'ai toujours des maux de tête et je me fatigue beaucoup. Je fais seulement les choses de la maison et je marche un peu quand je vais avec mon mari, on fait le tour ici, quand c'est l'été [elle rit]. Et quand je vais au «shopping» je marche beaucoup et je n'arrête pas. Et je me sens bien, je me sens contente parce que j'ai besoin de marcher. Mais toute seule je ne vais pas. (Filomena; trad)

Les participantes identifient aussi certaines stratégies de santé qu'elles font présentement mais qu'elles ne faisaient pas nécessairement quand elles étaient plus jeunes. Les participantes qui indiquent qu'elles ont des stratégies de santé mentionnent surtout la marche.

L'activité sociale

Un autre aspect important d'après les participantes qui aide à prévenir la maladie est l'activité sociale. Les participantes suggèrent de faire attention à ce qu'elles font, sortir de la maison, se distraire, faire du crochet, parler avec les gens, se garder occupées, faire des activités pour la pensée, éviter certaines choses et avoir une bonne façon de penser.

Moi je crois beaucoup à bien manger, la bonne nourriture et je crois beaucoup à la façon que tu penses, moi je pense que si tu es bon avec les autres, tu ne peux pas avoir trop de mal en retour, donc tu es positif et ne pas voir les choses toujours noires, voir les choses le mieux que tu peux et faire un peu d'activités physiques, ça c'est très important. (Sylvia)

Oui, sortir de la maison, se distraire et parler avec les gens ça fait du bien et ça empêche de penser à certaines choses. Les personnes âgées, je ne dis pas toutes les personnes âgées, mais beaucoup on des problèmes dans leur vie; comme moi j'en ai eus très jeune, si on pense à ces choses ça nous fait mal, en sortant et en parlant avec les autres, ça aide la santé et ça nous fait oublier. (Amélia; trad)

Deux participantes ont indiqué ne pas avoir de stratégies de santé, mais elles font du crochet ou de la couture, elles font attention à la nourriture et elles essaient de se distraire. Ce qui démontre que les participantes interprètent de leur propre façon leurs stratégies de santé.

CHAPITRE IX

L'INFLUENCE DE L'HÉRITAGE CULTUREL

Ce chapitre permet de mieux comprendre les perceptions des participantes à l'égard de la culture portugaise-canadienne ainsi que la Communauté portugaise d'Ottawa. Les perceptions sont importantes car elles permettent de mieux saisir l'influence de l'héritage culturel sur l'habitus corporel des participantes.

Les perceptions des participantes à l'égard de la culture portugaise-canadienne

Les perceptions des participantes face à la culture portugaise permettent de mieux comprendre comment leur héritage culturel influence leur habitus corporel (leurs pratiques et leurs perceptions). Les éléments qui ressortent sont l'attitude face à la femme portugaise, les conseils aux aînées d'origine portugaise et la religion.

Sylvia partage comment elle perçoit l'effet de la culture sur la femme portugaise, ses commentaires permettent de mieux conceptualiser cette femme: femme immigrante, femme travaillante, femme soumise, femme altruiste.

Je pense que c'est la culture, la façon qu'on a été élevée. Nous autres les femmes portugaises qui sont ici, elles ne sont pas toutes libres, c'est très rare, si elles sont libres, elles sont libres comme je te disais tout à l'heure avec une certaine ignorance qui ne la laisse pas s'affirmer, elles sont comme arrêtées mais depuis longtemps et ce n'est pas quand tu es vieille que tu vas t'ouvrir et que tu vas faire. (Sylvia)

Elle fait référence à l'activité physique et comment c'est difficile pour les femmes portugaises d'être actives physiquement, car pour la plupart elles n'ont jamais appris et n'ont jamais été habituées à en faire.

C'est ça, c'est dur de s'habituer [activité physique], à moins qu'il y ait un grand besoin, c'est bon pour la santé et tout ça, mais il faut qu'on t'encourage et s'il n'y a rien pour nous encourager, pour se sentir dans un milieu. (Sylvia)

Les participantes sont aussi très ouvertes à partager leurs conseils pour les aînées d'origine portugaise qui sont moins actives, leurs conseils reflètent clairement comment celles-ci perçoivent leur culture. Les conseils qui ressortent sont de ne pas avoir peur de sortir et de faire des amies, que la langue est une barrière qui empêche certaines femmes de participer à des centres de jour canadien, que certaines femmes sont pas ouvertes, donc elles suggèrent qu'il faudrait avoir un club où les femmes aînées d'origine portugaise se sentiraient plus à l'aise.

Bien il faudrait, comme pour mon âge, il n'y a pas beaucoup qui sont ouvertes avec la communauté, mais si la communauté canadienne... Il faudrait peut-être avoir comme dans le club portugais dans le centre, il faudrait peut-être avoir les moyens que les femmes se mettent ensemble et qu'elles aillent des choses à leur culture, à leur façon de faire, la langue surtout, et la langue et la culture surtout. Pour les femmes de mon âge c'est très dur, pour nous autres de s'habituer à une nouvelle façon de faire et surtout une autre façon, comme les Canadiennes sont bien plus libres que nous autres mentalement et elles font n'importe quoi, elles sont jeunes les Canadiennes à 65 ans mais pas nous autres. (Sylvia)

Pour plusieurs participantes, il est difficile de s'habituer à quelque chose de nouveau comme aller faire de l'activité physique ou du sport, une participante indique que si elles ne l'ont jamais fait dans leur vie, elles ne le feront pas

maintenant à leur âge. De plus, il y a un manque d'encouragement de la part de la communauté portugaise à l'égard de la pratique de l'activité physique chez les personnes âgées. Donc, il faudrait encourager les femmes âgées moins actives à aller faire de l'activité physique. Aller directement aux femmes et leur dire que c'est bon pour leur santé et qu'il n'est pas trop tard pour apprendre à faire de l'activité physique. Elles suggèrent avoir une réunion afin de rassembler les gens qui seraient intéressés afin de voir s'ils sont d'accord avec l'idée de faire un groupe d'exercice. En général, les conseils fournis par les participantes aux âgées qui sont moins actives indiquent qu'il faut sortir de la maison, être ouverte à de nouvelles expériences et avoir un encouragement de la part de la communauté en créant un centre de jour pour les personnes âgées d'origine portugaise où elles pourraient aller faire des activités telles que l'activité physique.

L'importance de la religion est aussi un élément très important dans la culture portugaise, les participantes font souvent référence à Dieu et à la spiritualité. Les commentaires des participantes démontrent l'importance de la religion et de Dieu dans la vie. L'église portugaise, le groupe de prières et le conseil paroissial font aussi partie de la routine quotidienne de certaines participantes et c'est ce qui rend Rosalina heureuse.

Si je suis encore vivante dans 10-20 ans, seulement Dieu le sait. J'aimerais être à la maison avec mon mari, j'aime aller à l'église, j'aime ma communauté portugaise, j'appartient à la St. Vincent de Paul, et à l'église il y a plusieurs personnes, je suis membre du conseil paroissial de mon église. Ce sont ces choses qui me rendent heureuse. (Rosalina)

Les participantes font référence à Dieu quand on parle de la mort et on remercie Dieu quand les choses vont bien. Une participante est contente avec ce que Dieu lui donne, quand elle se sent bien c'est grâce à Dieu, la santé c'est la meilleure chose et c'est un cadeau de Dieu, c'est Dieu qui donne la santé.

Je me sens bien. Grâce à Dieu, je ne suis pas malade je fais ce que je veux. Je me sens tellement mieux. Si je pouvais vivre le reste de mes années comme ça [elle rit]. J'aime ça être en famille, j'aime ça faire à manger avoir la maison pleine ça me dérange pas... La santé c'est la meilleure chose. C'est le meilleur cadeau que Dieu peut nous donner... Si Dieu me donne la santé, pourquoi pas. J'aime faire mes affaires, je fais ci et ça. . . J'aime être indépendante et faire ma vie j'aime pas avoir des conseils et j'accepte pas de conseils non plus. Je fais ce que je veux. (Odilia)

De façon globale, toutes les participantes vont à la messe, quatre vont à l'église française et six vont à l'église portugaise. Quant les choses vont bien, c'est grâce à Dieu; «j'ai une très belle vie grâce à Dieu» (Rosalina); «je suis très forte grâce à Dieu» (Mariana; trad) et «je n'ai pas de problèmes d'argent grâce à Dieu» (Josefa; trad). Il est à noter que les mots église, messe et Dieu sont mentionnés souvent. Finalement, Mariana démontre bien comment Dieu a une influence importante dans sa vie:

Oui parce que le bon Dieu m'a donné un peu de santé pour que ma vie soit différente... Je dis souvent en ce qui concerne la messe, l'église et même tout ce qu'on fait-il faut s'alimenter comme il faut alimenter notre corps... Je pense mais pas beaucoup, Dieu fera le destin... Oui, le jour au jour, c'est ce que le Bon Dieu voudra, c'est Dieu qui va décider et c'est lui qui a orienté ma vie, depuis que j'ai mes enfants... Seulement si Dieu le voudra. (trad)

Les perceptions des participantes à l'égard de la Communauté portugaise d'Ottawa

Les participantes décrivent la Communauté portugaise d'Ottawa ce qui permet d'avoir une représentation juste de celle-ci selon les yeux des participantes. Leur représentation reflète leur implication dans la communauté, les personnes âgées de la communauté, les activités de la communauté, la circulation d'information dans la communauté et les endroits pour faire de l'activité physique dans la communauté.

D'abord il est important de connaître l'implication des participantes dans la Communauté portugaise d'Ottawa. Il y a quatre participantes qui ne sont pas impliquées dans la communauté pour les raisons suivantes. Maria do Carmo n'y va pas à cause cela dérange son horaire et elle aime rester chez elle; Odilia indique que l'église portugaise est loin de chez elle, elle est bien intégrée dans la communauté française et elle trouve qu'il y a peu de portugais autour d'elle; Adelia va à l'église près de chez elle; Sylvia indique être présentement plutôt intégrée dans la communauté canadienne, car elle va à l'église française. Dans le passé elle était plus impliquée auprès de la communauté portugaise avec son mari, mais maintenant elle ne l'est plus.

Par ici il n'y a pas beaucoup de portugais. Tous mes voisins ici se sont tous des Canadiens français, on se parle et puis j'aime ça. Je fais partie de la chorale de l'église, toutes mes amies, la plupart de mes amies sont françaises. J'ai des amies portugaises, on se parle au téléphone, quand on se rencontre on est bien ensemble, mais. . . (Odilia)

Cependant, on retrouve six participantes qui indiquent être très actives et impliquées auprès de la Communauté portugaise d'Ottawa. Lucia indique qu'elle

connaît beaucoup de personnes, elle va à des festivals portugais et elle danse; Rosalina, Filomena, Josefa, Mariana et Amélia indiquent toutes qu'elles participent de façon régulière aux activités organisées par l'église comme les soupers, les festivals d'été, la messe et les groupes de prières.

Les participantes qui sont impliquées dans la Communauté portugaise d'Ottawa indiquent qu'il n'y a rien d'organisé pour les personnes âgées. D'après elles, il y aurait un besoin, d'organiser des activités pour les personnes âgées dans la communauté. De plus, il est évident qu'il y a un intérêt pour que quelqu'un organise des activités pour les personnes âgées. Il est aussi à noter que les participantes qui sont impliquées dans la communauté portugaise (église, messe, groupe de prières, soupers, festivals) sont celles qui démontrent un appui pour avoir des activités organisées pour les personnes âgées. Celles qui ne sont pas impliquées dans la communauté ne sont pas intéressées à ceci, car elles font déjà partie d'un groupe avec des canadiennes (anglaises ou françaises), et elles comprennent et parlent très bien les langues dominantes ce qui aide à l'intégration de celles-ci dans la communauté.

Comme il n'y a pas rien d'organisé pour les personnes âgées, il est clair qu'il n'y a pas d'activités spécifiques organisées dans la Communauté portugaise d'Ottawa. Cependant, il y a un intérêt pour des activités organisées, qui rassemblerait les femmes âgées de la communauté où elles pourraient faire des activités ensemble.

Il faudrait, comme pour mon âge, il n'y a pas beaucoup qui sont ouvertes avec la communauté, mais si la communauté canadienne... Il faudrait peut-être avoir comme dans le club portugais dans le centre, il faudrait peut-être avoir les moyens que les femmes se mettent ensemble et

qu'elles aillent des choses à leur culture, à leur façon de faire, la langue surtout, et la langue et la culture surtout. Pour les femmes de mon âge c'est très dur, pour nous autres de s'habituer à une nouvelle façon de faire et surtout une autre façon, comme les Canadiennes sont bien plus libres que nous autres mentalement et elles font n'importe quoi, elles sont jeunes les Canadiennes à 65 ans mais pas nous autres. (Sylvia)

Ce qui manque c'est de quoi on a déjà discuté, il serait bon d'avoir une réunion pour qu'on puisse avoir un jour ou deux dans la semaine pour aller là et se réunir pour qu'on puisse jouer aux cartes ou parler ou des choses religieuses ou chanter c'est pour qu'on puisse passer un bon temps tout ensemble. (Mariana; trad)

Les participantes semblent être bien informées des événements qui ont lieu dans la communauté. Les participantes qui sont plus impliquées auprès de la Communauté portugaise d'Ottawa sont celles qui indiquent être bien informées de ce qui se passe dans la communauté. Elles reçoivent leur information par le prêtre lorsqu'elles assistent à la messe, de gens et de leurs amies de la communauté, ceci se fait surtout par bouche oreille ou par téléphone et par le bulletin de l'église, qui est le moyen le plus efficace d'après les participantes pour être informé des choses qui se passent dans la communauté. Elles ne sont pas informées par la télévision ou par les journaux.

Quand je vais à l'église, tous les jeudi...je sais tout parce qu'il y a des papiers qui disent tout, le bulletin, je vais toujours le chercher. (Amélia; trad)

Finalement, dans le contexte de cette étude, il est crucial de connaître s'il y a des endroits pour faire de l'activité physique ou des exercices pour les femmes âgées dans la Communauté portugaise d'Ottawa. Il y a des gens (seulement des hommes) qui se réunissent dans le sous-sol de l'église pour jouer aux dominos et aux cartes, mais il y a un besoin d'après quelques

participantes de créer ou rassembler des femmes portugaises pour faire de l'activité physique.

Oui, ça serait bon s'ils y en avaient dans la communauté portugaise. On pourrait s'amuser les unes avec les autres, ça serait bon... Il y a un manque d'activité pour les personnes portugaises qui ont un certain âge. (Josefa; trad)

Comme certaines participantes démontrent un grand intérêt pour créer un groupe d'activité physique ou d'exercice dans la communauté portugaise d'Ottawa, elles sont aussi très ouvertes à suggérer comment elles aimeraient que ces activités se déroulent. Le groupe d'exercice serait conçue avec une instructrice, le groupe serait ouvert aux hommes et aux femmes, mais surtout pour les personnes âgées et elles indiquent qu'il serait préférable que ceci soit seulement pour des personnes âgées d'origine portugaise, ce qui éviterait des problèmes de langue. Les participantes semblent être prêtes à essayer des nouvelles choses, tel que le Tai chi et le yoga ou un groupe de marche. Elles suggèrent aussi qu'il pourrait avoir du transport pour ramasser les femmes qui n'ont pas de moyens de transport et il y aurait aussi à part des exercices, des jeux et des occasions pour parler.

Ça fait du bien pour nous, et si je pouvais faire, on a besoin d'avoir une place portugaise pour qu'on puisse se réunir pour faire de la gymnastique, on pourrait jouer à des jeux et parler, il y a assez de portugais pour faire ça... Oui j'irais et j'aiderais si nécessaire, si une personne conduit, on pourrait avoir un petit autobus pour venir nous chercher, les autres en ont, je les vois venir les chercher, on payerait comme les autres payent leur autobus, on paye et là on aide si on peut et on va là passer la journée. Ça serait bon pour parler et rire et faire de la gymnastique, des jeux et parler et avoir une vie plus heureuse. Il y a beaucoup de portugais qui aurait besoin de ça... Des jeux, parler, des exercices s'il avait une professeure qui nous enseignerait, on pourrait aussi le faire, sauf la natation on ne peut pas le faire là parce qu'il n'y a pas de piscine. (Amélia; trad)

CHAPITRE X

LES LIENS

Ce chapitre présente les liens majeurs qui ressortent de cette étude, ces liens permettent de mieux comprendre l'habitus corporel entre autre, les perceptions (de l'activité physique, de la santé et du vieillissement) ainsi que les pratiques (d'activité physique et de santé) des participantes. La Figure 3 illustre les liens importants qui sont ressortis, tels que le lien entre l'héritage culturel portugais et la trajectoire de vie, le lien entre l'héritage culturel portugais et l'habitus corporel ainsi que le lien entre les perceptions et les pratiques des participantes.

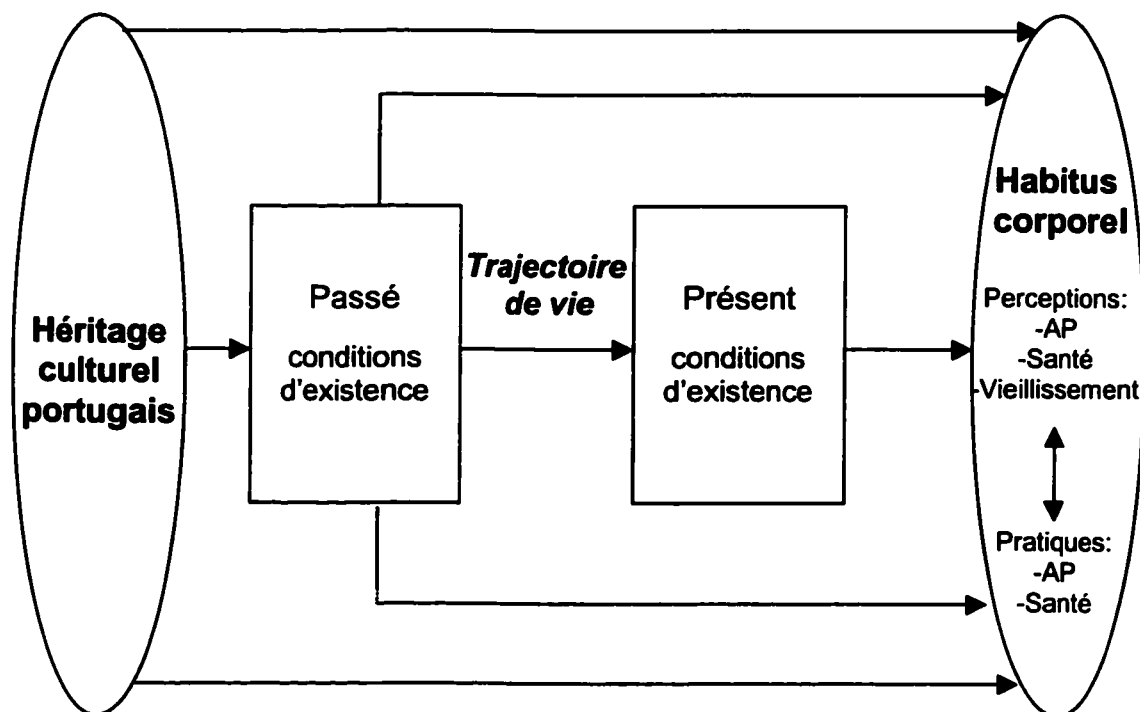


FIGURE 3: Modèle empirique de l'habitus corporel d'aînées d'origine portugaise

Le lien entre l'héritage culturel portugais et la trajectoire de vie

Le lien entre l'héritage culturel portugais et la trajectoire de vie est très important car il influence directement le vécu des participantes (le passé et le présent) et qui à son tour influence leurs conditions d'existence. De plus, ce lien est très fort car la trajectoire de vie influence directement l'habitus corporel des participantes.

En observant le passé des participantes, il est permis de mieux saisir comment l'héritage culturel portugais a un effet sur les conditions d'existence des participantes. D'abord toutes les participantes sont nées au Portugal, soit au continent, soit aux Açores, ce qui affirme leurs coutumes et traditions ainsi que leur attachement à leur héritage culturel. Dans leur passé, toutes les participantes ont les mêmes conditions d'existence, à l'exception d'une participante. Les neuf participantes qui se ressemblent, proviennent de classes sociales basses issues des familles d'agriculteurs. Plusieurs d'entre elles ont eu accès à une éducation minime, représentant une 4^e année de scolarité. Ce sont des femmes qui dans leur enfance, adolescence, jeune adulte et âge adulte ont travaillé très fort afin d'aider les parents. Beaucoup d'entre elles vivaient de ce que la terre produisait. Elles indiquent avoir eu une vie difficile, mais qui était remplie d'amour et de l'espérance d'acquérir un jour une meilleure vie.

En ce qui concerne leur pratique d'activités physiques, celle-ci consistait en peu de temps pour les loisirs et les sports, elle était surtout constitué de travail domestique où celles-ci devaient travailler à la maison pour aider leur

mère et parfois à l'extérieur de la maison pour aider leur père. Ceci est le modèle qui est présent jusqu'à leur âge adulte et jusqu'au jour où elles immigrèrent au Canada. Cependant, leur arrivée dans un nouveau pays les a forcées à conserver le même type et rythme de travail. Tout d'un coup celles-ci confrontent de nouvelles situations. Comme elles arrivent dans un nouveau pays sans connaître personne et sans connaître la langue, les participantes doivent rapidement s'ajuster afin de survivre.

L'héritage culturel portugais influence encore aujourd'hui les participantes, même si la majorité d'entre elles sont arrivées au Canada il y a plus de trente ans. Leurs conditions d'existence ont évolué très lentement. Comme aînées, les participantes sont encore catégorisées dans la même classe sociale, sous la classe moyenne, se sont des femmes qui ont eu des emplois d'immigrantes, comme travailleuses dans des manufactures, femmes de ménages ou comme femmes de maison. Ce sont ces activités qui leur ont permis de gagner leur vie. Sans oublier leurs maris qui ont eu aussi des emplois d'immigrants: travailler dans la construction, concierge ou menuisier. À cause de leur manque d'éducation elles ont accédé à des emplois d'immigrantes ce qui agit comme obstacle toute leur vie. Ces emplois n'ont jamais permis à ces femmes d'accéder à une classe sociale au-dessus de la moyenne, les empêchant aussi de recevoir de meilleures pensions à leur retraite. En terme de statut marital, six sont toujours mariées avec le même mari et quatre sont veuves, mais il faut noter qu'il n'y a aucune de divorcée ou de célibataire, un élément faisant partie de la culture portugaise. La famille, cependant, agit

comme un élément très positif et de grande importance dans la vie des participantes, la fierté d'avoir des enfants et des petits-enfants est très clair dans les narratives des participantes. De plus, un effet de l'héritage culturel et quelque chose qui est présent auprès des participantes est le fait que les veuves ne vivent pas seules, ni dans des foyers pour des personnes d'âge d'or. Elles vivent avec un de leurs enfants, ce qui leur permet dans plusieurs des cas d'éviter les problèmes financiers. La situation géographique n'influence pas grandement les participantes, presque tous les enfants et petits-enfants vivent dans la région d'Ottawa, sauf peut-être pour la famille étendue qui est encore au Portugal, dans le reste de l'Europe, au Brésil ou aux États-Unis. Si leurs moyens financiers le permettent, elles les visitent à l'occasion, mais ce ne sont pas des gens qui ont une influence directe sur leur vie. Finalement, la situation financière est un élément très important pour les participantes, avoir assez d'argent pour avoir le minimum des ressources nécessaires à la vie est clairement un point d'intérêt pour toutes les participantes. Même si elles ne sont pas riches, comme la plupart indiquent, elles sont heureuses avec ce qu'elles ont, leur vie et surtout leur famille. Il faut donc mentionner que tous ces éléments sont influencés par leur héritage culturel portugais. Elles conservent encore aujourd'hui de façon très précieuse au Canada, la culture, la langue, les traditions et les coutumes de leur pays natal.

Les pratiques d'activité physique des participantes dans le présent reflètent beaucoup leur passé. Présentement, ce sont des femmes qui sont actives avec leur marche ou leur participation dans un centre de jour. Mais ce

sont aussi des femmes qui sont très actives avec leur travail domestique, une activité qu'elles ont apprise très jeunes et qu'elles pratiquent encore aujourd'hui. Il est très important de noter que la propreté de la maison, préparer les repas pour le mari et les enfants ainsi que la religion sont des aspects très communs de la culture portugaise et se sont des éléments qui influencent et ont été présents tout au long de la trajectoire de vie des participantes.

Le lien entre l'héritage culturel portugais et l'habitus corporel

L'héritage culturel portugais influence les perceptions des participantes de façon positive car toutes les participantes sont positives face à la pratique de l'activité physique chez les personnes âgées ou les femmes âgées. Ceci peut être due au fait que celles-ci ont été exposées à des idées et des commentaires négatifs face aux femmes et le sport dans leur passé. Une autre raison peut être qu'elles reçoivent des messages positifs de la part de leur famille et de leur médecin à l'égard des effets bénéfiques de la pratique de l'activité physique.

L'héritage culturel portugais influence aussi les perceptions envers la santé de façon positive et négative car la moitié des participantes indiquent être en santé tandis que l'autre moitié indique ne pas être en santé. Celles qui indiquent ne pas être en santé mentionnent que leurs problèmes de santé sont liés fortement avec leur mode vie et leur vie de travail. Celles qui indiquent être en santé parlent d'une certaine autonomie afin de pouvoir faire les choses qu'elles désirent sans problème.

Pour ce qui est du vieillissement, l'héritage culturel portugais influence de façon positive les participantes. Elles voient le vieillissement de façon positive principalement à cause d'une bonne santé et de la retraite. Le fait que plusieurs participantes réfèrent à la religion comme un moyen qui guidera leur vie dans l'avenir reflète beaucoup l'aspect de la culture, comme il a déjà été indiqué, la religion est une partie importante de la culture portugaise.

L'héritage culturel portugais influence les pratiques d'activité physique des participantes de façon négative car il est clair qu'il y a un manque d'endroits pour que les participantes pratiquent de l'activité physique. De plus, comme une participante indique que la pratique de l'activité physique n'a jamais fait partie de sa vie ou de sa culture, pourquoi en faire maintenant. Il est évident que la communauté portugaise n'encourage pas la pratique de l'activité physique ce qui agit comme élément négatif envers les participantes. Les participantes mentionnent elles-mêmes qu'il y a un manque d'encouragement de la part de la communauté portugaise envers l'activité physique et les personnes âgées et qu'elles aimeraient voir la création d'un centre de jour pour les personnes âgées de la Communauté portugaise d'Ottawa.

Le lien entre les perceptions et les pratiques

Le lien entre les perceptions et les pratiques est probablement celui qui est le plus important, car il permet de comprendre pourquoi les participantes sont actives à différents niveaux. Les perceptions des participantes envers l'activité

physique influencent directement leur pratique d'activités physiques et vice versa. Comme les participantes ont des perceptions très positives envers la pratique de l'activité physique chez les femmes âgées, ceci influence directement le fait qu'elles aussi sont actives à leur propre niveau. Le fait qu'elles sont actives à leur propre niveau, leur permet d'avoir des perceptions positives envers la pratique de l'activité physique. Donc, cette relation est très positive.

La même logique s'applique avec les perceptions de la santé, même si certaines se considèrent en bonne santé et d'autres moins, ceci influence leur pratique de santé car elles font attention à la nutrition, consulte le médecin quand il y a un problème de santé, et cherche à prévenir la maladie en adoptant des stratégies de santé. Par contre, comme les participantes ont des pratiques de santé qui cherche à avoir une bonne santé, ceci influence directement leurs perceptions envers leur propre santé.

Finalement, il est clair que le lien entre les perceptions et les pratiques est positif et très important en ce qui concerne les aînées d'origine portugaise.

CHAPITRE XI

LES RÉSULTATS EN RÉSUMÉ: L'HISTOIRE DE MARIA RIBEIRO

Dans ce chapitre, Maria Ribeiro, une aînée immigrante d'origine portugaise hypothétique, sera introduite afin de décrire la trajectoire de vie, les perceptions, l'habitus corporel et les logiques sociales des participantes de cette étude. Cette histoire a des références locales et reflète la réalité des participantes. Afin d'augmenter la crédibilité des résultats, cette histoire a été présentée aux participantes lors de rencontres individuelles. Les commentaires des participantes sont présentés à la fin de ce chapitre.

Maria Ribeiro est née au Portugal en 1931 de parents qui travaillaient très fort afin de subvenir aux besoins de la famille. Le père de Maria, Manuel, était agriculteur. Il travaillait dans les champs, il faisait la cueillette pendant les saisons, il cultivait les terres et prenait soin de ses vignes. La mère de Maria, Isabel, restait à la maison. Elle prenait soin de la famille, surtout des enfants et des tâches domestiques comme le lavage, les repas et le ménage. Dans son temps libre, elle faisait de la couture et du crochet.

Dès son enfance, Maria a toujours aidé sa mère avec les tâches domestiques à l'intérieur de la maison, rarement quand celles-ci étaient terminées, elle allait aussi à l'extérieur aider son père avec l'entretien des vignes. Maria est allée à l'école où elle a appris à lire et écrire, mais elle a seulement terminé une 4e année, car sa famille n'avait pas les ressources financières pour

qu'elle continue son éducation. Son enfance était très occupée, le travail domestique étant la source principale d'activité physique. Elle n'avait pas de temps pour faire du sport, de toute façon les filles du village ne faisaient pas de sport et si par chance il y en avait, celles-ci étaient mal vues.

Maria grandit avec le changement des saisons. Arrivée à l'adolescence, son activité principale était le travail domestique. Parfois à l'été, elle allait au festival du village avec ses parents. Arrivée à l'âge jeune adulte, Maria aperçut de loin José Vieira, l'homme de sa vie. Il était reconnu dans le village comme le jeune célibataire menuisier et bon travailleur. Peu après, Maria et José se rencontrèrent, tombèrent en amour et se marièrent en 1952. Les premières années de mariage furent difficiles pour Maria, neuf mois plus tard arrive le petit Luis et deux ans plus tard la petite Lidia. Avec le temps, la vie de Maria était remplie de nouvelles expériences et d'ajustements, surtout comme épouse et comme mère. Avec toutes ses nouvelles responsabilités, elle devait prendre soin de sa famille, surtout de ses enfants, de la maison et de son mari.

Avec le temps, José avait de moins en moins de travail comme menuisier, surtout avec les difficultés économiques que rencontrait le Portugal dans ces années. Une journée, Maria toujours responsable de l'entretien de la maison et enceinte avec son troisième enfant, était entrain de faire un napperon de crochet, quand José arriva à la maison et lui annonça que la Canada avait ouvert l'immigration et qu'il recherchait des jeunes familles et des hommes forts pour travailler dans le domaine de la construction. Appréhensif, José propose l'idée d'immigrer au Canada à Maria. Suite à diverses discussions, Maria accepta de

bras ouverts la proposition de son mari. Une nouvelle vie dans un nouveau pays. Elle savait qu'elle et son mari avaient seulement assez pour vivre de semaine en semaine, et avec les difficultés économiques, partir vers un nouveau monde était prometteur. En 1960, quelques mois après la naissance du petit Jorge, les Vieira, afin de donner un meilleur destin à leurs enfants, partent pour le Canada, sans connaître personne, sans connaître la langue, sans connaître où ils allaient vivre.

À leur arrivée à Montréal, Maria et sa famille se font diriger par une personne inconnue qui parlait une langue étrangère, vers un autobus. Arrivés au lieu de destin, on indique à la famille qu'ils sont à Ottawa et de se diriger à cette adresse, car c'est l'endroit où ils allaient vivre. Maria s'inquiète, elle ne connaît personne, elle n'a aucune idée où elle est, les enfants sont fatigués, comment José se trouvera-t-il un emploi? Le gouvernement avait assuré à la famille que tout allait bien se passer, et on indique à José de se présenter sur la rue Laurier à 9h00 le lendemain, afin de connaître l'endroit où il allait travailler. Le lendemain, José se présenta à l'adresse et le chargé du gouvernement l'apporta sur un site de construction où il commença à travailler de façon permanente. Maria était resté dans l'appartement à prendre soin des enfants, à faire les repas et les tâches domestiques. L'arrivée était une nouvelle expérience pour Maria, c'était difficile de s'ajuster à une nouvelle façon de vivre, mais elle a toujours aimé vivre au Canada.

Avec les années, la famille Vieira accueille deux autres enfants, Paulo et Marisa. Comme la famille ne pouvait pas survivre avec un salaire, Maria travaille

comme femme de ménage dans les maisons voisines. Avec cinq enfants, Luis, Lidia, Jorge, Paulo et Marisa et son mari José, le temps de Maria était très occupé. Elle nettoyait deux maisons par jour afin de gagner \$50, et à son retour à la maison, elle devait faire les tâches domestiques et gérer la maison. Avec les années, Maria continua à travailler comme femme de ménage et José dans la construction, entre temps les enfants grandissent, terminent l'école, se trouvent des emplois et se marient.

En 1996, à 65 ans Maria prend sa retraite, le moment le plus anticipé de sa vie. Soudain, elle a moins de responsabilités, car elle ne doit plus aller travailler à l'extérieur et les enfants ont tous quitté la maison. Elle a maintenant plus de temps pour faire les tâches domestiques et prendre soin de son mari. Dès sa retraite, elle est plus active physiquement.

Aujourd'hui en 2001, Maria est heureuse avec sa vie, elle indique qu'elle aime avoir 70 ans, car elle est à la retraite et a plus de temps pour faire les choses qu'elle aime. Son activité physique principale est la marche. Elle marche avec son mari de façon régulière l'été, tous les jours de la semaine sauf le samedi et dimanche, autour du quartier pendant une heure, et l'hiver ils marchent dans les centres commerciaux. Parfois, quand ses enfants et ses petits-enfants la visitent elle marche avec eux aussi, car ceux-ci l'encouragent à être plus active. Maria pratique aussi d'autres types d'activités physiques, elle fait le jardinage l'été et les travaux domestiques à l'année longue. La retraite, la présence de sa famille et la saison d'été influence de façon positive les activités physiques de Maria. Le seul obstacle qui empêche Maria à être plus active

physiquement est la langue, comme elle ne maîtrise pas parfaitement la langue française et anglaise, c'est difficile pour elle de se joindre à d'autres femmes âgées canadiennes au centre sportif du quartier. Même si Maria n'assiste pas aux activités physiques au centre sportif, elle connaît où il se situe et aimerait y assister, s'il y avait d'autres femmes comme elle, des femmes âgées d'origine portugaise. Maria fait bien attention à sa santé, elle mange des légumes et des fruits et elle essaie de réduire sa consommation de gras. Elle visite le médecin quand il y a présence d'une douleur imprévue et c'est lui qui l'informe très souvent des bienfaits de l'activité physique sur sa santé. Afin de prévenir la maladie et se garder en santé, Maria s'alimente bien et fait sa marche.

De façon générale, Maria est très consciente de sa santé, même si ses conditions de vie ont été difficiles dans le passé, vivant une vie d'immigrante, avec une éducation minime et faisant partie de la classe ouvrière, présentement elle est consciente des bienfaits de l'activité physique sur la santé et qui en retour la permet de bien vivre son vieillissement. Maria prend soin de ses petits-enfants et elle fait encore ses tâches domestiques pas avec la même intensité que dans le passé. Elle tient à ce que sa maison soit propre et que les repas soient faits pour son mari ou quand viennent les enfants et les petits-enfants. Elle est impliquée dans la Communauté portugaise d'Ottawa, elle va à la messe, elle fait partie du groupe de prière, elle assiste aux soupers de l'église et aux festivals d'été. Elle est très positive de sa vie, elle est heureuse avec dans son vieillissement et à quelques objectifs pour l'avenir. Elle veut être entourée de sa famille et de son mari, et voyager pour voir de la parenté et des amies.

Maria n'est pas riche, elle sait qu'elle a vécu une vie difficile avec beaucoup de nouvelles expériences et d'ajustements, mais elle est heureuse. Elle aime beaucoup son mari, ses cinq enfants et ses onze petits-enfants, ils sont ceux qui rendent sa vie très riche. Maria n'a aucun regret d'avoir quitté son pays natal pour venir initier une nouvelle vie au Canada. Lorsqu'elle pense au passé, elle pense aux moments difficiles, le travail domestique, le mariage, les naissances et l'immigration. Mais elle pense aussi au présent, elle a une bonne santé, sauf pour quelques maladies comme l'hypertension et une douleur au genoux, mais elle est heureuse avec ce qu'elle a et c'est avec une bonne santé et la volonté de Dieu qu'elle affrontera l'avenir.

TROISIÈME PARTIE
LES CONCLUSIONS DE L'ÉTUDE

CHAPITRE XII

DISCUSSION

Les perceptions de l'activité physique

Les perceptions des participantes face à la pratique de l'activité physique sont très positives. Toutes les participantes indiquent que la pratique de l'activité physique est bonne et permet de maintenir une bonne santé. Si Fitzgerald, Singleton, Neale, Prasad et Hess (1994) indiquent un lien entre la connaissance des avantages de la pratique de l'activité physique et les habitudes en termes d'activités physiques, dans le cas de la présente étude, ce lien est plus difficile à établir. Les participantes indiquent bien qu'elles font de la marche et il semble que cette pratique soit liée au fait qu'elles savent que c'est bon pour leur santé. Cependant, le lien s'arrête là et les motivations sanitaires ne semblent pas suffire à changer leurs habitudes de façon à accroître significativement leur implication dans des activités physiques récréatives plus nombreuses, plus rigoureuses ou plus régulières.

Les participantes perçoivent l'activité physique comme étant bonne pour elles, mais aussi pour leur communauté et la société en général. Elles indiquent plusieurs bienfaits de leur propre pratique d'activité physique, qui consiste le plus souvent à la marche. En outre, elles indiquent qu'elles se sentent plus jeunes et plus heureuses après leur marche.

Les participantes sont très ouvertes en ce qui concerne la pratique de l'activité physique chez les personnes âgées en général et chez les femmes âgées en particulier. Cette perception est plutôt reliée au fait de leur association entre la pratique de l'activité physique et la santé. Les participantes sont positives à l'égard de la femme âgée active et mentionnent qu'elle trouvent bien que cette dernière puisse pratiquer n'importe quelle activité, allant de la marche jusqu'aux sports d'équipe. Cependant, leur perception semble se fonder sur leur propres expériences et elles lient le fait d'être active plus à la pratique d'activités physiques récréatives et la pratique d'activités instrumentales (jardiner, cuisiner, faire le ménage, etc.) qu'à la pratique de sports comme tels. Elles perçoivent la femme active comme étant « en forme », « intelligente », « heureuse », « en santé » et « unie avec les autres femmes ». En contraste, elles perçoivent la femme inactive comme une femme qui a peu de préoccupations et, entre autres, qui délaisse « le ménage » et « prendre soin de son mari ». Ces résultats peuvent probablement s'expliquer par le fait que ces femmes d'origine portugaise possèdent un héritage culturel qui les amène à se valoriser, voire se définir, par les travaux domestiques et le soin apporté à la famille. Comme Kendall (1992) l'indique, au sein de la famille portugaise, la femme peut apporter un appui financier à la famille, mais elle est surtout responsable du bien-être des enfants et des tâches domestiques.

Les pratiques d'activité physique

La trajectoire de vie des participantes est telle qu'en termes d'activités physiques récréatives et de sport, leur vie d'adulte ressemble beaucoup à celle de leur jeunesse. Ainsi, les participantes indiquent ne pas avoir fait d'activité physique récréative ou de sport. Il faut dire que la période adulte est très occupée puisque les participantes ont eu à faire face à des situations nouvelles multiples comme le mariage, les naissances et l'immigration au Canada. Il semble que ce soit avec la retraite que commence une nouvelle vie pour les participantes : elles ont moins de responsabilités, moins de préoccupations, plus de temps libre, plus d'autonomie. C'est donc à l'âge de la retraite que les participantes font l'expérience d'une plus grande implication dans des activités récréatives.

La marche est l'activité physique récréative la plus pratiquée et les travaux domestiques demeurent l'activité physique instrumentale la plus pratiquée. Rappelons qu'au cours de cette étude, la définition du concept de «femme active» a été révisée de façon à inclure les activités physiques instrumentales et les activités physiques ludiques ou récréatives. Une telle redéfinition semble appropriée et pertinente compte-tenu des perceptions des participantes. Il faut donc spécifier que si l'on peut considérer les participantes comme étant plutôt actives, il n'en reste pas moins qu'en terme d'activités physiques récréatives, elles ont un niveau d'activité plutôt faible. Ces résultats correspondent à ceux de McPherson (1994), selon lequel les femmes âgées ont généralement peu

d'expérience dans la pratique d'activités physiques récréatives et particulièrement du sport. La pratique passée semble donc déterminer, au moins en partie, la pratique présente. Même son de cloche pour Ostrow (1984), qui indique que la socialisation à la pratique de l'activité physique peut se produire pendant la jeunesse et doit être continuellement renforcée à travers le cycle de la vie. Smith et Storandt (1997) indiquent également que ce sont les premières années de l'âge adulte qui constituent la période critique en ce qui concerne la continuation de la participation sportive. Tous ces auteurs suggèrent donc que les comportements sportifs du passé sont un bon prédicteur des comportements futurs. Dans le cas de la présente étude, cette prédiction est pertinente mais pour expliquer un peu plus en profondeur, on peut spécifier que les participantes ont été très occupées, à l'âge adulte, aux tâches domestiques et à leur famille; c'est donc qu'elles n'ont pas fait de l'activité physique récréative ou du sport parce qu'elles n'avaient pas le temps. Il est aussi fort probable que cette absence de temps libre ait été jumelée avec un héritage culturel incluant des normes sexuelles et des normes religieuses telles que la pratique du sport ou d'activités ludiques chez la femme n'ait pas été encouragée. En fait, cette explication correspond assez bien aux perceptions des participantes à l'égard de l'héritage culturel portugais. Les participantes mentionnent clairement l'importance de se voir en tant que « femme travaillante », « femme soumise » et « femme altruiste ». En référence à la pratique de l'activité physique, les participantes indiquent que dans leur jeunesse, il était difficile pour les jeunes Portugaises de faire du sport, une activité plutôt réservée aux garçons. La valeur du travail était

également inculquée aux jeunes Portugaises qui donnaient une importance cruciale aux activités physiques instrumentales par rapport aux activités physiques ludiques.

Il est évident que la religion a été très importante dans la culture portugaise et qu'elle a, elle aussi, joué un rôle au plan des perceptions des activités recommandées pour les jeunes filles et les femmes. Cette importance est demeurée en ce qui concerne les immigrantes de la présente étude. Ainsi, les participantes ont souvent fait référence à Dieu et à la spiritualité ainsi qu'à l'importance du mariage, des naissances et de la famille. Elles ont mentionné leur attachement à l'église, aux groupes de prière et au conseil paroissial. En outre, six participantes indiquent être impliquées dans la communauté portugaise d'Ottawa et participer aux activités organisées par l'église comme les soupers, les festivals d'été, la messe et les groupes de prières. Les quatre autres participantes n'en sont pas moins religieuses, mais elles sont plutôt intégrées dans la communauté dominante puisque, contrairement à leurs consœurs, elles n'ont aucune difficulté à s'exprimer en français ou en anglais.

Pour en revenir à McPherson (1984), ses théories concernant la prédiction des comportements sportifs sont un peu plus complexe que cité préalablement. Ainsi, il indique que les événements qui prennent place pendant la jeunesse n'ont pas tous un impact sur le vieillissement. O'Brien Cousins (1997) indique essentiellement la même chose, en spécifiant que les comportements d'activité physique du passé ne sont pas nécessairement les meilleurs prédicteurs de la pratique future. Ces énoncés ne vont pas tout à fait à

l'encontre des résultats de la présente étude puisque les participantes sont effectivement plus impliquées dans des activités physiques récréatives maintenant que dans le passé. Il semble que ce résultat soit principalement dû au fait qu'elles ont plus de temps libre et que l'activité physique récréative principale soit la marche; une activité qu'elles ont toujours pratiquée et qui est accessible en dépit de leur capacité financière restreinte ou de leur forme physique restreinte.

Les pratiques d'activité physique chez les participantes sont donc similaires à celles qu'elles ont fait dans le passé. D'abord, le travail domestique, qui a toujours fait partie de leur vie, puis, la marche, qui est passée d'une activité instrumentale dans leur passé à une activité physique récréative maintenant, à l'âge de leur retraite. En ce qui concerne plus particulièrement la marche, soulignons que toutes les participantes marchent de façon régulière entre deux et cinq fois par semaine, dans leur quartier et avec un ou une partenaire : soit le mari, soit les enfants ou les petits-enfants. La durée des marches est de 20 minutes à une heure. Ces marches ne coûtent rien aux participantes et ne sont pas organisées. Les autres activités récréatives que l'on retrouve mais qui ne sont pratiquées que rarement sont la natation, le jardinage, la bicyclette stationnaire, les exercices à la maison, la danse en ligne, la pétanque et les sacs de sable. De façon générale, les participantes pratiquent leurs activités physiques pour des raisons de santé, afin de bien se sentir et parce qu'elles ont plus de temps libre pour les faire. En ce qui concerne les activités physiques qui ne sont pas offertes près de chez elles, la seule plainte est l'absence d'un endroit

où les femmes âgées de la Communauté portugaise d'Ottawa pourraient aller faire de l'activité physique.

Dans leur étude sur les expériences des pratiques d'activité physique des femmes âgées, O'Brien Cousins et Keating (1995) indiquent que la marche était l'activité la plus pratiquée et que les participantes de leur étude associaient la marche à un certain plaisir et une certaine liberté. Clark (1996) et l'OMS (1999b) en arrivent aux mêmes conclusions. Il existe une ressemblance importante avec les résultats de la présente étude, Cependant, si les âgées d'origine portugaise indiquent leur plus grand intérêt et leur plus grande pratique en comparaison avec leur enfance, il est clair qu'elles ne pratiquent pas la marche comme activité récréative ou sanitaire de façon régulière. En outre, leur pratique est influencée négativement par les saisons, la température, leur moins bon état de santé, le prix trop élevé des centres de conditionnement physique, le manque de partenaire, la peur de marcher seule le soir et les difficultés de communication dans les langues dominantes. De tels résultats correspondent à ceux de Vertinsky (1995), qui indique que malgré les indications d'une augmentation d'intérêt et de participation de la pratique de l'activité physique chez les personnes âgées, la majorité ne pratique pas l'activité physique de façon régulière et systématique. McPherson (1994) ajoute que des éléments climatiques comme la pollution, la neige, l'humidité et le vent peuvent influencer la disponibilité et l'accès aux programmes d'activités physiques. Dans le cas de la présente étude, les participantes ont mentionné le froid, la neige et la glace comme obstacles à leur pratique d'activités physiques. La raison pour laquelle

elles n'ont pas indiqué d'autres éléments climatiques comme facteurs inhibants est possiblement le fait que la pollution, l'humidité et le vent ne sont pas des choses qui influencent de façon significative la pratique de la marche dans leur quartier résidentiel. Boltanski (1971) suggère, lui, que la maladie est ressentie comme une entrave à la pratique de l'activité physique. Dans la présente étude, ceci était clairement le cas puisque les participantes ont dit que certains de leurs problèmes de santé (e.g., diabète, arthrite, haute pression, douleur aux genoux) agissaient comme obstacles à leur pratique d'activité physique.

Dans son étude, Weinstein (1988) a trouvé que des personnes âgées ne pratiquent pas l'activité physique pour les raisons suivantes: le manque de compréhension de l'importance de la valeur de l'activité physique, le fait que les personnes âgées croient qu'il est temps pour elles de se reposer, le fait qu'elles perçoivent le besoin de pratiquer l'activité physique comme étant en déclin pendant le vieillissement, le fait qu'elles croient que le médecin ne recommande pas l'activité physique, le fait qu'elles croient faire assez d'exercice en faisant le ménage et le jardinage, le fait qu'elles perçoivent être trop fatiguées pour faire un tel effort et le fait qu'elles ont peur des blessures ou des crises cardiaques. De tels résultats contrastent avec ceux de la présente étude. En effet, les aînées d'origine portugaise connaissent l'importance de l'activité physique pour la santé, elles ont le temps de faire de l'activité physique, elles croient qu'elles devraient être plus actives pendant le vieillissement, elles mentionnent le fait que leur médecin encourage la pratique d'activités physiques et elles pratiquent leur activité physique en sus de leurs travaux domestiques. Quoiqu'elles n'aient pas

mentionné leur peur d'une crise cardiaque, elles indiquent leur crainte de se blesser comme entrave à leur marche, mais seulement dans des conditions plutôt rares (i.e., froid glacial qui empêche la glace de fondre sur les trottoirs).

Conn (1998) suggère que les limites de temps, les maladies physiques et la fatigue sont des obstacles à la pratique de l'activité physique. Sauf pour la fatigue, ce sont ces mêmes obstacles qui ont été mentionnés par les participantes de la présente étude. Il est possible qu'elles n'aient pas mentionné la fatigue parce qu'elles ont été habituées à travailler très fort et parce qu'il n'est pas dans les normes culturelles qu'une femme se plaigne de la fatigue. Dans l'étude de Whaley et Ebbeck (1997), les femmes âgées avaient tendance à dire que leur inactivité était causée par des problèmes de santé, un résultat exactement pareil à celui de la présente étude. L'étude de Zhan et ses collègues (1998) sur la promotion de la santé chez les femmes âgées suggère que la langue, les difficultés de transport, le manque de confiance dans le système de santé et la pauvreté étaient des obstacles à la promotion de la santé. En ce qui a trait aux participantes de la présente étude, elles n'ont pas mentionné leur manque de confiance dans le système de santé ou la pauvreté comme obstacle. Ceci peut être expliqué par le fait que les participantes sont probablement peu conscientes des enjeux qui entourent le système de santé, car encore une fois, la langue agit comme obstacle. Pour ce qui est de la pauvreté, elles ne l'ont pas mentionné, probablement parce qu'elles sont très fières de leur qualité de vie actuelle, ayant connu une certaine pauvreté dans leur pays natal et à leur arrivée au Canada. Elles indiquent ne pas être riches financièrement, mais avoir assez

de revenus pour « bien vivre ». Enfin, il semble que la question linguistique demeure le plus grand obstacle à la participation à des activités physiques récréatives organisées au centre communautaire du quartier.

La présente étude a permis d'identifier plusieurs éléments qui influencent de façon positive la pratique de l'activité physique. Ces éléments facilitateurs sont la présence de partenaires au sein de la famille, la facilité de la marche comme activité physique et les bienfaits sanitaires comme motivation. Ces résultats sont en ligne avec ceux de Conn (1998). En effet, une proportion importante des femmes âgées de son étude ont mentionné que l'environnement social et les pairs rendaient la pratique de l'activité physique plus facile. De façon similaire, Eyler (1999) indique que chez les femmes âgées de minorités ethniques, un déterminant de l'augmentation de l'activité physique est la présence de soutien social, notamment celui de la famille et des amis ou amies. Gale et Erickson (1997) suggèrent aussi que les femmes de minorités ethniques attribuent plus d'importance aux relations familiales comme source de soutien social que les femmes blanches; ce type de soutien aidant à réduire la différence entre la culture dominante et leur propre culture. Enfin, Kendall (1992) suggère que la famille est la source principale de soutien et d'activité sociale au sein de la communauté portugaise du Canada. De façon générale, on peut donc conclure que le soutien social est un des éléments facilitateurs les plus importants en ce qui a trait à la pratique de l'activité physique.

D'après les participantes, les agents facilitateurs et les liens sociaux sont importants, car ils encouragent la pratique de l'activité physique. De plus, la

pratique de l'activité physique aide à créer ou maintenir des liens sociaux. O'Brien et Vertinsky (1990) indiquent sensiblement les mêmes idées et mentionnent, en outre, que l'activité physique, les sports et les loisirs sont prometteurs car ils peuvent aider les femmes âgées à rencontrer de nouvelles personnes, surtout à un moment où le veuvage et la perte d'êtres chers peuvent restreindre le réseau de soutien social. Les personnes qui sont une source de soutien social pour les participantes de la présente étude sont aussi celles qui encouragent la pratique de l'activité physique : la famille, le mari, les enfants, les petits-enfants et les amies. Ces résultats confirment ceux d'O'Brien et Vertinsky (1991), qui concluent que le soutien d'un époux et la possibilité d'une interaction sociale sont les facteurs les plus importants pour l'adhésion aux programmes d'activité physique. Chogahara (1999) identifie trois sources principales d'influence sociale sur la pratique de l'activité physique chez les personnes âgées : la famille, les ami(e)s et les professionnels de la santé. Dans le cas de cette étude, les participantes ont mentionné le médecin, mais en rapport avec la consommation de médicaments beaucoup plus qu'en rapport avec la pratique de l'activité physique. Le fait que les participantes n'aient pas mentionné d'autres professionnels de la santé peut être expliqué par le fait que les langues dominantes (anglais et français) agissent comme obstacle et qu'il y a un manque de professionnels de la santé (e.g., nutritionnistes, psychologues, physiothérapeutes, infirmières, professionnels de l'activité physique, etc.) familiers avec la langue portugaise. Chogahara (1999) indique aussi que le soutien des ami(e)s a un plus grand impact sur l'activité physique que la famille

ou les experts. En contraste, la présente étude démontre l'importance de la famille comme source de soutien social et les participantes elles-mêmes indiquent que la famille vient avant tout. De plus, on sait que dans la culture portugaise, la famille est très importante, qu'elle a un grand rôle au plan social et qu'elle agit positivement comme source de soutien social en ce qui a trait aux activités physiques des participantes. La retraite agit aussi comme influence positive sur la pratique de l'activité physique des participantes, car depuis qu'elles sont à la retraite elles ont plus de temps pour faire de la marche, de la natation, du jardinage et de participer au centre de jour. La saison d'été agit aussi comme une influence positive sur la pratique de l'activité physique : il est évident qu'elles préfèrent marcher l'été plutôt que l'hiver. En effet, l'hiver empêche les participantes de marcher dehors car il fait froid et elles ont peur de glisser sur la glace, de tomber et de se blesser. Quelques-unes indiquent cependant qu'elles marchent dans les centres commerciaux pendant l'hiver.

Les perceptions de la santé

Toutes les participantes ont fourni une définition de la santé, en spécifiant que celle-ci est constituée de la santé physique et de la santé mentale. Elles indiquent que la santé est l'absence de maladie, le fait de ne pas avoir de douleur, le «mental» qui reste positif, l'absence de tristesse ou de dépression, « le plus beau cadeau que Dieu peut donner ». Les participantes de l'étude de Trippet (1991) donnent plusieurs significations à la santé telles qu'être en

harmonie ou en équilibre avec leur environnement, avoir une bonne qualité de vie, gérer son stress et elles incluent aussi des aspects physiques, mentaux, émotionnels et spirituels. De façon générale, les participantes de la présente étude mentionnent des aspects physique (l'absence de maladie), mental (le «mental» positif), émotionnel (ne pas être triste ou déprimée) et spirituel (cadeau de Dieu). Les participantes connaissent l'importance de tous ces aspects dans leur vie et les jugent importants pour leur santé.

Les participantes indiquent aussi que la pratique de l'activité physique et une bonne nutrition sont les principaux éléments qui permettent une bonne santé. Les participantes de l'étude de Beusoleil (1998) ont indiqué qu'une bonne santé consistait à atteindre ou maintenir le bien-être général, avoir une alimentation saine, faire de l'exercice de façon régulière et porter de bonnes chaussures. Les participantes de la présente étude ont indiqué sensiblement les mêmes éléments, sauf qu'elles n'ont pas mentionné le port de bonnes chaussures. Ceci peut être dû au fait que les aînées d'origine portugaise n'ont jamais fait de sports tels que le jogging, le tennis ou les sports d'équipe et qu'elles considèrent que des chaussures confortables sont suffisantes pour la marche. De plus, comme ce sont des femmes de milieux socio-économiques moins favorisés, elles n'ont pas les moyens ou l'idée de s'acheter des espadrilles à \$100 pour faire de la marche.

Quant aux perceptions des participantes à l'égard de leur statut de santé, cinq participantes indiquent être en santé, car elles se sentent bien, elles n'ont pas de douleur, elles sont capables de faire beaucoup de choses et considèrent

être autonomes. Les cinq participantes qui ont mentionné ne pas être en santé associent leur état de santé à des problèmes tels que l'hypertension, les douleurs aux jambes et aux os, le diabète, le cholestérol et les étourdissements.

En terme de santé, toutes les participantes signalent être en assez bonne santé, sauf pour quelques-unes qui signalent certains problèmes de santé comme des douleurs aux jambes, le diabète, la haute pression, des problèmes de thyroïde, des problèmes aux reins, des problèmes cardiaques, des problèmes à l'estomac, l'ostéoporose, des muscles douloureux, la dégénération des os, le rhumatisme inflammatoire, des maux de tête, des migraines, des varices et des étourdissements. D'après Santé Canada (1999h) et l'OMS (1999c), les femmes âgées sont plus susceptibles que les hommes âgés de souffrir de maladies chroniques, d'ostéoporose, de diabète, d'hypertension, d'incontinence et d'arthrite. Ces derniers problèmes de santé semblent présents chez les participantes de cette étude. D'après Kendall (1992), les problèmes de santé les plus fréquents dans la communauté portugaise sont l'arthrite, l'anxiété, le stress, l'hypertension, les allergies et l'obésité. Les seules similitudes entre ces problèmes de santé et ceux des participantes de la présente étude sont l'arthrite et l'hypertension. Les autres problèmes de santé sont différents, peut-être parce que ceux de Kendall s'appliquent aux hommes et aux femmes, ou encore parce que ceux de Kendall touchent une population beaucoup plus urbanisée (i.e., villes à plus haute densité de population qu'Ottawa). Les problèmes de santé dont souffrent les participantes sont possiblement dus à leurs efforts extrêmes comme travailleuses. Comme il a été déjà mentionné, ce sont des femmes qui

ont travaillé très fort physiquement comme femmes de ménage ou femmes de maison. Dans la majorité des cas, les tâches domestiques semblent avoir eu un grand impact sur la santé physique des participantes et pourraient expliquer leurs problèmes de santé actuels. D'autre part, le CCNTA (1999a) indique que les personnes âgées des groupes ethnoculturels sont plus vulnérables aux problèmes liés à la santé mentale qui peuvent être dus à un déracinement de la culture d'origine ou un manque de contact significatif avec des individus à l'extérieur de la famille. En contraste, les participantes de la présente étude n'ont pas mentionné avoir de problème de santé mentale. Au contraire, toutes les participantes donnent des signes de bonne santé mentale car elles sont positives à l'égard de la vie, de l'activité physique, de leur santé et de leur vieillissement. Ces signes de santé mentale peuvent être associés au fait que toutes les participantes indiquent une proximité de la famille, au fait que plusieurs sont impliquées dans la Communauté portugaise d'Ottawa et au fait qu'elles ont toutes des stratégies qui visent à optimiser leur santé.

Les pratiques de santé

La nutrition est très importante pour les participantes : c'est en s'alimentant bien qu'elles disent se garder en bonne santé. Elles indiquent manger des fruits, des légumes, du poisson, de la salade et des viandes avec peu de gras. Elles font le lien entre la bonne alimentation et la bonne santé. Les pratiques de santé sont très importantes pour elles, en outre le lien qu'elles ont

avec leur médecin. En effet, elles disent consulter le médecin soit pour une grippe, soit pour une douleur imprévue. Le médecin agit aussi comme source d'information ou de renseignements au sujet de la santé, il informe sur la pratique de l'activité physique et de la nutrition. Le fait que le médecin soit d'origine portugaise serait un avantage pour les participantes, car il pourrait communiquer dans leur langue maternelle (ce n'est cependant pas le cas). Le CCNTA (1993) indique que 69% des femmes âgées consultent le médecin seulement en présence de douleurs continues ou de maladies graves. Les participantes de cette étude seraient donc dans les 31%. Ceci peut être expliqué par le fait que les participantes se préoccupent de leur santé et qu'elles ont une confiance extraordinaire en leur médecin. Ces résultats sont toutefois paradoxaux si l'on tient compte de la barrière linguistique pour un nombre important des participantes. Nul doute que cette question mériterait une plus grande exploration.

La prévention de la maladie est très importante pour les participantes. Elles-mêmes indiquent plusieurs stratégies telles qu'avoir une bonne nutrition, faire de l'activité physique, sortir de la maison, faire du crochet, se distraire et parler avec les gens. L'étude de Zhan et ses collègues (1998) suggère que les femmes âgées de minorités ethniques indiquent que les comportements de promotion de la santé sont de bouger, prendre des rendez-vous médicaux réguliers et bien se nourrir. Les participantes de la présente étude indiquent sensiblement les mêmes stratégies de promotion de la santé. Ceci peut être dû au fait qu'elles sont exposées à des messages sur l'importance d'une bonne

nutrition, de l'exercice et de ne pas être isolées. Ces messages semblent le plus souvent leur parvenir de leur médecin, des médias ou des membres de leur famille.

Les perceptions du vieillissement

En ce qui concerne les perceptions des participantes à l'égard du vieillissement, elles sont très positives. Les participantes se sentent bien à leur âge et elles sont très heureuses. Toutes les participantes, sauf une, sont aussi très positives face à leur âge et indiquent que leur âge est un bel âge. La seule qui est négative se sent vieille, mais n'est pas prête à partir « avant que Dieu l'appelle ». Celles qui sont positives indiquent que c'est bon d'avoir leur âge car elles sont à la retraite, elles ont plus de temps libre pour faire les activités qu'elles aiment, elles ont moins de responsabilités et de préoccupations et elles ont une bonne santé. Santé Canada (1999a) indique que les aînés consacrent une heure et demie par jour à la poursuite de loisirs comme le sport, les activités sociales, les passe-temps et les promenades en voiture et une bonne partie de leurs temps à voyager. Ces résultats correspondent en partie avec ce que les participantes de la présente étude ont énoncé. Depuis qu'elles sont à la retraite, elles ont plus de temps libre pour faire des activités.

En ce qui concerne les objectifs pour l'avenir, plusieurs participantes mentionnent avoir des objectifs tels qu'être impliquées dans la communauté, être impliquées à l'église et dans le groupe de prières, être entourées de la famille et

voyager pour voir le monde et visiter la parenté à l'extérieur. D'après elles, toutes ces activités dépendent de leur bonne santé. Pour celles qui n'ont pas d'objectif pour l'avenir, elles vivent au jour le jour: une se dit « pas trop ambitieuse » et l'autre indique que « Dieu décide du destin ».

Enfin, le modèle empirique de l'habitus corporel d'aînées d'origine portugaise (tel qu'illustré à la Figure 3) suggère que l'héritage culturel portugais influence directement la trajectoire de vie (le passé et le présent) et l'habitus corporel, y compris les perceptions (d'activité physique, de santé et du vieillissement) et les pratiques (d'activité physique et de santé). De plus, la trajectoire de vie influence directement l'habitus corporel. Le lien entre l'héritage culturel portugais et la trajectoire de vie des participantes nous permet de comprendre pourquoi la pratique d'activités physiques des participantes se résume à la marche et au travail domestique. Il est évident que ces activités physiques principales sont des activités qu'elles ont toujours connues et qu'elles ont fait tout au long de leur trajectoire de vie. Les conditions de vie passées et présentes des participantes influencent donc leur habitus corporel. De plus, ce modèle empirique pourrait permettre d'examiner les mêmes enjeux chez d'autres personnes provenant de communautés ethnoculturelles. L'importance de ce modèle est qu'il permet d'illustrer de façon graphique l'importance de l'héritage culturel d'une personne, ainsi que la façon dont il peut agir sur la trajectoire de vie et l'habitus corporel (perceptions et pratiques).

CHAPITRE XIII

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Conclusions

La première chose que l'on peut conclure de la présente étude est qu'en dépit de toutes les expériences que les participantes ont eues au cours de leur trajectoire de vie, incluant leur difficile jeunesse au Portugal, leur mariage, la naissance de leurs enfants, leur immigration au Canada, leur dur labeur à la maison et à l'extérieur, elles sont des aînées qui sont très fières de leur passé et de leur héritage culturel et qui sont très positives au sujet de leur vie présente et de leur vieillissement. Ce sont des femmes qui ont eu des vies difficiles, qui ont travaillé excessivement afin d'assurer une meilleure vie et un meilleur destin à leurs enfants. Mais elles sont très heureuses dans leur milieu de vie actuel et très satisfaites du style de vie qu'elles mènent maintenant à la retraite.

La deuxième conclusion est que la trajectoire de vie semble influencer l'habitus corporel des participantes. En examinant le passé, il est évident que les participantes n'ont jamais fait d'activités physiques récréatives ou de sport. De plus, pendant la période d'âge adulte, les participantes n'ont pas eu de temps libre pour entreprendre des activités physiques ou de loisirs, étant plutôt occupées à travailler, prendre soin de leur famille et s'ajuster à une nouvelle vie au Canada. Il n'est donc pas surprenant que les participantes ne soient pas impliquées dans diverses activités physiques aujourd'hui, comme aînées, et

qu'elles ne semblent pas motivées à changer leurs habitudes de façon à accroître significativement leur implication dans des activités physiques récréatives plus nombreuses, plus rigoureuses ou plus régulières. Il semble donc que le fait que les participantes n'aient jamais été exposées à des activités physiques récréatives ou des sports au cours de leur vie influence le fait qu'aujourd'hui elles ne soient pas plus actives physiquement, sauf pour la marche.

La troisième conclusion est qu'il semble crucial de redéfinir les termes «active» et «inactive». Il semble que les études antérieures aient privilégié une définition du terme « active » qui ne prenait en compte que l'implication dans des activités physiques à caractère ludique. Bien sûr, l'explication théorique était liée au fait que les activités physiques à caractère instrumental (travail physique, travail ménager, etc.) devaient être différenciées des activités physiques à caractère ludique puisqu'en observant les statistiques sur la forme physique et la santé, on peut facilement relier les activités physiques à caractère ludique à la santé mais on ne peut pas établir ce lien avec les activités physiques à caractère instrumental (e.g., les travailleurs et travailleuses manuels, qui ont un niveau très élevé de pratique d'activités physiques instrumentales, sont parmi les personnes les moins en santé dans nos sociétés nord-américaines). Bien sûr cette question est très complexe et mérite d'être explorée à fond. Cependant, il semble pour l'instant que les conclusions qui peuvent être tirées pour l'ensemble de la population canadienne soient quelque peu différentes de celles que l'on peut tirer d'une sous-population de femmes âgées d'origine portugaise. Chez ces femmes,

il semble y avoir une valorisation et un plaisir associés à la capacité de mener à bien une multitude de travaux domestiques dans leur propre demeure et donc, ces derniers ne sont pas perçus comme une corvée mais comme une façon de se définir, de se sentir autonome, de se valoriser. Dans leur cas, ce genre d'activité physique instrumentale semble être bénéfique ou, à tout le moins, c'est ce que les participantes croient et rapportent. Elles font une différence entre « travailler » (i.e., pour plusieurs d'entre elles, faire le ménage chez quelqu'un d'autre) et des activités leur permettant de maintenir leur propre résidence en ordre et propre. Il semble donc y avoir lieu d'inclure ces dernières activités dans une nouvelle définition de « l'activité physique ».

La quatrième conclusion est que la théorie de Bourdieu a permis de mieux comprendre l'habitus corporel des participantes. Entre autres, il a été démontré que les conditions d'existence ont un très grand impact sur l'habitus corporel en général et sur l'activité physique en tant que composante de l'habitus corporel. Bien sur, les théories de Bourdieu ont peu à révéler sur les éléments particulier de l'immigration et de la participation active dans une communauté ethno-culturelle minoritaire et sur l'impact de tels éléments sur l'habitus corporel. Toutefois, il est possible d'inclure ces éléments dans les « conditions d'existence », tout en gardant en tête le fait que ces conditions d'existence auraient avantage à être mieux explorées de manière à prendre en compte non seulement la classe sociale, mais aussi la race, l'ethnicité, le statut d'immigrant et le genre. Cette thèse n'avait pas pour but de contribuer à améliorer le cadre

théorique bourdieusien, mais elle apporte tout de même des suggestions sur la façon d'en venir à une telle amélioration.

Enfin, la dernière et plus importante conclusion est que l'héritage culturel portugais, plus spécifiquement la religion et les normes de genre, influencent directement l'habitus corporel tout au long de la vie des participantes. Le modèle empirique de l'habitus corporel d'aînées d'origine portugaise montre clairement que l'héritage culturel portugais influence la trajectoire de vie ainsi que l'habitus corporel, c'est à dire les perceptions des participantes et leurs pratiques en rapport avec le corps au cours de leur jeunesse, à l'âge adulte et à l'âge de la retraite. Plus particulièrement aujourd'hui, le fait que les aînées font partie d'une communauté ethnoculturelle influence leur accès et leur intérêt en regard de certains endroits et certaines formes d'activités physiques puisque la barrière linguistique et la culture sont des obstacles qui empêchent plusieurs participantes d'être plus actives physiquement.

Recommandations

Les recommandations pour le milieu académique seraient de continuer à encourager la recherche qualitative auprès de communautés ethnoculturelles, soit chez les immigrants et immigrantes arrivés après la deuxième guerre mondiale, soit chez ceux et celles qui sont récemment arrivés. Il faudrait aussi continuer la recherche auprès de groupes ethniques et de la population féminine, car ceux-ci sont des groupes souvent omis par la recherche. De plus, il serait

intéressant d'utiliser d'autres types de théories comme celles des études culturelles (*cultural studies*) ou les approches féministes, ce qui pourrait aider à comprendre le phénomène à partir d'une perspective différente.

Une autre recommandation pour le milieu académique serait de réévaluer la définition habituellement utilisée pour décrire le terme «activité physique» ainsi que la façon de classer une personne comme étant «active». Les définitions présentement utilisées en milieu académique sont pertinentes au sein de populations jeunes ou adultes, mais moins pertinentes au sein des populations vieillissantes et appartenant à une communauté ethnoculturelle. Cette étude a permis de voir comment la définition classique n'est pas applicable, en outre lorsqu'il a été impossible de recruter des participantes «actives» et «inactives» en se servant d'une telle définition.

La perspective socioculturelle de Bourdieu a permis de mieux comprendre l'habitus corporel de femmes âgées d'origine portugaise en identifiant leurs perceptions (de l'activité physique, de santé et du vieillissement) et leurs pratiques (de l'activité physique et de santé). Cependant, afin de mettre à profit les concepts de Bourdieu en termes de classe sociale et de trajectoire sociale, il serait intéressant de faire une étude qui comporterait deux groupes de participantes, soit un de la classe sociale supérieure, et un de la classe sociale ouvrière. Une telle étude permettrait de mieux examiner les différences entre l'habitus corporel d'aînées immigrantes d'origine portugaise provenant de ces deux groupes. Il est évident que la théorie de Bourdieu place beaucoup d'accent sur l'importance de la classe sociale de l'individu, un facteur qui n'a pas

spécifiquement été considéré dans cette étude étant donné l'échantillon homogène en terme de classe sociale. Bourdieu explique aussi que la promotion de l'activité physique en tant que stratégie de santé a plus de succès auprès des groupes sociaux qui ont un grand capital culturel. Les participantes de cette étude qui ne sont pas catégorisées comme ayant un grand capital culturel indiquent toutes les bienfaits de l'activité physique sur la santé. En plus, celles-ci ont indiqué que l'activité physique est une stratégie-clé pour la promotion de leur santé. Bourdieu a donc partiellement tort sur cette question, puisque la présente étude en arrive à des conclusions différentes. Le mot « partiellement » est utilisé, cependant, puisqu'il semble y avoir une marge entre les attitudes et les habitudes des individus. En effet, même si les participantes de cette étude indiquent que la pratique de l'activité physique est bénéfique pour la santé, elle ne semblent pas enclines à changer leurs habitudes de façon à accroître significativement leur implication dans des activités physiques récréatives plus nombreuses, plus rigoureuses ou plus régulières.

Si cette étude était à refaire avec la même population, soit des aînées immigrantes d'origine portugaise, toutes les entrevues seraient faites en portugais car il est évident que les participantes sont plus à l'aise de discuter dans leur langue maternelle. Cette aisance à s'exprimer permettrait d'avoir une meilleure relation d'empathie entre l'intervieweuse et l'interviewée. Il serait aussi important pour toute personne qui planifie de faire de la recherche auprès d'une communauté ethnoculturelle de faire partie de cette culture. Ce rapprochement culturel encourage une meilleure compréhension de la réalité des participantes

et facilite le dialogue, surtout si les participantes ont de la difficulté à s'exprimer en anglais ou en français. Il permettrait également de s'assurer que les questions sont culturellement sensibles (en terme de religion, politique, traditions, coutumes).

Finalement, en termes de recommandation pour le milieu académique, il serait intéressant d'interviewer d'autres femmes d'origine portugaise de différentes générations au sujet des mêmes thèmes explorés ici. Encore, il serait utile d'interviewer des femmes âgées provenant d'autres communautés ethnoculturelles, surtout celles d'origine méditerranéenne comme les espagnoles, les italiennes ou les grecques afin d'explorer les différences et les similitudes. Enfin, il serait intéressant d'interviewer des femmes âgées qui vivent au Portugal et qui n'ont pas vécu l'expérience de l'immigration, afin de voir si l'acculturation et le fait de vivre dans la culture dominante a un effet sur l'habitus corporel.

La première recommandation pour le milieu communautaire serait de combler le besoin fondamental de créer des services spécialisés pour les personnes d'origine ethnique pour que celles-ci aient accès à des services dans leur langue maternelle et/ou des services plus sensibles à leurs besoins et à leur héritage culturel.

La deuxième recommandation serait d'être à l'écoute des membres de la Communauté portugaise d'Ottawa. D'abord, les participantes de cette étude offrent leurs conseils aux femmes âgées d'origine portugaise qui sont moins actives. Les conseils qui ressortent sont de sortir de la maison, d'être ouvertes à

de nouvelles expériences et de demander un encouragement de la part de la communauté face aux personnes âgées. Pour ce qui est de la circulation d'information, les participantes qui sont impliquées dans la communauté indiquent être bien informées de ce qui se passe dans la communauté. Elles reçoivent leur information lorsqu'elles assistent à la messe, par le bulletin de l'église ou encore de la part de la famille ou d'amis et amies. Mais elles ne reçoivent pas d'information par le biais de la télévision ou des journaux (barrière linguistique). Pour ce qui est des endroits disponibles aux aînées pour la pratique de l'activité physique dans la Communauté portugaise d'Ottawa, les faits sont qu'il n'y en a pas. D'après les participantes, il y a un grand besoin de créer un centre de jour où les personnes âgées d'origine portugaise pourraient se rassembler pour faire de l'activité physique. Ce centre serait ouvert à la communauté, mais surtout aux personnes âgées d'origine portugaise, autant les hommes que les femmes. D'après les participantes, cela réduirait les barrières reliés à la culture et à la langue. Ce centre pourrait être situé dans un endroit accessible, soit le sous-sol de l'église ou ailleurs, avec une instructrice qui mènerait un groupe d'exercices ou encore un groupe de marche, des jeux ou simplement des occasions pour parler. En ce qui concerne les participantes de la présente étude, la création d'un tel centre réduirait leur sentiment d'isolement et en même temps pourrait permettre la création de nouvelles amitiés parmi elles car il est évident qu'elles partagent les mêmes expériences de vie, les mêmes traditions, la même langue et surtout le même héritage culturel.

RÉFÉRENCES

- Anderson, G. M. et Davis, J. C. (1990). Portuguese immigrant women in Canada. Dans D. Higgs (éd.), Portuguese migration in a global perspective (pp. 136-144). Toronto: The Multicultural History Society of Ontario.
- Association canadienne de la santé publique. (1988). Ethnicity and aging: Report - A national workshop on ethnicity and aging. Ottawa: CPHA.
- Beausoleil, N. (1998). Corps, santé, apparence et vieillissement dans les énoncés de femmes francophones en Ontario. Reflets, 4 (1), 53-74.
- Berger, B. G. (1988). The role of physical activity in the life quality of older adults. American Academy of Physical Education Papers, 22, 42-58.
- Birrell, S. et Richter, D.M. (1994). Is a diamond forever? Feminist transformations of sport. Dans S. Birrell et C. Cole (éds.), Women, sport and culture (pp. 221-244). Champaign: Human Kinetics.
- Bokovoy, J. L. et Blair, S. N. (1994). Aging and exercise: A health perspective. Journal of Aging and Physical Activity, 2, 243-260.
- Boltanski, L. (1971). Les usages sociaux du corps. Annales, économies, sociétés et civilisations, 26 (1), 205-233.
- Bourdieu, P. (1994). Raisons pratiques sur la théorie de l'action. Paris: Seuil.
- Bourdieu, P. (1984 [1979]). Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bourdieu, P. (1980). Le sens pratique. Paris: Minuit.

- Bourdieu, P. (1978). Sport and Social Class. *Social Science Information* 17 (6), 819-840. A slightly revised version was published on the title: How Can One be a Sportsman. In P. Bourdieu, (1993). Sociology in Question (pp. 117-132). London: Sage Pub..
- Chappell, N. L., Strain, L. A. et Blandford, A. A. (1986). Aging and health care: A social perspective. Toronto: Holt, Rinehart and Winston.
- Chogahara, M. (1999). A multidimensional scale for assessing positive and negative social influences on physical activity in older adults. Journal of Gerontology: Social Sciences, 54B (6), S356-S367.
- Clark, D. O. (1996). Age, socioeconomic status, and exercise self-efficacy. The Gerontological Society of America, 36 (2), 157-164.
- Conn, V. S. (1998). Older women's beliefs about physical activity. Public Health Nursing, 15 (5), 370-378.
- CCNTA. (1999a). 1999 et après/ Les défis d'une société canadienne vieillissante. Ottawa: Ministre des Approvisionnement et Services Canada.
- CCNTA. (1999b). Expression: Bulletin du conseil consultatif national sur le troisième âge. Ottawa: Ministre des Approvisionnement et Services Canada.
- CCNTA. (1993). Vieillir et le CCNTA: La position du CCNTA sur les événements de la vie des femmes âgées. Ottawa: Ministre des Approvisionnement et Services Canada.
- Cool, L. E. (1981). Ethnic identity: A source of community esteem for the elderly. Anthropological Quarterly, 54 (4), 179-189.

- Cox, C. (1986). Physician utilization by three groups of ethnic elderly. Medical Care, 24 (8), 667-676.
- Crabtree, B. et Miller, W. (1992). Doing qualitative research. Newbury Park: Sage Publications.
- Dallaire, H. (1988). Concept de soi, la retraite et l'activité physique chez la personne âgée. Dans S. Ross (éd.), Persons, minds and bodies: A transcultural dialogue amongst physical education, philosophy and the social sciences (pp. 211-221). Toronto: University Press of Canada.
- Denzin, N.K. (1978). Sociological methods: a sourcebook. New York: McGraw-Hill.
- Dishman, R.K., Sallis, J.F. et Orenstein D.R. (1985). The determinants of physical activity and exercise. Public Health Reports, 100, 158-171.
- Di Leonardo, M. (1987). The Female World of Cards and Holidays: Women, Families and the Work of Kinship. Signs, 12 (3), 440-53.
- Doyal, L. (1995). What Makes Women Sick. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Eyler, A. A., Brownson, R. C., Donatelle, R., King A. C., Brown, D. et Sallis, J. F. (1999). Physical activity social support and middle- and older-aged minority women: results from a US survey. Social Science & Medicine, 49, 781-789.
- Eyler, A. A. (1999). Social influences on physical activity in minority women. Unpublished Ph.D. Thesis, Oregon State University.

- Eyler, A. A., Baker, E., Cromer, L., King, A. C., Brownson, R.C., et Donatelle, R. J. (1998). Physical activity and minority women: A qualitative study. Health Education and Behavior, 25 (5), 640-652.
- Fitzgerald, J. T., Singleton, S. P., Neale A. V., Prasad A. S. et Hess, J. W. (1994). Activity levels, fitness status, exercise knowledge, and exercise beliefs among healthy, older african american and white women. Journal of Aging and Health, 6 (3), 296-313.
- Gale, B. J. et Erickson, J. R. (1997). How race affects health services use by older women. Health Care for Women International, 18, 221-232.
- Giles, W. (1997). Re/membering the Portuguese household in Toronto: Culture, Contradictions and Resistance. Women's Studies International Forum, 20 (3), 387-396.
- Giles, W. (1992). Gender inequality and resistance: the case of Portuguese women in London. Anthropological Quarterly, 65 (2), 67-79.
- Hagberg, J. M. (1994). Physical activity, fitness, health, and aging. Dans C. Bouchard, R.J. Shephard et T. Stephens (éds.), Physical activity, fitness, and health: International proceedings and consensus statement (pp. 993-1005). Champaign: Human Kinetics.
- Higgs, David. (1982). The Portuguese in Canada. Toronto: Canadian Historical Association
- Hirvensalo, M., Lampinen, P. et Rantanen, T. (1998). Physical exercise in old age: An eight-year follow-up study on involvement, motives, and obstacles

- among persons age 65-84. Journal of Aging and Physical Activity, 6, 157-168.
- Holzberg, C. S. (1982). Ethnicity and aging: Anthropological perspectives on more than just the minority elderly. The Gerontologist, (22) 3, 249-257.
- Iacovetta, F. (1992). Such Hardworking People: Italian Immigrants in Postwar Toronto. Montreal: McGill-Queen's University Press.
- Januário, I et Marujo, M. (2000). Voices of Portuguese Immigrant Women. Dans C. Teixeira et V. Da Rosa (éds.), The Portuguese in Canada (pp. 97-111). Toronto: University of Toronto Press.
- Kendall, P.R.W. (1992). The Portuguese canadian community in Toronto. Toronto: Health Promotion and Advocacy Section of the City of Toronto Department of Public Health.
- King, A. C. (1991). Physical activity and health enhancement in older adults: Current status and future prospects. Annals of Behavioral Medicine, 13 (3), 87-90.
- Laberge, S. et Kay, J. (sous presse). Bourdieu's sociocultural theory and sport practice. Dans J.A. Maguire et K. Young (éds.) Perspectives in the sociology of sport. London: Elsevier Press.
- Lee, C. (1988). Address to National Symposium on changing patterns of health and disease in canadian women.
- Levi, F. (1975). L'évolution de femmes portugaises immigrés à Paris et dans la banlieu parisienne. L'année sociologique, 26, 153-177.

- MacLean, M. J., Siew, N., Fowler, D. et Graham, I. (1987). Institutional racism in old age: Theoretical perspectives and a case study about access to social services. Canadian Journal on Aging (6) 2, 128-140.
- MacRae, P. G. (1986). The effects of physical activity on the physiological and psychological health of the older adult: Implications for education. Dans D.A. Peterson, J.E. Thornton et J.E. Birren (éds.), Education and aging (pp. 205-230). Englewood Cliffs CA: Prentice-Hall.
- McPherson, B. (1994). Sociocultural perspectives on aging and physical activity. Journal of Aging and Physical Activity, 2, 329-353.
- McPherson, B. (1990). Aging as a social process: An introduction to individual and population aging. Toronto: Butterworths.
- Meintel, D. et Peressini, M. (1993). Seules et âgées en milieu urbain: une enquête auprès de Montréalaises de trois groupes ethniques. Revue Internationale d'Action Communautaire 29 (69), 37-45.
- Meintel, D., Labelle, M., Turcotte et Kempeneers, M. (1985). La nouvelle double journée de travail des femmes immigrantes au Québec. Actions et recherches sociales, 14 (54), 33-44.
- Meintel, D., Labelle, M., Turcotte et Kempeneers, M. (1984). Migration, wage labor, and domestic relationships: Immigrant women workers in Montreal. Anthropologica, 26 (2), 135-169.
- Mensink, G., Loose, N. et Oomen, C. (1997). Physical activity and its association with other lifestyle factors. European Journal of Epidemiology, 13, 771-778.

- Mercer, S.O. et Garner, J.D. (1989). An international overview of aged women. Journal of Women and Aging, 1 (1-3), 13-45.
- Mills, K. M., Stewart, A. L., Sepsis, P. G. et King, A. C. (1997). Consideration of older adults' preferences for format of physical activity. Journal of Aging and Physical Activity, 5, 50-58.
- Misra, R., Alexy, B. et Panigrahi, B. (1996). The relationships among self-esteem, exercise, and self-rated health in older women. Journal of Women and Aging, 8 (1), 81-94.
- Morgan, K., & Clarke, D. (1997). Customary physical activity and survival in later life - A study in Nottingham, UK. Journal of Epidemiology and Community Health, 51 (5), 490-493.
- Nieman, D. C. (1998). The exercise-health connection. Windsor: Human Kinetics.
- Noivo, Edite. (1997). Inside Ethnic Families. Montreal: McGill University Press
- Nunes, F. (1998). Portuguese-Canadians from Sea to Sea : A National Needs Assessment. Toronto: Portuguese-Canadian National Congress.
- Nunes, Fernando. (1986). Problems and Ajustments of the Portuguese Immigrant Family in Canada. Porto: Secretaria de Estado das Comunidades Portuguesas Centro de Estudos.
- O'Brien Cousins, S. (1997). Elderly tomboys? Sources of self-efficacy for physical activity in late life. Journal of Aging and Physical Activity, 5, 229-243.

- O'Brien Cousins, S. (1994). The role of social support in late life physical activity. Dans H.A. Quinney, L. Gauvin et E.T. Wall (éds.), Toward active living (pp. 247-253). Champaign: Human Kinetics.
- O'Brien Cousins, S. et Keating, N. (1995). Life cycle patterns of physical activity among sedentary and active older women. Journal of Aging and Physical Activity, 3, 340-359.
- O'Brien Cousins, S. et Vertinsky, P. (1995). Recapturing the physical activity experiences of the old: A study of three women. Journal of Aging and Physical Activity, 3, 146-162.
- O'Brien, S. et Vertinsky, P. (1991). Unfit survivors: Exercise as a resource for aging women. The Gerontologist, 31 (3), 347-357.
- O'Brien, S. et Vertinsky, P. (1990). Elderly women, exercise and healthy aging. Journal of Women & Aging, 2 (3). 41-65.
- Olson Katz, L. (1988). Aging is a woman's problem: Issues faced by the female elderly population. Journal of Aging Studies, 2 (2), 97-108.
- OMS. (1999a). Vieillissement: Transcender les mythes. (disponible) http://www.who.int/archives/whday/fr/pages1999/jms_1.html (5/25/00).
- OMS. (1999b). Vieillissement et activités physiques. (disponible) http://www.who.int/archives/whday/fr/documents1999/fr_activités.html (5/1/00).
- OMS. (1999c). Les Hommes et les femmes vieillissent de la même manière. (disponible) http://www.who.int/archives/whday/fr/pages1999/jms99_4.html (5/3/00).

- OMS. (1998). Définition de la santé. (disponible) <http://www.who.int/aboutwho/en/definition.html> (5/3/00).
- Ostrow, A. et Dzewaltowski, D. (1986). Older adults' perceptions of physical activity participation based on age-role and sex-role appropriateness. Research Quarterly for Exercise and Sport, 57 (2), 167-169.
- Ostrow, A. (1984). Physical activity and the older adult: Psychological perspectives. New Jersey: Princeton Book Company.
- Paxton, S., Browning, C.J. et O'Connell, G. (1997). Predictors of exercise program participation in older women. Psychology and Health, 12, 543-552.
- Pereira, I., Lazarowich, M. et Wister, A.V. (1996). Ethnic content in long term care facilities for Portuguese and Italian elderly. Canadian Ethnic Studies, 28 (2), 82-97.
- Pociello, C. (1999). Sports et sciences sociales: Histoire, sociologie et prospective. Paris: Vigot.
- Pociello, C. (1981). Sports et société: approche socio-culturelle des pratiques. Paris: Vigot.
- Price, S. (1985). Physical exercise social background, and the well-being of older adult women. Perceptual and Motor Skills, 60, 737-738.
- Reinharz, S. et Rowles, G.D. (1988). Qualitative gerontology. New York: Springer Publishing.

- Rousseau, J., Denis M.-C., Dubé, M. et Beaudesne, M. (1995). L'activité, l'autonomie et le bien-être psychologique des personnes âgées. Loisir et société, 18 (1), 93-122.
- Rowe, J.W. & Kahn R.L. (1998). Successful Aging. New York: Pantheon.
- Rubin, H.J. et Rubin I.S. (1995). Qualitative Interviewing: The Art of Hearing Data. Thousands Oaks: Sage Publications.
- Santé Canada. (1999a). Données importantes sur les aînés. (disponible) <http://iyop-aipa.ic.gc.ca/french/facts.htm> (4/11/00).
- Santé Canada. (1999b). Une population en croissance. (disponible) <http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/pubs/factoids/fr/no1.htm> (4/11/00).
- Santé Canada. (1999c). Immigrants âgés. (disponible) <http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/pubs/factoids/fr/no21.htm> (4/11/00).
- Santé Canada. (1999d). L'espérance de vie est plus longue pour les femmes âgées. (disponible) <http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/pubs/factoids/fr/no38.htm> (4/11/00).
- Santé Canada. (1999e). Une population en grande partie féminine. (disponible) <http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/pubs/factoids/fr/no5.htm> (4/11/00).
- Santé Canada. (1999f). Beaucoup d'aînés font de l'activité physique. (disponible) <http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/pubs/factoids/fr/no49.htm> (4/11/00).
- Santé Canada. (1999g). Les origines de l'AIPA. (disponible) <http://iyop-aipa.ic.gc.ca/french/story.htm> (5/26/00).

- Santé Canada. (1999h). Stratégie pour la santé des femmes de Santé Canada. Ottawa: Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
- Shephard, R.J. (1997). Aging, physical activity, and health. Windsor: Human Kinetics.
- Smith, C.L. et Storandt, M. (1997). Physical activity participation in older adults: A comparison of competitors, noncompetitors, and nonexercisers. Journal of Aging and Physical Activity, 5, 98-110.
- Statistique Canada. (1996a). Statistiques démographiques annuelles. Ottawa: Division de la démographie et Recensement du Canada.
- Statistique Canada. (1996b). Recensement du Canada de 1996; et Enquête sociale générale. Ottawa: Division de la démographie et Recensement du Canada.
- Statistique Canada. (1996c). Division des statistiques sur la santé. Ottawa: Division de la démographie et Recensement du Canada.
- Statistique Canada. (1996d). Enquête nationale sur la santé de la population. Ottawa: Division de la démographie et Recensement du Canada.
- Statistique Canada. (1996e). Division des enquêtes-ménages. Ottawa: Division de la démographie et Recensement du Canada.
- Statistique Canada. (1996f). Enquête sur les finances des consommateurs. Ottawa: Division de la démographie et Recensement du Canada.

- Statistique Canada. (1996g). Population by mother tongue, 1996 Census. (disponible) <http://www.statcan.ca/english/Pgdb/People/Population/demo18b.htm> (2/24/00).
- Statistique Canada. (1996h). Population by mother tongue, 1996 Census: Metropolitan areas. (disponible) <http://www.statcan.ca/english/Pgdb/People/Population/demo18e.htm> (2/24/00).
- Taunton J.E., Martin, A.D., Rhodes E.C., Wolski, L.A., Donnelly M. et Elliot, J. (1997). Exercise for older woman : Choosing the right prescription. British Journal of Sports Medicine, 31 (5), 5-10.
- Teixeira, C. et Lavigne G. (1992). The portuguese in Canada: A bibliography. Toronto: Institut for social research.
- Torrez, D.J. (1997). The health of older women: A diverse experience. Dans J.M. Coyle (éd.), Handbook on women and aging (pp. 131-148). Westport: Greenwood Press.
- Trippet, S.E. (1991). Being aware: The relationship between health and social support among older women. Journal of Women & Aging, 3 (3), 69-80.
- Vertinsky, P.A. (1995). Stereotypes of aging women and exercises: A historical perspective. Journal of Aging and Physical Activity, 3, 223-237.
- Weinstein, L.B. (1988). Exercise: A beneficial activity for older adults. Activities, Adaptation and Aging, 11, 85-94.
- Whaley, D. et Ebbeck V. (1997). Older adults' constraints to participation in structured exercise classes. Journal of Aging and Physical Activity, 5, 190-212.

- White, P. et Wilson, B. (1999). Distinctions in the stands: An investigation of Bourdieu's "habitus", socioeconomic status and sport spectatorship in Canada. International Review for the Sociology of Sport, 34 (3), 245-264.
- Yoshida, K.K., Alison, K.R. et Osborn, R.W. (1988). Social factors influencing perceived barriers to physical exercise among women. Canadian Journal of Public Health, 79, 104-108.
- Zhan, L., Clutterbuck, J., Keshian J., et Lombardi, L. (1998). Promoting health: perspectives from ethnic elderly women. Journal of Community Health Nursing, 15 (1), 31-44.

ANNEXE A



Université d'Ottawa • University of Ottawa

Faculté des sciences de la santé
École des sciences de l'activité physique

Faculty of Health Sciences
School of Human Kinetics

FORMULAIRE DE RECRUTEMENT

Bonjour Madame _____, comment allez-vous?

Je (vous appelle/veux vous parler) au sujet d'une recherche sur la pratique de l'activité physique et la promotion de la santé des femmes âgées.

Est-ce que vous connaissez l'Université d'Ottawa?

À l'Université d'Ottawa, il y a une étudiante qui fait une recherche sur l'activité physique et la santé des femmes âgées de 65 à 75 ans. Pour sa recherche, elle fait des entrevues avec des dames et elle leur pose des questions sur toutes sortes de choses qui ont rapport à leurs expériences en matière de santé. Peut-être seriez-vous intéressée à collaborer à cette recherche et à participer à une entrevue? L'entrevue dure à peu près une heure et aurait lieu à votre résidence ou un autre lieu à un temps qui vous conviendrait.

(Si la personne démontre un intérêt, continuer avec le texte ci-dessous)

L'étudiante qui fait la recherche s'appelle Josianne Roma. Son étude s'inscrit dans le cadre d'une recherche plus vaste dirigée par Mme Suzanne Laberge de l'Université de Montréal et Mme Geneviève Rail de l'Université d'Ottawa. L'objectif de cette recherche est de mieux comprendre le rôle de l'activité physique dans la promotion de la santé des femmes âgées. Il s'agit aussi de comprendre ce qui incite les âgées, lorsqu'elles font face à des événements ou des éléments stressants, à choisir une stratégie de promotion de la santé, comme la pratique de l'activité physique.

Si vous acceptez de participer, on vous demanderait essentiellement de prendre part à une entrevue d'une durée approximative d'une heure et demie à une date que vous choisirez. Pendant l'entrevue, vous seriez invitée à répondre à des questions ouvertes sur: (a) votre milieu socio-économique et votre environnement social; (b) les ressources matérielles et humaines qui vous sont disponibles en matière de l'activité physique; (c) votre histoire personnelle en matière de pratique d'activités physiques, et (d) vos perceptions face à l'activité physique, la santé et le vieillissement.

(Si la personne démontre toujours un intérêt, continuer avec le texte ci-dessous)

Si vous acceptez de participer, votre entrevue serait enregistrée sur une cassette, puis retranscrite. La transcription de votre entrevue ne serait utilisée que pour des fins de recherche par Madame Roma et selon le respect de la confidentialité. Votre cassette serait conservée dans un classeur barré à clé dans le bureau de Madame Rail (directrice de thèse et chercheure principale de la région d'Ottawa de cette étude) et elle serait détruite à la fin de la recherche. Si vous acceptez de participer, l'information que vous donnerez restera strictement confidentielle et anonyme. Toute information pouvant mener à votre identification sera enlevée de la recherche.

Si vous acceptez de participer, on vous demandera de donner certains renseignements personnels et c'est possible que cela crée un léger inconfort émotionnel à certains moments. Cependant, tout sera fait en vue de minimiser ce risque d'inconfort. Vous ne serez pas tenue de répondre aux questions qui vous causent un inconfort. Si vous décidez de ne pas répondre, il n'y aura aucune conséquence négative pour vous. L'entrevue sera faite de façon décontractée et informelle et la personne effectuant l'entrevue utilisera un langage simple. Il est clair que vous serez libre de vous retirer de la recherche en tout temps, avant ou pendant l'entrevue, sans encourir de préjudice sous aucune forme.

ANNEXE B



Université d'Ottawa • University of Ottawa

Cabinet du vice-recteur
à la recherche

Office of the Vice-Rector,
Research

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

ATTESTATION D'APPROBATION DÉONTOLOGIQUE

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 déontologique présentée par Geneviève Rail pour le projet de recherche Femmes âgées, activité physique et santé (Dossier H05-00-02). Le Comité d'éthique a déterminé que la demande respectait les principes déontologiques établis par l'Énoncé de politique des trois conseils et par les règles de procédure des Comité d'éthique de l'Université d'Ottawa. Le Comité d'éthique a donc accordé une catégorie Ia (Approbation) au projet. La présente attestation est valide un an à partir de la date indiquée ci-dessous.

Lise Frigault

Responsable de la déontologie en recherche
pour la présidente du CÉR en sciences sociales et humanité
Valerie Whiffen

Le 15 juin 2000

Date

DOSSIER: H05-00-02

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DES SCIENCES DE LA SANTÉ (CERSS)

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Titre du projet : « Femmes âgées, activités physiques et santé »

Sous la direction de : Suzanne Laberge

A la réunion du 20 mars 2000, sept membres du CERSS étaient présents. Ce sont le président par intérim du comité, la représentante de la Faculté de médecine dentaire, la représentante de la Faculté de pharmacie, le représentant du Département de kinésiologie, l'experte en droit, la représentante des étudiants, et le représentant du public.

Ils ont jugé le projet mentionné ci-haut conforme aux règles d'éthique de la recherche sur les êtres humains.

Ce certificat est émis pour la période du : 1^{er} avril 2000 au 31 décembre 2003.



Claude Giasson, O.D. Ph.D.
Président par intérim, CERSS
Faculté des sciences infirmières
Tél.: (514) 343-7619, (514) 343-5946

Le 29 mars 2000.

ANNEXE C

Femmes âgées, activités physiques et santé

S. Laberge*, G. Rail**, H. Dallaire**, P. Voyer***, A. Dumas*, J. Romà**
*Université de Montréal, **Université d'Ottawa et ***UQTR

GUIDE D'ENTRETIEN

NOTE : Le terme "activité physique" n'a pas nécessairement la même signification ou représentation dans l'imaginaire pour toutes; en conséquence, nous proposons que chaque fois que l'expression "activité physique" est utilisée dans la section qui suit, l'intervieweuse utilise des synonymes tels "exercice", "culture physique" ou "sport" suite à la mention du terme "activité physique".

A. La trajectoire en matière de pratique d'activités physiques

1. Dans votre plus jeune temps quand vous viviez au Portugal (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) ...

1.1 faisiez-vous du sport ou de l'activité physique?

1.3 vous considérez-vous comme une sportive ou une femme active?

N.B. Une fois notées les distinctions faites par la participante, conserver le(s) terme(s) qu'elle utilise pour sa ou ses pratiques

1.5 Vos parents faisaient-ils de l'activité physique (exercice, sport, etc.)

2. Aujourd'hui...

2.1 est-ce que votre niveau d'activité a changé?

2.2 Est-ce qu'il y a des choses que vous faites pour vous garder "en forme" et que vous ne faisiez pas avant, lorsque vous étiez plus jeune?

2.3 Y a-t-il eu des périodes dans votre vie où vous étiez plus active physiquement?

2.4 Perception de femme active et inactive:

- D'après vous c'est quoi une femme active? Décrivez moi comment vous percevez une femme active (dans un monde parfait, un rêve)
- D'après vous c'est quoi une femme inactive? Décrivez moi comment vous percevez une femme inactive ?
- **ET VOUS** aujourd'hui, comment est-ce que vous vous voyez, qu'êtes-vous, une femme Active ou une femme Inactive?

2.5 Perception de ce qu'est être en forme ou pas en forme:

- D'après vous comment est une femme qui est en forme? Décrivez moi une femme de votre âge qui est en forme, pourquoi elle est en forme, qu'est-ce qu'elle fait
- d'après vous comment est une femme qui est pas en forme? Décrivez moi une femme de votre âge qui est pas en forme, qu'est-ce qu'elle fait
- ET VOUS aujourd'hui, êtes-vous en forme? Pourquoi, comment, que faites-vous pour dire cela.

B. Les perceptions des ressources matérielles et humaines en matière d'activité physique

1. 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) des activités offertes.
 - qu'est-ce qui pourrait être fait pour vous inciter à aller à des endroits pour faire l'activité physique
2. Quand il y a des activités, est-ce que c'est bien "annoncé" (information circule bien)?
 - comment est-ce que vous saviez qu'il y a des activités communautaires
 - comment aimeriez-vous que l'information vous arrive (e.g. bulletin de l'église, journaux, télévision)
3. Quand il y a des activités, est-ce que c'est bien "organisé" ?
 - est-ce que les activités dans la communauté sont pour les personnes âgées
 - aimeriez-vous des activités pour les personnes âgées
4. Est-ce qu'il y a des activités que vous aimeriez faire et qui ne sont pas offertes près d'ici?
5. Faire la femme rêver:
 - Décrivez moi dans un monde de rêve, un monde parfait comment à l'air une femme active, qui fait de l'activité physique, des exercices ou du sport....

C. Les pratiques et préférences en matière d'activités physiques

4. Qu'est-ce que vous faites comme activités?
Si indique pas A.P., vérifier si elle en fait de façon irrégulière selon les saisons.

* Si les saisons sont mauvaises est-ce que vous remplacer votre activités physique principale par une autre? Qu'est-ce que vous faites

Pour les aînées qui font des activités physiques (un des deux groupes de l'échantillon)

5. Précisions sur les A.P. pratiquées :
- avec qui, groupe ou individuel
 - fréquence, + ou - régulier
 - organisé ou non organisé
 - lieu
 - coûts
6. Si plusieurs A.P. : Parmi toutes vos activités physiques, la(les)quelles **préférez-vous**?
- Pourquoi ces activités vous plaît?
 - Quelles sont les raisons?
 - Sentiriez-vous capable d'en faire plus, de faire XYZ...
7. Pourquoi faites-vous ces activités physiques?
APPROFONDIR la question au max, notamment pour voir dans quelle mesure l'activité physique rejoint l'une ou l'autre des stratégies du "bien-vieillir"
- **sélection** : l'aînée cherche à faire converger ses capacités et ses intérêts
 - **compensation** : l'aînée trouve des moyens pour compenser pour ses incapacité et faire ce qu'elle veut ou aime
 - **optimisation** : l'aînée met à profit ses ressources internes et externes comme moyen d'actualisation de son potentiel.
8. Qu'est-ce qui fait que c'est facile pour vous de faire de l'activité physique?
(Questions sur les éléments facilitateurs reliés à l'environnement social, culturel et physique)
9. Êtes-vous satisfaite des activités auxquelles vous participez?
- environnement
 - intervenants; le cas échéant. Par ex. Aimez-vous la présence d'un instructeur ou une instrutrice? Comment vous aimez-vous qu'il/elle soit?
 - modalités (format, intensité, etc.)
 - installations (e.g. piscines, vestiaires, douches fermées ou non)
10. Est-ce qu'il y a des choses qui vous empêchent de faire certaines activités physiques ou d'en faire plus souvent? Quoi?

11. Si on revient à votre rêve, à la femme idéal, combien de fois par semaine est-ce qu'elle ferait de l'activité physique, qu'est-ce qu'elle ferait.
 - Comment qu'on pourrait lui en faire plus?
 - Comment pourrait-on la motiver?
12. Qu'est-ce que vous conseillerez à des responsables communautaires pour inciter les femmes dans la xx aine à être plus actives? Que peut-on faire au niveau de la communauté pour encourager les femmes de votre âge, les femmes portugaises à être plus active physiquement, ou être plus en santé.

Pour les aînées qui NE font PAS d'activités physiques

5. Quels sont vos activités préférées? Pourquoi?
6. Est-ce qu'il y a des choses qui vous empêchent de faire de l'activité physique? Quoi?
(investiguer si contraintes physiques (telles que perçues), matérielles (transport, argent),)
7. Qu'est-ce qui fait que c'est difficile pour vous de faire de l'activité physique? (Questions sur les obstacles reliés à l'environnement familial, social et culturel)
8. Qu'est-ce qui pourrait vous amener à faire de l'activité physique plus souvent ou régulièrement?
9. Quelles sont les activités physiques que vous aimeriez pratiquer? Pourquoi? Où aimeriez-vous les pratiquer? Avec qui?
 - Aimeriez-vous la présence d'un instructeur ou une instructrice? Comment vous aimeriez qu'il/elle soit?
10. Qu'est-ce que vous conseillerez à des responsables communautaires pour inciter les femmes dans la xx aine à être plus actives? Que peut-on faire au niveau de la communauté pour encourager les femmes de votre âge, les femmes portugaises à être plus active physiquement, ou être plus en santé.

D. Les conceptions et perceptions en matière d'activité physique, de vieillissement et de santé

1. Que pensez-vous des femmes de xx ans (indiquer dizaine) qui font du sport? De l'A.P.?
 - Comment à l'air la femme?
 - Qu'est-ce qu'elle porte?
 - Quelle activité est-ce qu'elle fait?
 - Que pensez vous des femmes qui font:
 - la marche, la natation, les exercices dans l'eau
 - le jogging, le ski, la bicyclette
 - jouer dans une équipe de soccer, de hockey, basketball
2. Pensez-vous que c'est bon (pour vous, pour notre société, pour votre communauté) de faire de l'activité physique? Du sport? À quel niveau.... (physique, social, mental)
3. À quoi ça sert de faire de l'activité physique ou du sport?
3. Comment vous sentez-vous à xx ans?
4. Est-ce que c'est un bel âge, xx ans? Oui, non, pourquoi?
5. Comment aimez-vous votre vie dans votre milieu de vie actuel?
6. Pensez-vous que vous êtes en santé? C'est quoi pour vous la santé?
7. Est-ce que vous vous êtes donnée des objectifs, des choses à faire, à essayer, à expérimenter pour les années qui viennent?
8. Qu'est-ce qui peut être fait, d'après-vous, pour éviter d'être malade? (faire identifier les éléments et les faire prioriser)
9. Qu'est-ce qui peut être fait, d'après-vous, pour améliorer la santé? (faire identifier les éléments et les faire prioriser) Si l'A.P. n'a pas été mentionnée dans les Q 8 et Q 9, demander si l'A.P. peut aider à éviter d'être malade ou à améliorer la santé.
10. Qu'est-ce que ça vous donne de plus d'être en santé
11. Quel est l'avantage d'être en santé? Est-ce que ça vous permet d'être plus autonomes, d'éviter d'être malade et non-autonomes?

FICHE D'IDENTIFICATION

Note: Les informations qui suivent seront demandées en fin d'entrevue et cette liste ne sera utilisée comme fiche qu'une fois l'entrevue transcrite.

No d'identification : PO _____

Région : Ottawa

Interviewée : _____

Pseudonyme : _____

Adresse : _____

Téléphone (rés.) : _____

Date de l'entrevue : _____

Lieu de l'entrevue : Résidence de _____ ou _____

Durée de l'entrevue : _____

Intervieweuse : Josianne Roma

Caractéristiques démographiques

1. Âge : _____
2. Lieu de résidence : Ottawa
3. Lieu de naissance: _____
4. Scolarité : _____
5. Statut civil (a été mariée ou non) : _____
6. Si mariée, occupation du conjoint : _____
7. Occupation antérieure de l'aînée : _____
8. Proximité et présence de la famille : _____
9. Reçoit supplément de revenu garanti? _____

ANNEXE D



Université d'Ottawa • University of Ottawa

Faculté des sciences de la santé
École des sciences de l'activité physique

Faculty of Health Sciences
School of Human Kinetics

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre de l'étude : Femmes âgées, activités physiques et santé

Chercheure responsable au Québec : Suzanne Laberge, Ph.D.

Adresse : Département de Kinésiologie, Université de Montréal
C.P. 6128, succ. Centre-ville, Montréal (Québec) H3C 3J7

Téléphone : (514) 343-7934; Télécopieur : (514) 343-2181

Courrier électronique : suzanne.laberge@umontreal.ca

Chercheure responsable en Ontario : Geneviève Rail, Ph.D.

Adresse : École des sciences de l'activité physique, Université d'Ottawa
125, chemin de l'Université, Ottawa (Ontario) K1N 6N5

Téléphone : (613) 562-5800, poste 4257; Télécopieur : (613) 562-5149

Courrier électronique : genrail@arobas.net

Co-chercheurs :

Hélène Dallaire, École des sciences de l'activité physique, Université d'Ottawa
Philippe Voyer, Doctorant et professeur, Dép. des Sciences de la Santé, UQTR

Note :

Les recherches avec des humains requièrent le consentement écrit des participant-e-s. Cette exigence ne signifie pas que la recherche dont il est ici question comporte nécessairement un risque. En raison du respect auquel ont droit les personnes qui participent à la recherche, les universités et les organismes de subvention de la recherche rendent obligatoire l'obtention du consentement écrit des participants aux projets de recherche.

Je, Madame (nom en lettres moulées) _____,
suis intéressée à collaborer volontairement et librement à cette recherche menée par Mme S. Laberge de l'Université de Montréal et ses collègues chercheures.

Objectifs de l'étude

Je comprends que l'objectif de cette recherche est de mieux cerner les facteurs qui limitent la participation des aînées aux activités physiques et qu'il s'agit aussi de comprendre ce qui incite les aînées, lorsqu'elles font face à des événements ou des éléments stressants, à choisir une stratégie telle la pratique de l'activité physique ou une stratégie de recours aux médicaments.

Nature de la participation

Ma participation consistera essentiellement à prendre part à une entrevue individuelle d'une durée approximative d'une heure trente, dans un endroit de mon choix ainsi qu'à une date et une heure que j'aurai moi-même choisies. L'entrevue portera sur les pratiques d'activité physique, la consommation de médicaments, la santé et mon vécu en tant qu'aînée. Il est bien clair que je suis libre de me retirer de la recherche en tout temps, avant ou pendant l'entrevue, sans encourir aucune forme de préjudice.

Enregistrement de l'entrevue

J'accepte que mon entrevue soit enregistrée sur bande magnétique (une cassette audio) et qu'elle soit transcrite. Cette transcription me sera lue ou encore je pourrai la lire moi-même si je le désire. Je pourrai alors y changer ou enlever des passages et corriger les erreurs de transcription s'il y a lieu.

Anonymat et confidentialité

Je m'attends à ce que la transcription corrigée de mon entrevue ne soit utilisée que pour les fins de recherche par Mme Laberge et ses collègues chercheuses et selon le respect de la confidentialité. Ainsi, la cassette et la transcription de mon entrevue seront conservées dans un classeur sous clé dans le bureau de Mme Laberge. La cassette de mon entrevue sera détruite à la fin du projet de recherche. J'ai l'assurance des personnes effectuant la recherche que l'information que je partagerai avec elles restera strictement confidentielle. L'anonymat sera aussi garanti. On me demandera donc de me choisir un faux nom et c'est ce dernier qui sera utilisé pour la transcription de mon entrevue. Si l'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.

